

HET KLACHTRECHT VAN DE PATIENT

(Rede uitgesproken tijdens het congres ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Nunspeet, 20 april 2007)

J. Legemaate¹

1. Inleiding

Gedurende het 40-jarig bestaan van de Vereniging voor Gezondheidsrecht hebben tal van gezondheidsrechtelijke onderwerpen niet alleen binnen de vereniging en de kring der gezondheidsjuristen aandacht gekregen, maar ook daarbuiten. Gezondheidsrechtelijke thema's mogen zich regelmatig verheugen op veel maatschappelijke aandacht. Sommige van die thema's komen en gaan, andere thema's hebben een levensduur die soms langer is die van de vereniging. Tot de laatste categorie behoren onderwerpen als de rechten van de patiënt, vraagstukken rond het levenseinde en de regulering van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Op deelgebieden valt waar te nemen dat de aandacht voor dergelijke thema's op bepaalde momenten sterk toeneemt. De laatste maanden is dat het geval met betrekking tot het klachtrecht van patiënten in de gezondheidszorg. In de media is uitvoerig bericht over medische missers, falende hulpverleners, gebrekkige tuchtprocedures e.d. Kennelijk leidt de toegenomen aandacht voor een transparante en op het afleggen van verantwoording gerichte gezondheidszorg onder meer tot een intensivering van de aandacht voor het klachtrecht van patiënten, en vooral voor de problemen en lacunes die zich daarbij voordoen. Het debat daarover zal naar verwachting verder gestimuleerd worden door de bekendmaking op woensdag 25 april a.s. van de resultaten van het eerste grote onderzoek naar 'adverse events' in Nederlandse ziekenhuizen. Lang niet alle adverse events worden veroorzaakt door verwijtbaar, klachtwaardig gedrag, maar zodra het over incidenten en adverse events gaat, wordt -zeker in de publieke discussie- de relatie met fouten en klachten doorgaans snel gelegd.

Tegen de achtergrond van het 40-jarig bestaan van de vereniging zijn er goede redenen om in deze jaarrede stil te staan bij het klachtrecht van de patiënt. Het gaat weliswaar om een gezondheidsrechtelijke onderwerp met een lange historie, maar ook om een onderwerp ten aanzien waarvan de vraag gesteld kan worden of het in de voorbije decennia binnen het gezondheidsrecht wel de aandacht heeft gekregen die het verdient. In de tweede

¹ Hoogleraar gezondheidsrecht, Vrije Universiteit Amsterdam (VUmc en juridische faculteit) en voorzitter Vereniging voor Gezondheidsrecht (VGR).

plaats illustreert de discussie over het klachtrecht van de patiënt bij uitstek de maatschappelijke betekenis van het gezondheidsrecht. En in de derde plaats kan een analyse van het klachtrecht duidelijk maken hoe anno 2007 de relatie is tussen het gezondheidsrecht als wetenschappelijke discipline enerzijds en de meer empirische wetenschappen anderzijds.

In deze rede wil ik om te beginnen een aantal algemene opmerkingen maken over het klachtrecht van patiënten in de gezondheidszorg. Vervolgens plaats ik een aantal vragen en kanttekeningen bij de personen of instanties die een patiënt momenteel zelf kan inschakelen: de klachtenfunctionaris, de klachtencommissie, de tuchtrechter en de instanties binnen het civiele kanaal. Daarna sta ik stil bij de relatie tussen klachtenbehandeling en kwaliteit. Ik sluit af met enkele conclusies.

