

Verkendend onderzoek
naar het gebruik van het klachtrecht
door niet-westerse migranten
bij de huisarts

'Ik woonde een bijeenkomst van 100 soorten kanker georganiseerd vanuit Pharos bij en daar vertelde een migrant dat zij met verschillende gezondheidsklachten naar haar huisarts was gegaan, maar steeds met paracetamol naar huis werd gestuurd. Uiteindelijk bleek zij kanker te hebben. Meerdere migranten in deze groep bleken klachten te hebben over dezelfde huisarts, maar allen bleven zij bij de huisarts en deden niks met hun klachten.'

Kim Elias
Onder begeleiding van Helena Kosec



Programma: klanten, participatie en eigen regie

31 maart 2014

Inhoudsopgave

Inleiding	3 - 7
Het klachtrecht en de Nederlandse huisartsenzorg	8 - 22
Gebruik van het klachtrecht door de Nederlandse patiënt	23 - 32
Migranten en het klachtrecht	33 - 46
Conclusies	47 - 48
Aanbevelingen	49
Literatuur	50 - 52
Wet- en regelgeving	53 - 54
Bijlage 1: definities van de belangrijkste begrippen	55 - 56
Bijlage 2: afkortingenlijst	57

1. Inleiding

Het klachtrecht is een van de feedbackmechanismen op de kwaliteit van de zorg.¹ In 1995 is het klachtrecht juridisch verankert in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Deze wet beoogde een laagdrempelige klachtregeling te bewerkstelligen. Toch heeft deze wetgeving al menigmaal ter discussie gestaan. Zowel vanuit de beroepsgroep van zorgverleners als vanuit de patiëntenorganisaties werd kritiek geuit op het functioneren van het klachtrecht.² Het voornaamste kritiekpunt was dat de verplicht gestelde klachtprocedure onvoldoende laagdrempelig en toegankelijk was.

Dit leidde tot een nieuw wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz). Dit wetsvoorstel is inmiddels opgeknipt in vijf delen wat formeel neerkomt op een wetswijziging van de Wcz. Het eerste deel van deze opknipping is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Met deze nieuwe wet is gepoogd een toegankelijker en laagdrempeligere klachtregeling neer te zetten die meer aansluit bij de behoeftes van zowel de patiënt als de zorgverlener. Niet langer worden klachtcommissies verplicht gesteld, maar de meer informele klachtfunctionaris.

Naast deze juridische wijzigingen is er ook het nodige veranderd in het klimaat van het Nederlandse zorgstelsel. Met deze veranderingen wordt ook een andere houding van de patiënt verwacht. De patiënt wordt geacht meer zelfredzaam te zijn en actiever te participeren binnen de zorg.

Daar komt bij dat er een verkleuring van de patiëntpopulatie heeft plaatsgevonden. De migrantenpopulatie blijft groeien. Dit heeft ook weer effect op het zorggebruik van deze groep. Daarom is het belangrijk om ook de stem van deze groep participanten in de zorg mee te laten wegen in het huidige beleid. Feedbackmechanismen zijn daarvoor een uitgelezen kans.

Migranten participeren op het moment nog onvoldoende binnen de zorg op het terrein van onderzoek, kwaliteit en beleid.³ Om migranten meer te laten participeren in de zorg is het belangrijk om de zorg meer cultuursensitief te maken.⁴ Hiervoor is het noodzakelijk dat migranten worden bereikt en dat zij ook in staat zijn tot zelfmanagement binnen de zorg. In aansluiting hierop is Pharos een project gestart: klanten, participatie en eigen regie. Binnen dit project wordt gepoogd handreikingen te bieden om de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van de zorg voor migranten te vergroten.

In het verlengde van de reeds uitgevoerde onderzoeken naar patiëntparticipatie door migranten in de zorg, zal ik onderzoek gaan verrichten naar het gebruik van het klachtrecht door migranten als participatiemiddel ter bevordering van de kwaliteit van de zorg. Het klachtrecht is in deze context nog een onderbelicht aspect.

Er is nog weinig bekend over het gebruik van het klachtrecht door migranten. De huidige onderzoeken die zijn verricht naar het gebruik van het klachtrecht hebben nauwelijks of geen zicht op de etniciteit van de klagers. Tevens is er weinig bekend over de problemen die de klagers met een etnisch diverse achtergrond ondervinden bij het gebruik van het klachtrecht.

¹ Leenen & Gevers 2010.

² Sluijs & Friele 2003.

³ Dorgelo, Pos en Kosec 2013.

⁴ Berkum & Smulders 2010.

1.1 Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie is drieledig. Er zijn drie groepen aan te wijzen voor wie dit onderzoek relevant is: de migrant zelf, zorgverleners en beleidsmakers. Hieronder zal per groep worden aangegeven wat dit onderzoek voor hen kan betekenen.

In het kader van het actief laten participeren van patiënten met een etnisch diverse achtergrond in de zorg, is het belangrijk om de migrant te stimuleren om zijn klachtrecht daadwerkelijk te gebruiken.

Voor zorgverleners in het algemeen kan dit onderzoek input zijn voor kwaliteitsverbetering van de door hen aangeboden zorg. Immers, zoals al eerder gesteld, bestaat 21% van onze samenleving uit migranten. Dit kan resulteren in het implementeren van cultuur sensitieve aspecten in de aangeboden zorg en meer specifiek in hun klachten- en geschillenregeling. Niet alleen voor zorgverleners in het algemeen is dit onderzoek relevant, maar ook voor de klachtenfunctionaris in het bijzonder. De klachtenfunctionaris krijgt inzicht in de redenen die migranten beweegt om te klagen en krijgt zicht op de afhandeling van de klachten die deze doelgroep uit.

De derde groep waarvoor dit onderzoek relevant is, zijn beleidsmakers. Beleidsmakers implementeren de wet: zij zijn in staat om de belemmeringen die migranten ondervinden bij het gebruik van het klachtrecht weg te nemen.

1.2. Theoretisch kader

1.2.1 Bekende cijfers en feiten

Migranten participeren nog onvoldoende in de zorg.⁵ De beperkte participatie in de zorg door migranten wordt onder andere veroorzaakt doordat bestaande initiatieven en zorgstructuren nog onvoldoende aansluiten bij de beleving van ziekte en zorg van niet-westerse patiënten.⁶ Hier komt bij dat cliëntenorganisaties nog weinig inspelen op de specifieke behoeften en wensen van migranten.⁷ Toch is het belangrijk dat migranten meer participeren in de zorg zodat ook hun stem hierin doorklinkt. Dit draagt bij aan de toegankelijkheid, de effectiviteit en de kwaliteit van de zorg voor deze doelgroep en daarmee de gehele Nederlandse samenleving.

Dit is mogelijk door het bieden van meer cultuur sensitieve zorg en het aansturen op zelfmanagement van deze doelgroep binnen de zorg.⁸

Het klachtrecht is een van de mechanismen om patiënten te laten participeren in de zorg. Het klachtrecht heeft tevens een kwaliteit bevorderende functie. Het klachtrecht werkt niet optimaal, zoals hierboven ook al aangestipt. Zowel vanuit de beroepsgroep van zorgverleners als vanuit patiëntenorganisaties worden problemen gesignaleerd.

Daarom is er een nieuwe wet gekomen, de Wkkgz, die de oude wettelijke regeling moet vervangen.

⁵ Dorgelo, Pos en Kosec 2013.

⁶ Graaff & Eitjes 2004. Van Vliet e.a. 2006.

⁷ Graaff & Eitjes 2004.

⁸ Berkum & Smulders 2010.

1.2.2 Bestaand onderzoek naar participatie van migranten

Er is nog weinig bekend over het gebruik van het klachtrecht door migranten en de knelpunten die zij ondervinden bij het gebruik. Wel is er informatie over de participatie van migranten binnen de zorg in zijn algemeenheid en de problemen die zij hierbij ondervinden. Ook is er informatie beschikbaar over de knelpunten die Nederlandse patiënten ondervinden bij het gebruik van het klachtrecht. Door deze informatie aan elkaar te koppelen en het verrichten van veldonderzoek hoop ik uitspraken te kunnen doen over het gebruik van het klachtrecht door migranten en de problemen die zij hierbij ondervinden. Tevens zal ik proberen voor de gesignaleerde knelpunten handreikingen te bieden om deze weg te nemen. Ook zal gekeken worden wat het nieuwe wetsvoorstel voor veranderingen te weeg brengt en welke implicaties dit heeft voor migranten.

1.3 Gemaakte afbakeningskeuzes

Niet-westerse migranten:

Er is gekozen om binnen dit onderzoek te focussen op niet-westerse migranten, omdat zij de vier grootste groepen migranten vormen in Nederland (Surinamers, Antilianen, Marokkanen en Turken).

Voor Surinamers en Antilianen wordt gekozen, omdat voor hen de drempel om te klagen lager is. Deze groep is beter bekend met de procedures en ondervinden minder problemen bij het gebruik van hun patiëntenrechten.

Marokkanen en Turken behoren tot de grootste groep migranten in Nederland en zij ondervinden nog veel problemen bij het uitoefenen van hun patiëntenrechten. Daarom zijn zij een belangrijke doelgroep om op te focussen.

Rotterdam en Amsterdam:

Er wordt gekozen voor Amsterdam en Rotterdam, omdat hier de meeste migranten woonachtig zijn. Tevens zijn hier de grote patiëntenorganisaties gevestigd en heeft Pharos hier al een aantal contactpersonen waar altijd naar grote tevredenheid mee wordt samengewerkt.

Ook kleeft hieraan een tijdsaspect: het onderzoek zal binnen 6,5 maand voltooid moeten zijn. Liever een goed afgebakend onderzoek met een haalbaar resultaat, dan een half uitgewerkt antwoord.

Klachtrecht bij de huisarts:

Er is gekozen om te kijken naar het gebruik van het klachtrecht bij de huisarts. De huisarts is het eerste aanspreekpunt binnen de zorg in Nederland en fungeert als poortwachter. Dat betekent dat de huisarts de toegang tot de rest van het Nederlandse zorgstelsel regelt.

1.4 Methode

1.4.1 Onderzoeksmethoden

Voor dit onderzoek zal zowel juridisch als sociaalwetenschappelijk onderzoek worden verricht.

Het juridisch onderzoek zal zich voornamelijk focussen op literatuuronderzoek. Het sociaalwetenschappelijke deel zal zowel literatuuronderzoek als veldonderzoek bevatten. Bij veldonderzoek moet gedacht worden aan interviews met sleutelfiguren van diverse migranten groepen en individuele migranten die een klacht hebben ingediend bij een of meerdere

klachtinstanties; interviews met klachtfunctionarissen; interviews met Clientbelang en Zorgbelang en interviews met leden van de klachtcommissie. Binnen het sociaalwetenschappelijke onderzoek zal zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek worden gedaan.

1.4.2 Functie van het onderzoek

Het onderzoek zal een beschrijvende en deels verklarende functie dragen. Enerzijds wil dit onderzoek het gebruik van het klachtrecht door migranten en de knelpunten die zij bij het uitoefenen van dit recht ondervinden beschrijven. Anderzijds wil dit onderzoek de knelpunten die deze doelgroep ondervindt bij het uitoefenen van het klachtrecht verklaren en hiervoor handreikingen bieden.

1.5 Hoofd- en deelvragen

Hoofdvraag:

In hoeverre maken niet-westerse migranten in Amsterdam en Rotterdam gebruik van hun klachtrecht bij de huisarts, welke knelpunten ondervinden zij hierbij en welke middelen en handreikingen kunnen deze belemmering wegnemen?

Deelvragen:

Om tot de beantwoording van de probleemstelling te komen heb ik een aantal deelvragen gemaakt:

1. *Wat houdt het klachtrecht in?*

- Inhoud
- Functie
- Wettelijke regeling
- De nieuwe wet: Wkkgz
- Veranderingen/verschillen oude en nieuwe regeling

2. *Hoe maken Nederlandse patiënten gebruik van het klachtrecht?*

- Cijfers
- Wie klagen er?
- Waarover klagen patiënten?
- Bij welke instanties klagen mensen?
- Welke belemmeringen ondervinden mensen?
- Wat wordt met de klachten die zij naar voren brengen gedaan?
- Zijn zij tevreden met de afhandelingen van de geuite klachten?

3. *Migranten en klachtrecht: maken zij gebruik van hun klachtrecht en tegen welke problemen lopen zij aan?*

- Cijfers
- Wat weten migranten over het klachtrecht?
- Is de informatie die migranten ontvangen omtrent het klachtrecht toereikend?

- Maken migranten gebruik van hun klachtrecht? Zo niet, waarom niet?
- Waarover klagen migranten?
- Welke belemmeringen ondervinden migranten bij het uitoefenen van het klachtrecht?
- Welke middelen en handreikingen kunnen deze belemmeringen wegnemen?

4. *Conclusies en aanbevelingen*

- Beleidsmakers
- Onderzoekers
- Zorg
- Migrantenorganisaties en welzijnsorganisaties

2. Het klachtrecht in de Nederlandse Huisartsenzorg

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het klachtrecht in de gezondheidszorg vanuit een juridisch perspectief. Allereerst zullen de inhoud en de functies van het klachtrecht worden behandeld. Daarnaast zullen de verschillende vormen van klachtrecht de revue passeren, de zogenaamde informele en formele procedure. Vervolgens zal een toespitsing op de huisartsenzorg plaatsvinden: hoe is dit in Nederland geregeld en hoe is dit in het bijzonder geregeld voor de steden Amsterdam en Rotterdam?

Daarna zullen de verschillende wettelijke regelingen worden besproken waarbij allereerst zal worden gekeken naar de oude wettelijke regeling, de WKCZ, waarna kort de Wcz zal worden aangestipt om een brug te maken naar de huidige wettelijke regeling de Wkkgz. Het is – naar mijn mening – van belang om uitgebreid stil te staan bij de oude wettelijke regeling, omdat deze regeling als fundament geldt voor het huidige wettelijke systeem. Het niet goed functioneren van deze oude wettelijke regeling heeft immers geleid tot het ontstaan van de nieuwe wettelijke regeling. In de conclusie zal een samenvatting worden gegeven van dit hoofdstuk en zullen de implicaties van deze nieuwe wettelijke regeling voor de doelgroep van dit onderzoek uiteen worden gezet.

2.1 Inhoud

Het klachtrecht is een van de basis rechten van patiënten in de gezondheidszorg. Dit houdt in dat patiënten het recht hebben om een klacht in te dienen tegen een zorgaanbieder waarvan zij zorg hebben ontvangen. Met andere woorden: van patiënten wordt verwacht dat zij een klacht indienen om hun ongenoegen te uiten.⁹ Hierbij moet onder klacht verstaan worden¹⁰:

‘Elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komende van de gebruiker van deze zorgaanbieder.’¹¹

Ten aanzien van de aard van de klacht kunnen vier verschillende categorieën worden aangewezen.¹² Het kan gaan om klachten die betrekking hebben op medisch-technische, verpleegkundige of andere behandeling technische aspecten van de zorg. Een tweede categorie klachten bestaat uit relationele aspecten van de zorg waarbij gedacht kan worden aan communicatie en bejegening. Onder de derde categorie klachten vallen klachten omtrent de organisatorische aspecten van de zorg. Als laatste categorie kunnen de financiële aspecten van de zorg worden genoemd.

2.2 Functies van het klachtrecht

Het klachtrecht heeft verschillende functies.¹³ De eerste functie is het bevorderen van een gelijkwaardige verhouding in de zorg. Patiënten staan vaak in een afhankelijke positie ten opzichte van de arts. De arts is immers de deskundige op het terrein van de gezondheidszorg. Om deze afhankelijke positie enigszins te compenseren, zijn de rechten van de patiënt waaronder het klachtrecht in het leven geroepen. Een tweede functie bestaat uit het creëren

⁹ Bomhoff et al, 2013.

¹⁰ Er is gekozen voor de juridische definitie van een klacht om het werkbaar te houden, ondanks het feit dat er discussie bestaat over de inhoud van het begrip klacht zoals onder andere blijkt uit de publicatie Bomhoff et al, 2013.

¹¹ CBO, 2004.

¹² Sluijs et al, 2004.

¹³ Leenen & Gevers, 2010.

van genoegdoening voor de individuele patiënt. Hieronder moet mede begrepen worden financiële compensatie. De derde functie van klachtrecht is kwaliteitsverbetering. Klachtrecht geeft immers inzicht in de punten waarop de zorgaanbieder te kort is geschoten en op welke punten verbetering is geboden in de door hem geleverde zorg.

Deze functies van het klachtrecht hangen nauw samen met de motieven van patiënten om te klagen.¹⁴ Deze kunnen worden onderscheiden in vijf verschillende categorieën. Patiënten klagen in de meeste gevallen om in het algemeen de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook zijn er patiënten die klagen om de kwaliteit van de individuele zorg te verbeteren. Daarnaast zijn er emotionele drijfveren die een rol spelen. Als vierde motief om te klagen wordt de behoefte aan boetedoening van de hulpverlener genoemd. En als laatste motief bestaat er bij sommige patiënten de behoefte aan genoegdoening.

2.3 Klachtopvang en klachtenbehandeling in de Nederlandse gezondheidszorg

De klachtenopvang binnen de Nederlandse gezondheidszorg kan als divers gekarakteriseerd worden.¹⁵ Nederland kent twee verschillende procedure met betrekking tot het klachtrecht: de informele klachtprocedure en de formele klachtprocedure. Dit is een juridisch onderscheid waarbij het bepalend is bij wie de klacht wordt ingediend.¹⁶

Figuur 1

Informele klachtopvang	Formele klachtopvang
1. Persoonlijke procedure: gesprek tussen klager en aangeklaagde	1. Klachtbehandeling op grond van WKCZ door onafhankelijke klachtencommissie (oordeel over gegrondheid van de klacht) Inmiddels is niet langer de klachtencommissie verplicht, maar een klachtfunctionaris en de aansluiting bij een geschilleninstantie op grond van de Wkkgz.
2. Eerste opvang door derden (luisterend oor, informatie en advies, geven van bijstand)	2. Externe klachtbehandeling (tuchtrechter, civiele rechter, strafrechter)
3. Bemiddeling door een derde	

Bron: Dane et al, 2000.¹⁷

Daarnaast zijn er verschillende instanties betrokken bij klachtopvang en -behandeling.¹⁸ Deze instanties hebben ieder hun eigen rol in een van de bovengenoemde procedures.

Hieronder zal kort de informele en formele klachtenprocedure uiteen worden gezet.

¹⁴ Sluijs et al, 2004.

¹⁵ Dane et al, 2000.

¹⁶ Bomhoff et al, 2013.

¹⁷ Er is gekozen om het systeem van onderverdeling van het klachtrecht dat gebaseerd is op de WKCZ te hanteren. De keuze hiervoor is tweeledig. Enerzijds omdat de WKCZ als fundament van het klachtrecht heeft te gelden. Anderzijds omdat de verwachting is dat voorlopig de klachtencommissies naast de verplichte klachtfunctionaris zal blijven bestaan, is het relevant om beide opties te bekijken.

¹⁸ Dane et al, 2000.

2.3.1. Informele procedure

De informele procedure bestaat uit verschillende onderdelen die in de praktijk naast elkaar kunnen voorkomen, kunnen worden overgeslagen of elkaar juist kunnen overlappen.¹⁹ De belangrijkste voorwaarde die hierbij geldt is dat de procedure toegankelijk en betrouwbaar is.

De basis voor de informele procedure is een gesprek waarin de zorgverlener en de patiënt met elkaar proberen te komen tot een oplossing voor het geschil. In hoeverre dit succesvol is, hangt af van diverse factoren. Hierbij moet gedacht worden aan de communicatie, interactie en de onderhandelingen tussen de aangeklaagde en de klager. Het gaat hier dan voornamelijk om de open en toegankelijke opstelling van de betrokken zorgverlener en de bereidheid om te spreken met de patiënt over de klacht en het geschil.²⁰ Daarnaast wordt van de patiënt verwacht dat hij durf heeft en mondig is.²¹ Het grote voordeel van deze manier van geschiloplossing is dat de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt snel wordt hersteld. Indien dit gesprek niet voldoende oplevert, is het mogelijk om een derde in te schakelen.

