



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Klagen in de eerstelijns?

Onderzoek naar klachten, klachtenervaringen en -verwachtingen bij de huisarts, de tandarts en de fysiotherapeut

M. Bomhoff
N. Paus
R. Friele

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-210-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Beleidssamenvatting	5
English summary	7
Inleiding	9
Achtergrond	11
Een vragenlijst voor patiënten bij de huisarts, de tandarts en de fysiotherapeut	13
Ideeën over de beste reactie op verschillende soorten ongenoegens	15
Verwachtingen over de klachtopvang door de eigen zorgverleners	19
Verwachtingen over toegankelijkheid	21
Eigen klachtervaringen	23
Klachten bij klachtencommissies	25
Discussie	31
Conclusie	33
Literatuur	37
Bijlage: Tabellen met uitkomsten van de vragenlijst in het Consumentenpanel	39

Beleidssamenvatting

In dit rapport wordt verslag gedaan van een vragenlijstonderzoek onder zorggebruikers in de eerstelijns en van een kritische evaluatie van de jaarverslagen van huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten. Het onderzoek komt voort uit een kennisvraag van het ministerie van VWS. De vraag was naar meer zicht op het informele klagen bij eerstelijnszorgverleners. Het onderzoek laat de verschillende mogelijkheden zien die patiënten in de eerstelijns hebben en ervaren om eventuele ongenoegens te uiten.

Het vragenlijstonderzoek laat zien dat patiënten bij de huisarts in de meeste gevallen wanneer iets niet goed is gegaan aangeven dat dit het beste met de huisarts zelf besproken kan worden. Dit hangt alleen wel af van de aard van het ongenoegen. Sommige patiënten geven aan liever met een collega van de huisarts te willen spreken of liever weg te willen gaan. Over het algemeen hebben patiënten in de eerstelijns zeer veel vertrouwen in de klachtenopvang door de eerstelijnszorgverlener zelf. Ze verwachten veel van het direct bespreken van ongenoegens en zeggen dit in het geval van een klacht te zullen doen. Daarnaast zijn er ook patiënten die liever met collega's van de zorgverlener zeggen te willen praten of aangeven in zo'n geval van zorgverlener te willen veranderen. De daadwerkelijke ervaringen van patiënten komen overeen met hun verwachtingen. Van de mensen die aangaf wel eens te hebben meegemaakt dat iets niet goed ging bij de huisarts, heeft 56% dit met de huisarts besproken. Minder mensen, maar nog altijd 27%, gingen weg en 17% sprak erover met een collega van de huisarts. Van de mensen die hun ongenoegens met de huisarts bespraken, was 48% positief, 39% neutraal en 13% negatief over deze reactie.

De bevindingen pleiten niet voor een verdere formalisering of regulering van de informele klachtenopvang bij eerstelijnszorgverleners. Juist het informele en ongereguleerde karakter van het direct bespreken van ongenoegen geniet de voorkeur van de meeste patiënten. De directe informele klachtenopvang in de eerstelijnszorg blijkt over het algemeen laagdrempelig en toegankelijk en sluit daardoor juist goed aan bij wat de meeste patiënten willen als er iets fout gaat. Tenslotte geeft een behoorlijke groep patiënten er de voorkeur aan om bij gevoelens van ongenoegen weg te gaan. Voor deze patiënten is het belangrijk dat dit ook zonder al te veel problemen mogelijk is. Uit de jaarverslagen van klachtencommissies blijkt dat ook hier klachten over eerstelijnszorgverleners worden ingediend. Er lijkt ook geen noodzaak te zijn om aan deze vorm van klachtenopvang meer belang te hechten. De klachtencommissies worden wel gevonden, maar zijn voor de meerderheid van de patiënten in de eerstelijnszorg niet relevant. Er zijn daarnaast grote, niet verklaarde, verschillen in aantallen ingediende klachten per commissie. Ook blijkt dat er in het voorportaal van sommige klachtencommissies een groot, maar sterk wisselend, aantal klachten informeel wordt 'afgehandeld'. Onduidelijk is echter wat de klagers hiervan vinden. De informatie uit de jaarverslagen is lastig te interpreteren. Het doel van de wettelijke verplichting tot het opstellen van een jaarverslag heeft heroverweging. Deze jaarverslagen geven in hun huidige vorm weinig inzicht of handvatten voor toezicht.

English summary

What possibilities do patients in the Netherlands have to complain about their GPs, their dentists and their physiotherapists? What sorts of expectations do they have in relation to such complaints and their effects? This report uses a patient questionnaire and a critical evaluation of year reports of complaints councils to shine more light on these questions.

The questionnaire shows that patients have high expectations of their primary caretakers' reactions to complaints. Most patients indicate that in most cases they see talking with the caretaker as the best reaction to possible dissatisfactions. Some also indicate they see leaving or talking with a colleague of their caretaker as the best possible reaction. When asked for their experiences, little more than half (56%) of the patients who report to have experienced something gone wrong at the GP's, have indeed talked about it with their doctor. Fewer people, but still 27%, have left and 17% have talked about it with a colleague of their caretaker. Of the people who talked about their dissatisfaction directly, 48% experienced their GP's reaction as positive, 39% was neutral and 13% was negative.

The evaluation of year reports of complaint councils shows that the number of complaints they receive varies greatly. The variation in numbers is not explained and demands more attention. The year reports are a legal obligation on the part of the complaint councils and form a base for the regulation of complaint handling by the Inspectorate for Healthcare. Because of definitional obscurities however, the latter seems hardly possible.

Inleiding

Er is weinig zicht op de informele klachtenopvang bij eerstelijnszorgverleners. In de regel kan informeel klagen direct bij een zorgverlener of door tussenkomst van een bemiddelaar, zoals bijvoorbeeld een klachtenfunctionaris. De laatste speelt bijvoorbeeld een belangrijke en goed belichte rol in ziekenhuizen. In deze sector vindt nationaal en internationaal het meeste onderzoek naar klachten over de gezondheidszorg plaats. Bij eerstelijnszorgverleners die niet in instellingsverband werken, is de stap naar een onafhankelijke partij waarbij geklaagd kan worden groter. Doordat deze zorgverleners niet in een groot instellingsverband werken worden deze informeel geuite klachten niet centraal in ontvangst genomen of geregistreerd. Informeel kunnen klachten bij deze zorgverleners direct bij de zorgverlener zelf worden geuit, of bij eventuele collega's in de praktijk. De klachten zijn daardoor ook lastiger in kaart te brengen.

Gezien het grote belang dat in het gezondheidszorgbeleid aan informele klachtbehandeling wordt gehecht is meer inzicht in de klachtmogelijkheden in de eerstelijns nodig. Ook omdat burgers veel en regelmatig met eerstelijnszorg te maken hebben. Het is belangrijk om te weten of patiënten hun ongenoegens informeel kwijt kunnen. Klagers geven aan dat zij het belangrijk vinden om een reactie te krijgen van de zorgverlener zelf. Zij hopen dat fouten worden toegegeven, uitleg wordt gegeven en excuses worden gemaakt (Doig, 2004; Sluijs e.a., 2004). De kans op deze reacties is groter binnen het informele dan binnen het formele traject. In het formele klachtentraject wordt een klacht ingediend bij een instantie die bevoegd is om een bindend oordeel uit te spreken, zoals een klachtencommissie, de tucht-, bestuurs- of strafrechter. Daarnaast blijkt uit verschillende studies dat het grootste deel van de klagers die formeel klaagden niet tevreden is met het resultaat (Kruikemeier e.a., 2009; Sluijs e.a., 2004). De tevredenheid met het informele traject is, voor zover bekend, groter (Dane e.a., 2000). De vraag is echter hoe patiënten in de eerstelijnszorg het informele klagen ervaren.

Verwachten patiënten eventueel ongenoegen kwijt te kunnen bij de zorgverlener of zijn collega's en maken ze daar ook gebruik van?

Er zijn naast klagen natuurlijk ook nog andere manieren waarop ontevreden patiënten hun gevoelens kunnen uiten. Hirschman maakte het onderscheid tussen *voice* en *exit*, klagen of weggaan (Hirschman, 1970). Daarnaast kunnen patiënten er ook voor kiezen om niet te reageren. Klagen is dus slechts één van de mogelijke reacties van patiënten op ongenoegen en moet eigenlijk in vergelijking worden gezien.

Vanwege het verlangen naar meer brede kennis op dit terrein is gekozen voor een kwantitatieve studie met een verkennend karakter. Hierdoor worden in dit onderzoek vooral veel algemene vragen gesteld over verwachtingen en ervaringen. De meeste vragen gaan over de huisarts. Op sommige vlakken wordt een vergelijking gemaakt tussen drie soorten zorgverleners. Door de kwantitatieve opzet wordt te generaliseren kennis verkregen. Daarbij is gekozen voor het bredere patiëntenperspectief in plaats van

alleen het klagersperspectief. Er wordt dus ook aan patiënten zonder klacht gevraagd wat zij denken te zullen doen in het eventuele geval van een klacht. Zo ontstaat inzicht in de verwachtingen en wensen van alle potentiële klagers. Ook geeft het onderzoek hierdoor inzicht in mogelijke verschillen binnen de eerstelijnszorg.

