of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 1990.

NHS, Department of Health, *NHS Executive Report of the NHS Health Technology Assessment Programme 1996.* NHS Executive, Leeds, 1995.

Osteba, *The Prioritisation of Evaluation Topics of Health.* Eusko Jaurlaritza, Departamento de Sanidad, 1996.

OTA (Office of Health Technology Assessment), *The Impact of Randomized Clinical Trials on Health Policy and Medical Practice.* OTA-BP-H-22, U.S. Government Printing Office, U.S. Congress, Washington DC, 1983.

OTA (Office of Health Technology Assessment), *Identifying Health Technologies that Work: Searching for Evidence.* OTA-H-608, U.S. Government Printing Office, U.S. Congress, Washington DC, 1994.

Sheldon, T., "Why do Medical Technology Always Increase Expenditure?", *Journal of Health Services Research Policy,* 1996, 1, 3, p. 174.

WKC2: overheidsinspecties: functies en taken; evaluatie; klachtenbehandeling; registratie; rapportage; onderzoek

WET KLACHTRECHT BEPERKT NEDERLANDSE INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN HAAR TOEZICHTHOUDENDE TAAK

1.1

G.F.M. Straten/R.D. Friele

Geertjan Straten is als onderzoeker verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Hij verricht onderzoek over klachten van patiënten en de rol van patiënten in de gezondheidszorg.
Roland Friele is projectleider 'Patiënten/Consumenten' van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Zijn werkzaamheden concentreren zich op het terrein van patiëntenoordelen en patiënten-feedback.

De Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft als taak toezicht te houden op de gezondheidszorg. Bij de uitvoering van deze taak vormen klachten van patiënten over de gezondheidszorg een belangrijke informatiebron. In deze situatie is verandering gekomen door de invoering van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector in 1995. Vóór de introductie van de wet konden patiënten hun klacht bij de inspectie indienen. De nieuwe wet schrijft voor dat klachten van patiënten voortaan door een klachtencommissie moeten worden behandeld die door de zorgaanbieder is geïnstalleerd. Daarbij heeft de zorgaanbieder een grote mate van vrijheid gekregen ten aanzien van de invulling van de wet. In de wet zijn alleen de voorwaarden voor klachtenbehandeling vastgelegd. Op basis van de nieuwe wet is de enige informatie die de inspectie krijgt, een jaarlijks overzicht van de behandelde klachten.
In opdracht van de inspectie heeft het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) een inventariserend onderzoek verricht naar het functioneren van de wet en met name naar de verwerking en verstrekking van informatie over klachten aan de inspectie. Op basis van 25 interviews met vertegenwoordigers van koepelorganisaties, van instellingen, organisaties waarbij de beroepsbeoefenaren zijn aangesloten en zorgaanbieders uit de verschillende sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg, is te concluderen dat de inspectie aanzienlijk wordt beperkt in haar mogelijkheden om haar toezichthoudende taak op basis van behandelde klachten uit te voeren.

Wet klachtrecht en de rol van de Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg

Een van de hoofdtaken van de Nederlandse inspectie is handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid (Treurniet, Mackenbach en Van der Maas, 1996). De uitvoering van deze taak ligt in de handen van de regionale inspectie. Zij moet toezien op de bewaking van de kwaliteit van de gezondheidszorg (Inspectie, 1996). Hierbij zijn klachten van patiënten over de geboden zorg een belangrijke informatiebron. De inspectie beschouwt de onvrede van een patiënt als een mogelijk signaal voor het disfunctioneren van de zorg. Zij heeft in 1994 en 1995 respectievelijk 385 en 393 klachten ontvangen die gegrond zijn verklaard. Bijna de helft van deze klachten heeft betrekking op de intramurale gezondheidszorg.

Voor de inspectie zijn overigens niet alle gegronde klachten van even groot belang (Inspectie, 1996). Zij is met name geïnteresseerd in klachten die een afbreukrisico voor de zorg met zich mee brengen.

Op basis van Zeef (1994) is deze toezichthoudende taak van de inspectie te duiden als positief toezicht, waarbij de inspectie na vaststelling van passiviteit van de zijde van de zorgaanbieder deze aanwijzingen geeft. Hertogh (1997) typeert de toezichthoudende taak als een passieve vorm van controle.

De uitvoering van de toezichthoudende taak op basis van klachten is door de invoering van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector in 1995 veranderd. Voor de invoering van de wet konden patiënten hun onvrede direct bij de inspectie melden. Vervolgens kon de inspectie op basis van de Leidraad klachtonderzoek uit 1988 de klacht onderzoeken (WVC, 1988). Deze richtlijn is naar aanleiding van de Wet klachtrecht door de minister ingetrokken.

