

Overige mogelijkheden

Om te bereiken dat zorgkantoren meer gebruik maken van de 'overige' instrumenten, neemt de NZa in de prestatiemeting zorgkantoren de volgende aandachtspunten op:

- Gebruikt het zorgkantoor de rapportages van de IGZ bij het zorginkoopproces (met ingang van de prestatiemeting 2007 is dit al gerealiseerd) en bespreekt het de IGZ-rapportages en de daaraan gekoppelde verbeteracties altijd met de zorginstellingen?
- Heeft het zorgkantoor bij het vaststellen van de agenda van de raad van advies aandacht besteed aan aspecten die de consument direct raakt, zoals de kwaliteit van de AWBZ-zorg?

Monitoring

Voor het Algemeen rapport Uitvoering AWBZ door AWBZ-verzekeraars, de concessiehouders en het CAK-BZ³⁴ dat de NZa jaarlijks publiceert, brengt zij de prestaties van alle zorgkantoren afzonderlijk in beeld. Een belangrijk onderdeel van deze prestatiemeting is de uitwerking van de (NZa-)eisen in meetbare normen. Deze vertaalslag voert de NZa uit in samenspraak met stakeholders. Deze methodiek stimuleert zorgkantoren op ieder onderdeel maximaal te presteren. Door (meer) elementen op te nemen die betrekking hebben op vergroting van de invloed van consumenten op de kwaliteit van de AWBZ-zorg, wordt gestimuleerd dat zorgkantoren hier ook daadwerkelijk invulling aan geven.

Via het Algemeen rapport volgt de NZa in welke mate zorgkantoren gebruik maken van de mogelijkheden om de invloed van de consument op de kwaliteit van de AWBZ-zorg te vergroten.

De NZa hecht grote waarde aan het consumentenbelang en wil dat de organisaties die onder haar toezicht staan de consument centraal stellen. Daarom volgt de NZa de consumentgerichte prestaties van de concessiehouders kritisch.

Als een concessiehouder op belangrijke consumentenonderdelen van de prestatiemeting niet aan de eisen van de NZa voldoet, zal zij de concessiehouder hierop direct aanspreken. De NZa wacht hiermee niet tot de uitkomsten van de aangescherpte prestatiemeting bekend zijn en zij zal ook naar aanleiding van het onderzoek over 2007 zo nodig direct interveniëren.

³⁴ In dit rapport wordt nog gesproken van het CAK-BZ, dat per 1 september 2008 het CAK heet.

Bijlage 1. Context onderzoek

Kwaliteitskader Verantwoorde zorg

Een groot aantal partijen in de V&V-sector heeft gezamenlijk de documenten 'Verantwoorde zorg thuis' en 'Verantwoorde zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen' opgesteld. Hierin is opgenomen wat onder goede (verantwoorde) zorg wordt verstaan.^{35 36}

Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is opgesteld voor de V&V-sector. Voor zorginstellingen die actief zijn in de sectoren geestelijke gezondheidszorg en lichamelijk en verstandelijk gehandicaptenzorg volgen nog (vergelijkbare) eigen kwaliteitseisen.³⁷

Partijen hebben afgesproken dat de LOC-LPR leidend is bij het onderhoud van de indicatoren die cliëntervaringen meten.

Toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is vanaf het verantwoordingsjaar 2007 verplicht voor alle zorginstellingen die op grond van de WTZi zijn toegelaten. De IGZ ziet hierop toe. Ook moeten zorginstellingen elk jaar een vragenformulier van de IGZ over zorginhoudelijke kwaliteit invullen. De IGZ gebruikt de uitkomsten van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg als basis voor haar risicoanalyse. Zorginstellingen die slecht scoren bezoekt de IGZ frequenter dan instellingen die goed scoren.

Relatie kwaliteitskader Verantwoorde zorg en zorgkantoren

ZN heeft samen met de zorgkantoren een kader ontwikkeld voor de contractering en de zorginkoop 2008 (juli 2007), de 'Bouwstenen zorginkoop AWBZ'³⁸. Zorgkantoren zijn op dit moment bezig om het kwaliteitskader Verantwoorde zorg te vertalen naar het zorginkoopbeleid en integraal op te nemen in de overeenkomsten met zorginstellingen. Volgens de LOC-LPR hanteert een aantal zorgkantoren bij het inkoopbeleid het kwaliteitskader Verantwoorde zorg wel als uitgangspunt, maar stelt dit (nog) niet als absolute voorwaarde. Als zij uitgaan van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg krijgen zorginstellingen punten bij de aanbesteding. Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg telt dan wel mee bij de aanbesteding, maar niet zoveel als de LOC-LPR wenselijk vindt.

Relatie kwaliteitskader Verantwoorde zorg en zorginstellingen

Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg heeft een positieve invloed op de kwaliteit van AWBZ-zorg. Door de toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg ontstaat transparantie en competitie tussen

³⁵ Bij het opstellen van het document 'Verantwoorde zorg thuis' zijn betrokken: Arcares/Z-zorg, BTN, AVVV, LOC, NVVA en Sting. Bij het document 'Verantwoorde zorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen' zijn betrokken: Arcares, AVVV, LOC, NVVA en Sting.

