

## Bijlage. Verdere uitwerking fasen interne klachtenketen

(bij artikel Nieuwe klachtenopvang beter voor iedereen, Medisch Contact 25 | 19 juni 2014)

### ***Fase 1. Opvang en directe bespreking***

Idealiter maakt een patiënt (of degene die namens de patiënt optreedt) zijn onvrede of ongenoegen in een zo vroeg mogelijk stadium kenbaar bij degene die verantwoordelijk wordt gehouden voor het ontstaan ervan. Bij een ziekenhuisopname is dat veelal de behandelend arts, een verpleegkundige of het afdelingshoofd. Het direct bespreken betekent dat onmiddellijk tekst en uitleg kan worden gegeven en dat meteen actie kan worden ondernomen. Dat heeft directe gevolgen voor de kwaliteit van de zorg en kan bezorgdheid of angst bij patiënt en familie verminderen. Ook kunnen afspraken worden gemaakt over verdere communicatie, bijvoorbeeld wie van de familie, wanneer en waarover zal worden geïnformeerd.

Als directe bespreking niet gewenst wordt of niet mogelijk is, moet de patiënt zijn onvrede kwijt kunnen bij de klachtopvangfunctionaris. In deze fase is er formeel overigens nog geen sprake van een klacht. De patiënt heeft onvrede/ongenoegen en is daar in een eerste gesprek ter plaatse nog niet uitgekomen. Deze stap stelt de patiënt in staat om te bepalen wat hij wil en de verdere route uit te stippelen. Aan het eind van deze stap, als de patiënt zijn klacht schriftelijk heeft geformuleerd, is er officieel sprake van een klacht en begint de wettelijke termijn te lopen.

### **Fase 2. Bemiddeling of onderzoek en behandeling**

Hier start de klachtopvang. De klachtopvangfunctionaris helpt desgewenst bij het op papier zetten van de klacht. De klager heeft dan drie mogelijkheden:

- als het om een claim gaat, is daar een speciale procedure voor;
- de klager kan kiezen voor bemiddeling;
- ook is mogelijk dat de wat formelere weg wordt bewandeld van onderzoek en behandeling door de interne klachtencommissie.

#### 2.1 claimbehandeling

Voor ontvankelijkheid bij de externe geschilleninstantie moet de klager zijn geschil eerst aanhangig maken bij de zorgaanbieder, tenzij dat in redelijkheid niet van hem kan worden verlangd. Dat geldt dus ook voor het beoordelen en behandelen van claims. Het ligt voor de hand dat hiervoor een speciale procedure wordt ingericht, omdat daarvoor specifieke kennis en expertise vereist zijn. In dit verband mag ook worden gewezen op de ‘Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid’ (GOMA). Deze gedragscode komt tegemoet aan individuele rechtzoekende patiënten die vinden dat zij schade hebben opgelopen door onjuist handelen van een hulpverlener of een zorginstelling. Veel nadruk wordt gelegd op adequate informatie aan de patiënt om te voorkomen dat deze onnodig een klacht of claim indient. Als de patiënt dat toch doet, kan een adequate reactie van de zorgaanbieder bijdragen aan een vlotte en voor de patiënt bevredigende behandeling van de klacht afhandeling van de claim.<sup>1</sup>

## 2.2 bemiddeling

De nieuwe wet maakt bemiddeling expliciet mogelijk. Het ziekenhuis moet daarvoor gekwalificeerde functionarissen inzetten. De bemiddelingsfunctionaris is onpartijdig en staat als het ware tussen de klager en degene(n) over wie wordt geklaagd. Hij spant zich in om een conflict of bestaande onvrede bij een klager jegens een medewerker of jegens de organisatie tot een oplossing te brengen. Bemiddeling is met name aangewezen als partijen streven naar herstel van het onderlinge vertrouwen, het oplossen van ongenoegen of het regelen van een probleem. Bemiddeling is ook aan de orde als de klager verheldering van zaken of een aanzet tot kwaliteitsverbetering wenst, de aangeklaagde bereid is daaraan mee te werken en zij dit willen doen onder begeleiding van een neutrale derde. In die zin gaat bemiddeling verder dan mediation.

## 2.3 onderzoek en behandeling

Als de klager de voorkeur geeft aan onderzoek en behandeling van de klacht, gebeurt dat door een interne klachtencommissie. De voormalige klachtencommissie wordt daartoe getransformeerd in een interne klachtencommissie, die in essentie te werk gaat als voorheen, met dien verstande, dat:

- de procedure bij voorkeur binnen vier weken afgerond moet zijn;
- directer kan worden gewerkt: zo kan het onderzoek gedeeltelijk worden gedaan door interviews, telefonisch of in een gesprek;
- nog steeds wordt uitgegaan van hoor en wederhoor: daarvoor wordt een bijeenkomst georganiseerd met de interne klachtencommissie, zij dat het daar minder formeel aan toe gaat;
- de interne klachtencommissie een groter arsenaal van mogelijkheden heeft dan alleen te komen over een oordeel over de gegrondheid van de klacht.

De commissie bestaat uit een voorzitter en twee andere leden, die worden gerekruteerd uit een pool, bestaande uit de volgende componenten:

- een voorzitter en een plaatsvervangend voorzitter;
- medewerkers van het ziekenhuis, voornamelijk met een medische of verpleegkundige achtergrond;
- externe leden, onder wie personen die geacht mogen worden in het bijzonder de belangen van patiënten te behartigen en iemand uit de kring van de huisartsen in het verzorgingsgebied.

Bij de samenstelling van een commissie voor de behandeling van een specifieke klacht worden personen gekozen die vrij staan ten opzichte van de situatie waarover wordt geklaagd en die maximaal beschikbaar zijn om bij het onderzoek en de behandeling actief te zijn.

De secretaris van de interne klachtencommissie doet onderzoek naar de toedracht van de klacht en naar de opvattingen van partijen. Hij organiseert een bijeenkomst waarin partijen allereerst wordt gevraagd hun zienswijze op de feiten nog eens kort samen te vatten, bij voorkeur ontdaan van waardeoordelen. Geïnventariseerd wordt waar partijen het over eens zijn en wat hen verdeeld houdt. Vervolgens worden oplossingen of oplossingsmogelijkheden verkend, aansluitend bij verwachtingen en mogelijkheden van partijen c.q. de ziekenhuisorganisatie. In die zin is sprake van een wat formelere vorm van bemiddeling. Het eindresultaat van deze procedure is dat de commissie op basis van haar eigen bevindingen een

oordeel geeft over de klacht en daaraan ook adviezen verbindt voor oplossingen en herstel van vertrouwen.

### **Voetnoot**

1. Smeehuijzen JL, Van Wees KAPC, Akkermans AJ, Legemaate J, Van Buschbach S, Hulst JE. Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen. VU Amsterdam, 2013, met name p. 40-4 en Smeehuijzen JL, Van Wees KAPC, Akkermans AJ, Legemaate J, van Buschbach S. Hulst JE. Over problemen in het medisch aansprakelijkheidsrecht. NJB 2013, 1966, 32, 2180-6. bepleiten dat de geschilleninstantie moet worden gezien als ‘hogere beroepinstantie’, opdat de zorgaanbieder eerst wordt verplicht om gemotiveerd over de claim te oordelen.