

Wet kwaliteit, klachten en geschillen (in de) zorg

Zorgen moet je doen, niet maken



-Bijlagen-

Naam:	Elisa van Boesschoten
Studentnummer:	2050595
Onderwijsinstelling:	Juridische Hogeschool Avans-Fontys
Locatie:	Tilburg
Opleiding:	HBO-Rechten
Blok:	E3/E4 Afstuderen
Afstudeerperiode:	8 februari 2016 tot en met 13 mei 2016
Afstudeerorganisatie:	Stichting Bravis ziekenhuis
Afstudeerlocatie:	Bergen op Zoom
Afstudeermentoren:	Mevr. mr. P. Verdult-Hazen en mevr. mr. F. Klaassen
Eerste afstudeerdocent:	Mevr. mr. J. Zevenbergen
Tweede afstudeerdocent:	Mevr. mr. S. van Willigenburg
Classificatie:	Intern
Datum:	Mei 2016

Inhoudsopgave

Bijlage 1	Bronnen, methoden en verantwoording inleiding (per deelvraag uitgewerkt)	03
Bijlage 2	Schematisch overzicht wettelijke overgangstermijnen nieuwe <u>nieuwe</u> verplichtingen Wkkgz	08
Bijlage 3	Interview dhr. A. van Gool	10
Bijlage 4	Interview dhr. C. van Beek	16
Bijlage 5	Interview mevr. J. van Vliet	21
Bijlage 6	Interview dhr. mr. A. Mattheussens	27
Bijlage 7	Interview dhr. J. Oostenbrink	33
Bijlage 8	Interview mevr. G. Wijma	39

Bijlage 1 Bronnen en methoden en verantwoording inleiding (per deelvraag uitgewerkt)

Deelvraag 1: Wat zijn, op grond van de Wkkgz, verplichtingen voor ziekenhuizen met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen in de zorgsector?

Bronnen:

- Rechtsbronnen:
 - Burgerlijk Wetboek
 - Kwaliteitswet Zorginstellingen
 - Wet bescherming persoonsgegevens
 - Wet cliëntenrechten zorg
 - Wet klachtrecht cliënten zorgsector
 - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
 - Wet langdurige zorg
 - Wet maatschappelijke ondersteuning
 - Wet marktordening gezondheidszorg
 - Wet medezeggenschap cliëntenrechten zorginstellingen
 - Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
 - Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
 - Wet toelating zorginstellingen
 - Uitvoeringsbesluit Wkkgz
 - Uitvoeringsregeling Wkkgz
 - Zorgverzekeringswet
- Jurisprudentie:
 - Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg Eindhoven 5 november 2015, ECLI:NL:TGZREIN:2014:93.
- Literatuur (boeken):
 - **Algemeen**
 - G.A.F.M. van Schaaijk, *Praktijkgericht juridisch onderzoek*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011;
 - M.H. Bastiaans, *Leidraad voor juridische auteurs*, Deventer: Kluwer 2013.
 - **Specifiek**
 - Mr. D.Y.A. van Meersbergen en Mr. M.C.I.H. Biesart, *Praktisch gezondheidsrecht*, Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers 2012).
 - **Artikelen uit tijdschriften**
 - Kahn, Mr. dr. Ph. S. 'Het toezicht, de meldingsplicht en de rechtsbescherming van de zorgverlener', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016;
 - Kastelein, Mr. W.R. 'De Wkkgz is er: een nieuwe klachten- en claimregeling in de zorg!', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016;
 - Leegemate, Prof. Mr. J. 'Nieuwe wetgeving over klachtrecht: winst of verlies?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2013;
 - Leegemate, Prof. Mr. J. 'De Wkkgz over kwaliteit van zorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2016.
 - **Krantenartikel**
 - E. Kreulen, 'Een op drie artsen meldt falen van collega niet', *Trouw* 15 februari 2016.
- Documenten:
 - **Kamerstukken**
 - Koninklijke boodschap;
 - Voorstel van de wet;
 - Memorie van Toelichting Wet cliëntenrechten zorg;
 - Diverse brieven van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
 - Derde nota van wijziging;
 - Toelichting op derde nota van wijziging;
 - Gewijzigd voorstel van de wet;
 - Amendementen.

- **Brochures/folder/whitepaper/flyer;**
 - *De zorgconsumentenwet, Wat erin moet staan. Een brochure gemaakt door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie 2007 (brochure);*
 - *Passend model: over de relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten na 2015, Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen 2013 (brochure);*
 - *Overzicht nieuwe verplichtingen: wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Een folder gemaakt door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015 (folder);*
 - *Wkkgz; een korte verkenning tegen de achtergrond van de 'medische aansprakelijkheid'. Een whitepaper gemaakt door Holla advocaten, 's-Hertogenbosch: Holla Advocaten 2016. (whitepaper);*
 - *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg: is uw organisatie Wkkgz-proof?. Een flyer gemaakt door Holla advocaten, Den Bosch: Holla advocaten 2016 (flyer).*
- **Overig – nieuwsberichten**
 - *Eerste kamer akkoord met Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg. Een nieuwsbericht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015.*
- **Convenanten**
 - *Convenant 'Veilige toepassing medische technologie in het ziekenhuis'.*
- **Rapporten**
 - *Inspectie voor de Gezondheidszorg, rapport van het inspectiebezoek Convenant 'Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis' aan het Amphia ziekenhuis te Breda op 3 mei 2016, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2016;*
 - *Inspectie voor de Gezondheidszorg, Staat van de Gezondheidszorg; Op weg naar aantoonbaar verantwoord functionerende beroepsbeoefenaren in de zorg, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2013.*
- Media (de media gebruik ik om aanvullende informatie te vinden en om op de hoogte te blijven van actualiteiten omtrent de Wkkgz)
 - **Internet**
 - www.bravisziekenhuis.nl
 - www.igz.nl
 - www.justis.nl
 - www.nvz-ziekenhuizen.nl
 - www.rechtindezorg.nl
 - www.rijksoverheid.nl
 - www.volkskrant.nl
 - www.wtzi.nl
- Bijeenkomsten
 - *Bijeenkomst Holla Advocaten: 's-Hertogenbosch, d.d. 29 februari 2016;*
 - *Bijeenkomst Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: Utrecht, d.d. 19 april 2016.*

Methoden: deze vraag ga ik beantwoorden door gebruik te maken van de volgende methoden:

1. Inhoudsanalyse/deskresearch;
2. Personen/fieldresearch.

Inhoudsanalyse/deskresearch

Voor de beantwoording van deze deelvraag wordt vooral veel deskresearch gedaan. Het deskresearch wordt gedaan door het zoeken van informatie in de bovenstaande bronnen. Met name voor deze deelvraag is het van belang dat de nieuwe wet grondig geanalyseerd wordt. Ik heb desalniettemin gekozen om alle geraadpleegde bronnen grondig te analyseren en

bestuderen voor de beantwoording van mijn deelvraag. Deze wijze van onderzoek is misschien niet efficiënt, maar wel belangrijk om de informatie goed in beeld te brengen.

Personen/fieldresearch

Naast het deskresearch wordt ook nog informatie vergaard door het bijwonen van bijeenkomsten in het kader van de Wkkgz. De hieronder genoemde bijeenkomsten worden bijgewoond om extra informatie in te winnen voor de beantwoording van mijn deelvraag.

- Bijeenkomst Holla Advocaten: 's-Hertogenbosch, d.d. 29 februari 2016;
- Bijeenkomst Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: Utrecht, d.d. 19 april 2016.

Verantwoording: deze vraag zal worden beantwoord middels een inhoudsanalyse. Er wordt bij deze vraag onderzoek gedaan naar het recht. Indien er onderzoek naar het recht wordt gedaan, staat het gebruik van rechtsbronnen, literatuur en documenten centraal.¹ Omdat een groot deel van de informatie niet alleen op papier aanwezig is, wordt ook de elektronische media geraadpleegd. Onderzoek naar het recht staat in deze vraag centraal, omdat men het antwoord op deze vraag moet vinden in bovengenoemde bronnen. Met het gebruik van deze bronnen kan de vraag op een vakkundige manier worden beantwoord.² Het gebruik van deze bronnen is dus effectief. De wet is valide en betrouwbaar omdat deze afkomstig is van de formele wetgever. De literatuur valide en betrouwbaar, omdat enkel de meest recente uitgaven wordt gebruikt als naslagwerk. De documenten zijn betrouwbaar omdat deze enkel afkomstig zijn van de formele wetgever.

Deelvraag 2: Wat is het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis ten aanzien van kwaliteit, klachten en geschillen?

Bronnen:

- Literatuur:
 - **Algemeen**
 - G.A.F.M. van Schaaijk, *Praktijkgericht juridisch onderzoek*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011;
 - M.H. Bastiaans, *Leidraad voor juridische auteurs*, Deventer: Kluwer 2013.
- Documenten:
 - **Beleid met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen van het Bravis ziekenhuis**
 - Visiedocument;
 - Kernwaardenboekje;
 - Kernwaardenkaartje;
 - Dynamisch beleidsplan;
 - Kwaliteitsvenster;
 - Reglement VIM-commissie;
 - Reglement centrale VIM-commissie;
 - Werkwijze VIM;
 - Handleiding Veilig Incidenten Melden;
 - Veilig incident melden reglement Franciscus ziekenhuis Roosendaal;
 - Cliëntenfolder: Kosten ziekenhuiszorg;
 - Cliëntenfolder: U bent onverzekerd, wat nu?';
 - Calamiteitenprocedure patiëntenzorg;
 - Gedragscode voor patiënten en bezoekers;
 - Gedragscode voor medewerkers en specialisten;
 - Werving- en selectieprocedure;
 - Werving en Selectie Medisch Specialist lid van een MSB in het Bravis ziekenhuis, niet zijnde een Coöperatie MSB Bravis U.A. ('MSB') + addendum

¹ Van Schaaijk, *Praktijkgericht Juridisch onderzoek* 2011, p. 101.

² Onder vakkundig wordt verstaan: gegevens zijn betrouwbaar en onderzoeksresultaten zijn valide.

Interview

- Face tot Face;
- Halfgestructureerd.

Het doel van het interview is om te weten te komen hoe het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen eruit ziet. Ik heb gekozen voor een halfgestructureerd interview, omdat ik de geïnterviewden de ruimte wil geven veel te vertellen over het huidige beleid. Dit is immers de informatie die ik voor deze deelvraag wil verkrijgen. Ik vind het wel belangrijk dat het interview gestructureerd is, maar ik sta altijd graag open voor meer relevante informatie. Ik ben daarom van mening dat een halfgestructureerd interview de beste keuze is om informatie te verkrijgen voor het beantwoorden van deze deelvraag. Ik heb gekozen om de hierboven genoemde personen te benaderen, omdat zij dagelijks te maken hebben met kwaliteit, klachten (en geschillen) binnen het ziekenhuis.

Verantwoording: er wordt bij deze vraag geen onderzoek gedaan naar het recht, maar naar de praktijk. Toch worden er documenten geraadpleegd om deze deelvraag te beantwoorden. De reden hiervan is dat de beleidsdocumenten van het Bravis ziekenhuis (met betrekking tot kwaliteit en klachten) geanalyseerd moeten worden. Daarnaast wordt er voor de beantwoording van deze vraag gekozen voor het houden van interviews. Ik heb hiervoor gekozen omdat men op deze wijze relatief snel informatie verkrijgt. Het gebruik van deze methode is dus efficiënt. Bovendien kan ik door het stellen van gerichte vragen precies op de informatie aansturen die ik nodig heb voor de beantwoording van mijn deelvraag. Daarnaast is deze informatie afkomstig van informanten en daarmee dus ook betrouwbaar. Ik gebruik voor het zoeken van de beleidsdocumenten het intranet van het Bravis ziekenhuis. Dit medium is betrouwbaar, omdat de stukken authentiek zijn. Deze stukken behoren enkel toe aan het Bravis ziekenhuis. De actualiteit en kwaliteit ervan worden continue gewaarborgd.

Deelvraag 3: Met welke wijzigingen in het huidige beleid voldoet het Bravis ziekenhuis aan de eisen uit de Wkkgz?

Bronnen:

Deelvraag 3 vormt een conclusie op deelvraag 1 en 2. Deze deelvraag wordt daarom beantwoord aan de hand van de geraadpleegde bronnen en de gebruikte methoden uit deelvraag 1 en 2. Om deze reden worden hier niet nogmaals de bronnen en methoden opgesomd. Hiervoor wordt terugverwezen naar de vorige pagina's van bijlage 1.

Bijlage 2 Schematisch overzicht wettelijke overgangstermijnen nieuwe verplichtingen Wkkgz³

Verplichting	Overgangstermijn/Ingangsdatum	Toelichting
1. Goede zorg	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2016 goede zorg conform artikel 2 Wkkgz leveren.
2. VIM-systeem	Ja/ d.d. 1 juli 2016	Het ziekenhuis moet per 1 juli 2016 een goed werkend VIM-systeem hebben ter bewaking van de kwaliteit van zorg. Dit systeem moet eveneens bescherming bieden aan melders en betrokken zorgverleners.
3. Keuze-informatie	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2016 voldoen aan het bepaalde in artikel 10 lid 1 jo. artikel 10 lid 2 jo. artikel 10 lid 4 Wkkgz.
4. Informatieplicht over incidenten	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2016 alle incidenten melden en aantekenen in het cliëntendossier.
5. Uitbreiding meldplicht IGZ- geweld in de zorgrelatie	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2016 alle geweldsincidenten in de zorgrelatie melden bij de IGZ.
6. Vergewisplicht	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet zich per 1 januari 2016 vergewissen van het arbeidsverleden van potentiële nieuwe medewerkers die zich na 1 januari kandidaat stellen in een sollicitatieprocedure.
7. VOG	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2016 een VOG-verklaring hebben van <i>nieuwe medewerkers</i> die na 1 januari 2016 in dienst zijn getreden op de PAAZ-afdeling (ongeacht of deze medewerkers in dienstverband dan wel op basis van een andere grondslag hun werkzaamheden verrichten voor of binnen het ziekenhuis). ⁴
8. Uitbreiding meldplicht IGZ- ernstig disfunctioneren	Nee/ d.d. 1 januari 2016	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2016 ontslag wegens ernstig disfunctioneren melden bij de IGZ.
9. Schriftelijke overeenkomst	Ja/ d.d. 1 januari 2017 ⁵	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2017 met eenieder die voor hen zorg verleent een schriftelijke overeenkomst hebben die voldoet aan het bepaalde in de Wkkgz.
10. Klachtenregeling	Ja/ d.d. 1 januari 2017 ⁶	Het ziekenhuis moet per 1 januari 2017 een schriftelijke klachtenregeling

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Overzicht nieuwe verplichtingen Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg*, Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2013.

