

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.bjutijschriften.nl/tijdschrift/TvGR/2016/2/TvGR_0165-0874_2016_040_002_006
Pubmed link	
DOI	10.5553/TvGR/016508742016040002006

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Klachtrecht: het recht op een luisterend oor

PROF. DR. IR. R.D. FRIELE

1. ZOIETS MAG TOCH NIET GEBEUREN

De meeste mensen die een klacht indienen over de gezondheidszorg zijn niet uit op een voordeel voor henzelf. De meesten van hen dienen geen klacht in om er zelf beter van te worden, maar, zeggen ze, ze willen voorkomen dat anderen overkomt wat hen is overkomen.¹

Uit de gesprekken met mensen met een klacht over de gezondheidszorg spreekt vaak een grote betrokkenheid bij de gezondheidszorg. Men is ontgoocheld, had niet verwacht dat ‘dit hen kon overkomen’: ‘Zoiets mag toch niet gebeuren!’ Deze uitspraken verwijzen naar het grote belang dat zij hechten aan een goede gezondheidszorg. Die gezondheidszorg moet te vertrouwen zijn. Al was het maar, omdat je geen alternatief hebt. Iedere Nederlander heeft er belang bij dat de gezondheidszorg ‘te vertrouwen’ is. Dat die gezondheidszorg te vertrouwen is, is een groot publiek belang. Het klachtrecht draagt bij aan dit vertrouwen. Klachtrecht biedt de waarborg dat je in ieder geval ergens terecht kan als er iets misgegaan is. Dan is er in ieder geval ergens iemand die naar je luistert, een luisterend oor. Alleen al dit grote publieke belang rechtvaardigt een goede regeling van het klachtrecht. Daarnaast is het klachtrecht ook van belang als instrument voor kwaliteitsverbetering en als instrument voor de verduidelijking van rechtsposities en normen. Klachtrecht voorziet pas in een echt luisterend oor als niet alleen wordt gehoord, maar als het klachtrecht ook consequenties heeft.

2. IS HET KLACHTRECHT GOED GEREGLD?

In deze bijdrage staat de vraag centraal of het klachtrecht nu goed genoeg is geregeld, of het klachtrecht in voldoende mate bijdraagt aan de daaraan gestelde doelen. Het specifieke klachtrecht zoals dat geregeld is in bijvoorbeeld het kader van de BOPZ valt buiten deze beschouwing. Het gaat om het klachtrecht in het kader van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en natuurlijk om hoofdstuk 3 van de recent aangenomen de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De vraag of het klachtrecht goed geregeld is ook nu weer actueel met de komst van de Wkkgz. Maar niet alleen daardoor. Tijdens de voorjaarsvergadering van deze vereniging hield prof. Hendriks een kritische toespraak over ontwikkelingen die hij zag in het tuchtrecht, gevolgd door een artikel in Medisch Contact.²

Begin oktober verscheen een praktijkperikel van een arts over zijn ervaringen met het tuchtrecht,³ waar vooral de eenzaamheid in de procedure in doorklinkt. Eind oktober verscheen een artikel in Medisch Contact van de hand van Justine de Jong en Dick Engberts,⁴ wat gezien kan worden als een pleidooi voor snelle en informele klachtafhandeling. En nog recenter publiceerden Jaap Sijmons en Joep Hubben⁵ hun reactie op het wetsvoorstel Wet modernisering tuchtrecht in het NJB. Daarin problematiseren ze het grote aantal bagatel-zaken, waardoor het tuchtrecht verstopt zou kunnen raken. Zou een responsievere klachtopvang hier soelaas kunnen bieden?

3. MENSEN MET EEN KLACHT ZOEKEN DRIE SOORTEN RECHTVAARDIGHEID

Uit dit onderzoek onder mensen die een klacht indienen komen drie dominante behoeften naar voren, die bepalen hoe klagers oordelen over de manier waarop met hun klacht is omgegaan.⁶

Mensen die een klacht indienen hebben, in wisselende mate, behoefte aan drie soorten rechtvaardigheid: interactionele, procedurele en distributieve rechtvaardigheid.⁷

De interactionele rechtvaardigheid heeft betrekking op de menselijke kant, op de manier waarop omgegaan wordt met de persoon met een klacht. Vragen die daarbij spelen zijn: heb ik mijn verhaal goed kunnen vertellen, is er echt naar me geluisterd? Ben ik serieus genomen?