³⁶ Zie ook de Kwaliteitswet zorginstellingen artikel 2, waarin is opgenomen wat onder Verantwoorde zorg wordt verstaan: "Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt".

³⁷ De gehandicaptenzorg heeft in 2007 een kwaliteitskader ontwikkeld met twaalf thema's en daarbij behorende indicatoren. De borging berust op zelfevaluatie van de bereikte kwaliteit en klantwaarderingsonderzoek. De geestelijke gezondheidszorg heeft een eigen set prestatie-indicatoren ontwikkeld. De meeste instellingen hebben in een meerjarige periode de HKZ-systematiek toegepast. Als onderdeel van die systematiek zijn peilingen bij cliënten gedaan.

³⁸ In het door ZN en zorgkantoren ontwikkelde kader voor zorginkoop 2008 'Bouwstenen zorginkoop AWBZ' is ook opgenomen dat voor de levering van benodigde AWBZ-zorg het zorgkantoor aanbieders contracteert die voldoen aan algemene geschiktheidseisen, bijvoorbeeld dat de instelling zich houdt aan de WKCZ, de WMCZ en beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.

zorginstellingen. Deze competitie zorgt ervoor dat de kwaliteit van de zorgverlening op een steeds hoger niveau komt. Ook cliënten (raden) vervullen hierbij een rol; zij kunnen informatie uit de CQ-index onder de aandacht brengen van de eigen zorginstelling en zo de kwaliteit van de zorg stimuleren. Een minder gewenst effect van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is dat de wachttijsten van goed functionerende zorginstellingen (kunnen) toenemen. Een positief effect is dat het gemakkelijker wordt om goed personeel aan te trekken.

Het kwaliteitskader Verantwoorde zorg biedt zorginstellingen een kader om met kwaliteitszorg om te gaan. Niet alle zorginstellingen zijn echter even ver met de implementatie van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

Door toepassing van het kwaliteitskader Verantwoorde zorg is het gemakkelijker om verbeterpunten op te stellen en de cliëntenraad bij het kwaliteitsbeleid van de instelling te betrekken.

Programma 'Investeren in de zorgrelatie: zeven rechten voor de cliënt in de zorg'

Voor dit onderzoek zijn vooral de punten (f) het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenprocedure en (g) het recht op medezeggenschap en goed bestuur relevant. Hierover schrijft het kabinet: *'Als de cliënt ervaart dat de zorgverlening anders of beter kan, dan moet hij, juist ook als hij langdurend zorg krijgt, daarover een signaal kunnen en durven afgeven. Als een klacht niet wordt opgelost moeten cliënten daarmee gemakkelijk bij een onpartijdige commissie terecht kunnen.'*

De cliëntenraad moet een serieuze gesprekspartner van het bestuur van de instelling kunnen zijn. Daarbij is het essentieel dat de cliëntenraad over een eigen, toereikend budget kan beschikken.

Het kabinet wil dit bereiken door – samen met alle betrokken partijen – initiatieven in de praktijk te ondersteunen, de organisaties die cliënten vertegenwoordigen te versterken en wetgeving voor te bereiden om de noodzakelijke veranderingen in de rechtspositie van cliënten te realiseren.

Om de beleidsdoelstellingen te kunnen halen, kan een aantal wetten niet in ongewijzigde vorm blijven bestaan. Het gaat om de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, de Wet toelating zorginstellingen en delen van het Burgerlijk Wetboek (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst). De wetgeving gaat het sluitstuk vormen waarin alle thema's en de daaraan verbonden rechten voor de cliënt in onderlinge samenhang worden opgenomen.

Ad f) Het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillencommissie

Zorgaanbieders moeten zorgen voor een eenvoudige klachtenregeling, die minimaal een klachtenfunctionaris omvat die knelpunten in een vroeg stadium kan helpen oplossen en kwaliteitsverbeteringen kan bevorderen. De verplichting om per instelling een onafhankelijke klachtencommissie te hebben, vervalt daarbij.³⁹

De NZa doet nader onderzoek naar de behoefte van een cliëntvertrouwenspersoon in de deelsectoren.

³⁹ De Zorgbelangorganisaties waarschuwen voor een versoering van de huidige wetgeving.

Het kabinet streeft ernaar de bestaande wetgeving te vereenvoudigen zonder daarbij de minimale waarborgen voor een goede klachtenafhandeling uit het oog te verliezen.

Als een klacht door de zorgaanbieder niet wordt opgelost, krijgen cliënten de mogelijkheid om hun recht te halen bij een onpartijdige en externe commissie. De commissie kan een financiële compensatie tot € 25.000 toekennen. De weg naar de civiele rechter en de tuchtrechter blijft open.

Om te bereiken dat alle cliënten in de zorg kunnen rekenen op een effectieve klachtenafhandeling en geschilbeslechting, is wetgeving noodzakelijk. Bij de nadere vormgeving daarvan vindt aansluiting plaats bij bestaande initiatieven in het veld.