Het uitgangspunt van de Wet klachtrecht is dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de klachtenbehandeling. Een van de verplichtingen die aan de zorgaanbieders wordt opgelegd, is dat zij een klachtenregeling dienen op te stellen. Een andere verplichting is dat elke zorgaanbieder een klachtencommissie met een onafhankelijke voorzitter behoort te installeren dan wel zich moet aansluiten bij een klachtencommissie. Een laatste belangrijke verplichting is dat zorgaanbieders jaarlijks een rapportage over de behandelde klachten aan de inspectie moeten sturen (Staatsblad, 1995). Het uiteindelijke doel van de wet is dat de positie van de patiënt wordt versterkt. Een consequentie van de wet voor de inspectie is dat zij procedureel op afstand van de klachtenbehandeling is geplaatst. Onder het huidige wettelijke regime is zij alleen indirect bij de klachtenbehandeling betrokken, omdat zij jaarlijks rapportages ontvangt.

De verandering in de betrokkenheid bij de klachtenbehandeling was de aanleiding voor de inspectie het NIVEL een onderzoek naar het functioneren van de Wet klachtrecht en met name de informatievoorziening te laten verrichten. Daarbij is voor de inspectie de cruciale vraag of zij ondanks de veranderde informatievoorziening toch haar controlerende of toezichthoudende taak op basis van klachten kan uitvoeren.

Voor de onderzoeksopzet en -uitvoering is relevant dat aan de wet het principe van geconditioneerde zelfregulering ten grondslag ligt. Hieronder wordt verstaan dat de overheid alleen de randvoorwaarden bepaalt en de zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor de concrete invulling van de wet. Een dergelijke opzet is conform de heersende opvattingen over de rol van de overheid die op afstand behoort te staan (Bekkers, 1993). Een implicatie van deze opzet is dat zorgaanbieders geen richtlijnen hebben gekregen over de wijze van rapporteren en de uitvoering van de wet in het algemeen. In de wet is alleen vastgelegd dat zorgaanbieders jaarlijks vóór 1 april van het volgende kalenderjaar een rapportage over de behandelde klachten aan de inspectie moeten sturen (Staatsblad, 1995). De enige inhoudelijke eis aan de rapportages is dat de aard en omvang van de behandelde klachten worden gerapporteerd. Meer specifieke aanwijzingen over de rapportage ontbreken in de wet.

In de verrichte – veelal kleinschalige – onderzoeken over de Wet klachtrecht is de informatievoorziening aan de inspectie geen onderwerp van onderzoek geweest (Andela, 1995; Kupers en Van Wezel, 1996). Door het gebrek aan inzicht in het functioneren van de wet is gekozen voor een inventariserend onderzoek. Een van de vragen is: Wat is de stand van zaken in de zorgsector met betrekking tot de invoering van de Wet klachtrecht? Deze vraag is van belang omdat de inspectie afhankelijk van het functioneren van de wet in de praktijk meer of minder klachten ontvangt. Zij ontvangt minder klachten als zorgaanbieders geen klachtenregeling hebben of als in de klachtenregeling drempels zijn opgeworpen (Gowie, Gorter en Willems, 1989; Baggerman en Van Dijk, 1994). Het aantal te verwachten klachten kan ook worden beïnvloed door de wijze waarop klachten worden behandeld. De mogelijkheid bestaat dat naast de formele wettelijke klachtenregeling ook andere vormen van klachtenbehandelingen zijn geïntroduceerd. In de literatuur worden twee informele vormen van klachtenbehandeling genoemd. De eerste vorm is persoonlijke klachtenbehandeling, waarbij de patiënt en de betrokken zorgaanbieder de ontstane klacht bespreken en tot een oplossing proberen te komen. Een tweede vorm is ondersteuning bij de klachtenbehandeling door een derde die informatie verstrekt of als bemiddelaar optreedt (Kastelein, 1992; Legemaate, 1996; Straten en Friele, 1996; Straten, Janssens en Friele, 1997).

De tweede vraag is: Welke gegevens over klachten kunnen en willen zorgaanbieders aan de inspectie verstrekken? De aard van de verstrekte informatie is afhankelijk van de gegevens die in de klachtenprocedure worden vastgelegd. Daarnaast is van belang of de bereidheid bestaat om alle opgeslagen gegevens ook aan de inspectie te verstrekken.

Methode

In het onderzoek zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van koepel- en beroepsorganisaties in de gezondheidszorg. De selectie van deze landelijke organisaties is in overleg met de opdrachtgever van dit onderzoek, de inspectie, tot stand gekomen. Elk van de benaderde organisaties is gevraagd een gesprekspartner aan te wijzen die deskundig is op het terrein van wetgeving en klachtenbehandeling. Tevens is per landelijke organisatie een aangesloten zorgaanbieder benaderd die door de landelijke organisatie is voorgedragen.

In tabel 1 zijn de organisaties weergegeven die zijn benaderd en het aantal afgenomen interviews.