⁴ De VOG-verplichting kent geen terugwerkende kracht. Er staat evenwel geen wetsbepaling aan in de weg om ook met terugwerkende kracht een VOG te verlangen. Ziekenhuizen staan dus vrij om te bepalen of zij wel terugwerkende kracht aan deze verplichting toekennen.

⁵ Art. 40 Wkkgz: deze overgangsbepaling heeft betrekking op bestaande overeenkomsten. ⁶ Dit betekent dat bestaande overeenkomsten per 1 januari 2017 moeten voldoen aan het bepaalde in artikel 4 Wkkgz. De overgangsbepaling geldt niet voor nieuwe overeenkomsten. Dit betekent dat nieuwe overeenkomsten per 1 januari 2016 al moeten voldoen aan het bepaalde in artikel 4 Wkkgz. Kortom, per 1 januari 2017 moeten zowel nieuwe als bestaande overeenkomsten voldoen aan de Wkkgz.

⁶ Art. 35 lid 1 jo. Artikel 35 lid 2 Wkkgz: de Wkcz blijft van toepassing voor klachten die, voor de intrekking van de Wkcz (1 januari 2016), ingediend zijn bij een klachtencommissie

		hebben die voldoet aan het bepaalde in de Wkkgz. ⁷ Tot het tijdstip dat de nieuwe klachtenregeling van kracht is geworden, blijft de bestaande klachtenregeling van toepassing op de behandeling van klachten. ⁸
11. Aansluiting bij erkende geschilleninstantie	Ja/ d.d. 1 januari 2017⁹	Het ziekenhuis moet zich per 1 januari 2017 hebben aangesloten bij een door onze minister erkende geschilleninstantie.

⁷ Art. 35 lid 3 sub a Wkkgz

⁸ Art. 35 lid 4 Wkkgz

⁹ Art. 35 lid 3 sub b Wkkgz

Bijlage 3 Interview met dhr. A. van Gool, medewerker Patiënten Service Bureau en klachtenfunctionaris – woensdag 30 maart 2016

- Voorstellen -

Algemene vragen

E: Wat is uw naam?

A: Mijn naam is Ad van Gool.

E: Welke functie oefent u binnen het Bravis ziekenhuis uit?

A: Ik ben medewerker van het Patiënten Service Bureau en klachtenfunctionaris.

E: Wat houdt deze functie concreet in?

A: Als medewerker van het Patiënten Service Bureau draag je zorg voor informatieverstrekking aan patiënten. Daarnaast draag je zorg voor klachtenopvang en-bemiddeling. Voorts treedt ik ook op als Klachtenfunctionaris.

E: Hoe lang bent u werkzaam binnen het Bravis ziekenhuis?

A: Al heel erg lang. Nu 39 jaar

Inhoudelijke vragen

E: Op dit moment kent zowel Roosendaal als Bergen op Zoom verschillende regelingen. Op welke wijze kunnen deze regelingen geïntegreerd worden tot één beleid? Hoe ziet u dat voor zich?

A: Dat is eigenlijk heel simpel. Partijen bij elkaar brengen en kijken welke doelstellingen je na wil streven. Daar heeft de Wkkgz wel bij geholpen. Ook zonder de Wkkgz was de klachtenregeling onder de loep genomen, want alle processen worden onder de loep genomen. Alleen de Wkkgz heeft het wel bespoedigd. Het beleid van Bergen op Zoom scheelde veel van het beleid van Roosendaal. Vooral in het stukje klachtenbemiddeling zat veel verschil. Roosendaal maakte onderscheid tussen klachtenopvang en klachtenbemiddeling, waarbij zij aangaven dat opvang is een taak voor het Patiënten Service Bureau is. De bemiddeling was volgens hen het terrein van de klachtenfunctionaris. Wat zijn hier de voordelen van? De expertise. Nadeel is dat de klachtenfunctionaris minder bereikbaar is. Wij vonden dat iemand zowel bij de opvang als de bemiddeling zijn verhaal moest doen. Sommige mensen vinden dat fijn. Anderen willen niet twee keer hun verhaal doen. De kunst is om je opvang zo in te richten dat alle expertise die nodig is, ook in de opvang kan zitten. Ook maakte Roosendaal heel erg het verschil tussen een mondelinge en schriftelijke bemiddeling.

E: Zijn regelingen met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen voldoende toegankelijk voor betrokken partijen?

A: Als je hier in huis zou vragen wat je met een klacht moet doen, wordt je waarschijnlijk doorverwezen naar het Patiënten Service Bureau. Als je het hebt over laagdrempelig zijn, moet je niet je klachtenregeling verstoppen. Daarom hebben wij de mogelijkheid om digitaal een klacht in te dienen ook op de homepage staan. Je moet inderdaad wel een aantal keer klikken voordat je er komt. Als de nieuwe klachtenregeling definitief is, wordt dat stukje opnieuw op de homepage

van het Bravis ziekenhuis gezet. Dit is een service voor Patiënten. Daarnaast wordt de patiëntenversie ook in een folder gezet.

Als je kijkt naar het aantal digitale meldingen, stijgen deze wel ieder jaar, maar het is nog steeds niet het merendeel. Wat je wel ziet, en dat vind ik ook een beetje lastig, is het hele social media gebeuren (bijvoorbeeld iemand die iets roept op Facebook). Wij gaan daar niet goed mee om vind ik. Eigenlijk zou je op zo een bericht moeten reageren: 'Het ziekenhuis heeft meerdere manieren voor de opvang van klachten, neemt u alsjeblieft contact op met onze klachtenfunctionaris' of iets in die trant. Dus op dit gebied kunnen wel verbeteringen worden getroffen.

E: Wat verstaat u onder veilige zorg?

A: Dat vind ik een hele moeilijke vraag. De zorg moet getoetst kunnen worden op een aantal kaders die benoemd zijn. Ik kan niet een eenduidig antwoord geven op de vraag wat wij als Bravis ziekenhuis onder veilige zorg verstaan. Er zijn wel een aantal elementen die met veiligheid te maken hebben. We hebben een VIM-systeem. Dit is bijvoorbeeld een activiteit die bijdraagt aan de veiligheid van de patiënt. Je moet zorg kunnen evalueren. Je moet openstaan voor knelpunten en bereid zijn om iets aan knelpunten te doen.

E: Wat verstaat u dan onder doeltreffende en doelmatige zorg?

A: Dat zit voor mij meer op het gebied van efficiency. Met de juiste middelen je doel bereiken.

E: Wat verstaat u onder afstemming op de reële behoefte van de cliënt?

A: Als je kijkt naar klachten: iemand doet zijn verhaal en ik vraag dan aan het einde: 'Wat moet ik met uw klacht doen?'. De patient zegt dan vaak: 'Weet u dat niet?'. Je laat mensen nadenken over wat ze met hun klacht willen. Sommige mensen zijn daar heel helder in, maar anderen weten het vaak niet. Dan moet je wel de mogelijkheden benoemen. Kortom, proberen helder te krijgen wat de patiënt wil en waarom de patiënt dat wil. Als behoeften niet duidelijk zijn, is het heel lastig om te werken.

E: Wat verstaat u onder tijdige zorg?

A: Zorg is nooit tijdig. Ik denk dan meer aan tijdsbestek. Maar voor de patiënt is het altijd te laat. Het is meer een relatief begrip, denk ik. Lastig.

E: Wordt de term goede zorg al gehanteerd in het Bravis ziekenhuis?

A: Ja zeker. De wettelijke kwaliteitsindicatoren die er zijn voor goede zorg, zijn gedefinieerd. Als ziekenhuis moet je cijfers aanleveren.

E: Het kwaliteitsvenster bedoelt u?

A: Ja. Je laat dan als ziekenhuis zien of je goed gezorgd hebt. Het venster geeft hier op een bepaalde manier inzicht in. Het is wel vaak zo dat je op grond van de wet verplichtingen hebt waar je je aan moet houden. Dit moet ook en dat doen we ook, maar dit gaat soms ook ten koste van de zorg.

E: Dus goede zorg wordt op dit moment gebaseerd uit de gegevens uit het kwaliteitsvenster? Er is dus niet echt een definitie?

A: Ja. Nee. Als je nu ziet staan dat er in het Bravis ziekenhuis Bergen op Zoom vorig jaar 72 mensen zijn overleden en in Roosendaal waren dit 60 mensen, is Bergen op Zoom dan een slechter ziekenhuis dan Bergen op Zoom? Je kunt dus niet veel met die gegevens. Vooral de patiënt en leken.

E: Dus eigenlijk zou het voor het ziekenhuis fijner zijn als ze handvatten hebben waaraan zij goede zorg relateren?

A: Ja, eigenlijk wel. Maar het blijft lastig om dat in te kaderen. Patiënten praten vaak ook niet over goede zorg, maar over de negatieve ervaring die ze mee hebben gemaakt.

E: Wat verstaat u onder kwaliteit? Welke waarde hecht u aan kwaliteit?

A: Ja. Dat is ook een lastige vraag. Kwaliteit is heel belangrijk, maar ook dan is weer de vraag: 'Wat is kwaliteit?'. Wat voor mij kwaliteit is, kan voor iemand anders weer heel anders zijn. Als je kijkt naar de klachtenopvang: kwaliteit is laagdrempeligheid (door er in ieder geval voor te zorgen dat de patiënt iedere dag terecht kan bij het Patiënten Service Bureau), de snelheid waarmee wordt gereageerd op een klacht, de 'routebeschrijving voor de patient' (deze moet helder zijn). Dit zijn kwaliteitsaspecten. Om nou in één zin te zeggen dit is kwaliteit (dat gaat niet denk ik). Want wat is nou een klacht?

E: Ja, wat verstaat u onder een klacht?

A: Als je hier in huis vraagt: 'Wat is een klacht?', krijg je daar heel veel verschillende antwoorden op. Wat voor ons een klacht is, is heel simpel. Een klacht is iedere uiting van onvrede. In Roosendaal had je bijvoorbeeld een 'klacht' en een 'signaal'. Ja wat is dan het verschil daartussen? Daar werd dan gezegd: een signaal is een klacht, waarbij de patiënt geen reactie van de organisatie wil. Ik vind het ook een onnodige discussie. Het gaat er bij ons uiteindelijk om (of er nou een klacht, signaal, opmerking of suggestie is) dat er een uiting van onvrede is, waar wij iets mee moeten doen. Als je kwaliteit wil leveren, is het belangrijk om te weten waar de knelpunten liggen. Wat vinden onze patiënten nou belangrijk? Iemand zei een keer: 'De zwaarte van de klacht heeft te maken met de impact die het heeft voor de organisatie'. Dat vind ik ook een lastige uitspraak. Een klacht over de organisatie kan op verjaardagsfeestjes of op Facebook bijvoorbeeld een enorme impact hebben. Dus wat is nou een klacht? De wet gaat hier de mist mee in, doordat de wet zegt dat een klacht schriftelijk moet zijn.

E: Vanwege de tijd sla ik een paar vragen over, waarvan ik denk dat u ze niet volledig kunt beantwoorden.

E: Op welke wijze wordt er op dit moment invulling gegeven aan het recht op keuze-informatie?

A: Over alle onderwerpen is er wel foldermateriaal. Zeker over de meest gestelde opmerkingen, vragen of ziektebeelden. Veel mensen vragen om informatie over nota's. Er wordt getracht om hierover steeds meer informatie op internet te zetten. Ook landelijk krijg je hier ondersteuning bij. Ik vind persoonlijk belangrijk dat je, naast het feit dat je iemand in een persoonlijk gesprek dingen kan uitleggen, iemand ook kan wijzen op het feit dat de gegeven informatie ergens na te lezen is.

Bijvoorbeeld de informatie over wachttijden. Als er een klacht over de wachttijd komt, kun je de patiënt informeren dat de wachttijd continue gemonitord wordt en ergens wordt gepubliceerd. Op deze manier kan de patiënt de informatie toch nog eens nalezen en nagaan of je geen onzin vertelt.

E: Vindt u dat er op dit moment voldoende keuze-informatie gegeven wordt?

A: Nee. Er komen veel vragen over prijzen. Dit is ook iets heel lastigs. Heel veel mensen mopperen over de hoge premies voor de zorgverzekering. Voordat je naar het ziekenhuis moet, moet je even vragen wat het gaat kosten. Dit moet je dan weer koppelen naar je zorgverzekering. Vaak kan het ziekenhuis niet meer dan een indicatie van de prijs geven. Dan zeggen patiënten: 'Ja, maar daar kan ik niks mee, want ik wil weten wat het kost.' Op zulke momenten schieten we wel eens tekort. Alleen het is niet eenvoudig om dit eenduidig op te lossen, omdat je vaak van tevoren niet weet wat een behandeling gaat kosten. Hiervoor moet de dokter eerst onderzoek doen.

E: Wat zou hieraan verbeterd kunnen worden volgens u?

A: Er is al veel uitgelegd door het ministerie en er zijn ook wel folders voor. Maar hoe je dit moet verbeteren is heel lastig.

E: Wat verstaat u onder de term ernstig disfunctioneren?

A: Geen flauw idee. Wat is nou disfunctioneren en wat is nou ernstig disfunctioneren? Moet iemand één keer een grote fout hebben gemaakt of twee keer? Ik vind (maar dat bedoeld de wet niet waarschijnlijk) dat er ook sprake is van ernstig disfunctioneren als je de patiënt altijd maar onheus bejegend of je continue weigert te luisteren naar de patiënt. Er zijn heel veel dingen bekend over disfunctioneren van artsen of medewerkers, maar hoe, wanneer en wie doet er wat mee? Voordat een melding van disfunctioneren wordt gemaakt gebeurt er wel veel intern. De staf heeft een functioneringssysteem, waarmee wij elkaar beoordelen. Medewerkers zijn er dus wel van op de hoogte.

E: De aanwezigheid van een klachtencommissie is niet meer verplicht. Welke meerwaarde heeft de klachtencommissie op dit moment voor het Bravis ziekenhuis?

A: Op dit moment denk ik dat het voor een bepaalde groep patiënten kan helpen om aandacht te hebben voor een klacht. Dit zijn patiënten die op een hele formele wijze hun klacht beoordeeld willen hebben en daarnaast nog een uitspraak willen hebben over de (on)gegrondheid van hun klacht. Dus vooral mensen die hun gelijk willen halen. In de praktijk is dit maar een kleine groep, want de meeste patiënten willen liever in gesprek. Voor een select groepje is het dus wel belangrijk.

