



# **Klacht & Veiligheid**

**benutting van klachten van patiënten  
ter bevordering van patiëntveiligheid en kwaliteit in  
ziekenhuizen**

## **Projectrapportage**

Door:

mr. drs. M.M. Houtsma (CBO)

drs. M.J.M. Timmers (SOKG)

drs. R.M. Trooster (CBO)

## Colofon

Projectrapportage Klacht & Veiligheid – Utrecht

© 2008 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO  
Postbus 20064  
3502 LB Utrecht  
Tel.: 030-2843900  
Fax: 030-2943644  
[www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)

© 2008 SOKG expertisecentrum klachtenmanagement zorg  
Polanerbaan 13N  
3447 GN Woerden  
Telefoon: 0348 – 409103  
Fax: 0348 – 407515  
e-mail: [secretariaat@sokg.nl](mailto:secretariaat@sokg.nl)  
[www.sokg.nl](http://www.sokg.nl)

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of door enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de SOKG expertisecentrum klachtenmanagement zorg.

Dit project is financieel ondersteund door het Ministerie van VWS.

## **Inhoudsopgave**

<b>Voorwoord</b>		<b>3</b>
<b>Inleiding</b>		<b>4</b>
<b>Deel I</b>	<b>Uitkomsten onderzoek bij ziekenhuizen</b>	<b>7</b>
	1 Achtergrond	8
	2 Combinatie klachten met andere informatiebronnen	15
	3 Volgen van klachten naar veiligheid en kwaliteit	18
	4 Klachten en (veiligheids) cultuur: bevorderende en belemmerende factoren bij benutting van klachten	24
<b>Deel II</b>	<b>Uitkomsten literatuurverkenning</b>	<b>29</b>
<b>Deel III</b>	<b>Goede praktijkvoorbeelden</b>	<b>32</b>
	1 Meander Medisch Centrum: Commissie Incidenten Claims en Klachten (CICK)	33
	2 Medisch Centrum Haaglanden: Verbeterproces Van Klacht naar Kwaliteit	37
	3 Medisch Centrum Haaglanden: Kwaliteitsbarometer	39
	4 Diakonessenhuis (Utrecht-Zeist-Doorn): Risicomatrix	42
<b>Deel IV</b>	<b>Samenvatting, conclusies en discussie</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage A</b>	<b>Vragenlijst Project Klacht &amp; Veiligheid</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage B</b>	<b>Overzicht belemmerende en bevorderende factoren (behorend bij deel I-4)</b>	<b>56</b>

## Voorwoord

In 2004 is de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg verschenen. De doelstelling van de richtlijn is “zorgaanbieders handvatten te bieden voor het bewerkstelligen van een passende en cliëntgerichte klachtenafhandeling... waarbij ook aandacht is voor het gebruik van klachten ter verbetering van de kwaliteit van zorg”. Klachten van cliënten zijn een signaal dat in de zorg(processen) bepaalde zaken niet optimaal verlopen. Een klacht zou dan ook een stimulans moeten zijn voor betere en veiligere zorg.

Onderliggende rapportage is de weergave van een project waarin is gekeken hoe de vertaalslag van klachten naar kwaliteit en veiligheid vorm heeft gekregen in de Nederlandse ziekenhuizen. Over de periode 2006-2007 is de stand van zaken in kaart gebracht. De bevindingen van dit project zijn te beschouwen als een eerste stap op weg naar het ontwikkelen van een methodisch kader voor de effectieve benutting van klachten voor kwaliteit en veiligheid.

Dit project is uitgevoerd door het *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO* en de *SOKG expertisecentrum klachtenmanagement zorg*. Het zou niet tot stand gekomen zijn zonder de medewerking van:

- alle ziekenhuizen die de vragenlijst hebben geretourneerd en ons van verdere informatie hebben voorzien;
- het Meander Medisch Centrum, Medisch Centrum Haaglanden en het Diakonessenhuis (Utrecht-Zeist-Doorn) die bereid waren als 'goed praktijkvoorbeeld' hun werkwijze en ervaringen toe te lichten;
- drs. A. Reuling die als onderzoeksmethodoloog informatie uit de inventarisatie heeft verwerkt;
- het Ministerie van VWS dat dit project heeft gefinancierd.

Al deze betrokkenen willen wij hartelijk danken.

Juni 2008

mr. drs. M.M. Houtsma (CBO)

drs. M.J.M. Timmers (SOKG)

drs. R.M. Trooster (CBO)

## Inleiding

### *Actualiteit*

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen is volop in het nieuws. De ziekenhuizen hebben zich gezamenlijk tot doel gesteld om de veiligheid aanzienlijk te verbeteren en te leren van ongewenste gebeurtenissen en voorvallen die tot onbedoelde schade bij de patiënt (kunnen) leiden.<sup>1</sup> De veiligheid en kwaliteit van zorg zijn ook bij klachten van patiënten aan de orde.

### *Klachtenrichtlijn*

De Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg (2004)<sup>2</sup> noemt het leren van klachten (de vertaling van klachten naar kwaliteitsverbetering) als een belangrijk aspect van klachtenmanagement. In de richtlijn zijn aanbevelingen opgenomen over de wijze waarop klachten kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering. Daarbij gaat het zowel om de kwaliteit van de klachtenafhandeling (proces) als de kwaliteit van de zorg (inhoud). Een klacht is behalve een individuele uiting van ongenoegen, ook een mogelijke verwijzing naar een achterliggend structureel probleem en/of een signaal van onveiligheid. Veel cliënten willen dan ook met hun klacht bereiken dat de zorg voor henzelf en anderen verbetert zodat herhaling van dezelfde situatie wordt voorkomen. In de klachtenrichtlijn zijn diverse redenen aangewezen waarom klachten nog onvoldoende gebruikt worden voor kwaliteitsverbetering:

- inbreng van klachten op verschillende niveaus; (individuele zorgverlener, managers, klachtenfunctionaris, klachtencommissies en externe klachteninstanties zoals IKG en tuchtcolleges);
- gebrek aan uniformiteit in interpretatie, vastlegging en publicatie van – informatie over – klachten;
- onvoldoende aansluiting bij gegevens van MIP-commissies en kwaliteitstoetsingen door anderen (kwaliteitsfunctionarissen en -commissies, patiëntenvoorlichters en externe auditeurs);
- ontbreken van een heldere richtlijn voor meldingen over specifieke (disfunctionerende) zorgverleners, voor de aanpak daarvan door zorgmanagement en IGZ, voor de omgang met privacy;
- kwantitatieve en reactieve werkwijze bij het maken van klachtenoverzichten;<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Veiligheidsprogramma Voorkom schade, werk veilig, juni 2007.

<sup>2</sup> Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg, 2004.

<sup>3</sup> Uit Klachtenrichtlijn (pp. 104-105): "Op dit moment is een kwantitatieve werkwijze het meest gebruikelijk: men verzamelt eerst klachten in (jaar)overzichten en weegt dan pas af of er sprake is van een structurele component. Niet de inhoud van de klacht, maar het aantal klachten geeft de doorslag bij het besluit over een eventuele noodzaak tot kwaliteitsverbetering. Nadeel hiervan is dat het te lang duurt eer informatie op de juiste plaats bekend wordt en betrokkenen hun verantwoordelijkheid (kunnen) nemen. Een pro-actieve benadering, vergelijkbaar met die bij MIP-meldingen, bevordert het voorkómen van klachten en betekent dus winst in termen van tijd, ergernis, schade en werkplezier. Een dergelijke (meer kwalitatieve) benadering van elke klacht kan niet beperkt blijven tot de klachteninstanties. Eenieder die te maken krijgt met klachten (dus ook

- andere wijzen van kwaliteitsdenken (ervaren kwaliteit vs professionele kwaliteit);<sup>4</sup>
- geen heldere afspraken over taken en verantwoordelijkheden van de verschillende klachteninstanties bij signalering van knelpunten uit klachten, besluitvorming over verbeteracties, uitvoering en bewaking daarvan;
- uitblijven van terugkoppeling over concreet bereikte kwaliteitsverbetering op basis van klachtinformatie;
- ontbreken van een cultuur die gezamenlijk leren van klachten bevordert.

Klachten vormen één van de informatiebronnen voor kwaliteitsverbetering van zorg en veiligheid. Andere informatiebronnen zijn MIP- of VIM-meldingen, uitkomsten van meldacties, diverse vormen van tevredenheidsonderzoek, exitgesprekken, audits, visitaties, dossieronderzoek. Toch wordt informatie hieruit nog nauwelijks aan elkaar gekoppeld.<sup>5</sup> Een van de aanbevelingen uit de richtlijn is dan ook de afstemming tussen klachteninstanties en anderen bij het kwaliteitsbeleid betrokkenen, om een optimale combinatie van informatie uit diverse bronnen te bevorderen.

Daarmee kan de zorgaanbieder ook beter voldoen aan verplichtingen zoals vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 5).

#### *Project 'Klacht en veiligheid'*

Ook nu nog is de vraag actueel hoe zorgaanbieders de relatie tussen klachten en het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid hebben vormgegeven. Om hier meer inzicht in te krijgen, hebben het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en SOKG expertisecentrum klachtenmanagement het project 'Klacht en Veiligheid' gestart.

Doel van het project 'Klacht en Veiligheid' is om ziekenhuizen te voorzien van informatie en handvatten om tot een effectieve benutting van klachten voor kwaliteitsverbetering te komen.

Overstijgend doel is een uitwerking van dit niveau van klachtenmanagement, zoals ook omschreven in de Klachtenrichtlijn. De praktijk leert dat dit tot op heden onvoldoende gebeurt. De nadruk ligt nog op de feitelijke afhandeling van individuele klachten in contact met de klager.

Het project 'Klacht en veiligheid' is – in eerste instantie – gericht op ziekenhuizen.

In algemene zin zijn bij de vertaalslag van klacht naar kwaliteit de volgende **fasen** te onderscheiden:

1. aanlevering/verzameling en registratie van klachten;
2. verwerking / bundeling van klachten en de koppeling aan andere informatiebronnen;
3. analyse en interpretatie (betekenisgeving);
4. planvoorbereiding en –besluitvorming (organisatie en voorwaarden);

---

zorgverleners en management) heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid. De kunst is om het aantrekkelijk en vanzelfsprekend te maken dat ieder deze verantwoordelijkheid ook neemt (zie aanbevelingen 6A en 6B)."

<sup>4</sup> Donabedian A: Explorations in Quality Assessment and Monitoring, the definition of quality. Ann Arbor 1986. Williamson Ch: Whose standards? Consumer and professional standards in health care. Buckingham 1992.

<sup>5</sup> Zie o.a. Van Wijmen FCB e.a.. In: Evaluatie WKCZ. Utrecht 1999, p. 158 e.v.

5. planuitvoering = verbeteractie;
6. evaluatie;
7. bijsturing;
8. verankering.

Het project 'Klacht en Veiligheid' richtte zich in de startperiode met name op de volgende aspecten:

Fase 2: koppeling van de informatiebron 'klachten' met andere informatiebronnen;

Fase 3: analyse en interpretatie van klachteninformatie als kwaliteitssignaal;

Fase 4: organisatie en voorwaarden voor effectieve benutting (organisatie, middelen, cultuur);

Fase 5: uitvoering van verbeteringen.

Gezien de beschikbare middelen is het project in de afgelopen periode met name gericht geweest op een globale inventarisatie. De volgende activiteiten zijn ondernomen:

- in kaart brengen van de stand van zaken bij ziekenhuizen, door middel van een schriftelijke enquête;
- verzamelen en bekijken van de (inter)nationale literatuur over het thema;
- verdere verkenning en beschrijving van enkele praktijkvoorbeelden die als voorbeeld kunnen dienen voor het benutten van klachten om kwaliteit en veiligheid te bevorderen.

De resultaten van deze activiteiten zijn beschreven in deze projectrapportage.

In deel I zijn de uitkomsten van de schriftelijke enquête bij ziekenhuizen beschreven. Deel II bevat een beknopte weergave van de bevindingen uit de literatuur. In deel III zijn enkele 'goede praktijkvoorbeelden' opgenomen.

Tenslotte geven we in de afsluitende conclusies aan wat de beschreven stand van zaken betekent en welke aanbevelingen we kunnen geven voor de verdere ontwikkelingen.

## **Deel I      Uitkomsten onderzoek bij ziekenhuizen**

Het project Klacht & Veiligheid omvat onder meer een inventariserend onderzoek naar de stand van zaken bij ziekenhuizen wat betreft de benutting van klachten ter verbetering van de zorg.

Alle algemene en academische ziekenhuizen in Nederland zijn benaderd met het verzoek een vragenlijst in te vullen (zie bijlage A).

Het onderzoek heeft niet het karakter van een wetenschappelijk onderzoek. Het is vooral een inventarisatie van praktijken en meningen.

In dit deel I zijn de uitkomsten van het inventarisatie-onderzoek beschreven. Aan de orde komen de volgende thema's:

- een schets van de deelnemende ziekenhuizen (achtergronden),
- de mate waarin klachten worden gecombineerd met andere informatiebronnen over kwaliteit en veiligheid,
- de 'processing' van klachten naar veiligheid en kwaliteit,
- de cultuur en omstandigheden (belemmerende en bevorderende factoren) waarbinnen dit al dan niet gebeurt.

De uitkomsten geven een beeld van de situatie bij de ziekenhuizen in Nederland in de periode 2006 – 2007. Wanneer aantallen (van klagers, klachten, bedden e.d.) zijn genoemd, betreffen deze de situatie over het jaar 2006.

# 1 Achtergronden

Met de gegevens over de achtergronden van de deelnemende ziekenhuizen kunnen we nagaan of deze als representatief te beschouwen zijn voor de ziekenhuizen in Nederland. Kijkend naar de specifieke invullers is na te gaan of per ziekenhuis al dan niet sprake is van een brede weergave van de situatie aldaar.

Bepaalde gegevens over de deelnemende ziekenhuizen (grootte, aantal klachten en klagers) zijn te gebruiken om een beeld te schetsen van de situatie wat betreft de input van klachten. Deze gegevens zijn deels gebruikt om verbanden met andere variabelen te toetsen.

## 1.1. De deelnemende ziekenhuizen en invullers van de vragenlijst

De vragenlijst is in juni 2007 verstuurd aan 88 ziekenhuizen. Per ziekenhuis zijn de gremia aangeschreven die in principe betrokken zijn bij het thema Klacht & Veiligheid vanuit de insteek van:

- klachtenopvang en –bemiddeling (KF: klachtenfunctionaris)  
(betreft klachtenfunctionaris of –bemiddelaar, evt. patiëntenservicebureau)
- klachtenbehandeling (KC: Klachtencommissie)  
(betreft voorzitter, ambtelijk secretaris en/of lid van de klachtencommissie)
- kwaliteit (KW: kwaliteitsmedewerker)  
(betreft: stafmedewerker kwaliteit, kwaliteitscoördinator, directie / Raad van bestuur, leidinggevenden e.d.).

De benaderde gremia konden naar eigen keuze de vragenlijst gezamenlijk of apart invullen.

In totaal deden 62 van de benaderde 88 ziekenhuizen mee aan het onderzoek. Daarvan zijn 57 te typeren als 'gewone ziekenhuizen', 1 is een academisch medisch centrum en 4 vallen in de categorie 'speciaal ziekenhuis'. Van 2 speciale ziekenhuizen waren zo weinig gegevens beschikbaar dat we besloten hebben deze uit de steekproef te verwijderen. Uiteindelijk blijven er dus 60 ziekenhuizen over in de steekproef: 57 gewone, 1 academisch en 2 speciale ziekenhuizen.

De 60 ziekenhuizen stuurden totaal 67 vragenlijsten in. De grote meerderheid (56) stuurde 1 vragenlijst retour, 5 ziekenhuizen gebruikten 2 vragenlijsten en 1 ziekenhuis gebruikte 3 vragenlijsten.

Om een beeld te krijgen van de respondentgroep (en dus van wie wij gegevens ontvingen) is van belang te benoemen wie de invullers van de lijst waren.

Zoals gezegd deden 60 ziekenhuizen mee die samen 67 vragenlijsten retour stuurden. De helft daarvan (49%) was ingevuld door meerdere personen.

In totaal kregen we de antwoorden van 122 personen, die in een van de volgende categorieën vielen:

Categorie	Aantal keer genoemd	% (n=122)	% (n=67)
Klachtenfunctionaris	48	39.3	71.6
Lid/voorzitter klachtencommissie	9	7.4	13.4
Ambtelijk secretaris klachtencommissie	21	17.2	31.3
Kwaliteitsmedewerker	27	22.1	40.3
Directie/Raad van Bestuur	12	9.8	17.9
Anders	5	4.1	5.5

Bij 7 van de 10 geretourneerde vragenlijsten is de klachtenfunctionaris de invuller (of een van de invullers) van de vragenlijst. 1 op de 8 keer was een lid/voorzitter van de klachtencommissie er bij betrokken en (bijna) 1 op de 3 keer de ambtelijk secretaris van de klachtencommissie. De kwaliteitsmedewerker was er 2 van de 5 keer bij, terwijl de directie/Raad van Bestuur 17% van de vragenlijsten (mede) invulde. In 5,5% van de gevallen (5 ziekenhuizen) was er nog een andere functionaris bij betrokken.