Door middel van een vragenlijst is patiënten gevraagd naar het uiten van ongenoegen bij de hun eigen huisarts, tandarts en fysiotherapeut. De vragen betroffen hun verwachtingen, intenties en ervaringen. Er is gekeken naar wat patiënten met eventuele ongenoegens zouden willen doen en zouden denken te doen. Ook is er gekeken of patiënten ongenoegens durven te bespreken, wat ze verwachten van de reactie van hun zorgverlener en wat ze daadwerkelijk doen in het geval van ongenoegens bij hun eigen huisarts, tandarts en fysiotherapeut. Door middel van deze vragen komt een duidelijk beeld naar voren van de intenties, verwachtingen en ervaringen van patiënten en de toegankelijkheid en het vertrouwen in de directe, informele, klachtopvang.

Patiënten die een onafhankelijke derde in het informele klachtentraject missen zouden zich kunnen wenden tot de klachtencommissies. Dit zal voor de meeste klagers de logisch eerstvolgende klachtmogelijkheid zijn. Deze klachtenmogelijkheid is op het eerste oog een formele. Om, wederom in verkennende zin, een beeld te vormen van het gebruik van de klachtencommissies in de eerstelijnszorg is gekeken naar de jaarverslagen van klachtencommissies voor huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen. Wettelijk zijn klachtencommissies verplicht om jaarlijks te rapporteren over hun klachtafhandeling. De inhoud is dus op meerdere manieren relevant en de vraag is wat die ons leert over deze vorm van klachtopvang.

Welke inzichten bieden de jaarverslagen over de klachtopvang door klachtencommissies in de eerstelijnszorg?

Achtergrond

Onderzoek naar klachten is om meerdere redenen relevant. Een klacht kan de klager helpen bij het uiten, ombuigen of verwerken van een negatieve ervaring. Daarnaast kan de klager geholpen worden door een goede reactie op de klacht, bijvoorbeeld door erkenning of excuses. Uit eerder onderzoek weten we dat klagers het liefst willen dat de fout wordt toegegeven en dat zij uitleg en excuses krijgen (Doig, 2004; Sluijs e.a., 2004). Daarnaast kunnen klachten aanleiding zijn tot het invoeren van verbeteringen in de zorg.

Van cliënten wordt in de zorgmarkt verwacht dat zij zich kritisch, consumerend, controlerend en participierend opstellen (Grit e.a., 2008). Bij zo een vraaggestuurde zorg horen. Via klantervaringenonderzoeken zoals de Consumer Quality Index (CQI) (Delnoij & Hendriks, 2008) en medezeggenschap (Zuidgeest e.a., 2010) kunnen zorggebruikers dat doen op een collectief niveau. Maar ook op een individueel niveau wordt van cliënten verwacht dat zij hun stem laten horen door de keuzes die zij maken: het zogenaamde stemmen met de voeten. Daarnaast kunnen individuele cliënten ook nog letterlijk hun stem laten horen en bijvoorbeeld te klagen, dit wordt ook wel *voice* genoemd (Hirschman, 1970). Op macroniveau kan klagen gezien worden als een vorm van sociale regulering (Braithwaite, Makkai & Braithwaite, 2007: 8).

Een goede klachtafhandeling wordt geacht een belangrijk instrument te zijn om de positie van cliënten te versterken en de zorg te verbeteren. In de huidige wetgeving, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) is laagdrempeligheid van klachtbehandeling voor cliënten in de gezondheidszorg dan ook een belangrijk doel. Ook in het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg (KKGz) staat voorop dat een laagdrempelige en effectieve, bij voorkeur informele, klachtbehandeling beter is voor de individuele cliënt, de zorgaanbieder én de kwaliteit van zorg die geleverd wordt. Het belang dat deze nieuwe wetgeving geeft aan het informele klachttraject maakt dit onderzoek extra relevant.

Er zijn verschillende definities van klachten. Deze kunnen te maken hebben met het onderwerp, met de vorm en met de adressant. Een klacht bestaat uit verschillende elementen en wordt vaak gedefinieerd als een uiting van ongenoegen. Of een klacht als formeel of informeel gedefinieerd wordt ligt vooral aan bij wie de klacht wordt ingediend. Het informele klachttraject is gevarieerd en omvat volgens de onderzoeksliteratuur verschillende onderdelen (Dane e.a., 2000). Deze kunnen in de praktijk naast elkaar voorkomen, overgeslagen worden of juist overlappen. Allereerst kan de klager zijn klacht voorleggen aan de betrokken hulpverlener, dit is ook wel de persoonlijke procedure genoemd (Legemaate, 1996). Dit is volgens de klachtenrichtlijn gezondheidszorg in potentie de meest effectieve reactie op klachten. Ook zorginstellingen zelf bevelen deze persoonlijke procedure vaak als eerste aan. Voor de meest snelle, en volgens onderzoek ook de meest effectieve, vorm van klachtenafhandeling zou de beklagde zorgverlener/ professional direct of in ieder geval snel op de klacht moeten reageren (Gelbrich & Roschk, 2011). Dit vergt echter bepaalde kwaliteiten van de zorgverlener zoals flexibiliteit en sensitiviteit. Ook vergt het bepaalde kwaliteiten van de

patiënt zoals durf en mondigheid. Daarnaast omvat het informele klachtentraject ook de eerste opvang door derden binnen de zorginstelling, ook wel de klachtopvang genoemd (Legemaate, 1996). Deze opvang wordt in de praktijk bijvoorbeeld gedaan door klachtenfunctionarissen/ cliëntenvertrouwenspersonen, afdelingshoofden, cliëntenraden of directieleden. Wanneer eerstelijnszorgverleners niet in een groot instellingsverband werken ontbreekt deze informele mogelijkheid om te klagen. Klachtencommissies worden in de onderzoeksliteratuur als formele klachtmogelijkheid beschreven. Dat komt omdat commissies een bindend oordeel kunnen uitspreken. Bij alle vormen van klachtenopvang is een goede toegankelijkheid een belangrijke voorwaarde (Kastelein, 2010), net als vertrouwen in een eerlijke procedure en een eerlijke uitkomst (Reitsma-van Rooijen, Brabers, Wigersma & de Jong, 2012).

Patiënten hebben kortom het recht om te klagen en er wordt van hen verwacht dat ze hiervan gebruik weten te maken. Daarnaast worden er verschillende effecten van klachten verwacht, bij zowel de klagende patiënt zelf als bij de beklagde zorgaanbieder. De achterliggende vraag in dit onderzoek is of patiënten deze verwachtingen delen en of ze ook daadwerkelijk het verwachte gedrag vertonen.

Een vragenlijst voor patiënten bij de huisarts, de tandarts en de fysiotherapeut

Om te weten te komen of patiënten van eerstelijnszorgverleners mogelijkheden zien om klachten direct kwijt te kunnen is aan leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL een vragenlijst toegestuurd. In totaal hebben 884 respondenten de vragen over hun verwachtingen, intenties en ervaringen met betrekking tot eventuele ongenoegens beantwoord.

In het najaar van 2012 is een steekproef uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (Brabers, Reitsma-van Rooijen & de Jong, 2012) gevraagd naar hun ervaringen met en verwachtingen over het al dan niet uiten van ongenoegens bij hun tandarts, hun fysiotherapeut en hun huisarts. In totaal werden 1500 leden van het panel benaderd waarvan er 884 de vragenlijst hebben teruggestuurd, een respons van 59%. De partiële non-respons, het percentage respondenten dat bepaalde vragen in de vragenlijst niet heeft beantwoord, lag op 5%.

Omdat bekend is dat slechts weinig mensen ervaring hebben met het indienen van een klacht is niet alleen naar ervaringen met het indienen van klachten gevraagd maar ook naar intenties en verwachtingen. De verwachtingen zijn eerst onderzocht door patiënten te vragen wat volgens hen de beste reactie is op enkele vervelende gebeurtenissen. Deze antwoorden over de ideeën van patiënten zijn gerapporteerd in paragraaf 4. Vervolgens is gevraagd naar wat patiënten zelf zouden doen in bepaalde situaties. Dit wordt gerapporteerd in paragrafen 5 en 6 en zegt ons meer over de intenties van patiënten. Tenslotte waren we benieuwd naar het aantal patiënten dat daadwerkelijk te maken heeft gehad met een voor hun vervelende situatie. Van deze mensen wilden wij weten of zij hun ongenoegen hebben laten blijken en wat zij vonden van de reactie van hun zorgverlener. Over deze ervaringen wordt gerapporteerd in paragraaf 7. De vragen gaan steeds voornamelijk over het informele traject, het formele traject komt slechts sporadisch en alleen ter vergelijking, aan de orde. In paragraaf 8 wordt gerapporteerd over de analyse van de jaarverslagen van klachtencommissies. Dit wordt juridisch omschreven als een formele klachtmogelijkheid.

Het onderzoek legt de focus op enkele zeer algemene vragen. Omdat de meeste mensen ervaring hebben met de huisarts zijn over deze zorgverlener de meeste vragen gesteld. Om het beeld verder aan te vullen zijn er ook enkele vragen gesteld over de tandarts en de fysiotherapeut. Hierdoor kan wat betreft een selectie van de vragen over verwachtingen en intenties een vergelijking tussen de zorgverleners gemaakt worden. De vragen gaan steeds over de eigen zorgverlener en zijn alleen gesteld aan respondenten die aangaven ervaring met deze zorgverlener te hebben.