De leidraad voor de 25 gevoerde gesprekken is een semi-gestructureerde vragenlijst geweest, waarin zowel open als gesloten vragen zijn opgenomen over de klachtenbehandeling, de registratie van klachten en rapportage van klachten aan de inspectie. Aan elke respondent is ook schriftelijke informatie gevraagd over de opzet van de klachtenregeling en over de aard en omvang van de ingediende klachten.

De dataverzameling heeft plaatsgevonden in de periode van juli 1996 tot en met september 1996. Hierdoor zijn gegevens over de rapportages verzameld die vóór 1 april 1996 moesten worden gestuurd. Er zijn geen cijfers bekend over het aantal rapportages dat de inspectie vóór 1 april 1997 heeft ontvangen.

Klachtenbehandeling volgens de Wet klachtrecht

Alle respondenten geven aan dat zij de Wet klachtrecht willen implementeren. De wijze waarop zij invulling aan de wet hebben gege-

Tabel 1: Aantal respondenten per koepel- en beroepsorganisatie.

naam van organisatie
koepelorganisaties
LVG, Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (1)
LVGGD, Landelijke Vereniging voor Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (2)
LVT, Landelijke Vereniging van Thuiszorg (2)
NVAGG, Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (2)
NVGGz, Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (2)
NVVz, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (2)
NVZ, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2)
VGN, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2)
WZF, WoonZorg Federatie (2)
beroepsorganisaties
KNMG, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1)
KNMP, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (1)
NMT, Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Tandheelkunde (2)
LHV, Landelijke Huisartsen Vereniging (2)
KNGF, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (1)
NOV, Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (1)

ven, loopt echter sterk uiteen. Hierbij zijn twee hoofdvarianten van klachtenregelingen te onderscheiden.

Variant I is dat een overkoepelende organisatie van zorgaanbieders een landelijke klachtenregeling voor haar leden heeft getroffen. De zorgaanbieders die in principe van deze regeling gebruik kunnen maken zijn apothekers, fysiotherapeuten, tandartsen en verloskundigen.

Variant II is dat een koepel- of een beroepsorganisatie een model-reglement heeft geschreven. Voor deze variant hebben vooral de landelijke organisaties gekozen, waarbij instellingen uit de intramurale gezondheidszorg zijn aangesloten, zoals ziekenhuizen. Het ontwikkelde model kan een aangesloten lid gebruiken als voorbeeld bij de formulering van een klachtenreglement volgens de Wet klachtrecht. De gesprekspartners van de landelijke organisaties stellen dat hun leden uiteenlopend hebben gereageerd. Er zijn zorgaanbieders die een klachtenregeling en een klachtencommissie voor de eigen organisatie hebben. Er zijn ook zorgaanbieders die op lokaal of regionaal niveau samenwerken met andere zorgaanbieders. In dit laatste geval behandelt een klachtencommissie klachten over verschillende zorgaanbieders of instellingen. Binnen de thuiszorg is gekozen voor een afwijkende opzet. Behalve de klachtencommissies op instellingsniveau is er op landelijk niveau nog een klachtencommissie die klachten in hoger beroep behandelt (LVT, 1995).

Voor elk variant geldt dat de (model-)klachtenregelingen in 1995 of 1996 zijn opgesteld. De datum, waarop een regeling is getroffen en andere kenmerken van de klachtenregelingen in het kader van de Wet klachtrecht zijn weergegeven in tabel 2.

Voor de onderdelen binnen de gezondheidszorg die voor variant I hebben gekozen, geldt dat twee klachtencommissies zijn geïnstalleerd die met een concept reglement werken (Fysiotherapie, 1996; KNMP, 1995; NOV, 1994). De klachtenregeling van de NMT (Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde) vormt binnen variant I enigszins een uitzondering omdat de klachten centraal worden opgevangen, maar decentraal door een van de zeven regionale klachtencommissies worden behandeld (NMT, 1995).

Van de onderdelen die behoren tot variant II is bekend dat klachtencommissies zijn geïnstalleerd (Buis, 1995; LVG, 1995; NVAGG, 1995; NVGgz, 1995; NVZ, 1995; Van Tiel, 1996; VGN, 1996; VZF en LOBB, 1995). De uitzondering is de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst). Zij heeft haar leden geadviseerd zich aan te sluiten bij de klachtenregeling van de instelling waar zij werkzaam zijn of een bestaande klachtencommissie (KNMG, 1995). Door de onderzoeksopzet is niet mogelijk inzicht te geven in het aantal zorgaanbieders dat een klachtenregeling en een klachtencommissie heeft. Een uitzondering vormen de huisartsen die veelal op het niveau van een district (DHV) een regionale klachtencommissie hebben (IKG, 1996). In sommige gevallen is er een klachtencommissie die klachten van meer districten behandelt.