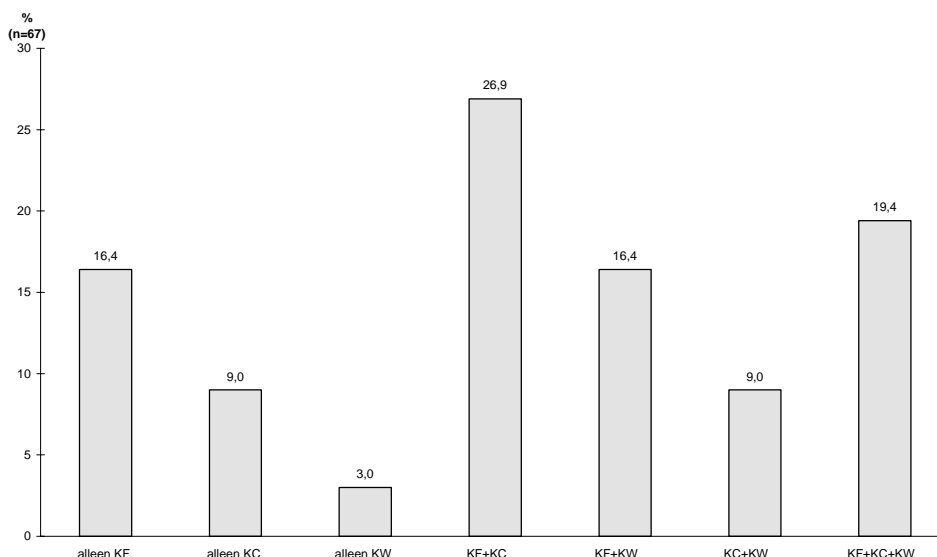
Wanneer we nu een indeling maken in de hiervoor genoemde invalshoeken van Klachtenopvang en –bemiddeling (KF), Klachtencommissie (KC) en Kwaliteitsinstantie (KW) dan krijgen we het volgende beeld:

Invullers	Aantal vragenlijsten	%
KF	48	71.6
KC	27	40.3
KW	37	55.2

(Mede)invuller van de vragenlijst was dus in 7 van de 10 gevallen een met klachtenbemiddeling/-opvang belaste functionaris; 2 van de 5 keer was dat (ook) een lid - of meerdere leden - van de klachtencommissie en in ruim de helft van de gevallen een lid van een kwaliteitsinstantie (waaronder ook het management is gevat).

Het totale patroon van vragenlijstinvullers ziet er als volgt uit:

*Figuur 1: Wie vulde de vragenlijst in?  
(in % van het aantal geretourneerde vragenlijsten)*



Figuur 1 laat zien dat de combinatie KF – KC een op de vier keer voorkomt, de combinatie van KF – KW een op de zes keer en de combinatie van KF, KC en KM bijna een op de vijf keer.

Over het algemeen hebben meerdere gremia binnen elk ziekenhuis – al dan niet gezamenlijk – de vragenlijst ingevuld. We gaan er dan ook van uit dat per ziekenhuis een redelijk compleet beeld is geschetst.

Gelet op de respons, zowel wat betreft het aantal ziekenhuizen dat heeft deelgenomen als het type deelnemers bij elk ziekenhuis, trekken we de conclusie dat de deelnemers aan het onderzoek representatief zijn voor de algemene ziekenhuizen in Nederland.

## *1.2. Omvang ziekenhuis, aantal klagers en klachten*

Om na te kunnen gaan of de omvang van het ziekenhuis een factor is die invloed was op de uitkomsten van het onderzoek, hebben we de ziekenhuizen gevraagd over hoeveel bedden ze beschikten en hoeveel poliklinische consulten zij in 2006 telden. De antwoorden bleken slecht vergelijkbaar.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Sommige ziekenhuizen rapporteerden bijvoorbeeld het aantal bezette bedden, terwijl de meeste kozen voor het aantal erkende bedden. Sommige ziekenhuizen gaven alleen het aantal eerste poliklinische consulten op, andere vermeldden ook het aantal vervolconsulten in 2006. Weer andere ziekenhuizen lieten het aantal SEH-consulten weg, terwijl de meeste die wel in de cijfers opgenomen hadden. Waarschijnlijk komen ook alle mogelijke combinaties voor. De conclusie

Ter vervanging hebben we met name in de online databank van de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (<http://www.ziekenhuizen transparant.nl/>) gezocht naar deze gegevens.

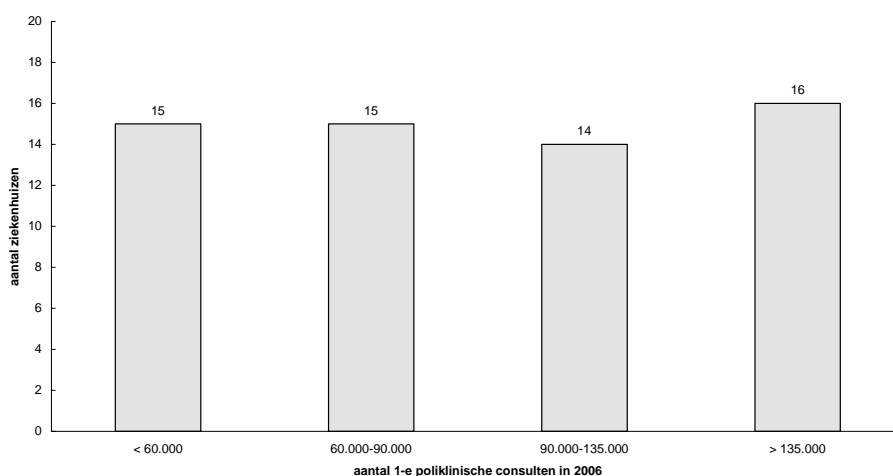
De 60 deelnemende ziekenhuizen hebben gemiddeld 424 bedden, variërend van 50 in een speciaal ziekenhuis tot 1127 in een regionaal/streekziekenhuis. Voor de verdere analyses (om zinvolle vergelijkingen te kunnen maken) hebben we de ziekenhuizen verdeeld in 4 even grote groepen. Daarmee ontstaat een bepaalde indeling naar aantal bedden. De resultaten zijn als volgt (figuur 2):

Figuur 2: Omvang ziekenhuizen naar aantal bedden

Aantal bedden	Aantal ziekenhuizen	%
< 250 bedden	15	25.0
250-375 bedden	15	25.0
375-550 bedden	15	25.0
> 550 bedden	15	25.0

De ziekenhuizen kenden in 2006 gemiddeld een kleine 100.000 eerste poliklinische consulten (preciezer: 98.894). Het kleinste aantal was 20.888. De meeste poliklinische consulten (212.029) vonden plaats in een streekziekenhuis met meerdere vestigingen. Ten behoeve van verdere analyses hebben we ook het aantal eerste poliklinische consulten in 4 groepen verdeeld (figuur 3).<sup>7</sup>

Figuur 3: Omvang ziekenhuizen naar aantal eerste poliklinische consulten



moest dan ook zijn dat de variabelen 'aantal bedden' en 'aantal poliklinische consulten' onbetrouwbaar en dus onbruikbaar waren voor verdere analyses.

Aan de deelnemers van het onderzoek is gevraagd om informatie te geven over het aantal klachten en klagers in 2006. Het betreft dan klachten die via verschillende ingangen aan de orde zijn gesteld: klachtenopvang/-bemiddeling, klachtencommissie en evt. anderen.<sup>8</sup>

In 2006 meldden zich gemiddeld 262 klagers bij een ziekenhuis, variërend van 10 personen in een van de grote ziekenhuizen tot 901 personen in een ander groot (regio)ziekenhuis.<sup>9</sup> Het aantal klachten in het jaar 2006 varieerde van 10 tot 1145 met een gemiddelde van 383.

	Minimum	Maximum	Gemiddeld
Klagers	10	901	262
Klachten	10	1145	383

Uiteraard vinden we een significante samenhang tussen het aantal klachten/klagers en de grootte van de ziekenhuizen i.c. het aantal bedden en eerste poliklinische consulten: hoe groter het ziekenhuis des te meer klagers en klachten er doorgaans zijn.

Een betere maat voor aantal klachten/klager in relatie tot de grootte van het ziekenhuis is het gemiddeld aantal klachten/klagers per bed of per (1-e poliklinische) consult. Een groot ziekenhuis met een gering aantal klagers per bed/consult heeft in absolute aantallen weliswaar nog steeds met meer klagers/klachten te maken dan een klein ziekenhuis met een hoog aantal klagers of klachten per bed/consult, maar 'presteert' op dit punt beter dan het kleinere ziekenhuis. Met andere woorden: via de verhouding klagers/klachten versus bedden/consulten kunnen we de 'prestaties' van ziekenhuizen beter vergelijken.

Omwille van de leesbaarheid hebben we gekozen om het aantal klagers en klachten per 100 bedden en per 1000 eerste poliklinische consulten te gebruiken.

---

<sup>7</sup> Uiteraard bestaat er een sterk verband tussen het aantal bedden en het aantal poliklinische consulten:  $r = .88$ .

<sup>8</sup> In een viertal ziekenhuizen werden ook nog langs andere weg, m.n. via klanttevredenheidsonderzoeken en 'ervaringskaarten', klachten verzameld. Dat leverde in totaal zo'n 825 klachten op, verdeeld over 316 klagers. Bij de verdere berekeningen zijn deze aantallen buiten beschouwing gelaten omdat anders een scheef beeld zou ontstaan met andere ziekenhuizen. Het aantal klagers/klachten betreft dus hetgeen via het kanaal van KF en KC (grofweg: klachtenfunctionaris en klachtencommissie) is ontvangen. Voor de goede orde zij opgemerkt dat ook de klachtenregistratie door/via KF en KC per ziekenhuizen verschillend kan zijn. Uit de praktijk is bekend dat met name klachtencommissies meer of minder expliciet per zaak klachtonderdelen onderscheiden. Daarnaast is het zo dat sommige klachtenfunctionarissen in hun registraties bepaalde klachten niet meenemen. Een volstrekt eenduidig en onderling vergelijkbaar beeld is pas mogelijk als alle ziekenhuizen eenzelfde registratiemethodiek hanteren.

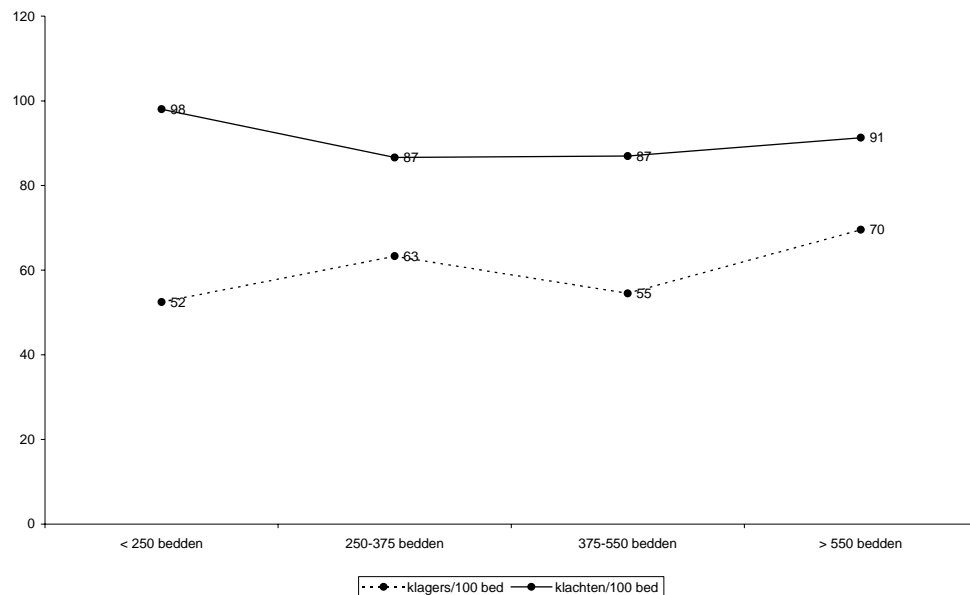
<sup>9</sup> Een groot ziekenhuis is een ziekenhuis met meer dan 550 bedden.

Het *gemiddelde aantal klagers* per 100 bedden is 60,0 met een bandbreedte van 1,3 tot 117,9. Per 1000 consulten is het gemiddelde aantal klagers 2,7 met een minimum van 0,06 en een maximum van 9,2.

Het *gemiddelde aantal klachten per 100 bedden* is 90,5; het aantal klachten varieert van 1,4 – 252,4 per 100 bedden, terwijl het aantal klachten per 1000 consulten varieert van 0,08 tot 10,4 met een gemiddelde van 3,9.

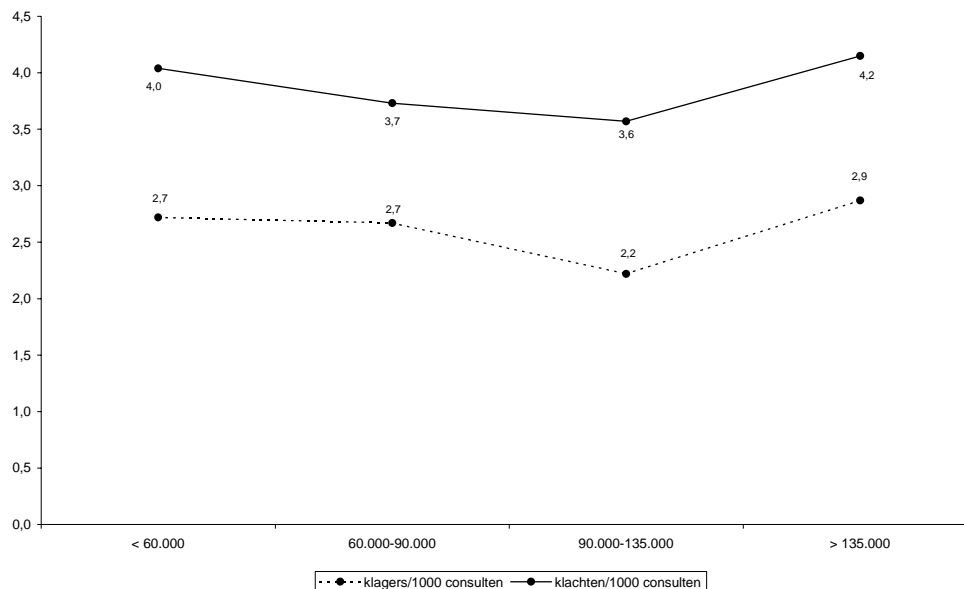
Uit de nu gevonden verhoudingen tussen aantal klagers/klachten per ‘eenheid’ van aantal bedden/consulten blijkt dat grote ziekenhuizen helemaal niet slechter ‘presteren’. Grote ziekenhuizen hebben per 100 bedden gemiddeld niet meer klagers of klachten dan kleinere (figuur 4a en 4b). De grootte van het ziekenhuis in termen van aantal bedden is dus niet van invloed op het relatieve aantal klachten en klagers.

*Figuur 4a: Gemiddeld aantal klagers en klachten per 100 bedden naar grootte van ziekenhuizen*



Hetzelfde geldt *mutatis mutandis* voor het aantal klagers en klachten per 1000 eerste poliklinische consulten. Ook nu blijken grotere ziekenhuizen het niet slechter te doen dan kleinere (figuur 4b).

*Figuur 4b: Gemiddeld aantal klagers en klachten per 1000 eerste poliklinische consulten naar grootte van ziekenhuizen*



Concluderend kunnen we zeggen: verschillen tussen ziekenhuizen wat betreft de hoeveelheid klachten of het aantal klagers hebben andere oorzaken dan aan de omvang van ziekenhuizen. Welke oorzaken dat zijn, is op basis van de uitkomsten van deze inventarisatie niet te zeggen.

### 1.3. Samenvattende conclusies

De algemene conclusie wat betreft de aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen is dat deze representatief zijn voor 'de' ziekenhuizen in Nederland.

De grootte van het ziekenhuis (gemeten naar aantal bedden en naar aantal eerste poliklinische consulten) is niet van invloed op het relatieve aantal klagers en/of het aantal klachten.

Per 100 bedden is het gemiddeld aantal klagers 60; gemeten naar de maat van 1000 eerste poliklinische consulten is het gemiddeld aantal klagers 2,7. Wat betreft het aantal klachten zijn deze aantallen respectievelijk 90,5 en 3,9. Er is echter sprake van een grote bandbreedte bij deze gemiddelden. Een verklaring hiervoor c.q. bepaling van de factoren die met name het (verschil per ziekenhuis in) in het relatieve aantal klagers en klachten bepalen, valt buiten het bestek van dit onderzoek.

## 2 Combinatie klachten met andere informatiebronnen

Voor de benutting van klachten als aanzet voor verbetering van kwaliteit en veiligheid is van belang of en hoe een koppeling met andere informatiebronnen plaatsvindt. In het volgende is dit op basis van de onderzoeksuitkomsten nader toegelicht.

In bijna 3 van de 5 ziekenhuizen (58%) worden klachten(overzichten) gekoppeld aan andere informatiebronnen. Wat deze koppeling kan inhouden, komt hierna aan de orde. De omvang van de ziekenhuizen is niet van invloed op de mate waarin men tot een koppeling van informatie over klachten aan andere informatiebronnen komt.

Als redenen om geen koppeling te maken van klachten met andere informatiebronnen geeft men aan: geen geïntegreerd systeem aanwezig; beleid wordt nog ontwikkeld; klachtenfunctionaris pas sinds 2006 in dienst; aantal klachten erg laag; koppeling gebeurt niet op ons niveau; geen aanleiding voor geweest.

Met *welke andere informatiebronnen* vindt koppeling met (informatie over) klachten plaats?

De deelnemers noemen doorgaans meerdere bronnen. Veel voorkomende koppelingen zijn die van klachten met: interne meldingen als MIP, FONA, VIM e.d. (42 %); claims (32 %); cliëntenmeningen (tevredenheidsonderzoek, suggestiekaarten, ontslaggesprekken e.d.; 32 %). Daarnaast koppelt men aan productiecijfers.<sup>10</sup> In de antwoordcategorie 'anders' (12 %) noemt men ondermeer interne informatiebronnen in de zin van metingen van werklustbeleving of tevredenheid van medewerkers; daarnaast noemt men ook externe informatiebronnen zoals referentiecijfers vanuit andere ziekenhuizen.<sup>11</sup> Figuur 5 laat een indeling zien.<sup>12</sup>

---

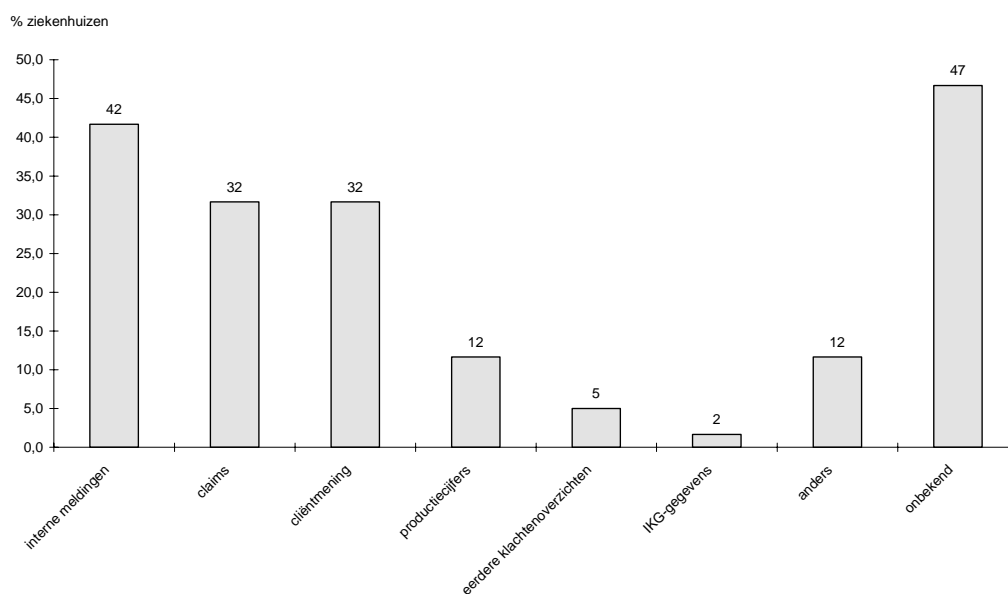
<sup>10</sup> Hierdoor is ook een relatieve weging van aantal en inhoud van de klachten per onderdeel van de organisatie mogelijk.