Ad g) Het recht op medezeggenschap en goed bestuur

Een cliëntenraad moet, meer dan dat nu het geval is, kunnen functioneren als een serieuze gesprekspartner van het bestuur van een zorginstelling. De inspraak van cliënten op besluiten van een zorgaanbieder moet goed en op het juiste niveau binnen de organisatie zijn geregeld.

Het kabinet wil in de wetgeving borgen dat cliënten of hun persoonlijke vertegenwoordigers via de lokale cliëntenraad invloed kunnen uitoefenen op besluiten die de persoonlijke levenssfeer en de kwaliteit van leven raken. Bekeken wordt of het noodzakelijk is om het verzwaarde adviesrecht bij deze onderwerpen te vervangen door een instemmingsrecht. Daarnaast is een centrale cliëntenraad verplicht. Hier ligt het adviesrecht bij strategische besluiten. Gezien de aard van de bevoegdheden van de centrale cliëntenraad en de bijbehorende vereiste deskundigheid, wil de NZa de mogelijkheid bieden om het cliëntenperspectief mede te laten vertegenwoordigen door professionals van een belangenbehartiger, zoals een landelijke organisatie die voor de belangen van cliënten opkomt.

Om een serieuze gesprekspartner voor het bestuur te kunnen zijn, is het nodig dat cliëntenraden de regie krijgen over hun budget. De toelichting bij de wetgeving verduidelijkt dat de instelling daarbij, als de cliëntenraad dit wenst, in ieder geval middelen beschikbaar moet stellen voor een vergoeding voor de voorzitter, voor vergaderfaciliteiten, voor reiskosten voor externe vergaderingen, voor scholing, voor ondersteuning, voor inhuur van expertise of voor lidmaatschap van een cliëntenorganisatie.

SER-advies 'Langdurige zorg verzekerd, advies over de toekomst van de AWBZ'

De SER formuleert in het advies een zestal beleidsopgaven voor de AWBZ:

- De cliënt moet veel meer centraal worden gesteld door het bieden van meer keuzevrijheid en regiemogelijkheden. Tegelijkertijd moet het toekomstige stelsel rekening houden met cliënten die niet of in mindere mate kunnen kiezen of die niet of in mindere mate de regie over het eigen leven kunnen voeren.
- Verbetering van de kwaliteit van de zorg en versterking van de zorginhoudelijke en logische samenhang tussen curatieve zorg (cure), langdurige zorg (care) en ondersteuning bij participatie.
- Het waarborgen van de beschikbaarheid van de zorg en vooral van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel.
- Vergroting van de eigen verantwoordelijkheid voor (draagkrachtige) cliënten, dit onder handhaving van de financiële toegankelijkheid van de zorg. Dat geldt vooral voor de omgeving waarin de zorg wordt verleend (de woonfunctie).
- Vergroting van de flexibiliteit en de dynamiek op de zorgaanbodmarkt, dit om in het zorgaanbod meer innovatie, differentiatie en maatwerk mogelijk te maken.

- Het waarborgen van de financiële houdbaarheid en het maatschappelijke draagvlak (solidariteit) voor het zorgstelsel in de toekomst.

De SER pleit voor een fundamentele kanteling van de huidige aanbod-gestuurde uitvoering van de AWBZ naar een vraaggestuurde, cliënt-georiënteerde uitvoering. In de vraaggestuurde AWBZ die de SER voorstelt, ontvangt de zorgaanbieder niet langer een budget vooraf (instellingsbudgettering), maar vindt bekostiging plaats op basis van de daadwerkelijk geleverde zorg. Kort gezegd kiest de cliënt de zorgaanbieder en volgt het geld de cliënt (PVB). Goed presterende zorgaanbieders kunnen hierdoor groeien; voor slecht presterende zorgaanbieders dreigt onderbenutting of leegstand. De SER verwacht dat dit bijdraagt aan meer diversiteit en vernieuwing van het zorgaanbod en aan een betere kwaliteit van de zorg.

Zorg-in-natura moet volgens de SER de standaardoptie blijven. Cliënten die dat willen, moeten echter net als nu kunnen kiezen voor een bedrag in geld (het PGB) waarmee zij zelf zorg inkopen. De SER gaat in zijn advies ook in op verbreding van de toepassing van het PGB, op het hanteren van een afslag (kortingspercentage) en op de informatievoorziening aan PGB-houders over de beschikbaarheid en de kwaliteit van zorg.

Bijlage 2. Toelichting cliëntenraden

Bevoegdheden cliëntenraden

In de WMCZ is geregeld dat de cliëntenraad over de volgende vijf instrumenten beschikt:

- recht op informatie
- recht op overleg
- recht om (gevraagd en ongevraagd) advies te geven
- recht om (verzwaard) advies te geven
- recht op bindende voordracht.

Het verschil tussen het gewone adviesrecht en het verzwaard adviesrecht zit vooral in de gevolgen voor de directie van de zorginstelling en de cliëntenraad als de directie het advies van de raad niet opvolgt.