Er bestaan twee vormen waarbij een derde deelneemt aan de informele klachtenprocedure. De eerste methode is bemiddeling of mediation. Dit houdt in dat een bemiddelaar of mediator de betrokken partijen die een geschil met elkaar hebben in gesprek brengt om zo gezamenlijk tot een oplossing te komen. Een bemiddelaar of mediator dient deskundig en onafhankelijk te zijn.

Een tweede vorm van klachtenopvang door derden bestaat veelal uit een daartoe aangestelde klachtenfunctionaris, maar deze rol kan ook opgepakt worden door een patiëntvertrouwenspersoon (PVP), een afdelingshoofd, een cliëntenraad of een directielid.²² Deze biedt ondersteuning bij het indienen van een klacht. Deze ondersteuning bestaat voornamelijk uit het bieden van een luisterend oor, het geven van informatie en advies en het verlenen van bijstand bij het indienen van een klacht. Dit is vooral belangrijk als de patiënt kwetsbaar is of in een zeer afhankelijke positie verkeerd.

2.3.2. Formele procedure

Bij de formele procedure kan de patiënt zijn klacht voorleggen aan een instantie die een formele klachtprocedure hanteert.

De eerste mogelijkheid is dat de patiënt zijn klacht voorlegt aan een klachtencommissie die is ingesteld op grond van de WKCZ. Inmiddels is niet langer de klachtencommissie verplicht, maar de klachtfunctionaris op grond van de Wkkgz. Ook is de zorgaanbieder verplicht om aansluiting te zoeken bij een zogenaamde geschilleninstantie. Op beide procedures zal in de navolgende paragrafen worden ingegaan.

De tweede mogelijkheid is een externe klachtenprocedure. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen de tuchtrechtelijke procedure, de burgerlijkrechtelijke procedure en de strafrechtelijke procedure.

¹⁹ Bomhoff et al, 2013.

²⁰ Kruikemeier et al, 2009.

²¹ Bomhoff et al, 2013.

²² Bomhoff et al, 2013.

Krachtens de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) kan een tuchtprocedure worden gestart. Het doel van deze procedure is het bewaken van een goede beroepsuitoefening door de beroepsbeoefenaren. De kwaliteitsbewaking staat voorop en niet het individuele belang van de persoon met klachten.²³ Het tuchtrecht is van toepassing op personen die staan ingeschreven in het zogenaamde BIG-register. Het gaat om de volgende categorieën van zorgverleners: artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen.²⁴ Het regionaal tuchtcollege toetst of de beroepsbeoefenaar heeft gehandeld volgens de tuchtnormen.²⁵ De eerste tuchtnorm verplicht beroepsbeoefenaren zorgvuldig te handelen ten opzichte van de patiënt en/of zijn naasten. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op het handelen in het algemeen belang van de individuele gezondheidszorg. De klachtcommissie kan ingrijpende maatregelen opleggen, in tegenstelling tot de bovengenoemde klachtencommissie. De maatregelen die de tuchtrechter kan opleggen zijn: een waarschuwing; een berisping; een geldboete die kan oplopen tot € 4.500; een schorsing van de beroepsbeoefenaar voor maximaal een jaar en een algehele ontzegging om als beroepsbeoefenaar actief te zijn.²⁶

Op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en het Burgerlijk Wetboek kan de patiënt een schadevergoedingsactie starten op grond van het toerekenbaar te kort schieten van de behandelend arts indien de patiënt hierdoor schade heeft geleden. Het doel van deze vorm van externe klachtbehandeling is genoegdoening voor de patiënt.

Een derde vorm van externe klachtbehandeling is het instellen van een strafrechtelijk onderzoek. Hierin staat centraal of de zorgverlener een feit heeft begaan dat strafbaar is gesteld op grond van het Wetboek van Strafrecht. Het Openbaar Ministerie (OM) bepaalt of een dergelijke actie dient te worden ingesteld. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan euthanasie. Ook in de Wet BIG zijn een aantal handelingen aangemerkt waarvoor strafrechtelijke vervolging op zijn plaats is: hierbij kan gedacht worden aan het onbevoegd voeren van een beroepstitel of het verrichten van voorbehouden handelingen. Het doel van deze vorm van externe geschilbeslechting is het dienen van het algemeen belang.

2.3.3 Klachtenopvang en klachtenbehandeling bij de huisarts

Huisartsen zijn meestal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Het kan echter ook zijn dat zij in een instellingsverband werken op grond van de AWBZ. Hierbij kan gedacht worden aan huisartsen die werkzaam zijn in verzorgings- en verpleeghuizen. Bij de groep van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ligt de situatie anders dan bij zorginstellingen wat betreft de klachtopvang en klachtenbehandeling. Voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren is het lastiger om een klachtenfunctionaris aan te stellen, omdat zij niet over een zo grote organisatiestructuur beschikken zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis.²⁷ Tevens is het voor hen moeilijk om de klachtencommissie die op grond van de WKCZ verplicht is vorm te geven op individueel niveau.

²³ Kruikemeier et al, 2009.

²⁴ Artikel 3 Wet BIG.

²⁵ Artikel 47 Wet BIG.

²⁶ Artikel 48 Wet BIG.

²⁷ Dane et al, 2000.

Huisartsen hebben in tegenstelling tot andere vrijgevestigde beroepsbeoefenaren een goed georganiseerd systeem.²⁸ Zij geven op regionaal niveau gestalte aan klachtopvang en klachtenbehandeling door klachtencommissies. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de meeste klachten afgehandeld worden tussen de klager en de aangeklaagde zelf, eventueel met tussenkomst van een derde.²⁹

Huisartsen kennen geen formele klachtenfunctionaris, maar op grond van formele afspraken is deze ondersteunende taak opgepakt door de Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (hierna: IKG).³⁰ Deze afspraken houden voornamelijk in dat een patiënt met een klacht over zijn behandelend huisarts op een laagdrempelige manier informatie en advies kan inwinnen over bijvoorbeeld de te volgen klachtprocedure.³¹ Ook kan het IKG helpen bij het opstellen van een klacht. Tevens kan het IKG de klager bijstaan bij een gesprek met de desbetreffende arts of de klachtencommissie.

De klachtencommissie heeft daarnaast de bemiddelende rol uitbesteed aan de IKG's.

Tegenwoordig maakt een groot deel van de IKG's onderdeel uit van de regionale afdelingen van Zorgbelang Nederland.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit model van klachtenopvang niet strikt gevolgd wordt door alle regionale huisartsenkringen. Er bestaan verschillen op dit terrein: de kringen zijn immers ook vrij om de klachtenprocedure naar eigen inzicht vorm te geven.

Klachtencommissies zijn ook per regio georganiseerd. Huisartsen dienen zich aan te sluiten bij een van de door de LHV aangeboden klachtenregelingen. Een overzicht hiervan is op de site van de LHV gepubliceerd.³² In elke regio is hieraan op zijn eigen manier gestalte gegeven waarbij voldaan is aan de eisen die de WKCZ stelt. Hier zal in de volgende paragraaf op in worden gegaan. In Amsterdam wordt deze functie uitgevoerd door 1ste Lijn Amsterdam en in Rotterdam door Stichting Klachtenregeling Eerstelijnszorg. In de navolgende paragrafen zal in grote lijnen de klachtenprocedure in de verschillende steden worden geschetst aan de hand van figuur 1 hierboven.

Daarnaast kunnen patiënten met klachten over hun huisarts een tuchtrechtelijke, burgerlijkrechtelijke of strafrechtelijke procedure starten.

2.3.4 Klachtopvang en –behandeling in de huisartsenzorg in Amsterdam

De eerste stap bij het ontstaan van een klacht is een gesprek tussen de klager en de aangeklaagde. Meldpunt Clientbelang Amsterdam en IKG Flevoland die onderdeel uitmaken van Zorgbelang Nederland kunnen informatie, advies en ondersteuning bieden bij het uiten van een klacht. Tevens rust op hen de bemiddelde taak met betrekking tot het klachtrecht. Deze taak is voor de huisartsenposten in handen van de klachtbemiddelaar Huisartsenposten Amsterdam. Daarnaast zal met een pilot worden gestart om telefonische bemiddeling mogelijk te maken door de ambtelijk secretaris van de Huisartsen Klachtcommissie Amsterdam. Clientbelang Amsterdam kan de patiënt ook helpen bij het indienen van een klacht bij de klachtencommissie. Deze klachtcommissie wordt vormgegeven door de Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam.

²⁸ Dane et al, 2000.

²⁹ Bomhoff et al, 2013.

³⁰ Straaten en Friele, 1997.

³¹ Dane et al, 2000.

³² <http://lhv.artsennet.nl/De-LHV/Contact-20/Klachtencommissie.htm>

Daarnaast is het mogelijk een procedure te starten bij de burgerlijke rechter, de tuchtrechter of de strafrechter.

Informele procedure	Formele procedure
1. Gesprek tussen klager en aangeklaagde	1. Klachtcommissie: Huisarts Klachtencommissie Amsterdam (uitgevoerd door 1 ^{ste} lijns Amsterdam)
2. Informatie, advies en ondersteuning: Meldpunt Clientbelang Amsterdam en IKG Flevoland	2. Tuchtrechter, burgerlijke rechter, strafrechter
3. Bemiddeling: Meldpunt Clientbelang Amsterdam en klachtenbemiddelaar Huisartsenposten Amsterdam. Binnenkort misschien ook telefonische bemiddeling door de ambtelijk secretaris van de Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam.	

Indien de klachtcommissie zich ook op het terrein van bemiddeling gaat begeven, ontstaat er een verschuiving in het onderscheid tussen de informele klachtprocedure en de formele klachtprocedure. Een formele instantie gaat zich begeven op het terrein van een informele procedure.

2.3.5 Klachtopvang en –behandeling in de huisartsenzorg in Rotterdam

In Rotterdam kon je voor informatie, advies, ondersteuning bij het indienen van een klacht terecht bij het IKG wat onderdeel vormt van Zorgbelang Zuid-Holland. Dit speelt zowel in de fase van het gesprek tussen klager en aangeklaagde als bij het indienen van een klacht bij de klachtcommissie. De klachtcommissie wordt geregeld door Stichting Klachtregeling Eerstelijnszorg Rotterdam en Zuid-Holland-Zuid. De commissie wijst ook een bemiddelaar aan indien dit gewenst is alvorens een klacht in te dienen bij de klachtencommissie. De gang naar de tuchtrechter, burgerlijke rechter en strafrechter blijven in deze procedure gelijk.

Informele procedure	Formele procedure
1. Gesprek tussen klager en aangeklaagde	1. Klachtcommissie: Stichting Klachtregeling Eerstelijnszorg Rotterdam en Zuid-Holland-Zuid
2. Informatie, advies en ondersteuning: IKG (onderdeel van Zorgbelang Zuid-Holland)	2. Tuchtrechter, burgerlijke rechter, strafrechter
3. Bemiddeling: aanwijzing door de commissie	

2.4 De WKCZ

2.4.1. Doelstelling WKCZ

De doelstelling van de WKCZ is zorgaanbieders te stimuleren de klachten van hun cliënten serieus te nemen en daar zo zorgvuldig mogelijk mee om te gaan.³³ Het voornaamste doel van de wet is de totstandkoming van een klacht behandelende instanties binnen de kring van zorgaanbieders.³⁴ Tevens heeft de wet tot doel de rechtspositie van cliënten te versterken.³⁵ Hoewel geen expliciet doel, is de achterliggende gedachte van de wet het bieden van genoegdoening aan de klager en de onvrede bij de klager wegnemen. Daarnaast kan een klacht een aanleiding zijn om de zorg structureel te verbeteren.

2.4.2 Reikwijdte van de wet

Zorgaanbieders in de zin van de wet is iedere zorginstelling of vrijgevestigde individuele beroepsbeoefenaar die zorg verleent in de zin van de zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die uitvoerend werk verricht op het terrein van algemeen maatschappelijk werk, die de maatschappelijke opvang verleent, die het welzijn van ouderen bevordert of die verslavingszorg verleent.³⁶ Ook gemeentelijke gezondheidsdiensten in de zin van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en kindercentra en ouderbureaus in de zin van de Wet kinderopvang gelden als zorgaanbieders in de zin van deze wet.

Instellingen waar cliënten onvrijwillig zijn opgenomen vallen niet onder deze regeling. Zij kennen een aparte regeling in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ).

2.4.3 De wettelijke vereisten

De WKCZ verplicht zorgaanbieders om een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt.³⁷ Hij is tevens gehouden de getroffen regeling op passende wijze onder de aandacht te brengen van cliënten.

Op grond van deze wettelijke bepaling dient er door de zorgaanbieder een klachtencommissie te worden ingesteld.³⁸ Deze klachtencommissie bestaat uit ten minste drie leden waarvan de voorzitter niet werkzaam is voor of bij de zorgaanbieder. De aangeklaagde mag zelf geen deel uitmaken van de klachtenbehandeling. De termijnen van de behandeling moeten zijn geregeld. De klachtencommissie doet uitspraak over de gegrondheid van de klacht en doet aanbevelingen. Dit alles moet zijn geregeld in een klachtenregeling. De klachtencommissie kent een geheimhoudingsplicht.

Uit de wet vloeien ook een aantal rechten voor de aanklager en de aangeklaagde voort. Zo mogen zij zich laten bijstaan; dient er hoor en wederhoor plaats te vinden; krijgen zij een met redenen omkleed schriftelijk oordeel over de gegrondheid van de klacht en deelt de commissie aan hen mede of er maatregelen zullen worden getroffen naar aanleiding van de klacht.

³³ Hermans & Buijsen, 2012.

³⁴ Kamerstukken II 1992-1993, 23 040, nr. 3 Memorie van toelichting.

³⁵ Kamerstukken II 1992-1993, 23 040, nr. 3 Memorie van toelichting.

³⁶ Zie artikel 1 lid 3 WKCZ.

³⁷ Hermans & Buijsen, 2012.

³⁸ Artikel 2 WKCZ.

Op deze wijze probeert de wetgever te waarborgen dat de klachtenbehandeling op een onafhankelijke en zorgvuldige wijze verloopt.³⁹ Hierbij dient opgemerkt te worden dat de WKCZ een kaderwet is, waardoor zorgaanbieders vrij zijn om nadere regels op te nemen in hun klachtenregeling.

Indien de klager geen genoegen neemt met de uitspraak kan deze een procedure starten bij de tuchtrechter of de civiele rechter.

Als de zorgaanbieder nalaat de aanbevelingen van de klachtencommissie over te nemen, kan de klachtencommissie deze klacht melden bij de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ). De IGZ oefent toezichthoudende en handhavende taken uit die betrekking hebben op de zorg.⁴⁰ Inmiddels is er ook sprake van dat het IGZ een eigen loket krijgt waar mensen klachten over de zorgaanbieder kunnen indienen.

De klachtcommissie heeft de wettelijke plicht een jaarverslag op te stellen van de ingediende klachten op basis van de regeling. De klachtencommissie rapporteert hierover aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Toezicht op de naleving van deze wettelijke regeling is in handen van de IGZ.

2.4.4 Het indienen van een klacht

In principe kunnen alle patiënten en hun nabestaanden elke klacht bij de klachtencommissie indienen.⁴¹ Er is niet voor gekozen om deze groep op te rekken naar bijvoorbeeld een zelfstandig klachtrecht voor vertegenwoordigers van patiënten, omdat het veelal gaat om onvrede tussen patiënt en aangeklaagde. Het gaat dus om een persoonlijk ongenoegen. Er wordt in de wetsgeschiedenis geen aandacht besteed aan verschillende doelgroepen waarop de wet gericht is, zoals bijvoorbeeld migranten. Alleen voor patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen, geldt een afzonderlijk regiem op grond van de Wet BOPZ. De soorten klachten die kunnen worden ingediend is ruim gedefinieerd. De enige voorwaarden die aan een klacht wordt gesteld is dat het gaat om een gedraging van een zorgaanbieder of van een voor hem werkzame persoon jegens een cliënt. Door het CBO wordt een klacht ook wel gedefinieerd als:

*'Elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komende van de gebruiker van deze zorgaanbieder.'*⁴²

De klachten die naar voren worden gebracht bij een klachtencommissie hebben meestal betrekking op de medische behandeling, de bejegening, de informatievoorziening of de organisatie van de zorg.⁴³ Uit de parlementaire geschiedenis is echter af te leiden dat de wet niet zozeer is bedoeld voor ernstige medische fouten of zeer ingewikkelde klachten, maar meer voor klachten in de relationele of bejegening sfeer, omdat in dat opzicht nog een leemte in het klachtenstelsel bestond.⁴⁴

³⁹ Hermans & Buijsen, 2012.

⁴⁰ Zie artikel 36 Gezondheidswet.

⁴¹ Kamerstukken II 1992-1993, 23 040, nr. 3 Memorie van toelichting.

⁴² CBO, 2004.

⁴³ Sluijs et al, 2004.

⁴⁴ Kamerstukken II 1992-1993, 23 040, nr. 3 Memorie van toelichting.

Ook dient opgemerkt te worden dat schadeclaims door de klachtencommissie in behandeling moeten worden genomen, ondanks het feit dat zij geen uitspraak kunnen doen over de schadeclaim. Zij kunnen alleen uitspraak doen over de gegrondheid van de klacht.⁴⁵

De wijze waarop een klacht moet worden ingediend, is in principe vorm vrij.⁴⁶ In de praktijk komt het vaak voor dat in de klachtenregeling wordt opgenomen dat een klacht schriftelijk moet worden geuit.

2.4.5. Het functioneren van de WKCZ

De WKCZ blijkt niet in alle gevallen naadloos aan te sluiten bij de verwachtingen zowel de zorgverleners als de patiënten. Dit blijkt ook uit de wetsevaluatie van de WKCZ.⁴⁷

Uit de wetsevaluatie blijkt dat er weinig overzicht en toezicht is op het instellen van een klachtcommissie binnen de zorg. In instellingen blijken klachtcommissies veelal wel aanwezig, maar bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ligt dit problematischer. Het is lastig in te schatten of vrijgevestigde beroepsbeoefenaren een klachtcommissie hebben ingesteld; er wordt gedacht dat indien vrijgevestigde beroepsbeoefenaren aangesloten zijn bij de beroepsvereniging, zij ook aangesloten zullen zijn bij een van de vaak door de beroepsgroep ingestelde klachtenregeling.⁴⁸ Zij zijn echter ook vrij om een klachtenregeling op eigen initiatief vorm te geven, bijvoorbeeld met behulp van een advocaat. Hieruit blijkt dat zelfregulering op dit terrein niet echt lijkt te werken.⁴⁹

Ook blijkt de klachtenregeling niet altijd even toegankelijk te zijn. In instellingen wordt in 75% van de gevallen informatie over de klachtenprocedure aan de patiënten uitgereikt. Bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren wordt deze informatie 'mee gegeven' aan de patiënt. Onduidelijk is hoe dit precies gebeurt en of de informatie makkelijk te verkrijgen is voor de patiënt. Daarnaast blijkt een probleem in de toegankelijkheid van de klachtenregeling te zitten in het feit dat sommige klachtencommissies uitsluitingsgronden hanteren voor bepaalde soorten klachten. Bij klachten die niet in behandeling worden genomen kan gedacht worden aan schadeclaims, klachten die ook bij een andere instantie zijn ingediend of klachten die al bemiddeld zijn. Er is weinig eenduidigheid op dit punt; klachtencommissies hanteren hun eigen regels. Dit strookt niet met de wet: een laagdrempelige klachtmogelijkheid. De toegankelijkheid van de klachtregeling komt hiermee onder druk te staan.

Tevens blijkt de klachtenbehandeling niet altijd te voldoen aan de kwaliteitseisen die in de wet worden gesteld. De reglementen zijn niet altijd volledig: zo blijkt in 2/3 van de reglementen geen bepaling te zijn opgenomen dat de voorzitter geen arbeidsrechtelijke betrekking mag hebben binnen de instelling waarvoor de klachtencommissie is ingesteld. In de helft van de gevallen is het niet geregeld dat de aangeklaagde geen lid mag zijn van de klachtcommissie.