2. Enkele algemene opmerkingen

2.1. De aandacht voor het klachtrecht binnen het gezondheidsrecht

Dat over het klachtrecht van patiënten de afgelopen 40 jaar de nodige discussie is gevoerd, neemt niet weg dat het onderwerp maar relatief weinig wetenschappelijke aandacht heeft gekregen. Kernpublicaties zijn nog steeds het advies Klachtenopvang in de gezondheidszorg van de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid uit 1989 en het in 1992 verschenen proefschrift van Kastelein. Het klachtrecht in algemene zin heeft het nooit tot een preadvies gebracht. De vakliteratuur over dit onderwerp betreft in overwegende mate het klachtrecht van patiënten in situaties waarin er sprake is van vrijheidsbeneming, dwang of sterke afhankelijkheid. Voor zover er is gepubliceerd over de Wet klachtrecht, het tuchtrecht en de civiele procedure worden deze mogelijkheden doorgaans op zichzelf gezien, en wordt zelden de vraag gesteld hoe moet worden geoordeeld over het geheel van klachtmogelijkheden ten dienste van patiënten, in termen van doelstellingen, effectiviteit, verhoudingen tussen procedures, potentie voor kwaliteitsverbetering e.d. Dat heeft onder meer te maken met het feit dat de verschillende procedures zijn ontstaan op verschillende momenten, en vanuit verschillende perspectieven. Aan het huidige stelsel van klachtmogelijkheden ligt geen masterplan of blauwdruk ten grondslag. Het is nuttig en nodig om elk van de bestaande mogelijkheden kritisch te bezien, maar ook om tegen de achtergrond van de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg een analyse te maken van het stelsel van klachtmogelijkheden als geheel. Daaruit kan een visie ontstaan op de plaats en de betekenis van het klachtrecht, waardoor het mogelijk wordt tal van deelvragen vanuit een samenhangende juridische visie te benaderen en waar mogelijk te beantwoorden. Deze deelvragen betreffen uiteenlopende kwesties, zoals de relatie tussen klachtmogelijkheden en kwaliteitsbeleid en de relatie tussen klachtrecht in de algemene zorg en in bijzondere omstandigheden. Een analyse van de laatstgenoemde relatie zou bijvoorbeeld een antwoord kunnen opleveren op de vraag hoe vanzelfsprekend het is dat de klachtenregeling zoals opgenomen in art. 68 van de Wet op de Jeugdzorg de klager waar het gaat om de onafhankelijkheid van de klachtencommissie en de

snelheid van beslissen meer biedt dan de algemene regeling van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

2.2. Doelstellingen en motieven

Gezondheidsrechtelijke analyses van het klachtrecht zijn meestal in sterke mate georiënteerd op de aan de klachtmogelijkheden ten grondslag liggende doelstellingen. Vaak wordt daarbij aansluiting gezocht bij algemene opvattingen binnen de rechtswetenschap over de doelen van procedurele rechtsbescherming en geschillenbeslechting. Veel genoemde doelstellingen zijn het bevorderen van gelijkwaardige verhoudingen in de zorg, herstel van vertrouwen tussen patiënt en hulpverlener, genoegdoening voor de individuele patiënt (zo nodig in de vorm van financiële compensatie) en kwaliteitsverbetering. De vraag is echter of met een exercitie inzake doelstellingen kan worden volstaan. Een patiëntgerichte benadering vereist dat ook wordt gekeken naar motieven die patiënten hebben om te klagen. Aan sociaalwetenschappelijk onderzoek daarover valt veel te ontleen. Er kunnen vijf motieven voor patiënten om te klagen worden onderscheiden, zowel bij formele als informele klachtenprocedures: het verbeteren van de algemene kwaliteit van zorg, emotionele drijfveren, behoefte aan het afleggen van rekenschap door de hulpverlener, het verbeteren van de kwaliteit van de individuele zorg en de behoefte aan genoegdoening. Van deze vijf motieven spelen blijkens onderzoek de eerste drie de belangrijkste rol. Betrekken we daarbij de resultaten van onderzoek naar de wijze van klachtenafhandeling die patiënten prefereren, dan kan het patiëntenperspectief op klachtenafhandeling in drie punten worden samengevat:

1. Bij het indienen van klachten door patiënten is in het verlengde van motieven inzake genoegdoening en rechtvaardigheid van betekenis dat de klager wil voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. Hierdoor wordt een relatie gelegd tussen individuele genoegdoening en kwaliteitsverbetering;
2. Patiënten hebben een voorkeur voor zo eenvoudig mogelijke manieren om klachten en claims af te handelen;
3. Met betrekking tot klachten en fouten zijn patiënten vooral op zoek naar openheid, en naar begrip en erkenning. In gevallen waarin er iets mis is gegaan, hechten zij grote waarde aan excuses of een spijtbetuyging van de kant van de hulpverlener of de instelling.

Het is maar de vraag of het huidige stelsel van klachtmogelijkheden in voldoende mate aan deze drie kernpunten tegemoet komt.