Op basis van de WMCZ kan dan een beroep gedaan worden op de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) in Utrecht.⁴⁰

Iedere zorginstelling kan, in goed overleg met de cliëntenraad, overigens zelf ook een commissie van vertrouwenslieden instellen.⁴¹ Daarnaast kan de cliëntenraad en iedere cliënt van een instelling de kantonrechter verzoeken om een cliëntenraad in te stellen dan wel te faciliteren.

De WMCZ benoemt de onderwerpen waarover de cliëntenraad verzwaard advies mag uitbrengen of waarvoor instemming van de raad vereist is.

De cliëntenraad moet in de gelegenheid worden gesteld advies uit te brengen over formele onderwerpen (fusie/duurzame samenwerking, benoeming directeur en begroting/jaarrekening), maar ook over onderwerpen die direct betrekking hebben op de kwaliteit van de zorgverlening zoals (artikel 3, eerste lid, onder i tot en met m):

- *i*: voedingsaangelegenheden van algemene aard;
- *j*: de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg;
- *k*: de vaststelling of wijziging van een regeling voor de behandeling van klachten van cliënten en het aanwijzen van personen die belast worden met de behandeling van de klachten van cliënten;⁴²
- *l*: wijziging van de regeling (aantal leden cliëntenraad, wijze van benoemen, welke personen tot lid kunnen worden benoemd en de zittingsduur van de leden) en de materiële middelen van de instelling waarover de cliëntenraad kan beschikken);
- *m*: het belasten van personen met de leiding van een onderdeel van de instelling waarin 24-uurszorg wordt verleend aan cliënten die in de regel langdurig in die instelling verblijven.

44% van de cliëntenraden geeft aan dat hun zorginstelling een eigen Commissie van Vertrouwenslieden heeft.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Over de onderwerpen die genoemd zijn in artikel 3, eerste lid, onder i tot en met m, mag de instelling het advies van de cliëntenraad niet zonder

⁴⁰ De zorgsector kende vijf landelijke commissies van vertrouwenslieden: de LVC (V&V en thuiszorg), de LGC (GGZ), de LCVG (GHZ), de LCVZ (ziekenhuizen) en de LVR (revalidatie). Vanaf 2007 bestaat er nog één commissie: de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden.

⁴¹ Een commissie van vertrouwenslieden bestaat uit drie leden, waarvan één lid door de zorginstelling, één lid door de cliëntenraad en één lid door de beide andere leden worden aangewezen.

⁴² Dit is geregeld in de WKCZ uit 1995. De WKCZ schrijft voor dat elke zorginstelling schriftelijk moet regelen hoe klachten worden behandeld.

meer ter zijde leggen, tenzij de commissie van vertrouwenslieden daarmee heeft ingestemd.

Soorten cliëntenraden

Van de cliëntenraden die meegedaan hebben aan de enquête zijn er twaalf op lokaal en dertien op centraal niveau actief. 83% van deze cliëntenraden is verbonden aan zorginstellingen die zowel intramurale als extramurale zorg leveren.

Bezetting cliëntenraden

De cliëntenraad kan op verschillende manieren worden samengesteld. De volgende groepen kunnen in cliëntenraden zitting hebben:

- de cliënten zelf (dit doet zich steeds minder voor vanwege de hoge gemiddelde leeftijd en de korte verpleegduur);
- directe vertegenwoordigers van de cliënten (familie);
- betrokkenen met affiniteit met de instelling zonder directe 'eigen' binding.

De samenstelling van de cliëntenraden is wisselend:

- 56% bestaat uit een gemengde groep, dat wil zeggen zowel cliënten als vertegenwoordigers van cliënten
- 40% bestaat alleen uit cliënten
- 4% bestaat alleen uit vertegenwoordigers van cliënten.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

De cliëntenraden maken gebruik van de volgende communicatie-instrumenten om hun achterban te informeren:

- schriftelijke informatiebronnen: 72%
- mondelinge informatieoverdracht: 60%
- achterbanraadpleging/inloopspreekuur: 56%
- er vindt geen terugkoppeling plaats: 8%

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Cliëntenraden per sector

De ene cliëntenraad is de andere niet. Een cliëntenraad in de V&V-sector verschilt qua samenstelling en behandelde onderwerpen duidelijk van bijvoorbeeld een cliëntenraad in de GHZ-sector.

De verschillen tussen de diverse sectoren zijn als volgt:

- Binnen de V&V-sector is het aantal ouderen dat zitting heeft in de cliëntenraad afgenomen. De tendens is dat in de V&V-sector steeds meer familie van de cliënten in cliëntenraden zitten. In verpleeghuizen zijn het veelal de vertegenwoordigers (kinderen/partners) die actief bij de cliëntenraad betrokken zijn. In verzorgingshuizen komt het iets vaker voor dat er nog ouderen in de cliëntenraad zitten. Dit is ook van invloed op de onderwerpen die in de cliëntenraad aan de orde komen.
- In de GHZ-sector is er verschil tussen cliëntenraden voor lichamelijk gehandicapten (LG) en cliëntenraden voor verstandelijk gehandicapten (VG). In de LG worden de cliëntenraden veelal door de cliënten zelf bemenst. In de VG hebben soms de cliënten zitting in de cliëntenraden en soms hun ouders. In sommige gevallen is er sprake van een mix. De inbreng van de cliëntenraden in de LG en VG sectoren verschilt met die in de V&V-sector. De cliëntenraden in de LG en VG sector zijn veel meer gericht op onderwerpen die direct betrekking hebben op kwaliteit van de verleende zorg;
- Binnen de GGZ-sector is weer sprake van een andere (complexe) situatie. Het zijn de cliënten zelf *of* ouders die in de cliëntenraden zitting hebben. De ouders zijn bijzonder mondig en kunnen goed lobbyen.