<sup>11</sup> Hierdoor wordt een relatieve weging van aantal en inhoud van de klachten bij de eigen organisatie in vergelijking met vergelijkbare organisaties mogelijk.

<sup>12</sup> Het hoge aantal onbekend-scores (47) hangt samen met de invulling: men gaf aan dat koppeling plaatsvond, maar niet met welke andere bronnen.

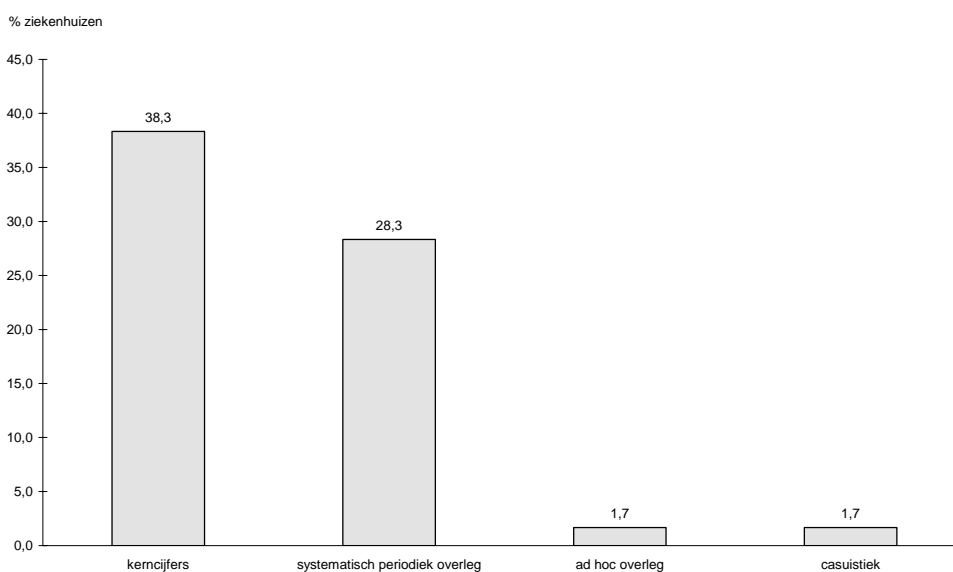
IKG staat voor Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (nu afdeling Informatie en Klachtenopvang van een organisatie van Zorgbelang). Dit is een klachtenbureau opgezet vanuit een patiëntenplatform.

Figuur 5: koppelingen van klachten(overzichten) aan andere bronnen (in %)



Op de vraag *hóe de koppeling* plaatsvindt wordt een veelheid aan antwoorden van uiteenlopend niveau gegeven. Als suggesties waren in de vragenlijst ondermeer aangegeven: koppeling gegevensbestanden en vergelijking van kerncijfers. Koppeling aan kerncijfers en periodiek overleg zijn als voornaamste vormen van koppeling genoemd. Figuur 6 geeft een overzicht.

Figuur 6: Wijze van koppeling aan externe bronnen



Overigens zijn er slechts in 6 ziekenhuizen (10%) afspraken gemaakt over een systematische koppeling van klachten aan andere informatiebronnen. Voorbeelden hiervan zijn de zogenaamde CICK en de Kwaliteitsbarometer die zijn beschreven in deel III van deze rapportage.

Op de combinatie van klachtgegevens met andere informatiebronnen via koppeling van basisgegevens binnen een geïntegreerd en geautomatiseerd systeem wordt in het volgende deel ingegaan.

### 3 Volgen van klachten naar veiligheid en kwaliteit

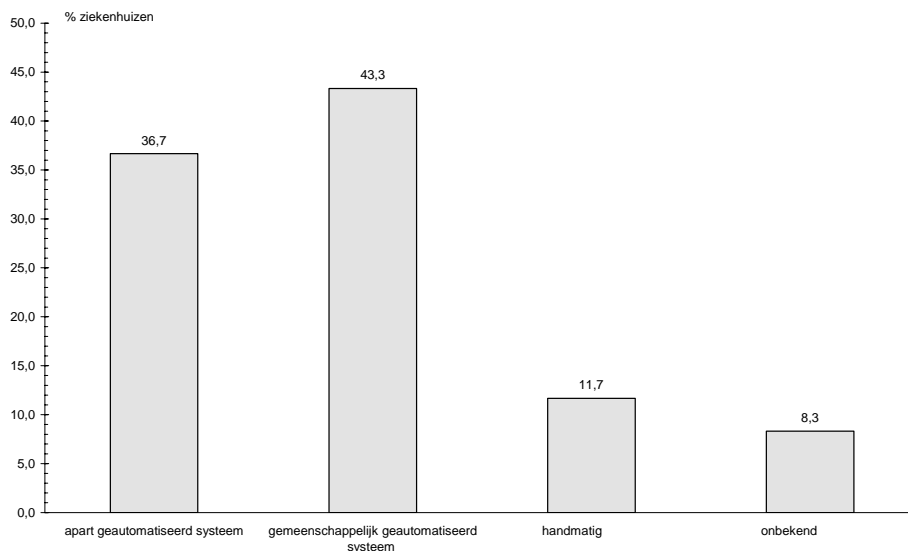
Aan de ziekenhuizen is gevraagd of en hoe men tot de vermelding van klachten naar kwaliteit komt. Daarbij is uitgegaan van de volgende stappen of elementen:

- systematische registratie van klachten
- rapportage van klachten
- bespreking van klachten(rapportages)
- bespreking van te nemen acties
- feitelijke verbeteracties (2006 – 2007)
- monitoring van geplande verbeteracties
- beleidsafspraken over het volgen van klachten naar kwaliteit
- plannen voor activiteiten op dit gebied in 2007 – 2008.

#### 3.1 Registratie en rapportage van klachten

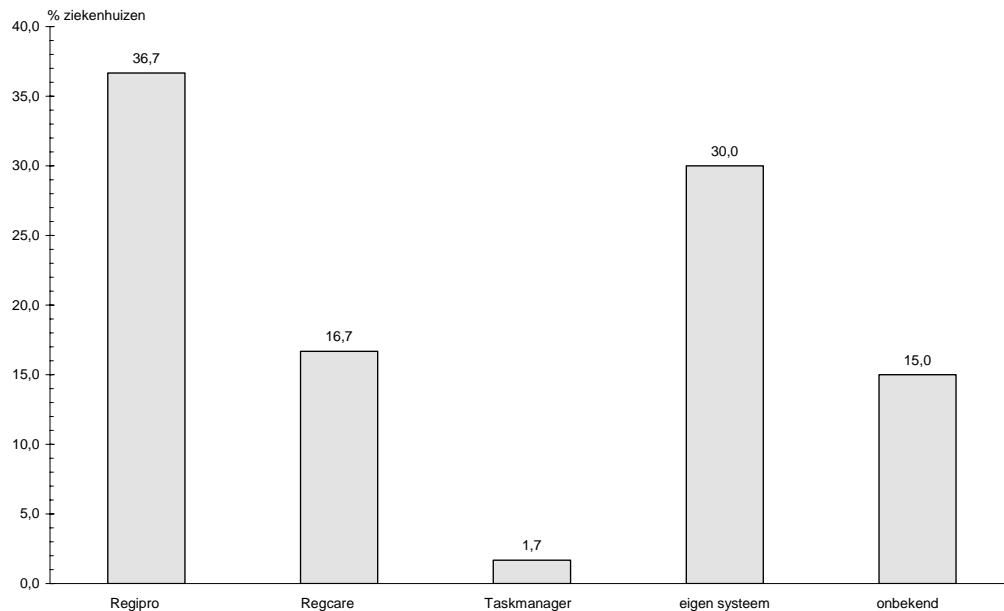
In alle ziekenhuizen worden klachten systematisch geregistreerd en gerapporteerd. In tenminste 80% van de ziekenhuizen gebruikt men daarvoor een geautomatiseerd systeem, 12% doet dit handmatig en van de overige ziekenhuizen (8%) is het niet bekend of/hoe registratie en het opstellen van rapportages plaatsvindt (figuur 7).

Figuur 7: Vormen van klachtenregistratie



Voor de rapportage van klachten wordt in ruim een derde van de ziekenhuizen gebruikt gemaakt van Regipro, 1 op de 6 gebruikt Regicare en bijna een derde van de ziekenhuizen heeft een eigen systeem (figuur 8).

Figuur 8: Registratiesystemen (in %)



Rapportage van klachten (al dan niet op basis van systematische registratieoverzichten) vindt op uitgebreide schaal plaats.

In 9% van de ziekenhuizen is de *frequentie* waarmee dit gebeurt in ieder geval maandelijks; daarnaast stelt men eventueel ook een kwartaalrapportage op en uiteraard ook een jaarrapportage. Bij de helft van de ziekenhuizen is, naast de jaarrapportage, ook sprake van kwartaalrapportages. Bij 41 % van de ziekenhuizen wordt alleen jaarlijks een rapportage opgesteld. Er is geen verband tussen de omvang van het ziekenhuis en de frequentie van het opstellen van rapportages.

Aan welk niveau men precies rapporteert of welke interne geledingen de rapportage ontvangen, is uit de inventarisatie bij ziekenhuizen niet af te leiden. Naar de precieze inhoud en kwaliteit van de rapportage is in het kader van dit project geen onderzoek gedaan.

### 3.2 Bespreking van klachten(overzichten)

Klachten worden niet alleen gerapporteerd maar ook besproken. Bedoeld is dan een andere wijze van bespreking dan met direct betrokkenen, in het kader van de afhandeling van een specifieke klacht.

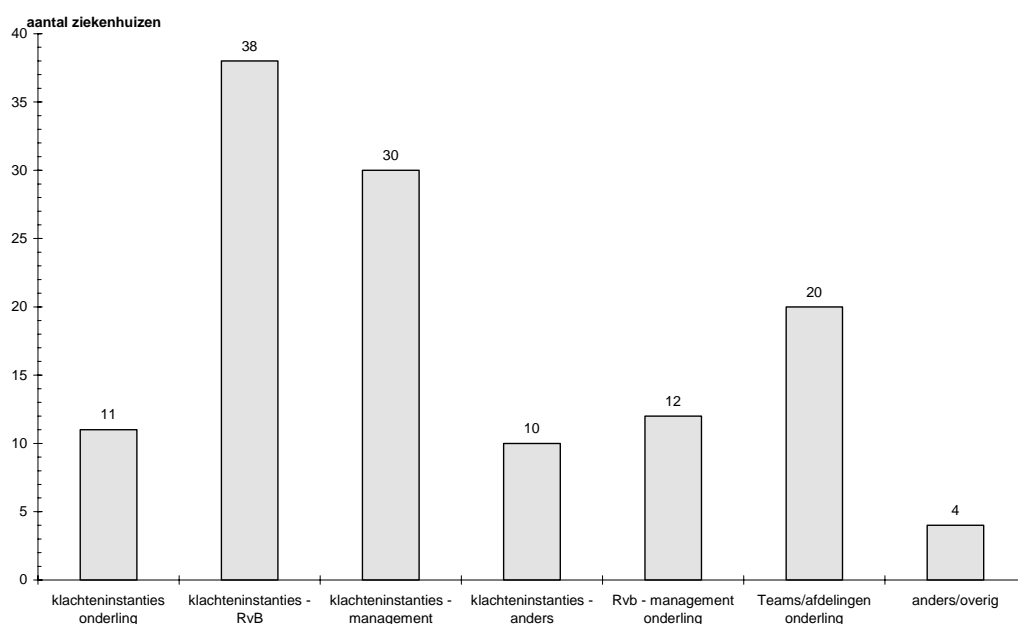
In nagenoeg alle ziekenhuizen (98%) worden klachten(overzichten) ook op andere wijze besproken. De manier waarop c.q. wie met wie tot een bespreking van klachtenoverzichten komt, is als volgt onderverdeeld:

- klachteninstanties onderling
- klachteninstanties met Raad van Bestuur (RvB)/directie

- klachteninstanties met (lijn)management
- klachteninstanties met andere instantie(s)
- Raad van Bestuur en management onderling
- teams/afdelingen onderling
- anders/overig.

Figuur 9 geeft een overzicht van de overlegkaders bij de bespreking van klachten(overzichten).

Figuur 9: Overlegkaders bij bespreking klachtenoverzichten



De frequentie van bespreking van klachtenoverzichten (al dan niet gekoppeld aan andere informatiebronnen) varieert van maandelijks tot 1x per jaar. Er kan sprake zijn van een regelmatig of van een ad hoc overleg.

Figuur 10: frequentie van klachtenbespreking naar overlegvorm (aantal keer genoemd)

	Minder dan 1x per kwartaal	Vaker dan 1x per kwartaal	Ad hoc
klachteninstanties onderling		7	
klachteninstanties met RvB/directie	18	11	
klachteninstanties met (lijn)management	6	6	6
klachteninstanties met andere instantie(s)	2	4	2
RvB-management onderling	1	2	
teams/afdelingen onderling	2	3	4
anders/overig	3	1	

### 3.3 Bespreking van te nemen acties

In nagenoeg alle ziekenhuizen bespreekt men ook de acties die men wil gaan ondernemen naar aanleiding van de klachten(overzichten). In de volgende figuur is weergegeven in welke samenstelling een dergelijke bespreking plaatsvindt. (Figuur 11).

Figuur 11: Bespreking van acties naar overlegvorm

Vorm van bespreking van acties	Frequentie
Management volgt via klachtvolgsysteem/Overleg directie en/of managementonderling (periodiek of jaarlijks)	8
Per klacht door/via klachteninstantie met management en en/of verantwoordelijk in de lijn.	16
Acties op afdelingsniveau/ Afhandeling met betrokken afdeling (buiten zicht van klachteninstantie)	9
Klachtenfunctionaris via stuurgroep kwaliteit e.d.	6
Incidenteel	2
Onbekend (niet nader ingevuld)	19

### 3.4 Acties naar aanleiding van klachten

In bijna alle ziekenhuizen (98%) hebben in 2006/2007 verbeteracties plaatsgevonden (mede) naar aanleiding van klachten. Het aantal acties varieert: bij sommige ziekenhuizen noemt men enkele verbeteracties, bij anderen meer dan 100 concrete verbeteracties. De indruk bestaat dat dit samenhangt met het systematisch documenteren en volgen van acties.

Naast acties in de zin van procedures noemt men ook concrete inhoudelijke verbeteracties. De onderwerpen zijn zeer divers. Er is geen duidelijke lijn in vast te stellen van bepaalde onderwerpen die meer/minder de aandacht krijgen.

Hierna is een bloemlezing gegeven:

- Aandacht voort thema Gastvrijheid en Veiligheid; trainingen voor management; management moet concrete acties bedenken en uitvoeren.
- Patiëntenfolder ook uitgereikt op SEH; themadag bejegening op verpleegafdeling n.a.v. enquêteresultaten.
- Voorlichting aan poli's en verpleegafdelingen over pro-actief benaderen van onvrede; workshop voor arts-assistenten
- Parkeerfaciliteiten verbeterd (3x); bewegwijzering verbeterd; invoering preoperatief spreekuur.
- Website voor kinderen; speciale acties voor kinderen.
- Aanpassen werkwijze urologie; meer mogelijkheden voor ouders bij narcose kind.
- Procedure rondom DCB opgesteld; administratief personeel naar cursus klantvriendelijkheid.

- Kamertoewijzing in kliniek.
- Verbetering van voorzieningen, betere afsprakenplanning
- Medisch coördinatorschap vakgroep, wachttijden, afstemming tussen poli's.
- Oprichting projectgroep bejegening;
- Communicatietraining arts-assistenten; invalidenparkeerplaatsen; proefsessies voeding; ongemakken verbouwing, telefonische bereikbaarheid, wachttijden poli's. Aandacht voor decentrale klachtenopvang
- Verspreiden informed consent procedure; bevoegdheden gipsverbandmeester vastgelegd; informatie aan patiënt die overgeplaatst worden naar verpleeghuis.
- 111 keer verbeteringen: 37 persoonlijk; 23 faciliteiten; 19 voorlichting; protocol 10, 9
- Sneller beter project (werken zonder wachtlijst), verbod rokende patiënt bij voordeur; herstart werkgroep dialyse; etc.
- Veiligheidsmaatregelen gebouwen en terreinen.
- 5 thema's: o.a. psychiatrische ziektebeelden, informatie cliënt over merkverandering medicatie, informatie ontslagbeleid, etc.
- Spiegelgesprekken, aanpassing werkoverleg, aanpassing informatie.
- Folders, protocollen verbeterd/aangepast.

Uit de informatie bij dit thema is niet af te leiden wat het precieze effect van verbeteracties is geweest. Dit is in het bestek van dit onderzoek niet eenduidig te inventariseren.

### *3.5 Monitoring en beleid*

Iets minder dan de helft van ziekenhuizen (47%) geeft aan over een beleidsplan te beschikken waarin het gebruiken van klachten voor het verbeteren van kwaliteit en/of patiëntveiligheid aan de orde komt. De rest (38%) heeft zo'n plan niet of heeft deze vraag niet beantwoord (16%).

De redenen die men noemt om afspraken over klachtenbenutting *niet* in een beleidsplan op te nemen zijn onder meer dat dit elders al gebeurt (in jaarplan, decentraal, in continue cyclus) of dat plannen daarvoor nog in ontwikkeling zijn.