2.3. Weten we genoeg?

Over motieven van patiënten om klachten in te dienen is het nodige bekend, maar verdieping van onderzoek op dat punt is zeker niet overbodig. Maar weten we voldoende over andere aangelegenheden die van belang zijn bij het beantwoorden van de vraag of het stelsel van klachtmogelijkheden op adequate wijze functioneert? Daarbij gaat het niet alleen over de mate waarin patiënten van de klachtmogelijkheden op de hoogte zijn, maar ook over de feitelijke toegankelijkheid de klachtmogelijkheden, mede in relatie tot de kenmerken en de achtergronden van patiënten die een klacht indienen. Wordt van het huidige klachtrecht gebruik gemaakt door een dwars-

doorsnede van de Nederlandse patiënten, of is het zo dat sommige patiëntengroepen niet worden bereikt? Te denken valt aan patiënten uit achterstandsgroepen of minderheden, maar ook aan ouderen. Andere empirische vragen betreffen de wijze waarop hulpverleners de kans dat de patiënt een klacht of claim indient kunnen verkleinen. en, als er eenmaal een klacht is geuit, de positie van de aangeklaagde. Er zijn talrijke aanwijzingen dat openheid rond klachten en fouten en een begripvolle houding van hulpverlener jegens patiënt het aantal klachten en claims doen afnemen of escalatie binnen het klachttraject kunnen voorkomen. Zo zijn er wel meer vragen van niet-juridische aard die moeten worden beantwoord alvorens er gesproken kan worden van een effectief en maatschappelijk verantwoord stelsel van klachtmogelijkheden.

3. Bestaande klachtmogelijkheden

Patiënten die een klacht willen indienen kunnen momenteel kiezen uit vier opties:

- het inschakelen van een klachtenfunctionaris of patiëntenvertrouwenspersoon;
- het voorleggen van een klacht aan de klachtencommissie als geregeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz);
- het indienen van een klacht over een in art. 3 Wet Big genoemde hulpverlener bij het regionale tuchtcollege;
- het indienen van een claim, in gevallen waarin de patiënt meent dat verwijtbaar handelen tot schade heeft geleid.

3.1. Het inschakelen van een klachtenfunctionaris of patiëntenvertrouwenspersoon

Uit onderzoek is bekend dat patiënten die een klacht willen indienen een duidelijke voorkeur hebben voor informele procedures. Dergelijke procedures zijn het meest geschikt om herstel van vertrouwen tussen klager en aangeklaagde te bewerkstelligen. Een succesvol model is dat van de in psychiatrische ziekenhuizen werkzame patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). Ook in andere zorgsectoren zijn vergelijkbare personen werkzaam, zoals klachtenfunctionarissen, maar anders dan de pvp in de psychiatrie hebben zij geen wettelijke basis. Daardoor ontbreken er op sommige plaatsen informele mogelijkheden voor klachtenbehandeling, bestaan er tussen de klachtenfunctionarissen verschillen waar het gaat om taken, bevoegdheden en mate van onafhankelijkheid en is de verhouding tussen het bemiddelingstraject en de wettelijke klachtencommissie niet optimaal. Informele mogelijkheden voor klachtenafhandeling dienen krachtig te worden gestimuleerd. Het wordt tijd om ook deze functie wettelijk te regelen. Daarnaast verdient de deskundigheid van de klachtenfunctionaris aandacht, in relatie tot de mogelijkheid om deze persoon een veel duidelijker zeeffunctie te geven dan nu het geval is bij het tegengaan van de onnodige formalisering van klachten.

3.2. De klachtencommissie op grond van de Wkcz

De volgende stap kan zijn het indienen van een klacht bij een commissie als bedoeld in de Wkcz. Ten tijde van de totstandkoming van deze wet is bewust gekozen voor een zeer globale wettelijke regeling. Ruim 10 jaar na dato lijkt het er sterk op dat deze keuze niet alleen stimulerend maar ook belemmerend heeft gewerkt op het bereiken van de doelstellingen van de Wkcz. De wet geeft aanleiding tot vragen en onduidelijkheden ten aanzien van cruciale aspecten als de onafhankelijkheid van de commissie, de invulling van het vereiste van hoor en wederhoor, de termijn waarbinnen de commissie een oordeel geeft en de feedback op dat oordeel door de zorgaanbieder. De in 2004 tot stand gekomen Klachtenrichtlijn gezondheidszorg tracht een aantal van deze onduidelijkheden weg te nemen. Het gaat echter om een onderwerp dat voor de rechtspositie van een zodanige betekenis is, dat buitenwettelijke oplossingen alleen ontoereikend zijn. Door enkele aanscherpingen van de Wkcz kunnen de positie en de mogelijkheden van de klachtencommissie worden verhelderd, en kan worden bijgedragen aan een duidelijker taakverdeling tussen klachtenfunctionaris en klachtencommissie. Daarnaast is aan te bevelen dat flexibeler wordt omgegaan met de koppeling van een klachtencommissie aan een bepaalde zorgaanbieder, zodat betere mogelijkheden ontstaan voor een adequate klachtenafhandeling in het kader van ketenzorg.