Ander punt op dit terrein is dat er vaak geen hoor- en wederhoor wordt toegepast, nadat er een klacht is ingediend.

Ook blijkt er weinig klachtenomzet te zijn in de praktijk. Dit kan leiden tot inefficiëntie bij de klachtencommissie doordat zij niet voldoende zaken voorgelegd krijgen. Dit hangt samen met het feit dat veel klachten door behulp van bemiddeling worden opgelost. Het voordeel van

⁴⁵ Rb Rotterdam 08-10-1997, Gids jurisprudentie gezondheidsrecht, C 97/15.

⁴⁶ CBO, 2004.

⁴⁷ Friele et al, 1999.

⁴⁸ Friele et al, 1999.

⁴⁹ Friele et al, 1999.

bemiddeling is dat het een snelle en toegankelijke manier is die escalatie en verdere juridisering voorkomt.

Vanuit het oogpunt van de patiënt blijkt dat zij in principe vinden dat er goede uitvoering wordt gegeven aan de klachtbehandeling. Zij hebben alleen problemen met het feit dat er vaak geen hoor- en wederhoor wordt toegepast. Het grootste probleem zit in het feit dat patiënten niet tevreden zijn met de uitkomsten van de klachtbehandeling. Patiënten hebben vaak het gevoel dat er geen recht gedaan wordt aan hun blijk van ongenoegen. Zij hebben vaak het gevoel dat zij niet serieus worden genomen en zij vinden dat de klachtbehandeling te weinig gericht is op herstel van de relatie.

Dan nog een laatste gezichtspunt: hebben klachten het gewenste resultaat op de kwaliteitsbevordering? Uit de wetsevaluatie blijkt dat er weinig 'echt' met de klachten wordt gedaan. Een andere bijkomstigheid is dat zorgverleners zich defensiever gaan opstellen naar patiënten, terwijl een klacht juist openheid en duidelijk in de behandelingsrelatie zou moeten brengen.

Concluderend kan gesteld worden dat de klachtenprocedure conform de WKCZ onvoldoende toegankelijk en laagdrempelig is waarbij geen recht wordt gedaan aan de twee beoogde doelen: het wegnemen van onvrede bij de patiënt en de mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering. Opvallend is ook dat meer gebruik wordt gemaakt van de informele procedure dan van de formele procedure.

2.4.6 Aansluiting bij de praktijk: Wcz?

De Wcz diende als opvolger te gelden voor de WKCZ. Hierin werd gepoogd een adequate klachtenopvang neer te zetten en waarin werd gepoogd tegemoet te komen aan de gesignaleerde problemen in de wetsevaluatie van de WKCZ.

In de Wcz is vorm gegeven aan het recht van de patiënt op een klachtregeling aangeboden door de zorgaanbieder. Tevens dient de zorgaanbieder zich aan te sluiten bij een geschillenregeling.

De grootste verandering ten opzichte van de WKCZ is dat er in de klachtprocedure meer aansluiting is gezocht bij de informele klachtopvang. Zo is bemiddeling in de wet vastgelegd als een vorm van klachtenopvang. De klachtencommissie is niet meer wettelijk verplicht gesteld. Daarentegen moet de zorgaanbieder zich aansluiten bij een geschillencommissie. Deze geschillencommissie is tevens in staat om te beslissen over schadeclaims.

Het wettelijke verankeren van het gratis verlenen van informatie, advies en bemiddeling door een daartoe geschikt persoon die gemakkelijk te benaderen is door de patiënt en die niet zonder toestemming van de patiënt handelt, is een grote vooruitgang.⁵⁰

Tegen deze wetswijziging zijn echter ook de nodige bezwaren geuit. Een van deze bezwaren is dat indien bemiddeling niet tot een gewenst resultaat heeft geleid, er geen verplichting meer bestaat om de klacht voor te leggen aan een onafhankelijke klachtencommissie.⁵¹

Gepoogd is ook de cliëntenraden meer inspraak te geven in het vorm geven van het klachtenreglement, maar hierbij is uit het oog verloren dat dit niet goed te rijmen is met vrijgevestigde beroepsbeoefenaren: zij bezitten immers geen cliëntenraad.⁵²

⁵⁰ Kastelein, 2010.

⁵¹ Kastelein, 2010.

⁵² Kastelein, 2010.

Het derde bezwaar is het verplicht stellen van de aansluiting bij een geschillencommissie. Allereerst is de functie van deze geschillencommissie tweeledig: enerzijds fungeert zij als een soort beroepsorgaan, anderzijds is het ook mogelijk om meteen je klacht in te dienen bij deze geschillencommissie. Dit vraagt een andere deskundigheid. Een andere knelpunt wat hierbij aansluit is het verschil tussen een klacht en een geschil. Met het instellen van een geschillencommissie komt de behandeling van klachten ver van de cliënt en zorgaanbieder af te staan wat leidt tot een vergaande juridisering.⁵³

De Wcz levert dus veel vragen op en ondervindt de nodige weerstand. Daarom werd in februari 2013 besloten om de Wcz op te knippen in vijf afzonderlijke delen.⁵⁴ Omdat de klachten en geschillenregeling een snelle wettelijke regeling vereisten, is ervoor gekozen om dit wetsvoorstel eerst te behandelen.⁵⁵

2.4.7. De nieuwe wettelijke regeling: Wkkgz

Het opknippen van de Wcz past in het beleid dat de minister van VWS wil uitvoeren: er moet niet meer gedacht worden vanuit systemen, maar vanuit mensen binnen de gezondheidszorg.⁵⁶ Er bestaan grote verschillen tussen mensen: niet alleen in termen van gezondheid, maar ook in termen van hun sociale omgeving en de mate waarin zij in staat zijn zelf hun leven in te richten. Toch worden op dit moment ongelijke gevallen, gelijk behandeld. Dit resulteert in twee aandachtsgebieden op dit punt: in de zorg moet meer gedifferentieerd worden en de participatie van de patiënt moet bevorderd worden.

De nieuwe klachtregeling in de Wkkgz moet gezien worden als een blauwdruk van de Wcz. De bestaande knelpunten die rondom de Wcz zijn geuit, blijven ook bij de Wkkgz grotendeels bestaan.⁵⁷ En de Wkkgz roept zelf ook weer nieuwe vragen op.⁵⁸ Een van deze vragen is bijvoorbeeld hoe de verplicht gestelde klachtfunctionarissen vorm worden gegeven in de praktijk. Nu wordt deze functie vervuld door de verschillende, regionale onderdelen van Zorgbelang Nederland, maar zijn zij voldoende uitgerust om deze wettelijke taak op zich te nemen? En blijven de bestaande klachtcommissies naast deze functionarissen bestaan? Daarnaast worden de zorgaanbieders ook verplicht om zich aan te sluiten bij een geschillencommissie, wordt dit een compleet nieuwe instantie of worden hiervoor bijstaande instanties gebruikt?

De klachtenbehandeling in de Wkkgz heeft hetzelfde uitgangspunt als de Wcz. De zorgaanbieder wordt wettelijk verplicht om een schriftelijke regeling op te zetten voor effectieve en laagdrempelige klachtenopvang en –afhandeling. Deze regeling moet worden vastgesteld met behulp van een groep die patiënten vertegenwoordigt. Dit moet georganiseerd worden in een vorm die past bij de aard van de zorg en de categorie van patiënten die gebruik maakt van de desbetreffende zorg. De klachtcommissie is niet meer verplicht op basis van deze nieuwe regeling. Daarentegen wordt nu een klachtenfunctionaris verplicht gesteld: een of meer personen die de klager gratis voorzien van advies, ondersteuning en hulp bij het oplossen van de klacht. Echter, de mogelijkheid wordt door de wetgever opgehouden om de klachtcommissies te laten bestaan naast de klachtfunctionaris.

⁵³ Kastelein, 2010.

⁵⁴ Kamerstukken II 2012/13, 32 620, nr. 78

⁵⁵ Kamerbrief, 2013.

⁵⁶ Kamerbrief, 2013.

⁵⁷ Legemaate, 2013.

⁵⁸ Legemaate, 2013.

Het verplicht stellen van een klachtenfunctionaris wordt als positief ervaren, omdat dit aansluit bij de behoeften van de patiënt.⁵⁹ De patiënt maakt immers frequent gebruik van een klachtenfunctionaris, omdat dit vaak leidt tot een snelle oplossing en het een klachtmogelijkheid is die dicht bij de bron ligt.⁶⁰

Een klacht kan worden ingediend door de patiënt, zijn vertegenwoordiger of de nabestaanden van een overleden patiënt. Het feit dat nabestaanden een klacht kunnen indienen, is ook een vooruitgang maar de wetgever heeft nagelaten om een regeling te treffen om het voor nabestaanden mogelijk te maken het patiëntendossier van de overledene in te zien.⁶¹ De termijn waarbinnen er een schriftelijk oordeel moet liggen is ongewijzigd: dit moet binnen 6 weken na het bekend maken van de klacht.

Nieuw in de regeling is de functieomschrijving van het behandelen van klachten. De behandeling van een klacht is volgens deze omschrijving gericht op het bereiken van een voor de klager en de zorgaanbieder bevredigende oplossing. Dit is opmerkelijk omdat het klachtrecht in de eerste plaats een patiëntenrecht is dat dient als een mechanisme ter genoegdoening van de patiënt.⁶²

Onder de Wkkgz is het mogelijk om in beroep te gaan bij een externe geschillencommissie. Aansluiting van de zorgaanbieder bij een van deze externe geschillencommissie is ook verplicht gesteld op grond van de wet. De patiënt kan hier naar toe stappen in twee situaties: de zorgaanbieder leeft de klachtregeling niet na of de reactie van de klachtenfunctionaris is niet bevredigend voor de patiënt. Uit de Wcz wordt de hardheidsclausule overgenomen: indien van een patiënt redelijkerwijs niet kan worden verwacht dat hij een klacht indient bij de klachtenfunctionaris kan hij direct een klacht indienen bij de geschillencommissie. Deze externe geschillencommissie doet een openbare, bindende uitspraak binnen 6 maanden. Of het instellen van een externe geschillencommissie een verbetering is ten aanzien van de huidige bestaande klachtencommissie valt te betwijfelen, omdat deze externe geschillencommissie nog verder van de patiënt afstaat. Deze mening wordt ook gedragen door het veld: de KNMG onderstreept ook het belang van de klachtencommissie die dicht bij de patiënt staat en dus een minder hoge drempel opwerpt indien de informele weg niet bevredigend is.⁶³ Tevens is te betwijfelen of het doen van een bindende uitspraak meerwaarde oplevert: de patiënt wil immers genoegdoening en erkenning en dat gebeurt ook al met een uitspraak over de gegrondheid van de klacht.⁶⁴

Zowel de klachtenfunctionaris als de geschillencommissie is bevoegd kennis te nemen van schadeclaims. De KNMG is niet gecharmeerd met deze verplechting van klachten en schadeclaims, omdat beide procedures een eigen deskundigheid vereisen van de persoon die deze behandelen. Hoe een en ander in de praktijk zal uitpakken, is afhankelijk van de mate waarin dit geoperationaliseerd wordt door de zorgaanbieder.⁶⁵

2.5 Conclusie

Het klachtrecht biedt patiënten de mogelijkheid om hun ongenoegen met betrekking tot de zorgaanbieder kenbaar te maken. Dit ongenoegen kan betrekking hebben op medisch-technische, verpleegkundige of andere behandeling technische aspecten van de zorg;

⁵⁹ Legemaate, 2013.

⁶⁰ Bomhoff et al, 2013.

⁶¹ Legemaate, 2013.

⁶² Legemaate, 2013.

⁶³ Standpunt KNMG, 2013.

⁶⁴ Legemaate, 2013.

⁶⁵ Legemaate, 2013.

relationele aspecten van de zorg; organisatorische aspecten van de zorg en financiële aspecten van de zorg.

Het klachtrecht kent verschillende functies. De eerste functie van het klachtrecht is het bevorderen van een gelijkwaardige verhouding tussen de arts en patiënt: de patiënt staat vaak in een afhankelijke relatie tot de arts en het klachtrecht probeert deze ongelijkheid enigszins te compenseren. Een tweede functie is het scheppen van genoegdoening voor de individuele patiënt. De derde functie is kwaliteitsverbetering: het klachtrecht geeft aan waar de aangeboden zorg beter kan.

Het Nederlandse klachtrecht systeem valt uiteen in twee verschillende procedures, de zogenaamde informele en formele procedure. De informele procedure kenmerkt zich door een betrouwbaar en toegankelijk karakter waarbij het bespreekbaar maken van de klacht tussen klager en aangeklaagde centraal staat. Er zijn drie mogelijkheden binnen deze procedure die naast elkaar kunnen voorkomen, elkaar kunnen overlappen of juist kunnen worden overgeslagen. De klager en aangeklaagde kunnen met elkaar in gesprek treden, wat mondigheid en durf van de klager vraagt. Een derde kan ondersteuning bieden in de vorm van informatie en advies bij het indienen van een klacht. Deze derde wordt meestal aangeduid als een klachtenfunctionaris. Als derde mogelijkheid bestaat er bemiddeling door een derde. Bemiddeling is echter – zoals hierboven al eens aangestipt – een aangelegenheid die onduidelijkheid schept. De scheiding tussen de informele en formele procedure verschuift bij deze vorm van klachtbehandeling: ook de klachtcommissie verricht soms in haar ‘voorportaal’ een bemiddelende functie.

Bij de formele procedure staat de klachtenbehandeling door een daartoe formeel aangestelde instantie centraal. De eerste mogelijkheid binnen deze procedure is het voorleggen van de klacht aan een commissie die is ingesteld op basis van de WKCZ. Of deze met de komst van de Wkkgz zal verdwijnen of langs de verplicht gestelde klachtenfunctionaris zal blijven bestaan is nog niet duidelijk. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid om de klacht voor te leggen aan een externe instantie, zoals de tuchtrechter, de strafrechter of de burgerlijke rechter.

In de huisartsenzorg is het klachtrecht ook vormgegeven volgens het hierboven beschreven model van klachtopvang en –behandeling. Zij geven op regionaal niveau gestalte aan dit model wat wordt geïnitieerd door de beroepsgroep: de Landelijke Huisartsen Vereniging. De klachtenopvang door een klachtenfunctionaris vindt plaats door de zogenaamde IKG's die op regionaal niveau veelal zijn ondergebracht bij de verschillende zorgbelangen. De klachtcommissies zijn ook regionaal geregeld via een regeling van de LHV waarbij huisartsen zich kunnen aansluiten. Indien zij dit niet doen, staat het hen vrij om dit zelfstandig te regelen al dan niet met behulp van een advocaat.

De oude wettelijke regeling, de WKCZ, verplicht zorgaanbieders om een regeling te treffen met betrekking tot klachten. Daarnaast dient de zorgaanbieder deze regeling op passende wijze aan de patiënten kenbaar te maken. Hier ligt volgens mij een belangrijk punt met betrekking tot onze doelgroep: de regeling moet kenbaar gemaakt worden in een voor de migrant begrijpbare taal en zo nodig met bijvoorbeeld plaatjes in plaats van tekst. En bovenal, zoals blijkt uit de wetsevaluatie, beschikbaar worden gesteld aan de patiënt wat een discutabel punt is. Een klachtcommissie wordt als behandelende instantie hiervoor aangemerkt op grond van de wet. Aan deze regeling worden allerlei eisen gesteld om een toegankelijke, onafhankelijke en laagdrempelige klachtenbehandeling mogelijk te maken. Dit is samen met het versterken van de rechtspositie van de cliënt, het wegnemen van de onvrede, het bieden van genoegdoening aan de patiënt en het verbeteren van de zorg de doelstelling van deze wet. Het indienen van een klacht is alleen mogelijk door de betrokken patiënt of zijn nabestaanden.

In de wetsgeschiedenis wordt niet echt ingegaan op groepen die wellicht extra ondersteuning nodig hebben, zoals migranten. Er worden nauwelijks voorwaarden aan een klacht gesteld: zolang deze maar betrekking heeft op een gedraging van de zorgaanbieder of een voor hem werkzaam persoon.

Deze wet blijkt niet altijd naadloos aan te sluiten bij de praktijk. Bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren blijkt een klachtencommissie vaak lastig te realiseren. Ook de toegankelijkheid van de regeling blijkt soms problematisch. Het beschikbaar stellen van de informatie lijkt niet altijd te gebeuren. Daarnaast kent elke klachtencommissie zijn eigen vorm en wordt er niet altijd voldaan aan de wettelijke eisen die in de wet worden gesteld. Tevens worden er verschillende uitsluitingsgronden door de verschillende klachtencommissies gehanteerd.

Ook werken de klachtencommissies niet altijd even efficiënt, omdat veel klachten al voor zij de klachtencommissie bereiken worden afgedaan. Vanuit het oogpunt van de patiënten blijkt dat zij niet veel aan te merken hebben op de klachtenbehandeling, maar dat deze vaak niet tot een gewenst resultaat leidt. Veel patiënten hebben het gevoel niet serieus te worden genomen en volgens hen is de klachtenbehandeling te weinig gericht op het herstel van de relatie tussen behandelaar en patiënt. Het heeft eerder een averechts effect: veel artsen stellen zich na een klacht defensiever op in plaats van de openheid die gewenst is. Ook blijkt er weinig door te sijpelen van de klachten naar kwaliteitsverbetering.

Als reactie hierop werd de Wcz door de wetgever opgesteld. Deze wet zou tegemoet moeten komen aan de gesignaleerde problemen. Het grootste verschil is dat in de Wcz meer aansluiting wordt gezocht bij de informele klachtprocedure. Bemiddeling wordt in de wet vastgelegd als een vorm van klachtenopvang waarmee de verplichting tot het instellen van een klachtencommissie vervalt. Dit wordt vormgegeven door het verplicht instellen van een klachtfunctionaris. Daarentegen is de zorgaanbieder wel verplicht zich aan te sluiten bij een geschillencommissie. Dit wordt ook tevens als een bezwaar gezien: de klachtenbehandeling moet informeler waaraan enerzijds wordt voldaan met het verplicht stellen van gratis advies en ondersteuning, anderzijds levert aansluiting bij een geschillencommissie meer afstand op ten opzichte van de plek waar het geschil is ontstaan. Een ander bezwaar tegen het aansluiten bij een geschillenregeling is dat een geschillencommissie een tweeledige functie heeft: de behandeling van klachten en het behandelen van claims. Ook wordt met deze wetswijziging meer inspraak verleent aan cliënten: cliëntenraden krijgen inspraak in het vormgeven van de klachtenregeling. Hierbij is alleen geen rekening gehouden met de vrijgevestigde beroepsbeoefenaar: deze kent geen cliëntenraad of vertegenwoordiging van cliënten. Doordat deze regeling veel bezwaren opriep, is de wet in zijn huidige vorm van tafel.

Het opknippen van de Wcz is vijf afzonderlijke regelingen heeft geresulteerd in een nieuwe wet, de Wkkgz. Deze wet wordt echter als een blauwdruk van de Wcz gezien. Dus of dit een echte verbetering is valt te bezien. De Wkkgz heeft hetzelfde uitgangspunt als de Wcz: er dient verplicht een klachtfunctionaris aangesteld te worden en de zorgaanbieder dient zich aan te sluiten bij een geschillencommissie. Ook is overeind gebleven dat de klachtenregeling met instemming van de patiënten tot stand moet komen. Wel werd bij het opstellen van deze wet voorop gesteld dat niet langer systemen als uitgangspunt binnen de zorg hebben te gelden, maar dat patiënten weer het uitgangspunt dienen te worden genomen. Dit komt tot uitdrukking in het feit dat de klachtenregeling vorm moet worden gegeven naar de aard van de zorg en groep patiënten waar deze zorg zich op richt. Dit is wellicht een interessant aanknopingspunt voor onze doelgroep waarvoor de minister een opening heeft gegeven: door beleidsmakers zou hierop ingespeeld kunnen worden zodat migranten ook op passende wijze gebruik kunnen maken van het klachtrecht.