E: Mag ik aannemen dat u vindt dat de klachtencommissie moet worden behouden?

A: Ja.

E: Moet de klachtencommissie dan dezelfde functie hebben als nu?

A: Nee. Wat ook wel in de regeling is opgenomen is dat zij nu sneller moeten schakelen. Ook nog niet zo lang geleden is bepaald dat zij hoorzittingen doen. Ik denk dat we ze gewoon dezelfde functie moeten geven, maar ze moeten wel sneller kunnen handelen.

E: De klachtencommissie is niet verplicht op grond van de Wkkgz. Hoe wil je de patiënt toch stimuleren om zijn klacht eerst bij de klachtencommissie te leggen, alvorens hij met zijn klacht naar de geschilleninstantie gaat?

A: Wij stimuleren daar niet toe. Dat mogen we ook eigenlijk niet. Op dit moment heeft het ziekenhuis drie entrees voor zijn klacht. Stap één wordt vaak vergeten. Je moet namelijk eerst met de hulpverlener zelf in gesprek. Stap twee is bij de Patiënten Service Bureau en stap drie is: de patiënt die naar de klachtencommissie gaat. Intern hebben we dus eigenlijk drie stappen

voordat de patiënt een eindoordeel heeft over zijn klacht. Wij schatten in dat met onze werkwijze veel klachten intern opgelost worden. Nu bestaat er al een geschillencommissie. Ik vind het wel moeilijk om in te zien hoe de nieuwe geschilleninstantie gaat werken. Sluiten we ons aan bij een regionale geschilleninstantie of krijgen we een landelijke geschilleninstantie? Dat weet eigenlijk nog niemand. Eigenlijk is het raar dat we dat nog niet weten, want daar hangt heel veel vanaf. Nu is dat voor ziekenhuizen minder erg, maar wat dacht je van al die kleine zorgaanbieders...

E: Ik heb begrepen dat er nu drie klachtencommissies zijn. Waarom heeft Roosendaal twee klachtencommissies?

A: Daar is onderscheid gemaakt in het zogenaamd beschouwende en snijdende specialisme. Waarbij de snijdende specialisten de personen zijn die opereren. De beschouwende specialisten zijn de internisten, neurologen (de niet-opererende specialisten dus). Zij hebben voor deze specialismen gekozen omdat ze allebei een andere expertise hebben op een bepaald terrein.

E: Hoe gaat het Bravis ziekenhuis de nieuwe klachtencommissie realiseren?

A: Hier zijn al afspraken over. De samenstelling van de klachtencommissie wordt wat meer flexibel. De voorzitter, Alex Mattheussens, blijft. Per klacht wordt straks bekeken welke expertise nodig is voor een klacht. Er ontstaat een pool.

E: De personen die geselecteerd worden voor de pool moeten toch wel onafhankelijk zijn?

A: Ja. Veel mensen zeggen ook altijd dat de klachtencommissie bestaat uit mensen uit eigen ziekenhuis.

E: Kun je de onafhankelijkheid realiseren door bijvoorbeeld personen uit Roosendaal in de pool te zetten als het gaat om een klacht uit Bergen op Zoom?

A: Ja dat kan wel. Maar dat blijft lastig. Als de patiënt namelijk tevreden is, maakt het niet uit wie over zijn klacht geoordeeld heeft. Als de patiënt ontevreden is over de uitkomst, zal dat de onafhankelijkheid wel altijd worden genoemd.

E: Wanneer is een oplossing dan voldoende bevredigend voor een patiënt?

A: Dat kan heel divers zijn. Soms komt er iemand met een heel ernstig verhaal. Als diegene zijn verhaal dan verteld heeft, is hij of zij vaak al blij. Dat voelt vaak als een opluchting. Als je dan vraag wat er moet gebeuren, antwoordt de patiënt vaak: 'Niets'. Op dat moment is een luisterend oor al voldoende. Dan heb je soms ook nog het geval dat een oplossing pas goed is als de arts zijn excuses aanbiedt. Maar over het algemeen zijn de meeste mensen tevreden als er aandacht voor hen is geweest en er een serieuze reactie op volgt. Niet iedere patiënt is trouwens tevreden te stellen hoor. Niet iedere klacht laat zich daar namelijk voor oplossen.

E: Wat vindt u van de komst van de geschilleninstantie?

A: Als ik nu kijk naar onze patiënten zou ik niet weten welke patiënten (die wij hebben gehad) gebaat zouden zijn bij een geschilleninstantie. Misschien een aantal die een claim hebben weggelegd. Als je nu kijkt hoeveel klachten er bij de huidige geschillencommissie komen? Ik denk geen één.

E: Vindt u dat er een landelijke of regionale geschilleninstantie moet komen?

A: Als je heel veel klachten gaat krijgen, gaat een landelijke instantie het niet redden. Maar nogmaals, ik heb een heel slecht beeld wat de geschilleninstantie eigenlijk gaat betekenen. Wel

is het wenselijk dat het per werkveld ingericht gaat worden, maar in ieder geval werkvelden die bij elkaar passen.

E: Hoe wordt de nieuwe geschillenregeling onder de aandacht van de patiënt gebracht?

A: Zowel in de regeling als in de patiënt wordt benoemd dat er een geschilleninstantie is, waar je ook naartoe kan (met adresgegevens, contactgegevens, eisen van die geschilleninstantie).

E: Oké. Dan waren mijn inhoudelijke vragen voor zover. Dan heb ik nog een aantal slotvragen.

A: Oké.

E: Vindt u de Wkkgz noodzakelijk? Waarom wel? Waarom niet?

A: Als ik naar ons werkveld kijk vind ik het niet noodzakelijk.

E: En over het algemeen?

A: Voor een aantal werkvelden is het fijn om de klachtmogelijkheid meer in kader te hebben. In ziekenhuizen leek het er al veel op. We probeerden al laagdrempelig te zijn en we hadden al aandacht voor de klager. Ik zie er dus niet echt noodzaak in. Het enige wat ik niet weet is of de geschilleninstantie nou een voordeel voor de patiënt is en een nadeel voor het ziekenhuis, of omgekeerd. Daar heb ik niet echt goed een beeld bij.

E: Op welke wijze kan de Wkkgz volgens u bijdragen aan een verbetering op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen?

A: De verbetering is wel de tijdspanne waarin een klacht moet zijn afgehandeld. Daarnaast kan ik niet echt een verbetering noemen.

E: Welk cijfer zou u het huidige beleid met betrekking tot kwaliteit, klacht en geschillen geven? En waarom dat cijfer?

A: Nu op dit moment?

E: Ja.

A: Een voldoende sowieso. De moeilijkheid is alleen dat we één ziekenhuis zijn geworden met nog twee verschillende werkwijzen. Zolang dat niet één werkwijze is, is dat voor iedereen verwarrend. Voor de patiënt, de aangeklaagde, maar ook voor de zorgverleners. We moeten dus nog een slag maken. Die slag is ook al wel gemaakt. Daarom zitten we nu op een voldoende, maar nog geen goede voldoende. Als alles straks is ingericht en we kunnen daarbij waarmaken dat het Patiënten Service Bureau op beide locaties van 09.00 tot 17.00 geopend is, scoren we een dikke voldoende.

E: Dat lijkt me een prima uitleg. Dan wil ik u graag bedanken voor uw interesse in mijn onderzoek, uw tijd en uw enthousiasme.

- Einde -

Bijlage 4 Interview met dhr. C. van Beek, beleidsmedewerker Medische Staf – maandag 4 april 2016

- Voorstellen –

Algemene vragen

E: Wat is uw naam?

C: Mijn naam is Christiaan van Beek

E: Welke functie oefent u uit binnen het Bravis ziekenhuis?

C: Ik ben beleidsmedewerker voor de medische staf.

E: Wat houdt deze functie concreet in?

C: Ik werk puur voor de medische staf. Het gaat vaak om zaken waar de medische staf mee te maken heeft. Zij hebben adviesrecht over allerlei onderwerpen binnen het ziekenhuis. Ook over het kwaliteitsbeleid. Dus ook met zo'n Wkkgz worden zaken ter advies voorgelegd aan de staf. Wij moeten daar dan iets van vinden. Verder gaat het vooral om positionering van de staf binnen het ziekenhuis en de relaties met het medisch specialistisch bedrijf.

E: Hoe lang bent u werkzaam binnen het Bravis ziekenhuis?

C: Sinds juli 2015, dus vrij kort eigenlijk.

Inhoudelijke vragen

E: Op dit moment kent zowel Roosendaal als Bergen op Zoom verschillende regelingen. Op welke wijze kunnen deze regelingen geïntegreerd worden tot één beleid? Hoe ziet u dat voor zich?

C: Met de Wkkgz zit je met nieuwe regelgeving, zoals bijvoorbeeld de meldplicht (aan de patiënt) bij incidenten. Je moet dan eigenlijk bepalen welke regeling aansluit bij deze verplichting. Voor deze verplichting dacht ik zelf aan de *informed consent* procedure. Vorig jaar hebben wij bijvoorbeeld in het kader van NIAZ accreditaties, de informed consent regeling herzien en er ook een Bravis brede regeling van gemaakt.

Je moet gewoon bepalen of het ergens bij past. Maar het is soms lastig of je voor iets een nieuwe regeling moet maken of het moet onderbrengen in een regeling die er al is. Wat we bijvoorbeeld eigenlijk niet zozeer hadden, is een regeling met betrekking tot seksueel misbruik. Dit begrip is nu verbreed naar geweld in de zorgrelatie. Ik ben bijvoorbeeld voorstander om er een aparte regeling van te maken. Bij de Juridische bestuursondersteuning denken ze eraan om de regeling onder te brengen in de al bestaande regeling met betrekking tot geweld.

Je moet ook kijken wie de aanspreekpunten zijn daarin. Moeten dat de decanen zijn of een onafhankelijk persoon binnen de organisatie? Het is best lastig om dat te bepalen dus.

E: Op welke aspecten verschilt het beleid van Roosendaal (met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen) met het beleid van Bergen op Zoom?

C: In Bergen op Zoom is het beleid vaak iets formeler en in Roosendaal is het beleid vaak iets praktischer. Dat kan er soms toe leiden dat ze in Bergen op Zoom soms dingen beter hebben

geregeld dan in Roosendaal. Uiteindelijk moet je wel voldoen (in het kader van de accreditaties en de wet), dat je een goede regeling hebt. Dat is een beetje wat mij vaak opvalt. Hier (Bergen op Zoom) is het vaak goed uitgewerkt, soms wel iets te nauwkeurig naar mijn gevoel.

E: Zijn de regelingen met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen voldoende toegankelijk voor een ieder?

C: In principe wel via IProva natuurlijk.

E: Zijn die regelingen op IProva ook wel makkelijk vindbaar?

C: Je hebt een zoekfunctie natuurlijk. Het valt mij ook wel op dat als je zoekt, je best wel veel hits krijgt. Ik denk dat dat ook wel echt iets is waar we iets aan moeten doen. Ik heb het gevoel dat er heel veel oude dingen in staan. Dit is wel iets wat je mee moet nemen in je traject.

E: Wat zouden de begrippen: veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht, tijdig en afstemming (goede zorg) voor u moeten inhouden?

C: Goede zorg is natuurlijk breder geworden dan alleen verantwoorde zorg. Het lastige is een beetje dat het hele algemene begrippen zijn. Belangrijk is eigenlijk de cliëntgerichtheid en de veilige zorg. Je moet zorgen dat er regelingen zijn die de patiëntveiligheid goed borgen. Je merkt dat de Inspectie hierop heel alert is. Dus dit zijn wel zaken waar je je goed op moet focussen. Voorheen (in de kwaliteitswet) lag die focus anders.

E: Dus veiligheid en cliëntgerichtheid zijn voor het Bravis ziekenhuis wel de belangrijkste begrippen?

C: Ja dat denk ik wel. Los van de andere begrippen die ook van belang zijn. Maar dit zijn wel twee nieuwe onderwerpen die voor ons belangrijk zijn.

E: Vindt u dat de term 'goede zorg' in het beleid van het ziekenhuis geborgd moet worden?

C: Ja, misschien wel een goed punt hoor. Ik heb het ook in mijn eigen notitie niet echt meegenomen, omdat ik niet wist in hoeverre goede zorg een andere term is geworden. Als je er op deze manier naar kijkt denk ik eigenlijk weer wel.

E: Misschien is het wel slim om 'goede zorg' dan te borgen. Zo kan er ook getoetst worden aan deze norm.

C: Ja, misschien is dat wel een hele goede suggestie is.

E: Wat verstaat u onder kwaliteit en welke waarde hecht u aan kwaliteit?

C: Kwaliteit is natuurlijk een ontzettend breed begrip. Ik denk dat je vooral zorg moet bieden die echt van heel hoog niveau is. Dat is denk ik wat ik onder kwaliteit versta. Je moet ook de patiënt daar nadrukkelijk in betrekken. Het is altijd een beetje zo geweest dat je vanuit de specialisten naar dit soort dingen kijkt. Ik denk dat we nu ook meer moeten kijken naar de patiënt zelf.

E: Welke selectiecriteria hanteert het Bravis ziekenhuis bij het in dienst nemen van nieuwe zorgverleners?

C: We hebben een procedure *werving en selectie*. Als het goed is staat dat ook op IProva. Op basis daarvan moeten de medisch specialisten dan voldoen aan die criteria. Dat is eigenlijk wat we altijd al deden. Je moet nagaan of dat de specialist een BIG-registratie heeft of dat er geen tuchtklachten tegen hem lopen. De vergewisplicht in de Wkkgz zegt ook dat je referenties op

moet vragen. Eigenlijk zijn het er dus twee verplichtingen als je naar de parlementaire toelichting kijkt: referenties en BIG-check. De referentie is iets waar we wel heel erg alert op moeten zijn. De vakgroep die een nieuwe collega gaat werven, belt naar dat ziekenhuis waar iemand heeft gewerkt. Dit is best informeel. We hebben dit jaar ook een brief naar de vakgroepen gestuurd, waarin staat dat het vragen van referenties vastgelegd moet worden. Het liefst dat die referentie ook per e-mail wordt bevestigd, zodat we dat zwart op wit hebben. We hebben een aparte werkgroep voor werving en selectie.

E: Hoe zit dat dan met geanonimiseerde tuchtrechtspraken? Deze kun je toch niet gebruiken voor de werving van personeel?