- GGZ-cliënten kunnen moeilijk loskomen van hun eigen problematiek, met als gevolg dat het algemeen cliëntenbelang veel minder aan bod komt.

Websites

Voor dit onderzoek heeft de NZa van veertig zorginstellingen de websites gescreend op informatie over de cliëntenraad. De meeste websites geven (op hoofdlijnen) informatie over het doel, organisatie en/of activiteiten van de cliëntenraad. In een aantal gevallen bestaat de mogelijkheid om door te linken naar een eigen pagina van de cliëntenraad. Ongeveer een kwart van de websites bevat geen informatie over de cliëntenraad.

Rol van de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Bij conflicten met de zorginstellingen kunnen cliëntenraden een beroep doen op de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV). De LCvV heeft als taak om te bemiddelen tussen zorginstellingen en cliëntenraden en zij kan een bindende uitspraak doen. De LCvV toetst marginaal, dit wil zeggen dat zij individuele kwesties niet inhoudelijk beoordeelt, maar uitsluitend of de zorginstelling in redelijkheid tot haar besluit heeft kunnen komen. Van de LCvV wordt nauwelijks gebruik gemaakt. In 2005 ging het om twee zaken, in 2006 om zes en in 2007 om acht zaken. De Commissie heeft zich afgevraagd (zonder daarop expliciet antwoord te geven): 'loopt het allemaal zo harmonieus of zien cliëntenraden kennelijk op tegen de procedure'.

Slechts één cliëntenraad uit de enquête heeft de afgelopen drie jaar de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden ingeschakeld en slechts één cliëntenraad de eigen Commissie van Vertrouwenslieden. Zij hebben het gevoel gehad sterker te staan en dat het daarom ook heeft resultaat gehad. De meeste cliëntenraden zeggen dat er geen aanleiding was om de hulp van derden in te schakelen.

Bron: NZa enquête cliëntenraden

Bijlage 3. Toelichting klachten

Ontvangen klachten door zorginstellingen

Klachten kunnen op drie verschillende manieren bij de zorginstelling worden ingediend:

- Bij de direct leidinggevende. Dergelijke klachten/signalen worden (veelal) niet geregistreerd; de reden is dat het niet altijd duidelijk is of het gaat om een vraag, een opmerking of een klacht.
- Bij de klachtenfunctionaris (een medewerker van de zorginstelling die via bemiddeling een klacht kan oplossen). Zorginstellingen zijn niet verplicht om een klachtenfunctionaris te hebben.
Uit de interviews komt een wisselend beeld over inschakeling van de klachtenfunctionaris naar voren: van enkele klachten per jaar tot enkele tientallen; de ervaringen met het effect van klachtenfunctionarissen zijn overwegend positief.
- Bij de klachtencommissie van de zorginstelling. Soms is dit een externe commissie die door een aantal zorginstellingen uit de regio gezamenlijk is ingesteld. Het voordeel hiervan is dat deze commissie geen directe binding heeft met de zorginstelling en dus onafhankelijker kan opereren.
Het gemiddelde aantal klachten dat de geïnterviewde zorginstellingen ontvangen wisselt sterk en varieert van enkele tot bijna honderd per jaar.

Voor dit onderzoek zijn van 25 zorginstellingen de maatschappelijke verantwoordingsverslagen 2006 doorgenomen. Uit de screening van de websites op onder andere het aantal ontvangen klachten, de aard van de klachten en voorlichting over de klachtmogelijkheden, blijkt dat zorginstellingen het belang van klachten onderkennen.

Twee zorginstelling hebben expliciet op hun website vermeld dat zij het belangrijk vinden om zaken waarover onvrede bestaat in een zo vroeg mogelijk stadium op te lossen (voordat het een echte klacht is). Tien van de 25 websites besteden ook aandacht aan verbeteracties naar aanleiding van ontvangen klachten. Bijgaande tabel toont de aantallen klachten die de betrokken zorginstellingen in 2006 hebben ontvangen.

Ontvangen klachten zorginstellingen 2006

Aantal ontvangen klachten	Aantal zorginstellingen	Opmerkingen
0 - 10	10	
11 - 20	2	
21 - 30	1	
> 30	3	Respectievelijk 60, 62 en 98 ontvangen klachten
Geen informatie	9	

Bron: Maatschappelijk verantwoordingsverslagen en websites van 25 zorginstellingen

De klachten hebben betrekking op de zorgverlening, de bejegening, de communicatie, gevoelens van onvrede, de bereikbaarheid, de klimaat-beheersing en diefstal/vermissing.