Voor het feitelijke aantal klachten dat kan worden gerapporteerd, is van belang of in de klachtenregeling drempels zijn opgeworpen. In het algemeen is te stellen dat in de omschrijvingen van het begrip klacht geen restricties ten aanzien van het indienen van een klacht zijn opgenomen. In elke (model-) regeling wordt het begrip klacht ruim gedefinieerd waarbij wordt verwezen naar een vorm van onvrede van de patiënt of cliënt. Desondanks worden in elk van de reglementen drempels opgeworpen. Dit betreft voornamelijk procedurele entree-drempels, hetgeen verwijst naar de opzet van klachtenregeling. Een veel voorkomende procedurele entree-drempel is dat de klacht schriftelijk moet worden ingediend. Een andere procedurele entree-drempel is dat klachten niet ontvankelijk worden verklaard als een klacht al bij een andere instantie is ingediend of de klager al een gelijksoortige klacht heeft ingediend. Een inhoudelijke entree-drempel is dat in sommige gevallen een patiënt niet een klacht in combinatie met een claim mag indienen. Een persoonsgebonden entree-drempel is opgeworpen in de landelijke klachtenregelingen van beroepsbeoefenaren, omdat klachten over niet-aangesloten beroepsbeoefenaren niet ontvankelijk worden verklaard. Deze klachten kunnen alleen in behandeling worden genomen als deze niet-aangesloten beroepsbeoefenaar zelf een klachtenregeling heeft getroffen. Hoeveel beroepsbeoefenaren een eigen klachtenregeling hebben, is op basis van dit onderzoek niet te bepalen.

Tabel 2. Kenmerken van de klachtenregeling in het kader van de Wet klachtrecht.

variant	naam	organisatieniveau	klachten-reglement	datum	functionerende klachten commissie	aantal klachten-commissies
variant I	KNGF	landelijk	nee, concept	04-1996	ja	1
	KNMP	landelijk	reglement	-	nee	0
	NOV	landelijk	nee, concept	-	ja	1
	NMT	landelijk en regionaal	reglement	12-1995	ja	7
variant II	KNMG	-	model	08-1995	nee	geen
	LHV	regionaal	model	03-1995	ja	16
	LVG	lokale samenwerking of instellingsniveau	model	08-1995	ja	onbekend
	LVGGD	regionaal of instellingsniveau	model	1995	ja	onbekend
	LVT	regionaal of instellingsniveau	model	10-1995	ja	onbekend
	NVAGG	lokale samenwerking of instellingsniveau	model	09-1995	ja	onbekend
	NVGGz	regionaal of instellingsniveau	model	07-1995	ja	onbekend
	NVVz	regionaal of instellingsniveau	model	1996	ja	onbekend
	NVZ	instellingsniveau	handreiking	10-1995	ja	onbekend
	VGN	lokale samenwerking of instellingsniveau	model	01-1996	ja	onbekend
	WZF	regionaal of lokale samenwerking of instellingsniveau	model	08-1995	ja	onbekend

Tot slot is te concluderen dat de implementatie van de Wet klachtrecht niet op vergaande bezwaren lijkt te zijn gestuit. De opgerichte klachtencommissies kunnen klachten van cliënten behandelen en de gegevens over klachten aan de inspectie rapporteren. Door de opgeworpen drempels worden hoogstwaarschijnlijk minder klachten ingediend en behandeld dan er feitelijk zijn. Het overgrote deel van de ingediende klachten wordt bemiddeld waardoor een behandeling in een klachtencommissie achterwege blijft. Door de gekozen opzet van dit inventariserende onderzoek is niet te bepalen hoeveel zorgaanbieders een klachtencommissie hebben opgericht dan wel zich hebben aangesloten bij een klachtencommissie.

Aantal behandelde klachten

In alle klachtenregelingen en model-reglementen wordt gesteld dat ingediende klachten op verschillende manieren kunnen worden behandeld. Voor zeven van de vijftien organisaties geldt dat zowel persoonlijke behandeling als bemiddeling tot de mogelijkheden behoren. Bij de opzet van de klachtenbehandeling is veelal gekozen voor een gefaseerde structuur. Dit betekent dat in de praktijk persoonlijke klachtenbehandeling en bemiddeling de voorkeur genieten boven de behandeling van een klacht volgens de Wet klachtrecht. De wettelijke procedure wordt alleen doorlopen als de andere vormen van klachtenbehandeling niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. Behalve persoonlijke behandeling en klachtenbemiddeling kunnen klachten ook op een andere wijze worden behandeld. Een aantal onderdelen van de zorgsector heeft ook een klachtenregeling op basis van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). In instellingen waarvoor de Wet BOPZ en de Wet Klachtrecht geldt, wordt afhankelijk van de aard van de klacht voor een vorm van klachtenbehandeling gekozen. Daarnaast is de 'geschillencommissie' vermeldenswaard omdat deze vorm van klachtenbehandeling toestaat dat een patiënt een klacht én een claim indient tot een maximum van 7500 NLG. Bij deze commissie is een beperkt aantal ziekenhuizen aangesloten.