De vragenlijst is ingevuld door iets meer mannen dan vrouwen (52 versus 48 procent). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 51 met een jongste respondent van 19 jaar oud en een oudste van 88 jaar. De verschillen in leeftijdsopbouw met die van de

algemene bevolking van Nederland waren op de meeste punten niet heel groot. Wel hebben relatief meer mensen tussen de 65 en 79 jaar de vragenlijst ingevuld (20,6 ten opzichte van 15,3%) en minder mensen ouder dan 80 jaar (1,6% ten opzichte van 5,2%).¹ Een algemeen punt dat geldt voor de ledensamenstelling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is dat deze etnisch minder divers is dan de Nederlandse bevolking (Brabers e.a., 2012). Dit verschil vraagt om een kleine slag om de arm bij de analyse. Vooral omdat op het gebied van communicatie, en dus ook klagen, afkomst er zeker toe kan doen.

Voor de meeste vragen is beschrijvende statistiek gebruikt.² Om de significantie van bepaalde verschillen in percentages te berekenen is gekeken naar het betrouwbaarheidsinterval voor het verschil tussen twee populatie verdelingen.³ De antwoordtabellen die niet in de tekst zijn weergegeven zijn te vinden in de bijlage.

¹ Voor deze gegevens zijn recente cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek gebruikt (www.cbs.nl, geraadpleegd 11 juli 2012).

² Hiervoor is het analyseprogramma Stata gebruikt.

³ The two-sample test of proportions.

Ideeën over de beste reactie op verschillende soorten ongenoegens

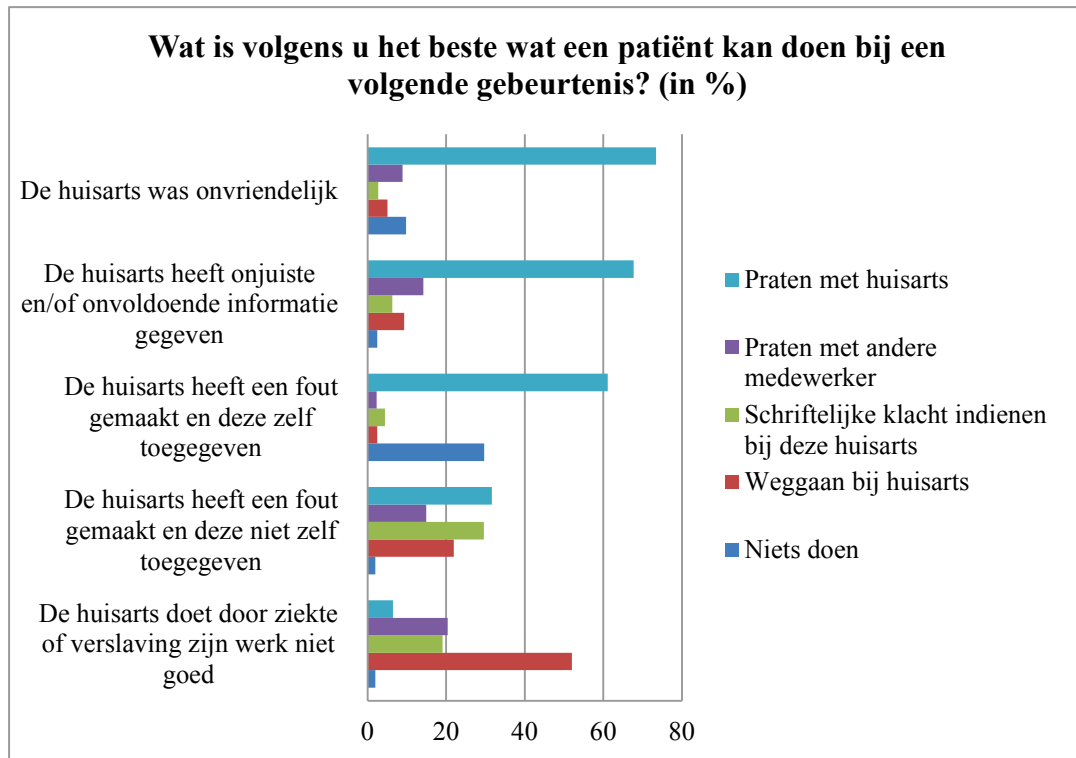
Om meer zicht te krijgen op verschillende mogelijke reacties op ongenoegen is gevraagd naar wat respondenten de beste reactie vinden op verschillende vervelende gebeurtenissen bij de huisarts. Dit laat de norm onder patiënten zien. Praten wordt in de meeste gevallen duidelijk als de beste optie gezien. Toch zijn er ook vormen van ongenoegen waarop een patiënt volgens de respondenten beter kan reageren met weggaan dan met praten.

Om meer zicht te krijgen op de verwachtingen over de reactie op eventueel ongenoegen werd de respondenten van het Consumentenpanel de vraag gesteld wat een patiënt het beste kan doen wanneer de huisarts volgens hem of haar iets niet goed heeft gedaan. Daarbij konden ze voor vijf voorgelegde situaties (onvriendelijkheid; verkeerde/onvolledige informatie verschaffing; toegegeven fout; niet toegegeven fout; disfunctioneren door ziekte of verslaving) steeds één keuze maken uit vijf mogelijke reacties (praten met de huisarts; praten met een andere medewerker; schriftelijke klacht indienen; weggaan; niets doen).

Bij drie van deze reacties wordt het ongenoegen ook daadwerkelijk geuit. Het zijn verschillende vormen van wat Hirschman omschreef als *voice*: een poging tot herstel van de relatie door communicatie over het ervaren ongenoegen (Hirschman, 1970). Weggaan, *exit*, is volgens Hirschman een andere mogelijke reactie op ongenoegens. Hierbij wordt de zorgrelatie op initiatief van de patiënt beëindigd. De vijfde mogelijke reactie die aan de respondenten werd voorgelegd is niets doen.

Respondenten zijn over het algemeen van mening dat in de meeste situaties praten de beste optie is. De grote meerderheid van de respondenten geeft aan dat praten met de huisarts de beste reactie is op onvriendelijk gedrag van de huisarts, op een fout die de huisarts zelf heeft toegegeven en op verkeerde informatieverschaffing (zie figuur 1). Tussen de 61 en de 73 procent geeft voor deze hypothetisch gestelde vormen van ongenoegen aan dat praten de beste optie is. Het is opvallend dat praten in de meeste gevallen als de beste optie wordt gezien, maar dat hierin wel grote verschillen te zien zijn. Zo ziet men praten vooral als de beste reactie wanneer de huisarts onvriendelijk is geweest.

Figuur 1 De beste reactie verschilt volgens patiënten (N= 873-881) per gebeurtenis, maar is in de meeste gevallen: praten met de huisarts.



Wanneer de huisarts een fout heeft gemaakt en deze niet zelf heeft toegegeven is de groep die aangeeft dat praten de beste optie is weliswaar de grootste (32%), maar niet veel groter dan de groep (30%) die aangeeft dat de patiënt het beste een schriftelijke klacht kan indienen bij deze huisarts. Ook zijn er relatief veel mensen die aangeven dat de patiënt het beste kan weggaan (22%) of kan praten met een andere medewerker in de praktijk (15%).

Praten wordt niet als een beste optie gezien wanneer een huisarts door ziekte of door verslaving zijn werk niet goed doet. In dat geval geven weinig mensen aan een gesprek met de huisarts als de beste reactie te zien. De beste optie is dan voor veel mensen om weg te gaan bij deze huisarts. Hiervoor kiest een meerderheid van 52%. Twee andere opties die door ongeveer een vijfde van de respondenten zijn gekozen zijn praten met een andere medewerker of bij deze huisarts een schriftelijke klacht indienen.

Niets doen wordt in één enkel geval door mensen als een beste optie gezien. Wanneer de huisarts een fout maakt en die vervolgens zelf toegeeft, geeft 30% aan dat de patiënt het beste geen actie kan ondernemen. In alle andere voorgestelde situaties geeft minder dan 10% aan niets doen de beste reactie te vinden. Praten met een andere medewerker wordt in geen enkel geval door een meerderheid gezien als de beste optie. Wel wordt dit door meer mensen als beste optie voorgesteld wanneer de huisarts een fout maakt en die niet toegeeft, onjuiste informatie geeft of door ziekte of verslaving zijn werk niet goed doet.

Het is interessant om te zien hoe de situatie er voor mensen bij het bepalen van de beste reactie toe doet. Daarbij is er een duidelijke tweedeling te zien. Bij onvriendelijkheid, een fout die is toegegeven of verkeerde informatieverschaffing zijn mensen eerder geneigd te praten of niets te doen. Bij een fout die niet wordt toegegeven en bij ziekte of verslaving wordt anders gedacht over de beste reactie en wordt het indienen van een schriftelijke klacht bij deze huisarts of het weggaan veel vaker als een reële mogelijkheid gezien. Blijkbaar wordt er in verschillende situaties dus heel anders gedacht over het effect van praten, schriftelijk klagen, weggaan of niets doen.

