

# 1 DE KLACHTOPVANG IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG: EEN OVERZICHT VAN HET ONDERZOEK EN DE CONCLUSIES

## 1.1 Inleiding

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

Schema 1.1 Begrippenkader klachtenstelsel

Informeel	Formeel
Klachtopvang bestaande uit:	Klachtenbehandeling bestaande uit:
1. Ondersteuning (luisteren, informatie en advies, geven van bijstand)	1. Interne klachtenbehandeling (Wkcz: behandeling door klachtencommissie, uitspraak over gegrondheid van de klacht)
2. Bemiddelen bij de klacht	2. Externe klachtenbehandeling (tuchtrecht, civiel recht etc)

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

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

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

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

## 1.2 Doel van het onderzoek

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

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

### **Hoe is de klachtovang opgebouwd?**

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

### **Hoe verloopt de klachtenopvang?**

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

### **Wat zijn de uitkomsten van de klachtenopvang?**

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

## **1.3 Nadere uitwerking van de onderzoeksvragen**

### **1.3.1 Hoe is de klachtenopvang opgebouwd?**

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

#### **1. Welke voorzieningen zijn er?**

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

#### **2. Hoeveel klachten worden binnen de klachtenopvang ontvangen?**

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

#### **3. Welke functies worden vervuld binnen de klachtenopvang?**

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

---

### **Ondersteuningsfunctie**

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

#### **C Bieden van een luisterend oor**

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

#### **C Informatie- en adviesverstrekking**

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

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

Wanneer een vraag of klacht niet ter plekke beantwoord of afgehandeld kan worden, kan informatie gegeven worden over andere dienstverlenende instanties (doorverwijzen).

#### **C Het verlenen van bijstand**

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

### **Bemiddelingsfunctie**

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

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

#### **4. Wat is de aard van de ontvangen klachten?**

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

##### **1.3.2 Hoe verloopt de klachtopvang?**

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

##### **Hoe toegankelijk is de klachtopvang?**

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

###### *Aanwezigheid*

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

###### *Bekendheid*

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

###### *Bereikbaarheid*

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

###### *Laagdrempeligheid*

Ten slotte dient een toegankelijke klachtopvang laagdrempelig te zijn. Een klager dient zo min mogelijk drempels te ervaren bij het kenbaar maken van zijn of haar klacht. Hier kan een onderscheid gemaakt worden tussen interne drempels (drempels in de persoon zelf) en externe

drempels (drempels vanuit de omgeving van de persoon). Interne drempels kunnen zijn: de twijfel aan het nut van het kenbaar maken van de klacht, angst voor de gevolgen, een slechte gezondheid en tijdgebrek. Externe drempels zijn onder meer: de klacht kenbaar moeten maken bij de directie, bemiddeling door de leidinggevende van de betrokken hulpverlener, een financiële bijdrage moeten betalen voor de klachtovang en het verplicht op schrift stellen van de klacht.

#### **Wat is de werkwijze tijdens de klachtovang?**

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

#### *Inhoud klachtovang*

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

#### *Snelheid*

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

#### *Deskundigheid*

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

#### *Registratie*

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

### 1.3.3 Wat zijn de uitkomsten van de klachtopvang?

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

## 1.4 Gegevensverzamelingen

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

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

### Opbouw van de klachtopvang

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

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

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

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

#### **Verloop en uitkomsten van klachtopvang**

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

de ziekenhuizen en bij IKG's was al meer bekend. Dit betekent dat in deze laatste twee domeinen een meer gedetailleerde gegevensverzameling mogelijk was dan in de ouderenzorg, waar eerst meer globale gegevens nodig waren.

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

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

#### *Klachtopvang door de betrokken hulpverlener: nulde-lijn klachtopvang*

Om te achterhalen in welke mate zorggebruikers met een klacht deze bespreken met de bij de klacht betrokken hulpverlener of eventuele drempels hierbij ervaren, is in december 1999 een schriftelijke enquête afgenomen onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Deze enquête gaat enerzijds in op toegankelijkheid, namelijk op de feitelijke toegang tot de hulpverlener als aanspreekpunt voor de klacht en ervaren drempels bij het kenbaar maken van de klacht bij de betrokken hulpverlener. Anderzijds wordt aandacht besteed aan de tevredenheid van de klager over deze klachtopvang door te vragen naar de gevolgen van het gesprek voor de relatie met de hulpverlener. Het Consumentenpanel bestaat uit 1602 leden (stand december 1999). Alle leden hebben een enquête ontvangen, waarin naast vragen over de klachtopvang ook vragen zijn opgenomen over 24-uurs zorg en openingstijden in de gezondheidszorg. De laatste twee onderwerpen zijn voor ander onderzoek meegenomen.