3.3. Het tuchtcollege

Een aparte plaats binnen het klachtrecht van de patiënt wordt ingenomen door het tuchtcollege op grond van de Wet Big. Van oorsprong is het tuchtcollege gericht op het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, en minder op het bieden van genoegdoening aan individuele patiënten. Het was wel de bedoeling van de Big-wetgever om het laatste aspect te versterken. Het is de vraag of dat is gelukt. Er is zorg over het relatief geringe percentage tuchtklachten dat tot een gegrondverklaring en een maatregel leidt. Daarnaast loopt de tuchtrechter op tegen de grenzen van een op individuele verantwoordelijkheid gebaseerde benadering van de tuchtrechtspraak. Deze benadering loopt steeds meer uit de pas met de complexiteit van de hedendaagse gezondheidszorg en de frequente betrokkenheid van vele hulpverleners bij het ziekteproces van een patiënt. Pogingen van de tuchtrechter om daaraan een mouw te passen, bijvoorbeeld door bij het beoordelen van individueel handelen aspecten van groepsverantwoordelijkheid te betrekken, zijn creatief en lovenswaardig maar noodgedwongen soms ook gekunsteld. Naar mijn mening kan de tuchtrechtspraak in de toekomst een belangrijke functie blijven vervullen, maar is er veel te zeggen voor een heroriëntatie op de aan de tuchtrechtspraak ten grondslag liggende uitgangspunten en op de vormgeving van het tuchtrecht. Daarbij gaat het onder meer om de reikwijdte van het tuchtrecht, om het continuum van individuele en gedeelde verantwoordelijkheid, om het arsenaal van maatregelen, om de positionering van de minnelijke schikking, om de vraag welke partijen over het oordeel van de tuchtrechter worden geïnformeerd en om de ontsluiting van tuchtuitspraken. Daarbij kunnen ook de aanbevelingen uit de Big-evaluatie van 2002 worden betrokken. Waar het gaat om de problematiek van gedeelde of groepsverantwoordelijk valt te denken aan

het introduceren van een centrale tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van samenwerkingsverbanden, zoals maatschappen. Daarnaast zijn er goede redenen om het beoordelingsperspectief van de colleges te verbreden, door (in bepaalde gevallen) daarvan ook deel te laten uitmaken mensen die het perspectief van patiënten kunnen inbrengen.

3.4. Het indienen van een schadeclaim

Een specifieke situatie is aan de orde in gevallen waarin de patiënt meent dat er door verwijtbaar of toerekenbaar handelen van een hulpverlener schade is ontstaan. In die gevallen is er vaak sprake van moeizame en ontmoedigende trajecten, waarin uiteindelijk minder mensen worden gecompenseerd dan op grond van de feiten gerechtvaardigd zou zijn. Dat is naar mijn mening de kern van het probleem van het huidige stelsel inzake medische aansprakelijkheid, namelijk dat gedupeerden van medische fouten de schadeveroorzakende partij maar relatief weinig aanspreken. Dit roept serieuze vragen op over de toegankelijkheid van het recht. Niet alle patiënten kiezen voor het indienen van een schadeclaim, maar zij die dat wel overwegen, worden nogal eens afgeschrikt door bestaande belemmeringen. Deze variëren van een gebrek aan informatie over de mogelijke juridische wegen en een afhoudende opstelling van zorgaanbieders en aansprakelijkheidsverzekeraars tot hoge drempels, in emotionele of financiële zin, bij het initiëren van een procedure. De geschillencommissie ziekenhuizen, die qua opzet en procedure goed aansluit bij de voorkeur van patiënten voor minder formele procedures, heeft op dat punt nog geen ommekeer kunnen bewerkstelligen. Hieraan is debet dat de geschillencommissie nog maar een beperkt bereik heeft. Zowel binnen het privaatrecht in het algemeen als toegespitst op de gezondheidszorg zijn verschillende ideeën over mogelijke alternatieven voor de huidige situatie gelanceerd. Een eerste optie is zorgaanbieders en aansprakelijkheidsverzekeraars gezamenlijk besluiten tot een quick response-beleid naar Amerikaans voorbeeld, waarin naast de al genoemde openheid centraal staan een passende reactie en waar nodig een snelle eerste financiële compensatie. Ik memoreer opnieuw dat er aanwijzingen zijn dat een dergelijke aanpak de kans op formele claims en langdurige procedures verkleint, aangezien motieven om een claim in te dienen blijkens onderzoek niet alleen financieel zijn. Daarnaast is er veel voor te zeggen om zowel het bereik als de financiële bovengrens van de al genoemde geschillencommissie uit te breiden. De meest vergaande optie is het introduceren van een no fault- of een no fault-achtig systeem. Het maatschappelijk debat daarover is in Nederland na de publicatie van de ZonMw-studie in 2002 verstomd. Dat is jammer. Er wordt om verschillende redenen getwijfeld aan de meerwaarde van een no fault-achtige aanpak, onder meer omdat het de vraag is of de potentie van het huidige civiele aansprakelijkheidsrecht om de (rechts)behoeften van slachtoffers van letselschade te bevredigen al voldoende is benut. Maar dat neemt niet weg dat buitenlandse ervaringen met no-fault-benaderingen intrigerende resultaten laten zien. Ik denk daarbij met name aan het bredere bereik van een no fault(achtige)-regeling, waardoor een hoger niveau van solidariteit kan worden bereikt, aan de gemiddelde afhandelingsduur van een claim en aan de betere mogelijkheid voor het creëren van openheid over incidenten en fouten. De dis-

