

**prof. mr. Frans van Wijnen**  
emeritus hoogleraar  
gezondheidsrecht Universiteit  
Maastricht, voorzitter van de  
Klachtencommissie Atrium MC

**prof. dr. Hans Kerckamp**  
lid raad van bestuur van  
Atrium MC, bestuurslid van de  
Samenwerkende Topklinische  
opleidingsZiekenhuizen (STZ)

ZIEKENHUIS KRIJGT ZELF WEER DE REGIE BIJ HET AFHANDELEN VAN KLACHTEN

# Nieuwe klachtopvang beter voor iedereen

De nieuwe wettelijke regeling voor het afhandelen van klachten van patiënten geeft ziekenhuizen meer ruimte om de klachtopvang naar eigen inzicht te organiseren. 'Het maakt snel en oplossingsgericht werken mogelijk.'



**D**e Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector worden vervangen door de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz).<sup>1</sup> Deze wet daagt zorgaanbieders uit om onvrede van cliënten op te lossen en te werken aan herstel van het vertrouwen. Ziekenhuizen krijgen meer ruimte om de klachtopvang naar eigen inzicht in te richten, als maar wordt ingezet op goede opvang en bemiddeling. Het juridiseren van klachten maakt plaats voor een snelle en oplossingsgerichte aanpak. Dat zal ook de kwaliteit van de geleverde zorg ten goede komen.

### Bemiddeling

De Wkkgz maakt onderscheid tussen klachten en geschillen. Zorgaanbieders – zowel instellingen als zelfstandige beroepsbeoefenaren – worden verplicht een regeling te treffen voor een effectieve en laagdrempelige afhandeling van klachten.

Meer nog dan tot nu toe moet geïnvesteerd worden in bemiddeling. De zorgaanbieder moet gekwalificeerde functionarissen inzetten om klagers te adviseren en te ondersteunen, en om de mogelijkheden te onderzoeken om tot een oplossing te komen. De instelling – in ziekenhuizen: de raad van bestuur – moet ervoor zorgen dat een klacht zorgvuldig wordt onderzocht en de klager moet binnen zes weken (zo nodig met vier weken te verlengen) een schriftelijke mededeling van de raad van bestuur

ontvangen, waarin beargumenteerd is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek heeft geleid, welke beslissingen zijn genomen en binnen welke termijn maatregelen zullen zijn gerealiseerd. Verder moet er een externe geschilleninstantie komen, waarbij de zorgaanbieder moet zijn aangesloten. Deze kan over een geschil een bindend advies uitbrengen en een vergoeding van geleden schade opleggen tot maximaal 25.000 euro. De geschilleninstantie moet binnen een halfjaar tot een uitspraak komen. De wet voorziet in de mogelijkheid van een spoedprocedure. De geschilleninstantie draagt zorg voor openbaarmaking van uitspraken, met dien verstande dat de daarin vervatte gegevens niet tot personen herleidbaar zijn; dat geldt evenwel niet voor de zorgaanbieder.

### Criticasters

Tegen de nieuwe klachtenregeling zijn vanuit de gezondheidszorg en vanuit de juridische wereld vooral bezwaren ingebracht. Het veld werd op dit punt aangevoerd door de KNMG, vanuit de kring van het gezondheidsrecht waren het vooral Legemaate en Kastelein die kritiek op het klachtrecht uitten.<sup>2</sup> De bezwaren waren met name gericht tegen de korte afhandelingstermijn en het risico dat klagers zich toch tot de externe geschillencommissie zouden wenden, die vervolgens met haar bindende adviezen – ook over niet-financiële aangelegenheden – op de stoel van de zorgaanbieder zou kunnen gaan zitten. Scherpe kritiek gold ook het feit dat de klachtencommissies, die in de loop der jaren een grote expertise hebben opgebouwd, in hun bestaan werden bedreigd. Het alternatief was om regionale klachtencommissies in het leven te roepen, wat mogelijk ook een langere afhandelingstermijn noodzakelijk zou maken.<sup>3</sup> Bij de patiëntenbeweging is de nieuwe regeling van het klachtrecht en de geschillenafhandeling gunstig ontvangen, getuige de reacties van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad).<sup>4</sup> Vanuit de wetenschappelijke wereld was er slechts één positieve reactie.<sup>5</sup>