Verwachtingen over de klachtopvang door de eigen zorgverleners

De verwachtingen van patiënten over de reactie van hun eigen huisarts, tandarts en fysiotherapeut op het uiten van een eventuele klacht zijn zeer positief. Eerder onderzoek liet juist een laag vertrouwen in zorgverleners in de gezondheidszorg in het algemeen op het gebied van klachtopvang en klachtbehandeling zien. Blijkbaar is er een verschil in verwachtingen over de eigen individuele eerstelijnszorgverleners en over de gezondheidszorg meer in het algemeen.

Uit een eerdere peiling in het Consumentenpanel en het KNMG Artsenpanel bleek dat artsen en zorggebruikers van mening verschilden over de afhandeling van klachten binnen de gezondheidszorg maar beiden niet zeer positief waren (Reitsma-van Rooijen e.a., 2012). Artsen dachten hierover meestal positiever dan zorggebruikers. Die laatste hadden vooral erg weinig vertrouwen in een goede reactie op klachten. Zo gaf 33% van de zorggebruikers toen aan het (geheel) eens te zijn met de stelling dat klachten van patiënten serieus genomen worden (tegenover ruim 85% van de artsen). Slechts 32% van de zorggebruikers gaf bovendien aan het (geheel) eens te zijn met de stelling dat er eerlijke procedures zijn en slechts 19% gaf aan dat klachten onpartijdig behandeld worden. Bovendien gaf toen 53% aan het (geheel) eens te zijn met de stelling dat artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd houden als een patiënt een klacht indient. Met de stelling ‘In de gezondheidszorg is men er open over, wanneer iets niet goed is gegaan in de behandeling’ was tenslotte 5% van de zorggebruikers het (geheel) eens, ten opzichte van 24% van de artsen. Kortom, het beeld dat uit deze eerdere peiling rees was niet positief over de verwachtingen van zorggebruikers over de afhandeling van klachten in de gezondheidszorg.

Wanneer wordt uitgegaan van dit lage vertrouwen in de klachtenopvang door zorgprofessionals dan zou dit onder eerstelijnszorgverleners een extra belemmering kunnen zijn om klachten bespreekbaar te maken. Niet alleen de persoon van de klachtenfunctionaris wordt dan als zodanig gemist, ook het feit dat de klacht direct besproken moet worden met de zorgverlener zelf of zijn of haar directe collega's zou dan een drempel kunnen vormen. Een vraag die daarom ook naar voren komt is: hoe staat het met het vertrouwen van patiënten in de eigen eerstelijnszorgverleners en vormt een eventueel gebrek aan vertrouwen een belemmering voor het uiten van klachten?

De verwachtingen van patiënten over de klachtopvang door de eigen huisarts, fysiotherapeut en tandarts bleken veel positiever dan de algemene verwachtingen over de klachtopvang in de gezondheidszorg. Meer dan 90% van de respondenten verwacht van deze zorgverleners dat zij goed luisteren als zij hun klacht bespreken. Meer dan 85% verwacht bovendien dat het uiten van een klacht de zorg van de zorgverlener aan henzelf beter zal maken. Verder verwacht rond de 80% dat de relatie beter wordt, dat de zorgverlener prettig zal reageren en dat de zorgverlener de fout zal toegeven. Ook verwacht rond de 80% van de respondenten dat de klacht ook de zorg voor anderen beter

zal maken. Op al deze facetten die in de onderzoeksliteratuur naar voren komen als belangrijk bij een goede klachtafhandeling scoorden de eigen huisarts, fysiotherapeut en tandarts dus boven verwachting goed. Daarbij blijkt er bovendien zeer weinig verschil in de verwachtingen van patiënten over deze drie beroepsgroepen.

Tabel 1 Patiënten hebben positieve verwachtingen over de reactie van zorgverleners op het bespreken van een klacht.

Stel dat ik een klacht bespreek met mijn ...	Huisarts		Fysiotherapeut		Tandarts	
	% beetje eens	% zeer eens	% beetje eens	% zeer eens	% beetje eens	% zeer eens
dan luistert mijn ... goed	47	46	37	57	44	48
dan wordt de zorg voor mij daarna beter	65	21	52	37	57	28
dan wordt de zorg voor anderen daarna beter	67	15	56	23	60	19
dan geeft hij/zij het toe als er een fout is gemaakt	57	25	51	35	56	26
dan reageert hij/zij prettig	58	24	50	40	55	30
dan wordt onze relatie beter	55	25	51	35	56	24

De grote verschillen in de antwoorden op deze vragen over de eigen eerstelijnszorgverleners en de eerdere vragen over de gezondheidszorg meer in het algemeen vragen om een nadere analyse. Om meer zicht te krijgen op de verschillen is er daarom gekeken of er onder de zorggebruikerspeilingen respondenten waren die in beide Consumentenpanel peilingen zijn bevroegd. Dit bleek voor iets meer dan 100 respondenten het geval te zijn. Ook bij deze vergelijking bleek dat dezelfde respondenten inderdaad veel positiever waren over hun eigen zorgverleners in de eerstelijnszorg dan over de gezondheidszorg meer in het algemeen. Of dit ligt aan het verschil tussen de eerstelijns en de tweedelijns of het verschil tussen de eigen bekende zorgverlener en de onbekende meer algemene gezondheidszorg wordt op basis van deze vragen niet duidelijk. Wel is te stellen dat het algemene negatieve beeld dat naar voren komt over de perceptie van de klachtenopvang in de gezondheidszorg in het algemeen blijkbaar niet geldt voor de eigen eerstelijnszorgverlener.

Verwachtingen over toegankelijkheid

Verschillende fysieke en sociale drempels kunnen de klachtenopvang ontoegankelijk maken. Voor de meeste patiënten in de eerstelijnszorg lijkt de klachtenopvang echter toegankelijk. Ook al weten patiënten misschien niet precies waar ze met een klacht naar toe moeten, zij hebben het idee dat er iemand in de praktijk is die naar een eventuele klacht zal luisteren en zeggen een klacht te durven uiten.

Een goede klachtopvang moet goed toegankelijk, bereikbaar en vindbaar zijn. Meerdere fysieke en sociale drempels kunnen deze toegankelijkheid in de weg staan. In de eerdere Consumentenpanel Gezondheidszorg peiling waaraan hierboven al werd gerefereerd is ook een toegankelijkheidsvraag gesteld. Met de stelling “Het is duidelijk waar patiënten met hun klachten terecht kunnen” was 38% het toen (geheel) eens, was 23% het eens noch oneens en was 30% het (geheel) oneens (Reitsma-van Rooijen e.a., 2012). De percentages gaven geen positief beeld van de algemene toegankelijkheid van de klachtenopvang in de gezondheidszorg.

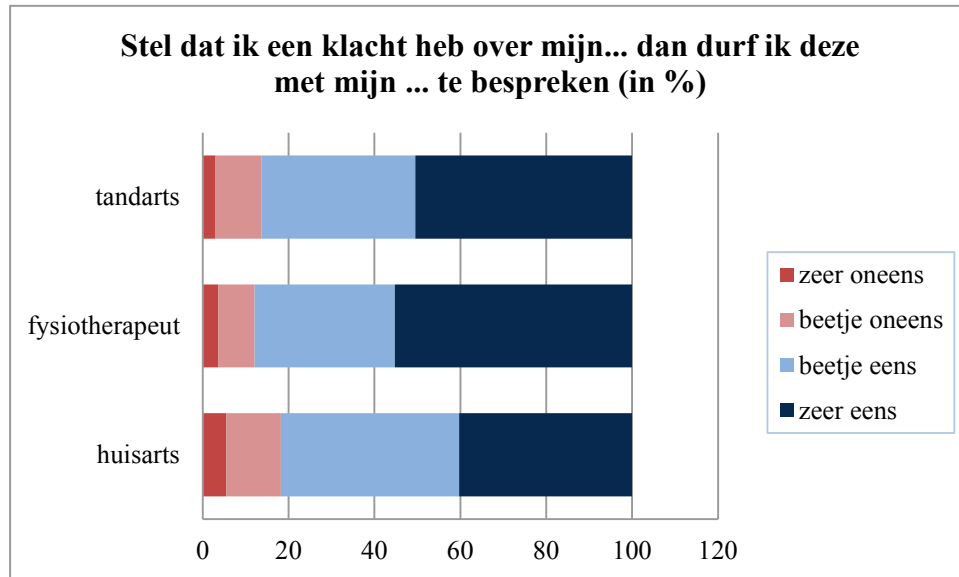
In de huidige peiling is een vergelijkbare vraag gesteld over de eigen zorgverlener. Een kleine meerderheid van tussen de 55% (bij de huisarts) en 66% (bij de tandarts) van de respondenten geeft aan te weten bij wie er geklaagd kan worden in het geval van een klacht. Wederom ligt dit percentage veel hoger, hoewel een beduidende minderheid dus aangeeft geen kennis te hebben over klachtopvangmogelijkheden.