Tabel 3. Aantal ingediende en behandelde klachten op jaarbasis.

zorgaanbieder	aangesloten bij:	aantal behandelde klachten (1995) volgens Wet klachtrecht	volgens andere procedures	totaal
landelijke commissie fysiotherapie	KNGF	3	1	4*
landelijke commissie apothekers	KNMP	onbekend	onbekend	± 55
klachtencommissie op DHV-niveau	LHV	17	94	111
16 gezondheidscentra	LVG	10	49	59
een GGD	LVGGD	0	49	49
een thuiszorgorganisatie	LVT	0	241	241
7 regionale commissies tandartsen	NMT	± 70	± 130	± 200
landelijke commissie verloskundigen	NOV	13	-	13
een RIAGG	NVAGG	3	6	9**
een psychiatrisch ziekenhuis	NVGGz	10	onbekend	-
een verpleeghuis	NVVz	weinig	onbekend	-
een ziekenhuis	NVZ	2	198	200
een instelling voor gehandicapten	VGN	3	onbekend	-
een verzorgingshuis	WZF	onbekend	onbekend	weinig

* aantal ingediende klachten in de afgelopen vijf maanden
** aantal klachten in een half jaar tijd

Tabel 4. Gegevensopslag.

zorgaanbieder	aangesloten bij	dossier-vorming	registratie-formulier	typologie van klachten	registratie-systeem
landelijke commissie fysiotherapie	KNGF	ja	nee	nee	nee
landelijke commissie apothekers	KNMP	ja	nee	nee	nee
klachtencommissie op DHV-niveau	LHV	ja	nee	nee	nee
16 gezondheidscentra	LVG	ja	ja	ja	ja
een GGD	LVGGD	ja	ja	onbekend	ja
een thuiszorginstelling	LVT	ja	ja	ja	nee
een regionale commissie tandartsen	NMT	ja	nee	nee	nee
landelijke commissie verloskundigen	NOV	ja	nee	nee	nee
een RIAGG	NVAGG	ja	nee	nee	nee
een psychiatrisch ziekenhuis	NVGGz	ja	nee	nee	ja, elektronische map
een verpleeghuis	NVVz	ja	nee	nee	nee
een ziekenhuis	NVZ	ja	nee	ja	ja
een instelling voor gehandicapten	VGN	ja	nee	nee	nee
een verzorgingshuis	WZF	ja	ja	nee	nee

Het bestaan van de bovengenoemde vormen van klachtenbehandeling heeft gevolgen voor het aantal klachten dat volgens de wet wordt behandeld en uiteindelijk aan de inspectie wordt gerapporteerd. Dit is af te leiden uit tabel 3, waarin het aantal ingediende klachten en het aantal volgens de wet behandelde klachten zijn vermeld. De gepresenteerde gegevens per zorgaanbieder zijn niet onderling vergelijkbaar, omdat de gegevens betrekking hebben op verschillende organisatorische niveaus.

Op basis van de gegevens vermeld in tabel 3, is te concluderen dat er verschillen bestaan tussen de hoeveelheid ingediende klachten en het aantal klachten dat volgens de wet is behandeld. Zo zijn bijvoorbeeld bij een thuiszorgorganisatie 241 klachten ingediend, waarvan geen enkele klacht aan de klachtencommissie is voorgelegd. Een bijna even groot verschil bestaat er bij een ziekenhuis dat bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is aangesloten. Bij de andere zorgaanbieders zijn de verschillen weliswaar kleiner, maar ook voor hen geldt dat er een kloof bestaat tussen het aantal ingediende en het aantal volgens de wet behandelde klachten. Een van de belangrijkste redenen voor dit verschil is dat de voorkeur wordt gegeven aan persoonlijke klachtenbehandeling of bemiddeling boven de wettelijke procedure.

Voor de gegevensverstrekking aan de inspectie is bepalend of alle ingediende klachten worden geregistreerd en gemeld. Als alleen de klachten die volgens de wet zijn behandeld worden vastgelegd en gerapporteerd, dan krijgt de inspectie veel minder gegevens te verwerken.