cussie daarover komt steeds dichterbij in onze buurt, nu ook België op het punt staat een wettelijke regeling te treffen inzake de zogenaamde 'foutloze aansprakelijkheid voor medische ongevallen'. Een goede discussie hierover in ons eigen land kan geen kwaad.

4. Klachtenbehandeling en kwaliteitsbewaking

Een van de doelstellingen van klachtenbehandeling is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zoals gezegd zien ook patiënten hierin een belangrijk motief om klachten in te dienen. Niettemin is de relatie tussen klachtenbehandeling en kwaliteitsbewaking in Nederland een moeizame. Het lijkt erop dat dit ten dele het gevolg is van het sterk gedecentraliseerde Nederlandse stelsel van klachtmogelijkheden. Het accent ligt op klachtenfunctionarissen en klachtencommissies op het niveau van zorgaanbieders en op regionale tuchtcolleges. In andere landen zijn modellen gekozen waarin de nadruk veel meer ligt op een centrale persoon of instantie, die veelal een expliciete duale taakstelling heeft: klachtenbehandeling en kwaliteitsverbetering. Ik denk aan de Patient Ombudsman in de Scandinavische landen, aan de Health and Disability Commissioner in Nieuw-Zeeland en aan de General Medical Council in Engeland. Voor zo'n benadering betaal je een prijs, in termen van bereikbaarheid en laagdrempeligheid van een dergelijke functionaris of voorziening. Ik wil er niet voor pleiten dat het decentrale Nederlandse model in te ruilen voor een Ombudsman of een vergelijkbare voorziening op landelijk niveau. Mijn punt is wel, dat nagedacht moet worden over manieren om het kwaliteitsverbeterende potentieel van het huidige Nederlandse stelsel van klachtmogelijkheden beter te benutten. De eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders dient daarbij centraal te staan, maar gewaakt moet worden voor te veel vrijblijvendheid. In de Kwaliteitswet zorginstellingen zou veel directiever kunnen worden geformuleerd dat zorgaanbieders klachten, claims, fouten en overige incidenten dienen te screenen op mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering. Het huidige art. 5 lid 2 onder c van de Kwaliteitswet verplicht er alleen toe aan de relatie tussen klachten en kwaliteit aandacht te besteden in het jaarverslag. Aanvullend op hetgeen van zorgaanbieders zelf mag en moet worden verwacht kan het zinvol zijn om het screenen van (selecties van) afgehandelde klachten op kwaliteitsaspecten ook als taak neer te leggen bij hetzij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, hetzij een daartoe in het leven te roepen instantie. Aldus kan op landelijk niveau een klachtenmonitor ontstaan. Dat is overigens alleen haalbaar als wordt voldaan aan een andere, thans nog niet vervulde voorwaarde, namelijk het bijeenbrengen van (kern)gegevens over ingediende en afgehandelde klachten en claims, of een goede selectie daarvan, op één centrale plaats. Dat zou niet alleen de relatie tussen klachtenafhandeling en kwaliteitsverbetering een impuls kunnen geven, maar het ook mogelijk maken om trends en verschuivingen binnen en tussen de verschillende kanalen voor klachtenafhandeling te monitoren. Zo kan een veel scherper beeld worden verkregen van de inhoud van klachten, van het klachtenkanaal waar zij worden ingediend en van mate waarin wordt voldaan aan het adagium 'de juiste klacht op de juiste plaats'.