Het vinden van de klachtenpagina van de zorginstellingen vereist soms enig zoekwerk en in een beperkt aantal gevallen is geen informatie aangetroffen over de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

Ontvangen klachten door zorgkantoren

Het aantal klachten dat zorgkantoren hebben ontvangen is niet hoog. Het aantal klachten over de kwaliteit van de AWBZ-zorg is nog beperkter. In 2006 en 2007 ging het maximaal om slechts enkele klachten per zorgkantoor per jaar. Eén zorgkantoor heeft aangegeven dat het aantal ontvangen klachten in 2007 sterk is toegenomen en dat relatief een groot gedeelte van de klachten betrekking had op de kwaliteit van AWBZ-zorg.

Ontvangen klachten door Zorgbelangorganisaties

Zorgbelangorganisaties begeleiden een klager om zijn klacht bij andere instanties te uiten. Deze taak hebben de regionale Zorgbelangorganisaties overgenomen van de voormalige Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's). Belangrijke onderdelen van deze taak zijn voorlichting en hulp bij het opstellen van de klachtbrief. Zorgbelang probeert daarbij zoveel mogelijk uit te gaan van de individuele klager ('het luisterende oor') en probeert altijd uit te vinden waar het bij de klager om gaat: alleen om 'gehoord' te worden of dat de klager de klacht echt wil doorzetten. Belangrijk daarbij is om bij de klager niet te hoge verwachtingen te wekken en hem de diverse mogelijkheden uit te leggen.

Daarnaast probeert Zorgbelang samenhang aan te brengen tussen ontvangen klachten. De signalen die hieruit voortvloeien brengt Zorgbelang in de diverse overlegsituaties in. Het aantal klachten dat de Zorgbelangorganisaties over de AWBZ hebben ontvangen, is relatief klein: variërend van ruim veertig tot honderd.. Hierbij is de volgende tendens gesignaleerd:

- Er is een toename van het aantal klachten over de verzorging en de bejegening.
- Bij een aantal zorginstellingen (afhankelijk van de opstelling van de directie) is sprake van professionalisering van de klachtenbehandeling met als gevolg dat ook de spreiding van de kwaliteit van de klachtenbehandeling toeneemt.

Ontvangen klachten door de Nationale ombudsman

Ook het aantal klachten dat de Nationale Ombudsman heeft ontvangen over de uitvoering van de AWBZ door bestuursorganen (zorgkantoren en het CAK), is beperkt. Over 2006 en 2007 zijn hierover circa 120 klachten binnengekomen. In 2008 was sprake van een sterke toename; deze wordt verklaard door de sterke stijging van het aantal klachten over het CAK met betrekking tot de eigen bijdragen zorg met verblijf. Het aantal klachten over de kwaliteit van de AWBZ-zorg is toegenomen. De Nationale Ombudsman probeert bestuursorganen ervan bewust te maken dat zij bij het oplossen van klachten/problemen een actieve rol hebben. Vooral bij ketenproblemen is het van belang dat iedere schakel in de keten bereid is om na te gaan of het probleem op enige manier met of via zijn bemoeienis op te lossen is. Verder is het essentieel om problemen niet door te schuiven naar een andere ketenpartner.

Patiëntenvertrouwenspersoon

De patiëntenvertrouwenspersoon is voor de GGZ in het leven geroepen om de primaire rechten van de cliënten in deze sector te behartigen. De patiëntenvertrouwenspersoon is er dus primair voor de cliënt en hij bemiddelt uitsluitend bij klachten. De patiëntenvertrouwenspersoon is in dienst van een zelfstandige stichting: de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (PVP). De PVP informeert de zorginstellingen binnen de GGZ-sector over haar bevindingen; de cliëntgegevens zijn daarbij anoniem gemaakt. De

zorginstellingen kunnen deze rapportages gebruiken om verbeterpunten te signaleren.

In de overige sectoren kunnen zorginstellingen de vertrouwenspersoonfunctie uitbesteden aan een afzonderlijke stichting: de Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg (SKG) in Amersfoort. Het voordeel van deze constructie is dat de vertrouwenspersoon op grote afstand van de directie van de zorginstelling staat en dus onafhankelijk(er) kan functioneren.

In de GHZ is de cliëntenvertrouwenspersoon in opkomst. Een cliëntenvertrouwenspersoon functioneert onafhankelijk van de zorginstelling en is daardoor laagdrempelig. Een cliënt kan bij de cliëntenvertrouwenspersoon terecht nog voordat hij een echte klacht heeft. De cliëntenvertrouwenspersoon biedt procesgerichte ondersteuning en gaat met de cliënt mee als die in gesprek gaat met de zorginstelling.

Rol van de Landelijke Beroepscommissie Klachten

Van de Landelijke Beroepscommissie Klachten wordt slechts sporadisch gebruik gemaakt.⁴³ In 2006 zijn tachtig klachten in behandeling genomen en de indruk bestaat dat het aantal klachten toeneemt. De klachten hadden vooral betrekking op:

- zorgplannen (geen zorgdossiers bijgehouden, wijziging zorgplannen zonder overleg, zorgplannen niet (volledig) aantoonbaar uitgevoerd);
- communicatie (bijvoorbeeld over beslissingen over medisch-technische aangelegenheden).