De ziekenhuizen die wel over een beleidsplan beschikken waarin het gebruik van klachten in het kader van kwaliteit en/of patiëntveiligheid aan de orde omt, melden grofweg het volgende:

- plan is opgesteld/vastgesteld door directie of Raad van Bestuur
- plan is integraal onderdeel van het Veiligheidsmanagement Systeem (VMS)
- plan is onderdeel van andere (jaar)plannen.

Er is geen verband gevonden tussen de grootte van de ziekenhuizen en het al dan niet hebben van een beleidsplan waarin het thema van de benutting van klachten als informatiebron bij verbetering van patiëntveiligheid en/of kwaliteit is opgenomen.

Het systematisch volgen van plannen/acties die zijn voortgekomen uit klachten van patiënten (monitoring) gebeurt volgens de deelnemers aan het onderzoek in 59% van de ziekenhuizen.

Hoe dit dan precies gebeurt, is niet nagevraagd.

Ook nu is er geen verband gevonden tussen al dan niet monitoren en grootte van de ziekenhuizen.

Ziekenhuizen mét een actiemonitor hebben meestal een follow-up procedure (bij klachten) en vinden over algemeen dat verbeteracties een verantwoordelijkheid zijn van de lijn.

Van de 22 ziekenhuizen waar verbeteracties momenteel níet gevolgd worden, zijn 12 ziekenhuizen wel van plan om op korte termijn zo'n monitor te ontwikkelen.

De overigen meldden als redenen voor het niet systematisch monitoren onder meer:

- afdelingen zijn vrij in wijze van verbeteren
- vanwege kleine schaal; eenvoudig overzicht
- geen geïntegreerd kwaliteitssysteem
- klacht door leidinggevenden nog teveel gezien als incident
- verantwoordelijkheid ligt in de lijn.

### *3.6 Plannen voor 2007/2008*

In 90% van de ziekenhuizen bestaan er plannen om (ook) in de komende jaren aan de slag te gaan met het vertalen van klachten in termen van verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid. Opvallend is echter dat de ziekenhuizen die nog niet zulke plannen hebben (op een uitzondering na) allemaal in de categorie van 425 – 700 bedden vallen. Een sluitende verklaring voor dit verschil hebben we niet.

Op de vraag hoe de plannen er uitzien, kwamen veel uiteenlopende antwoorden. Deze zijn te categoriseren in termen van:

- zit in een informatiesysteem (VIM, VMS, e.d.)<sup>13</sup>
- er zijn concrete (project)plannen (Patiëntveiligheid, Gastvrijheid, enz.)
- er komen wijzigingen in management/organisatie
- er worden faciliteiten geschapen.

---

<sup>13</sup> VIM: Veilig Incidenten Melden. VMS: Veiligheidsmanagement Systeem.

## 4 Klachten en (veiligheids)cultuur: bevorderende en belemmerende factoren bij benutting van klachten

De veronderstelling is dat cultuur een bepalende factor is bij de benutting van klachten ter verbetering van kwaliteit en veiligheid. De deelnemers is gevraagd hoe zij de cultuur t.a.v. de bespreking van klachten bij de verschillende geledingen in het ziekenhuis typeren. Daarnaast is ook hun visie gevraagd op factoren die de effectieve benutting van klachten bevorderen dan wel belemmeren. Hiervoor is het kader van het IKM-3000 model gebruikt (zie toelichtingen in bijlage A, vragenlijst).

De opmerkingen over cultuur, over bevorderende en belemmerende factoren die men maakt, zijn uitgebreid en gevarieerd. We hebben deze in de tekst samengevat weergegeven en de complete overzichten in bijlage B weergegeven.

### 4.1. Cultuur

Gevraagd is om de cultuur te typeren waarin klachten al dan niet worden besproken; dit wat betreft verschillende typen van betrokkenen.

Wat betreft het management wordt in 4 van de 5 ziekenhuizen de cultuur en houding getypeerd als open en/of veilig en/of vertrouwelijk en/of discreet. In 1 op de 20 ziekenhuizen beoordeelt men het management als defensief, gesloten dan wel reactief.

Voor (de cultuur bij) artsen en verpleegkundigen gelden iets andere cijfers: in 3 van de 5 ziekenhuizen ervaart men (ook) de artsen/verpleegkundigen als open, veilig, vertrouwelijk en discreet maar in (ruim) 1 op de 5 ziekenhuizen als defensief, gesloten, reactief. (Zie figuur 12).

Figuur 12: Oordeel over cultuur naar functies

	% genoemd over		
	management	artsen	verpleegkundigen
Open, veilig, vertrouwelijk, discreet	81	60	60
Defensief, gesloten, reactief	6	23	21
Ander antwoord	26	26	26

De verschillen zijn significant, wat inhoudt dat (de cultuur bij) artsen en verpleegkundigen in vergelijking met het management minder vaak als open, veilig, vertrouwelijk, en/of discreet worden gezien en vaker als defensief, gesloten en/of reactief.

In ruim een kwart van de gevallen werden (ook) andere kwalificaties gebruikt om de cultuur te duiden. Figuur 13 laat deze zien.

Figuur 13: Oordeel over cultuur; andere uitingen

Management	Artsen	Verpleegkundigen
- Deel management ziet eigen verantwoordelijkheid onvoldoende; andere deel ziet belang van goede PDCA-cyclus.	- Beginnen de meerwaarde in te zien om zich niet defensief op te stellen en met een open houding de klachten te bespreken.	- Snel aangevallen, onvoldoende besef van nut en noodzaak.
- Weinig mee van doen bij klachten.	- Groeiende bereidheid om tot acties en verbeteringen te komen..	- Hebben er weinig mee te maken.
- Managers beoordelen klachten, monitoren acties.	- Open, werken mee aan bemiddelingsgesprekken en leersituaties.	- Veel aandacht in afdelings- en teamoverleg.
- Heel wisselend.	- (heel) wisselend (5x), gemengd.	- Wisselend.
- Niet altijd actief sturend.	- Steeds beter en opener.	- Vinden het moeilijk.
- Gevoelig voor klacht; bereid tot verbetering.	- Artsen realiseren zich dat klachten kansen bieden om zwakke plekken te traceren.	- Beschermend, angst.
- Niet proactief.	- Bespreekbaar.	- Zorgvuldig, correct.
- Prima.	- o.h.a. Open, bereid tot overleg.	- Bereid tot overleg.
- Wil ervan leren.	- Wordt soms nog als bedreigend ervaren.	- Wordt soms nog als bedreigend ervaren.
- (zeer) Constructief.	- Redelijk constructief.	

Er is geen relatie tussen de typering van de cultuur bij managers, artsen en verpleegkundigen enerzijds en de grootte van de ziekenhuizen anderzijds.

Gevraagd is ook of - naar de mening van de deelnemers aan het onderzoek - in hun ziekenhuis *voldoende activiteiten* plaatsvinden om te komen tot een vertaling van klachten naar kwaliteit en patiëntveiligheid. Een kleine meerderheid (54%) is van mening dat er in hun ziekenhuis op dat vlak onvoldoende gebeurt. De grootte van het ziekenhuis is niet van invloed op de mening of activiteiten voldoende zijn.

Redenen voor het ontbreken van verbeteractiviteit zijn volgens de invullers met name: gebrek aan een heldere structuur of afspraken over systematische aanpak en verantwoordelijkheden; ontbreken van een breder kader van kwaliteitsbeleid en beleid t.a.v. veiligheid; gebrek aan middelen en tijd; geen tijd/aandacht hiervoor, vanwege fusies; gebrek aan systematische follow-up, e.d.

Degenen die vonden dat er voldoende activiteiten op dit punt waren, voerden als argumenten of redenen aan:

- voortdurende aandacht en inzet van middelen (training, intranet, huisbladen, procedures, rapportages);
- duidelijk verbetercultuur aanwezig; projectgroep actief om tot concretisering van beleid te komen;
- geborgd in klachtenreglement; VMS (Veilig Melden Systeem) en Sneller Beter;
- bereiken van concrete verbeteringen op tal van thema's.

#### 4.2 Bevorderende en belemmerende factoren

Aan de deelnemers is gevraagd welke factoren een bevorderende dan wel belemmerende rol hebben gespeeld in het effectief benutten van klachten in termen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Op deze vraag ontvingen we scala aan antwoorden. Deze zijn ingedeeld in factoren van verschillende orde, naar analogie van factoren volgens het model IKM-3000 die bij implementatie van belang zijn (zie ook toelichting in vragenlijst, bijlage A).

Figuur 14: Bevorderende en belemmerende factoren; % genoemd

Factoren op niveau van	% genoemd	
	Bevorderend	Belemmerend
Leiderschap	60	21
Beleid en strategie	53	29
Cultuur	59	30
Mensen	40	25
Middelen	30	21
Processen	45	19
Structuur	40	19
Leren	51	11

Bij elk type factor konden de deelnemers verdere toelichtingen geven. De tendens in deze toelichtingen is hierna per factor weergegeven, ingedeeld naar wat men als bevorderend of belemmerend heeft ervaren. Daarnaast is in bijlage B een uitgebreidere opsomming van opmerkingen opgenomen.

Over de factor **leiderschap** werd – grofweg samengevat - het volgende gezegd:  
*bevorderend*

Er is grote betrokkenheid; er is bewustzijn om pro-actief en klantgericht bezig te zijn; er is een heldere, consistente visie en plan van aanpak.

*belemmerend*

De betrokkenheid (op niveau van middenmanagement) is onvoldoende; het is onvoldoende duidelijk wie verantwoordelijk is en wie actie onderneemt; het ontbreekt aan een consistente visie en centrale regie.

Over de factor **beleid en strategie** werd – samengevat weergegeven – opgemerkt:

*Bevorderend*

Klachtenreglement en beleidsplan zijn aanwezig; er zijn vastgestelde procedures en klantonderzoek.

*Belemmerend*

Er is geen beleid en sturing; het beleid is onvoldoende vastgelegd.

Over de factor **cultuur** is met name gezegd:

*Bevorderend*

Er is sprake van openheid, van transparantie bij klachten; er is een verbetercultuur, men probeert te leren van fouten.

*Belemmerend*

Er bestaat een reactieve sfeer: klachten zijn lastig en tijdrovend; er heerst eilanddenken, vrijblijvendheid.

Wat betreft de factor **mensen** werden beoordeeld als:

*Bevorderend*

De houding is dienstverlenend, open, gemotiveerd, leergierig.

*Belemmerend*

Er bestaat een hoge werkdruk, men geeft geen prioriteit aan klachten; men durft elkaar niet aan te spreken.

Wat betreft de factor **middelen** noemt men het volgende:

*Bevorderend*

Er is voldoende budget en/of formatie (klachtenfunctionarissen); er zijn voldoende middelen en tijd voor training en opleiding.

*Belemmerend*

Er zijn te weinig middelen m.n. voor deskundigheidsbevordering en opleiding.

Bij de factor **processen** worden de volgende kwalificaties gegeven:

*Bevorderend*

De aanwezigheid van duidelijke procedures en procesbeschrijvingen; men neemt verantwoordelijkheid.

*Belemmerend*

Er is geen borging van procedures; men werkt in belangrijke mate langs elkaar heen.

Ten aanzien van de factor **structuur** wordt genoemd:

*Bevorderend*

Er is een duidelijke beschrijving van structuur en verantwoordelijkheden.

*Belemmerend*

De verantwoordelijkheden zijn niet goed vastgelegd.

Onder de noemer van **leren** noemt men:

*Bevorderend*

Klachten worden gebruikt als input voor verbetering, training en opleiding; het komt tot ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten.

### *Belemmerend*

De klachten worden niet gezien als leermoment, maar als last.

Kijkend naar de *verschillende gremia* die aan het onderzoek hebben deelgenomen, blijkt het volgende.

Als *bevorderende factoren* noemt KF (instanties voor klachtenopvang en –bemiddeling) significant vaker de cultuur en structuur van het ziekenhuis waar men werkzaam is. Het gremium KW (kwaliteitsmedewerker, management e.d.) noemt met name de factoren van leiderschap, beleid en structuur. Bij het gremium KC (klachtencommissie, ambtelijk secretaris) is niet sprake van significante verschillen.

Wat betreft de *belemmerende factoren* zijn er geen significante verschillende te zien wat betreft de factoren die de diverse gremia noemen.

Uit de nadere analyse komt ook nog het volgende naar voren: hoe groter het ziekenhuis is, hoe vaker men middelen als belemmerende factor noemt. Wat betreft de andere aspecten is er geen verband gevonden met de grootte van het ziekenhuis.

## Deel II      Uitkomsten literatuurverkenning

Bij de literatuurverkenning rond het thema 'Klacht en Veiligheid' en de benutting van klachten voor kwaliteitsverbetering hebben we ontdekt dat er relatief weinig specifieke literatuur voorhanden is. Nergens in de literatuur wordt het totale traject van de vertaling van klachten naar kwaliteit helder in kaart gebracht. Ook zijn geen beschrijvingen voorhanden van een systematische betekenisgeving aan klachten als kwaliteitssignaal. Er zijn wel verbanden beschreven tussen klachten en veiligheid: klachten als informatiebron over veiligheid, de relatie tussen patiënttevredenheid en patiëntveiligheid en het verband tussen klachten c.q. tevredenheid en organisatiecultuur. Ook zijn er normen en systemen ontwikkeld voor het monitoren van klachten als onderdeel van risicomangement.

In het volgende zijn rondom deze thema's de belangrijkste bevindingen beschreven, zoals we deze in de (inter)nationale literatuur aantreffen.

### *Klachten van patiënten als informatiebron*

Patiënten spelen een belangrijke rol bij het verbeteren van de veiligheid en kwaliteit van zorg. Patiënten worden steeds mondiger en goed in staat om medische en zorgfouten te identificeren en vormen dan ook een belangrijke bron van informatie voor het kwaliteitsbeleid.<sup>14,15</sup>

Een ingediende klacht is één van de mogelijke signalen over de kwaliteit van zorg. Van klachten kan een organisatie leren wat er beter kan. Andere bronnen voor kwaliteit zijn onder andere MIP of VIM-meldingen, complicatieregistraties en tevredenheidsonderzoek. In de Klachtenrichtlijn wordt aanbevolen dat klachteninstanties en 'bij het kwaliteitsbeleid betrokkenen' een optimale combinatie van informatie uit diverse bronnen bevorderen.<sup>16</sup>

De verschillende informatiebronnen hebben verschillende invalshoeken en zijn daarom complementair. Uit onderzoek blijkt dat veel schade niet als incident gemeld wordt, en dat het onderwerp van klachten vaak niet heeft geleid tot een incidentmelding.

In Australië worden klachten gezien als incidentmeldingen door de patiënt ('consumer reported incidents').<sup>17</sup> In Nederland loopt een pilotonderzoek waarin patiënten worden aangemoedigd om onveilige situaties en ongewenste gebeurtenissen in de zorg te melden.<sup>18</sup> Door deze meldingen structureel te verzamelen en analyseren kan belangrijke informatie verkregen worden om de patiëntveiligheid te verbeteren.

Door patiënten gerapporteerde incidenten in de zorg en de service kunnen vaak gekoppeld worden aan patiëntveiligheid, bijvoorbeeld als het incident betrekking heeft op

---

<sup>14</sup> Weingart SN, Toth M, Eneman J, et al. Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events. *Int J Qual Healthcare* 2004; 16:499-507.

<sup>15</sup> Blendon RJ, DesRoches CM Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med* 2002; 347:1933-40.

<sup>16</sup> Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg 2004.

<sup>17</sup> Australian council for safety and quality in healthcare: Better practice guidelines on complaints management for healthcare services, 2004.

<sup>18</sup> [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl): Patiënt meldt incident, een pilotproject van NPCF en VMS Zorg.

overdracht van informatie en coördinatie van zorg.<sup>19</sup> Klachten van patiënten zijn signalen van suboptimale zorg en kunnen duiden op risico's voor de patiëntveiligheid. Uit onderzoeken blijkt dat 20 tot 30 procent van de klachten veiligheid gerelateerd zijn.<sup>20,21</sup> De kans op een klacht blijkt groter naarmate de schade groter en/of meer vermijdbaar was. Overigens blijkt ook uit onderzoek dat patiënten in veruit de meeste gevallen géén klacht indienen na het optreden van een adverse event of complicatie.<sup>22</sup> Klachten kunnen dus beschouwd worden als het topje van de ijsberg.

In het onderzoek naar onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen zijn klachten gebruikt als mogelijke aanwijzing voor een incident.<sup>23</sup> Ook in de andere methoden voor dossieronderzoek, zoals de Global Trigger Tool Kit, worden uitingen van onvrede door patiënt of familie beschouwd als een signaal voor (potentieel) schadelijke gebeurtenissen.<sup>24</sup>

### *Organisatiecultuur en klachten*

De cultuur van een organisatie is van invloed op de wijze waarop met klachten wordt omgegaan. In een organisatiepsychologisch onderzoek werd de mate van 'defensief organisatorisch gedrag' in organisaties gemeten. Hoe defensiever een organisatiecultuur was, hoe slechter men bleek om te gaan met klachten. Dit betrof zowel het verzamelen van klachten, het reageren op en behandelen van klachten als het gebruiken van klachten voor kwaliteitsverbetering. Een meer klantgerichte organisatie en minder defensieve omgang met klachten leidde begrijpelijkerwijs achteraf tot meer tevredenheid over de klachtenbehandeling onder de klagers.<sup>25</sup>

In een andere studie werden scores op de Safety Culture Survey onder werknemers vergeleken met de uitkomsten van patiënttevredenheidsonderzoek in verschillende ziekenhuizen. Hieruit bleek de beleving van de ziekenhuiswerknemers met betrekking tot patiëntveiligheid op een aantal punten gerelateerd te zijn aan de tevredenheid van de patiënten: ziekenhuizen die volgens de werknemers beschikten over voldoende en adequaat personeel, bleken ook een hogere patiënttevredenheid te hebben. Ziekenhuizen die in het cultuuronderzoek goed scoorden op de kwaliteit van overdrachten, scoorden ook hoge waarden van patiënttevredenheid. Dit gold ook voor ziekenhuizen waar volgens de werknemers een niet-bestrafende reactie op fouten gebruikelijk was.<sup>26</sup>

Beide onderzoeken suggereren dat een open en veilige cultuur gereflecteerd wordt in de tevredenheid van de patiënten.