Echter, als patiënten maar het idee hebben dat er iemand is die naar hun wil luisteren is kennis van de precieze klachtopvangmogelijkheden misschien minder noodzakelijk. De verwachting dat er iemand in de praktijk is die wil luisteren naar een eventuele klacht wordt voor alle drie de beroepsgroepen door rond de 70% gedeeld. In grote meerderheid is men dus verwachtingsvol over de capaciteiten van individuele zorgverleners en hun collega's om vanuit sociaal oogpunt gezien goed te reageren op een eventuele klacht. Wanneer alle respondenten die op een of beide van deze vragen positief hebben geantwoord bij elkaar worden opgeteld komt men op een percentage van 98% van de huisartspatiënten, en 83% van zowel de fysiotherapiepatiënten als de tandartspatiënten. Deze mensen geven dus aan te weten waar een klacht kan worden ingediend dan wel te verwachten dat er iemand in de praktijk is die wil luisteren. De percentages zijn hoger dan verwacht en laten een positief algemeen beeld zien. Dat neemt niet weg dat 17% van de patiënten bij de fysiotherapeut en de tandarts niet het gevoel heeft dat er iemand naar de klacht zal willen luisteren en evenmin weet waar een klacht ingediend zouden kunnen worden. Het blijft daarom belangrijk dat zorgverleners werken aan een open communicatie en dat patiënten worden gewezen op de klachtmogelijkheden.

Er is naar nog een ander, meer indirect, aspect van toegankelijkheid gekeken. De informele klachtopvang kan namelijk ook ontoegankelijk worden wanneer patiënten niet durven klagen. De antwoorden op de stelling “Stel dat ik een klacht heb over mijn ... dan durf ik deze met mijn ... te bespreken” zijn in meerderheid positief. Meer dan 80% geeft

aan het hier mee (beetje/zeer) eens te zijn. Volgens de respondenten is durf dus meestal geen belemmering. Bij de fysiotherapeut en de tandarts geeft een meerderheid aan het met deze stelling zelfs zeer eens te zijn.

Figuur 2 Patiënten zijn niet bang om ongenoegens te bespreken



Eigen klachtervaringen

Een meerderheid van de huisartspatiënten geeft aan nog nooit te hebben meegemaakt dat iets niet goed ging bij de huisarts. Wanneer zij dit wel hebben meegemaakt zegt een meerderheid hier op de een of andere manier op gereageerd te hebben. Die reactie bestond in de meeste gevallen uit praten met de huisarts. Van het totale aantal respondenten geeft 17% aan dit wel eens te hebben gedaan als reactie op ervaren ongenoegen.

Naast alle vragen over de verwachtingen zijn er ook enkele vragen gesteld over werkelijke ervaringen. Wat hebben mensen met vervelende ervaringen daadwerkelijk gedaan? Deze vragen zijn uitsluitend gesteld over de huisarts. Per situatie gaf 79 procent of meer aan deze nog nooit meegemaakt te hebben. Opgeteld gaf 64% aan geen van deze situaties ooit te hebben meegemaakt. Respondenten geven het vaakst aan wel eens onjuiste of onvoldoende informatie van de eigen huisarts te hebben gekregen. Dit maakte volgens eigen zeggen 15% eens en 6% meer dan eens mee.

Tabel 2 In hoeverre hebben respondenten deze situaties wel eens meegemaakt?

Heeft u de volgende situatie wel eens meegemaakt?	% nooit	% één keer	% meer dan eens
Mijn huisarts was onvriendelijk (n=863)	84	12	4
Mijn huisarts heeft een fout gemaakt en deze zelf toegegeven (n=858)	84	14	2
Mijn huisarts heeft een fout gemaakt en deze niet zelf toegegeven (n=856)	91	6	3
Mijn huisarts heeft onjuiste en/of onvoldoende informatie gegeven (n=860)	79	15	6
Mijn huisarts doet door ziekte of verslaving zijn werk niet goed (n=859)	99	0	1

Er werd ook aan respondenten gevraagd hoe vaak zij zelf vonden dat er iets niet goed was gegaan bij de huisarts. In totaal gaven 266 (31%) respondenten van de 860 aan dat zij wel eens iets bij de huisarts hadden meegemaakt dat niet goed was gegaan. Hiervan gaf 27% aan hier niets mee te hebben gedaan. De rest, 73% gaf aan één of meerdere reacties te hebben vertoond. In onderstaande tabel staan de reacties vermeld waaruit respondenten konden kiezen. Het zijn verschillende vormen van *voice*, *exit* en niets doen. Eén persoon heeft geen keuze gemaakt, de rest heeft in ieder geval één reactie aangevinkt, sommige meerderen. De 148 mensen die aangeven dat zij wel eens hebben gepraat met een huisarts over iets dat niet goed was gegaan vormen 56% van de mensen die iets hebben meegemaakt wat niet goed is gegaan. Ze vormen 17% van het totale aantal respondenten van deze peiling. Daarnaast geeft 15% aan weg te zijn gegaan. Op het totale aantal respondenten is dat 5% die wel eens iets heeft meegemaakt en vervolgens is weggegaan.

Tabel 3 Reacties van respondenten op ongenoegen bij de huisarts

Hoe heeft u gereageerd op iets wat niet goed is gegaan bij de huisarts?	Aantal	Percentage
Niets gedaan	72	27%
Weggaan bij huisarts	41	15%
Praten met huisarts	149	56%
Praten met andere medewerker	45	17%
Schriftelijke klacht ingediend bij een klachtcommissie of tuchtrechter	1	0%
Schriftelijke klacht ingediend bij mijn zorgverzekeraar	1	0%

Vervolgens is gevraagd hoe men vond dat de huisarts omging met de reactie. Wanneer de patiënt zijn klacht heeft besproken met de huisarts bestempelt 48% van de 149 patiënten de reactie van de huisarts als (heel) prettig. Daarnaast gaf 13% de reactie als (heel) onprettig te hebben ervaren, en was 39% neutraal. Met bijna de helft van de patiënten positief over de reactie van de huisarts lijkt het alsof deze vorm van klachtenopvang tot iets meer tevredenheid stemt dan verschillende andere vormen (Kruikemeier, 2009). Tegelijkertijd is het duidelijk dat hier vanuit de patiënten bezien, nog veel ruimte is voor verbetering.

Er waren 72 mensen die aangaven dat er wel eens iets niet goed was gegaan maar dat zij hier niet op hadden gereageerd. Dit is een lager aantal dan het aantal dat aangaf te hebben gepraat met de huisarts, maar een hoog aantal in vergelijking met de andere reacties. Aan deze mensen is gevraagd of ze achteraf dachten dat het beter was geweest als ze wel hadden gereageerd. Vier mensen vulden deze vraag niet in. De antwoorden van de overige 68 zijn weergegeven in tabel 4. De grootste groep geeft aan geen inschatting te kunnen of willen maken. Daarnaast geven meer mensen aan dat ze achteraf wél denken dat ze beter hadden kunnen reageren dan niet.

Tabel 4 Visie achteraf op niet-reageren

Denkt u achteraf dat het beter was geweest als u wel had gereageerd op dat wat niet goed was gegaan?	Aantal
Nee	13
Ja	25
Weet ik niet	30

Patiënten geven niet alleen aan dat zij praten als een beste reactie zien op ervaren ongenoegens, ze doen het ook. Toch is er ook een groep die liever weggaat of niets doet. Er is daarnaast ook een groep die ervoor kiest om te praten met een andere medewerker. Blijkbaar is dit in sommige praktijken praktisch gezien inderdaad mogelijk. Het is belangrijk dat zorgverleners open staan voor het bespreken van ongenoegen over hun eigen zorgverlening of die van directe collega's. Patiënten zien dit als een goede manier om op (sommige) ongenoegens te reageren en doen het ook.

Klachten bij klachtencommissies

In 2011 werden 699 klachten ingediend via de klachtenregelingen van klachtencommissies voor huisartsenzorg. Over fysiotherapeutische zorg werden 42 klachten ingediend en voor tandartsenzorg 953. Het aantal klachten waarover daadwerkelijk een uitspraak door de klachtencommissies wordt gedaan ligt met respectievelijk 202, 12 en 90 veel lager. De wettelijke verplichting voor klachtencommissies om jaarverslagen openbaar te maken leidt niet tot zeer inzichtelijke verslagen. De gerapporteerde aantallen zijn lastig te interpreteren en moeilijk onderling te vergelijken.

Wanneer patiënten niet direct bij hun zorgverlener willen klagen kunnen zij, als hun zorgverlener daarbij is aangesloten, terecht bij een klachtregeling. Mensen met klachten over de gezondheidszorg kunnen hun klachten aan deze commissie voorleggen. De commissie onderzoekt de klacht, geeft een oordeel en doet eventueel aanbevelingen voor verbeteringen (Friele e.a., 1999). Volgens deze klachtenregelingen kan er schriftelijk of soms telefonisch geklaagd worden en wordt de klacht in behandeling genomen door de klachtencommissie. Klachtencommissies bieden op het eerste oog een formele vorm van klachtbehandeling aangezien zij een juridisch bindende uitspraak doen.

In de Wet klachtrecht cliëntensector zorginstellingen (Wkcz) staan regels over de manier waarop klachtencommissies in de zorg jaarlijks een verslag moeten opstellen. Hierin dient onder andere het aantal klachten dat er in het verslagjaar is binnengekomen te worden vermeld evenals het aantal klachten dat is afgehandeld. Deze jaarverslagen moeten voor eenieder in te zien zijn en staan vaak online op de site van de commissie. Onder andere op basis van deze verslagen kan de IGZ (Inspectie voor de gezondheidszorg) toezicht houden op de manier waarop zorgaanbieders omgaan met klachten.⁴

Aangezien de jaarverslagen dus wettelijk verplicht én onderwerp van toezicht zijn, is het relevant om te weten wat er in deze verslagen aan informatie wordt gegeven. Er is gekeken naar de jaarverslagen uit 2011 van klachtencommissies van huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten.⁵ De verslagen die (nog) niet op websites te vinden waren, zijn aangevraagd.