C: Dat klopt. Je kunt wel kijken of er maatregelen tegen iemand zijn opgelegd. We hebben een verklaring die ze in moeten vullen. Hierin moeten ze aangeven dat ze geen tuchtprocedures hebben gehad. Dit vind ik zelf wat overdone, maar dit moeten ze ook invullen.

E: Wordt er op dit moment veelvuldig gebruik gemaakt van het VIM-systeem?

C: Ja. Ik ben er niet rechtstreeks mee betrokken, maar we hebben inderdaad een procedure Veilig Incident Melden. We hebben ook een procedure voor calamiteiten.

E: Wordt er voldoende bescherming geboden aan de melders van de incidenten?

C: In de wet wordt dat geformaliseerd in zekere zin. Het is nu al wel de werkwijze. Anders ondermijn je eigenlijk het veilig melden van incidenten. Dit is dus eigenlijk een werkwijze die gewoon bestond, maar in de wet beter verankerd is.

E: Wordt er op dit moment voldoende invulling gegeven aan het recht op keuze-informatie?

C: Dit vind ik eigenlijk een van de lastige onderwerpen van die wet. Hoe vul je dat eigenlijk goed in? Kijk: als iemand bij een arts komt heb je natuurlijk de informed consent verplichting. Je moet dan bespreken wat de opties zijn qua behandeling etc. Je moet er als patiënt van uit gaan dat je op die manier wel geïnformeerd wordt. Het is meer iets wat op het terrein van het ziekenhuis ligt, hoe ze hiermee om willen gaan (of dat ze in het algemeen informatie willen verstrekken, of dat ze het willen laten lopen via de arts).

E: Hoe werden voor de wettelijke verplichting van het *melden van incidenten aan de cliënt* incidenten gemeld aan de cliënt?

C: Je bedoelt dat je dus aan de patiënt iets meldt wanneer er een incident heeft plaatsgevonden en dat medische gevolgen heeft?

E: Ja.

C: Stel je verwijdert iemand zijn vinger. Ja, ik neem aan dat dat gewoon besproken wordt met de patiënt. Voor heel veel dingen is het logisch dat het nu ook al wordt besproken.

E: Echt kleine incidenten worden nu dus eigenlijk niet gemeld?

C: Dat vraag ik me af. Het is ook van belang dat we dat bijvoorbeeld in zo'n informed consent procedure kunnen verankeren.

E: Wat verstaat u onder de term ernstig disfunctioneren?

C: We hebben daar ook procedures voor. Het is het ultimatum remedium wat je tegen de specialisten hebt. Je ziet voorafgaand hieraan vaak dat er met mensen wordt gesproken, er wordt gekeken of er verbetering plaatsvindt.

E: Is dit ook vastgelegd in procedures?

C: Uhm, ja we hebben onder andere kwaliteitsgesprekken en de IFMS procedure. Voor IFMS geldt eigenlijk dat dat vertrouwelijk is. Kwaliteitsgesprekken zijn meer open en die zijn ook periodiek ingepland. Als een bepaalde vakgroep niet goed functioneert, wordt dat eigenlijk ook wel opgepakt vanuit signalen. Er is dan vaak overleg tussen het stafbestuur en de Raad van Bestuur. Vaak gaat er dan een informeel traject lopen om het probleem weer recht te krijgen. Het is niet alleen de individuele specialist die niet goed kan functioneren, maar vaak ook een vakgroep die niet goed functioneert. Ook zeker met fusies. Je hebt dan vakgroepen die samen gaan, die verschillende werkwijzen hebben en die verschillende mensen zijn. Dit leidt er vaak toe dat de overdracht van patiënten of de communicatie niet goed is.

E: Aan de term ernstig disfunctioneren zelf is door het Bravis ziekenhuis dus nog geen invulling gegeven?

C: We hebben wel een procedure voor het ernstig disfunctioneren. Daar is dus uiteraard wel invulling aan gegeven.

E: Oké, vanwege de tijd wil waren dit mijn inhoudelijke vragen. Dan heb ik nog een aantal slotvragen. Ten eerste wil ik vragen: vindt u de nieuwe Wkkgz noodzakelijk?

C: Ja, uiteraard. Een kwaliteitswet is een belangrijke wet om de kwaliteit van zorginstellingen te borgen. Je ziet allerlei elementen, bijvoorbeeld de vergewisplicht, maar ook het aspect dat je altijd een overeenkomst hebt met iemand die werkzaam is binnen het ziekenhuis. Wat wij in het ziekenhuis ook wel hebben zijn waarnemers en gastspecialisten. Een waarnemer vervangt meestal iemand voor een langere periode. Bij een gastspecialist gaat het vaak snel snel, maar het is wel belangrijk dat er ook dan zo'n overeenkomst is. Met zo'n overeenkomst conformeer je je mensen eigenlijk aan het beleid van het ziekenhuis. Niet alleen zo'n overeenkomst is van belang. Iedereen moet dan ook een eigen account hebben en dus niet op het account van iemand anders zitten. En het feit dat je gewoon echt nieuwe werknemers checkt. Dus wat dat betreft denk ik dat dat meer verankerd is in de Wkkgz.

E: Op welke wijze kan de Wkkgz bijdragen aan een verbetering op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg?

C: Ja, eigenlijk wat ik net heb verteld.

E: Welk cijfer zou u het huidige beleid met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen geven, en waarom dat cijfer?

C: Ik denk dat het zeker een 7.5 is, maar het kan wel beter denk ik.

E: Waarom een 7.5?

C: Ja, als je zegt dat het beleid een 8.0 waar is, zeg je eigenlijk dat het beleid wel redelijk goed is. Een 7.0 vind ik klinken alsof we een beetje op de rand van balanceren. We zijn wel op de goede weg, dat gevoel heb ik wel. Maar goed, qua bijvoorbeeld bewustwording van specialisten kunnen we nog wel wat verbeterlagen maken. Zo'n IFMS traject moet je bijvoorbeeld één keer per twee jaar doen. We zitten nu op één keer per drie jaar. Dat moet dus echt wel beter.

E: Dat lijkt me een prima uitleg. Dan wil ik u graag bedanken voor uw interesse in mijn onderzoek, uw tijd en uw enthousiasme.

- Einde-

Bijlage 5 Interview met mevr. J. van Vliet, lid Raad van Bestuur– maandag 4 april 2016

-Voorstellen-

Algemene vragen

E: Wat is uw naam?

J: Mijn naam is Janneke van Vliet.

E: Welke functie oefent u uit binnen het Bravis ziekenhuis?

J: Ik ben lid van de Raad van Bestuur van het Bravis ziekenhuis. Dit doe ik sinds januari 2014. Daarvoor was ik al bestuurder van het Franciscus ziekenhuis in Roosendaal (sinds september 2009).

E: Wat houdt deze functie concreet in?

J: Ja, wat houdt het niet in. Je bent statutair verantwoordelijk voor alles wat er gebeurt in het ziekenhuis. Met name gericht op de toekomst van het Bravis ziekenhuis. Je bent vooral bezig om het Bravis in goede banen te leiden en de strategische koers te bepalen en alles te doen wat er mogelijk is en nodig is om te zorgen dat de strategische koers en de ambities ook gerealiseerd worden.

Inhoudelijke vragen

E: Op dit moment kent zowel Roosendaal als Bergen op Zoom verschillende regelingen. Op welke wijze kunnen deze regelingen geïntegreerd worden tot één beleid? Hoe ziet u dat voor zich?

J: Dat hebben we eigenlijk net doorlopen. Dat is een kwestie van degene die daar mee bezig zijn. Zij hebben zich verdiept in die wet- en regelgeving en vergeleken met de huidige stand van zaken.

E: Op welke aspecten verschilt het beleid van Roosendaal (met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen) met het beleid van Bergen op Zoom?

J: Je zou kunnen zeggen dat Bergen op Zoom wat centralistischer was in hoe hetgeen geregeld werd, waardoor er ook uit het stafbureau informatie werd verzameld. Wat dat betreft was dat iets beter in control. Roosendaal was meer bezig met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden wat lager in de organisatie te leggen. Een wat minder belangrijke rol voor de stafdiensten. Verder valt het allemaal wel mee met die verschillen.

E: Dus over het algemeen komt alles wel redelijk overeen?

J: Ja, maar bijvoorbeeld niet bij het Patiënten Service Bureau. In Bergen op Zoom deed degene die op dat bureau zat ook de klachtenafhandeling. In Roosendaal zat daar een knip tussen.

E: Zijn alle regelingen met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen voldoende toegankelijk voor eenieder?

J: We hebben speciaal IProva aangeschaft, omdat het vorige systeem minder toegankelijk was. Het is natuurlijk wel heel veel wat erop staat en soms ook heel uitgebreid. Alles staat wel op

Iprova en ik denk ook wel dat alles te vinden is, maar of het makkelijk en gebruiksvriendelijk is dat weet ik niet.

E: Hoe zouden we dat makkelijker en gebruiksvriendelijker kunnen maken?

J: Meer formats van ingewikkelde beschrijvingen. Ik begreep in ieder geval wel dat het beter was dan dat we vroeger hadden.

E: Wat verstaat u onder de begrippen: veilig, doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht, tijdig en afstemming (in het kader van goede zorg)?

J: Alle begrippen afzonderlijk?

E: Ja.

J: Ik vind het belangrijk dat je voor patiënten de goede dingen doet, en dat je die dingen goed doet. Dat betekent dat mensen hier in de eerste plaats natuurlijk komen voor medische zorg en de daarbij behorende verpleegkundige en paramedische zorg. Die zorg moet state of the art zijn, daar begint het mee. Daarnaast vind ik het belangrijk dat wij cliëntgericht zijn. Dat betekent dat je echt met mensen in gesprek gaat om te bepalen wat nou belangrijk is. Niet alleen de patiënt centraal stellen, maar je echt verdiepen. Dat centraal stellen doet iedereen. Ik vind dat dan ook een afgekauwd begrip. Het begrip tijdig betekent dat mensen niet te lang moeten wachten. Wat ook belangrijk is voor de kwaliteit in een ziekenhuis, is samenwerken. Geen enkele zorg bestaat zonder apparaten, verpleegkundigen en andere dokters. Juist het samenspel tussen deze aspecten maakt of de zorg goed is of niet. Continuïteit en coördinatie van zorg vind ik hele belangrijke begrippen. Niet alleen binnen het ziekenhuis, maar ook naar waar de patiënt naartoe gaat en waar die vandaan komt.

E: U doelt op de ketenpartners.

J: Ja.

E: Denkt u dat het nodig is om het begrip goede zorg te verankeren in het beleid van het ziekenhuis?

J: Ja dat is bijvoorbeeld wat je probeert om in je missie en visie te verwoorden. Dat is het leuke aan zo'n fusie. Dan kun je daar weer eens helemaal overnieuw over nadenken met elkaar. In de visie hebben we dat wel opgenomen. Bijvoorbeeld het concept van de patiënt als partner en de ketenzorg ook echt meenemen en zelfs onze ambities om de patiënt uit het ziekenhuis te houden. Dat is wel echt iets van de laatste twee jaar. Ons bestaansrecht is eigenlijk dat zoveel mogelijk patiënten hierheen komen. Wij zeggen nu nee, ons bestaansrecht is nu dat zoveel mogelijk patiënten thuis behandeld kunnen worden. Dat is een hele andere insteek. Dus voor ons is goede zorg om te zorgen dat mensen vooral ons niet nodig hebben.

E: Zijn die missie en visie vastgelegd in enig beleid?

J: Uhm ja, in het visiedocument hebben we heel veel opgenomen.

E: Welke waarde hecht u aan kwaliteit? Kan een ziekenhuis optimale kwaliteit garanderen aan een patiënt?

J: Ja. Dat is een voorwaarde. Kwaliteit is eigenlijk een containerbegrip. Je moet wel expliciteren wat je onder kwaliteit verstaat. Kwaliteit is hetgeen waarmee je je onderscheidt van anderen. Van veiligheid gaan mensen vaak wel uit, maar het is wel een uitdaging om dat met zoveel mensen in

een complexe organisatie voor elkaar te krijgen. Daar is dus ook vanuit de Inspectie de laatste jaren veel aandacht voor geweest. Ik hecht zelf heel veel waarde aan het dynamische concept van kwaliteit. Dat heeft te maken met een gedragsrepertoire bij mensen die hier werken (wat je continue moet verbeteren). Over het algemeen zijn we niet op het niveau dat er nooit meer iets fout gaat. Mensen moeten het leuk vinden om met elkaar steeds beter te worden.

E: Een nieuwe verplichting is de verplichting van het incidentmelden aan de patiënt. Deze verplichting was er voorheen nog niet. Hoe werden destijds incidenten aan de patiënt gemeld?

J: Ik denk dat dat afhing van de betrokken specialist of verpleegkundige. Dat wist je vaak niet. Het VIM-systeem hebben we natuurlijk al langer. Calamiteiten melding hebben we natuurlijk ook al lang. Sinds de tijd dat ik hier werk, werden patiënten over ernstige calamiteiten wel geïnformeerd.

E: Welke selectiecriteria hanteert het Bravis ziekenhuis op dit moment bij het in dienst nemen van nieuwe medewerkers?

J: Dat ligt eraan. Als het artsen of verpleegkundigen zijn, kijken we natuurlijk of ze BIG-geregistreerd zijn. Ik weet verder eigenlijk niet zeker wat we in het kader van de vergewisplicht doen. Als het wettelijk is voorgeschreven zullen we dat wel doen. Bij specialisten worden wel vaak nog referenties gevraagd. We doen ook assessments om de kwaliteit van mensen te beoordelen.

E: Wordt er veelvuldig gebruik gemaakt van het VIM-systeem?

J: Ja over het algemeen wel. Ook daar zitten we even met een overgangsproblematiek. In Bergen op Zoom werd minder gemeld dan in Roosendaal. Beide ziekenhuizen hadden een iets andere manier om hiermee om te gaan.

E: Wordt de melder van een incident melding in het VIM-systeem beschermd?

J: Ja. Dat is vastgelegd in het reglement van beide locaties. Dat wordt nu één. De decentrale meldingen krijgen een codering. De hoogste codering is rood. De leidinggevende moet zich dan vergewissen van deze melding. De melding is nooit herleidbaar naar de persoon. Je kan wel zien welke afdeling het betreft.

E: Wat verstaat u onder de term *ernstig disfunctioneren*?

J: Daar versta ik onder dat iemand echt de kwaliteit van zorg in gevaar brengt. Wel op een structurele manier, daar ook al op aangesproken is en desondanks niet in staat is om zijn gedrag te verbeteren.

E: Heeft het Bravis ziekenhuis daar ook procedures voor?