---

<sup>19</sup> Weingart, S. N., Pagoviche, O., Sands, D. Z., Li, J. M., Aronson, M. D., Davis, R. B., Phillips, R. S., & Bates, D. W. (2006, April). Patient-reported service quality on a medicine unit. *International Journal of Quality in Health Care*, 18(2), 95-101

<sup>20</sup> The Healthcare Commission: State of Healthcare 2006.

<sup>21</sup> Murff HJ, France DJ, Blackford J, et al. Relationship between patient complaints and surgical complications. *Quality and Safety in Healthcare*. 2006;15:13-16.

<sup>22</sup> Bismark MM, Brennan TA et al. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand : a descriptive analysis of complainants and non-complainants following adverse events. *Quality and Safety in Healthcare*. 2006;15:17-22.

<sup>23</sup> Nivel/Emgo: Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen, 2007.

<sup>24</sup> Institute of Healthcare Improvement, Boston Global Trigger Tool Kit version 4, 2005.

<sup>25</sup> Homburg C, Fürst A. See no evil, hear no evil, speak no evil: a study of defensive organizational behavior towards customer complaints. *J. Academy of Marketing Science*, 2007

<sup>26</sup> Wolosin RJ. Safety and satisfaction: where are the connections? *Patient Safety & Quality Healthcare*. 2008; 05. (online).

### *Monitoring van klachten (en incidenten)*

In de NTA norm staat klachtenafhandeling, analyse en registratie genoemd als één van de onderwerpen in het Veiligheidsmanagementsysteem.<sup>27</sup>

(Geanonimiseerde) klachten en claims moeten, net als incidenten, toegankelijk zijn voor analyse en management. Monitoring is een belangrijk onderdeel van risicomanagement, waarbij zorgorganisaties informatie verzamelen om risico's te herkennen en te reduceren en incidenten met mogelijke schade voor de patiënt te voorkómen. Diverse geautomatiseerde systemen voor monitoring van incidenten én klachten zijn in ontwikkeling.<sup>28</sup> Echter ervaringen met klachtenregistratie in deze systemen en de resultaten hiervan met betrekking tot de patiëntveiligheid zijn nog niet beschreven.

---

<sup>27</sup> Nederlands Technische Afspraak 8009:2007 Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen. Punt 4.5.2.

<sup>28</sup> SPAR managementsysteem, IVIM Infoland, BMC Infonet, VIM monitoring Isala klinieken.

## Deel III Goede praktijkvoorbeelden

Via de vragenlijsten in het inventarisatieonderzoek (zie deel I van deze rapportage) hebben de deelnemende ziekenhuizen vele ideeën en plannen genoemd die (moeten) bijdragen aan een effectieve benutting van klachten voor de verbetering van veiligheid en kwaliteit. Op het moment van het onderzoek (mei – juni 2007) ondernam slechts een klein aantal ziekenhuizen al systematisch en gericht activiteiten op dit vlak. Bij deze ziekenhuizen hebben we enkele veelbelovende initiatieven geselecteerd als voorbeelden uit de praktijk.

Bij onze keuze past de volgende kanttekening. Geen enkel ziekenhuis kent in de praktijk al een systematisch en totaal traject voor de benutting van klachten. De gekozen praktijkvoorbeelden betreffen dan ook steeds bepaalde deelaspecten van het traject van klacht naar kwaliteit en veiligheid. Het gaat hierbij om bepaalde organisatorische constructies, methoden of hulpmiddelen.

De beschreven praktijkvoorbeelden zijn:

1. **Een Commissie Incidenten Claims en Klachten (CICK)** waarin klachten, claims en incidenten worden samengebracht en besproken.
2. **Een verbeterproces ‘Van Klacht naar Kwaliteit’** waarmee de omzetting van klachten naar (plannen voor) verbeteringen systematisch wordt bevorderd.
3. **Een Kwaliteitsbarometer** als digitale webbased tool waarin per afdeling verschillende bronnen voor de verbetering van kwaliteit en veiligheid worden opgenomen.
4. **Een risicomatrix** als hulpmiddel voor de analyse van klachten en incidenten om te komen tot bepaling van trajecten voor verdere acties.

In elke beschrijving is aangegeven wat de aanleiding was om de betreffende structuur/hulpmiddel rondom klachten en kwaliteit en veiligheid op te zetten en hoe de werkwijze is.

Omdat de meeste van de betrokken ziekenhuizen recent zijn gestart met (een structuur rondom) de benutting van klachten voor kwaliteit en veiligheid, zijn daarin nog niet altijd hele concrete resultaten zichtbaar. Desondanks kunnen de beschreven praktijkvoorbeelden goed dienen als illustratie en inspiratie voor ziekenhuizen die op dit gebied nog in ontwikkeling zijn.

Voor het geval u meer wilt weten of gebruik wilt maken van de ervaringen, is per voorbeeld een contactpersoon en –adres van het betreffende ziekenhuis genoemd.

# 1 Meander Medisch Centrum

*In het Meander Medisch Centrum is de CICK in het leven geroepen: de Commissie Incidenten Claims en Klachten. Drie informatiebronnen voor de kwaliteit en veiligheid van zorg worden samengebracht en besproken in deze commissie. De CICK geeft de Raad van Bestuur gevraagd en ongevraagd advies over mogelijke verbeteringen op het gebied van patiëntveiligheid.*

## Commissie Incidenten Claims en Klachten (CICK)

### *Aanleiding*

In 2005 startte Meander Medisch Centrum vanuit het Landelijke implementatieprogramma met Veilig Incident Melden op twee afdelingen. Vanaf dat moment nam men ook de rol van de MIP-commissie onder de loep: kon de MIP-commissie dezelfde rol blijven vervullen wanneer in een later stadium alle afdelingen VIM-men, of zal de MIP-commissie een andere rol kunnen/moeten vervullen? De invoering van VIM op de eenheden is aanleiding om de huidige MIP-commissie om te vormen tot een nieuwe samenwerkingstructuur: de Commissie Incidenten Claims en Klachten (CICK). De overweging daarbij is dat klachten, incidenten en claims allen aan iets refereren wat in het zorgproces niet zo is gegaan als het ziekenhuis en de zorgverlener dat zou willen. Belangrijk is om te kijken hoe dat komt. Het vermoeden bestaat dat wanneer deze drie bronnen bij elkaar worden gebracht, er meer informatie boven tafel komt op basis waarvan verbeteringen mogelijk zijn. (Wel zal voor de afdelingen die nog niet 'vimmen', een kerngroep vanuit de huidige MIP-commissie actief blijven als centraal meldpunt voor incidenten). Bij de informatie en rapportage over klachten, incidenten en claims was tot dan toe sprake van separate stromen, gecoördineerd via één functionaris (Hoofd Bureau Patiëntenzaken). Het idee ontstond om tussen de verschillende, bij de afzonderlijke rapportage betrokken functionarissen en de Raad van Bestuur, een tussenliggende commissie in het leven te roepen: de CICK.

### *Werkwijze*

De Commissie Incidenten, Claims en Klachten (CICK) is een ziekenhuiscommissie die de Raad van Bestuur en het stafbestuur van Meander gevraagd en ongevraagd adviseert op het terrein van patiëntveiligheid. Adviezen zijn gebaseerd op het in onderlinge samenhang analyseren van de volgende informatiebronnen:

- Meldingen van (bijna-)incidenten in het VIM-systeem
- Claimoverzichten
- Klachtrapportages
- Mogelijk in de toekomst: complicatieregistraties.

De informatie uit de verschillende bronnen is geanonimiseerd. Gebruik van deze informatiebronnen is op geanonimiseerde basis, met andere woorden: de informatie is

voor degenen die deze via de CICK onder ogen krijgen niet meer herleidbaar tot het individueel niveau van patiënt of medewerker / specialist.

Het doel van de CICK is het identificeren van verbetermogelijkheden voor patiëntveiligheid op ziekenhuisbreed niveau. De CICK doet dit op basis van onderzoek met gebruikmaking van verschillende informatiebronnen (VIM-meldingen, claims, en klachten)<sup>29</sup> en een vertaling hiervan naar concrete adviezen en uitgewerkte voorstellen aan de Raad van Bestuur.

De CICK is bij de start als volgt samengesteld:

- neuroloog (tevens voorzitter);
- chirurg;
- manager Apotheek/CSA;
- beleidsadviseur Kwaliteit;
- patiëntencontactpersoon (klachtenfunctionaris);
- facilitair bedrijf (manager Inkoop en contractering);
- verpleegkundig specialist, tevens VIM-expert;
- ambtelijk secretaris.

De Raad van Bestuur benoemt de leden van de CICK voor onbepaalde tijd.

De CICK vergadert vier keer per jaar en rapporteert tenminste vier keer per jaar aan één nog nader te bepalen aanspreekpunt binnen de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur zorgt vervolgens voor de relevante communicatie naar andere betrokkenen binnen Meander.

Ten behoeve van de vergaderingen leveren de leden minimaal drie weken voorafgaande aan iedere vergadering informatie aan over: ontwikkelingen m.b.t. complicatieregistratie, medicatieveiligheidsteam, VIM-database, overzichten klachtmeldingen, ontwikkelingen Facilitair Bedrijf, Kenniskring VIM-experts, claimoverzichten Meander en/of Medirisk, ontvangen analyses van 'rode (bijna-)incidenten'.

De voorzitter bereidt samen met de beleidsadviseur Kwaliteit op basis van de ontvangen informatie de agenda voor en leidt de bijeenkomsten.

Tijdens de bijeenkomsten en tussentijds onderneemt de commissie de volgende activiteiten:

- 1 Onderzoek naar aard, aantallen van en trends in meldingen van (bijna-)incidenten, claims en klachten, bij voorkeur gebruik makend van benchmarkgegevens vanuit andere ziekenhuizen.
  - o Voor wat betreft (bijna-)incidenten maakt de CICK analyses op basis van de centrale database waar alle meldingen zijn opgeslagen. Voor wat betreft claims en klachten geschiedt dit door middel van opgestelde kwartaal- en jaarrapportages vanuit Bureau Patiëntenzaken.

---

<sup>29</sup> Wanneer de ontwikkelingen met betrekking tot complicatieregistratie in Meander verder zijn uitgekristalliseerd, zal nog bezien worden hoe ook deze informatiebron als input gebruikt kan worden door de CICK.

- 2 Waar mogelijk opstellen van 'profielen' aan de hand van totaaloverzichten van (bijna-) incidentmeldingen, claims en klachten.
  - o Voor wat betreft (bijna-)incidenten geldt dat eenheden waarschijnlijk zo'n 5 tot 10 % van de meldingen met behulp van de aangeleerde analysemethode PRISMA onderzoeken. Zij stellen een oorzakenboom met faal- en herstelzijde op en classificeren de uiteindelijk gevonden basisoorzaken. Deze classificaties worden toegevoegd aan de database. De CICK kan daarmee op ziekenhuisniveau een profiel opstellen waaruit blijkt welke types basisoorzaken dominant zijn in Meander. Voor wat betreft claims en klachten wordt dit type informatie gedestilleerd uit de kwartaal- en jaarrapportages.
- 3 Vergelijken van deze totalen en profielen van (bijna)incidenten, klachten en claims.
  - o De CICK onderzoekt in hoeverre de informatie die voortkomt uit de gegevens over (bijna-)incidentmeldingen, claims en klachten inhoudelijk overeenkomsten vertoont met elkaar. Een grote mate van overeenkomst versterkt de noodzaak tot (extra) maatregelen. Daarnaast onderzoekt de CICK of van ingediende claims en klachten eerder ook VIM-meldingen zijn gedaan. Een hoge mate van overeenkomst is een aanwijzing voor een alerte meldingscultuur.
- 4 Signaleren van decentraal ondernomen maatregelen, oplossingen en aanbevelingen n.a.v. (bijna-)incidenten, claims en klachten, die interessant kunnen zijn voor andere zorggroepen.
  - o De CICK vervult een schakelrol bij het verspreiden van informatie over decentraal gevonden ideeën en oplossingen naar aanleiding van geanalyseerde (bijna)incidenten, claims en klachten. De CICK vraagt deze informatie op bij de eenheden, screent deze op mogelijke invoering in Meander en zorgt voor verspreiding van de informatie.
- 5 Zorggroepoverstijgende / ziekenhuisbrede verbetermogelijkheden signaleren en vertalen naar adviezen aan Raad van Bestuur en management.
  - o De CICK zet de informatie zoals verkregen uit 1 t/m 4 om in adviezen aan Raad van Bestuur en management. Daarnaast kan het zijn dat bepaalde maatregelen het niveau van de eenheid overstijgen en op Meanderbreed niveau genomen moeten worden. De eenheden kunnen dit individueel via de lijn aankaarten en dit daarnaast onder de aandacht brengen bij de CICK. Aangezien de CICK over informatie op ziekenhuisniveau beschikt, kunnen zij hierin de Raad van Bestuur mede adviseren. Uiteraard kan de CICK ook op eigen initiatief ziekenhuisbrede maatregelen voorstellen.

In algemene zin stelt de commissie CICK zich met regelmaat op de hoogte van de wijze waarop analyse en informatievoorziening naar aanleiding van complicatieregistraties, (bijna-)incidenten, claims en klachten vorm krijgt en welke eventuele knelpunten zich daarbij voordoen. De CICK neemt deze achtergrondinformatie mee in haar adviezen.

### *Resultaat*

Het fenomeen van deze commissie is nieuw voor Meander en overigens ook voor de meeste ziekenhuizen in Nederland. Men zoekt daarom (nog) naar een vorm en werkwijze die optimaal is in effectiviteit en slagvaardigheid. Dit vraagt om een experimentele

houding van de leden, zeker gedurende het eerste jaar. Het betekent ook dat concrete resultaten op dit moment nog niet aan de orde zijn. Maar het initiatief op zich heeft de potentie om een brug te slaan tussen verschillende 'deelsystemen' op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid.

De activiteiten van de CICK bestaan deels uit 'papieren' werk: het kijken naar overzichten en cijfers, deze vergelijken met elkaar en opvallende overeenkomsten opsporen. Echter, de CICK wil geen papieren tijger zijn en streeft naar een korte en heldere communicatielijnt met de Raad van Bestuur. Dit houdt onder meer in dat de CICK op ingediende adviezen en voorstellen een snelle en transparante reactie verwacht van de Raad van Bestuur, zodat de CICK de voortgang van eigen voorstellen actief in het oog kan houden.

Ook wil de CICK helder en transparant communiceren in huis. Hoe dit vorm krijgt, wordt nog uitgewerkt.

Eind 2008 zal de commissie een evaluatie houden van de werkwijze tijdens en de resultaten van de voorgaande periode. Mogelijk dat men daarna aanpassingen doorvoert.

#### *Meer informatie*

Meander Medisch Centrum  
Mevrouw P. Zweekhorst, Beleidsadviseur Kwaliteit  
e-mailadres: pm.zweekhorst@meandermc.nl  
telefoon: 033 - 850 4069 / 2031

## **2 Medisch Centrum Haaglanden**

*Door het verbeterproces 'Van Klacht naar Kwaliteit' worden in het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) klachten omgezet in verbeteringen teneinde de kwaliteit en veiligheid van zorg te bevorderen.*

### **Verbeterproces Van Klacht naar Kwaliteit**

#### *Aanleiding*

In het MCH functioneerde reeds een bepaalde procedure voor afwikkeling van afzonderlijke klachten in het contact met klager en aangeklaagde. Dit proces werd geregistreerd in een database, bewaakt door periodieke managementrapportages aan de Raad van Bestuur en aan decentraal management (naar aantallen, soort, plaats, etc), en mede met inzet van tevredenheidsmetingen getoetst en waar nodig bijgesteld. Men miste een systematische aanpak om lering te trekken uit klachten en te komen tot gerealiseerde verbeteringen. Door middel van een verbeterproces volgend op de individuele klacht zou herhaling van dergelijke klachten voorkomen kunnen worden. Het verbeterproces Van Klacht Naar Kwaliteit is ontworpen om op een beheerste manier klachten om te zetten in gerealiseerde verbeteringen.

#### *Werkwijze*

Vanaf 2004 is een systematische aanpak geïntroduceerd om klachten om te zetten in gerealiseerde verbeteringen: 'Van Klacht Naar Kwaliteit'. Dit proces start nadat de klacht met de betrokken klager is afgewikkeld. Het wordt bij alle klachten toegepast. De klachtenfunctionarissen vragen het management van de afdeling waar de klacht zich heeft voorgedaan om via het formulier Van Klacht Naar Kwaliteit een oorzaakanalyse uit te voeren en waar nodig verbetermaatregelen in te voeren ter voorkoming van herhaling. Het afdelingsmanagement is verantwoordelijk voor de analyse en het vaststellen van de te nemen maatregelen. Het proces wordt bewaakt door de klachtenfunctionarissen.

De klachtenfunctionaris registreert de voortgang van het verbeterproces en de bereikte resultaten. Hij bewaakt dit via het klachtenregistratiesysteem RegCare, het programma waarin klachten worden. Door het inzicht in RegCare is de klachtenfunctionaris eenvoudig in staat de voortgang te monitoren. De klachtenfunctionaris geeft hierover eens per kwartaal resultaatrapportages aan het management van de betreffende afdeling en divisie, de Raad van Bestuur en de afdeling Kwaliteitszorg. Ook worden per kwartaal voortgangsgesprekken gehouden met het divisie management.

#### *Resultaat*

In 2006 zijn 527 formulieren "Van Klacht Naar Kwaliteit" verzonden, welke in 28% (in 2005: 20%) van de gevallen aanleiding hebben gegeven tot maatregelen voor

verbetering. Voorbeelden van maatregelen zijn het aanpassen van instructies of protocollen, organisatorische verbeteringen, aanpassen van inwerkplannen, verbeteren van de inrichting of het aanschaffen c.q. verbeteren van hulpmiddelen, het bespreken van de oorzaak van de klacht in het werkoverleg.

Het management van de afdeling kan zelf de verbeterpunten en te nemen maatregelen voortkomend uit klachten invoeren in een digitaal, webbased systeem, genaamd de Kwaliteitsbarometer. De implementatie en borging van de verbetermaatregelen kunnen hierin gevolgd worden.