#### *IKG's*

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

Alle 28 IKG's zijn schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek en zijn vervolgens gevraagd te participeren in het onderzoek. Aangezien de IKG's in de provincie Utrecht en Noord-Brabant recentelijk een onderzoek verricht hebben onder hun cliënten, zijn zij van deelname uitgesloten. Uiteindelijk hebben 12 IKG's geëageerd, die alle meegenomen zijn in het

onderzoek. De 12 IKG's hebben ieder 20 vragenlijsten ontvangen, die zij aan in totaal 240 cliënten verstuurd hebben, die zich het afgelopen jaar bij hen hadden gemeld.

#### *Ziekenhuizen*

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

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

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

#### *Thuiszorg*

De toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang in de thuiszorg is geïnventariseerd met behulp van een telefonische enquête, die in februari/maart 2000 op directieniveau is afgenomen. De vragen in deze enquête komen in hoge mate overeen met de vragen, die aan de klachtenfunctionarissen van de ziekenhuizen zijn gesteld. Daarnaast is in maart 2000 aan de cliëntenraden van de thuiszorg een schriftelijke enquête voorgelegd, waarin naar de toegankelijkheid en de werkwijze van de klachtopvang is gevraagd in termen van verantwoordelijke personen voor de opvang van klachten, bekendheid, laagdrempeligheid en inhoud (takenpakket) van de klachtopvang.

Omdat in plaats van de klagers de cliëntenraden zijn aangeschreven, kan de derde onderzoeksvraag naar de resultaten van de klachtopvang niet beantwoord worden. In plaats daarvan is gevraagd naar de klachtvriendelijkheid van de thuiszorgorganisatie.

#### *Verpleeg- en verzorgingshuizen*

In de verpleeg- en verzorgingshuizen is de toegankelijkheid en werkwijze van de klachtopvang gemeten met behulp van een schriftelijke enquête die in februari 2000 afgenomen is onder de cliëntenraden van verpleeg- en verzorgingshuizen. De enquêtes zijn vergelijkbaar met de enquêtes, die aan de cliëntenraden van de thuiszorg zijn verstuurd.

Voor het onderzoek onder de cliëntenraden van de verpleeg- en verzorgingshuizen is contact opgenomen met de NVBV en de LOC<sup>1</sup>. De NVBV heeft het adressenbestand van de bij haar aangesloten cliëntenraden van verpleeghuizen ter beschikking gesteld. Uit dit bestand is een aselecte steekproef getrokken van 150 cliëntenraden. De 150 cliëntenraden van de verzorgingshuizen zijn op willekeurige wijze door de LOC uit het eigen adressenbestand geselecteerd.

## 1.5 Resultaten

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

### 1.5.1 Hoe is de klachtopvang opgebouwd?

Divers, is de beste karakterisering van de opbouw van de klachtopvang in Nederland. Dit kan geconcludeerd worden uit het onderzoek naar de opbouw van de klachtopvang, gebaseerd op de secundaire analyse van bestaande gegevens. Bij dit onderzoek zijn de klachten buiten beschouwing gelaten, die door klagers direct met de desbetreffende hulpverlener worden besproken.

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

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

#### *Patiënten*

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

<sup>1</sup>

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

patiëntenwege ligt bij de informatie- en adviesfunctie, in mindere mate bij het geven van bijstand en nauwelijks bij de bemiddeling.

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

#### *Zorgaanbieders*

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

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

De klachtopvang in instellingen bestaat uit het geven van informatie en advies en bemiddeling. Uit het materiaal wordt niet duidelijk hoe deze bemiddeling wordt ingevuld, zodat niet duidelijk is of hier inderdaad sprake is van daadwerkelijke bemiddeling. Vrijwel geen enkele instelling biedt bijstand. De uitzondering hierop wordt gevormd door de Patiëntvertrouwenspersoon en ook door vertrouwenspersonen in de gehandicaptenzorg, die bij uitstek gericht zijn op de ondersteuning, en daarmee ook het bieden van bijstand, van de klager.

Klachtopvang door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is niet of nauwelijks door henzelf geregeld. Een uitzondering hierop vormen de huisartsen, die op regionaal niveau afspraken hebben gemaakt met de IKG's voor het opvangen van klachten over huisartsen. Ook tandartsen bieden klachtopvang, hier vindt vooral klachtbemiddeling plaats. Door de apothekers en paramedici zijn weliswaar op landelijk niveau afspraken gemaakt met IKG's, maar het is niet duidelijk hoe dit op regionaal niveau is uitgewerkt, terwijl het regionale niveau het niveau is waarop de IKG's functioneren. Ook zijn er beroepsgroepen waar niets is geregeld. Voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren geldt dat klachtopvang in de regel plaats vindt op grote afstand van de formele klachtenbehandeling. De indruk bestaat daarnaast dat de klachtopvang nogal ver af staat van de individuele beroepsbeoefenaren.