Procedurele rechtvaardigheid heeft betrekking op de procedure: was deze helder, zorgvuldig en eerlijk? Werden die procedures ook nageleefd?

De derde vorm van rechtvaardigheid, distributieve rechtvaardigheid, betreft de uitkomst. Mensen die een klacht indienen, willen niet alleen dat er goed naar ze wordt geluisterd en dat er zorgvuldige procedures zijn die worden nageleefd, maar vaak willen ze dat 'er wat gebeurt' met hun klacht.

[FIGUUR 1]

Onderdelen van klachtopvang door de ogen van mensen met een klacht
/xml/public/xml/alfresco/Periodieken/TvGR/TvGR_2016_2

Bijgaande figuur 1 geeft inzicht in de behoefte van mensen die een klacht indienen bij een klachtencommissie.⁸

De blauwe balkjes geven aan welk percentage van de mensen met een klacht waaraan behoefte heeft, de rode in hoeverre men dit ook heeft ervaren. Respectvolle bejegening, een onafhankelijke opstelling en aanbevelingen doen aan het ziekenhuis, behoren tot de hoogst scorende behoeftes.

Mensen die een klacht indienen bij een commissie vinden het ook belangrijk dat het ziekenhuis en de betrokken arts hun verantwoordelijkheid nemen. Ze vinden het belangrijk dat het ziekenhuis de klacht met medewerkers bespreekt, laat weten dat er maatregelen zijn genomen en dat de arts het toegeeft als er een fout is gemaakt. Opvallend is dat relatieherstel door een kleine, maar nog wel relevante, minderheid wordt genoemd.

Deze elementen, het belang van interpersoonlijke, procedurele en distributieve rechtvaardigheid, zijn leidend geweest voor de invulling van de Wkcz. Daarbij is gekozen voor het formuleren van een beperkt aantal eisen aan de procedure en de verplichting te komen tot een uitspraak over de gegrondheid van een klacht. Die uitspraak heeft verder geen bindende consequenties. Procedurele eisen zijn onder meer de eis dat de voorzitter niet werkzaam is bij de zorgverlener en dat klager en aangeklaagde de gelegenheid krijgen een toelichting te geven. De commissie doet een uitspraak over de gegrondheid van een klacht. In het geval van een gegronde klacht moet de zorgaanbieder ook laten weten of hij maatregelen zal nemen en, zo ja, welke. De procedurele rechtvaardigheid is dus nader uitgewerkt in een aantal procedurele vereisten, terwijl de distributieve rechtvaardigheid vorm heeft gekregen in de eis dat er een uitspraak moet worden gedaan over de gegrondheid van een klacht en de verplichte reactie van de zorgaanbieder om in het geval van een gegronde klacht te laten weten dat er maatregelen worden genomen. Belangrijke ingrediënten voor een wet die zo'n vijftig jaar in de Nederlandse gezondheidszorg heeft gefungeerd.

4. DE TOEPASSING IN DE PRAKTIJK BEPAALT DE EFFECTEN VAN WETGEVING

Maar de werking van een wet wordt niet louter bepaald door wat er op papier staat, maar door hoe dit in de praktijk wordt vormgegeven. Dat heeft ook gegolden voor de Wkcz. Twee keuzen hebben een belangrijke rol gespeeld bij de manier waarop de Wkcz in de praktijk heeft gefunctioneerd.⁹

Dit zijn de invulling van de procedurele vereisten en de groei van de informele opvang.