Ook wordt in deze nieuwe wet expliciet vermeld dat het doel van klachtenbehandeling is dat het leidt tot een voor de zorgaanbieder en patiënt bevredigende oplossing. Enerzijds is dit bevredigend, omdat het in de eerste plaats een recht voor de patiënt is, anderzijds zie ik hier wel mogelijkheden voor de migranten doelgroep. Om dit voor hen te bewerkstelligen zal het klachtrecht meer moeten aansluiten bij hun mogelijkheden en percepties.

De meeste hierboven genoemde bezwaren van de Wcz blijven ook gelden voor de Wkkgz en zullen hier dus niet herhaald worden.

Geconcludeerd, kan worden gesteld dat er met de komst van de nieuwe wet met betrekking tot klachten de menselijke maat weer als uitgangspunt lijkt te worden genomen. Er is meer ruimte gecreëerd om de wettelijke regeling te laten aansluiten bij de beleving en behoeften van de patiënt. Hier zou door beleidsmakers op in kunnen worden gespeeld als het gaat om migranten. De wet dient immers universeel te zijn, maar op beleidsniveau is er mogelijkheid tot differentiatie. Door de wetgever wordt hiertoe ook ruimte geboden: het is belangrijk naar de behoeften van de afzonderlijke mens te kijken en het is niet langer noodzakelijk om ongelijke gevallen gelijk te behandelen.

Uiteraard kent de nieuwe wet ook haken en ogen, zoals hierboven ook al opgesomd. Tevens roept de nieuwe wet ook weer nieuwe vragen op: de migrant is weer geen universele groep en hoe ver moet differentiatie eigenlijk gaan? Maar er zijn wel een aantal mogelijkheden die voor alle migranten gelden: bijvoorbeeld informatie over klachten in hun eigen taal en die aansluit bij hun eigen kennisniveau. Ook is het van belang om migranten deel te laten nemen in organen die cliënten vertegenwoordigen.

3. Gebruik van het klachtrecht door de Nederlandse patiënt

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het gebruik van het klachtrecht bij de huisarts door Nederlandse patiënten. Ten eerste zal worden gekeken hoeveel mensen niet tevreden zijn over de behandeling door de huisarts. Daarnaast wordt onderzocht of patiënten die niet tevreden zijn ook daadwerkelijk iets doen met hun klacht en welke redenen hieraan ten grondslag liggen. Ook zal bekeken worden hoe zij aan informatie over het klachtrecht komen en of deze toereikend is. Het is ook van belang om te weten hoe mensen klagen en naar welke instanties zij gaan met hun klachten. Het is goed om niet alleen naar het gebruik van het klachtrecht te kijken, maar ook naar de ervaringen die zij hebben met het klachtrecht. Zijn patiënten tevreden over de afhandeling van hun klacht en de uitkomst die deze heeft geboden? Kortom: sluit het klachtrecht aan bij de verwachtingen die patiënten hebben wanneer zij een klacht indienen? Ook is het goed om de ervaringen van huisartsen bij dit deel van het onderzoek te betrekken, omdat de klachten tegen hen gericht zijn.

3.1 Tevredenheid van patiënten over de huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt gekeken of de Nederlandse patiënt tevreden is over de behandeling door zijn huisarts. Of er bij ontevredenheid daadwerkelijk actie is ondernomen, zal in een latere paragraaf aan de orde komen.

3.1.1. Meldactie NPCF

Recentelijk voerde de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) een meldactie uit naar de afhandeling van klachten in de zorg onder 6700 Nederlandse patiënten.⁶⁶ Hierbij werd zowel gekeken naar patiënten die tevreden waren over de ontvangen zorg als naar de patiënten die ontevreden waren. De verleende zorg in ziekenhuizen en bij de huisarts is als onderwerp van deze meldactie genomen.

Van de ondervraagde groep had 92% gedurende dat jaar wel eens een bezoek gebracht aan de huisarts. Meer dan de helft van het aantal ondervraagden (63%) was tevreden en had geen reden om te gaan klagen. Dat betekent dat 37% niet tevreden is over zijn behandeling door de huisarts. Hiervan ondernam een derde wel actie om zijn klacht tot uiting te brengen. De andere 66% ondernam geen actie met betrekking tot zijn klacht.

Bij deze cijfers dient een aantal dingen opgemerkt te worden. De groep die aan deze meldactie heeft deelgenomen is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Het kan niet gezien worden als een steekproef uit de bevolking.⁶⁷ In vergelijking met de Nederlandse bevolking bestaat deze groep uit een groter aantal vrouwelijke patiënten, kent deze groep meer mensen tussen de 50 en 70 jaar, beslaat deze groep meer mensen met een chronische aandoening en is deze groep vaker hoger opgeleid. Daarom moet er een voorzichtige interpretatie plaatsvinden van deze data. Er kan geen conclusie over het zorggebruik in zijn algemeenheid uit worden afgeleid.⁶⁸

3.1.2 Onderzoek NIVEL

Daarnaast is er een onderzoek uitgevoerd door het NIVEL naar het gebruik van het klachtrecht in de eerstelijns zorg.⁶⁹ Ook in dit onderzoek werd gekeken naar het klachtgedrag,

⁶⁶ Lekkerkerk, 2013.

⁶⁷ Lekkerkerk, 2013.

⁶⁸ Lekkerkerk, 2013.

⁶⁹ Bomhoff et al, 2013.

de klachtervaring en de klachtverwachting van de patiënt. Hierbij is gebruik van de uitkomsten van een eerder uitgevoerd onderzoek door NIVEL. Hierbij werd gebruik gemaakt van een consumentenpanel van 1500 patiënten die naar hun mening is gevraagd en waarvan 884 patiënten de vragenlijst hebben teruggestuurd.⁷⁰ Dit komt neer op 59% van de patiënten die de vragenlijst van respons heeft voorzien.⁷¹ De meerderheid van de ondervraagden zegt dat er nooit iets is misgegaan bij de huisarts. Als zij wel menen dat er iets is misgegaan zegt de meerderheid hier iets mee gedaan te hebben. Van de ondervraagden geeft 64% aan dat zij nooit een van de gevraagde situaties heeft meegemaakt. De geschetste situaties waren: de huisarts was onvriendelijk; de huisarts heeft een fout gemaakt en deze zelf toegegeven; de huisarts heeft een fout gemaakt en deze niet zelf toegegeven; de huisarts heeft onvoldoende of onjuiste informatie gegeven of de huisarts doet zijn werk niet goed door een ziekte of verslaving. Dat betekent dat 36% van de ondervraagden wel eens te maken heeft gehad met een van de situaties zoals hierboven beschreven. Daarnaast werd er gevraagd hoe vaak patiënten dachten dat er zelf iets niet goed was gegaan: 31% van de ondervraagden gaf aan dat er wel eens iets niet goed was gegaan bij de huisarts. Van deze groep gaf 73% aan hier wel iets mee gedaan te hebben, terwijl 27% zegt hier niets mee te hebben gedaan. Ook hier kan een en ander gesteld worden over de achtergrond van het aantal mensen dat deze vragenlijst heeft ingevuld. Het aantal mannen en vrouwen dat aan dit onderzoek meedeed, was nagenoeg gelijk. Ook qua leeftijd was het panel een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Uit de steekproef bleek wel dat oudere mensen vaker klachten hadden.⁷² Een belangrijke kanttekening die bij dit onderzoek kan worden gemaakt is dat de groep ondervraagden minder etnisch divers is dan de Nederlandse bevolking.⁷³ Dit vraagt om een kleine slag om de arm bij het gebruik van deze data voor een analyse.⁷⁴

3.1.3. Samenvattend

Vergelijkend kan worden gesteld dat uit beide onderzoeken blijkt dat meer dan de helft van het aantal ondervraagden tevreden is over de behandeling door zijn huisarts.

De groep die wel klachten had over de huisarts is betrekkelijk klein.

De groep die een klacht heeft over de huisarts geeft aan hier ook daadwerkelijk iets mee te hebben gedaan.

3.2 De groep die klachten heeft over de huisarts

Het is lastig om iets te zeggen over de groep patiënten die klachten heeft over de huisarts. Dit heeft enerzijds te maken met de verschillende indicatoren die de verschillende onderzoeken hanteren om het profiel van de patiënt met klachten in kaart te brengen, anderzijds heeft dit te maken met het feit dat de onderzoeken betrekking hebben op meerdere aspecten van de zorg. Zo heeft de meldactie van het NPCF betrekking op zowel klachten over de ziekenhuiszorg als klachten over de huisarts.⁷⁵ Het onderzoek van het NIVEL heeft betrekking op de eerstelijnszorg waarbij vragenlijsten zijn uitgedeeld over de huisarts, de fysiotherapeut en de tandarts. Patiënten kregen dus geen vragenlijst voorgelegd die alleen betrekking had op de huisarts. Wellicht zijn er dus verschillen aan te merken tussen de groep die klachten heeft over de huisarts of over de fysiotherapeut.

⁷⁰ Brabers et al, 2012. Reitsma-Van Rooijen, 2012.

⁷¹ Bomhoff et al, 2013.

⁷² Bomhoff et al, 2013.

⁷³ Brabers et al, 2012. Bomhoff et al, 2013.

⁷⁴ Bomhoff et al, 2013.

⁷⁵ Lekkerkerk, 2013.

Er kan alleen in zijn algemeenheid wat gezegd worden over de groep ondervraagden van deze onderzoeken. Wat opvalt is dat veel mensen die meedoen aan het onderzoek van NPCF een chronische ziekte hebben.⁷⁶ Dit is niet zo verwonderlijk, omdat zij nu eenmaal vaker in aanraking komen met een arts.

In het onderzoek van NIVEL valt op dat hun consumentenpanel op de meeste punten gezien kan worden als een afspiegeling van de Nederlandse bevolking, behalve wanneer het gaat om etniciteit.⁷⁷

Wat opvalt in beide onderzoeken is dat het aantal mannen en vrouwen dat mee doet aan deze onderzoeken nagenoeg gelijk is. Verder kan gesteld worden dat veelal ouderen de vragenlijsten invullen: de leeftijdscategorie waaruit de meeste deelnemers afkomstig zijn is 50 tot 70 jaar.

Een soortgelijk onderzoek zou zich ook lenen voor een onderzoek naar het klachtgedrag van migranten, indien de steekproef groter zou worden genomen. De bovengenoemde onderzoeken tonen immers aan dat het mogelijk is om te kijken naar deelpopulaties, zoals bijvoorbeeld het onderscheid naar sekse.

3.3 Het onderwerp van de klacht

3.3.1. Klachten over relationele aspecten van de zorg

Klachten die het vaakst genoemd worden hebben betrekking op de relationele aspecten van de zorg. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit geldt voor de informele klachtprocedure. Deze klachten gaan vaak over de communicatie met de arts of de bejegening door de arts. Uit de meldactie van het NPCF blijkt dat patiënten vaak aangeven dat de arts niet naar hen luistert.⁷⁸ Zo'n 33% van het aantal klachten gaat hierover. Deze klacht wordt op voet gevolgd door een aantal andere relationele klachten. De arts verwijst niet goed door geeft 15% als reden voor zijn klacht. Dan is er ook nog 13% die stelt dat de informatievoorziening door de huisarts te kort schiet.

3.3.2. Klachten over medisch-technische, verpleegkundige of ander behandeling technische aspecten van de zorg

Qua aantal worden deze relationele klachten op de voet gevolgd door klachten die toezien op de medisch-technische, verpleegkundige of ander behandeling technische aspecten van de zorg. Dit geldt voor de informele klachtenprocedure. Voor de formele klachten procedure geldt dat dit de grootste groep klachten is die binnenkomt bij de regionale tuchtcolleges.⁷⁹ Hierbij gaat het voornamelijk om de volgende klachten: ik werd niet goed behandeld; er werd een verkeerde diagnose gesteld; ik kreeg een verkeerd advies; er ging iets mis tijdens de behandeling of er werd daadwerkelijk een fout gemaakt.

⁷⁶ Lekkerkerk, 2013.

⁷⁷ Brabers et al, 2012. Bomhoff et al, 2013.

⁷⁸ Lekkerkerk, 2013.

⁷⁹ Jaarverslag Regionaal Tuchtcollege, 2012.

3.3.3 Klachten over organisatorische aspecten van de zorg

Dan is er nog een derde categorie klachten: de klachten die toezien op de organisatorische aspecten van de zorg. Een kleine groep respondenten geeft aan dat hun klacht hiermee te maken heeft. Hierbij kan gedacht worden aan lange wachttijden; er is geen mogelijkheid om op korte termijn een afspraak te maken; klachten over de assistente; slechte telefonische bereikbaarheid; te weinig tijd voor een consult of het feit dat er geen vaste huisarts is toebedeeld aan de patiënt wanneer de arts in een gezondheidscentrum werkt.

3.3.4 Samenvattend

Concluderend kan er grofweg een driedeling gemaakt worden van onderwerpen waar de klachten betrekking op hebben: relationele aspecten, medisch-technische of andere behandeling technische aspecten en organisatorische aspecten. In de informele procedure hebben de meeste klachten betrekking op relationele aspecten van de zorg, terwijl in de formele procedure de meeste klachten betrekking hebben op medisch-technische aspecten van de zorg.

3.4 Klachtinstanties waar patiënten hun klachten uiten

3.4.1 Bij de huisarts zelf of een collega

Patiënten geven aan dat het direct bespreken van het ongenoegen met de huisarts voor hen de beste optie is.⁸⁰ Dit hangt echter wel af van de aard van het ongenoegen.⁸¹ In sommige situaties geven patiënten er de voorkeur aan om hun klacht met een collega van de betreffende huisarts te bespreken. Hieraan kan bijvoorbeeld gedacht worden bij verslavingsproblematiek. Ook zijn er patiënten die in dergelijke situaties liever weg gaan bij de huisarts en op zoek gaan naar een nieuwe huisarts.

Deze conclusie geeft aan dat patiënten een groot vertrouwen hebben in de zorgverlener zelf en de klachtopvang door de eerstelijns hulpverlener.⁸² Patiënten verwachten veel van het direct bespreken van het ongenoegen met de huisarts en geven ook aan dit te zullen doen indien zich er een klacht voordoet. Veel patiënten kunnen zich ook vinden in de stelling dat zij verwachten dat de huisarts goed naar hen zal luisteren indien zij een klacht met huisarts zullen bespreken.⁸³ De verwachtingen van het direct bespreken van de klacht met de huisarts zijn bij de patiënt hoog. Zo verwacht deze dat het bespreken van de klacht in meer of mindere mate zal leiden tot verbetering van de zorg, dat de relatie met de huisarts zal verbeteren en dat de huisarts een passende reactie zal geven.⁸⁴

De verwachtingen komen overeen met de ervaringen die patiënten hebben met het uiten van hun ongenoegen. Ondanks het feit dat er weinig geklaagd wordt door patiënten over de huisarts, geeft meer dan de helft van het aantal patiënten aan dat toen er iets mis ging bij de huisarts zij dit direct met de huisarts hebben besproken.⁸⁵ Ongeveer een derde van deze groep

⁸⁰ Bomhoff et al, 2013.

⁸¹ Bomhoff et al, 2013.

⁸² Bomhoff et al, 2013.

⁸³ Bomhoff et al, 2013.

⁸⁴ Bomhoff et al, 2013.

⁸⁵ Bomhoff et al, 2013.

geeft aan dat zij zijn weggegaan bij de huisarts toen er iets mis ging.⁸⁶ Een kleine groep (zo'n 17%) gaf aan het ongenoegen met een collega te hebben besproken.⁸⁷ Opmerkelijk is het grote vertrouwen van de patiënten in de klachtopvang van de huisarts zelf, terwijl het vertrouwen in de klachtenopvang in zijn algemeenheid zeer laag is.⁸⁸

3.4.2 Klachtfunctionaris

In de rapporten wordt niet gesproken over meldingen van klachten bij de klachtfunctionarissen.⁸⁹ In mijn ogen hebben klachtfunctionarissen wel degelijk een rol in de klachtopvang binnen de huisartsenzorg. Een onderdeel van zorgbelang, het zogenaamde I&K meldpunt, vervult deze functie.

Uit het jaarverslag van Clientbelang Amsterdam blijkt dat er in 2012 in totaal 746 vragen en klachten binnenkwamen over de huisarts.⁹⁰ Klachten over de eerstelijnszorgverleners zijn het hoogst: 261.⁹¹ Het aantal klachten ligt hoger dan het aantal vragen dat zij binnen krijgen. De meeste binnengekomen klachten en vragen gingen over patiëntenrechten.

Uit het jaarverslag van Zorgbelang Zuid-Holland blijkt dat er in totaal 3000 klachten zijn binnengekomen.⁹² Van deze 3000 klachten hadden 514 kwesties betrekking op de huisartsenzorg. Daarmee is de huisartsenzorg samen met de ziekenhuiszorg de grootste groep zorgverleners waar klachten over binnenkomen. Hierbij kan opgemerkt worden dat de kwesties met betrekking tot de huisarts iets zijn gedaald en de kwesties met betrekking tot de ziekenhuiszorg iets zijn gestegen. De meeste klachten gingen over patiëntenrechten. Veelal hadden deze klachten betrekking op de aangeboden zorg of de behandeling. Deze kwesties hebben het afgelopen jaar een extreme stijging door gemaakt volgens Zorgbelang Zuid-Holland.⁹³

Het I&K verleende in de meeste situaties informatie en advies of bijstand.⁹⁴ Ten opzichte van 2010 zijn de kwesties waarbij informatie en advies werd verleend sterk gedaald en zijn de kwesties waarin bijstand werd verleend sterk gestegen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de vragen complexer zijn geworden, omdat ook de zorg complexer is geworden.⁹⁵

3.4.3 Klachtcommissie

Uit de jaarverslagen van de klachtcommissies blijkt dat er ook klachten over eerstelijns zorgverleners worden ingediend bij de klachtcommissies. Maar voor de meeste patiënten die problemen ondervinden bij de huisarts is deze vorm van klachtbehandeling niet relevant.⁹⁶ Zij geven er liever de voorkeur aan, zoals hierboven al vermeld, om klachten te bespreken met de huisarts, met een collega van de betreffende huisarts of om weg te gaan bij de huisarts.

⁸⁶ Bomhoff et al, 2013.

⁸⁷ Bomhoff et al, 2013.

⁸⁸ Bomhoff et al, 2013.

⁸⁹ Bomhoff et al, 2013. NPCF, 2013.

⁹⁰ Jaarverslag Clientbelang Amsterdam, 2012.

⁹¹ Jaarverslag Clientbelang Amsterdam, 2012.

⁹² Jaarverslag Zorgbelang Zuid-Holland, 2011.

⁹³ Jaarverslag Zorgbelang Zuid-Holland, 2011.

⁹⁴ Jaarverslag Zorgbelang Zuid-Holland, 2011.

⁹⁵ Jaarverslag Zorgbelang Zuid-Holland, 2011.

⁹⁶ Bomhoff et al, 2013.

Een klein aantal patiënten met een klacht over de huisarts dient ook daadwerkelijk een klacht in bij de klachtcommissie.⁹⁷

Opgemerkt dient hier te worden dat het interpreteren en vergelijken van de jaarverslagen lastig is, omdat de jaarverslagen qua systematiek van registratie onderling verschillen.⁹⁸ Zo bestaat er per regio een groot verschil in het aantal aangesloten huisartsen bij de klachtenregeling en het aantal ingediende klachten. Het aantal aangesloten huisartsen verschilt per regio, omdat er niet uniform geregistreerd wordt: bij sommige klachtencommissies wordt geregistreerd aan de hand van het aantal individueel aangesloten huisartsen, terwijl andere klachtcommissies juist registreren op het aantal aangesloten zorggroepen. Het registreren van het aantal ingediende klachten verschilt ook per regio. In de ene regio worden klachten geregistreerd op het aantal klachtbrieven dat binnen komt, terwijl anderen juist kijken naar het aantal klachtonderwerpen. Het aantal klachtonderwerpen levert vaak meer klachten op, omdat mensen vaak een klacht hebben die meer onderwerpen beslaat.⁹⁹ Ook is niet uit de jaarverslagen op te maken hoeveel patiënten achter het aantal klachten zitten.