5. Afsluiting

De komende jaren zal binnen het gezondheidsrecht aandacht moeten worden gegeven aan nieuwe thema's en ontwikkelingen, maar ook aan reeds bestaande dossiers die vanwege veranderende maatschappelijke omstandigheden aan een opfrisbeurt toe zijn. Het klachtrecht van de patiënt is één van die dossiers. Door rechtswetenschappelijke analyses van de het stelsel van klachtmogelijkheden ten grondslag liggende uitgangspunten en doelstellingen te combineren met de uitkomsten van empirisch onderzoek, ontstaat een perspectief op een wezenlijke verbetering van het klachtrecht van de patiënt. Dit vergt een aantal veranderingen van en binnen het huidige stelsel, waarbij de inzet van wetgeving niet moet worden geschuwd. Meer dan tot nu toe het geval was, zullen de wensen en rechtsbehoeften van patiënten bepalend moeten zijn voor de inrichting van het stelsel van klachtmogelijkheden. In dat kader moet ook worden gewerkt aan de 'empowerment' van patiënten, onder meer door goede en goed bereikbare informatie. Die informatie zou niet alleen de vraag moeten betreffen in welk kanaal de klacht, gelet op de inhoud daarvan en de rechtsbehoeften van de klager, het beste kan worden ingediend, maar desgewenst ook moeten voorzien in een neutraal advies over de haalbaarheid van de klacht. Er wordt wel gesteld dat zorgaanbieders een steeds groter belang hebben bij een goede reputatie, en dat als een gevolg daarvan veranderingen, bijvoorbeeld rond het klachtrecht, tot stand zullen komen door de tucht van de markt. Ik ben daar niet zo zeker van. Maar afgezien daarvan is het klachtrecht in het kader van de rechtspositie van de patiënt van zodanig belang, dat noodzakelijke verbeteringen niet afhankelijk mogen worden gemaakt van marktwerking. Sommige veranderingen kunnen ook alleen maar door wetgeving worden gerealiseerd. Het klachtrecht van de patiënt is belangrijk genoeg om niet alleen partijen in het veld maar ook de overheid en de wetgever op hun verantwoordelijkheden aan te spreken.

Bijlage 1: Actiepunten met betrekking tot het klachtrecht van de patiënt

Algemeen:

1. Meer empirisch onderzoek naar aspecten van het klachtrecht (worden alle groepen patiënten bereikt? positie aangeklaagden, mogelijkheden om klachten of escalatie van klachten te voorkomen);
2. Al dan niet wettelijk stimuleren dat op instellingsniveau meer gedaan wordt aan screening klachten op mogelijkheden tot verbeteren kwaliteit; daarnaast op landelijk niveau klachtenmonitor en centrale registratie van (selectie van) klachten;
3. Het realiseren van een centraal punt, waar patiënt goede informatie kunnen krijgen over de beschikbaarheid, mogelijkheden en beperkingen van de huidige klachtmogelijkheden, alsmede een neutraal advies over de haalbaarheid van de klacht.

Informele manieren om klachten af te handelen:

4. Stimuleren daarvan, ook door middel van wetgeving. Versterken deskundigheid klachtenfunctionaris in het kader van het tegengaan van onnodige formalisering van klachten.

Klachtencommissie:

5. Wettelijke eisen aan klachtencommissie en klachtenprocedure aanscherpen (onafhankelijkheid, hoor- en wederhoor, termijnen);
6. Klachtenbehandeling flexibiliseren, zodat betere mogelijkheden ontstaan voor klachtenbehandeling in ketenzorg.

Tuchtrecht:

7. Heroriëntatie op uitgangspunten en vormgeving tuchtrecht (reikwijdte, continuüm individuele en gedeelde verantwoordelijkheid, maatregelen, publicatiebeleid, centrale aansprakelijkheid voor samenwerkingsverbanden e.d.);
8. Introduceren van de mogelijkheid om (in bepaalde gevallen) van het college deel te laten uitmaken mensen die het perspectief van patiënten kunnen inbrengen.

Civiel recht:

9. Omvormen van de geschillencommissie ziekenhuizen naar een geschillencommissie zorg (hoger maximumbedrag, uitbreiding naar andere zorgsectoren);
10. Maatschappelijke discussie over no fault- of no fault-achtige aanpak. (vergoeding schade zonder dat schuld of fout moet worden bewezen).