*Meer informatie*

Medisch Centrum Haaglanden  
De Heer H. Huysen, Kwaliteitsfunctionaris  
e-mailadres: h.huysen@mchaaglanden.nl  
telefoon: 070 - 330 2245

### 3 Medisch Centrum Haaglanden

*In het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) is een kwaliteitsbarometer ontwikkeld. Dit is een digitale webbased tool waarin per afdeling verschillende informatiebronnen voor de verbetering van kwaliteit en veiligheid worden opgenomen. De Kwaliteitsbarometer dient als overzicht voor de zorgmanagers. Zij kunnen zo voor hun eigen afdeling de verbeterpunten op hoofdlijnen beheren. Verbeteracties worden geregistreerd en bewaakt door het 'verbeterplan' in de Kwaliteitsbarometer.*

#### **Kwaliteitsbarometer**

##### *Aanleiding*

In 2004 heeft het MCH een NIAZ accreditatie gekregen. Als gevolg daarvan is op een aantal gebieden/thema's verbeteringen doorgevoerd. In het verleden bestond er geen software om dergelijke verbetermaatregelen op te volgen. Het kwam veelal neer op "losse papieren en plannen". Om daar verandering in aan te brengen en om zorgmanagers een soort cockpit te geven waarin ze hun eigen zorgprocessen kunnen beheren, is de kwaliteitsbarometer ontwikkeld: een webbased instrument.

##### *Werkwijze*

De Kwaliteitsbarometer is het instrument om op afdelings- of procesniveau de kwaliteits- en veiligheidseisen voor processen te toetsen en te beheren.<sup>30</sup> In deze barometer kunnen via intranet verschillende interne en externe informatiebronnen voor kwaliteit- en veiligheidsverbetering worden opgenomen, zoals Klachtenregistraties, Incidentmeldingen, HFMEA (een methode om prospectief naar risicovolle processen te kijken), prestatie-indicatoren, interne en externe audits.

Alle afdelingen en integrale patiëntenprocessen dienen te zijn 'aangesloten' op een kwaliteitsbarometer. De Kwaliteitsbarometer wordt beheerd door een zorgmanager of door een proceseigenaar. In de kwaliteitsbarometer zijn opgenomen:

1. De eisen waaraan de afdeling of het proces dient te voldoen. Deze eisen komen voort uit de Kwaliteitsnorm Zorginstellingen, de NIAZ afdelingsnormen, het strategisch beleid van het MCH en het INK-managementmodel. Er worden twee typen eisen onderscheiden waarover 100 vragen worden gesteld:
  - 'documentatie-eisen' die refereren aan documenten die in actuele versies beschikbaar moeten zijn. Een voorbeeld van een documentatievraag is: Missie en visie van de functiegroep zijn geformuleerd, actueel en afgeleid van het

---

<sup>30</sup> De Kwaliteitsbarometer kent geen normering in de zin van sancties wanneer de verbeterpunten niet binnen een bepaalde termijn zijn opgepakt. De barometer is bedoeld als instrument om op afdelings- of procesniveau de kwaliteits- en veiligheidseisen welke gesteld worden aan processen te toetsen en te beheren.

strategisch beleidsplan? De antwoordcategorieën zijn: ja, nee, niet van toepassing.

- *'implementatie-eisen'* waarbij de eigenaar van de barometer een oordeel velt over de kwaliteit van de implementatie (breedte en diepgang) op een 5-puntsschaal. Dit levert een sterkte / zwakteprofiel op van de afdeling, waaruit verbetermaatregelen kunnen worden afgeleid. Een voorbeeld van een implementatievraag is: Missie en visie van het ziekenhuis en van de organisatorische eenheid zijn bekend, begrepen en gedragen door de professionals, leidinggevenden en medewerkers? Verschillende antwoordcategorieën zijn mogelijk, variërend van 'de stelling wordt onderschreven maar heeft nauwelijks onze aandacht' tot 'wij pakken het systematisch aan, we weten waar we het over hebben, we zetten de puntjes op de i'.
2. Een module voor het beheersen van verbetermaatregelen ('verbeterplan'). Deze verbetermaatregelen komen voort uit a) het eisenkader en b) uit resultaten van metingen, toetsingen, beleids- en actiepunten etc. Op basis van de verschillende thema's die volgens de barometer verbetering behoeven, kan een integraal verbeterplan worden opgesteld. Het verbeterplan heeft de volgende invulopties per verbeteronderwerp:

1. Bron	7. Status
2. Verbeterpunt	8. Locatie
3. Gewenst eindresultaat	9. Wie
4. Starten op	10. Prioriteit
5. Deadline	11. Datum gerealiseerd
6. Omschrijving acties / voortgang	12. Aanpassen kwaliteitsdocumenten

De Kwaliteitsbarometer dient als overzicht voor de zorgmanagers. Zij kunnen zo voor hun eigen afdeling de verbeterpunten op hoofdlijnen beheren. Verbeteracties worden geregistreerd en bewaakt middels het 'verbeterplan' in de Kwaliteitsbarometer.

De inhoud van de barometer is afgestemd met de afdelingen HRM, zorgmanagers, projectgroep Kwaliteit & Veiligheid. Minimaal 2x per jaar werkt iedere eigenaar van een barometer deze bij. Uitzondering is gemaakt voor afdelingen met gecertificeerde managementsystemen, deze dienen één maal per jaar de barometer te actualiseren. De applicatie biedt zowel op afdelings- als op divisieniveau diverse mogelijkheden voor het genereren van overzichtsrapportages die a) status van de toets aan de eisen en b) status van verbeteractiviteiten weergeven.

#### *Inzicht in Kwaliteitsbarometer*

Elke afdelingsmanager heeft het overzicht in de barometer van zijn afdeling. De kwaliteitsfunctionarissen van het MCH hebben toegang tot de Kwaliteitsbarometers van alle afdelingen. Zo hebben de kwaliteitsfunctionarissen inzicht in de voortgang van de verschillende afdelingen met betrekking tot de in te voeren verbetermaatregelen maar ook in thema's die terug keren op verschillende afdelingen. Wat op de ene afdeling als

oplossing voor een probleem heeft gewerkt, of waar een verbetermaatregel goed is ingevoerd, kan voor een andere afdeling als voorbeeld dienen. De kwaliteitsfunctionarissen kunnen betreffende afdelingen hierop attenderen. Tevens fungeert de kwaliteitsfunctionaris op deze manier als vraagbaak voor afdelingen die een vraag hebben over een mogelijke verbetermaatregelen.

#### *Evaluatie en bijstelling Kwaliteitsbarometer*

De inhoud van de Kwaliteitsbarometer wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld. Op het moment dat de eisen van de NTA 8009:2007 voor het veiligheidsmanagementsysteem uitgewerkt zijn in het ziekenhuisbeleid worden deze verwerkt in de Kwaliteitsbarometer (verwachting eind 2007 t.b.v. implementatie in 2008).

Op dit moment wordt bekeken of arbo-eisen ook kunnen worden geïntegreerd in de kwaliteitsbarometer. Op deze wijze kan het arbo-management op afdelingsniveau ook worden beheerd via deze applicatie.

#### *Meer informatie*

Medisch Centrum Haaglanden  
De Heer H. Huysen, Kwaliteitsfunctionaris  
e-mailadres: h.huysen@mchaaglanden.nl  
telefoon: 070 - 330 2245

## 4 Diakonessenhuis Utrecht/Zeist/Doorn

*In het Diakonessenhuis is de analyse van klachten en incidenten in één systeem geïntegreerd. Bij de analyse wordt gebruik gemaakt van een risicomatrix.*

### Risicomatrix

#### Aanleiding

In het Diakonessenhuis is in 2006 een ziekenhuisbreed project gestart onder de naam 'Werken aan Veiligheid'. Onderdeel van dit project is de geïntegreerde analyse en behandeling van incidenten, klachten en claims. Het idee hierachter is dat een geïntegreerde aanpak meer informatie oplevert voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.

#### Werkwijze

Klachten van patiënten komen binnen via e-mail, het patiënteninformatiecentrum of direct bij de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie. De klachtenfunctionaris classificeert alle klachten. Daarbij gebruikt de klachtenfunctionaris een risicomatrix (zie afbeelding).

#### Risicomatrix

Kans op herhaling					Gevolgen voor patiënt
Zeer klein	Klein	Aanwezig	Groot	Zeer groot	
groen	groen	geel	geel	geel	Geen
groen	geel	geel	oranje	oranje	Beperkt
geel	oranje	oranje	rood	rood	Middelmatig
oranje	oranje	rood	rood	rood	Ernstig
rood	rood	rood	rood	rood	Fataal

## Maatregelen

groen	Geen actie nodig, registratie ten behoeve van trendanalyse
geel	Preventieve acties mogelijk, geen hoge prioriteit
oranje	Risicoreducerende maatregelen noodzakelijk
rood	Ontoelaatbaar, directe verbeteracties noodzakelijk

Bijbehorende vragen zijn:

*Wat is uw inschatting van de gevolgen voor de patiënt?*

- **Geen:** geen ongemak of letsel, geen verlenging opname, geen interventie;
- **Beperkt:** minimaal ongemak, minimaal lichamelijk letsel, geen verlenging opnameperiode, geringe klinische interventies, geringe vertraging behandeling;
- **Middelmatig:** ongemak, tijdelijk lichamelijk letsel, geringe verlenging opnameperiode, matige klinische interventie, vertraging behandeling;
- **Ernstig:** ernstig ongemak, blijvend lichamelijk letsel, aanzienlijke verlenging opnameperiode, grote klinische interventies (bv reanimatie, -heroperatie);
- **Fataal:** Overlijden.

*Wat is volgens u de kans op herhaling van dit type incident?*

- **Zeer klein:** Het zal misschien ooit voorkomen;
- **Klein:** Het zal niet vaker dan jaarlijks voorkomen;
- **Aanwezig:** Het zal mogelijk meerdere keren per jaar voorkomen;
- **Groot:** Het zal waarschijnlijk maandelijks voorkomen;
- **Zeer groot:** Het zal zeer waarschijnlijk wekelijks of vaker voorkomen.

Met deze matrix maakt de klachtenfunctionaris een inschatting van de kans op herhaling en van de gevolgen voor de patiënt. Hoe erger de gevolgen en/of hoe groter de kans op herhaling, hoe urgenter de te nemen maatregelen zullen zijn.

De klachten die geassocieerd zijn als 'rood' worden direct bij de Raad van Bestuur gemeld en behandeld als calamiteit. De Raad van Bestuur zorgt voor het nemen van directe maatregelen en de afhandeling met de betrokken zorgverleners en patiënt. Ook meldt de Raad van Bestuur calamiteiten altijd bij de Inspectie

Klachten die ernstige gevolgen voor de patiënt inhielden, worden geanalyseerd met de SIRE-methode. De resultaten van deze analyse gaan naar de Raad van Bestuur.

Klachten met een oranje code worden trendmatig geanalyseerd en de uitkomsten van deze analyse komen aan bod in de Veiligheidsraad van het Diaconessenhuis. Hierin hebben de Raad van Bestuur, een delegatie van de MIP-commissie, een klachtenfunctionaris en de kwaliteitsmedewerker/veiligheidsmanager zitting. De Veiligheidsraad komt eens per kwartaal bijeen, bespreekt de klachten en initieert verbeteracties.

Klachten met een gele of groene code stuurt de klachtenfunctionaris naar de betrokken afdeling of specialist. Deze klachten hebben (als signaal voor verbetering van kwaliteit)

geen hoge prioriteit, maar dienen wel volgens de klachtenprocedure en binnen de gestelde termijnen te worden afgehandeld. Dat wil zeggen, in geval de klager heeft gevraagd om bemiddeling of behandeling van de klacht.

### **Resultaten**

Zowel de klachtenfunctionaris als de veiligheidsmanager (namens de MIP-commissie) hanteren dezelfde codering voor klachten en incidenten. De klachten en incidenten registreren zij in hetzelfde geautomatiseerde systeem. Ook klachten die bij het patiënteninformatiecentrum of de klachtencommissie binnenkomen, kunnen direct in het systeem ingevoerd worden.

Voor de klachten is het nog niet mogelijk om rapportages te genereren uit het systeem, maar dit is wel een doel. Uiteindelijk is de bedoeling dat het systeem selectief toegang geeft aan bepaalde leidinggevenden/managers. Deze kunnen dan overzichten en analyses raadplegen van de klachten die betrekking hebben op de units waarvoor zij verantwoordelijk zijn. De invoer en rapportage kan dan geheel papierloos plaatsvinden.

Voor de incidenten is het al mogelijk om op een unit gerichte rapportages te maken met het systeem en daaruit volgende verbeteracties te registreren en te volgen. Maar het geautomatiseerde systeem heeft nog enige aanpassingen, om dit ook voor de klachtenafhandeling geschikt te maken. Een belangrijk verschil is dat de afhandeling van klachten gebonden is aan een vaste procedure met daarbij behorende termijnen. Voor de afhandeling van incidenten geldt géén 'afhandelingplicht'.

Uit vergelijking blijkt dat er nauwelijks overlap bestaat tussen de inhoud van de klachten en de gemelde incidenten. De informatie uit beide bronnen is dus complementair en een geïntegreerde aanpak levert meer informatie op voor de verbetering van de kwaliteit van zorg.

De gezamenlijke bespreking van ernstige klachten met de Veiligheidsraad ervaren alle partijen als positief. Klachten en incidenten worden serieus genomen en de bespreking leidt tot directe verbeteracties. Deze acties worden gevolgd met een zogenaamde 'feedback-loop'. Hierin is de terugkoppeling van verbeteracties geborgd.

Het gevolg van de nieuwe aanpak in het kader van het Werken aan Veiligheid project is, dat de hele organisatie op de hoogte is van de nieuwe structuur. Er wordt meer in openheid over klachten gesproken. Dit is merkbaar aan het feit dat maatschappen nu zelf initiatief nemen om informatie over klachten aan de klachtenfunctionaris te vragen. Ook gebruiken de specialisten de klachten die over hen zijn binnengekomen in intercollegiale intervisiegesprekken.

### **Meer informatie**

Diakonessenhuis

Mevrouw Wieneke Rauwerdink, klachtenfunctionaris

e-mail: [wrauwerdink@diakhuis.nl](mailto:wrauwerdink@diakhuis.nl)

telefoon:

De heer Joost Witte, kwaliteitsfunctionaris

e-mail: [jwitte@diakhuis.nl](mailto:jwitte@diakhuis.nl)

telefoon: 030 – 256 6391

## Deel IV      Samenvatting, conclusies en discussie

De aanbevelingen uit de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg zijn sinds het verschijnen van deze richtlijn eind 2004 door de ziekenhuizen actief opgepakt. Dit heeft geleid tot verbeteringen in de procedures en in de wijze waarop ziekenhuizen klachteninformatie als kwaliteitssignaal gebruiken.

De grote aandacht voor het thema van patiëntveiligheid heeft de afgelopen jaren ook het onderwerp klachten en veiligheid een extra impuls gegeven. Waar eerst vanuit de klachtenregistratie werd gepoogd om een koppeling te maken met een module voor incidentmeldingen, lijken de initiatieven nu andersom te lopen. Vanwege de grote aandacht voor het 'veilig incident melden' schaffen ziekenhuizen hiervoor geautomatiseerde systemen aan. Vervolgens kijkt men of de klachtenregistratie hierin is onder te brengen.

In het kader van het project 'Klacht en veiligheid' hebben 60 ziekenhuizen een indruk gegeven van de wijze waarop zij klachten benutten ter verbetering van patiëntveiligheid en kwaliteit. Dit deden zij door het invullen van een vragenlijst en (deels) het opsturen van materiaal. Bij elk ziekenhuis hebben doorgaans meerdere bij dit thema betrokken gremia (vanuit de functies van klachtenopvang/-bemiddeling, klachtenbehandeling en kwaliteitsbevordering) deelgenomen aan het onderzoek. Het beeld dat op basis van dit onderzoek ontstaat, is voorzover wij kunnen nagaan representatief voor met name de situatie in de algemene ziekenhuizen in Nederland in de periode 2006-2007.

In het onderzoek bij ziekenhuizen is navraag gedaan naar verschillende 'stappen' op de weg van klacht naar veiligheid en kwaliteit: registratie van klachten, combinatie met andere informatiebronnen, opstellen van rapportage (van al dan niet gecombineerde gegevens), bespreking van rapportages en te nemen acties, feitelijk uitvoeren van verbeteracties, monitoren van de verbeteracties.

Ook is navraag gedaan naar aspecten zoals: beleid ten aanzien van de benutting van klachten, afspraken over het volgen van het proces van klacht naar (verbeterde) veiligheid/kwaliteit, plannen voor de toekomst. Daarnaast is de mening gevraagd over de cultuur ten aanzien van bespreking van klachten bij met name management, artsen en verpleegkundigen; ook is de mening gevraagd over factoren die een effectieve benutting van klachten bevorderen dan wel belemmeren.

De verzamelde informatie is afgezet tegen bepaalde achtergrondvariabelen, met name de grootte van het ziekenhuis en de onderscheiden gremia die de vragenlijst invulden. Wat betreft de achtergronden valt op dat er bij de onderzochte ziekenhuizen sprake is van een sterke variatie in het relatieve aantal klagers en klachten (per 100 bedden of 1000 eerste poliklinische consulten). Daaruit valt al te leiden dat de omvang van het ziekenhuis niet bepalend is voor het (relatieve) aantal klachten. Welke factoren wel hiervoor bepalend zijn, is in het kader van dit onderzoek niet verder nagevraagd of uitgewerkt.

Uit de verzamelde informatie komt als algemeen beeld het volgende naar voren:

- de benutting van klachten ter verbetering van patiëntveiligheid en kwaliteit heeft bij (vrijwel) alle ziekenhuizen de aandacht;
- de wijze waarop men hieraan gestalte geeft, is doorgaans nog weinig systematisch en constant; een totaalbenadering, een beleid en afspraken ontbreken veelal nog;
- er is nog geen algemeen gebruik van bepaalde methoden en instrumenten om tot een systematische benutting van klachten te komen;
- wel is (op deelaspecten) sprake van veelbelovende initiatieven en instrumenten die een meerwaarde voor andere ziekenhuizen kunnen hebben; dit betreft o.a. het systematisch combineren van informatiebronnen, het analyseren van klachten op hun betekenis als signaal, het vormgeven van de vertaling naar verbeteracties en het systematisch volgen van (voorgenomen) verbeteracties;
- bij de aandacht voor en de feitelijke benutting van klachten in het kader van kwaliteit zijn bepalende factoren (naar de mening van de deelnemers aan het onderzoek) met name: commitment van het management, de stand van zaken wat betreft het VMS, een open cultuur t.a.v. (het leren van) klachten.