J: Voor mensen die in dienst zijn van het ziekenhuis hebben wij het systeem van jaargesprekken. Wat niet als doel heeft het negatieve functioneren van een persoon te bespreken. Als je nou echt twijfels hebt bij iemand over zijn functioneren, dan vraag je gewoon om een functioneringsgesprek. Daarin benoem je waar je niet tevreden over bent of waar hij of zij moet veranderen. Je geeft hem of haar dan ook de kans en de gelegenheid om te veranderen. Als je dan geen vooruitgang ziet, is er reden tot ontslag. Voor specialisten ligt dat natuurlijk anders, want die zijn voor een deel natuurlijk niet bij ons in dienst. Die hebben een eigen systeem van *elkaar continue beoordelen*. Dat systeem heeft individueel functioneren medisch specialist (IFMS). Hierover wordt niet gesproken met ons. Als het echt niet goed gaat met iemand,

bespreek ik dat wel met de voorzitter van het stafbestuur. Dan kun je er ook een onderzoekscommissie van de medische staf op zetten. Gedetacheerde mensen moeten zich aan dezelfde regels houden als de werknemers met een arbeidsovereenkomst.

E: Kunt u kort beschrijven op welke wijze op dit moment de klachtenbehandeling plaatsvindt?

J: We hebben nu een Patiënten Service Bureau waar mensen met vragen terecht kunnen en ontevredenheid kunnen uiten. Meestal wordt deze vragen door de klachtenfunctionaris opgepakt. In Roosendaal is dat iemand die speciaal die functie uitoefent. In Bergen op Zoom zijn het twee mensen die het allebei kunnen.

Er wordt sowieso eerst altijd geprobeerd om goed te luisteren. Vaak gaat het om dingen mensen niet goed begrepen hebben. Communicatie is een belangrijk issue. De klachtenfunctionaris probeert altijd een bemiddeling tot stand te brengen. In veel gevallen gaat dat heel goed. Ik denk dat wij relatief weinig klachten hebben die bij de klachtencommissie komen. De commissie (nu nog 2 in Roosendaal) en (1 in Bergen op Zoom) kijkt wat het voor een klacht is. De commissie bestaat uit een vaste onafhankelijke voorzitter van buiten. De klachtencommissie komt met een oordeel. Dat kan ook over een aspect van een klacht gaan. Het oordeel gaat soms gepaard met aanbevelingen. Die brief van de commissie komt naar mij, zodat ik er weer voor kan zorgen dat er iets met de aanbevelingen gedaan kan worden. De beklaagde krijgt ook een brief. Als het echt om een substantiële verbetering gaat, laten we dat de klager (via de decanen kwaliteit en veiligheid) weten.

E: Welke meerwaarde heeft de klachtencommissie op dit moment voor het Bravis ziekenhuis?

J: Niet. We maken er bijna nooit gebruik van.

E: Waarom wordt de klachtencommissie dan toch behouden?

J: Omdat ik het belangrijk vind dat je dicht bij huis oplost. Daar speelt de klachtencommissie natuurlijk een belangrijke rol in.

E: Wat verstaat u onder een klacht. In het ziekenhuis wordt er gesproken over een klacht als er uiting is van onvrede. Verstaat u dat er ook onder?

J: Nee. Je kan ook ontevreden zijn terwijl het niet duidelijk een klacht is. Het is een door de patiënt uitgesproken ervaring over iets wat in zijn of haar ogen niet goed is gegaan in het ziekenhuis en wat anders had gekund.

E: Welke meerwaarde heeft de klachtenfunctionaris volgens u?

J: Veel meerwaarde. In die zin dat als hij of zij zijn werk goed doet en heel makkelijk benaderbaar is. Doordat de klachtenfunctionaris aandacht geeft aan de klager, laat dat zien dat wij serieus met een klacht omgaan. Daarnaast is dit ook de persoon die de klager de weg wijst als hij hoger op wil.

E: Wanneer is een oplossing/oordeel voldoende bevredigend voor een cliënt volgens u?

J: Als hij het gevoel heeft dat hij serieus genomen wordt, dat er goed naar hem geluisterd is en dat het ziekenhuis ook bereid is om iets te doen als dat aan de orde is.

E: Er wordt altijd iets met het oordeel van de klachtencommissie gedaan?

J: Ja. Het wordt nooit weggemoffeld. Het wordt gewoon in open eerlijkheid behandeld. Als we echt iets niet goed gedaan hebben, moeten we dat ook toegeven. En moeten we ook excuus aanbieden. Je kan natuurlijk niet altijd alles meer herstellen, maar je kan wel zeggen dat het gewoon niet goed is gegaan en het anders had moeten gaan. Uit mijn ervaring weet ik dat mensen het zeer waarderen dat je toegeeft en dat je daar ook voor open staat. Patiënten weten dat het voor hun niet meer helpt, maar ze willen graag dat het anderen niet overkomt. Als je dat laat merken, zijn mensen over het algemeen wel vaak tevreden.

E: Dus ook met oordelen die over relatief 'kleine kwesties' gaan wordt iets gedaan?

J: Ja wij proberen natuurlijk (en dat lukt vind ik aardig als je ziet hoe weinig klachten wij bij de klachtencommissie krijgen) veel dingen bij de klachtenfunctionaris af te handelen. Dit willen we ook graag zou houden.

E: Wat vindt u van de komst van een geschilleninstantie?

J: Ik heb er eigenlijk totaal geen ervaring mee, omdat we er hier ook eigenlijk nog nooit iets mee gedaan hebben. Ik zie zelf absoluut de toegevoegde waarde niet. Ik vind het echt weer een Haagse oplossing. We zullen ons moeten aansluiten. In Brabant schijnt iets te zijn van een collectieve patiëntenvereniging. Daar ga ik binnenkort ook mee in gesprek. Die heet *Zorgbelang Brabant*. Daarnaast leg ik het bij de branchevereniging. Want gaan we de geschilleninstantie regionaal doen of landelijk?

E: Bent u meer voor een landelijke of meer voor een regionale geschilleninstantie?

J: Het maakt me eigenlijk niet zoveel uit. Ik moet het allemaal zien. Het zou mij niet zo heel veel uitmaken. Het voordeel van regionaal is dat je de regio beter kent.

E: En bent u meer voor een algemene of meer voor een sectorgerichte geschilleninstantie?

J: Ik geloof sectorgericht.

E: Hoe wordt de nieuwe geschillenregeling onder de aandacht van de cliënt gebracht?

J: Meestal nemen we dat in een brochure op. Ook op de website zal het geplaatst worden. De medewerkers van het Patiënten Service Bureau zullen geïnformeerd worden.

E: Goed. Dit waren mijn inhoudelijke vragen voor zover. Dan heb ik nog een aantal slotvragen. Ten eerste wil ik graag het volgende van u weten: vindt u de nieuwe Wkkgz noodzakelijk?

J: Nee.

E: Dat is een heel helder antwoord, maar waarom dan niet?

J: Omdat wij eigenlijk al hele erg bezig waren in de zin van laagdrempeligheid. De onafhankelijkheid ligt al bij de klachtenfunctionaris. Dat zijn goede mensen. We hebben ook al een goede klachtencommissie dus ik zie de noodzaak er niet van in.

E: Op welke wijze kan de Wkkgz bijdragen aan een verbetering op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg?

J: Ja, misschien dat in de wet nadrukkelijk is vastgelegd dat je open moet zijn.

E: Welk cijfer zou u het huidige beleid met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen geven, en waarom dat cijfer?

J: Ik denk toch wel een 8.5.

E: Dat is best hoog, waarom dat cijfer?

J: Omdat ik echt vind dat we alles heel goed en zorgvuldig doen, maar ook omdat ik het gevoel heb dat mensen heel laagdrempelig bij ons terecht kunnen en dat we daar ook heel netjes mee omgaan.

E: Dat lijkt me een prima uitleg. Dan wil ik u graag bedanken voor uw interesse in mijn onderzoek, uw tijd en uw enthousiasme.

- Einde-

Bijlage 6 Interview met dhr. mr. A. Mattheussens, voorzitter klachtencommissie – dinsdag 5 april 2016

- Voorstellen -

Algemene vragen

E: Wat is uw naam?

A: Ik ben Alex Mattheussens.

E: Wat houdt uw functie (voorzitter klachtencommissie) in?

A: Als voorzitter bewaak je het proces van de behandeling van een klacht. Er komt dus een klacht binnen bij de ambtelijk secretaris, die de klacht doorstuurt naar de commissieleden. Daarna wordt er een zitting bepaald. Vervolgens komt er een hoorzitting en wordt er een oordeel gegeven over de klacht. Dit hele proces bewaak ik. Mijn andere taak is het voorzitten van de hoorzittingen en het schrijven van concepten. In eerste instantie ben je verantwoordelijk voor de juridische inhoud van de concepten. Dus dat neem ik ook voor mijn rekening. Ja, dat was het eigenlijk wel zo. Dit zijn de belangrijkste taken van een voorzitter.

E: Waarom heeft u gekozen om, naast uw andere functies, de rol voorzitter van de klachtencommissie op u te nemen?

A: Ik ben gevraagd.

E: Wat wekte uw interesse om dit te doen?

A: Als voorzitter zie je de zaak vanuit de andere kant van de tafel. Meestal ben ik belangenbehartiger en nu ben je een onafhankelijke beoordelaar. Dit is iets vanuit de andere kant. Het is ook heel leerzaam, omdat je ziet wat betrokkenheid met een advocaat of adviseur kan doen. Je leert ook anders denken over juridische geschillen.

E: Wat maakt uw voorzitterschap bijzonder voor de klachtencommissie?

A: Dat moet je aan derden vragen. Dat kan ik niet zeggen.

E: Wanneer wordt u betrokken in de klachtenprocedure?

A: Er is dus een voortraject. Dit houdt in dat de klacht wordt ingediend bij het Patiënten Service Bureau in het ziekenhuis. Dan wordt er geprobeerd om de klacht, tezamen met de klachtenfunctionaris, uit de wereld te helpen (wat natuurlijk het beste is voor de mensen). Als er samen wordt opgelost, heeft dat een veel groter draagvlak dan dat de commissie een klacht beoordeeld. Dus, daar komt het in eerste instantie terecht. Als dat niet lukt gaat het naar ons toe. Pas dan komt de commissie in beeld. Dit gaat dan via de secretaris. Die krijgt de post binnen en stuurt dit door naar de commissieleden.

E: Hoe waarborgt u dat u onpartijdig blijft tijdens klachtenprocedure?

A: Op de eerste plaats zal ik geen zaken voorzitten of betrokken zijn bij de behandeling als er mensen zijn die ik ken. Dan heb ik het over de klagers. Artsen ken je natuurlijk op enig moment wel, omdat je ze al vaker voor de commissie hebt zien verschijnen of omdat je ze op straat tegenkomt. Op deze manier bewaak ik. Verder probeer je altijd zoveel mogelijk hoor- en

wederhoor toe te passen. Je probeert ook niet de indruk te wekken dat je partijdig bent en je probeert je zorgvuldig uit te drukken.

E: Heeft u ook een plaatsvervangende voorzitter?

A: Nee. Er is één voorzitter en daar moeten ze het mee doen. Een lid van de commissie kan natuurlijk wel wat waarnemen. Nu hebben we nog twee voorzitters, maar naar de nieuwe opzet is er nog maar één.

Inhoudelijke vragen

E: Hoe bent u op de hoogte gebracht van de Wkkgz?

A: Ja, ik zit er natuurlijk middenin. Dan volg je de ontwikkelingen op het gebied van wetgeving. Het zoemde al rond dat het eraan zou komen. Je gaat jezelf er dan toch maar in verdiepen. Zodoende ben ik er eigenlijk mee in aanraking gekomen. Vervolgens krijg je dan de vraag wat we moeten doen met de nieuwe opzet van de commissies. Er waren namelijk drie commissies en er is een fusie geweest tussen Roosendaal en Bergen op Zoom. Alles moest dus in elkaar worden geschoven. Dat wilde de commissie eigenlijk niet omdat wij vonden dat we toch wel heel erg belangrijk waren en beter werk konden leveren als alles was zoals het is.

E: Uit onderzoek blijkt dat mensen niet altijd tevreden zijn over de manier waarop zorgverleners hun klacht afhandelen. Het afhandelen van een klacht duurt lang en gebeurt op een onpersoonlijke manier. Mensen willen zich gehoord voelen. En zij willen dat anderen in de toekomst niet hetzelfde overkomt. Denkt u dat deze ontevredenheid (met betrekking tot duur en wijze van klachtenafhandeling) in zijn geheel weggenomen kan worden met de komst van de Wkkgz?

A: Ja, ten aanzien van de doorlooptijd wel. Als we naar onszelf kijken denk ik dat onze commissies één keer per maand bij elkaar komen. Je bent gewoon al snel 2,3,4 maandjes verder. Voor ons als advocaat is 3 of 4 maanden hartstikke snel, maar voor klagers is het vaak onbegrijpelijk. Die snappen dat niet. Ik snap ook wel dat ze dat niet snappen. We vertellen ook altijd wel hoe de procedure werkt, maar dat is natuurlijk te lang. In die zin vind ik het wel goed dat je daar bepaalde perken aan stelt. Dat is dan ook wel een goed aspect. Verder vind ik dat de gehele opzet van de klachtenprocedure in Roosendaal en Bergen op Zoom, dus met de klachtenfunctionaris, goed functioneert. Dus in zoverre is Roosendaal en Bergen op Zoom al goed voorzien. Qua doorlooptijd dus ja. De rest.. Nee.

E: Wat verstaat u onder kwaliteit (in het kader van de Wkkgz) en welke waarde hecht u aan kwaliteit?

A: Ja dat is heel belangrijk. Mensen hebben recht op goede zorg. Dit moet dan ook geborgd worden door zorgvuldig te handelen en transparant te zijn. Met kwaliteit moet je zeer zorgvuldig omgaan.

E: Kan een zorgaanbieder goede zorg garanderen?

A: Zeg het maar.

E: Ik denk zelf van niet.

A: Wat je moet doen is de bepaalde dingen die je wel goed kunt doen, ook goed doet. Bijvoorbeeld de hygiëne. Hier schort het bijvoorbeeld wel eens aan. Kijk dat er zich een medische fout voordoet, dan kan helaas gebeuren.

E: Een echte garantie bestaat volgens u dus niet?

A: Nee, en dat moet je de mensen ook niet voorhouden. Je moet gewoon je uiterste best doen.

E: Wat verstaat u onder een klacht?

A: Een klacht is een uiting van ongenoegen omtrent bejegening of een medische behandeling.