#### *Zorgverzekeraars*

Klachtopvang door zorgverzekeraars kan vanuit verschillende invalshoeken plaatsvinden. Allereerst kunnen klachten van verzekerden over de zorgverzekering aan de orde gesteld worden. Daarnaast is er, in ieder geval beleidsmatig, oog voor de mogelijkheid dat verzekerden klachten indienen over de geboden zorg. Dit heeft vooral betrekking op de zorg die in het kader van de ziekenfondswet en de AWBZ in natura wordt verstrekt. De zorgverzekeraar heeft voor deze

vormen van zorg een medeverantwoordelijkheid en kan hierop aangesproken worden. De derde invalshoek is die van de serviceverlening of 'klantenbinding'. Hier wordt klachtopvang gezien als een service aan verzekerden. Klachtopvang kan in dit geval leiden tot zorgbemiddeling, het geven adviezen en informatie dan wel een gerichte doorverwijzing naar een andere voorziening voor klachtopvang of een klachtencommissie.

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

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

#### *Overheid*

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

#### *Beperkingen van deze deelstudie*

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

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

#### **Conclusies over de opbouw van de klachtopvang**

Wanneer de klachtopvang door de betrokken hulpverlener buiten beschouwing wordt gelaten, blijken de partijen met het grootste aantal opgevangen klachten in de klachtopvang de zorgaanbieders (met name de ziekenhuizen en de patiënt vertrouwenspersoon in de GGZ) en de patiëntenorganisaties (vooral de IKG's) te zijn. Beide bieden zij klachtopvang in de vorm van informatie en advies. Klachtopvang van patiëntenorganisaties is daarnaast ook gericht op het

bieden van bijstand aan de klager, terwijl de klachtovang in de instellingen vooral gericht is op bemiddeling. Uitzondering hierop vormt de klachtovang door de PVP, die vooral bestaat uit het bieden van bijstand. De klachtovang van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is minder inzichtelijk en ook in de meeste gevallen niet georganiseerd door de beroepsbeoefenaren zelf. Het lijkt erop dat er van uit wordt gegaan dat de meeste klachten wel worden opgevangen door de IKG's, terwijl alleen de huisartsen hier expliciete afspraken over hebben gemaakt met de desbetreffende IKG's. Ook komt het voor dat op het punt van klachtovang niets is geregeld. De uitzondering hierop wordt gevormd door de tandartsen die een eigen systeem van klachtovang kennen. Op basis van dit deelonderzoek is niet duidelijk hoe de klachtovang precies functioneert en wat de resultaten hiervan zijn. Vervolgonderzoek zal hier meer inzicht in moeten geven. In de volgende paragraaf wordt meer inzicht gegeven in het feitelijk functioneren van de klachtovang in de intramurale ouderenzorg, de thuiszorg, de ziekenhuizen en bij de IKG's.

Klachtovang door zorgverzekeraars heeft op dit moment een vrij divers karakter: enerzijds gericht op de aanspraken die samenhangen met de verzekering. Daarbij wordt dan een onderscheid gemaakt tussen klachten over de verzekering en klachten over de zorg die in het kader van de ZFW en de AWBZ, in natura, wordt geleverd. Anderzijds lijkt klachtovang ingezet te worden als instrument voor klantenbinding. Het is onduidelijk hoe, of en in welke mate door de verschillende verzekeraars aan deze vormen van klachtovang invulling wordt gegeven.

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

### **1.5.2 Hoe verloopt de klachtovang en wat zijn de uitkomsten?**

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

#### **Klachtovang bij de desbetreffende hulpverlener**

Van alle klachten wordt de helft besproken op de plaats waar de klachten zijn ontstaan; met de betrokken hulpverlener. Daarmee is deze vorm van klachtovang in getalsmatig opzicht belangrijker dan iedere andere vorm van klachtovang. Want van elke 100 klachten worden er 50 met de desbetreffende hulpverlener besproken, terwijl er maar 6 worden besproken met een

leidinggevende, 5 met een klachtenfunctionaris of met een klachtencommissie, 2 met een patiëntenorganisatie en 2 met een zorgverzekeraar.