In het jaarverslag 2006 heeft de Commissie hierover de volgende passage opgenomen: *'Oorzaak blijkt veelal, nog steeds, gebrek aan goede communicatie en soms ook grote afstand tussen leiding en werkvloer. Een aantal incidenten zou door een betere communicatie en kortere lijnen oplosbaar zijn geweest zonder inmenging van een klachtencommissie.'*

De Commissie beveelt aan om meer aandacht te besteden aan communicatie; door betere voorlichting (vooral tijdens de klachtenbehandeling) zullen cliënten/klagers zich eerder serieus genomen voelen.

⁴³ Hierbij wordt opgemerkt dat niet iedere zorginstelling aangesloten is bij Landelijke Beroepscommissie Klachten.

Bijlage 4. Toelichting Zorgbelangorganisaties

Zorgbelangorganisaties

Voor de AWBZ-doelgroep is een groot aantal belangenorganisaties actief. Binnen de patiënten- en consumentenorganisaties is sprake van verzuiling met 'voor elk wat wils'. Zo zijn bij één Zorgbelangorganisatie meer dan honderd verschillende (grotere en kleinere) organisaties aangesloten.⁴⁴

De meeste belangengroeperingen behartigen de belangen van een specifieke doelgroep (bijvoorbeeld de Hart- of Nierstichting). Belangengroeperingen die zich inzetten voor de hele AWBZ-doelgroep zijn schaarser.

Begin jaren negentig zijn de voorlopers van de Zorgbelangorganisaties, de RPCP's, ontstaan. De regionale Zorgbelangorganisaties zijn lid van Zorgbelang Nederland, die vervolgens weer lid is van de NPCF. Zorgbelang vormt op regionaal niveau de schakel tussen individuele consumenten (vertegenwoordigd in de diverse (regionale) patiëntengroeperingen) en zorgkantoren. Alle patiënten- en consumentenverenigingen kunnen zich bij Zorgbelang aansluiten. Zorgbelangorganisaties doen aan collectieve belangenbehartiging op regionaal niveau, die boven de sectoren uitstijgt. Daarbij gaat het onder andere om het organiseren van achterbanoverleg, (patiënten)onderzoek en meldacties.

Het gemeenschappelijke belang van Zorgbelangorganisaties en zorgkantoren is 'het ophalen van ervaringen en meningen van cliënten'. Zorgkantoren maken daarbij gebruik van de netwerken/kennis van Zorgbelang.

De omvang van de Zorgbelangorganisaties varieert per regio. Bij de geïnterviewde Zorgbelangorganisaties zijn tien tot 25 fte medewerkers op beleidsmatig/projectniveau werkzaam.

In eerste instantie werden de Zorgbelangorganisaties (of hun rechtsvoorgangers) gefinancierd door het ministerie van VWS; later is dat overgegaan naar de provincies. De Zorgbelangorganisaties worden op dit moment onder andere gefinancierd door de provincie (overgrote deel), het Fonds PGO (tot en met 2008), zorgverzekeraars en gemeenten.

Nieuwe structurele financieringsbronnen zijn moeilijk te vinden, waardoor het moeilijk is om dingen op te bouwen. Voor bepaalde projecten is soms wel tijdelijk extern geld beschikbaar, bijvoorbeeld voor de ondersteuning van PGB-houders.

In het kader van dit onderzoek zijn de volgende (algemene) belangengroepering betrokken: regionale Zorgbelangorganisaties, de NPCF, de Consumentenbond en Per Saldo.

⁴⁴ Ook de LOC-LPR participeert in Zorgbelangorganisaties.

Bijlage 5. Overzicht genoemde instanties en hun werkterrein

Belangenverenigingen

Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF): De NPCF is een samenwerkingsverband van (koepels van) patiëntenorganisaties. De lidorganisaties zijn actief op de volgende werkterreinen: mensen met een lichamelijke beperking, verstandelijk gehandicapten, psychiatrie, verpleging en verzorging en curatieve zorg (ziekenhuiszorg, huisartsenzorg). De federatie fungeert als platform voor gemeenschappelijke beleidsontwikkeling en belangenbehartiging op inhoudelijke thema's.

Consumentenbond: De Consumentenbond springt in de bres voor consumenten als hun belangen in het geding zijn, bijvoorbeeld door wachtlijsten in de gezondheidszorg. De bond voert overleg met de overheid en het bedrijfsleven en gaat als dat nodig is over tot actie.

Zorgbelang Nederland: Zorgbelang Nederland is de brancheorganisatie van de dertien regionale Zorgbelangorganisaties die elk actief zijn in hun eigen regio. Zorgbelang Nederland ondersteunt de leden door belangenbehartiging bij bijvoorbeeld het ministerie van VWS, koepels van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties op landelijk niveau.