5. SCHIJNBARE VANZELFSPREKENDHEDEN LEIDEN TOT FORMELE INVULLING VAN WKCZ-KLACHTBEHANDELING

De eerste keuze betreft de invulling van de procedurele vereisten. Bij het invullen van de procedurele eisen is op een aantal punten sprake geweest van het sterker formaliseren dan nodig. Dit kan duidelijk worden aan de hand van drie voorbeelden. Een van de procedurele eisen van de Wkcz is dat de voorzitter niet in dienst mag zijn van de zorgverlener. In het jargon werd dit al snel: de onafhankelijk voorzitter. In de praktijk is dit vrijwel altijd een jurist. Dit lijkt een vanzelfsprekendheid, deels voortkomend uit de overweging dat een uitspraak over de gegrondheid van een klacht kennelijk een juridische blik behoeft, ook als dit een niet-bindende uitspraak is. Formeel en logisch gezien was dat niet nodig. De enige eis is dat de voorzitter niet op de loonlijst staat van de zorgaanbieder en verder strekt het tot aanbeveling dat het een verstandig mens is. Dat kan natuurlijk een jurist zijn, dat is niet noodzakelijk. Daarnaast kent de Wkcz de eis dat klager en aangeklaagde de gelegenheid krijgen een toelichting te geven. In het jargon werd dit al snel: het bieden van gelegenheid tot hoor en wederhoor. Ik heb enkele jaren lid mogen zijn van de klachtencommissie van de Utrechtse huisartsen. De behoefte om te komen tot een zorgvuldig gewogen uitspraak was voor deze commissie aanleiding er de voorkeur aan te geven het hoor en wederhoor schriftelijk af te doen. Wie kan er nu tegen zorgvuldigheid zijn? Het is toch vanzelfsprekend dat je zo zorgvuldig mogelijk bent? Deze voorkeur blijkt gelukkig niet voor iedereen vanzelfsprekend, gezien het feit dat veel commissies echt

‘horen’. Ten slotte het voorbeeld van een voorzitter van een klachtencommissie die zich erover beklaagde dat er in Nederland geen goede deskundige te vinden was voor het doen van een uitspraak binnen een heel specifiek specialisme. Hij had graag iemand uit Duitsland erbij gehaald. Dat, om zo zorgvuldig mogelijk een uitspraak te kunnen doen over de al dan niet gegrondheid van de klacht. Een vanzelfsprekende ambitie vanuit het perspectief om tot een uitspraak te komen die alle toetsen der kritiek kan weerstaan. Maar, is het ook vanzelfsprekend vanuit het doel van de wet en in het licht van de beperkte consequenties van een uitspraak? Cruciaal in dit geheel is de verplichting te komen tot een uitspraak over de gegrondheid van de klacht, weliswaar een niet-bindende uitspraak. De introductie van de verplichting te komen tot een uitspraak over de gegrondheid van een klacht, heeft er met een schijnbare vanzelfsprekendheid voor gezorgd dat de Wkcz-procedures een formeler karakter hebben gekregen dan strikt nodig. Dit leidde ertoe dat het vanzelfsprekend werd voor de mensen in mijn commissie dat bij voorkeur schriftelijk wordt gehoord, dat het vanzelfsprekend is dat een voorzitter zoekt naar een deskundige uit het buitenland en dat het vanzelfsprekend is dat een voorzitter een jurist is.

Bij de invulling van de procedurele vereisten in de Wkcz hebben dit soort schijnbare vanzelfsprekendheden een rol gespeeld. Deze schijnbare vanzelfsprekendheden hebben er, naar mijn mening, in het geval van de Wkcz voor gezorgd dat de klachtbehandeling in het kader van de Wkcz een sterker formeel karakter heeft gekregen dan noodzakelijk. Logisch? Vanzelfsprekend? In ieder geval niet noodzakelijk. Er hadden ook andere keuzes gemaakt kunnen worden. Keuzes, die minder het rechtbankkarakter van de klachtencommissie als uitgangspunt hadden en meer elementen als begrip en verantwoording centraal hadden gesteld. Uit de evaluaties van de klachtbehandeling door klachtencommissies komt nu naar voren dat mensen in meerderheid goed te spreken zijn over de gevolgde procedures en vaak ook ervoeren dat ze serieus werden genomen. Maar veel minder vaak hebben mensen ervaren dat de arts toegeeft dat er fouten zijn gemaakt, dat de hulpverlener laat zien zich verantwoordelijk te voelen, uitlegt hoe het heeft kunnen gebeuren, excuses maakt en laat zien dat de klacht zin heeft gehad doordat er verbeteringen zijn doorgevoerd.¹⁰

De focus op de procedure heeft de aandacht weggetrokken van de potentiële opbrengsten van het klachtrecht, voor zowel de individuele klager als voor het collectief: de bijdrage aan de arts-patiëntrelatie en de bijdrage aan de kwaliteit van de zorg.