Informatievoorziening

De wijze waarop de geïnterviewde zorgaanbieders gegevens over klachten vastleggen, is divers. De opzet van de informatievoorziening varieert van ongestandaardiseerd tot en met gestandaardiseerd. De enige overeenkomst tussen alle geïnterviewde zorgaanbieders is dat zij per klacht een dossier aanleggen, zoals blijkt uit tabel 4. Standaardisering vindt op allerlei manieren plaats zoals het gebruik van een registratieformulier, het coderen van klachten op basis van een categoriestelsel of typologie en de inzet van een geautomatiseerd registratiesysteem. Een aantal zorgaanbieders stelt dat ze geen registra-

tiesysteem gebruiken omdat het aantal ingediende klachten te gering is.
Zorgaanbieders stellen dat zij met wisselende problemen bij de verwerking van de gegevens worden geconfronteerd. Zo blijkt dat sommige klachten en met name klachten die uit meer klachtgronden bestaan, op basis van een typologie niet eenduidig in een van de categorieën zijn te plaatsen. De diversiteit met betrekking tot de gegevensverwerking betekent voor de gegevensverstrekking aan de inspectie dat zeer uiteenlopende informatie kan worden gerapporteerd. De wijze waarop gegevens worden verstrekt, is afhankelijk van de ideeën over de opzet van de rapportage in het kader van de Wet klachtrecht.
Twee van de geïnterviewde zorgaanbieders hebben een verslag over het jaar 1995 aan de inspectie gestuurd. Voor de zorgaanbieders die in 1997 nog geen verslag over het jaar 1996 hebben gestuurd, geldt dat zij bereid zijn gegevens over klachten te rapporteren. Met name de geïnterviewde vertegenwoordigers van de koepelorganisaties wijzen op een aantal problemen, zoals de verhouding tussen de inspanningen ten aanzien van de vervaardiging van een verslag en de verwachte baten, de onbekendheid van de rapportageverplichting bij zorgaanbieders en de vele rapportages die zorgaanbieders op basis van allerlei wettelijke regelingen moeten sturen, zoals de Kwaliteitswet.
Een aantal zorgaanbieders refereert aan de meerwaarde die de verstrekte informatie kan hebben, zoals de mogelijkheid om de gegevens te vergelijken met gegevens van andere zorgaanbieders. Ook voor deze zorgaanbieders geldt dat zij kanttekeningen bij de bruikbaarheid van de gegevens plaatsen. Voor een aantal zorgaanbieders is een complicerende factor dat men geen inzicht heeft in de wijze waarop de inspectie de gegevens wil gebruiken. Er bestaan alleen vermoedens, zoals het aanwenden van de gegevens om een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg.
De opvattingen van de geïnterviewde zorgaanbieders over de rapportage zijn meer uitgesproken over de informatie die niet zal worden verstrekt. Zo zijn ze terughoudend ten aanzien van het verstrekken van privacygevoelige gegevens zoals achtergrondgegevens over de zorgaanbieder. Daarnaast stellen sommige zorgaanbieders dat zij geen informatie kunnen of willen verstrekken over klachten die niet volgens de Wet klachtrecht zijn behandeld.
Als de ideeën die in de zorgsector bestaan zouden worden uitgewerkt dan is het resultaat dat de inspectie hoogstwaarschijnlijk zeer uiteenlopende verslagen zal ontvangen. Zo willen sommige zorgaanbieders alleen de wettelijk verplichte informatie verstrekken, terwijl andere zorgaanbieders meer gegevens willen verstrekken of bereid zijn meer informatie te verstrekken. Een ander verschil is dat in een verslag zowel elke klacht afzonderlijk kan worden gerapporteerd als een overzicht van alle klachten kan worden gepresenteerd. Een laatste verschil betreft de opvattingen over de actor die verantwoordelijk is voor de gegevensverstrekking. Sommige zorgaanbieders stellen dat de klachtencommissie rapporteert, terwijl anderen van mening zijn dat de zorgaanbieder de gegevens aan de inspectie stuurt. In het laatste geval kan een probleem bij de gegevensverwerking ontstaan als een klachtencommissie een verslag voor meer zorgaanbieders schrijft. Het resultaat kan zijn dat op basis van de rapportage geen inzicht wordt verkregen in het aantal zorgaanbieders dat van de klachtenregeling gebruik maakt. Tevens kan niet worden achterhaald tegen welke zorgaanbieder een klacht is ingediend.
Afsluitend is te concluderen dat de houding van de geïnterviewden ten aanzien van klachtenrapportage welwillend is. Zorgaanbieders zijn bereid gegevens over klachten aan de inspectie te sturen, maar tegelijkertijd zijn er weinig uitgesproken ideeën over de opzet. De verwachting is dat de inspectie een grote diversiteit van verslagen zal ontvangen.