E: Waar krijgt u de meeste klachten over?

A: Je hebt twee grote groepen. Je hebt de klachten betreffende de bejegening en je hebt medisch falen. Ik heb daar niet echt een overzicht van.

E: Op welke wijze worden klachten gemeld?

A: Schriftelijk. Bij de commissie moet het schriftelijk. Bij het Patiënten Service Bureau kan het dus zo zijn dat mensen niet in staat zijn om hun klacht op papier te zetten. Dan worden zij geholpen door mensen van het Patiënten Service Bureau.

E: Op welke manier kan een klacht op een zo laagdrempelig mogelijke manier worden afgehandeld (vanaf het moment dat de klachten bij het Patiënten Service Bureau wordt ingediend) volgens u?

A: Je moet in ieder geval duidelijk maken dat je er bent. Daarnaast ook laagdrempelig in de zin van: geen formaliteiten bij het Patiënten Service Bureau. Gewoon het verhaal aanhoren, eventueel contact opnemen met de arts (als dat kan) en partijen zo snel mogelijk bij elkaar proberen te krijgen. Als je gelijk kunt schakelen is dat vaak het beste. Dus: zo min mogelijk formaliteiten en proberen partijen zo snel mogelijk bij elkaar te krijgen en het uit te praten.

E: Hoe kan het Bravis ziekenhuis voorkomen dat klachten naar de geschilleninstantie zullen gaan?

A: Door aan te geven dat je een interne klachtenprocedure hebt en aan te geven hoe de klachtenprocedure verloopt, zodat mensen ook weten wat hun mogelijkheden zijn. Daarnaast gewoon zoveel mogelijk bij het Patiënten Service Bureau afhandelen.

E: Op welke manier kan de klachtenregeling volgens u het beste onder de aandacht van cliënten gebracht worden?

A: Je kunt dat via de website doen. Dit is wel de meest aangewezen plaats. Je kunt ook binnen het ziekenhuis informatie geven. Je kunt in wachtkamers borden ophangen. Ik weet niet of artsen daar natuurlijk blij mee zijn, maar je kunt dat op die manier wel kenbaar maken. Daarnaast ook binnen het ziekenhuis duidelijk aangeven dat het bestaat. Je zou ook kunnen overwegen dat artsen in een eerste gesprek voorlichting moeten verschaffen over de klachtenregeling of moeten wijzen op het bestaan van de klachtenregeling.

E: Welke meerwaarde heeft een klachtenfunctionaris volgens u?

A: De meerwaarde is dat op een laagdrempelige manier, snel geschillen uit de wereld kunnen worden geholpen.

E: Welke eigenschappen moet een goede klachtenfunctionaris hebben?

A: Empatisch, kunnen luisteren, verstand van zaken hebben, weten hoe een ziekenhuis in elkaar steekt en oplossingsgericht denken.

E: Wanneer is een oplossing voldoende bevredigend voor een cliënt, volgens u?

A: Als een cliënt het gevoel heeft dat het opgelost is. De één is blij met een goede uitleg, de ander heeft een excuus gehoord. Als de cliënt maar het gevoel heeft dat er naar hem of haar geluisterd is, dat ze serieus genomen zijn en dat het ziekenhuis, de arts of de verpleegkundige te kennen geeft dat er iets niet goed was.

E: Welke meerwaarde heeft de klachtencommissie volgens u?

A: Dat mensen in ieder geval de gelegenheid hebben om ten overstaan van een zogenaamde onafhankelijke derde hun klachten te uiten (en dat wij dat op een laagdrempelige wijze doen). Daarnaast probeert de klachtencommissie zo goed mogelijk te onderzoeken of een klacht gegrond of ongegrond is en de uitkomst ook aan de persoon mede te delen. Ik denk dat patiënten hier meer aan hebben dan een tuchtrechtelijke procedure. Kortom, de meerwaarde is: op een laagdrempelige manier een oordeel krijgen van een onafhankelijke derde omtrent een bepaalde situatie.

E: Hoe ervaren cliënten de afhandeling van een klacht door de klachtencommissie?

A: We hebben een enquêteformulier. Daar kan ik het een beetje van afleiden. Over het algemeen waren cliënten minder tevreden over de doorloopsnelheid. Wat ze wel vaak aangeven is dat ze het gevoel hebben dat ze gehoord zijn en dat de uitleg omtrent het oordeel duidelijk is. Als een klacht ongegrond is verklaard, komt vaak de zorgvuldigheid en onafhankelijkheid ter discussie. Dit hangt echt af van het oordeel, maar over het algemeen hebben ze wel het idee dat er serieus naar hun klacht gekeken wordt.

E: Wordt er ook iets met de feedback van cliënten gedaan?

A: Ja, absoluut. Zeker als er dingen in staan van mensen die echt ontevreden zijn. Dan gaan we wel bij ons zelf na of daar een grondslag voor is. Wij proberen ons op dat vlak wel scherp te houden.

E: De nieuwe klachtencommissie bestaat uit pools die per klachtenbehandeling zullen worden samengesteld. Waarom wordt er gewerkt met pools?

A: Als je binnen zes weken die klacht moet afhandelen (met een uitloop van vier weken) moet je heel snel kunnen schakelen. Het ziekenhuis wilde dat er één commissie kwam. Er moest een commissie zijn met één voorzitter en één ambtelijk secretaris. Daarnaast een medisch specialist en een verpleegkundige en/of een patiëntenvertegenwoordiger (dus 3 maximaal 4 personen). Deze commissie moet snel kunnen schakelen in wisselende samenstellingen. De commissie moet kleiner en flexibeler worden door middel van pools. Door de flexibiliteit wordt ook de inzetbaarheid vergroot.

E: Komt de klachtencommissie in Bergen op Zoom of Roosendaal?

A: Dat weten we nog niet. Ook daarin moet je laagdrempelig zijn. Dus als een klacht is gericht tegen medewerkers of handelingen in Bergen op Zoom, zit de klachtencommissie in beginsel in Bergen op Zoom.

E: De commissie wisselt dus van plaats?

A: Ja. Als ik het ziekenhuis was zou ik geen vaste plaats kiezen.

E: Op welke manier brengt de cliënt zijn klacht het liefste ten gehore?

A: Mondeling.

E: Vind u dat met het opleggen van een schriftelijke verplichting (op grond van de Wkkgz) nog voldoende laagdrempeligheid aan de cliënt (patiënt) wordt geboden?

A: Ja, want zoals ik al zei is er nog steeds het Patiënten Service Bureau waar mensen hun klacht kunnen uiten. Als de bemiddeling niet lukt kan de klachtenfunctionaris de klager helpen (en ik vind ook dat ze die verplichting hebben) om een klaagschrift op te stellen.

E: Heeft een schriftelijke ingediende klacht meerwaarde volgens u?

A: Ja, want het maakt duidelijk wat de aard en de omvang van de klacht is. Je dwingt mensen om aan te geven waar het om gaat. Daar ligt wel een meerwaarde.

E: Krijgt u ook klachtenbrieven die onduidelijk geformuleerd zijn, en wat doet u met deze klachtbrieven?

A: Om dat te voorkomen hebben wij ingesteld dat de klager een brief ontvangt waarin hij moet concretiseren wat zijn klacht is.

E: Kunt u een inschatting maken van de gemiddelde duur van klachtenafhandeling bij de klachtencommissie?

A: Rond de 3 à 4 maanden. De commissie komt één keer per maand bij elkaar. Wij proberen dan wel zo snel mogelijk een hoorzitting te plannen. Aan drie à vier maanden zit je snel (en dit is eigenlijk te lang).

E: Denkt u dat de zes-weken termijn in de praktijk strikt zal kunnen worden gehandhaafd door de nieuw ingestelde pools?

A: Weet ik niet, want de nieuwe klachtencommissie is nog niet operationeel. Ik denk het wel.

E: Waarom wel?

A: Als je een goede ambtelijk secretaris hebt, heb je de mogelijkheid om binnen vier weken een hoorzitting te plannen. Dat moet in beginsel lukken. De pools zijn wel vrij flexibel. Ze komen één keer per twee weken bij elkaar, dus de frequentie waarmee een klacht kan worden behandeld is veel groter. De snelheid mag alleen niet ten koste gaan van de zorgvuldigheid. Dat blijft voorop staan vind ik. Daarnaast kan het ook anders zijn als er in korte tijd heel veel klachten worden ingediend. Ik zal altijd de mensen erop wijzen dat de klacht binnen zes weken wordt afgehandeld, maar als dat niet kan (bijvoorbeeld door complexiteit of de raadpleging van deskundigen) zal dat worden gezegd. Dat moet ook kunnen vind ik.

E: Voor de nieuwe klachtenregeling van het Bravis ziekenhuis is een werkgroep opgericht. Bent u op enige wijze betrokken geweest bij deze werkgroep?

A: Nee.

E: Komt dat vanwege de onafhankelijke positie die u heeft?

A: Weet ik niet. Ik weet niet waarom ze dat hebben gedaan. Ik vond het wel een beetje raar, want wij zijn degene die het werk doen en wij weten dus ook hoe het in de praktijk gaat.

E: Had u inspraak willen hebben?

A: Ik zou toch denken dat je de voorzitter van de commissie, die met de problematiek te maken krijgt, vraagt wat hij ervan vindt.

E: Wat vindt u van de komst van de geschilleninstantie?

A: Ik weet het niet zo goed.

E: Heeft de geschilleninstantie volgens u een toegevoegde waarde voor de klachtenbehandeling?

A: Ja. De geschilleninstantie komt voor de mensen onafhankelijker voor dan wij. Dus in zoverre heeft het wel toegevoegde waarde. Je kunt ook schadevergoeding krijgen wat voor mensen ook wel van belang kan zijn (in die zin dat ze niet naar een advocaat moeten). Het is op dit vlak laagdrempeliger. De geschilleninstantie kan vanuit de patiënt gezien wel een voordeel zijn denk ik.

E: Bent u voor een landelijke of regionale geschilleninstantie?

A: Ik zou kiezen voor een landelijke. Het mag niet uitmaken of je nou in Lutjebroek zit of in Geleen. De geschilleninstantie moet gewoon landelijk, uniform, op basis van één richtlijn en één instructie.

E: Bent u voor een algemene landelijke geschilleninstantie of een sectorgerichte landelijke geschilleninstantie?

A: Ik zou werken met kamers. Je hebt dan dus één club met daarbinnen verschillende kamers, zodat je als commissie de klachten deugdelijk en efficiënt kan beoordelen.

E: Tot slot wil ik u nog een aantal slotvragen stellen.

E: Vindt u de Wkkgz noodzakelijk voor het ziekenhuis?

A: Dat er een regeling is, is heel goed. Die heeft ook absoluut zijn waarde denk ik. Of deze wet nou beter is? Ja, het heeft zijn voordelen (snellere doorlooptijden en een relatief eenvoudige manier om genoegdoening te krijgen). Vanuit de patiënten heeft de wet zijn voordelen, maar of het een must is? Het is in ieder geval een extra instrument.

E: Op welke wijze kan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg volgens u bijdragen aan een verbetering op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg?

A: Van iedere klacht leer je als het goed is. Wij kunnen ook aanbevelingen doen in een oordeel. Dit oordeel wordt dan doorgestuurd naar de staf. Er wordt toch regelmatig aan de hand van de aanbevelingen actie ondernomen. Dus in zoverre kun je van je fouten leren.

E: Welk cijfer geeft u de huidige wijze van klachtenafhandeling van het Bravis ziekenhuis?

A: Ik heb daar niet helemaal zicht op. Maar als ik kijk naar hoeveel klachten er binnenkomen bij het Patiënten Service Bureau en hoeveel er doorgaan naar ons.. een 8. Waarbij ik echt vind dat het Patiënten Service Bureau goed werk verricht en het goed voor elkaar heeft. Dit leid ik af aan het aantal klachten dat bij ons terechtkomt.

- Einde -

Bijlage 7 Interview met dhr. J. Oostenbrink, clustermanager cliëntzaken– dinsdag 5 april 2016

- Voorstellen -

Algemene vragen

E: Kunt u zich kort voorstellen en vertellen wat uw functie inhoudt?

J: Ja. Ik ben Jan Oostenbrink, clustermanager van cliëntzaken. De afdeling cliëntzaken is gevormd in de fusie. Onder cliëntzaken vallen een aantal afdelingen. Dat zijn: zorginnovatie/kwaliteit en veiligheid, marketing en communicatie en Patiënten Service Bureau. Eigenlijk drie afdelingen. Deze afdelingen hebben met elkaar gemeen dat ze met name gericht zijn om het patiëntenproces zo goed mogelijk te ondersteunen. We leveren geen primaire zorg, maar zijn ondersteunend aan het primaire proces. Dit is ook de overlap die er tussen de afdelingen zit. Bij het Patiënten Service Bureau moeten we wel heel erg dicht tegen het primaire proces aanzitten, omdat zij ook klachtenafhandeling doen en patiënten informeren. Zij hebben dus ook direct contact met patiënten, terwijl de andere afdelingen echt meer ondersteunend zijn.

E: Wat ambieert u aan uw functie als clustermanager cliëntzaken?

J: Wat heel leuk is aan deze functie is dat je, los van mijzelf, in het managementteam zit en dat je plek inhoudelijk veel te maken krijgt met dingen die er op je afdeling gebeuren. Je weet dan heel veel over hetgeen er in het ziekenhuis gebeurt en je hebt ook best wel veel invloed. De breedheid van het gehele terrein is leuk. Het gaat bij mij veelal om patiëntenprocessen en dat maakt het leuk.

Inhoudelijke vragen

E: Op dit moment kent zowel Roosendaal als Bergen op Zoom verschillende regelingen. Op welke wijze kunnen deze regelingen geïntegreerd worden tot één beleid? Hoe ziet u dat voor zich?

J: Ik denk dat we daar ook al wel ver mee zijn.

E: Het komt dus al enigszins overeen?