Een andere notie die opmerking behoeft, is dat veel klachten in het ‘voorportaal’ van de klachtcommissie worden afgehandeld.¹⁰⁰ Dit houdt in dat een aantal klachten niet bij de klachtcommissie terecht komen, maar door middel van een andere zorgverlener die een bemiddelingsopleiding heeft of door het secretariaat van de klachtcommissie gevolgd worden opgelost. Dit schijnt een nieuw licht op het onderscheid tussen informele en formele klachtenbehandeling.¹⁰¹ Wat dus opvalt is dat er een discrepantie bestaat tussen het aantal ingediende klachten en het aantal daadwerkelijk door de commissie behandelde klachten.¹⁰² Dit komt enerzijds door de net geschetste tendens dat een deel van de klachten in het ‘voorportaal’ van de klachtcommissie worden afgehandeld, anderzijds worden niet alle klachten doorgezet. Dit kan te maken hebben met het feit dat mensen hun klacht alleen wilden melden, maar geen procedure wilden starten. Ten tweede is er een groep die de klacht intrekt na een excuusbrief van de huisarts. Ten derde is er nog een groep die geen inzage wil geven in het medisch dossier, waardoor de klachtcommissie geen uitspraak in de zaak kan doen.

Het gegeven ligt er dat een klein aantal klagers de klachtcommissie weet te vinden. Het is echter lastig om op basis van de jaarverslagen een waardeoordeel te geven over het aantal ingediende klachten en het aantal afgehandelde klachten. Dit heeft te maken met de hierboven beschreven kanttekeningen met betrekking tot het rapporteren.

Daarnaast blijkt ook dat patiënten weinig zicht hebben op wat er gebeurt met hun klacht.¹⁰³

3.4.4 Tuchtcolleges

Om een globaal zicht te krijgen op het aantal patiënten dat met hun klacht de weg naar de tuchtcolleges weet te vinden is gekeken naar het jaarverslag van 2012. Een aantal dingen vallen op in dit jaarverslag.

Bij de tuchtcolleges in de randstand (Amsterdam en Den-Haag) worden de meeste klachten ingediend.¹⁰⁴ Dit aantal ligt aanzienlijk hoger dan het aantal klachten dat wordt ingediend in Groningen, Eindhoven en Zwolle.

⁹⁷ Lekkerkerk, 2013.

⁹⁸ Bomhoff et al, 2013.

⁹⁹ Bomhoff et al, 2013.

¹⁰⁰ Bomhoff et al, 2013.

¹⁰¹ Bomhoff et al, 2013.

¹⁰² Bomhoff et al, 2013.

¹⁰³ Lekkerkerk, 2013.

¹⁰⁴ Jaarverslag Regionaal Tuchtcollege, 2012.

Opvallend is ook dat de meeste klachten worden ingediend met betrekking tot artsen.¹⁰⁵ Hierbij dient opgemerkt te worden dat artsen een brede groep omvat: artsen beoefenen allemaal een andere specialisatie. Wanneer men kijkt naar het aantal klachten dat ingediend is per specialisatie valt op dat het meeste aantal klachten betrekking hebben op de huisarts.¹⁰⁶ Het aantal ingekomen klachten en het aantal behandelde klachten komt nagenoeg overeen en vertoont niet zoveel discrepantie als bij de klachtcommissies. Opvallend hier is dat het aantal behandelde klachten bij sommige commissies hoger ligt dan het aantal ingekomen klachten. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de doorlooptijd van de klachten: een klacht die in 2011 al is ingediend maar in 2012 pas is afgehandeld. Het aantal klachten dat gegrond of ongegrond is verklaard verschilt per college. Opmerkelijk is dat het aantal klachten dat ongegrond wordt verklaard in zowel Amsterdam als Den-Haag aanzienlijk hoger is dan het aantal klachten dat gegrond werd verklaard.¹⁰⁷

Bij deze informatie dient een belangrijke kanttekening te worden geplaatst: het geeft geen specifiek beeld over het aantal klachten dat met betrekking tot de huisarts wordt ingediend. Het jaarverslag ziet toe op het aantal klachten in zijn algemeenheid en is alleen naar specialisme uitgesplitst als het gaat om de vraag tegen wie een klacht is ingediend. Er kan dus bijvoorbeeld geen stelling worden ingenomen omtrent de vraag of het aantal klachten dat over huisartsen wordt ingediend vaker gegrond of ongegrond is verklaard. Daarvoor zou nader onderzoek nodig zijn en inzicht in het aantal binnengekomen klachten. Ook ziet dit jaarverslag toe op alle tuchtcolleges en niet op de tuchtcolleges die betrekking op de steden waar mijn veldonderzoek zich richt, namelijk Amsterdam en Rotterdam (tuchtcollege Den-Haag). Wel is geprobeerd de informatie die opvallend is voor deze regio's te vermelden.

3.5 Belemmeringen die patiënten ondervinden bij het uiten van hun klachten

3.5.1 Drempel om een klacht in te dienen

Patiënten vinden het lastiger om een klacht kenbaar te maken bij de huisarts dan bij bijvoorbeeld een ziekenhuis.¹⁰⁸ De reden hiervoor is gelegen in de poortwachtersfunctie van de huisarts: voor de te ontvangen zorg zijn patiënten in eerste instantie aangewezen op de huisarts.

3.5.2 Informatie en communicatie over klachtregeling

Patiënten weten niet altijd goed waar zij met hun klacht terecht kunnen.¹⁰⁹ Ook blijkt dat maar een klein deel van de patiënten weet waar zij informatie kunnen krijgen over het klachtrecht.¹¹⁰ Minder dan een kwart van het aantal patiënten dat een klacht heeft, geeft aan de informatie over het klachtrecht van de website van de huisarts te hebben. Over informatie die door de huisarts persoonlijk wordt gekregen, wordt niet gesproken noch over informatie die beschikbaar is in de praktijk. Toch moet hier ook opgemerkt worden dat er een groep is

¹⁰⁵ Jaarverslag Regionaal Tuchtcollege, 2012.

¹⁰⁶ Jaarverslag Regionaal Tuchtcollege, 2012.

¹⁰⁷ Jaarverslag Regionaal Tuchtcollege, 2012.

¹⁰⁸ Lekkerkerk, 2013.

¹⁰⁹ Bomhoff et al, 2013.

¹¹⁰ Lekkerkerk, 2013.

die misschien niet weet waar zij precies met hun klacht naar toe moeten, maar zij hebben wel het idee dat er binnen de praktijk van de huisarts iemand is die naar hen zal luisteren.¹¹¹ Mondigheid wordt niet als belemmering opgeworpen door de meeste patiënten.¹¹²

Er lijkt ook een zekere discrepantie te ontstaan tussen wat er in de wet geregeld is omtrent het klachtrecht en de uitwerking hiervan in de praktijk. De wetgever stelt vast dat een bepaalde klachtprocedure gevolgd moet worden door de huisartsen. Toch hechten patiënten minder waarde aan deze formele stand van zaken. Voor hen is het belangrijk om op een informele, toegankelijke manier te kunnen klagen bij de huisarts. Velen ervaren ook een positieve houding van de huisarts ten aanzien van informele procedure.¹¹³

Weinig patiënten dienen een klacht in bij de klachtcommissie. Er kan een tweedeling worden gemaakt tussen patiënten die de klachtcommissie wel weten te vinden en patiënten die deze niet weten te vinden. Patiënten die de klachtcommissie niet weten te vinden, ervaren dit vaak niet als een probleem: zij geven er de voorkeur aan hun klacht te bespreken via de informele weg.¹¹⁴ Zij hebben simpelweg geen behoefte aan een formele weg. Dit is verreweg de grootste groep patiënten.¹¹⁵

Patiënten die de weg wel weten te vinden naar de klachtcommissie, zijn vaak niet tevreden vanwege de gebrekkige communicatie. Veel klagers weten niet of hun klacht in behandeling is genomen. Daarnaast is een meerderheid niet tevreden over de afhandeling van hun klacht.

3.5.3 Klagen niet altijd de gewenste reactie

Veel wordt ingezet op het klachtrecht als kwaliteitsverbeteringsinstrument, terwijl het voor een deel van de patiënten prettiger zou zijn om weg te gaan bij de huisarts in plaats van een klacht in te dienen.¹¹⁶ Het hoeft immers niet voor alle patiënten te gelden dat zij klagen als een feedbackmechanisme op kwaliteit van de zorg zien.

Het is dan ook niet nodig om alles op alles te zetten om deze groep te laten klagen, terwijl zij liever van huisarts veranderen en geen klacht indienen.¹¹⁷

3.5.4 Conclusie

Patiënten geven er veelal de voorkeur aan hun klachten via de informele weg naar voren te brengen. Een grote groep ondervindt weinig problemen bij het uiten van hun klachten via de informele weg. Zij ervaren dat er binnen de huisartsenpraktijk altijd wel iemand is die naar hun klacht wil luisteren. De informatie voor de informele klachtprocedure halen veel patiënten van de website van hun huisarts.

Toch is er ook een groep voor wie de informatie en communicatie omtrent het klachtrecht ontoereikend is. Daarom blijft het van belang open de communiceren over klachtregelingen en de drempels om een klacht in te dienen, weg te nemen. Patiënten ervaren bij de huisarts een extra drempel. Dit komt omdat de huisarts binnen de Nederlandse gezondheidszorg de rol van poortwachter vervult.

Degenen die hun klacht via de formele weg willen uiten, weten veelal de instanties te vinden.

¹¹¹ Bomhoff et al, 2013.

¹¹² Bomhoff et al, 2013.

¹¹³ Lekkerkerk, 2013.

¹¹⁴ Bomhoff et al, 2013.

¹¹⁵ Bomhoff et al, 2013. NPCF, 2013.

¹¹⁶ Bomhoff et al, 2013.

¹¹⁷ Bomhoff et al, 2013.

Toch ondervinden ook zij problemen. Uit de rapporten blijkt dat mensen die hun klachten via de formele weg uiten bij de klachtcommissie communicatieproblemen ondervinden. Deze communicatieproblemen ontstaan vooral als de klacht al is ingediend: zij weten niet wat er met hun klacht gebeurt en of deze überhaupt in behandeling is genomen. Daarnaast is er nog een groep die liever geen klacht indient, maar van huisarts verandert.

3.6 Behandeling van de geuite klachten

3.6.1 Informele procedure

Veel patiënten die hun ongenoegen bij de huisarts kenbaar hebben gemaakt, zijn met de huisarts een persoonlijk gesprek aangegaan.¹¹⁸ Ook het deel van de patiënten dat aangaf liever met een collega in gesprek te willen gaan, is daadwerkelijk met een collega van de desbetreffende arts in gesprek gegaan.¹¹⁹

Er is ook een groep die aangeeft niets te hebben gedaan, maar dit bij nader inzien liever wel had gedaan. Deze groep is even groot als de groep die op het standpunt blijft dat zij geen actie wil ondernemen.

Er is ook een groep die weg is gegaan bij de huisarts. Een klein deel van deze groep heeft eerst zijn ongenoegens geuit bij de huisarts en is daarna alsnog weggegaan. Het grootste deel is zonder het indienen van een klacht op zoek gegaan naar andere huisarts.¹²⁰

3.6.2 Formele procedure

Patiënten met een klacht over de huisarts hebben weinig behoefte aan een formele klachtmogelijkheid.¹²¹ Beduidend minder mensen kiezen er voor om een formele weg te bewandelen met hun klacht.¹²² Sommige patiënten die toch voor de formele weg kiezen ondervinden weinig problemen met het vinden van de goede klachtinstanties.¹²³

3.7 Tevredenheid over de afhandeling van de geuite klachten

3.7.1. Informele procedure

De helft van het aantal mensen die de klacht direct met de huisarts heeft besproken omschrijft de reactie van de huisarts als prettig.¹²⁴ Deze vorm van klachtenopvang lijkt dus meer tot tevredenheid te leiden dan andere vormen van klachtenopvang.¹²⁵ Toch geven patiënten zelf aan dat op dit terrein ook nog verbetering mogelijk is: de arts zou in veel gevallen nog een passendere reactie kunnen geven.¹²⁶

Over de tevredenheid over de klachtenafhandeling door een collega van de betreffende huisarts is weinig bekend.

Ook over het weggaan bij de huisarts als reactie op de geuite onvrede is weinig bekend.

¹¹⁸ Lekkerkerk, 2013. Bomhoff et al, 2013.

¹¹⁹ Bomhoff et al, 2013.

¹²⁰ Bomhoff et al, 2013.

¹²¹ Bomhoff et al, 2013.

¹²² Bomhoff et al, 2013. NPCF, 2013.

¹²³ Bomhoff et al, 2013.

¹²⁴ Bomhoff et al, 2013.

¹²⁵ Kruikemeier et al, 2013.

¹²⁶ Bomhoff et al, 2013.

3.7.2 Formele procedure

Uit de meldactie van het NPCF blijkt dat weinig klagers weten wat er daadwerkelijk met hun schriftelijke klacht is gebeurd.¹²⁷

Van de patiënten waarvan de klacht is behandeld, is ongeveer een derde deel tevreden met de afhandeling van hun klacht.¹²⁸ Het overgrote deel is niet tevreden met de afhandeling van hun klacht.¹²⁹ Als redenen hiervoor worden genoemd: er is twijfel over de onafhankelijkheid van de commissie, de procedure duurt te lang of er is onvoldoende informatie verstrekt over het gevelde oordeel.

Het overgrote deel van de indieners van een klacht bij de klachtcommissie had geen behoefte aan bijstand door een onafhankelijk persoon.

3.8 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de meeste patiënten tevreden zijn over hun huisarts. De groep patiënten die een klacht heeft met betrekking tot de huisarts is klein. Patiënten die wel menen dat er iets mis is gegaan, ondernemen meestal wel actie. Het is lastig om de groep patiënten die een klacht indient te definiëren. In het onderzoek van de NPCF valt op dat veel patiënten die een klacht indienen een chronische ziekte hebben. Uit het onderzoek van NIVEL valt af te leiden dat de verhouding man-vrouw nagenoeg gelijk is en dat er in verhouding veel oudere mensen een klacht hebben over de huisarts.

De meeste klachten die worden ingediend hebben betrekking op relationele aspecten van de zorg. Hierna worden de meeste klachten ingediend over medisch technische aspecten van de zorg gevolgd door organisatorische aspecten van de zorg.

Patiënten met klachten geven er de voorkeur aan hun klacht op een informele wijze bespreekbaar te maken. De meest bevredigende optie blijkt het direct bespreken van de klacht met de huisarts. De formele procedures worden weinig bewandeld. Indien er wel voor een formele procedure wordt gekozen, levert dit weinig problemen op. Naast deze optie is er ook een groep patiënten die er liever voor kiest geen klacht in te dienen, maar een andere huisarts zoekt.

Voor de meeste patiënten die voor de informele weg kiezen levert dit geen problemen op. Er is echter ook een groep die problemen ondervindt bij het informeel uiten van hun klacht.

Meestal wordt de ontoereikende informatie als knelpunt genoemd. Een ander genoemd knelpunt is het ervaren van een drempel bij het uiten van een klacht. Dit heeft te maken met het feit dat de huisarts een poortwachtersfunctie vervult in het Nederlandse gezondheidssysteem.

Bij de formele procedure ligt het probleem niet zozeer in het vinden van de juiste instantie, maar in de afhandeling van de klacht door de commissie. Veel patiënten die een klacht indienen bij een formele instantie weten niet wat er met hun klacht gebeurt.

Het direct bespreken van de klacht met de huisarts leidt in de meeste gevallen tot een bevredigend resultaat. De formele procedure leidt daarentegen vaak niet tot een bevredigend resultaat. Dit komt omdat de formele procedure vaak veel tijd in beslag neemt, er weinig uitleg volgt bij het oordeel en de commissie in de ogen van de patiënt niet altijd voldoende onafhankelijk opereert.

¹²⁷ Lekkerkerk, 2013.

¹²⁸ Lekkerkerk, 2013.

¹²⁹ Lekkerkerk, 2013.

4. Migranten en het klachtrecht

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op het gebruik van het klachtrecht door migranten. De informatie is voornamelijk verkregen uit het veldonderzoek aangevuld met literatuuronderzoek. In de eerste paragraaf zal ingegaan worden op het veldonderzoek: hoe is het veldonderzoek uitgezet, wie waren de respondenten, waarom is voor deze respondenten gekozen en wat hebben zij kunnen betekenen voor het onderzoek? In de volgende paragraaf zal ingegaan worden op de cijfers over het gebruik van het klachtrecht. Omdat concrete cijfers moeilijk te geven zijn, is er ook ingegaan op de validiteit van de argumenten die de verschillende instanties aandragen om geen cijfers te verstrekken. In paragraaf 3 zal ingegaan worden op het inhoudelijke deel van deze deelvraag: waarover klagen migranten, hoe klagen migranten en bij welke instanties klagen zij, tegen welke problemen lopen zij aan bij het uiten van hun klachten en welke handreikingen kunnen hiervoor geboden worden?

4.1 Het veldonderzoek

Voor de beantwoording van dit onderdeel van het onderzoek is naast een literatuurstudie een veldonderzoek uitgezet. Om een goed beeld van het gebruik van het klachtrecht door migranten te krijgen is het relevant om door middel van veldonderzoek in beeld te krijgen wat migranten beweegt of weerhoudt om te klagen, welke problemen zij ondervinden bij het gebruik van het klachtrecht en welke handreikingen zij nodig hebben om deze problemen te ondervangen. Hiervoor is het belangrijk om met een zo divers mogelijke groep uit het veld te spreken: met de migranten zelf, huisartsen die werken met migranten patiënten, Clientbelang Amsterdam en Zorgbelang Zuid-Holland, klachtcommissies en andere relevante partijen. In de volgende paragrafen zal op de verschillende categorieën participanten nader worden ingegaan.

Deze participanten zijn per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het veldonderzoek. Bij geen gehoor of indien zij nadere uitleg wensten over het doel of de methode van het onderzoek, is contact per telefoon gezocht. Dit resulteerde in verschillende interviews, zowel per telefoon als op locatie. Voorafgaand aan het interview is hen een vragenlijst toegezonden, zodat per interview nagenoeg dezelfde informatie werd verkregen. Uiteraard zijn de vragen naar gelang de doelgroep aangepast.

4.1.1 Migranten

Migranten zijn de hoofdpersonen van het onderzoek en daarom een belangrijke groep om te benaderen voor het veldonderzoek. Het is van belang inzichtelijk te maken wat zij weten van het klachtrecht, of zij er gebruik van maken, welke problemen zij ondervinden bij het uiten van hun klacht en welke oplossingen hiervoor gevonden kunnen worden.

Er zijn twee interviews afgenomen met migrantensleutelfiguren. Een interview heeft plaatsgevonden met Fadua el Bouazzaoui, oprichtster van Stichting Voorlichters Gezondheid in Rotterdam. Haar missie is het toegankelijk maken voor iedereen van een gezonde levensstijl en de juiste zorgverlening. Dit doet zij door middel van voorlichting. Zij richt zich voornamelijk op kwetsbare groepen in de Rotterdamse samenleving zoals migranten en mensen met een lage sociaaleconomische status. Door haar geruime ervaring als gerenommeerd voorlichtster weet zij wat er onder haar achterban leeft en heeft zij zeer waardevolle input voor mijn onderzoek gegeven zowel vanuit haar achterban als vanuit haar persoonlijke ervaringen.

Daarnaast heeft er een interview plaatsgevonden met Afifa en Saida van Stichting de Bloem in Amsterdam. Stichting de Bloem is een ontmoetingsplek voor vrouwen van verschillende

nationaliteiten. Tijdens de bijeenkomsten van Stichting de Bloem vergroten deze vrouwen hun zelfredzaamheid en participatie in de maatschappij. Afifa, voorzitter van deze stichting, en haar dochter Saida vervullen een centrale rol binnen deze groep.