6. INFORMELE KLACHTBEHANDELING HEEFT EEN GROTE VLUCHT GENOMEN

Gelukkig zijn er bij de totstandkoming van de Wkcz ook andere keuzes gemaakt, die bepalend zijn geweest voor de invloed van de Wkcz op het stelsel van klachtopvang. Al bij de eerste evaluatie van de Wkcz werd geconstateerd dat instellingen, in het bijzonder de ziekenhuizen, fors hadden ingezet op het vormgeven van de informele klachtbehandeling.¹¹

Dat is een vorm van behandeling van klachten zonder uitspraak en zonder een wettelijke borging. Meer recente cijfers laten zien dat ruim tien keer zoveel klachten informeel dan formeel worden behandeld.¹²

Deze ontwikkeling was niet verwacht tijdens de voorbereiding van de Wkcz. Sterker, de vrees werd geuit dat de Wkcz een aanzuigende werking zou kunnen hebben, met als gevolg een grote stroom klachten. Van een aanzuigende werking was geen sprake. De onverwachte gebeurtenis heeft zich wel voltrokken. Onder invloed van de Wkcz is het informele traject als het ware tot bloei gekomen.

Twee fenomenen hebben dus de werking van de Wkcz sterk beïnvloed: enerzijds hebben de focus op de uitspraak en de daarmee gepaard gaande ‘schijnbare vanzelfsprekendheden’ geleid tot een relatief formele invulling van de klachtbehandeling door klachtencommissies. Anderzijds heeft de keuze om vooral in het informele traject te investeren, juist geleid tot de bloei van de informele afhandeling van klachten.

7. DE BEOORDELING VAN HET SUCCES VAN DE KLACHTBEHANDELING IS DIVERS

Wat is bekend over de impact voor de klager van beide manieren van klachtafhandeling?

Onderzoek onder mensen van wie de klachtbehandeling was afgerond laat zien dat klachtencommissies in grote mate tegemoetkomen aan de behoefte op het terrein van de interactionele rechtvaardigheid (Figuur 1).¹³

Iets minder is de overeenkomst tussen verwachtingen en ervaringen voor de procedurele rechtvaardigheid. Deze relatief goede aansluiting tussen verwachtingen en ervaringen blijkt ook uit het algemene oordeel over de klachtencommissies: twee derde van de mensen van wie de klacht door een klachtencommissie is behandeld is tevreden over de werkwijze van de commissie.¹⁴

De discrepanties zitten tussen de verwachtingen en ervaringen als het gaat om de distributieve rechtvaardigheid. De discrepanties hebben betrekking op het ontbreken van informatie over de vraag of de zorgaanbieder ‘iets doet’ met de klacht en het ontbreken van uitleg en excuses. Dat komt ook terug in het algemene oordeel: slechts een kwart is tevreden over de reacties van het ziekenhuis en slechts een op de zes is tevreden over de reactie van de betrokken hulpverlener.¹⁵

Naar de effecten van informele klachtopvang is maar weinig onderzoek gedaan in Nederland. Internationaal onderzoek laat zien dat goede informele klachtopvang escalatie van een klacht kan voorkomen. In de Verenigde Staten wordt informele opvang ook wel gezien als een manier om claims te voorkomen.¹⁶

Uit Nederlands onderzoek uit 2000 blijkt dat vier van de vijf mensen van wie de klacht werd bemiddeld tevreden waren over deze bemiddeling. In de helft van de gevallen werden excuses aangeboden en in bijna de helft van de gevallen (44%) was de relatie tussen patiënt en arts weer hersteld.¹⁷

Ander onderzoek, onder mensen die zelf het initiatief namen om hun huisarts aan te spreken op een vervelende gebeurtenis, laat zien dat de helft van hen de reactie van de huisarts hierop als heel prettig heeft ervaren, terwijl slecht 13% negatief oordeelt over deze reactie. Dit zijn cijfers die een veel gunstiger beeld schetsen over de informele klachtbehandeling dan de eerdere cijfers over de formele klachtbehandeling.¹⁸

Al met al scoren klachtencommissies doorgaans redelijk goed op het proces, op de interactionele rechtvaardigheid en de procedurele rechtvaardigheid. Dat is overigens niet voorbehouden aan de klachtencommissies, maar geldt ook voor bijvoorbeeld de

tuchtcolleges. En ook recent onderzoek onder burgers die een klacht over de gezondheidszorg meldden bij de IGZ en het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), laat zien dat ook zij vaak goed te spreken zijn over deze aspecten, over het proces.¹⁹

Kennelijk weten klachtenbehandelaars hoe ze klachten zo moeten behandelen dat mensen ervaren dat er zorgvuldig met hun klacht wordt omgegaan, en dat ze de gelegenheid krijgen hun verhaal te vertellen. Mensen voelen zich dus gehoord, maar ze hebben geen idee of hun klacht iets heeft betekend, of er iets door is veranderd. De impact op de kwaliteit van zorg is onzichtbaar. Dat geldt overigens niet alleen voor de individuele patiënt met een klacht, maar ook op landelijk niveau ontbreekt het aan goed inzicht in wat nu de bijdrage is van klachten aan de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg.