Nog niet in alle ziekenhuizen is duidelijk op welke gronden een klacht gelabeld wordt als kwaliteitssignaal. Hiertoe lijkt de risicomatrix wat betreft veiligheid een nuttig analyse-instrument voor het prioriteren van deze signalen.

Vrijwel alle ziekenhuizen zijn van plan om de komende jaren aan de slag te gaan met het structureel vertalen van klachten naar verbeteracties op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid. De grote aandacht voor klachten in relatie tot kwaliteit heeft al geleid tot vele verbeteracties in de ziekenhuizen, zoals uit de enquête is gebleken. Vrijwel alle responderende ziekenhuizen bleken klachten te bespreken om verbeteracties te kunnen vaststellen. De onderwerpen en aantallen verbeteracties waren echter zeer divers.

De enquête en het onderzoek bij de 'goede praktijkvoorbeelden' heeft laten zien dat ongeveer de helft van de ziekenhuizen doende is met de koppeling van klachtenoverzichten aan andere informatiebronnen. De koppeling aan met name incidentmeldingen, claims en cliëntmeningen gebeurt via koppeling aan kerncijfers of vindt plaats in periodiek overleg. Het samenbrengen van broninformatie in één systeem is echter nog maar zeer beperkt (in 6 ziekenhuizen) op gang gekomen. In nog maar weinig ziekenhuizen is een centraal verantwoordelijke aangewezen die alle informatiebronnen gezamenlijk analyseert en vervolgt. Daarbij moet duidelijk zijn dat het om het samenbrengen en analyseren van kerngegevens gaat, niet om de tot personen herleidbare gegevens.

Belemmerende factoren voor het effectief koppelen van klachten aan verbeteracties, zoals deze blijken uit de enquête, zijn: het alleen lokaal invoeren van oplossingen, nadruk op afhandeling van individuele klachten, medici houden klachten voor zich, onvoldoende oppakken van adviezen (van de klachteninstanties).

Volgens de enquête zijn bevorderende factoren: aandacht en prioriteit van het management/de directie voor dit onderwerp, voorbeeldgedrag van leidinggevenden, de situatie (leiderschap) waarin de ziekenhuisorganisatie zich bevindt, de IGZ prestatie-indicatoren en de vraag om transparantie, het geclusterd bespreken van klachten, maar

ook het bespreken van individuele casus om daarvan te leren. Een bottom-up benadering lijkt meer effect te sorteren dan een top-down beleid op dit gebied.

Concluderend kunnen we zeggen dat er geen verrassende nieuwe inzichten blijken te zijn, maar wel in een aantal gevallen zeer goede en bruikbare ideeën. Deze ideeën zijn over het algemeen nog in de plan-fase en betreffen nog geen complete, uitgeteste systemen. De gerichtheid op de patiëntveiligheid is algemeen verbreid in vrijwel alle ziekenhuizen.

Voor verdere exploratie van het onderwerp Klacht en Veiligheid hebben wij een aantal suggesties en aandachtspunten:

*Actualiteit en breder inzicht; ontsluiting informatie over 'goede praktijkvoorbeelden'*

- In dit onderzoek is de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen in 2006 en 2007 in kaart gebracht. Wellicht zijn er inmiddels nieuwe ontwikkelingen gaande. Het is wenselijk deze actuele informatie te 'ontsluiten'. Dit kan bijvoorbeeld door ziekenhuizen op te roepen om volgens een bepaald format hun 'goede praktijkvoorbeelden' te plaatsen op een website en/of kennisbank.
- Het viel buiten het bestek van dit onderzoek om te kijken naar de wijze waarop verpleeg- en verzorgingshuizen, verstandelijk gehandicaptenzorg, eerste lijn en jeugdzorg met klachteninformatie omspringen. Om een antwoord op deze vraag te vinden zou een vergelijkbaar onderzoek in deze sectoren kunnen worden uitgevoerd. Ook voor deze sectoren is het ontsluiten van goede praktijkvoorbeelden wenselijk.
- Het ontwikkelen van een methodisch kader voor analyseren, systematisch ordenen, procedures voor het formuleren van verbeteracties en het vervolgen daarvan is wenselijk. Samen met instellingen die voorlopen op dit gebied kunnen de processen en de instrumenten verder uitgewerkt worden. Het resultaat zou een routekaart voor het vertalen van klacht naar kwaliteit kunnen zijn.

*Interpretatie van informatiebronnen*

- Verder onderzoek naar complementariteit en overlap van verschillende informatiebronnen is gewenst. Hierbij zouden bronnen zoals incidentenrapportage, patiënttevredenheid en klachten vergeleken kunnen worden. Een dergelijk onderzoek maakt helder wat inhoudelijk gezien de meerwaarde is van het combineren van informatiebronnen.
- Klachten leveren informatie op over schade en veiligheid, maar hebben daarnaast ook een andere waarde. Klachten zijn waardevol ten aanzien van informatie over de wijze waarop de zorg is beleefd, de bejegening, de organisatie van zorg en de wijze waarop ziekenhuis en individuele behandelaar met fouten of ongenoegens zijn omgegaan. Deze aanvullende aspecten moeten we niet uit het oog verliezen. De relatie tussen deze belevingsaspecten en de veiligheidscultuur van een organisatie is interessant om verder te onderzoeken.
- Dit geldt eens te meer nu de vraag naar meer transparantie in de zorg leidt tot het verder ontsluiten van cliëntenervaringen. Naar verwachting zal het klachtenmanagement hierdoor een nieuwe impuls krijgen. De wijze waarop met

signalen van de patiënt wordt omgegaan, het begrijpen en aanpakken van onderliggende oorzaken van klachten en de terugkoppeling naar de patiënt zullen belangrijke parameters voor de patiënttevredenheid blijken te zijn.

#### *Juridische aspecten*

Over het samenbrengen van klachten en incidenten in één systeem is een discussie op gang gekomen: de vraag is gesteld of het wel zo wenselijk is om deze gegevens samen te voegen, gezien de privacy en de verschillende juridische status van de gegevens. Van belang voor deze discussie is of in de huidige systemen de gegevens alleen op geaggregeerd niveau toegankelijk zijn en hoe de zorgvuldigheidseisen bij de omgang met deze gegevens gestalte krijgt. De juridische consequenties van het samenvoegen van informatie uit verschillende bronnen verdient een verdere verheldering.

#### *Methode-ontwikkeling en verspreiding*

Eerder constateerden we dat de wijze waarop men gestalte geeft aan het gebruik van klachten voor kwaliteit en veiligheid doorgaans nog weinig systematisch en constant gebeurt. Een totaalbenadering en/of een beleid en afspraken ontbreken veelal nog. Tevens is gebleken dat geen algemeen gebruik is van bepaalde methoden en instrumenten om tot een systematische benutting van klachten te komen. Daarom is het wenselijk een project te starten waarin op basis van goede praktijkvoorbeelden een methode wordt ontwikkeld voor verbetering van kwaliteit en veiligheid naar aanleiding van klachten. Deze methode kan dan vervolgens worden overgedragen aan zorgaanbieders (in de ziekenhuiszorg maar ook in andere sectoren) die voornemens zijn om ook dit niveau van klachtenmanagement 'handen en voeten' te geven. Dit alles passend binnen het bredere kader van veiligheid en kwaliteit.

## BIJLAGE A

## VRAGENLIJST



Woerden, 7 juni 2007

Betreft: verzoek deelname aan project 'Klacht & Veiligheid'

Geachte mevrouw, heer,

Lukt het u om de zorg in uw ziekenhuis veiliger te maken door te leren van klachten?

Patiëntveiligheid in ziekenhuizen is op dit moment volop in het nieuws.

Doel is uiteraard om de kwaliteit van zorg te verbeteren, om te leren van gebeurtenissen die niet optimaal zijn verlopen en die tot schade de patiënt (kunnen) leiden.

Er zijn verschillende informatiebronnen voor het opsporen van zorg die geleid heeft tot onveilige situaties. Te denken valt aan MIP en VIM (veilig incidenten melden op afdelingen), aan dossieranalyses, aan signalen van patiënten.

De veiligheid en kwaliteit van de zorg zijn ook bij klachten van patiënten aan de orde. Leren van klachten is een achterliggend motief van veel patiënten die uiting geven aan hun onvrede.

De Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg (2004) noemt het leren van klachten (de vertaling van klachten naar kwaliteitsverbetering) als een belangrijk aspect van klachtenmanagement.

In het project 'Klacht & Veiligheid' willen het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO en SOKG expertisecentrum klachtenmanagement zorg de verbinding tussen beide thema's verkennen en uitwerken. Dat gebeurt in de eerste fase door een literatuurstudie en een inventarisatie van de huidige praktijk en 'good practices'. In tweede fase zal (als daartoe middelen zijn) een methodiekboek en een werkconferentie volgen.

Wij vragen uw **medewerking aan het project 'Klacht & Veiligheid'** door de bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Zo willen we de huidige praktijk van het benutten van klachten voor kwaliteitsverbetering in kaart brengen en 'good practices' op het spoor komen. De uitkomsten van de inventarisatie kunnen ook voor u een stimulans zijn. U ontvangt (eind 2007) een overzicht van de projectresultaten.

Deze brief en de **vragenlijst** zijn gestuurd naar degene(n) die zich in uw ziekenhuis bezighouden met de klachtenopvang/-bemiddeling, klachtenbehandeling, patiëntveiligheid en kwaliteitsbeleid. Doorgaans zijn dit de **klachtenfunctionaris**, **klachtencommissie** (ambtelijk secretaris/voorzitter) en de **kwaliteitsmedewerker** en/of directeur patiëntenzorg.

Bij voorkeur ontvangen we een gezamenlijk ingevulde vragenlijst retour. Blijkt dat niet haalbaar, dan kunt u ook elk apart de vragenlijst invullen.

Wilt u de ingevulde vragenlijst (met eventuele bijlagen) **uiterlijk 28 juni aanstaande terugsturen?**

Dat kan via e-mail [secretariaat@sokg.nl](mailto:secretariaat@sokg.nl) of via postadres SOKG, Polanerbaan 13N, 3447 GN Woerden.

Wilt u overleggen of meer informatie? Dan kunt u contact opnemen met Marga Timmers (SOKG), Maartje Houtsma of Roos Trooster (CBO).

Vriendelijke groet,

drs. Roos Trooster en drs. Maartje Houtsma  
CBO  
kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg  
klachtenmanagement zorg  
telefoon 030 – 28 43 900  
e-mail: [r.trooster@cbo.nl](mailto:r.trooster@cbo.nl) , [m.houtsma@cbo.nl](mailto:m.houtsma@cbo.nl)

drs. Marga Timmers  
SOKG  
expertisecentrum  
telefoon 0348 – 40 91 03  
e-mail: [mtimmers@sokg.nl](mailto:mtimmers@sokg.nl)

## Project 'Klacht & Veiligheid' Vragenlijst

### Algemene toelichting

Via deze vragenlijst willen we een beeld krijgen van de activiteiten in uw ziekenhuis in samenhang met de **vertaalslag van klacht naar kwaliteit** en daarmee de bijdrage aan patiëntveiligheid. Ook willen we een beeld krijgen van **factoren** die naar uw ervaring een effectieve vertaalslag **bevorderen** of juist **belemmeren**.

Allereerst stellen we enkele vragen naar achtergrondgegevens. Vervolgens zijn over een drietal hoofdthema's vragen gesteld.

Is bij een bepaalde vraag een uitgebreidere toelichting nodig, dan leest u deze in een voetnoot.

Bij sommige vragen is het verzoek om zo mogelijk schriftelijke informatie te geven. U kunt in een lijst aangeven welke stukken u eventueel heeft bijgevoegd.

De schrijfruimte bij elke vraag lijkt beperkt, maar u kunt zoveel antwoorden als u wilt door in deze vragenlijst als Wordbestand zelf uw antwoorden in te voeren achter de puntjes (...).

De ingevulde vragenlijst(en) ontvangen we graag **uiterlijk 28 juni 2007 retour**.

Het retouradres is SOKG via [secretariaat@sokg.nl](mailto:secretariaat@sokg.nl) en/of Polanerbaan 13 N 3447 GN Woerden. Voor verdere contactgegevens en uitleg: zie de brief die u bij deze vragenlijst kreeg meegestuurd.

### Achtergrondgegevens

#### **Ziekenhuis**

Naam ziekenhuis/instelling: ...

Adres: ...

Omvang: ... bedden, ... poliklinische consulten in 2006.

Eventuele bijzondere kenmerken van het ziekenhuis: ...

#### **Deelnemers**

Deze vragenlijst is ingevuld door: (graag naam, evt. functie, mailadres en telefoon invullen)

- klachtenfunctionaris, namelijk ...
- klachtencommissie, lid/voorzitter, namelijk ...
- klachtencommissie, ambtelijk secretaris, namelijk ...
- kwaliteitsmedewerker, namelijk ...
- directie/raad van bestuur, namelijk ...
- anders, namelijk ...

### **Aantal klachten in 2006**

*In het volgende vragen we u om de gegevens in te vullen zoals die over 2006 zijn vermeld in jaarverslagen e.d.. Gevraagd is naar het aantal klagers (personen) en klachten (kwesties die zij noemden) waarmee diverse interne instanties contact hadden.*

via klachtenopvang/-bemiddeling (klachtenfunctionaris):

klagers: ...; klachten: ...

via klachtencommissie

klagers: ...; klachten: ...

anders, namelijk ...

klagers: ... ; klachten: ...

### **A. Combinatie van informatiebronnen**

1. Vindt koppeling of vergelijking van klachten(overzichten) aan/met andere informatiebronnen plaats?

*(uitgaande van de periode 2006 tot heden)*

nee, omdat ...

ja, namelijk met de volgende informatiebronnen <sup>31</sup> ...

*verdere vragen indien vergelijking of koppeling plaatsvindt:*

2. Op welke wijze gebeurt dit? ...<sup>32</sup>

3. Is een systeem voor de koppeling van informatie (afspraken) vastgelegd?

nee

ja; wilt u dit dan bijvoegen?<sup>33</sup>

### **B. Volgen van klachten naar veiligheid en kwaliteit**

#### **Registratie, rapportage en bespreking van klachten**

1. Vindt systematische registratie van klachten plaats?

nee, omdat ...

ja, namelijk als volgt: ...

2. Vindt rapportage van klachten plaats?

nee, omdat ...

ja, namelijk als volgt: ...

---

<sup>31</sup> *Informatiebronnen: bijvoorbeeld MIP/FONA/VIM-meldingen, tevredenheidsonderzoeken, exitinterviews, vragen via patiëntenservicebureau/patiëntenvoorlichting, klachtenoverzichten van patiëntenorganisatie(s), overzicht schadeclaims, productiecijfers instelling, klachtenoverzichten referentieziekenhuizen, enzovoort*

<sup>32</sup> *Koppeling of vergelijking informatiebronnen: bijvoorbeeld koppeling gegevensbestanden, vergelijking kerncijfers uit afzonderlijke rapportages, enzovoort.*

<sup>33</sup> *Graag opnemen in de lijst van bijgevoegde stukken met vermelding van kenmerk A.3*

3. Vindt bespreking van klachten (al dan niet op basis van rapportages) plaats?
  - nee, omdat ...
  - ja, namelijk als volgt: ...
4. Vindt bespreking plaats van te nemen acties?
  - nee, omdat ...
  - ja, namelijk als volgt: ...

#### **Acties naar aanleiding van klachten**

5. Hebben in 2006/2007 concrete verbeteracties plaatsgevonden, (mede) naar aanleiding van klachten van patiënten?
  - nee, omdat ...<sup>34</sup>
  - ja, namelijk als volgt: ...<sup>35</sup>  
*Als beschrijvingen van dergelijke verbeteracties beschikbaar zijn: deze graag toevoegen.*<sup>36</sup>

#### **Monitoring en beleid**

6. Beschikt het ziekenhuis over een beleidsplan waarin ook de benutting van klachten in het kader van kwaliteit en/of patiëntveiligheid aan de orde komt?
  - nee, omdat ...
  - ja, namelijk opgesteld door ... en vastgesteld door ...  
*Als beschrijvingen van dergelijke beleidsplannen beschikbaar zijn: deze graag toevoegen.*
7. Zijn er in het ziekenhuis afspraken gemaakt over het volgen van uit klachten van patiënten voortgekomen plannen, acties en de effecten daarvan?
  - nee, omdat ...
  - ja, namelijk als volgt: ...  
*Als beschrijvingen van dergelijke afspraken beschikbaar zijn: deze graag toevoegen.*

#### **Plannen voor 2007 en 2008**

8. Zijn er plannen om in 2007-2008 aan de slag te gaan met de vertaling van klachten in termen van verbeterde kwaliteit en patiëntveiligheid?
  - nee, omdat ...
  - ja, namelijk: ...<sup>37</sup>  
*Als beschrijvingen van dergelijke plannen beschikbaar zijn: deze graag toevoegen.*<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Redenen voor niet nemen van verbeteracties: geen aanleiding, geen tijd, geen budget, geen bereidheid, enzovoort.

<sup>35</sup> Verbeteracties graag nader beschrijven in termen van: korte typering thema, betrokkenen, periode, feitelijke actie, (vermoedelijk) effect.

<sup>36</sup> Graag opnemen in de lijst van bijgevoegde stukken met vermelding van kenmerk B.5.

<sup>37</sup> Verbeteracties graag nader beschrijven in termen van: korte typering thema, betrokkenen, periode, feitelijke actie, (vermoedelijk) effect.

## C. Klachten en (veiligheids)cultuur

### **Cultuur**

1. Hoe zou u de cultuur typeren om klachten te bespreken in of bij:<sup>39</sup>
  - het management: ...
  - artsen: ...
  - verpleegkundigen: ...
  - andere beroepsgroepen of geledingen, namelijk...: ...

### **Weging activiteiten**

2. Vindt u – alles overziende – dat in uw instelling voldoende activiteiten plaatsvinden om te komen tot een vertaling van klachten naar kwaliteit en patiëntveiligheid?
  - nee, het ontbreekt met name aan: ...
  - ja, het is voldoende omdat ...