Eenderde van de mensen die hun klacht met de betreffende hulpverlener bespraken, zegt dat er een verbetering is opgetreden in hun relatie met de hulpverlener: het probleem hoeft dan overigens niet opgelost te zijn. Tweederde van degenen die de klacht met de hulpverlener bespraken zegt dat er door het bespreken van de klacht niets is veranderd. Iets minder dan de helft van de klagers die hun klacht met de hulpverlener bespraken dient de klacht vervolgens elders in. Klachtopvang door de betrokken hulpverlener is dus weliswaar de meest gebruikelijke vorm van klachtopvang, maar deze vorm van klachtopvang is vanuit het perspectief van de klager niet bijzonder productief.

Uit het deelonderzoek naar de klachtopvang in de ziekenhuizen komt een vergelijkbaar cijfer naar voren. Ook daar meldt bijna de helft (42%) dat zij eerst hun klacht met de betrokken hulpverlener heeft besproken. Dit staat in contrast tot het veel lagere percentage (15%) hulpverleners dat in de ziekenhuizen aangeeft dat de klacht eerder met hen werd besproken. Kennelijk bestaat er een discrepantie tussen het beeld van de klager: 'ik heb mijn klacht aan de orde gesteld' en het beeld van de aangeklaagde: 'ik heb het niet gehoord'. Deze discrepantie is vrij groot: ongeveer een kwart van de klachten wordt volgens klagers wel aan de orde gesteld, maar door aangeklaagden niet gerapporteerd. Deze discrepantie kan één van de verklaringsgronden zijn voor de geringe effectiviteit voor de klager van het bespreken van hun klacht met de betreffende hulpverlener. Een klacht die niet wordt gehoord leidt niet tot relatieherstel maar eerder tot een verslechtering van de relatie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deze bevindingen leiden tot de volgende conclusies.

Uit de desk-research was al vast komen te staan dat IKG's een groot aandeel leveren aan de klachtopvang vanuit de patiëntenbeweging. Daarnaast geldt dat de IKG's vooral de wat lager opgeleiden lijken te bereiken. Dit mag als een sterke kant van de IKG's worden gezien. Tot slot blijkt driekwart van de klagers tevreden of redelijk tevreden is met de dienstverlening van de IKG's. Of dit hoog is of juist laag, valt te betwisten. Het is in ieder geval een meerderheid. En gezien het feit dat een IKG weinig invloed kan uitoefenen op de aangeklaagde hulpverleners is het een redelijk hoog percentage. Vergeleken met de klachtopvang in de WKCZ is de score beter: hier was ruim één derde tevreden. De score is niet beter dan die in ziekenhuizen wordt bereikt (zie ook volgende paragraaf) waar bijna 80% van de klagers tevreden is.

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

relatieve onbekendheid van IKG's lijken huidige inspanningen op het gebied van het verwerven van bekendheid ontoereikend.

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

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

#### **Klachtopvang in ziekenhuizen**

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Klacht opvang in de thuiszorg**

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

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

Het gemiddeld aantal klachten per thuiszorginstelling ligt op 20. De spreiding tussen instellingen is groot; 25 van de 61 onderzochte thuiszorginstellingen (33%) heeft 0 klachten. Het grootste aantal klachten heeft betrekking op de toegang tot de zorg: geen zorg, onvoldoende zorg, indicatiestelling of wachttijden (gemiddeld 4,5 klachten per instelling). De categorie met de meeste klachten gaat over bejegening (gemiddeld 3 klachten per instelling). In 40% van de thuiszorginstellingen is er iemand die speciaal is aangesteld voor de klacht opvang, in de overige instellingen is er niet zo iemand. De mensen die zich met klacht opvang bezig houden in de thuiszorginstellingen hebben meestal nog een andere functie, zoals staffunctionaris of directeur. Zij hebben vaak geen aparte cursus op het gebied van klacht opvang gevolgd.

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

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

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

#### **Klachtovang in verpleeg- en verzorgingshuizen**

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

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

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

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

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

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

## 1.6 Drie slotconclusies

In dit rapport wordt gerapporteerd over verschillende deelonderzoeken. Allereerst is met behulp van desk-research getracht inzicht te krijgen in de structuur van de klachtopvang. Dit onderzoek geeft een redelijk goed beeld van de verschillende voorzieningen die er zijn en de aantallen klachten die hier worden opgevangen. Dit onderzoek geeft geen inzicht in de manier waarop deze voorzieningen functioneren. Vervolgens is in vijf deel-studies de vraag naar het functioneren van de klachtopvang aan de orde gekomen. Deze vijf deelstudies geven inzicht in het functioneren van de klachtopvang door de betrokken hulpverlener zelf, door de IKG's, in ziekenhuizen, in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen. De vijf deelstudies zijn ieder iets anders opgezet, omdat er bij aanvang van dit onderzoek verschillen in het kennisniveau van de verschillende sectoren bestonden en omdat er grote verschillen bestaan tussen de bestudeerde situaties. Klachtopvang door de betrokken hulpverlener laat zich bijvoorbeeld niet op dezelfde manier onderzoeken als klachtopvang door een IKG. Door een combinatie van verschillende werkwijzen kan een breed en op punten diepgaand, inzicht worden gegeven in de klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg.