Geen toezicht zonder bruikbare informatie

Op basis van het onderzoek is te concluderen dat de betrokkenen in het veld bereid zijn de Wet klachtrecht in te voeren. Zij staan niet afwijzend tegenover de verplichting om de gegevens over klachten aan de inspectie te rapporteren. Echter de vraag is of de informatie voor de inspectie bruikbaar is om haar toezichthoudende taak uit te voeren.
Door de wet is de inspectie zowel in tijd als procedureel op afstand van de klachtenbehandeling geplaatst. Zij ontvangt slechts een keer per jaar informatie over de behandelde klachten. Een gevolg is dat de inspectie in een relatief laat stadium gegevens over een klacht ontvangt. Dit betekent dat de inspectie niet snel kan reageren op ernstige klachten. Bovendien is de vraag of op basis van de schriftelijke informatie de ernst van een klacht is te beoordelen. De verstrekte informatie kan zeer onvolledig en summier zijn waardoor geen onderscheid tussen de klachten is te maken. De conclusie kan zijn dat de inspectie geen toezicht kan houden door de afzonderlijke klachten als uitgangspunt voor hun handelen te nemen. Dit betekent geenszins dat de rapportages onbruikbaar zijn om toezicht te kunnen houden. De informatie over klachten kan eventueel worden gebruikt om structurele of nieuwe problemen te signaleren op basis van een analyse van alle klachten. Een complicerende factor daarbij is dat de gegevens uit de rapportages niet zijn te verwerken. Dit is toe te schrijven aan twee kernproblemen.
Het eerste kernprobleem is de selectiviteit van de gegevens, hetgeen aan drie aspecten is toe te schrijven. Het eerste aspect is dat geen inzicht bestaat in het aantal klachtencommissies. Het tweede aspect is dat in de klachtenregelingen drempels zijn opgeworpen. Het derde aspect is het bestaan van andere vormen van klachtenbehandeling naast de wettelijke klachtenregeling. Met name door dit laatste aspect wordt aan de inspectie slechts een deel van het totale aantal ingediende klachten gestuurd. In feite is de inspectie door de wijze waarop de klachtenbehandeling in de praktijk is opgezet nog verder op afstand geplaatst. Zij kan alleen toezicht houden op klachten die volgens de wet zijn behandeld.
Het tweede kernprobleem is de informatievoorziening. Ook bij dit probleem zijn drie aspecten te onderscheiden. Het eerste aspect is dat op basis van de verstrekte gegevens geen volledig beeld is te vormen. In sommige rapportages zullen meer gegevens zijn opgenomen dan in andere rapportages. Het tweede aspect is de gebruikte categorieën om klachten in te delen. In de rapportages waarin de gegevens op een gestandaardiseerde manier worden aangeboden, zullen onderling niet vergelijkbaar zijn. Bovendien is niet te achterhalen op welke wijze coderingsproblemen zijn opgelost. Het derde en laatste aspect is het aggregatieniveau. Voor een deel zal in rapportages per klacht een beschrijving worden gegeven, terwijl in een ander deel alleen de aantallen worden vermeld. Als alleen aantallen worden genoemd, dan is deze informatie moeilijk te verwerken. Als bijvoorbeeld drie klachten betrekking hebben op bejegening en één klacht wordt gegrond verklaard, dan is niet te achterhalen welke klacht gegrond is verklaard.
Door de genoemde problemen moet worden geconcludeerd dat de verstrekte informatie voor de inspectie niet verwerkbaar is en daarmee niet bruikbaar is voor de uitvoering van haar toezichthoudende taak. Een optie voor de inspectie is dat zij de informatiestroom over klachten structureert. Een mogelijkheid is dat een semi-gestructureerd klachtenformulier wordt ontwikkeld en geïntroduceerd. Op dit formulier moet per klacht een aantal essentiële gegevens worden vermeld, zoals aard van de klacht. Als dit formulier zou worden gebruikt, dan zijn de te verzamelen gegevens te verwerken en te gebruiken omdat er per klacht wordt gerapporteerd. Op basis van

deze gegevens kan de inspectie toezicht houden, omdat zij inzicht kan krijgen in:
- structurele problemen door het aantal klachten in de tijd te vergelijken;
- sectorspecifieke klachten door onderdelen van de zorgsector te vergelijken;
- nieuwe problemen, als nieuwe typen klachten worden ingediend.

Of een dergelijk formulier wordt ontwikkeld en geïntroduceerd, is afhankelijk van de inspectie en de betrokken zorgaanbieders. De vraag ten aanzien van de inspectie is of zij op grote afstand van de feitelijke klachtenbehandeling toezicht wil houden. Dit is niet vanzelfsprekend, omdat de inspectie zich van oudsher richt op afzonderlijke klachten die een ernstig afbreukrisico voor de gezondheidszorg met zich mee kunnen brengen. De vraag ten aanzien van de zorgaanbieders is of zij bereid zijn een dergelijk formulier te gebruiken. Dit kan alleen op basis van vrijwilligheid, omdat de inspectie geen enkele wettelijke bevoegdheid heeft het gebruik van zo'n formulier af te dwingen.