### **Bevorderende factoren**

3. Kunt u – kijkend naar de ervaringen in uw instelling in de periode 2006-2007 aangeven welke factoren met name hebben bijgedragen aan een effectieve benutting van klachten in termen van kwaliteit/patiëntveiligheid?  
*Hieronder staan enkele 'kapstokken' om deze factoren te benoemen. Een korte toelichting (voorbeelden) vindt u in de voetnoot.<sup>40</sup> Wilt u aangeven welke factoren meespelen en dit verder in uw eigen woorden toelichten?*
  - leiderschap, namelijk: ...
  - beleid en strategie, namelijk: ...
  - cultuur, namelijk: ...
  - mensen, namelijk: ...
  - middelen, namelijk: ...
  - processen, namelijk: ...
  - structuur, namelijk: ...
  - leren, namelijk: ...

---

<sup>38</sup> *Plannen voor toekomst: bijvoorbeeld projectplannen, beleidsnota, beschrijving van bepaalde methode, enzovoort.*

<sup>39</sup> *Typering cultuur: bijvoorbeeld in termen van gesloten, defensief, vijandig, vertrouwelijk, discreet, open en veilig, enzovoort.*

<sup>40</sup> *Factoren die een bevorderende (of belemmerende) invloed hebben zijn:*

- *leiderschap: bijvoorbeeld er is geen algemene of geen consistente visie, geen commitment, enz.*
- *beleid en strategie: er is (geen) duidelijk beleidsplan; realisering wordt (niet) gevolgd, enz.*
- *cultuur: men reageert vooral bestraffend of bagatelliserend op klachten, enz.*
- *mensen: betrokkenen zijn ziek, hebben niet voldoende kwaliteiten, enz.*
- *middelen: medewerkers zijn goed opgeleid, budget beschikbaar voor, enz.*
- *processen: direct verantwoordelijken kunnen goed samenwerken en hebben eenzelfde visie*
- *structuur: het is duidelijk wie welke verantwoordelijkheid draagt, enz.*
- *leren: men wil elke klacht ook als signaal bespreken, afdeling X heeft een voorbeeldfunctie, enz.*

### **Belemmerende factoren**

4. Kunt u – kijkend naar de ervaringen in uw instelling in de periode 2006-2007 – aangeven welke factoren met name een effectieve benutting van klachten in termen van kwaliteit/patiëntveiligheid in de weg stonden?

*Hieronder staan enkele 'kapstokken' om deze factoren te benoemen. Een korte toelichting vindt u in de voetnoot bij de voorgaande vraag.*

*Wilt u aangeven welke factoren meespelen en dit verder in uw eigen woorden toelichten?*

- leiderschap, namelijk: ...
- beleid en strategie, namelijk: ...
- cultuur, namelijk: ...
- mensen, namelijk: ...
- middelen, namelijk: ...
- processen, namelijk: ...
- structuur, namelijk: ...
- leren, namelijk: ...

### **Lijst van bijgevoegde stukken**

*Hieronder kunt u kort noteren welke stukken u aan deze vragenlijst heeft toegevoegd. Het kenmerk verwijst naar de onderdeel uit de vragenlijst waar het stuk bij hoort.*

<b>Kenmerk</b>	<b>Stuk</b>
A.3	
B.5	
B.6	
B.7	
B.8	

### **Tot slot**

*In het voorgaande hebben we al veel gevraagd over het brede thema Klachten & Veiligheid en de wijze waarop daaraan in uw instelling (niet) wordt gewerkt?*

*Mogelijk heeft u nog verdere informatie, ideeën of suggesties.*

*Wilt u deze dan hieronder beschrijven?*

*Mocht u zaken mondeling willen toelichten dan kunt u contact opnemen met Marga Timmers (via SOKG, [mtimmers@sokg.nl](mailto:mtimmers@sokg.nl) of 0348 – 40 9103) of met Maartje Houtsma / Roos Trooster (CBO via [m.houtsma@cbo.nl](mailto:m.houtsma@cbo.nl) of [r.trooster@cbo.nl](mailto:r.trooster@cbo.nl) of 030 – 28 43 900).*

*Hartelijk dank voor het invullen !*

## Bijlage B                      Overzicht bevorderende en belemmerende factoren (bij deel 1 – 4)

Aan de deelnemers is gevraagd welke factoren een bevorderende dan wel belemmerende rol hebben gespeeld in het effectief benutten van klachten in termen van kwaliteit en patiëntveiligheid. Op deze vraag ontvingen we scala aan antwoorden. Deze zijn ingedeeld in factoren van verschillende orde, naar analogie van factoren volgens het model IKM-3000 die bij implementatie van belang zijn (zie ook toelichting in vragenlijst, bijlage A).

Bij elk type factor konden de deelnemers verdere toelichtingen geven. De samenvatting hiervan is in hoofdstuk 4 (deel I) van het rapport opgenomen. In het volgende is ter illustratie een uitgebreidere opsomming van opmerkingen gegeven. Soms noemt daarbij niet alleen bestaande factoren, men ook zaken die bevorderend zouden (kunnen) zijn – en nu blijkbaar nog ontbreken.

### Leiderschap

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
- (Sterke) betrokkenheid vanuit directie/RvB/management; positieve houding t.a.v. klachten en klachtafhandeling (14x)	- Onvoldoende duidelijk wie verantwoordelijk is, wie actie onderneemt
- Bij management groot bewustzijn om pro-actief met klantgerichtheid bezig te zijn. Daarom investering in projecten als Gastvrijheid&Veiligheid; veel aandacht voor relatie met huisartsen; samenwerking	- Op midden(management)niveau kan betrokkenheid beter
- heldere, consistente visie en plan van aanpak	- Stagnatie door interim-leiderschap
- Participatie en decentrale klachtenafhandeling	- Meerdere tegenstrijdige belangen
- Korte lijnen	- Gebrek aan structurele inbedding
- Bereidheid tot overleg en acties is aanwezig	- Niet altijd voldoende steun van management
- Visie op klachtengebied; onvoldoende oog voor veiligheid. Alles in opstartfase, nog weinig gebeurd	- Stafbestuur heeft negatief beeld werkwijze klachtenfunctionaris
- Steeds meer bewust	- Geen algemene visie
- Bewust van signaalfunctie	- Geen consistente visie
- Casuïstiekbespreking van klachten in management en kernstaf	- Geen centrale richting, geen controle op klachten
- Initiatieven door bestuurder	- Overspoeld door vele veranderingsprocessen
- Stimuleren	- Centrale regie ontbreekt, wordt in 2008 opgepakt
- Vaststelling diverse beleidskaders	- Te groot aantal managers
- Duidelijke visie en uitstraling	- Sommige afdelingshoofden defensief

## Beleid en strategie

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
- Klantgerichtheid belangrijk in beleidsplan. Marketing daarvan belangrijk onderdeel	- Geen duidelijk beleidsplan/ onvoldoende vastgelegd (8x)
- meer decentrale bevoegdheden/verantwoordelijkheid; nadruk op klantvriendelijkheid	- geen beleid/sturing (4x)
- Vastgestelde procedures en klantonderzoek	- Beleidsplan leefde niet
- Clusters hebben klachten op agenda; aantal klachten niet relevant, zijn aanleiding om te verbeteren	- Gebrek aan structurele inbedding
- Beleid gericht op patiëntveiligheid en service; algemeen streven naar patiënttevredenheid	- Onvoldoende vertaling naar beleid
- Samenwerkingsovereenkomst met UMCU	- Plannen niet geëvalueerd
- Veiligheid en kwaliteit speerpunt van beleid	- onduidelijk wie probleemeigenaar is
- Update van beleidsplan geeft richting	- Rol klachten onvoldoende in beleidsplannen
- Belang patiëntveiligheid optimaal uitgedragen	- Niet voldoende oppakken van de adviezen
- Beleidsplan in ontwikkeling	
- Klachtenreglement aanwezig (3x)	
- Duidelijke afspraken tussen Raad van Bestuur, KC en KF	
- patiëntgerichtheid belangrijk onderdeel van beleid en strategie	
- Steeds meer bewust	
- Diverse sneller beter projecten, start vms	
- p&c cyclus, kaderbrief	
- Beschrijven dat het belangrijk is in jaarplan	
- Verantwoordelijkheden meer in de lijn, visiedocument in ontwikkeling	
- Onderdeel van sneller beter en vms	
- Expliciet	
- Beleid en strategie digitaal toegankelijk	
- Aandacht voor missie	
- Nog te ontwikkelen beleidskader en actieplannen	
- Minder divisie managers, verantwoordelijkheid leggen bij zorgmanagers.	

## Cultuur

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
- Open, transparant, (13x)	- Te reactieve houding van management en professionals; moeten zelf het goede voorbeeld geven
- Klachten kunnen (steeds beter) besproken worden (3x)	
- Door samenwerking met DuPont; Eftelingtrainingen, instrumenten als mysterie guests, veiligheidsrondes,	- Onvoldoende gericht op leren van klachten, onvoldoende open voor klachten

interne audits, competentiemanagement cultuur beïnvloeden	- Klachten zijn lastig en tijdrovend
- Neemt klachten serieus (4x)	- Vooral hoger in organisatie
- Verbetercultuur; proberen te leren van fouten (3x)	- Soms klachten gebagatelliseerd; discussie over klachtenregistratie
- Wens tot snelheid in klachtenafhandeling	- Afhoudend
- Meten veiligheidscultuur	- Toegroeien naar cultuur waarin klachten ECHT serieus genomen worden
- Streeft naar klantvriendelijkheid en veiligheid	- Werkvloer reageert nogal eens defensief op klachten
- Wisselend: van heel open naar defensief	- Nog niet gewend aan mondiger patiënten
- Medewerkers zoeken actief contact met klachtenfunctionaris bij dreigende klachten of claim	- Eilanddenken
- Nieuwe Raad van Bestuur	- Soms toch afrekencultuur
- VIM, positief labelen incidentmelding	- Vrijblijvendheid (2x)
- Groeiend besef voor waarden en normen	- Artsen vinden klachtbespreking nog moeilijk
- Toenemende aandacht voor patiënttevredenheid/gastvrijheid/veiligheid/ logistiek	- Vanwege fusie en reorganisatie intern gericht
- Project klantgerichtheid	

## Mensen

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
- Via introductieprogramma, opleidingen en intranet mensen wijzen op belang van klachten	- Elkaar durven aanspreken; melden van ongewenste gebeurtenissen; respect, bejegening.
- Betrokken, goed opgeleide professionals	- Vraagt tijd en doorzetten
- Verschildt per afdeling; sommigen verstoppen zich achter leidinggevende	- Veel werk/weinig mensen
- Grote zorg en betrokkenheid bij klachten; incidentmanagement bij diverse geledingen	- Werkdruk (2x)
- Betrokken	- Discussie over positie/taken KF
- Open, leergierig	- Late reacties; geen prioriteit aangegeven
- Korte lijnen, informele cultuur	- Omgaan met kritiek
- Gemotiveerd; hoge werkdruk	- Te weinig formatie klachtenfunctionaris
- Van hun verantwoordelijkheid bewust	- Sommige medewerkers hebben onvoldoende kwaliteiten
- Bereidheid fouten te erkennen	- Kennistekort over klachtenprocedure bij artsen en anderen
- Inzien dat verbetering noodzakelijk is	- Gebrek aan goede communicatieve eigenschappen
- Medewerking aan oplossen klachten	- Afhandeling van klachten beschouwd als tijdverslinder
- Motivatie tot bemiddelingsfunctie steeds groter	- Hebben het te druk
- Steeds meer bewust	- Voelen zich snel aangevallen. Hoofd/bijzaken niet goed kunnen onderscheiden.
- Inzet klachtenfunctionaris	
- De dragers van de cultuur	
- Motivatie en persoonlijkheid	
- Besef rol als dienstverlener, klant is koning	
- Open voor klachten en betekenis daarvan voor kwaliteit	
- Gemotiveerd	
- Leergierig, bereid om te leren van klachten	
- Management volgt MD traject	

## Middelen

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
- voldoende budget/middelen (5x)	- Gebrekkige dossiervoering
- Voldoende budget voor klachtenfunctionaris- /commissie, informatiefolders; voldoende middelen op afdelingsniveau om wijzigingen door te kunnen voeren	- weinig tijd vanwege verandering in management; tijdsdruk
- Klachtenfunctionaris aanwezig	- Teveel beheersmatig
- Wezenlijke informatie voor invulling projectgroepen	- Sommige oplossingen kosten geld dat niet altijd voorhanden is
- Parkeerplaatsen	- continuïteit bereikbaarheid klachtopvang ontbreekt
- Training en opleiding waar nodig	- Geen doelgerichte opleiding/ bijscholing klachtenbehandeling
- Klachtenopvang is laagdrempelig. kamer klachtenfunctionaris in centrale hal	- Niet altijd beschikbaar
- Steeds meer bewust	- Lukt niet altijd om alles te doen
- Klachten worden benut om beter gefaciliteerd te worden	- Te weinig deskundigheidsbevordering
- Oprichting kenniscentrum patiëntveiligheid, trainen van medewerkers in incidentanalyse	- Beter opleiding nodig
- Duidelijke klachtenopvangstructuur	- Hoge gevoelswaarde van de werkdruk
- Goed geregeld (2x)	- Geen overzichten te maken
	- Veelheid aan prioriteiten

## Processen

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
- Duidelijke procedures voor klachtenopvang, - bemiddeling en -behandeling; informatiefolders en middelen voor melden, registreren en rapporteren; verbetering/herinrichting van (zorg)processen	- Volledige integratie nog niet aanwezig
- Steeds meer schijven	- Lopen langs elkaar heen; men is niet op de hoogte van elkaars projecten
- Klachtenproces goed beschreven	- Diverse geledingen hebben eigen mening over klachtenopvang en -afhandeling; bundeling ontbreekt
- Oppakken klachten om zorg te verbeteren	- Geen borging; eilandencultuur
- KC-regeling en procedure bieden handvatten; wat ermee gedaan wordt valt buiten gezichtsveld	- Nieuw klachtenreglement in de maak
- Begeleiding door kwaliteitsfunctionaris	- Duren soms lang
- Verantwoordelijken zorgen voor vertaalslag van klacht naar kwaliteit	- Tijdgebrek
- Klachtenproces in relatie tot signalen	- Wisselend niveau van samenwerken
- Opstellen protocollen en richtlijnen	- Processen tussen afdelingen. kan de zaak bemoeilijken
- Time-out procedure	- Patiëntprocessen niet overal in kaart gebracht en afgestemd
- Verantwoordelijken werken goed samen; visie in ontwikkeling	- Medewerkers niet altijd in staat om over grenzen eigen domein te kijken
- Grote bereidheid te werken bij klachtenonderzoek	
- Verantwoordelijken hebben veelal dezelfde visie	

- 
- Processen steeds meer inzichtelijk en beschreven
  - Steeds meer bewust
  - KF brengen de processen in kaart in kader van accreditatie
  - Werkprocessen worden kritisch onder de loep genomen
  - Visiedoc in ontwikkeling
  - Aanpassen processen en borgen in protocollen
  - afdelingsoverstijgende bijeenkomsten en verbeteracties
  - Werkprocessen worden beschreven
  - Procesherinrichting, zorgprogrammering met aandacht voor patiëntenperspectief

## Structuur

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duidelijke structuur/; verantwoordelijkheden duidelijk (12x)</li> <li>- Goed opgezette structuur van klachtenfunctionarissen en -commissie, kwaliteitsorganisatie helpt om klachtproces optimaal te laten verlopen</li> <li>- Korte lijnen; geen bureaucratie</li> <li>- Goede registratie en rapportage</li> <li>- Kwaliteitsmonitor</li> <li>- Goed</li> <li>- CICK</li> <li>- Decentrale incidentmelding en klachtenafhandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niemand neemt verantwoordelijkheid</li> <li>- Functionarissen werken niet altijd goed samen</li> <li>- Verbeteringen nog niet ingebouwd</li> <li>- Structuren leiden tot bureaucratie. Zaken worden niet afgemaakt.</li> <li>- Verantwoordelijkheden nog niet overal goed vastgelegd</li> <li>- Verantwoordelijkheid nog teveel bij kwaliteitsfunctionaris; betrokkenheid werkvloer laat te wensen over</li> <li>- Artsen moeten hun persoonlijke verantwoordelijkheid beseffen, niet afschuiven naar anderen</li> <li>- Concurrentie van andere prioriteiten</li> </ul>

## Leren

<i>Bevorderend</i>	<i>Belemmerend</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trainingen; invoering IGZ prestatie-indicatoren waardoor meer informatie over effectiviteit van zorgprocessen</li> <li>- Elke klacht zien als gratis advies</li> <li>- ziekenhuizen worden aangesproken op prestatie door samenleving</li> <li>- Bespreking in werkoverleg; daaraan gekoppeld voorlichting over klachten en proactieve benadering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sommige oplossingen alleen lokaal ingevoerd zonder dat de rest van organisatie dat weet en ervan kan profiteren</li> <li>- Afhandelen van individuele klachten gaat voor op signaal voor kwaliteit</li> <li>- Verpleging gaat goed ermee om in teamverband; medici niet; houden de klacht voor zich</li> <li>- Weinig begrip om klacht als leermiddel te zien voor kwal.verbetering</li> </ul>

- 
- Ontwikkeling kwaliteitsinstrument
  - Update beleidsplan
  - Klachten clusteren en bespreken
  - Persoonlijke en algemene leermomenten
  - Leren van klachtbesprekingen
  - Klachten worden gebruikt als casus voor casuïstiekbesprekingen
  - Individueel, goed in ontwikkeling
  - KF geeft periodiek opleiding aan medewerkers van EZ
  - Klachtenfunctionaris geeft les over klachtafhandeling aan operationele afd.
  - Leren te leren
  - Afhankelijk van afdeling(shoofd)
  - Steeds meer bewust
  - Klachten wel besproken, maar daadwerkelijk ervan leren gebeurt vaak niet
  - Op afdelingsniveau openstaan voor leren
  - Klacht besproken als leermoment in teams
  - Bewustwording
  - Afhankelijk van persoonlijke instelling
  - Pilot zorggroep, ziekenhuisbreed vim, uitwisselen verbeteracties, safety alert
  - Signalen worden serieus genomen en binnen afdelingen besproken
  - Scholing
  - Leergierig
  - MD traject, werkgroep gastvrijheid
  - Feedbacktraining
  - Klacht is leerelement
  - Groepsprocessen soms moeilijk te doorbreken
  - Niet voldoende oppakken van adviezen