Daarnaast is via Clientbelang Amsterdam contact gelegd met twee migranten die met een klacht bij hen zijn gekomen. Deze twee migranten zijn ervaringsdeskundige, omdat zij hun klacht, al dan niet bij meerder instanties, kenbaar hebben gemaakt. Zij kunnen vanuit hun eigen ervaring bij de verschillende instanties goed zicht geven op de eventuele problemen die migranten ondervinden bij het gebruik van het klachtrecht en op welke terreinen nog winst te behalen is.

4.1.2 Huisartsenpraktijken die werken met migranten

In Amsterdam Zuidoost is een nieuw gezondheidscentrum geopend. Dit gezondheidscentrum, Gezondheidscentrum Oosthoek, is gevestigd in de Indische buurt in Amsterdam. Een groot deel van de bewoners van deze wijk is van migranten afkomst. Zij zouden een interessante partner zijn om medewerking aan mijn onderzoek te verlenen, omdat zij veel werken met migranten patiënten. Deze patiënten zouden inzicht kunnen verschaffen over hun bekendheid met de klachtmogelijkheden binnen de praktijk. De huisartsen zelf zouden, indien zij hier medewerking aan willen verlenen, hun ervaringen met het klachtrecht kunnen vertellen. De bedoeling was om informele gesprekken met migranten patiënten in de wachtkamer aan te gaan en eventueel interviews te houden met de in de praktijk werkzame huisartsen. Het Gezondheidscentrum Oosthoek stond wel open voor samenwerking met Pharos, maar vond het op dit moment niet het juiste moment om medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Dit had te maken met het feit dat zij pas net van start waren gegaan.

Om toch zicht te krijgen wat het beeld van huisartsen is ten aanzien van het klachtrecht is gebruik gemaakt van de publicatie van het Centraal BegeleidingsOrgaan intercollegiale toetsing *Dit nooit meer*.¹³⁰ In deze publicatie komen medici aan het woord die vertellen over hun 'incident'. Zij vertellen openlijk over hoe zij hiermee om zijn gegaan en hoe zij dit ervaren hebben. Zij hebben dit gedaan om een open en opbouwende cultuur te creëren onder medici waarin het normaal is om te spreken over incidenten. Dit is belangrijk, omdat het een inherent deel is van hun werk als professional.

4.1.3 Clientbelang Amsterdam en Zorgbelang Zuid-Holland

Hilde van het Klooster, coördinator van het meldpunt van Clientbelang Amsterdam, heeft vanuit de praktijk ondersteuning geboden aan het onderzoek. Clientbelang Amsterdam is een spil in het netwerk van klachtinstanties. Zij vervult de rol van klachtfunctionaris binnen het klachtopvangsysteem bij huisartsen. Zij informeert, adviseert en verleent bijstand aan mensen die hun klacht kenbaar willen maken aan de huisarts of aan een van de klachtinstanties.

Daardoor hebben zij goed zicht op de klachten die naar voren worden gebracht over huisartsen in Amsterdam. Zij signaleren welke problemen mensen ondervinden bij het uiten van hun klacht en welke ondersteuning zij nodig hebben om hiertoe wel in staat te zijn. Hilde van het Klooster heeft ook zeer waardevolle informatie verstrekt voor het afbakenen van mijn onderzoek, het beantwoorden van tussentijdse vragen en het aanleveren van respondenten voor mijn veldonderzoek. Aan dit laatste deel heeft ook Tamara van Beek van Clientbelang veel gedaan: zij heeft voor mij alle migranten klagers die in hun systeem waren opgenomen benaderd om te vragen of zij medewerking wilden verlenen aan mijn onderzoek.

¹³⁰ CBO, 2009.

Zorgbelang Zuid-Holland vervult dezelfde taak als Clientbelang Amsterdam, maar dan in de regio Rotterdam. Het contact met de organisatie verliep via verschillende personen. In eerste instantie werd er contact gelegd met de functionaris diversiteit, omdat kwesties die betrekking hebben op migranten in veel gevallen bij deze functionaris werden neergelegd. De vraag van het onderzoek had echter meer raakvlakken met de inhoudelijke werkzaamheden van het I&K-meldpunt. Toen de vraag daar werd neergelegd, werd ik terugverwezen naar de functionaris diversiteit. Dit heeft er voor gezorgd dat niet alle inhoudelijke vragen beantwoord werden, omdat diversiteit een afgezonderde positie in de organisatie inneemt en niet verweven is met het gehele beleid.

4.1.4 Huisartsen Klachtencommissie Amsterdam

De Huisartsen Klachtcommissie in Amsterdam is benaderd om een beeld te schetsen over het gebruik van het klachtrecht door migranten vanuit het perspectief van een formele klachteninstantie. Deze klachtencommissie registreert de binnengekomen klachten. Hierdoor heeft zij zicht op het gebruik van het klachtrecht en de onderwerpen die aan de orde komen. Zeker omdat zij zich specifiek richten op de huisartsenzorg zijn zij een interessante partij. De ambtelijk secretaris, mevrouw Verkleij, heeft mij informatie verschaft over de werkwijze van de klachtcommissie en mijn inhoudelijke voorstel besproken met de voltallige commissie. Tevens heeft zij mij in verbinding gesteld met mevrouw Hesterman, klachtbemiddelaar van de huisartsenposten Amsterdam. Dit is een andere instantie die zich bezig houdt met de klachtopvang in de huisartsenzorg en dan specifiek voor klachten die ontstaan bij de huisartsenpost. Ook zij heeft mij inzicht gegeven in het gebruik van het klachtrecht in haar dagelijkse praktijk. De vereniging voor klachtfunctionarissen in de gezondheidszorg, VKIG, benaderd om praktijkervaringen met klachten ingediend door migranten op het spoor te komen.

4.1.5 Andere partijen

Gedurende het onderzoek bleek het in sommige gevallen lastig om concrete informatie te verzamelen over het gebruik van het klachtrecht door migranten. Om toch uitspraken over deze materie te ontlokken is er contact gezocht met professoren Gezondheidsrecht. Daarnaast is gekeken of via het kanaal van medezeggenschapsorganen in de zorg informatie te verkrijgen was.

4.2. Cijfers en het gebruik van het klachtrecht

4.2.1 Cijfers

Het is lastig om cijfers boven tafel te krijgen van migranten die gebruik maken van het klachtrecht. Dit komt enerzijds omdat de verschillende klachtinstanties werken met een geheimhoudingsplicht en anderzijds omdat zij niet registreren op etniciteit. Clientbelang Amsterdam registreert in haar jaarverslag niet op etniciteit.¹³¹ Uit contact met de Klachtcommissie Huisartsen Amsterdam blijkt dat ook daar niet geregistreerd wordt op etniciteit.¹³² De klachtencommissie registreert alleen de naam, tegen wie de klacht gericht is,

¹³¹ Jaarverslag Clientbelang Amsterdam 2012. Jaarverslag Clientbelang Amsterdam 2013.

¹³² Telefonisch interview met de ambtelijk secretaris van Klachtcommissie Huisartsen Amsterdam.

de inhoud van de klacht en of de klacht gegrond dan wel ongegrond is. Dit blijkt tevens uit de jaarverslagen van deze instantie.¹³³

De enige instantie die registreert op etniciteit is het College voor de Rechten van de Mens. Zij registreert de door haar uitgesproken oordelen op etniciteit. Dit reden hiervoor is gelegen in haar mandaat: het College oordeelt onder andere over discriminatievraagstukken. Ras is een van de discriminatiegronden.¹³⁴ Ondanks het feit dat het College zich buigt over discriminatievraagstukken en niet specifiek over klachten over de huisarts, is het toch relevant om naar deze oordelen te kijken. Twee oordelen zien namelijk specifiek toe op de relatie tussen een huisarts en zijn patiënt waarbij mogelijk sprake is van discriminatie op grond van ras. Hieruit kan buiten het vraagstuk over discriminatie, de onderliggende klacht worden gedestilleerd. Deze onderliggende klacht weerspiegelt ook de problemen die migranten ondervinden in het contact met hun huisarts. De inhoud van deze oordelen zal in de volgende paragraaf aan de orde komen.

Nu zal eerst ingegaan worden op de argumenten die de klachtinstanties gebruiken om geen inzicht te verschaffen in hun data over het gebruik van het klachtrecht door migranten. Geldt er inderdaad een geheimhoudingsplicht voor deze instanties?

En is het inderdaad niet mogelijk om te registreren op etniciteit bij deze instanties?

4.2.2 Wet bescherming persoonsgegevens: registreren op etniciteit

De Wet bescherming persoonsgegevens regelt welke persoonsgegevens wel en niet mogen worden geregistreerd door instanties. Persoonsgegevens zijn alle gegevens die te herleiden zijn tot een individueel persoon. Daaronder vallen ook gegevens over huidskleur, afkomst, etnische of nationale afstamming, geboorteland van de betrokkene of dat van zijn ouders. Bij persoonsgegevens over ras moet dus worden gedacht aan gegevens over een persoon die te maken hebben met zijn geboorteland, zijn nationaliteit, zijn etnische afstamming, zijn huidskleur, enzovoort.

Volgens deze wet is het in principe verboden te registreren op etniciteit.¹³⁵ In de wet wordt steeds gesproken over het verwerken van persoonsgegevens over etniciteit. Dit is een vrij ruim begrip. Verwerken is een verzamelbegrip voor alle handelingen die met persoonsgegevens kunnen worden uitgevoerd zoals vastleggen, bewaren, bewerken, verstrekken, uitwisselen, enzovoort. Het verbod geldt daarmee niet alleen voor het vastleggen van gegevens maar bijvoorbeeld ook voor het verstrekken van deze gegevens aan anderen en voor het bewaren er van. Er zijn twee uitzonderingen op dit verbod in de wet opgenomen.¹³⁶ De eerste uitzondering is het voorkeursbeleid. Als er echt een cijfermatig aantoonbare achterstand bestaat in een bepaalde etnische of culturele minderheidsgroep kan een tijdelijk voorkeursbeleid worden gevoerd als dit beleid tot doel heeft en ook feitelijk geschikt is om de achterstand weg te werken. Voor het voeren van dit voorkeursbeleid kan het noodzakelijk zijn om gegevens over ras te verwerken. Dit is toegestaan voor zover deze gegevensverwerking noodzakelijk is om het voorkeursbeleid te voeren; als slechts het geboorteland van de betrokkene of zijn (groot)ouders wordt vastgelegd en de betrokkene daarover wordt geïnformeerd en deze tegen het vastleggen van zijn geboorteland of dat van zijn (groot)ouders geen schriftelijk bezwaar maakt.

¹³³ Jaarverslag Klachtcommissie Huisartsen Amsterdam 2012.

¹³⁴ Zie Algemene wet gelijke behandeling (hierna: Awgb).

¹³⁵ Zie artikel 16 Wet bescherming persoonsgegevens (hierna: Wbp).

¹³⁶ Zie artikel 18 Wbp.

Een tweede uitzondering op het verbod van het verwerken van gegevens over ras is het verwerken van deze gegevens voor zover noodzakelijk voor identificatiedoeleinden. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een identificatieplicht bij de rechtbank. Opgemerkt dient te worden dat een dergelijke uitzondering uitdrukkelijk in de wet moet zijn geregeld of dat het College Bescherming Persoonsgegevens hiervoor ontheffing moet hebben verleend. Daarnaast moet de vraag beantwoord worden of dat het probleem niet met minder ingrijpende maatregelen kan worden opgelost.

In 2011 sprak het College Bescherming Persoonsgegevens zich in een zaak uit over het registreren van persoonsgegevens die betrekking hadden op etniciteit.¹³⁷ De deelgemeente Charlois had persoonsgegevens over ras verwerkt in het kader van DOSA, een registratiesysteem voor multi-probleemjongeren waartoe verschillende organisaties rondom deze jongeren toegang hebben. Charlois beroept zich voor deze registratie op de uitzonderingsgrond van het voorkeursbeleid. Het College bescherming persoonsgegevens oordeelde om te beginnen dat er meer gegevens dan het geboorteland werden verwerkt. Daarmee werd al niet voldaan aan de voorwaarden die worden gesteld om bij wijze van uitzondering gegevens over ras te verwerken. Daarnaast stelde Charlois de betrokkenen niet op de hoogte van deze gegevensverwerking waarmee ook de mogelijkheid van bezwaar niet werd geboden. Want je kunt geen bezwaar maken tegen iets waarvan je niet weet dat het gebeurt. Toen die bezwaren van het College door Charlois waren weggewerkt - men beperkte zich voortaan tot geboorteland en men stelde betrokkenen in kennis -, bleef het College toch bezwaar houden tegen de gegevensverwerking. In de kern komt het er op neer dat Charlois wel de achterstandssituatie aannemelijk heeft gemaakt maar niet aannemelijk heeft kunnen maken dat men beschikt over een specifieke aanpak gericht op een bepaalde etniciteit.¹³⁸ Anders gezegd: de registratie van etniciteit had eigenlijk geen zin want de aanpak, ofschoon deze veel werd aangeboden aan groepen met een specifieke herkomst of etniciteit, was 'algemeen' en zeker niet specifiek gericht op kenmerken van etniciteit. Uit deze uitspraak kan worden afgeleid dat aan het verwerken van persoonsgegevens in verband met voorkeursbeleid hoge eisen worden gesteld. Het vastleggen van gegevens over ras moet een aantoonbare en feitelijke bijdrage leveren aan een achterstand waarin deze doelgroep verkeert. Alleen het gegeven dat een groep in een achterstand zit of dat een bepaalde aanpak vaak wordt aangeboden aan een bepaalde groep, legitimeert geen verwerking van gegevens over ras. Het moet dan gaan om een aanpak die specifiek inspeelt op een bepaalde etniciteit of nationaliteit en deze moet ook nog eens aantoonbaar succesvoller zijn dan een andere aanpak.

Geconcludeerd kan worden er een vrij absoluut verbod geldt op het registreren van persoonsgegevens over etniciteit. Ook wat betreft de uitzonderingen geldt een strikt beleid, zoals valt af te leiden uit de uitspraak van het College Bescherming Persoonsgegevens in de DOSA-zaak.

4.2.3 Andere vormen van registratie op etniciteit

Instanties staat het echter vrij om gegevens over etniciteit vast te leggen, maar dan niet in de vorm van persoonsgegevens.¹³⁹ Dit betekent dat gegevens over etniciteit buiten het dossier van de patiënt moeten worden vastgelegd. Deze gegevens moeten namelijk niet te herleiden zijn tot de individuele patiënt. In een ander registratiesysteem zal dan moeten worden

¹³⁷ CBP, 2011-Z2009-000960.

¹³⁸ CBP, 2011-Z2009-000960.

¹³⁹ Jansen, 2011.

bijgehouden hoeveel klachten er binnen komen en uit welk land de klager afkomstig is. Op deze manier kan een instantie goed bijhouden hoe zijn populatie van klagers eruit ziet zonder dat de gegevens herleidbaar zijn tot de individuele patiënt.

Daarnaast vindt er in sommige instanties koppeling van het eigen systeem plaats aan het registratiesysteem van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Door deze koppeling wordt voorkomen dat de gegevens over etniciteit te herleiden zijn tot de individuele patiënt.

4.2.4 De geheimhoudingsplicht – medisch beroepsgeheim

Geheimhoudingsplicht is de plicht tot geheimhouding van in vertrouwen verstrekte gegevens. Deze plicht kan op iemand rusten op grond van zijn beroep, zijn ambt, een wettelijk voorschrift of een overeenkomst.¹⁴⁰

Klachtcommissies kennen een geheimhoudingsplicht op grond van de wet. In de WKCZ is een bepaling over de geheimhoudingsplicht opgenomen. Ook in de slotbepaling van de Wkkgz ziet op de geheimhoudingsplicht. Beide bepalingen geven aan dat een ieder die betrokken is bij de uitvoering van de klachten- of geschillenbehandeling en daarbij de beschikking krijgt over gegevens waarvan hij het vertrouwelijke karakter kent of redelijkerwijs moet vermoeden, en voor wie niet reeds uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift ter zake van die gegevens een geheimhoudingsplicht geldt, verplicht is tot geheimhouding van die gegevens, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hem tot bekendmaking zou verplichten of uit zijn taak de noodzaak tot bekendmaking zou voortvloeien.¹⁴¹ Voor artsen vloeit bijvoorbeeld hun geheimhoudingsplicht ook al voort uit hun beroep. Hierover later meer.

Het lijkt niet alleen relevant om te kijken naar de herkomst van de geheimhoudingsplicht van de verschillende leden van de commissie, maar ook naar de gegevens waarop de geheimhoudingsplicht betrekking heeft. Enerzijds spelen medische gegevens een rol in de procedure bij de klachtcommissie, anderzijds spelen daarbij ook persoonsgegevens een rol. Wellicht zou gesteld kunnen worden dat medische gegevens ook persoonsgegevens omvatten. Nu er onderscheidende regels gelden voor het verstrekken van medische gegevens en het verstrekken van persoonsgegevens zal ik beide mogelijkheden hieronder bespreken. Door deze onderverdeling te maken en de wettelijke systematiek te doorgronden die voor de verschillende gegevens geldt, kan men op het spoor komen van uitzonderingsgronden. Deze uitzonderingsgronden zouden ook aanknopingspunten kunnen vormen voor het doorbreken van de geheimhoudingsplicht van de leden van de klachtcommissie of de klachtfunctionaris. Deze uitzonderingsgronden zouden analoog kunnen worden toegepast voor de klachtcommissie of klachtfunctionaris, omdat zij op een wettelijke grondslag berusten. Allereerst zal hieronder het medisch beroepsgeheim van de arts en de uitzonderingen die hierop mogelijk zijn worden besproken. Daarna zal worden ingegaan op het verstrekken van persoonsgegevens aan derde op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Artsen hebben op grond van hun beroep een geheimhoudingsplicht.¹⁴² Dit wordt ook wel het medisch beroepsgeheim genoemd. Dit medisch beroepsgeheim heeft nadere invulling gekregen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).¹⁴³

¹⁴⁰ College bescherming persoonsgegevens, 'informatieblad 33A: geheimhouding van medische gegevens', februari 2011.

¹⁴¹ Artikel 4 WKCZ; slotbepaling Wkkgz.

¹⁴² Zie artikel 88 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (hierna: Wet BIG).

¹⁴³ Zie artikel 7:457 WGBO.

Het medisch beroepsgeheim houdt in dat een hulpverlener geen gegevens over de patiënt aan derden mag verstrekken. Hierop gelden een aantal uitzonderingen. Het medisch beroepsgeheim mag allereerst doorbroken worden met toestemming van de patiënt. Daarnaast mogen medische gegevens uitgewisseld worden met een andere hulpverlener die direct bij de behandeling is betrokken. Een derde uitzondering geldt indien er sprake is van een wettelijk voorschrift dat voorschrijft dat inzage in het medisch dossier noodzakelijk is. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de Wet op de Lijkbezorging of de Wet op de Publieke Gezondheid. Ook kan een arts in een conflict van plichten raken waardoor van hem niet verlangd kan worden dat hij het medisch beroepsgeheim naleeft. Hierbij kan gedacht worden aan een melding van kindermishandeling. Dit is een dergelijk zwaarwegend belang dat doorbreking van het medisch beroepsgeheim gerechtvaardigd is. En de laatste uitzondering kan gevonden worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek waarvoor patiëntgegevens noodzakelijk zijn. Deze laatste uitzonderingsgrond kan relevant zijn voor een eventueel vervolgonderzoek naar aanleiding van dit onderzoek. Hieronder zal daarom kort in worden gegaan op de criteria waaraan moet worden voldaan om het medische beroepsgeheim te doorbreken voor wetenschappelijk onderzoek.