8. ZOU DE WKKGZ HET BETER DOEN DAN DE WKCZ?

Tot zover wat achter ons ligt. Hoe staat het met de Wkkgz? Allereerst het formele traject in de Wkkgz: zal dit betere resultaten opleveren voor klagers dan het formele traject in de Wkcz? Vervolgens, het informele traject: wat mag van de Wkkgz worden verwacht? Ten slotte, het fenomeen van de schijnbare vanzelfsprekendheden: welke valkuilen kent de Wkkgz?

Maar eerst een aantal kernelementen rond het klachtrecht in de Wkkgz. In de Wkkgz komen de twee elementen informeel en formeel weer terug, maar nu in andere gedaantes. Nadat een klacht schriftelijk is ingediend moet de zorgaanbieder aan de slag en binnen zes weken komen met een oordeel. Als het heel ingewikkeld is, mag de zorgaanbieder vier weken extra nemen en moet dan met een oordeel komen. De zorgaanbieder heeft veel vrijheid om dit proces in te richten. Wel wordt hier de persoon van de klachtenfunctionaris geïntroduceerd. Als klager niet tevreden is met dit oordeel, dan kan klager naar een geschilleninstantie stappen. 'Deze instantie is bevoegd over een geschil een uitspraak te doen bij wege van bindend advies, alsmede een vergoeding van geleden schade toe te kennen tot in ieder geval € 25.000.' Daar krijgt de instantie zes maanden de tijd voor.

9. GAAT HET FORMELE WKKGZ-TRAJECT HET BETER DOEN DAN HET FORMELE WKCZ-TRAJECT?

Eerder is duidelijk geworden dat formele klachtenregelingen niet heel goed zijn in het bieden van resultaten voor de klager. De vraag die aan de orde is, is of dat met de Wkkgz beter zal gaan. Het antwoord op deze vraag zal in hoge mate afhangen van de praktische invulling. De wet biedt twee hoofdroutes gericht op het bieden van resultaten: het informele traject wordt benadrukt, inclusief een klachtenfunctionaris met een formele positie, en er komt een geschilleninstantie die een bindend advies geeft en de mogelijkheid heeft een schadevergoeding toe te kennen. Het informele traject komt later aan de orde. Voor het formele traject is er sprake van een opwaartse beweging: geen niet-bindende uitspraak meer, maar een bindende uitspraak met mogelijk een geldbedrag.

Onderzoek laat zien dat maar weinig mensen die een klacht indienen bij een klachtencommissie dit doen met het oog op het vergoeden van financiële schade. De grote groep mensen die in eerste instantie niet uit zijn op een financiële reactie zal de

vraag stellen wat de geschillencommissie voor hen kan betekenen, of zij er iets van zullen merken als er door de geschillencommissie een bindende uitspraak aangaande de kwaliteit van zorg wordt gedaan over hun klacht. Zullen zij hierdoor het vertrouwen krijgen dat ‘anderen niet zal overkomen wat hen is overkomen’? Het antwoord op deze vraag staat en valt natuurlijk met de vraag of de zorgaanbieder zich wat van deze uitspraak zal aantrekken en of de klager hier dan ook over wordt geïnformeerd. Wat in ieder geval niet helpt, is dat het zes maanden duurt voordat er een uitspraak is. Wat wel kan helpen is als de geschilleninstantie dicht bij de zorgaanbieder wordt georganiseerd.

Voor die mensen die wel op zoek zijn naar een financiële schadevergoeding zou deze regeling een enorme vooruitgang kunnen zijn. Een potentiële bijwerking, zeg maar een onverwachte gebeurtenis, van deze regeling kan zijn dat meer mensen zullen kiezen voor een financiële regeling: ‘Als je dan toch bij de geschillencommissie zit, waarom dan niet meteen ook maar om een financiële vergoeding gevraagd?’ Onduidelijk is hoe dit zal uitpakken. Voor mensen, die denken ‘ik probeer het’, maar bij wie de schade en/of de verwijtbaarheid niet zijn vast te stellen, zal deze regeling teleurstellend uitpakken.