De vijf deelstudies betreffen niet alle voorzieningen waar klachten worden opgevangen. Zo is bijvoorbeeld niet dieper ingegaan op de klachtopvang door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, zoals tandartsen of apothekers, in de gehandicaptenzorg, in de GGD's, in de RIAGG's, in de psychiatrie of bij de consultatiebureau's voor alcohol en drugs. Ook is niet ingegaan op de welzijnssector. Het zou in principe voor de hand hebben gelegen om ook hier onderzoek te doen, omdat de wet klachtrecht hier ook gedeeltelijk betrekking op heeft. Over het functioneren van de klachtopvang in de sectoren die niet nader zijn onderzocht kunnen geen uitspraken worden gedaan.

Dit onderzoek laat drie slotconclusies toe.

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

De klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg laat zich het beste karakteriseren als gevarieerd. De meeste klachten worden in eerste instantie voorgelegd aan de betrokken hulpverlener. Klachtopvang door derden vindt vooral plaats door (organisaties van) zorgaanbieders en patiënten. Beide partijen kennen verschillende vormen van klachtopvang, die in een aantal gevallen vermengd zijn. Een voorbeeld hiervan is de klachtopvang door IKG's op het gebied van de huisartsenzorg en op verzoek van district-huisartsenverenigingen. Het netwerk van voorzieningen voor klachtopvang lijkt redelijk volledig te zijn. Daarbij is eerder sprake van onderlinge aanvulling dan van overlap tussen de verschillende voorzieningen.

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

*Witte vlekken*

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

*Klachtopvang door de IKG's*

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

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

De toegankelijkheid van de klachtopvang is in veel instellingen in de ouderenzorg problematisch. Het gaat hierbij om zowel de thuiszorginstellingen, de verzorgingshuizen als de verpleeghuizen. Doorgaans is er wel een vorm van klachtopvang geregeld, maar het blijkt dat de toegankelijkheid problematisch is. In de thuiszorg bleek éénderde van de instellingen over een periode van 1 jaar geen enkele klacht te hebben geregistreerd. In tweederde van de verpleeghuizen en driekwart van de verzorgingshuizen werd geen enkele klacht geregistreerd. Het

feit dat het in veel instellingen voorkomt dat geen enkele klacht wordt geregistreerd wijst op een slechte toegankelijkheid van de klachtovang. Daarnaast wijzen cliëntenraden in deze sector op het bestaan van drempels voor het indienen van klachten, door afhankelijkheidsgevoelens, angst voor negatieve gevolgen en het niet te boek willen staan als klager. De klachtovang in de ouderenzorg wordt meestal 'in de lijn' geregeld: door leidinggevenden, managers of een directeur. De hier boven genoemde gevoelens spelen extra tegenover een lijnfunctionaris, en zouden minder sterk spelen wanneer een redelijk onafhankelijk iemand zich inzet voor de klachtovang. In de gehandicaptenzorg lijkt dit probleem onderkend te zijn door het instellen van vertrouwenspersonen. Het verdient aanbeveling om in de ouderenzorg de toegankelijkheid van de klachtovang te verbeteren. Een manier om dit te doen is de klachtovang uit te laten voeren door personen die zich redelijk onafhankelijk kunnen opstellen van de lijnorganisatie en ook zo gezien kunnen worden door klagers. De ervaringen met de patiëntvertrouwenspersoon in de GGZ laten zien dat het goed kan.

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

## **2. De belangrijkste vorm van klachtovang is die door de betrokken hulpverlener zelf.**

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

*Kortom, het is verheugend om te constateren dat de meeste mensen hun klacht allereerst deponeren bij de betrokken hulpverlener. Het is gewenst dat wordt nagegaan op welke*

---

*manier gestimuleerd kan worden dat de betrokken hulpverlener opener reageert op deze klacht.*

### **3. Klachtopvang kan effectiever zijn dan klachtenbehandeling**

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

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

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

Klachtopvang leidt dus in een aantal gevallen tot gunstiger uitkomsten dan klachtenbehandeling.

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

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

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