De voorwaarden om het medisch beroepsgeheim te kunnen doorbreken in het kader van wetenschappelijk onderzoek zijn opgesomd in de WGBO.¹⁴⁴ Het onderzoek moet een algemeen belang dienen. Daarnaast moet het onderzoek zonder deze medische gegevens niet kunnen worden verricht. Ten derde moet de patiënt geen uitdrukkelijk bezwaar hebben gemaakt tegen de verwerking van zijn medische gegevens. En er moet sprake zijn van een van de twee in de wet genoemde situaties. Toestemming vragen is redelijkerwijs niet mogelijk op gronden, gelegen in de persoon wiens gegevens het betreft. Het onderzoek dient nu zo uitgevoerd te worden dat de privacy zo min mogelijk wordt geschaad. Of toestemming vragen kan in redelijkheid niet worden verlangd vanwege de aard van het onderzoek. In dit geval moeten de gegevens zodanig worden gecodeerd, dat de onderzoeker de gegevens niet kan herleiden tot de patiënt.

De Wet bescherming persoonsgegevens regelt het verstrekken van persoonsgegevens aan derden. Allereerst bepaalt artikel 9 lid 4 Wbp dat verwerking van persoonsgegevens achterwege moet blijven voor zover een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift daaraan in de weg staat. Vervolgens legt artikel 12 lid 2 Wbp aan een ieder op wie niet een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift rust een verplichting tot zwijgen op ten aanzien van de persoonsgegevens waarvan hij of zij kennis neemt. Ook moet gewezen worden op het verbod van artikel 16 Wbp om gevoelige gegevens te verwerken. Onder gevoelige gegevens moeten, aldus artikel 21 Wbp, ook gegevensbetreffende iemands gezondheid worden verstaan. In sommige gevallen mag deze geheimhoudingsplicht doorbroken worden, zoals bijvoorbeeld voor een strafrechtelijk onderzoek of voor een wetenschappelijk onderzoek.

Geconcludeerd kan worden dat er in principe een geheimhoudingsplicht geldt voor de klachtcommissie respectievelijk de klachtfunctionarissen op grond van de wet. De wet biedt de mogelijkheid om deze geheimhouding te doorbreken als hiervoor een wettelijke basis is of indien het uit de taak van de klachtbehandelaar voortvloeit. Aanknopingspunten voor een wettelijke basis zouden gevonden kunnen worden in de uitzonderingsgronden die gelden voor het medisch beroepsgeheim wanneer het om medische gegevens gaat. Voor persoonsgegevens zouden aanknopingspunten gevonden kunnen worden in de Wbp. Beide aanknopingspunten bieden als uitzonderingsgrond wetenschappelijk onderzoek. Hierbij dient opgemerkt te

¹⁴⁴ Zie artikel 7:458 WGBO.

worden dat hieraan strikte voorwaarden zijn verbonden. Dit is een relevante uitzonderingsgrond voor eventueel vervolgonderzoek over dit thema.

4.3 Uitkomsten van het veldonderzoek

Het is belangrijk om een schifting te maken tussen migrantensleutelfiguren die weten wat er onder hun achterban leeft en migranten die daadwerkelijk een klacht hebben ingediend. Migrantensleutelfiguren ervaren dat hun achterban wel klachten heeft, maar deze niet uit. Vragen die hier bijvoorbeeld een rol spelen zijn: waarom klagen zij niet, wat doen zij dan wel met hun klachten? Migranten die hun klachten hebben geuit, kunnen meer informatie verschaffen over de daadwerkelijke gang naar de klachtinstanties. Zij kunnen meer inzicht geven in de informatievoorziening over de te volgen klachtprocedure, het verloop van de procedure en problemen die zij ondervinden bij het uiten van hun klacht.

4.3.1 Migrantensleutelfiguren

4.3.1.1 Omvang

Uit de interviews met migranten sleutelfiguren kwam naar voren dat er onder hun achterban verschillende klachten leven, maar dat zij niet goed weten wat zij daarmee moeten doen. Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg vertelt:

'Ik woonde een bijeenkomst van 100 soorten kanker georganiseerd vanuit Pharos bij en daar vertelde een migrant dat zij met verschillende gezondheidsklachten naar haar huisarts was gegaan, maar steeds met paracetamol naar huis werd gestuurd. Uiteindelijk bleek dat zij had.. Meerdere migranten in deze groep bleken klachten te hebben over dezelfde huisarts, maar allen bleven zij bij de huisarts en deden niks met hun klachten.'

Afifa van Stichting de Bloem vertelt een soortgelijk verhaal:

'Ik ken niemand die een klacht over haar huisarts heeft ingediend, maar er zijn genoeg vrouwen die naar mij toekomen met hun onvrede over de huisarts.'

4.3.3 Aard

De algemene indruk die naar voren komt uit deze interviews is dat migranten veel problemen ondervinden in hun relatie met de huisarts. Deze hebben veelal betrekking op de communicatie met en de bejegening door de huisarts. Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg Rotterdam vertelt:

'Migranten blijven klagen: mijn huisarts, slechte man, slechte man. Hij niet luisteren.'

4.3.1.2 Knelpunten

Onbekendheid met het klachtrecht

Een grote groep migranten is onbekend met het klachtrecht. Vooral eerste generatie migranten hebben geen besef van het feit dat er zoiets bestaat als het klachtrecht. Dit heeft te maken met meerdere factoren. Zij hebben moeite om het systeem van de gezondheidszorg in Nederland te snappen, omdat dit veelal niet overeen komt met het systeem dat zij kennen vanuit hun

geboorteland. Daarnaast kijken zij vanuit hun culturele en religieuze opvattingen op tegen geneesheren en zullen niet gauw geneigd zijn weerwoord te geven. Er bestaat in hun cultuur dan ook niet zoiets als het klachtrecht. Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg Rotterdam vertelt:

'De eerste generatie ziet de geneesheer en dus de huisarts als een hooggeplaatst persoon. Dit is ingegeven door culturele en religieuze aspecten.'

Door deze onbekendheid maken zij ook weinig gebruik van het klachtrecht. Immers, waar men geen weet van heeft, kan men ook geen gebruik van maken. Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg Rotterdam vertelt:

'Migranten maken weinig gebruik van het klachtrecht, omdat zij simpelweg niet weten dat er zoiets is als een klachtrecht.'

Ook Afifa van Stichting de Bloem in Amsterdam vertelt dat haar achterban weinig weet over het klachtrecht:

'Vrouwen komen tijdens de bijeenkomsten naar mij toe en vertellen over hun onvrede met de huisarts, maar beseffen zelf niet dat ze daar ook iets mee kunnen of anders gezegd: zij weten niet dat er zoiets is als een klachtrecht om je onvrede te uiten.'

Toch is er ook een andere groep die de klachtinstanties wel weet te vinden. Hier gaat het voornamelijk om tweede en derde generatie migranten die meer deelnemen in de samenleving. Zij volgen een opleiding en zij zijn bekend met internet. Daardoor zijn zij beter in staat om zelf op onderzoek uit te gaan wanneer zij kampen met onvrede ten aanzien van hun huisarts. Ook zijn zij vaak wat assertiever ingesteld. Dit blijkt uit de interviews met de respondenten die door Clientbelang Amsterdam zijn aangedragen: er zijn migranten die de klachtinstanties weten te vinden. Tevens blijkt dit uit de oordelen van het College voor de Rechten van de Mens. Uit deze oordelen blijkt dat er vaak al langer is geprocedeerd over de onderliggende klacht voordat de klacht werd voorgelegd aan het College.¹⁴⁵

Ontoereikende informatievoorziening

De onbekendheid met het klachtrecht hangt samen met de ontoereikende informatievoorziening over het klachtrecht. Huisartsen verstrekken weinig informatie over het klachtrecht aan hun patiënten. Er is vaak geen informatie aanwezig in de praktijk, zoals folders, posters of informatiebrochures. Saida van Stichting de Bloem merkt op tijdens het interview:

'Ook ik (als tweede generatie migrant) zou niet weten waar ik met mijn klacht naar toe moet als ik puur en alleen zou moeten afgaan op de informatie die beschikbaar is bij de huisarts. Naar mijn weten heb ik nog nooit een poster of folder in de huisartsenpraktijk gezien.'

¹⁴⁵ Oordeel College voor de Rechten van de Mens 2002-194. Oordeel College voor de Rechten van de Mens 2006-69.

De verschillende klachtinstanties hebben wel informatie beschikbaar op hun website over hun werkwijze en de te volgen procedure. Echter, voor de eerste generatie migranten is het moeilijk om hun weg te vinden op internet. Met behulp van hun kinderen is dit veelal wel mogelijk. Afifa van Stichting de Bloem vertelt hierover:

‘Migranten stappen wel met hun klachten naar hun kinderen toe met soms de vraag of zij voor hen een klacht willen indienen. Echter, hun kinderen krijgen het steeds drukker met studie of een baan en hebben niet altijd meer tijd om dit voor hun ouders te doen.’

Taalbarrière

Met name voor de eerste generatie migranten speelt de taalbarrière een rol om niet te klagen. Zij zijn veelal de Nederlandse taal niet voldoende machtig om hun onvrede uit te kunnen drukken. Het op schrift stellen van hun klacht vormt ook een probleem. Alleen met behulp van hun kinderen zijn zij in staat om zichzelf op de gewenste manier uit te drukken, maar deze hebben het steeds drukker. Tevens is deze afhankelijkheid vaak belastend voor zowel de eerste generatie als de tweede generatie. De eerste generatie is hierdoor niet meer in staat om zelfredzaam te zijn.¹⁴⁶

De informatie die beschikbaar is over het klachtrecht is buiten het feit of hij vindbaar is voor de eerste generatie migrant, veelal ook moeilijk om te begrijpen. Het zijn vaak grote stukken tekst in formeel Nederlands en soms zelfs in juridisch jargon.

Culturele en religieuze barrières

Naast een taalbarrière spelen er ook culturele en religieuze barrières een rol om niet te klagen bij de huisarts of een daartoe bestemde klachtinstantie. Dit is voornamelijk gelegen in het feit dat migranten vanuit hun culturele en religieuze perceptie opkijken tegen een geneesheer. Afifa van Stichting de Bloem vertelt hierover:

‘In Marokko bestaat er niet zoiets als het klachtrecht. In Marokko is de arts superieur.’

Daar komt bij dat de huisartsengeneeskunde anders is geregeld in hun land van herkomst of soms niet eens bestaat.¹⁴⁷ Daarnaast heeft de huisarts niet altijd voldoende inzicht in de cultuur en religie van de migranten patiënt. Niet uit desinteresse, maar puur vanwege het feit dat zij niet bekend zijn met de leefgewoonten en verwachtingen van migranten patiënten.¹⁴⁸

Ook speelt hier nog een ander probleem. Veel migranten ervaren spreken over een bepaalde gezondheidsklacht als een taboe. Zij schamen zich voor bepaalde onderwerpen, waardoor zij hun klacht voor zich houden. Hier ligt echter ook een taak voor de huisarts: hij moet meer inzicht krijgen in de cultuur van zijn patiënten kring en zou in sommige situaties beter moeten doorvragen.

Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg Rotterdam stelt hierover:

‘De huisarts zou culturele inzichten moeten hebben in de verschillende achtergronden die bij hem in zijn praktijk komen.’

¹⁴⁶ Clientbelang Amsterdam, 2002.

¹⁴⁷ Clientbelang Amsterdam, 2002.

¹⁴⁸ Clientbelang Amsterdam, 2002.

Andere factoren

Er zijn ook nog andere factoren die een rol spelen bij het niet uiten van hun klacht. Een lage opleiding is een van deze factoren. Veel eerste generatie migranten hebben niet of nauwelijks een opleiding genoten. Door hun lage sociaaleconomische status hebben zij moeite met het uiten van hun klachten. Dit is overigens niet alleen het geval bij migranten, maar dit geldt ook voor autochtonen.

Naast deze factor speelt ook leeftijd een rol. De eerste generatie migranten heeft meer moeite met het uiten van hun klacht, dan bijvoorbeeld de tweede of derde generatie migranten. Deze laatst genoemde groepen draaien volwaardig mee in de samenleving: zij volgen een opleiding, werken en maken veel gebruik van internet. Door deze participatie in de maatschappij zijn zij vaak mondiger en weten beter hun weg te vinden naar de klachtinstanties. Dit geldt overigens ook voor de oudere autochtonen.

4.3.1.3 Gevolgen van het niet uiten van klachten

Ten eerste blijven veel migranten met hun klachten zitten. Het gevolg is dat veel migranten binnenskamers klagen tegen hun kinderen, familie en vrienden.

Dit kan tevens gevaarlijke situaties opleveren, zoals blijkt uit een voorbeeld dat Afifa van Stichting de Bloem geeft:

‘Migranten spiegelen hun eigen geval aan het geval van andere migranten. Migrant A heeft hoofdpijn en migrant B ook. Migrant A krijgt medicijn X voorgeschreven en migrant B krijgt niks voorgeschreven. Migrant B meent dat hij medicijn X ook wel kan gaan gebruiken, terwijl dat wellicht voor zijn klachten niet helpt of voor migrant B niet de goede keuze blijkt te zijn.’

Ten tweede is er een groep migranten die de huisarts niet meer bezoekt of die zelfs weggaat bij de huisarts zonder aantoonbare reden. Door de huisarts niet meer te bezoeken kan het zijn dat diagnoses gemist worden en dat mensen blijven doorlopen met hun klachten. Indien zij weggaan bij de huisarts is het goed mogelijk dat zij geen nieuwe huisarts zoeken. Tevens is het een gemiste kans om de klacht niet bespreekbaar te maken en daarmee de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

4.3.1.4 Middelen en materialen om deze knelpunten weg te nemen

Ten eerste moet er informatie beschikbaar komen zodat migranten geattendeerd worden op hun klachtrecht. Dit moet specifiek afgestemd zijn op hun belevingswereld en bevattingsvermogen. Pictogrammen en niet te veel tekst zijn veel gehoorde ideeën voor geschikt informatiemateriaal. Saida van Stichting de Bloem in Amsterdam vertelt:

‘Een informatieblad bij de huisarts over het klachtrecht zou een waardevol instrument zijn. Dit informatieblad moet niet van te veel tekst zijn voorzien, want dat schrikt af. Pictogrammen en plaatjes zijn meer geschikt voor onze doelgroep.’

Ook wordt een soort van consuwijzer, maar dan voor het klachtrecht als een optie gezien. Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg Rotterdam vertelt:

‘Ik vind de consuwijzer van de consumentenbond een erg handig instrument om de weg te weten. Een klachtwijzer zou een goede equivalent zijn om het klachtrecht onder de aandacht te brengen.’

Ten tweede worden voorlichtingen over klachtrecht op prijs gesteld. Een voorlichter zou in een dergelijk bijeenkomst het klachtrecht kunnen toelichten en het belang ervan aanstippen. Eveneens zou deze iets kunnen vertellen over de verschillende instanties die zich met klachttopvang bezighouden en ook aangeven welke instanties ondersteuning kunnen bieden bij het indienen van een klacht.

Ten derde zouden huisartsen en klachtfunctionarissen geschoold kunnen worden in cultuur sensitief werken zodat zij de patiënt beter begrijpen en in staat zijn om klachten in perspectief te zien.

Fadua van Voorlichters Gezondheidszorg Rotterdam vat in een zin mooi samen wat een klachtfunctionaris zoals verplicht gesteld in de nieuwe wetgeving moet weten over migranten patiënten:

'Deze functionaris moet cultuursensitief kunnen werken!'

4.3.2 Migranten die een klacht hebben ingediend

4.3.2.1 Inhoud klacht

Zoals hierboven al aangegeven zijn er via Clientbelang Amsterdam twee migranten benaderd die een klacht hebben ingediend bij een of meerdere klachtinstanties. Uit deze interviews bleek dat hun klachten qua inhoud vaak tweeledig waren. De communicatie en bejegening waren in de ogen van de migranten niet naar behoren. De ene klacht had verder betrekking op de een medisch-technisch onderdeel van de behandeling en de andere klacht had betrekking op de betalingsaspecten van de zorg.

4.3.2.2 Instanties

Beide cliënten hebben de klacht eerst kenbaar gemaakt aan de huisarts. Toen deze in hun ogen hun klacht niet naar behoren afhandelde, zijn beide cliënten naar Clientbelang Amsterdam gestapt. Een van hen heeft ook de stap genomen naar de Klachtcommissie Huisartsenzorg Amsterdam. Beiden hebben ook een klacht ingediend bij het Tuchtcollege in Amsterdam.

4.3.2.3 Knelpunten bij het uiten van hun klacht

Ontoereikende informatievoorziening

Beide migranten geven aan dat de informatievoorziening ontoereikend was. Zij moesten zelf informatie over het klachtrecht opzoeken, omdat deze niet door de huisarts of in de huisartsenpraktijk werd verstrekt. Doordat de geïnterviewde personen tot een assertieve groep migranten behoren die de taal machtig zijn, is het voor hen mogelijk om zelf op onderzoek uit te gaan.

Andere factoren

Naast de ontoereikende informatievoorziening spelen andere factoren een rol die voor deze migranten belemmerd werken bij het uiten van hun klacht.

De communicatie en bejegening door de verschillende klachtinstanties wordt als een probleem beschouwd door een van hen. Er wordt in de ogen van de geïnterviewde onvoldoende rekening gehouden met de afhankelijk positie waarin de patiënt verkeerd ten

opzichte van de huisarts. Daarnaast spelen psychische problemen een rol om de klacht zelfstandig te kunnen uiten.

4.3.2.4 Middelen en materialen om deze knelpunten weg te nemen

De ontoereikende informatievoorziening wordt als grootste knelpunt ervaren. De informatievoorziening rondom het klachtrecht zal verbeterd moeten worden. Ten eerste zal deze informatie beschikbaar moeten worden gesteld in de huisartsenpraktijk. De huisarts kan deze informatie zelf verstrekken; zijn assistente kan deze taak op zich nemen en er kunnen folders of posters in de praktijk aanwezig zijn. Daarnaast moet deze informatie niet alleen beschikbaar zijn, maar ook begrijpelijk en overzichtelijk zijn.

Ten tweede zou de informatie over en van de klachtinstanties beter kenbaar moeten zijn. Patiënten moeten weten naar welke instanties zij kunnen gaan met hun klacht indien een gesprek met de huisarts niet tot een bevredigend resultaat leidt.

4.3.3 Klachtinstanties

Zoals al eerder aangegeven in dit hoofdstuk is het lastig om inhoudelijk iets over de klachten te zeggen die bij de verschillende klachtinstanties binnenkomen, omdat zij niet registreren op etniciteit. De data die beschikbaar zijn over de klachten die binnenkomen bij de verschillende instanties op basis van de jaarverslagen zijn al in het vorige hoofdstuk aan bod gekomen en zullen hier niet nogmaals worden besproken. Omdat het College voor de Rechten van de Mens wel op etniciteit registreert, zal hieronder inhoudelijk worden ingaan op deze oordelen.

4.3.4 Oordelen College voor de Rechten van de Mens

4.3.4.1 Inhoud klacht

In het eerste oordeel van het College voor de Rechten van de Mens wordt geklaagd dat de bejegening van de huisarts ten aanzien van zijn patiënte als discriminatoir moet worden aangemerkt.¹⁴⁹ De huisarts bejegt patiënte anders vanwege haar niet-westerse afkomst en verwijst haar niet door naar een medisch specialist. De huisarts zou patiënte hebben gediscrimineerd, afgeblaft en eer verlagend hebben bejegend. Deze klacht heeft met name betrekking op de bejegening door de huisarts.

In het tweede oordeel van het College voor de Rechten van de Mens wordt ook geklaagd over de communicatie en bejegening door de huisarts.¹⁵⁰ Volgens de klager wilde de huisarts geen informatie verschaffen aan de klager over de behandeling van zijn zoon door dezelfde huisarts, omdat hij een andere nationaliteit bezit. Tevens heeft hij voor sommige behandelingen geen toestemming aan de vader gevraagd vanwege dezelfde reden.