Het doel van de commissies wordt in de jaarverslagen veelal omschreven als handelen zoals voorgeschreven in de Wkcz. Doelen die expliciet ook nog worden genoemd zijn onder andere opvang, bemiddeling en behandeling van een klacht, het recht doen aan de

⁴ Zie <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/incidententoezicht/melden/klachtencommissie/>

⁵ Huisartsenposten hebben vaak hun eigen klachtenregelingen en zijn hier dus niet meegenomen. Voor fysiotherapeuten geldt dat fysiotherapeuten die werken vanuit een zorginstelling, vaak vallen onder de klachtenregeling van de zorginstelling. Ook zij zijn dus niet meegenomen in deze analyse.

individuele klager, het signaleren van structurele tekortkomingen in de zorg en het bevorderen van de zorgkwaliteit.

De commissies hebben in grote lijnen een vergelijkbare klachtenprocedure, maar er zijn wel verschillen. De procedure bestaat uit allereerst een ontvankelijkheidsverklaring, daarbij wordt vooral gekeken of de beklaagde is aangesloten bij de klachtenregeling. Vervolgens wordt vaak bemiddeling voorgesteld. Een klein deel van de klachten wordt uiteindelijk doorgezet en aan de klachtencommissies voorgelegd voor een uitspraak. De verschillen zijn er vooral in de vormvereisten van de klacht: deze moeten vaak schriftelijk maar mogen soms ook telefonisch worden ingediend. Ook zijn er verschillen in de vorm van de bemiddeling: deze is soms telefonisch, wordt soms uitbesteed en wordt soms *face-to-face* gedaan door voor bemiddeling opgeleide collega zorgverleners.

De bemiddeling en de nadruk die daarop vanuit sommige klachtenregelingen wordt gelegd maakt dat er in het voorportaal van de klachtencommissies als het ware een informele klachtbehandelingsmogelijkheid is ingericht. Een andere manier waarop sommige klachtencommissies, of eigenlijk de bijbehorende secretariaten, verder nog aan informele klachtbehandeling blijken te doen is door informatieverstrekking of door het doorgeven van de klacht aan de zorgaanbieder waardoor deze al een kans heeft om te reageren. Sommige klachtencommissies handelen zo in de praktijk meer klachten informeel af dan formeel. Deze bevinding schijnt een nieuw licht op het onderscheid tussen formele en informele klachttopvangmogelijkheden.

Er zijn in Nederland 11 klachtencommissies waarbij huisartsen zich kunnen aansluiten. Iedere commissie omvat een ander gebied in Nederland. Het aantal klachten verschilt sterk per commissie. De klachtencommissie met de meeste klachten telde er 202 voor 1100 aangesloten zorgverleners. De klachtencommissie met de minste klachten rapporteerde er 12 voor 497 aangesloten zorgverleners. Deze grote variatie is niet goed te begrijpen en roept de vraag op of alle klachtencommissies even laagdrempelig zijn. Ook roept het de vraag op of er verschillen zijn in hoe zorgaanbieders informatie verstrekken over de klachtmogelijkheden.

Niet iedere commissie doet voor evenveel huisartsen de klachtenafhandeling. Zo zijn er commissies met veel aangesloten huisartsen (Zuid-Nederland met 3148 huisartsen en Midden-Nederland met 1260 huisartsen) en commissies met minder aangesloten huisartsen (Westland, Schieland, Delfland met 200 aangesloten huisartsen en Twente met 270 aangesloten huisartsen). In totaal werden er in 2011 via klachtencommissies over huisartsen 699 klachten ingediend. Voor tandartsen in Nederland zijn er twee klachtencommissies, namelijk de Klachtencommissie Tandheelkunde van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) en klachtencommissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). De ANT had in 2011 1333 leden en ontving 81 klachten. De NMT ontving in 2011 872 klachten en telde ongeveer 8000 leden. Voor de fysiotherapeuten in Nederland is er één klachtencommissie, namelijk de Klachtencommissie Fysiotherapie. Deze commissie heeft in 2011 42 klachten ontvangen en had toentertijd 10106 aangesloten fysiotherapeuten.

Tabel 5 Aantallen klachten en aangesloten zorgverleners bij klachtencommissies volgens de eigen jaarverslagen

Naam Klachtencommissie	Aantal ontvangen klachten in 2011	Aantal bemiddelde klachten in 2011	Aantal klachten in behandeling genomen door de klachtencommissie in 2011	Aantal aangesloten individuele zorgverleners (zv) of zorggroepen (zg)
Stichting klachtenregeling huisartsenzorg Zuid-Nederland	140	68	32	3148 (zv)
Klachtencommissie Westland Schieland Delfland	18	0 ⁶	17	200 (zv)
Klachtenregeling huisartsenzorg Haaglanden	48	18	13	423(zv)
Huisartsenzorg Noordwest-Nederland	49	23	4	939 (zv) & 12 (zg)
Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam	28	onbekend	10	667(zv)
Klachtencommissie huisartsenzorg Twente	48	6	36	270 (zv)
Klachtencommissie van de huisartsen Stedendriehoek	12	1	7	361 (zv) ⁷
SKE Rotterdam en Z-H Zuid	63	0	23	996 (zv & zg)
Klachtencommissie Rijnland & Midden-Holland	12	1	8	497 (zv)
Klachtencommissie huisartsen Noord-Nederland	202	8	33	1100 (zv)
Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Midden-Nederland	79	7	18	1260 (zv) & 20 (zg)
Klachtencommissie fysiotherapie	42	4	12	10106 (zv) ⁸
Klachtencommissie ANT	81	onbekend	48	1333 (zv) ⁹
Klachtencommissie NMT	872	381	42	8000 (zv) ¹⁰

⁶ Extra informatie, telefonisch verkregen.

⁷ Extra informatie, verkregen per e-mail.

⁸ Extra, telefonisch verkregen, informatie.

⁹ Extra, per e-mail verkregen, informatie.

¹⁰ Extra, telefonisch verkregen, informatie.

Het is lastig om een waardeoordeel te geven aan de aantallen ingediende klachten. Sommige klachtencommissies tellen het aantal ingekomen klachtbrieven waar anderen uitgaan van het aantal klachtonderwerpen. Aangezien klagers regelmatig klagen over meerdere onderwerpen ligt dit laatste aantal vaak een stuk hoger. Het is daarnaast ook niet mogelijk om te achterhalen over hoeveel patiënten of patiëntencontacten deze klachten gaan. Heel voorzichtig kan wel een ratio worden bepaald van het aantal ingediende klachten op het aantal (aangesloten) zorgverleners, maar ook dit is lastig aangezien ook het aantal zorgverleners niet altijd op dezelfde manier is bepaald. Zo geldt bij de klachtencommissies van huisartsen dat zij soms melden hoeveel individuele huisartsen en soms hoeveel zorggroepen aangesloten zijn. Voor huisartsen kunnen we dan het beste kijken naar het totaal aantal huisartsen dat in 2011 ongeveer werkzaam was in Nederland, dan is de verhouding ingediende klachten: huisartsen ongeveer 1:14. De verhouding voor de aangesloten fysiotherapeuten is ongeveer 1:241 en de verhouding voor de aangesloten tandartsen is ongeveer 1:10. Het grote verschil tussen de fysiotherapeuten enerzijds en de tandartsen en huisartsen anderzijds valt sterk op. Het is de vraag waar dit door komt. Is het te wijten aan de vaak kortere behandelrelaties die deze zorgverleners hebben met hun patiënten of zijn er andere oorzaken. Om te zorgen dat dit laatste boven iedere twijfel verheven is, zou vooral in deze sector goed gekeken moeten worden naar de toegankelijkheid van de klachtencommissie.

Het aantal bemiddelde klachten is niet in ieder jaarverslag opgenomen. Ook wordt de bemiddeling verschillend geïnterpreteerd. In sommige gevallen bestaat de bemiddeling uit een gesprek met een collega zorgverlener die een bemiddelingsopleiding heeft gevolgd. In andere gevallen wordt telefonisch bemiddeld vanuit het secretariaat van de klachtencommissie. De verschillen in aantallen zijn verder ook groot. In sommige gevallen, zoals bij de NMT, is het aantal bemiddelde klachten vele malen groter dan het aantal dat door de klachtencommissie in behandeling is genomen. Bij andere klachtenregelingen is dit niet het geval. Ook het deel dat in behandeling is genomen verschilt sterk. Wel wordt in de meeste jaarverslagen duidelijk dat een groot deel van de oorspronkelijk ingediende klachten uiteindelijk niet bij de klachtencommissie terecht komt. Volgens de jaarverslagen zetten de meeste van deze klagers hun klacht niet door. Wat dat precies betekent verschilt. Het kan zijn dat klagers uiteindelijk geen toestemming hebben gegeven voor het opvragen van het dossier. Ook komt het voor dat klagers hun klacht intrekken na een excuusbrief van de zorgverlener of dat ze de klacht alleen wilden melden.