De balans opmakend. De meeste mensen die een klacht indienen doen dit omdat ze willen dat ‘zoiets anderen niet overkomt’. Het is op voorhand niet duidelijk of de geschillencommissie hier beter zal presteren dan de klachtencommissie. Wat niet helpt is de lange termijn van de geschilbeslechting. Wat wel zou helpen is nabijheid van de geschilleninstantie bij de zorgaanbieder.

Voor mensen die daadwerkelijk schade hebben opgelopen die had moeten worden voorkomen, zou de weg naar de geschillencommissie een verbetering kunnen zijn ten opzicht van de huidige situatie.

Een eventuele bijwerking, dat meer mensen hun klacht gaan omzetten in een claim, zou niet bijdragen aan het succes van de geschilleninstantie.

10. HOE SUCCESVOL ZAL DE INFORMELE KLACHTAFHANDELING BINNEN DE WKKGZ ZIJN?

Tot nu toe zijn de discussies over de Wkkgz vooral gegaan over de vormgeving van het formele traject. Dat is ook begrijpelijk, want daar gaat de wettekst over. Maar net als bij de Wkcz is er mogelijk een veel interessantere en relevantere werkelijkheid: het informele deel. De introductie van de Wkcz heeft geleid tot bloei van de informele klachtopvang. Dat stond toen niet in de Wkcz. Maar in dit informele traject worden wel tien keer zoveel klachten opgevangen als in het formele traject. En met betere uitkomsten. Dit informele traject biedt de beste kans op de beste uitkomsten, voor de meeste mensen met een klacht en voor de zorgverleners.

Aan die zorgverleners wordt in dit verband te weinig aandacht besteed. Dat is te verklaren uit de achtergrond van het klachtrecht. Het klachtrecht heeft een emancipatoire insteek. Een nuttige erfenis uit de ontstaansperiode van het gezondheidsrecht. In de Wkkgz gaat dit nog wat verder dan in de Wkcz. In de Wkkgz is het recht op advies en bijstand aan klager geregeld. Dat kan nuttig zijn. Wat ontbreekt is aandacht voor de betrokken professional. Terwijl de meeste mensen

met een klacht juist zo veel van de hulpverlener verwachten. Het valt aan te bevelen een vorm van advies en bijstand te ontwikkelen voor de hulpverlener. Voor een hulpverlener is een klacht immers geen alledaagse gebeurtenis. Adequaat reageren op een klacht behoort daarmee niet tot het dagelijkse repertoire van de meeste hulpverleners. Het is wel heel belastend voor hen om met een klacht en de daaropvolgende procedure te worden geconfronteerd. Niets menselijks is hulpverleners dan vreemd: ontkennen, verdedigen en ingraven... is makkelijk de eerste reactie. En dat is geen productieve, geen professionele reactie. Een open houding, open communicatie over een situatie waarin iets mis is gegaan, kan in sterke mate bijdragen aan het vinden van een oplossing. Patiënten willen begrijpen hoe heeft kunnen gebeuren wat er is gebeurd, als er echt iets mis is gegaan willen ze oprechte excuses, dat zo mogelijk schade wordt hersteld en patiënten willen horen wat de betrokkenen hebben gedaan om te zorgen dat het niet meer voorkomt. Om zo professioneel te kunnen reageren hebben ook hulpverleners advies en bijstand nodig. Dat hoeft niet wettelijk geregeld. Maar het moet wel geregeld worden, want vanzelf gaat het niet. Om echt te kunnen fungeren als gesprekspartner zal de betrokken professional de ruimte moeten krijgen om zijn frustratie elders te ventileren, zal de betrokken professional coaching moeten krijgen om adequaat en professioneel te kunnen reageren. Open, niet defensief. Dan is de kans het grootst dat je er samen goed uitkomt. Met de GOMA is daarvoor een mooie basis gelegd.²⁰ Maar daar is ook nog werk aan de winkel.