Onafhankelijk van de huidige praktijk en mogelijke verandering in de uitvoering is misschien de meest prangende vraag of de wetgever in de vormgeving van de Wet klachtrecht geen weeffout heeft gemaakt. Behalve de klachtenbehandeling heeft zij ook de signalerende en toezichthoudende taak van de inspectie op afstand geplaatst. Hierdoor is de situatie dat de inspectie aan de zijlijn staat en is afgesneden van een belangrijke bron van informatie over mogelijke misstanden in de gezondheidszorg. ■

Referenties

Andela, M., *Onderzoekverslag enquête patiëntenrechten.* Consumentenbond, Den Haag, 1995, 21 p.

Baggerman, A. & H.M.L. van Dijk, *Klachtenbehandeling bij bedrijven. Deel 1. Zes case-studies.* Swoka, Leiden, 1994, 103 p.

Bekkers, V.J.J.M., *Nieuwe vormen van sturing en informatisering.* Eburon, Delft, 1993, 358 p.

Buis, M., *Handreiking klanten en klachten. Klachtenregeling GGD'en, toelichting. Plaats binnen kwaliteitssystemen.* Landelijke Vereniging voor GGD'en, Utrecht, 1995, 42 p.

Fysiotherapie, *Reglement voor de klachtencommissie KNGF/VVF concept.* Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Amersfoort, 1996, 5 p.

Gowie, R., K. Gorter & L. Willems, *Onvrede en klachten van cliënten over de hulpverlening.* NIMAWO, Den Haag, 1989, 204 p.

Hertogh, M.L., *Consequenties van controle. De bestuurlijke doorwerking van het oordeel van de administratieve rechter en de Nationale ombudsman.* VUGA, Den Haag, 1997, 305 p.

IKG, *Klachten over huisartsen (regio DHV Utrecht).* Jaarrapportage 1995. IKG, Utrecht, 1996, 19 p.

Inspectie, *Jaarrapportage 1995.* Inspectie voor de Gezondheidszorg, Rijswijk, 1996, 194 p.

Kastelein, W.R., *Van Klagen naar klachtrecht. Het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg.* Gouda Quint, Arnhem, 1992, 359 p.

KNMG, "Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg", *Medisch Contact*, 1995 vol. 50, nr. 33/34, pp. 1039-1041.

KNMP, *Modelregeling apotheker-patiënt KNMP-NP/CF.* Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Den Haag, 1995, 20 p.

Kupers, W.E. & P.M.M. van Wezel, *Klachtenregelingen onder de loep. Een onderzoek naar de klachtenopvang in de Gelderse ziekenhuizen.* Regionale Patiënten Consumentenplatforms Gelderland, Arnhem, 1996, 106 p.

Legemaate, J., *Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg.* Tjeenk Willink, Zwolle, 1996, 162 p.

LVG, *Model klachtenprocedure voor gezondheidscentra.* Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra, Utrecht, 1995, 18 p.

LVT, *Klachtenreglement Thuiszorg.* Landelijke Klachtencommissie Thuiszorg, Bunnik, 1995, 18 p.

NMT, *Procedureregels van de klachtenbehandeling voor de Regionale Beoordelingsraad en de Specialistenbeoordelingsraad.* Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde, Nieuwegein, 1995, 5 p.

NOV, *Regeling Klachtenbehandeling.* Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Bilthoven, 1994, 7 p.

NVAGG, *Model klachtenreglement.* Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht, 1995, 9 p.

NVGGz, *Model Klachtenreglement-bijzonder.* Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht, 1995, 5 p.

NVZ, *Handreiking klachtenopvang.* Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht, 1995, 6 p.

Staatsblad, *Wet Klachtrecht cliënten zorgsector.* Staatsblad, 1995, 308, 5 p.

Straten, G.F.M., A.C.J.W. Janssens & R.D. Friele, *Branche-rapport Patiënten/cliënten.* NIVEL, Utrecht, 1997, 129 p.

Straten, G.F.M. & R.D. Friele. *Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten.* NIVEL, Utrecht, 66 p.

Tiel, C.B.M.M. van, *Handreiking Klachtenregeling. De BOPZ in verpleeghuizen.* Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Utrecht, 1996, 52 p.

Treurniet, H.F., J.P. Mackenbach & P.J. van der Maas, *Toezicht met inzicht. Een oriëntatie op informatievoorziening voor het opsporen van gezondheidsrisico's in de gezondheidszorg.* Erasmus Universiteit, Rotterdam, 1994, 167 p.

VGN, *Effectief omgaan met klachten van cliënten.* Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1996, 39 p.

WVC, *Leidraad klachtonderzoek. Staatstoezicht op de Volksgezondheid.* WVC, Den Haag, 1988, 8 p.

WZF & LOBB, *Cliënt en klacht. Handleiding en voorbeeldreglement voor het klachtrecht en verzorgingshuizen.* Woonzorg Federatie en LOBB, Zeist, 1995, 28 p.

Zeef, P.H.H., *Tussen toezien en toezicht. Verandering in bestuurlijke toezichtsverhoudingen door informatisering.* Phaedrus, Den Haag, 1994, 312 p.