J: Ja hoor. Er is niet zo heel erg veel verschil. Het accent wordt vaak gelegd op de verschillen, maar vaak is 80 tot 90% hetzelfde. Vervolgens krijg je heel veel gedoe over die laatste 10%, maar dan gaat het vaak niet over zo heel veel dingen. Als je kijkt naar klachten: in de grote lijn denken we precies hetzelfde. We hebben nu een nieuwe stap gemaakt. Dat is niet de Roosendaalse manier en niet de manier van het Lievensberg, maar een nieuwe manier op basis van het materiaal wat er lag. De nieuwe wet was een mooie aanleiding op dat op die manier te doen. Als ik nu kijk naar het Vimmen. Dat is bijna hetzelfde. Natuurlijk is het VIM-team op de afdeling net wat anders samengesteld en hanteren ze beide een iets andere werkwijze, maar in de kern gaat het erom dat je een manier van melden hebt (in een systeem) en dat de melding wordt opgepakt. De verschillen zijn kleiner dan de overeenkomsten. Voor de klachtenregeling was de nieuwe wet een mooie aanleiding. Het Vimmen gaan we doen via het nieuwe VIM-systeem. We hebben de keuze gemaakt dat we gaan voor het Roosendaalse systeem. Dit systeem wordt geïmplementeerd. Doordat je voor een bepaald systeem kiest, kies je voor een bepaalde werkwijze. We kijken dan naar het beleid van beide locaties om vervolgens te kijken hoe we het nu willen gaan doen.

E: Waarom is gekozen voor het VIM-systeem van Roosendaal?

J: In dit geval is gekozen voor het VIM-systeem van Roosendaal omdat dit systeem wat meer functionaliteit had. Een aantal functionaliteiten uit Bergen op Zoom dreigen te vervallen. Zij hebben bijvoorbeeld ook een module met het melden van gebouwincidenten geloof ik. Nu hebben we bekeken of die module ingebouwd kan worden in het Roosendaalse systeem, zodat dat ook ziekenhuisbreed doorgevoerd kan worden.

E: Wat verstaat u onder goede zorg?

J: Wij hebben natuurlijk een kwaliteitssysteem. Ik denk dat dat voor mij goede zorg is. Je kunt het beste het toetsingskader gebruiken wat we hebben vanuit de NIAZ-organisatie. We gaan nu over naar het Qmentum systeem (een accreditatiesysteem). Dit is een toetsingskader, waarin normen van goede zorg staan. In deze normen staat weer dat men moet kijken wat de veldnormen zijn (zoals bijvoorbeeld medische richtlijnen en BIG-wetgeving waar je aan moet voldoen). Alles tezamen is denk ik goede zorg. Je kunt denk ik heel erg makkelijk wijzen naar Qmentum. Daarmee heb je een goed richtinggevend kader.

E: Vindt u dat het Bravis ziekenhuis op dit moment goede zorg verleent?

J: Ja.

E: Wordt er van het VIM-systeem veelvuldig gebruik gemaakt?

J: Ja. Alles is relatief, maar ik denk dat er over beide locaties gezamenlijk wel 3000 meldingen per jaar zijn.

E: Ziet u verbeterpunten voor het huidige VIM-systeem?

J: Ja. We hebben de keuze gemaakt om met het Roosendaalse systeem verder te gaan. Wat ik vind dat er beter kan, is de afhandeling van incidenten. Dat verschilt nogal. Het melden van een incident is één ding, maar wat gebeurt er vervolgens mee? Als het om patiëntgebonden incidenten gaat, zijn er twee stromen waarin we dat doen. Enerzijds heb je een VIM-team op de afdeling. Anderzijds heb je de centrale VIM-commissie die naar de ernstige meldingen gaat. Op zich zijn dit goede afspraken, alleen het afhandelen van incidenten op de afdeling moet ook consistent blijven gebeuren. We gaan over de afhandeling van incidenten nog wel iets opnemen in het nieuwe systeem. De geplande datum, juni, gaan we niet helemaal halen dacht ik. Als op dat moment het VIM-systeem bestaat en het systeem ook uniform is op beide locaties, kan er aandacht worden besteedt aan bijvoorbeeld VIM-teams (die nu allemaal op nieuw ingericht zijn).

E: Uit hoeveel mensen bestaat zo'n VIM-team eigenlijk?

J: Dat is per zorgeenheid. Soms misschien nog wel kleiner. De zorggroepen zijn nu opnieuw gevormd, dus daar weet ik op dit moment niet alles van.

E: De keuze-informatie voor de patiënt wordt voornamelijk weergegeven in het kwaliteitsvenster. Vindt u dat er op dit moment voldoende invulling wordt gegeven aan het recht op keuze-informatie?

J: Dat durf ik niet zo goed te zeggen. Ten eerste weet ik niet goed wat de wet bedoelt met het recht op keuze-informatie en ten tweede weet ik niet zo goed wat je een patiënt aan informatie moet geven.

E: De zorgaanbieder moet de patiënt/consument informatie verschaffen over: tarieven, kwaliteit van zorg, cliëntervaringen en de bewezen werkzaamheid van zorg.

J: Kijk over tarieven kun je wel informatie vinden, maar dat is heel ingewikkeld en hangt ook weer van je verzekering af. Dat vind ik niet iets waar wij informatie over dienen te geven. Dat is meer iets voor de zorgverzekeraars (hoewel die het bij ons probeert neer te leggen). Over wachttijden kun je natuurlijk informatie op de website vinden. Informatie over de kwaliteit van zorg kan een patiënt moeilijk beoordelen. Ik heb niets tegen dingen transparant maken, maar ik vraag me af hoe je dat gaat interpreteren als patiënt zijnde. Op basis van welke criteria maakt een patiënt zijn keuze dan. Ik denk dat kwaliteit van zorg wordt bepaald door de mate waarin de dokter je meeneemt in de spreekkamer en jou een rol geeft in de beslissingen die genomen worden.

E: Ook een nieuwe verplichting is de informatieplicht over incidenten. Incidenten, die mogelijk calamiteiten zijn, worden al gemeld aan de patiënt. Met de komst van de nieuwe informatieplicht, moeten ook incidenten worden gemeld voor zover de aard en de toedracht van zo'n incident gevolgen heeft of gevolgen kan hebben. Hoe werden deze incidenten voorheen gemeld?

J: Dat is een goede vraag. Ik hoop dat jou onderzoek mij helpt dit onderwerp beter te interpreteren. Calamiteiten staan buiten kijf. Dan heb je nog een aparte categorie, complicaties, die ook geregistreerd worden. Het Veilig Incident Melden is in principe niet iets wat in het dossier komt van de patiënt. Je wil het namelijk veilig maken. Als je nu gaat zeggen dat het melden van een incident meteen onderdeel uit gaat maken van het dossier van een patiënt, vind ik dat nogal een dingetje. Maar op dit moment is daar geen beleid op. Het zou nu afhankelijk moeten zijn van de dokter, de verpleegkundige of de paramedicus die besluit om iets in het dossier te zetten. Als dit niet het geval is, gebeurt het melden denk ik niet.

E: Een nieuwe verplichting op grond van de Wkkgz is het melden van ernstig disfunctioneren van medewerkers. Wat verstaat u onder ernstig disfunctioneren?

J: Dat durf ik niet zo te zeggen. Het is niet iets waar ik heel veel mee te maken heb. Ik denk dat de Raad van Bestuur daar meer over weet. Ik denk dat het betekent dat een medisch specialist niet handelt conform de normen van zijn beroepsgroep of hij niet op een adequate manier naar zijn patiënten reageert. Dit kan ik zeggen, maar om nou heel specifiek te noemen wanneer daar sprake van is dat weet ik niet.

E: Dan wil ik graag nog een aantal dingen vragen over klachten en geschillen (wat waarschijnlijk meer op uw terrein ligt). Ik heb al wel enigszins een beeld van de nieuwe klachtenregeling. Hoe wordt deze nieuwe klachtenregeling onder de aandacht van de patiënt gebracht?

J: Via de folder en de website.

E: Worden de informatie in deze folders gericht tot een 'leek'?

J: Ja.

E: Oké, en worden deze folders ook in verschillende talen gemaakt?

J: Dat is de vraag van de Cliëntenraad op dit moment. Op dit moment is ons beleid niet om folders in meerdere talen te maken. Op dit moment hebben wij alleen maar folders in het Nederlands. In principe hebben wij afspraken over hoe wij folders schrijven. De informatie moet op dit moment te interpreteren zijn voor mensen met een mbo-2 niveau. De klachtenregeling zal ook op de website komen. Die is overigens ook al behoorlijk in patiëntentaal geschreven. We

zullen hiervan een folder maken die veel korter van aard is en ook eenvoudig te interpreteren is. Voor de oude regeling is die er al, maar dit gaan we opnieuw doen voor de nieuwe regeling.

E: Waar zijn deze folders te verkrijgen?

J: Op diverse plekken in het ziekenhuis. Bijvoorbeeld op de poli's en afdelingen in de wandrekken, op internet en met name bij het Patiënten Service Bureau.

E: Dan wil ik nu graag een vraag stellen over de klachtencommissie. Er is besloten om de klachtencommissie te behouden. Waarom?

J: Omdat het kan voorzien in een behoefte die er van de patiënt is. De beste manier is om een klacht direct met de zorgverlener. De volgende manier is om naar het Patiënten Service Bureau te gaan. Het Patiënten Service Bureau kan een rol spelen om jou en de betrokken zorgverlener bij elkaar te brengen en de klacht in behandeling te nemen, zodat je toch het gevoel hebt dat er naar je geluisterd wordt. Waarmogelijk wordt er dan nog een bemiddelingsgesprek gevoerd. Als het op deze manier opgelost kan worden is dat de meest wenselijke situatie. Op grond van de nieuwe wet staat de mogelijkheid open om naar de geschilleninstantie te gaan. Dit willen we natuurlijk niet. Daarom hebben we nu nog de patiëntenklachtencommissie als middel daartussen. De wet geeft aan dat de klacht, voordat een patiënt naar de klachtencommissie gaat, intern in behandeling moet zijn genomen. Hiervoor willen wij de patiënt een breed spectrum bieden.

E: Wat vindt u van de geschilleninstantie?

J: Ik denk dat het goed is dat de patiënt een mogelijkheid heeft om naar een instantie te gaan die daadwerkelijk onafhankelijk is, want de patiëntenklachtencommissie is dat natuurlijk niet.

E: Hoe waarborg je dat je als patiëntenklachtencommissie toch onafhankelijk blijft?

J: Wij borgen daar drie dingen in. We hebben een onafhankelijke voorzitter. Deze krijgt wel een vergoeding van het ziekenhuis (je kunt dus niet zeggen dat hij geheel onafhankelijk is), maar het is een jurist van buiten het ziekenhuis. Ten tweede hebben we een onafhankelijk lid uit de Cliëntenraad. Daarnaast is de patiëntenklachtencommissie autonoom in het opereren. Er kan geen invloed op hen worden uitgeoefend om tot een bepaald oordeel te komen. Dat zijn denk ik wel de waarborgen die je hebt om het autonoom te maken. De patiënten klachtencommissie doet dit ook wel vanuit de goede intentie, maar ze zijn natuurlijk wel een beetje bekend met het ziekenhuis.

E: Waar komt de patiëntenklachtencommissie te zitten? Alleen in Roosendaal of alleen in Bergen op Zoom?

J: Ik denk dat die gaat wisselen van locaties. We zijn nog aan het uitzoeken hoe we dat precies gaan doen hoor. Vanwege de termijnen moet de klachtencommissie wat sneller gaan werken. We proberen een ritme te vinden waardoor de klachtencommissie elke twee weken bij elkaar komt (standaard). Dat kan de ene keer in Bergen op Zoom zijn en de andere keer in Roosendaal. Ik weet nog niet of dat we de locatie steeds gaan wijzigen afhankelijk van waar de patiënt vandaan komt. Dat moet zich denk ik bewijzen.

E: Denkt u dat de termijn van zes weken gehandhaafd gaat worden?

J: We schatten in dat 15 klachten per jaar bij de klachtencommissie terecht komen. De klachten die bij het Patiënten Service Bureau worden ingediend, kunnen wij doorgaans binnen zes weken

afhandelen. Een heel klein deel gaat door naar de patiëntenklachtencommissie. Daarvan red je het niet om de klacht binnen zes weken af te handelen.

E: Dan wil ik toch nog wat vragen over de geschilleninstantie. Bent u voor één landelijke geschilleninstantie of regionale geschilleninstanties?

J: Ik heb eigenlijk niet zo'n sterke voorkeur. We wachten de ontwikkelingen gewoon af. Het zal toch of het één of het ander worden waarschijnlijk.

E: En als u dan nog moest kiezen tussen een algemene of sectorgerichte geschilleninstantie?

J: Sectorgericht denk ik. Er is wel een behoorlijke expertise vereist om klachten af te handelen. Je zou ook nog kunnen werken met kamers. Ik vind wel dat je de sector moet kennen wil je daar iets over kunnen zeggen.

E: Kunt u een inschatting maken van het aantal klachten dat intern, dan wel bij de geschillencommissie wordt afgehandeld?

J: Er gaat niets naar de geschillencommissie tot dusver de laatste jaren.

E: Heel goed.

J: Ja, daar zijn we ook heel trots op. Dat betekent dat wij in de geest van de wet, dus niet op de letter, heel goed handelen. We zijn laagdrempelig door het Patiënten Service Bureau. Dit blijkt gewoon heel succesvol.

E: Hoe wordt de informatie over de mogelijkheid om naar de geschilleninstantie te stappen bekend gemaakt bij de patiënt?

J: Middels folders. Dat zal ook wel in diezelfde folder staan. Daarnaast verwacht ik dat er een folder van de geschilleninstantie zelf zal komen.

E: Oké. Dan resteren nu nog de slotvragen. Vindt u de Wkkgz noodzakelijk voor het Bravis ziekenhuis?

J: Nee. Als ik kijk naar de manier waarop met klachten om wordt gegaan, vind ik dat we dat goed op orde hebben. Dat is toch wel een heel belangrijk onderdeel uit de wet. De andere aspecten kan ik niet helemaal overzien. De touwtjes worden alleen altijd net iets verder aangetrokken, waarvan ik me dan altijd weer afvraag of dat nou heel veel meerwaarde gaat hebben. Ik vind de wet vaak ook heel gecompliceerd. Net zoals die termijnen. Prima dat het gestimuleerd wordt een klacht tijdig af te handelen, maar afhandeling van een klacht vraagt soms iets anders dan snelheid. Dit is bovendien ook niet iets waar de patiënt altijd op uit is. Als die excuses hoort, is dat veel belangrijker dan de termijn.

E: Op welke wijze kan de Wkkgz bijdragen aan een verbetering op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen?

J: Ik denk dat er een aantal instellingen zijn die heel anders met klachten omgaan. Dus daarvoor is het zeker een bijdrage.

E: En specifiek voor het Bravis ziekenhuis?

J: Mogelijk de transparantie voor de patiënt. Dit is mogelijk wel een trigger om over na te denken.

E: Mijn laatste vraag: welk cijfer geeft u het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen, en waarom dat cijfer?