11. EEN OPEN DIALOOG KOMT HET BESTE TOT ZIJN RECHT IN EEN INFORMELE SITUATIE

Zo'n 'open dialoog' komt het beste tot zijn recht in een informele situatie. En dat informele traject, dat begint zo vroeg mogelijk. Liefst nog voordat iemand zijn of haar klacht op schrift heeft gesteld. Dat vraagt van zorgverleners een alerte en open houding: niet wachten op een op schrift of in mail gestelde klacht, maar eerder handelen. Ook als een patiënt op een voorzichtige manier een ongenoegen aan de orde probeert te stellen en het ongenoegen nog niet de vorm van een klacht heeft gekregen. Dat vraagt ook om een klachtenfunctionaris die niet pas in actie komt als een klacht op papier staat, maar een klachtenfunctionaris die veel laagdrempeliger functioneert. Misschien moet die klachtenfunctionaris ook wel advies en steun bieden aan die zorgverlener, misschien moet iemand anders dat doen en moeten er disclosure coaches worden aangesteld. Dat vraagt in ieder geval om zorgorganisaties die daadwerkelijk werk willen maken van een open cultuur. Met de GOMA is daarvoor een mooie formele basis gelegd, die de komende periode nog beter wordt gemaakt.

Over de invulling hiervan zijn heel veel vragen te stellen die nu niet kunnen worden beantwoord. Daarom is met negen ziekenhuizen het initiatief genomen om deze antwoorden te gaan vinden. In het project Open, www.openinezorg.nl, wordt onderzocht hoe in deze ziekenhuizen invulling wordt gegeven aan een open reactie op klachten en incidenten. Dit wordt financieel mogelijk gemaakt door het Fonds Slachtofferhulp.²¹

Binnen dit project worden mensen bij elkaar gebracht die in deze ziekenhuizen actief zijn in het vormgeven van openheid, zodat ze onderling ervaringen kunnen uitwisselen. Het blijkt dat deze ziekenhuizen op verschillende manieren invulling geven aan die openheid. Dat is een rijke bron van ideeën die in de praktijk zijn

geboren. Het is van belang dat de dokter, of andere zorgverlener, in staat wordt gesteld open met zijn of haar patiënten te (blijven) communiceren. Ook als er iets mis is gegaan, in de ogen van een patiënt of in de ogen van de arts zelf.

12. TOT SLOT DE VRAAG OF DE SCHIJNBARE VANZELFSPREKENDHEDEN ONS NU OOK WEER PARTEN GAAN SPELEN

In de discussies over het klachtrecht binnen de Wkkgz viel mij op dat al snel begrippen werden gebruikt als ‘termijn’. Bedoeld werd de periode die een zorgaanbieder heeft gekregen om een oordeel te geven over een klacht, voordat een klager het recht heeft zijn klacht voor te leggen aan een geschilleninstantie. Maar dat is helemaal geen termijn waar een boete of straf op staat, of waarop de IGZ zal gaan handhaven. Een zorgaanbieder kan er rustig meer tijd voor nemen, als hij een klager kan laten zien dat er op een constructieve manier met de klacht wordt omgegaan. De overgrote meerderheid van patiënten met een klacht wil gehoord worden en horen van hun zorgverlener. Als dat proces goed verloopt, is het onwaarschijnlijk dat de patiënt tussentijds naar de geschillencommissie stapt. Tenzij de zorgverlener er een potje van maakt.

Vervolgens werd in de discussies over de Wkkgz naar die periode gekeken alsof in die zes weken een klacht zou moeten worden ‘behandeld’. En dan wordt gesteld: dat kan toch helemaal niet. Nee, dat kan niet. Maar er hoeft ook geen onafhankelijk oordeel te worden gegeven over de gegrondheid van een klacht. De zorgverlener moet een oordeel geven over de klacht, laten weten wat hij vindt van de klacht. En dan de geschilleninstantie, dan wordt direct naar Den Haag gekeken. Dat lijkt ook weer vanzelfsprekend. Maar het hoeft helemaal geen Haagse aangelegenheid te worden. In gesprek met een aantal klachtencommissies kwam het idee op om met enkele ziekenhuizen en in samenwerking met het patiëntenplatform zelf een geschilleninstantie in het leven te roepen. Dan is meteen de expertise beschikbaar en de instantie zit dicht bij patiënt en zorgaanbieder. Dit maakt de kans groter dat er ook iets terecht komt van uitspraken die over de kwaliteit van zorg gaan.