De criticasters gaan eraan voor bij dat voor de interne klachtenregeling een fundamenteel ander uitgangspunt is gekozen: de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het oplossen van het probleem dat de onvrede heeft veroorzaakt. De oplossing moet zowel voor de klager als voor de zorgaanbieder bevredigend zijn. Op deze wijze kan én het vertrouwen van de cliënt worden hersteld én de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. Deze oplossingsgerichte benadering komt in de plaats van onderzoek en behandeling door een klachtencommissie, die onmiskenbaar het risico van juridisering in zich draagt. De procedure is immers gebaseerd op tegenspraak, althans wordt door partijen veelal als zodanig ervaren.

### Laagdrempelig

De nieuwe klachtenregeling maakt raden van bestuur van ziekenhuizen ervoor verantwoordelijk dat gekwalificeerde medewerkers naar een oplossing zoeken van het probleem dat aan de klacht ten grondslag ligt en het vertrouwen van de patiënt in het zorgsysteem herstellen. Laagdrempeligheid en effectiviteit zijn daarbij cruciaal. De wet is zó geformuleerd dat de hele interne klachtenketen in beeld komt: van de directe bespreking van de onvrede op de plaats waar deze is

## De raad van bestuur moet binnen zes weken reageren

ontstaan tot en met het finale bericht aan de klager. Een klachtencommissie is niet meer voorgeschreven, maar is inpasbaar. De essentie is dat de raad van bestuur na ontvangst van een klacht een procedure in gang zet en binnen zes weken (eventueel tien weken) schriftelijk reageert. In de interne klachtenketen van een ziekenhuis onderscheiden wij drie fasen (zie *figuur*):

- 1 die van de directe bespreking; als dat niet het gewenste resultaat heeft indiening van de klacht;
- 2 verdere interne aanpak in een van de volgende drie vormen:
  - a claimbehandeling;
  - b bemiddeling;
  - c onderzoek en behandeling door een interne klachtencommissie.steeds resulterend in een advies aan de raad van bestuur;
- 3 afhandeling door de raad van bestuur.

### Fasen in de klachttopvang



Schematische weergave van de interne klachtenketen van een ziekenhuis. Bij de route 'onderzoek en behandeling' wordt een interne klachtencommissie ingeschakeld, die flexibeler en sneller werkt dan de bestaande (wettelijke) commissie.

Het tijdpad voor het behandelen van een klacht ziet er als volgt uit. De wettelijke termijn begint te lopen als aan het eind van de eerste fase een klacht is geformuleerd. Voor elk van de drie routes in fase 2 – claim, bemiddeling of onderzoek en behandeling – is vier weken beschikbaar. Voor de raad van bestuur resteert dan nog twee weken om de reactie aan de klager op te stellen. Als de eerste zes weken niet toereikend zijn, kan de afhandeling met maximaal vier weken worden verlengd, mits dat de klager schriftelijk en met redenen wordt medegedeeld.

## Vertrouwen hersteld

De nieuwe klachtenregeling is zowel voor cliënten als voor zorgaanbieders een verbetering. De laatsten krijgen weer in belangrijke mate zelf de regie over de inrichting van de interne klachtenketen, waarbij het streven naar oplossingen, kwaliteitsverbetering en herstel van vertrouwen vooropstaat. Klagers worden op hun wenken bediend, hebben zicht op de procedure

## Openheid en feedback zullen de onvrede verminderen

en kunnen invloed uitoefenen op de oplossing. Openheid van de kant van de zorgaanbieder en feedback over de kwaliteitsverbetering zullen bijdragen aan het verminderen of wegnemen van gevoelens van onvrede bij klagers en hun directe omgeving. ■

### contact

f.vanwijmen@kpnmail.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

Bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen) vindt u een meer gedetailleerde beschrijving van de drie fases van de klachtenprocedure.