J: Ik denk wel een 8. Wat ik al zei. Ik denk dat we heel goed in staat zijn de klacht op een persoonlijke manier op te vangen. Wij nemen de persoon daarin ook serieus. Het Patiënten Service Bureau is ook goed in staat om met degene die aangeklaagd worden serieus te praten. Ik vind dat we dat gewoon heel goed doen.

- Einde-

Bijlage 8 Interview met mevr. G. Wijma, decaan kwaliteit en veiligheid– woensdag 6 april 2016

- Voorstellen -

Algemene vragen

E: Wat is uw naam?

G: Ik ben Geraldine Wijma

E: Wat is uw functie binnen het Bravis ziekenhuis?

G: Ik ben klinisch geriatr, daarnaast werk ik als decaan patiëntveiligheid en kwaliteit.

E: Wat doet u als decaan patiëntveiligheid en kwaliteit?

G: Wij bemoeien ons gevraagd en ongevraagd met alles wat met kwaliteit in het ziekenhuis te maken heeft. Wij behandelen namens het ziekenhuis ook alles (op het niveau van de Raad van Bestuur) wat met klachten, calamiteiten en schadeclaims te maken heeft.

E: Hoe lang bent u al werkzaam voor het Bravis ziekenhuis?

G: Al bijna 15 jaar.

Inhoudelijke vragen

E: Op dit moment kent zowel Roosendaal als Bergen op Zoom verschillende regelingen. Op welke wijze kunnen deze regelingen geïntegreerd worden tot één beleid? Hoe ziet u dat voor zich? En hoeveel verschilt het beleid van Roosendaal met het beleid van Bergen op Zoom op dit moment?

G: Niet zo heel veel hoor. In Bergen op Zoom was er net als in Roosendaal ook een klachtencommissie en een Patiënten Service Bureau. Bij het Patiënten Service Bureau waren sommige dingen net wat anders geregeld. In Roosendaal was er één persoon die specifiek de klachtenbemiddeling deed. In Bergen op Zoom was dat anders.

E: Oké. U heeft het nu over de regeling met betrekking tot klachten. Kunt u mij ook vertellen in hoeverre het beleid, in het kader van de verplichtingen uit de Wkkgz, verschilt tussen beide locaties?

G: Niet echt. Op beide locaties was er bijvoorbeeld al een vergewisplicht. Dit geldt ook voor VIM-meldingen en calamiteiten. Nu staat het misschien wat scherper in de wet, maar ik vind niet dat het beleid heel veel verschilt.

E: Op welke wijze kunnen deze regelingen geïntegreerd worden tot één beleid? Op basis van welke criteria kun je selecteren of iets uit het ene beleid beter is dan iets uit het andere beleid?

G: Ik vind eigenlijk dat eerst de bestaande stukken gestructureerd moet worden. Zo zie je op IProva nog veel te veel staan. In het kader van de kwaliteit en veiligheid is het beter dat deze informatie onder een bepaald kopje komt te staan en de informatie voor beide locaties hetzelfde is. Het zijn eigenlijk meer de organisatorische dingen die verschillen. Deze organisatorische dingen zijn wel van belang voor bijvoorbeeld de IGZ. Het is gek dat je nu één ziekenhuis bent en nog verschillende regelingen hebt. Daarnaast is het niet goed dat je regelingen niet kunt vinden. Wat dat betreft kan dat wel verbeterd worden.

E: Dan wil ik graag wat vragen over het begrip *goede zorg*. Wat verstaat u onder veilige zorg?

G: Veilig zorg is dat je de patiënt geen schade doet.

E: Wat verstaat u onder cliëntgericht?

G: Cliëntgericht is dat je kijkt naar de wensen en doelen van de patiënt.

E: Wordt de term goede zorg op dit moment al gehanteerd binnen het Bravis ziekenhuis?

G: Volgens mij niet als term goede zorg.

E: Wat verstaat u onder kwaliteit en welke waarde hecht u aan kwaliteit?

G: Dat vind ik een heel breed begrip. Goede kwaliteit van zorg is eigenlijk wat we net hebben gezegd. Kijk naar de patiënt en voorkom dat je schade toebrengt aan de patiënt. Het is tegenwoordig steeds meer terecht dat je gaat kijken naar de individuele doelen van de patiënt.

E: Dan wil ik het nu graag hebben over de vergewisplicht uit de Wkkgz. De zorgaanbieder moet zich per 1 januari 2016 verplicht vergewissen van het arbeidsverleden van een zorgverlener. Hoe vergewist het Bravis ziekenhuis zich op dit moment van het arbeidsverleden van zorgverleners?

G: Ik weet dat alleen van dokters. Bij de Medische Staf. Wij hebben een checklist bij de Medische Staf waar een aantal controlepunten in staan. Bijvoorbeeld over het BIG-register, tuchtrechtelijke uitspraken en procedures die tegen iemand lopen. Over referenties hebben we geen vaste afspraak. In ieder geval niet dat referenties moeten worden opgevraagd.

E: Kunt u mij vertellen waar deze criteria zijn vastgelegd?

G: Waarschijnlijk staat dat op IProva. Je moet dan zoeken naar procedure nieuwe specialist en procedure waarnemer.

E: Dan wil ik nu graag een vraag stellen over het VIM-systeem. Worden er op dit moment veel meldingen gemaakt in dit systeem?

G: Door wie bedoel je?

E: In het algemeen.

G: Op mijn afdeling, geriatrie, worden er veel VIM-meldingen gedaan. Één keer per twee maanden komt de VIM-commissie bij elkaar. Er wordt dan gekeken naar trends en dergelijke.

E: Er is dus op dit moment een VIM-commissie en een centrale VIM-commissie?

G: De centrale VIM-commissie verzamelt de gegevens van alle VIM-commissies en ernstige meldingen. In de centrale VIM-commissie wordt gekeken of de Raad van Bestuur iets met zo'n dergelijke melding moet. Dokters doen het heel weinig. Als er iets is wat ik zelf vind, doe ik zelf een melding. Anders wordt het vaak door verpleegkundigen gedaan.

E: Uit welke personen bestaat de centrale VIM-commissie?

G: De centrale VIM-commissie bestaat uit een medisch specialist, een stafmedewerker van bureau Cliëntzaken en iemand van de Cliëntenraad (maar dat weet ik niet zeker). De exacte samenstelling weet ik niet op dit moment.

E: En uit welke personen bestaat een VIM-commissie?

G: In principe een verpleegkundige, een dokter en een leidinggevende van de afdeling.

E: Wordt er iets met de meldingen gedaan en hoe worden meldingen opgepakt?

G: Ik praat nu over mijn eigen afdeling. In de nieuwsbrief, die iedere vier weken wordt uitgebracht door de leidinggevende, staat een vast kopje VIM. Hier worden belangrijke uitkomsten uit VIM-meldingen gemeld.

E: Weet u of dit ook voor andere afdelingen geldt?

G: Ja, in principe is dat een algemene regel.

E: Oké. Ziet u verbeterpunten voor het huidige VIM-systeem?

G: Nou, we zijn nu bezig om de VIM-systemen tot één systeem te brengen. Wat irritant is aan het VIM-systeem wat we nu hebben is dat we vaak informatie in moeten vullen die irrelevant is. Je kunt alleen niet verder voor je de informatie hebt ingevuld. Het gaat dan bijvoorbeeld over een tijdstip waarop iets is gebeurd. Er zijn op dit moment teveel verplichte velden. Dat zou verbeterd kunnen worden.

E: Oké. Dan wil ik het graag hebben over het recht op keuze-informatie. Ik heb al gezien dat de consument onder andere wordt geïnformeerd via het kwaliteitsvenster op de website van het ziekenhuis. Wordt hier op een andere wijze nog invulling aan gegeven?

G: We hebben bijvoorbeeld over tarieven een folder. We hebben ook een opnamefolder waar veel in staat.

E: Vindt u dat er op dit moment voldoende informatie aan de cliënt wordt gegeven?

G: Ja, we zijn daar de laatste tijd meer mee bezig, omdat we veel klachten krijgen over tarieven. Hoe actief moet je zijn? Is het voldoende als je het op de website zet of moet het ook in de spreekkamer worden toegelicht? We hebben het er ook al over gehad om in een patiëntenportaal een vinkje toe te voegen waarmee de patiënt aangeeft dat hij informatie over tarieven heeft gekregen.

E: Oké. Ook een nieuwe verplichting is de informatieplicht over incidenten. Incidenten, die mogelijk calamiteiten zijn, worden al gemeld aan de patiënt. Met de komst van de nieuwe informatieplicht, moeten ook incidenten worden gemeld voor zover de aard en de toedracht van zo'n incident gevolgen heeft of gevolgen kan hebben. Hoe werden deze incidenten voorheen gemeld?

G: Ik denk dat nu niet gebeurt. Ik denk dat het nu willekeurig gaat. Het was nog nooit officieel vastgelegd.

E: Vindt u dat deze verplichting als aanvulling kan worden gezien op de bestaande informatieplicht (informed consent)?

G: Ja dat denk ik wel.

E: Dus het zou in de informed consent procedure opgenomen kunnen worden als verplichting?

G: Ja dat kan inderdaad.

E: Oké. Dan wil ik u nu graag wat vragen over de meldplicht aan de IGZ. In het bijzonder wil ik het graag hebben over de meldplicht met betrekking tot het disfunctioneren van zorgverleners. Wat verstaat u onder de term disfunctioneren?

G: Dat is lastig. In de medische staf hebben wij daar een procedure voor. De procedure heet *mogelijk disfunctioneren*. Voor dokters heb je ook nog de Canmeds. Dit zijn de kwaliteitseisen voor dokters. In de procedure wordt de betekenis van disfunctioneren bijvoorbeeld afgeleid van de betekenis die de KNMG hieraan hecht.

E: Hoe wordt de nieuwe klachtenregeling onder de aandacht van patiënten gebracht?

G: We hebben natuurlijk weer folder, in de opnamegids en op de website volgens mij ook.

E: Worden de patiëntfolders ook in diverse talen uitgebracht?

G: Nee, daar zijn we wel wat beperkt in.

E: Oké. Ik heb voorts begrepen dat de patiëntenklachtencommissie wordt behouden. Welke meerwaarde heeft de patiëntenklachtencommissie volgens u?

G: Wat voor de patiënten vaak een meerwaarde is, is dat de voorzitter van buitenaf komt. Vooral het gevoel van een onafhankelijk oordeel. Ik denk dat dit voor veel patiënten een meerwaarde is.

E: Daarnaast heb ik begrepen dat de patiëntenklachtencommissie met pools gaat werken. Vind u dit een goede oplossing of bent u meer voor een vaste klachtencommissie?

G: Ik denk dat het een prima oplossing is. We hebben natuurlijk ook wel afgesproken dat het wordt geëvalueerd dus.

E: Denkt u dat de termijn van 6 tot 10 weken voor het geven van een oordeel behaald zal worden?

G: Nou ik ben benieuwd. Bij calamiteitenonderzoek hebben we ook altijd 6 weken. Het lastige is dat veel casuïstiek heel ingewikkeld is. Je wil als klachtencommissie ook iedereen spreken om een goed oordeel te kunnen vellen. Praktisch gezien is het gewoon niet haalbaar als je iedereen wil horen. Wij vragen nu ook vaak uitstel aan de inspectie voor het calamiteitenonderzoek. Je red het gewoon vaak niet.

E: Welke meerwaarde heeft de klachtenfunctionaris volgens u?

G: Die kan in het voorstadium heel veel nuttige dingen doen voor de patiënt.

E: Voor de inwerkingtreding van de Wkkgz was er ook al een klachtenfunctionaris in het ziekenhuis werkzaam, zonder dat daarvoor een wettelijke verplichting was. Waarom was er destijds al voor gekozen om een klachtenfunctionaris in dienst te nemen?

G: Nou eigenlijk om dezelfde reden. De klachtenfunctionaris kan in het voorstadium gewoon heel veel betekenen voor een patiënt.

E: Dan wil ik nu nog een aantal vragen stellen over de geschilleninstantie. Hoe denkt u dat wij als ziekenhuis kunnen voorkomen dat veel geschillen naar de geschilleninstantie zullen gaan?

G: Vooral een pro-actieve houding aannemen als ziekenhuis. Het begint natuurlijk altijd op de afdeling of polikliniek. Als je het gevoel hebt dat het niet helemaal goed gaat en je het vermoeden hebt dat er een klacht kan ontstaan, moet je als zorgverlener ook zelf een pro-actieve houding aannemen. Je moet proberen voor het Patiënten Service Bureau al met mensen om tafel te gaan zitten.

E: Oké. Daar heeft u inderdaad wel gelijk in. Als de geschillen dan toch naar de geschilleninstantie zullen gaan, wenst u dan liever een *landelijke* of een *regionale* geschilleninstantie?

G: Vooral in verband met de schadevergoeding die kan worden gevraagd, moet je landelijk goede afspraken maken. Ik denk dat een landelijke geschilleninstantie beter is.

E: En bent u dan voor een *algemene* of *sectorgerichte* geschilleninstantie?

G: Het kan allebei eigenlijk wel, het is gewoon heel erg lastig. Je wil mensen hebben die iets zinnigs kunnen zeggen natuurlijk.

E: Kunt u een inschatting maken van het aantal klachten dat intern dan wel bij de Landelijke Geschillencommissie terecht komt?

G: Geen één op dit moment volgens mij.

E: Goed. Dan wil ik graag nog een aantal slotvragen stellen. Vindt u de Wkkgz noodzakelijk voor het Bravis ziekenhuis?

G: Er moet natuurlijk iets zijn. Wat mij betreft krijgt de patiënt steeds meer rechten en de dokter steeds meer plichten. Soms gaat het een beetje te ver.

E: U vond het voorheen ook al goed geregeld dus?

G: Ja.

E: Op welke wijze kan de Wkkgz bijdragen aan een verbetering op het gebied van kwaliteit, klachten en geschillen volgens u?

G: Ik weet het eigenlijk niet. Je kan ook een tegengesteld effect krijgen, wat je ook al in de kranten hebt gezien wellicht. Je krijgt misschien wel defensieve geneeskunde, omdat iedereen bang gaat worden voor claims en klachten. Dit kan schadelijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Ik ben een beetje dubieus op dit punt.

E: Welk cijfer geeft u het huidige beleid van het Bravis ziekenhuis met betrekking tot kwaliteit, klachten en geschillen?

G: Nou, ik denk wel een 8.

E: Waarom dit cijfer?

G: Gezien de aanwezigheid van het Patiënten Service Bureau op beide locaties en de openheid en transparantie waarmee wij werken, denk ik dat we al veel goed doen.

- Einde-