Regionale Zorgbelangorganisaties: Zorgbelangorganisaties werken aan optimale zorg- en welzijnsvoorzieningen. Zij laten de stem van burgers in de regio horen. Omdat Zorgbelangorganisaties goed inzicht hebben in wat consumenten willen en beschikken over een regionaal netwerk, hebben zij veel contact met zorgkantoren.

Categorale patiëntenorganisaties: Categorale patiëntenorganisaties zijn organisaties die door mensen met één bepaalde ziekte of handicap zijn opgericht en zich ook richten op andere mensen met die ziekte of een groep van ziektes. Ook zijn er organisaties die zich concentreren op één sector van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld de psychiatrie.

Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC-LPR): De LOC-LPR ondersteunt en adviseert cliëntenraden door schriftelijke informatie (folders, tijdschrift) en telefonische informatie te verstrekken. Ook organiseren zij regionale bijeenkomsten waar leden van cliëntenraden informatie krijgen, vragen kunnen stellen en met elkaar contact kunnen leggen. De LOC-LPR houdt zich bezig met zowel ondersteuning van cliëntenraden als het behartigen van belangen van cliëntenraden en cliënten. De LOC-LPR vertegenwoordigt circa 2.200 cliëntenraden van thuiszorginstellingen, woonzorgcomplexen, verzorgings- en verpleeghuizen, welzijnsorganisaties, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, organisaties in de verslavingszorg en instellingen voor maatschappelijke opvang.

Landelijk steunpunt medezeggenschap (LSR): Het LSR ondersteunt en adviseert cliëntenraden in de vorm van schriftelijke informatie (folders, tijdschrift) en telefonische informatieverstrekking. Ook organiseert het regionale bijeenkomsten waar leden van cliëntenraden informatie krijgen, vragen kunnen stellen en met elkaar contact kunnen leggen. Bij het LSR ligt de nadruk op ondersteuning van cliëntenraden, vergroting van de zeggenschap van cliënten en uitvoering van

kwaliteitsonderzoek. Het LSR is actief in de gehandicaptenzorg en in de curatieve sector en het vertegenwoordigt ongeveer 500 cliëntenraden.

Per Saldo: Met ruim 17.000 leden is Per Saldo de belangenvereniging van en voor mensen met een persoonsgebonden budget in Nederland. Per Saldo zorgt ervoor dat de budgethouder tot zijn recht komt door hem goed te informeren, door op te komen voor zijn rechten en door voor hem in de bres te springen bij instanties en bij de politiek.

Klachtenloketten

Klachtenfunctionaris: Een (niet verplichte) klachtenfunctionaris van de zorginstelling kan alleen bemiddelen tussen zorgverlener en consument. Een klachtenfunctionaris kan over een klacht geen inhoudelijk oordeel vellen.

Klachtencommissie: Een AWBZ-instelling is op grond van de WKCZ verplicht een klachtencommissie te hebben. In eerste instantie kan de consument een klacht indienen bij de klachtencommissie van de betreffende zorginstelling.

Informatie en klachtenbureau gezondheidszorg (IKG)

Sommige consumenten vinden het moeilijk om een klacht (met de zorgverlener) te bespreken of een officiële klacht in te dienen. De klager kan hierbij de hulp inroepen van een IKG die onderdeel uitmaakt van een regionale Zorgbelangorganisatie.

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg (PVP): De PVP bemiddelt bij een klacht, maar neemt de klacht niet in behandeling.

Landelijke beroepscommissie klachten: Cliënten kunnen in beroep gaan tegen besluiten van de klachtencommissie van de instelling.

Geschillencommissie zorginstellingen: Met ingang van 1 juni 2008 is de Geschillencommissie Zorginstellingen in werking getreden. In feite is dit een uitbreiding van de bestaande Geschillencommissie Ziekenhuizen, waarbij de brancheorganisaties GGZ Nederland, ActiZ en VGN zich aansluiten. In de Geschillencommissie Zorginstellingen staat het consumentenbelang centraal.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): De IGZ doet niet aan individuele klachtenbehandeling. Als de IGZ klachten ontvangt, beschouwt zij dit als een signaal. De IGZ registreert deze klachten en betreft ze bij het periodiek bezoek aan de zorginstelling. Als de melding betrekking heeft op een ernstig incident of een calamiteit, dan onderzoekt de IGZ de melding direct. Meerdere (minder ernstige) klachten over een instelling kunnen een signaal zijn dat er bij die zorginstelling toch iets aan de hand is.

Nationale Ombudsman: De Nationale Ombudsman probeert bestuursorganen bewust te maken dat zij een actieve rol hebben bij het oplossen van klachten/problemen. De Nationale Ombudsman kan geen klachten in behandeling nemen over andere dan overheidsinstanties (zoals de meeste zorgverleners en zorginstanties).

Stichting Klachtenbemiddeling Gezondheidszorg (SKG): De zorginstellingen kunnen de vertrouwenspersoonfunctie uitbesteden aan de SKG. Het voordeel van deze constructie is dat de vertrouwenspersoon op grote afstand van de directie van de zorginstelling staat en dus onafhankelijk(er) kan functioneren.