## REACTIE KNMG WKKGZ VERGEET ARTSEN

Volgens de auteurs is de nieuwe klachtenregeling onder de Wkkgz beter voor iedereen. De KNMG ziet dat anders. Natuurlijk is de KNMG ook voor een regeling die bevordert dat een patiënt zijn onvrede over een behandeling openhartig met de arts kan bespreken. Zo nodig met hulp van een klachten- of bemiddelingsfunctionaris. Maar als de arts er met de patiënt niet uitkomt, moet de arts erop kunnen vertrouwen dat binnen de instelling een traject volgt waarbij zorgvuldig naar beide zijden van het verhaal wordt gekeken en dat een deskundig en onafhankelijk oordeel volgt. Voor artsen biedt de Wkkgz die garanties allerm minst, vindt de KNMG.

Volgens de Wkkgz zouden instellingen alleen met patiënten(organisaties) afspraken moeten maken over een klachtenregeling. Die klachten gaan meestal over artsen, maar de wetgever is vergeten aan de onderhandelingstafel een stoel voor artsen te reserveren. Wie waarborgt dan de eerlijke procedure voor artsen? Verder vindt de KNMG het principieel bezwaarlijk dat de Wkkgz zorgaanbieders – ook in de eerste lijn – verplicht tot aansluiting bij een geschilleninstantie, waar klachten- en schadeclaims door elkaar lopen. Voor een volledig overzicht van de bezwaren van de KNMG tegen het wetsvoorstel zie: [knmg.nl/klachtrecht](http://knmg.nl/klachtrecht).

## PRAKTIJKPERIKEL

### ONZINVERWIJZINGEN

Omdat er in de ggz een onwerkbare situatie is ontstaan met betrekking tot verwijzingen, stuur ik op dit moment elke zorgverzekeraar van mijn patiënten deze brief.

Verzekeraar: Afdeling Zorginkoop

Geachte heer mevrouw,

Langs deze weg wil ik mijn ongenoegen uiten over het huidige beleid ten aanzien van de ggz. Ik krijg wekelijks drie tot vijf verzoeken van ggz-instellingen voor een heraanmelding van een patiënt voor de basis-ggz. Voor alle duidelijkheid: het betreft patiënten die al bekend zijn bij de zorginstelling, met specialistische-ggz-indicatie maar die dan worden overgeheveld naar de basis-ggz. (Ik begreep van de zorginstelling dat dit met geld te maken heeft en dat de verzekeraar dit anders niet vergoedt.)

Ik ervaar dit als 'doktertjes pesten' en waarschijnlijk ben ik niet de enige. Ik vind het van de zotte dat een patiënt die bekend is bij een bestaande zorginstelling/-verlener opnieuw een verwijsbrief moet hebben. Alsof mijn tijd geen geld kost. En dat terwijl er niets wezenlijks verandert aan het probleem en de zorg. Dit frustriert mij enorm. Daarnaast betekent dit dat ik per jaar zo'n 100 tot 150 verwijsbrieven moet maken voor een onzinverwijzing à een consulttarief van 9,01 euro. Reken voor het gemak 1000 euro per huisarts, maal de hoeveelheid huisartsen in Nederland. Volgens mij kun je daar al een aardige besparing mee realiseren.

Ik kan me niet voorstellen dat dit nu de bedoeling is. Ik hoop dan ook dat u dit signaal serieus oppikt en daar toch met uw collega-zorgverzekeraars een oplossing voor gaat vinden.

Met vriendelijke groet,

Heeft u ook een perikel? Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)