Interpretatie van de aantallen wordt verder nog bemoeilijkt door het feit dat er in de meeste gevallen slechts wordt gerapporteerd per kalenderjaar. Echter, vanwege de duur van het klachtbehandelingstraject lopen veel klachten door kalenderjaren heen. Zo worden vaak nog klachten afgehandeld van het voorgaande jaar en staan er aan het einde van het jaar nog klachten open. In sommige jaarverslagen is dit probleem opgelost door ook de aantallen overgenomen klachten uit 2010 en het aantal nog openstaande klachten in 2012 op te nemen. Echter, aangezien dit niet systematisch gebeurt is een vergelijking lastig te maken.

Onderstaande quote uit het jaarverslag van de klachtencommissie Stedendriehoek maakt de complexiteit inzichtelijk:

“In 2011 heeft de klachtencommissie vier klachten (verder) behandeld die al in 2010 waren ingediend. Van deze klachten zijn er twee deels gegrond en deels ongegrond en twee ongegrond verklaard. Van de twaalf nieuwe klachten die in het verslagjaar zijn ontvangen, was de klachtencommissie in één geval niet bevoegd tot het doen van een uitspraak, is in vijf gevallen de klacht ingetrokken of als ingetrokken beschouwd, is één klacht afgesloten na bemiddeling, is één klacht deels gegrond en deels ongegrond verklaard en zijn twee klachten ongegrond verklaard. Twee klachten zijn nog in behandeling.”

Na analyse van de jaarverslagen blijven veel vragen onbeantwoord. De gegeven aantallen blijken lastig te interpreteren en nog lastiger te vergelijken. Er zijn grote verschillen te zien, zowel tussen de klachtencommissies voor huisartsen als tussen de klachtencommissies voor verschillende typen zorg. Wel is te zeggen dat er patiënten zijn die hun weg vinden naar de klachtregelingen van eerstelijnszorgverleners, en dan met name die van huisartsen en die van tandartsen. Slechts een deel van deze klachten wordt formeel wordt behandeld. In het voorportaal van de klachtencommissie blijken veel klachten informeel te worden ‘afgehandeld’. Echter of deze ‘afhandeling’ een werkelijke oplossing inhoudt voor de klagers is allerminst duidelijk. Het is belangrijk dat de klachtencommissies zeker ook bij deze informele ‘afhandeling’ de belangen van klagers centraal stellen en hier energie en aandacht aan besteden. Vanwege de vele onduidelijkheden en het gebrek aan uniforme registratie geven de jaarverslagen weinig zicht op hoe deze vorm van klagen werkt voor klagers. Het is moeilijk voorstelbaar dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg op basis van deze jaarverslagen goed zicht heeft op de kwaliteit van de klachtenafhandeling door klachtencommissies.

Discussie

Over informele klachten bij eerstelijnszorgverleners is nog weinig bekend. Binnen de beschikbare ruimte is daarom een aantal keuzes gemaakt. Lastig aan klachten is echter dat er verschillende perspectieven en definities van bestaan (zie ook Bomhoff, Paus & Friele, 2013). Het is onduidelijk of patiënten, zorgverleners en beleidsmakers hetzelfde onder ‘klachten’ verstaan. In dit onderzoek is in zeer algemene zin gekeken naar verschillende mogelijke vormen van ongenoegen en verschillende vormen van uitingen van ongenoegen. Echter deze basale indelingen laten nog altijd veel ruimte voor verschillen in interpretatie. Dat die verschillen in interpretatie er zeer toe doen wanneer patiënten hun reactie op ongenoegens bepalen werd duidelijk in dit onderzoek. Zo zagen we dat de beste reactie volgens patiënten sterk verschilt per situatie.

Een bevinding die tot nieuwe vragen leidt betreft het vertrouwen in de klachtenopvang. Het is opvallend dat respondenten zo anders tegen hun eigen eerstelijnszorgverlener kijken dan tegen de gezondheidszorg in het algemeen. Niet duidelijk is waar dit precies aan ligt. Komt het doordat gevraagd is naar een specifiek persoon en telt daardoor het persoonlijke aspect? Of komt het door een verschil tussen de gezondheidszorg in het algemeen (eerste en tweede lijn) en de eerstelijnszorg? Ook bij de vergelijkingen tussen de verschillende typen eerstelijnszorg moet deze kanttekening gemaakt worden. De aard van de relatie van een patiënt met zijn tandarts, fysiotherapeut of tandarts kan erg verschillen door het verschil in behandelrelatie, behandeling en contactfrequentie. Met deze achtergrond moet bij de verdere betekenisgeving van deze vergelijkingen rekening worden gehouden.

Conclusie

Dit onderzoek kwam voort uit de wens om meer te weten te komen over de klachtmogelijkheden voor patiënten van eerstelijnszorgverleners. De vraag die hierbij centraal stond was wat patiënten van de klachtenopvang verwachten en of zij eventuele ongenoegens kwijt kunnen. Er is door middel van vragenlijstonderzoek gekeken naar de informele klachtenopvang bij de zorgverleners zelf. Verder zijn jaarverslagen van klachtencommissies bekeken om meer te weten te komen over deze vorm van klachtbehandeling.

Patiënten lijken het geen probleem te vinden dat zij alleen direct bij hun zorgverlener of zijn of haar collega's kunnen klagen. In de meeste hypothetisch gestelde gevallen wanneer er iets niet goed is gegaan bij de huisarts wordt praten met deze huisarts duidelijk als de beste reactie gezien. Patiënten hebben over het algemeen zeer veel vertrouwen in de zorgverlener zelf en verwachten veel van het direct bespreken van ongenoegens. Zo is een grote meerderheid het een beetje of zeer eens met de stelling dat de zorgverlener goed zal luisteren wanneer zij hun klacht bespreken. Ook verwacht de meerderheid in meer of mindere mate dat het bespreken van een klacht de zorg zal verbeteren, de relatie zal verbeteren of zal leiden tot een prettige reactie van de zorgverlener. Deze positieve verwachtingen en het grote vertrouwen zijn opmerkelijk in het licht van het gebrek aan vertrouwen in de klachttopvang in de zorgsector in zijn algemeenheid. Er zijn daarbij weinig verschillen te zien in de verwachtingen van patiënten over hun huisarts, hun tandarts en hun fysiotherapeut.

Ook valt het mee met de ontoegankelijkheid van de klachtenopvang bij de huisarts, de fysiotherapeut en de tandarts. Hoewel niet iedereen weet waar een klacht kan worden ingediend geeft een ruime meerderheid aan dit of te weten of in ieder geval het idee te hebben dat er iemand is in de praktijk die zal willen luisteren naar een eventuele klacht. De meeste mensen geven daarbij aan dat durf volgens hen geen probleem zal zijn. De cijfers stemmen hier positief. Ze laten tegelijkertijd wel zien dat er een kleine groep is voor wie dit alles niet geldt. Open communicatie en het verlagen van drempels blijven daarom de aandacht van individuele zorgverleners vragen. Daarnaast zullen sommige patiënten gebaat zijn bij de mogelijkheid om van zorgverlener te veranderen. Hoewel het gezondheidszorgbeleid uitgaat van de positieve effecten van klachten op de kwaliteit van zorg, hoeft dit in individuele gevallen natuurlijk niet de verwachting te zijn. De vraag is of het realistisch is om alles in het werk te stellen om deze minderheid toch te laten klagen wanneer zij zelf liever niets doen of weggaan.

Het bespreken van ongenoegens blijkt in de praktijk ook daadwerkelijk te gebeuren. Van de 266 huisartspatiënten die aangaven wel eens te hebben meegemaakt dat er iets niet goed ging gaf 56% aan dit ook te hebben besproken met de huisarts en 17% dit te hebben besproken met een andere medewerker in de praktijk. Minder mensen zijn weg gegaan, maar toch wel nog 27%. Van de patiënten die hun ongenoegens hebben besproken geeft 48% aan de reactie van de huisarts als (heel) prettig te hebben ervaren. Daarnaast was 39

% neutraal en vond 13% de reactie (heel) onprettig. Praten met de huisarts is daarmee niet alleen volgens de meeste mensen de beste reactie op de meeste vormen van ongenoegen, het wordt in de praktijk ook gedaan en leidt in bijna de helft van de gevallen tot tevredenheid over de reactie van de huisarts.

Uit de jaarverslagen van klachtencommissies blijkt dat ook hier klachten over de eerstelijnszorg worden ingediend. Hoewel de aantallen lastig te vergelijken zijn valt wel te zeggen dat zij in 2011 in totaal 699 klachten over huisartsenzorg, 42 klachten over fysiotherapeutische zorg en 953 klachten over tandarts zorg ontvingen. De grote verschillen in aantallen roepen vragen op over mogelijke kwaliteitsverschillen in klachtopvangmogelijkheden. Met name sommige regionale huisartsenklachtencommissies en de klachtencommissie voor fysiotherapeuten ontvangen blijkbaar om onduidelijke redenen veel minder klachten. Aangezien de toegankelijkheid en de kwaliteit van de klachtenopvang eigenlijk boven iedere twijfel verheven zou moeten zijn lijkt hier een extra inspanning noodzakelijk. De kwaliteit van de klachtenopvang is daarnaast op basis van de jaarverslagen moeilijk te controleren. De jaarverslagen van de klachtencommissies zijn wat dat betreft een gemiste kans. Interessant is de observatie dat in het voorportaal van sommige klachtencommissies een groot, maar sterk wisselend, aantal klachten informeel blijkt te worden 'afgehandeld'. Sommige klachtencommissies en dan met name hun secretariaten lijken daarmee, op papier althans, enigszins op de klachtenfunctionarissen in het ziekenhuis. Wel is het belangrijk dat deze informele afhandeling niet voornamelijk op basis van allerlei vormvereisten plaatsvindt. Juist hier zouden de belangen van de klager centraal moeten kunnen staan en kan informatie worden verstrekt en tussen patiënt en zorgverlener worden bemiddeld.