4.3.4.2 Beoordeling van de klacht

Beide klachten werden niet als discriminatoir aangemerkt. Er waren onvoldoende concrete voorbeelden waaruit bleek dat de huisarts discriminerend tegen zijn patiënten was opgetreden. De bejegening vond plaats volgens dezelfde maatstaven als bij een Nederlandse patiënt. Uit de eerste casus blijkt dat de huisarts zelfs extra tijd heeft ingeruimd voor de patiënt en bijscholing heeft gevolgd.¹⁵¹ Ook heeft hij meerdere malen doorverwezen naar een medisch

¹⁴⁹ Oordeel College voor de Rechten van de Mens, 2002-194.

¹⁵⁰ Oordeel College voor de Rechten van de Mens, 2006-69.

¹⁵¹ Oordeel College voor de Rechten van de Mens, 2002-194.

specialist, ook al was dit wellicht vanuit zijn professionele standaard niet eens meer noodzakelijk.

4.4 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat het lastig is om concreet iets te zeggen over het klachtgedrag van migranten. Dit heeft te maken met het feit dat klachtinstanties niet registreren op etniciteit en te maken hebben met een beroepsgeheim. Daardoor is het moeilijk om kwantitatieve gegevens te verzamelen. Toch is het echter zo dat klachtinstanties wel mogen registreren op etniciteit, mits zij het niet registreren als persoonsgegevens¹⁵² of indien er koppeling van systemen plaatsvindt. Ook is het mogelijk om een beroep te doen op een van de uitzonderingsgronden van uit de Wet Bescherming Persoonsgegevens: het voorkeursbeleid. Uit de DOSA-casus blijkt dat hieraan strikte voorwaarden zijn gesteld. Wat betreft de doorbreking van de geheimhoudingsplicht ligt hier een mogelijkheid indien er sprake is van wetenschappelijk onderzoek.

De kwalitatieve gegevens vloeien voornamelijk voort uit de interviews die zijn afgenomen onder de migranten doelgroep aangevuld met literatuurstudie. Hierbij dient een onderscheid gemaakt te worden tussen de gegevens van de migrantensleutelfiguren en de migranten die een klacht bij een of meerdere klachtinstanties hebben ingediend. De migrantensleutelfiguren vertellen dat er veel klachten leven onder hun achterban, maar dat zij niet bekend zijn met de mogelijkheid tot klagen. Ook weten zij niet waar zij met hun klachten naar toe kunnen gaan. Dit heeft te maken met verschillende factoren. Hierbij spelen een taalbarrière, culturele barrières en religieuze barrières spelen een rol. Ook de leeftijd en opleiding van de migrant speelt hierbij een rol. De eerste generatie migranten ondervindt de grootste problemen. Maar dit geldt ook voor oudere generatie Nederlandse patiënten. Het belangrijkste knelpunt is gelegen in de informatievoorziening omtrent het klachtrecht. Deze is ontoereikend. Dit geldt ook voor de migranten die wel assertief genoeg zijn om een klacht in te dienen bij een of meerdere klachtinstanties. Migrant die wel een klacht hebben ingediend bij een van de verschillende instanties geven aan dat hun klacht meestal te maken had met de bejegening door en communicatie met de huisarts al dan niet gecombineerd met andere aspecten van de zorgverlening.

Een dergelijke schets blijkt ook uit de oordelen van het College voor de Rechten van de Mens.

¹⁵² Persoonsgegevens zijn alle gegevens die te herleiden zijn tot een individueel persoon.

5. Conclusies

5.1 Klachtrecht algemeen

Het klachtrecht in de gezondheidszorg staat al geruime tijd ter discussie. Het is een wirwar van procedures, instanties en het is per beroepsgroep in de zorg verschillend geregeld. De implementatie van het klachtrecht in de praktijk verloopt soms moeizaam.

Bij huisartsen is de organisatiestructuur van het klachtrecht versnipperd. Verschillende instanties werken naast elkaar: de zogenaamde IKG bieden informatie, advies en ondersteuning, maar vervullen daarnaast soms ook een bemiddelende rol. In sommige huisartsenposten of gezondheidscentra zijn eigen klachtfunctionarissen of –bemiddelaars aanwezig. De klachtcommissies zijn wel centraal, per district, geregeld door de Landelijke Huisartsenvereniging.

Met de nieuwe wetwijziging wordt niet langer een klachtcommissie wettelijk verplicht gesteld, maar een klachtfunctionaris. Hoe dit in de praktijk zal uitwerken is nog maar de vraag. Worden de nu bestaande klachtfunctionarissen opgezadeld met deze nieuwe taak en hebben zij daartoe voldoende toereikende middelen in bezit? Blijven de klachtcommissies naast deze klachtfunctionarissen bestaan of verdwijnen zij? Hoe krijgen de verplicht gestelde geschilleninstanties vorm?

5.2 Nederlandse patiënten en het klachtrecht

Door de patiënt worden klachtcommissies weinig gevonden. Nederlandse patiënten vinden het prettig om op een laagdrempelige, informele manier hun klacht kenbaar te kunnen maken. Volgens hen biedt het bespreken van de klacht met de huisarts het beste resultaat. De Nederlandse patiënt lijkt weinig behoefte te hebben aan een meer formele benadering van klachten.

In de nieuwe wetgeving is hierbij aansluiting gezocht door niet langer een klachtcommissie per zorgaanbieder verplicht te stellen, maar een klachtfunctionaris per zorgaanbieder.

5.3 Kwantitatief onderzoek gebruik klachtrecht door migranten

Er is weinig bekend over de omvang en de aard van de klachten die door migranten zijn ingediend over de huisarts. Dit komt doordat klachtinstanties niet registreren op etniciteit. Daarnaast beroepen zij zich op hun geheimhoudingsplicht. Ondanks dat het wel mogelijk is om te registreren op etniciteit en het in sommige gevallen geoorloofd is om de geheimhoudingsplicht te doorbreken, gebeurt dit nog nauwelijks bij de verschillende instanties. Dit heeft te maken met het feit dat er bij organisaties soms een gebrek aan behoefte bestaat om te registreren op etniciteit. De enige instantie die registreert op etniciteit is het College voor de Rechten van de Mens. Hier zijn enkele gevallen bekend van klachten die migranten hebben geuit over hun huisarts. De klachten hadden vooral betrekking op de communicatie met de huisarts en de bejegening door de huisarts.

5.4 Kwalitatief onderzoek gebruik klachtrecht door migranten

Migranten daarentegen geven wel dat zij met klachten zitten, maar niet weten wat zij hiermee moeten doen. De eerste generatie is veelal in zijn geheel niet bekend met het klachtrecht. Tweede en derde generatie migranten zijn er meestal wel bekend mee, maar zij vinden de informatievoorziening niet toereikend. Over het algemeen maken migranten weinig gebruik

van het klachtrecht vanwege onwetendheid, angst of schaamte. Andere redenen die genoemd worden zijn het ervaren van een taalbarrière, een culturele barrière of religieuze barrière of een ontoereikende informatievoorziening. Daarnaast spelen ook andere aspecten een rol, zoals leeftijd en opleiding. Uiteraard zijn er wel migranten die gebruik maken van het klachtrecht. Maar ook zij ervaren knelpunten bij het uitoefenen van hun klachtrecht. Deze knelpunten zijn met name gelegen in de informatie die beschikbaar is over het klachtrecht.

5.5 Gevoelige materie

Tijdens het onderzoek blijkt het onderwerp klachtrecht bij huisartsen gevoelig te liggen. Zij vinden het lastig om over dit onderwerp te praten en naar buiten te treden. Zij verlenen hulp aan individuele patiënten en kennen hiervoor een geheimhoudingsplicht. Deze terughoudendheid is ook merkbaar bij klachtencommissies en klachtfunctionarissen.

6. Aanbevelingen

6.1 Beleidsmakers

Beleidsmakers zouden na het tot stand komen van wetgeving moeten inspelen op de behoeften van kwetsbare groepen, zoals migranten. Zij kunnen op deze manier voorkomen dat migranten op achterstand komen en niet volledig gebruik kunnen maken van hun rechten. De vraag die hierbij rijst is welke instrumentarium is daarvoor beschikbaar en welke is hiervoor het meest geschikt?

6.2 Wetenschap en kenniscentra

Voor de wetenschap en kenniscentra ligt bij dit onderwerp de taak om nader onderzoek te verrichten, omdat dit slechts een verkennend onderzoek is. Zij zouden voornamelijk nader onderzoek moeten verrichten naar de aard en de omvang van het gebruik van het klachtrecht door migranten. Uiteraard zal de klachtinfrastructuur binnen de zorg aanpassingen moeten ondergaan om dit mogelijk te maken.

6.3 Klachtinfrastructuur binnen de zorg

Om meer inzicht te krijgen in de omvang en aard van het klachtgedrag van migranten moeten er aanpassingen worden gedaan aan de klachtinfrastructuur binnen de zorg. Klachtinstanties zullen moeten gaan registreren op etniciteit, nu de wet daar mogelijkheden toe biedt. Ook zullen zij gegevens moeten verstrekken aan de hierboven genoemde groep van wetenschappers en kenniscentra om hun onderzoek te kunnen verrichten. De wet biedt immers een uitzondering als het gaat om het verstrekken van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek.

Daarnaast moet het thema bespreekbaar worden gemaakt binnen de klachtinfrastructuur, zodat er cultuursensitief beleid binnen deze organisaties kan worden gevoerd.

6.4 Migrantenorganisaties, welzijnsorganisaties en kenniscentra

Daarnaast is het belangrijk dat migrantenorganisaties en welzijnsorganisaties migranten bekend maken met hun klachtrecht in de zorg. Ook dienen zij migranten te stimuleren om hier gebruik van te maken. Een expertisecentrum, zoals Pharos, zou hier ook aandeel in moeten hebben: zij kunnen methodieken en materialen ontwikkelen om migranten te informeren over het klachtrecht en te stimuleren om hier gebruik van te maken.

Literatuur

Berkum, M.T.M., van en Smulders, E.M.C. (2010), *Migranten, preventie en gezondheidszorg*. Utrecht: Stichting Pharos.

Bomhoff, M., Paus, N., Friele, R. (2013), *Klagen in de eerstelijns? Onderzoek naar klachten, klachtenervaringen en –verwachtingen bij de huisarts, de tandarts en de fysiotherapeut*. Utrecht: NIVEL.

Bouwman, R., Bomhoff, M., Friele, R. (2012), *Kennisvraag: vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012*. Utrecht: NIVEL.

Brabers, A.E.M., Reitsma-van Rooijen, M., Jong, J.D. de (2012). *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL.

CBO, 2009. *Dit nooit meer*.

CBO, 2004. *Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg*.

Clientbelang Amsterdam (2002), *De dokter begrijpt het niet*.

College bescherming persoonsgegevens (2011). *Informatieblad 33A: 'geheimhouding van medische gegevens*.

Dane A., Lindert, H. van en Friele R.D. (2000). *Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

Devillé, W. (2009). *Diversiteit in de gezondheidszorg: de migrant als klant*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.

Diversiteit en participatie in zorg en onderzoek, *Mediator special*, ZonMw, 2011.

Draak, M. den, Hosper, K., Kosec H. en Wieringen, J. van (2012). *Migratie en gezondheid – Feiten en cijfers*. Utrecht: Stichting Pharos.

Dorgelo, A., Pos, S. en Kosec H. (2013). *Handreiking patiëntenparticipatie van migranten in onderzoek, kwaliteit en beleid*. Utrecht: Stichting Pharos.

Friele, R.D., Albada, A., Sluijs, E.M. (2006). *Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg: een overzichtsstudie*. Utrecht: NIVEL.

Friele, R.D., Kruikemeier, S., Rademakers, J.J.D.J.M., Coppen, R. (2013). *Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective*. Utrecht: NIVEL.

Friele, R.D. & Sluijs, E.M. (2005). *Vervolgonderzoek evaluatie WKCZ: klagende patiënt wil weten wat er gebeurt om herhaling te voorkomen*. Utrecht: NIVEL.

Friele, R.D. & Sluijs, E.M. (2004). *Onvrede over de klachtbehandeling onder de WKCZ*. Utrecht: NIVEL.

Friele, R.D. & Sluijs, E.M. (2004). *Klagers en klachtenbehandeling nog geen perfecte match*. Utrecht: NIVEL.

Friele, R.D., Ruiter, C. de, Wijmen, F. van, Legemaate, J. (1999). *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*, Den-Haag: ZorgOnderzoek Nederland.

Graaff & Eitjes (2004), *'Participatie van allochtonen in de gezondheidszorg'*, Den-Haag: Mutant.

Gruijter, M. de, Vliet, K. van, & Bulsink, D. (2010). *Healthy inclusion: aanbevelingen voor participatie van migranten in gezondheidsbevordering*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Hart-Zwart, P., van der (2013). *Gedeelde zorg voor bestuurder en arts om kwaliteit gezondheidszorg*, KZi.

Hermans, H.E.G.M. & Buijsen, M.A.J.M. (2012). *Recht en gezondheidszorg*. Amsterdam: Reed Business.

Jaarverslag Clientbelang Amsterdam, 2013.

Jaarverslag Clientbelang Amsterdam, 2012.

Jaarverslag Klachtcommissie Huisartsen Amsterdam, 2012.

Jaarverslag Regionaal Tuchtcollege, 2012.

Jaarverslag Zorgbelang Zuid-Holland, 2011.

Jansen, L. (2011). *Notitie over het verwerken van persoonsgegevens over ras, etniciteit en nationaliteit*. Amersfoort: CJG.

Kamerbrief Minister VWS, *Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'*, 08/02/2013.

Kastelein, W.R. (2010). *Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

KNMG, 2013. *Standpunt Wkkgz*.

Kosec, H., Hopser, K., Wieringen, J. van, Tuk, B., Muijsenberg, M., van den en Schoevers, M. (2011), *Migratie en gezondheid – Feiten en cijfers*. Utrecht: Stichting Pharos.

Kruikemeier, S., Coppen, R., Friele, R.D. (2009). *Patients' experience on complaint handling; a comparison between Complaint Committees and Disciplinary Boards*. Utrecht: NIVEL.

Kruikemeier, S., Coppen, R., Rademakers, J., Friele, R.D. (2009). *Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

Leenen, H.J.J. & Gevers, J.K.M. (2010). *Handboek gezondheidsrecht deel I: rechten van de mens in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum

Legemaate, J. (2013) *Nieuwe wetgeving over het klachtrecht: winst of verlies?*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, jaargang 37, nummer 5.

Lekkerkerk, T. (2013). *Meldactie 'klachten en klachtenregelingen'*. Utrecht: NPCF.

NPCF, 2013. *Brief aan Tweede Kamer omtrent Wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg*.

NPCF, 2013. *Amendementen wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg gericht aan Tweede Kamer*.

Pelt, K. van, Singels L., Laar, K. van de (2011). *Handreiking participatie allochtonen in de gezondheidsbevordering*, Utrecht :NIGZ.

Roset, B., Stronks, K., Sixma, H., Rademakers, J. en Arah, O. (2008). *Item non-respons bij CQI onderzoek onder patiënten van allochtone afkomst*. TSG, jaargang 86, nummer 8.

Sluijs, E.M., Friele, R.D. (2003). *Onvrede over klachtenbehandelingen in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector*. Utrecht: NIVEL.

Sluijs, E.M., Friele, R.D., Algera, M. (2002). *Onvrede met de klachtbehandeling: fase I: factoren die mogelijk een rol spelen bij onvrede van cliënten over de klachtbehandeling in het kader van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)*. Utrecht: NIVEL.

Sluijs, E.M., Friele, R.D. en Hanssen, J.E. (2004). *De WKCZ-klachtbehandeling in ziekenhuizen: verwachtingen en ervaringen van cliënten: fase II: ervaringen van cliënten met de WKCZ-klachtbehandeling in ziekenhuizen vergeleken met hun verwachtingen ten aanzien van de klachtbehandeling en de werkwijze van de klachtencommissies*. Den-Haag: ZonMw.

Straten, G., Friele, R. (1997). *Klachten, klachtenbehandeling en rapportage over klachten: een inventariserend onderzoek over klachtenbehandeling en gegevensverstrekking aan de Inspectie in het kader van de wet Klachtrecht*, Utrecht: NIVEL.

Vliet, K., Gruijter, M. de en Bulsink, D. (2010). *Healthy inclusion: aanbevelingen voor participatie van migranten in gezondheidsbevordering*, Utrecht: Verwey Jonker Instituut.

Wet- en regelgeving

Wetten

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Wet van 14 december 1967, houdende algemene verzekering bijzondere ziekenkosten

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

Wet van 11 november 1993, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

Wet van 29 oktober 1992, tot vervanging van de Wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Burgerlijk Wetboek Boek 7. Titel 17, Afdeling 5.

Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector

Wet van 29 mei 1995, houdende regels ter zake van de behandeling van klachten van cliënten van zorgaanbieders op het terrein van de maatschappelijke zorg en gezondheidszorg

Wet bescherming persoonsgegevens

Wet van 6 juli 2000, houdende regels inzake de bescherming van persoonsgegevens

Zorgverzekeringswet

Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking

Kamerstukken

Kamerstukken II 199-1993, 23 040, nr. 3 Memorie van Toelichting.

Kamerstukken II 2012/13, 32 620, nr. 78.

Kamerstuk II 2013, 32 402 nr. 39.

Jurisprudentie

College bescherming persoonsgegevens

CBP, 2011-Z2009-000960.

College voor de Rechten van de Mens

Oordeel College voor de Rechten van de Mens 2002-194.

Oordeel College voor de Rechten van de Mens 2006-69

Overig

Rb Rotterdam, 08-10-1997, *Gids jurisprudentie gezondheidsrecht*, C97/15.

Bijlage 1: definities

Migranten:

Voor de definiëring van het begrip migranten wordt aansluiting gezocht bij de definitie die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) hanteert. Om dit begrip nader in te kleuren, wordt de definitie van Pharos hieraan gekoppeld. Enerzijds wordt aansluiting bij de definitie van het CBS gezocht, omdat dit een neutrale definitie is. Anderzijds houdt deze definitie geen rekening met de verschillen tussen mensen. Daarom wordt als aanvulling op deze definitie gekozen voor de definitie van Pharos.

De definitie van het CBS luidt als volgt:

‘Persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren.’

Het CBS maakt daarbij onderscheid tussen personen die zelf in het buitenland zijn geboren (de eerste generatie) en personen die in Nederland zijn geboren (de tweede generatie). Ook wordt onderscheid gemaakt tussen westerse en niet-westerse allochtonen. Een Westerse allochtoon is een allochtoon met als herkomstgroepering een van de landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, of Indonesië of Japan. Een niet-westerse allochtoon is een allochtoon met als herkomstgroepering een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije.

Standpunt Pharos:

‘Uiteraard bestaat ‘de’ migrant niet. Migranten vormen een zeer heterogene groep’ (Berkum & Smulders, 2010).

Patiëntenparticipatie:

Het begrip patiëntenparticipatie kan worden omschreven als:

‘Deelname van patiënten(organisaties) aan onderzoek, beleid en kwaliteit van zorg als partner naast wetenschappers, beleidsmakers en professionals op basis van hun ervaringsdeskundigheid’ (Dorgelo, Pos en Kosec 2013).

Klacht:

Bij de definitie van klacht wordt aansluiting gezocht bij de richtlijn van het CBO uit 2004.

De definitie luidt:

‘Elk naar voren gebracht bezwaar tegen het handelen of functioneren van een zorgaanbieder, komende van de gebruiker van deze zorgaanbieder.’

Het begrip klacht kent geen beperkingen ten aanzien van zijn uitingvorm, plaats van indiening, doel van de klager, inhoud of complexiteit.

Klachtrecht:

Het patiëntenrecht waaruit voortvloeit dat een patiënt het recht heeft om een klacht in te dienen tegen een zorgaanbieder waarvan deze zorg heeft ontvangen.

Bijlage 2: afkortingenlijst

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG-register	Beroepen Individuele Gezondheidszorg register
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
IKG	Informatie en Klachtenbureaus Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
OM	Openbaar Ministerie
PVP	Patiëntvertrouwenspersoon
Wet BIG	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
Wcz	Wet cliëntenrechten zorg
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
Zvw	Zorgverzekeringswet