De neiging om vanuit bekende patronen te reageren, en om die patronen dan ‘vanzelfsprekend’ te vinden, is sterk. Die neiging verdient krachtige bestrijders.

13. TOT SLOT VIER KERNBODSCHAPPEN:

◦Zorg dat de geschillencommissies weinig werk krijgen, alleen daar waar zorgaanbieder en klager er samen niet uitkomen en als er echt iets is misgegaan en klager schade heeft. En dan het liefst in de buurt.

◦Investeer in het informele traject, bij voorkeur voordat een klacht is ingediend.

◦Zorg voor effectieve openheid, dat betekent ook advies en ondersteuning voor de hulpverlener.

◦Laat zien dat klagen zin heeft: dat het een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg. Maak dat duidelijk aan individuele klagers, maar ook breder.

NOTEN

- * Deze tekst is gebaseerd op de inleiding voor de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 6 november 2015.
- 1 Zie bijvoorbeeld: R.D. Friele, E.M. Sluijs, 'Patient expectations of fair complaints handling in hospitals: empirical data', *BMC Health Serv Res.* 2006 Aug 18;6:106.
 - 2 A.C. Hendriks & H. v.d. Meer (2015). 'Tuchtrechter wordt strenger', *Medisch Contact*, 70, p. 1700-1703.
 - 3 N.N. (2015). 'Tuchtrecht: wordt de dokter er beter van?', *Medisch Contact*, 70, p. 1881.
 - 4 J. de Jong & D. Engberts (2015). 'Klachtbemiddeling voorkomt erger', *Medisch Contact*, 70, p. 2050-2053.
 - 5 J. Sijmons & J.H. Hubben (2015). 'Revitalisering medisch tuchtrecht?', *NJB* (38), p. 1901-1948.
 - 6 A. Dane, H. van Lindert, R.D. Friele (2000). *Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht: NIVEL.
S. Kruikemeier, R. Coppen, J.J.D.J.M. Rademakers & R.D. Friele (2009). *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*, Utrecht: NIVEL.
R.D. Friele, S. Kruikemeier, J.D.J. Rademakers & R. Coppen (2013). 'Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective', *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(4), p. 290-295.
R. Bouwman, M. Bomhoff & R.D. Friele (2014). *Burgers die melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): verwachtingen en ervaringen van burgers die een klacht over de gezondheidszorg melden bij de IGZ*, Utrecht: NIVEL.
 - 7 T.R. Tyler (2000). 'Social Justice: Outcome and Procedure', *International Journal of Psychology*, 35(2), p. 117-125.
 - 8 Friele e.a. 2013; S. Kruikemeier, R. Coppen, J. Rademakers & R.D. Friele, *Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg*, Utrecht; NIVEL, 2009.
 - 9 R.D. Friele, C. de Ruiter, F. van Wijmen & J. Legemaate (1999). *Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector*, Utrecht: ZonMw.
 - 10 Bijv. Friele e.a. 2013.
 - 11 Friele e.a. 1999.
 - 12 R. Bouwman, M. Bomhoff, R.D. Friele, *Kennisvraag: vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012*, Utrecht 2012: NIVEL.
 - 13 Friele e.a. 2013; Kruikemeier e.a., 2009.
 - 14 Friele & Sluijs (2006).
R.D. Friele, E.M. Sluijs & J. Legemaate (2008). 'Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences', *BMC Health Serv Res.* 8:199.
 - 15 Friele e.a. 2008; Friele e.a. 1999.
 - 16 T.H. Gallagher, D. Studdert & W. Levinson (2007). 'Disclosing Harmful Medical Errors to Patients', Paper presented at the New England Journal of Medicine.
W. Levinson (2009). 'Disclosing medical errors to patients: A challenge for health care professionals and institutions', *Patient Education and Counseling*, 76(3), p. 296-299.
 - 17 Dane e.a. 2000.
 - 18 M. Bomhoff, N. Paus & R.D. Friele (2013). *Klagen in de eerstelijnszorg*, Utrecht: NIVEL.
 - 19 Ministerie van VWS, *Evaluatie Landelijk Meldpunt Zorg*, 21 september 2015.
Bouwman e.a. 2014.
 - 20 www.deletselschaderraad.nl/library/repository/GOMA-3dedruk.pdf.
 - 21 www.openindezorg.nl.

FIGUUR

Figuur 1 *Onderdelen van klachtopyvang door de ogen van mensen met een klacht*