Alles bij elkaar genomen is er op basis van dit onderzoek weinig reden tot zorg over het ontbreken van een onafhankelijk informeel klachtentraject. De setting in de huisartsen-, fysiotherapie- of tandartsenpraktijk geeft patiënten de mogelijkheid om te reageren op ongenoegens op een manier die zij zelf prettig vinden. Patiënten lijken de mogelijkheid van onafhankelijke informele klachtenopvang in de praktijk niet erg te missen. Sterker nog, de directe klachtenopvang bij zorgverleners, die door de patiënt naar alle waarschijnlijkheid niet eens wordt ervaren als klachtenopvang geniet in de meeste gevallen de sterke voorkeur van de patiënt. Ook weten patiënten, wanneer mogelijk, directe collega's binnen de praktijk te vinden met wie zij over hun ongenoegens kunnen spreken. Bovendien bieden sommige klachtencommissies in de praktijk ook informele mogelijkheden voor klachtbehandeling en wordt daar voor zover dit is te achterhalen, veel gebruik van gemaakt. Onduidelijk is echter wel wat de klagers hier van vinden.

Beleidsimplicaties

Dit onderzoek laat zien dat de informele klachtopvang in de eerstelijnszorg niet verder hoeft te worden geformaliseerd of gereguleerd. Juist het informele en ongereguleerde karakter van het direct bespreken van ongenoegen geniet de voorkeur van de meeste patiënten. De directe informele klachtopvang in de eerstelijnszorg blijkt over het algemeen laagdrempelig en toegankelijk en sluit daardoor juist goed aan bij wat de meeste patiënten willen als er iets fout gaat. Er lijkt ook geen noodzaak te zijn om meer

bekendheid te geven aan de klachtencommissies of om aan deze vorm van klachtenopvang meer belang te hechten. De klachtencommissies worden wel gevonden, maar zijn voor de meerderheid van de patiënten in de eerstelijnszorg niet relevant. Bovendien is de kans groot, op basis van dit onderzoek, dat zij volgens patiënten vooral voor bepaalde specifieke soorten ongenoegens een antwoord bieden. Wel zou kunnen worden heroverwogen wat het doel is van de wettelijke verplichting tot het opstellen van een jaarverslag. Deze jaarverslagen geven in hun huidige vorm weinig inzicht of handvatten voor toezicht. Tenslotte geeft een behoorlijke groep patiënten er de voorkeur aan om bij gevoelens van ongenoegen weg te gaan. Voor deze patiënten is het belangrijk dat dit ook zonder al te veel problemen mogelijk is.

Literatuur

- Bomhoff, M., N. Paus & R. Friele. 2013. Niets te klagen; Onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen. Utrecht: NIVEL
- Brabers, A., M. Reitsma-van Rooijen, Jong, J.de. 2012. Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel. Utrecht: NIVEL.
- Dane, A., H. van Lindert & R.D. Friele. 2000. Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Delnoij, D. & M. Hendriks. 2008. De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 86 (8): 440-446.
- Doig, G. 2004. Responding to formal complaints about the emergency department: Lessons from the service marketing literature. Emergency Medicine Australasia, 16: 353-360.
- Friele R.D., C. de Ruijter, F van Wijmen & J. Legemaate. 1999. Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector. Utrecht: ZON.
- Gelbrich, K. & H. Roschk. 2011. A Meta-Analysis of Organizational Complaint Handling and Customer Responses. Journal of Service Research, 14 (1): 24-43.
- Grit, K., H. van de Bovenkamp & R. Bal. 2008. De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel; Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten. Rotterdam: Instituut voor Beleid en Management van de Gezondheidszorg.
- Hingstman, L. & Kenens, R.2011. Cijfers uit de registratie van huisartsen peiling 2011. Utrecht. NIVEL.
- Hirschman, A. 1970. Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Cambridge and London. Harvard University Press.
- Kastelein, W. 2010. Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 8: 322.
- Kraan, W. van der. 2009. De zorgvrager als toezichthouder. Den Haag: RVZ.
- Kruikemeier, S., R. Coppen, J. Rademakers., & Friele, R. D. 2009. Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Legemaate, J. 1996. Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Reitsma-van Rooijen, M., A. Brabers, L. Wigtersma & J. de Jong. 2012. Zorggebruikers denken minder positief dan artsen over de afhandeling van klachten binnen de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Sluijs E.M., R.D. Friele, J.E. Hanssen 2004. De WKCZ-klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten. Den Haag: ZonMw.

Bijlage: Tabellen met uitkomsten van de vragenlijst in het Consumentenpanel

Tabel Wanneer is wat de beste reactie? De respondenten moesten steeds één keuze maken en de antwoorden zijn weergegeven als percentages.

Wat is volgens u het beste wat een patiënt kan doen bij de volgende gebeurtenissen?	Niets doen	Weggaan bij huisarts	Praten met huisarts	Praten met andere medewerker
De huisarts was onvriendelijk (n=881)	9.8	5.1	73.4	8.9
De huisarts heeft een fout gemaakt en deze zelf toegegeven (n=873)	29.7	2.5	61.1	2.3
De huisarts heeft een fout gemaakt en deze niet zelf toegegeven (n=877)	2	21.9	31.6	14.9
De huisarts heeft onjuiste en/of onvoldoende informatie gegeven (n= 873)	2.5	9.3	67.7	14.2
De huisarts doet door ziekte of verslaving zijn werk niet goed (n=875)	2	52	6.5	20.4

Tabel Verwachtingen van respondenten over hun eigen reactie op een klacht bij hun eigen zorgverlener. De respondenten moesten steeds aangeven of ze het met een stelling zeer oneens, een beetje oneens, een beetje eens of een zeer eens waren.

Stel dat ik een klacht heb over mijn...	Huisarts		Fysiotherapeut		Tandarts	
	% beetje eens	% zeer eens	% beetje eens	% zeer eens	% beetje eens	% zeer eens
..dan weet ik bij wie/waar ik deze het beste kwijt kan	38,16	16,8	33,77	29,02	36,09	29,8
..dan durf ik deze met mijn ... te bespreken	41,55	40,28	32,63	55,26	35,74	50,5
..dan houd ik die het liefst voor me	18,48	3,04	16,84	2,67	16,18	3,47

- tabel wordt vervolgd

- vervolg tabel-

Stel dat ik een klacht heb over mijn...	Huisarts		Fysiotherapeut		Tandarts	
	%	%	%	%	%	%
	beetje eens	zeer eens	beetje eens	beetje eens	zeer eens	beetje eens
..dan denk ik dat er iemand in de praktijk is die naar mij wil luisteren	47,79	23,43	42,59	23,99	45,49	23,55
..dan zou ik die schriftelijk willen melden	41	25,82	25,61	9,7	29,57	14,64
..dan ga ik liever naar een andere ...	34,79	14,08	26,61	20,43	27,02	11,85

Tabel Verwachtingen van respondenten over de reactie van hun eigen zorgverlener op een mogelijke klacht. De respondenten moesten steeds aangeven of ze het met een stelling zeer oneens, een beetje oneens, een beetje eens of een zeer eens waren.

Stel dat ik een klacht bespreek met mijn ...	Huisarts		Fysiotherapeut		Tandarts	
	%	%	%	%	%	%
	beetje eens	zeer eens	beetje eens	zeer eens	beetje eens	zeer eens
dan luistert mijn ... goed	46,78	45,72	36,77	57,14	43,71	48
dan wordt de zorg voor mij daarna beter	64,53	21,35	52,39	36,7	57,23	28,47
dan wordt de zorg voor anderen daarna beter	66,79	14,95	55,76	22,79	59,97	19,07
dan geeft hij/zij het toe als er een fout is gemaakt	56,56	24,94	50,54	35,48	56,01	26,39
dan reageert hij/zij prettig	57,86	23,57	49,73	39,52	55,02	29,84
dan wordt onze relatie beter	55,46	24,58	51,21	35,31	56,48	23,58

Tabel Aantallen respondenten die hebben gereageerd op iets dat niet prettig was bij de huisarts en ook een oordeel hebben gegeven over de daarop volgende reactie van de huisarts.

Hoe heeft u gereageerd op iets wat niet goed is gegaan bij de huisarts?	Hoe vond u dat uw huisarts omging met uw reactie?					
	Heel onprettig	Onprettig	Neutraal	Prettig	Heel prettig	Nvt
Weggaan bij huisarts	8	7	9	4	0	12
Praten met huisarts	7	12	57	62	9	1
Praten met andere medewerker	1	8	19	11	3	3
Schriftelijke klacht indienen bij een klachtencommissie of tuchtrechter	0	0	1	0	0	0
Schriftelijke klacht indienen bij zorgverzekeraar	0	0	1	0	0	0