

Tweede monitor Wkkgz

Stand van zaken patiëntenperspectief en implementatie

“Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling”



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Tweede monitor Wkkgz

Stand van zaken patiëntenperspectief en implementatie

“Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling”

R. Bouwman

E. Stobbe

M. Meijers

R. Friele

Juli 2019

ISBN 978-94-6122-562-7

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2019 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	4
1 Achtergrond	8
1.1 Globale onderzoeksopzet	9
1.2 Leeswijzer	10
2 Resultaten: Ontwikkelingen in het klachtenlandschap t/m 2018	11
2.1 Klachten bij het LMZ t/m 2018	12
2.2 Geschillen t/m 2018	14
2.3 Schadeclaims t/m 2018	19
2.4 Tuchtklachten t/m 2018	21
2.5 Bekendheid artsen met wetten	24
2.6 Aantal nieuwe zorgaanbieders met een klachtenregeling die voldoet aan de Wkkgz	25
2.7 Conclusie	25
3 Resultaten: Het perspectief van klachtenfunctionarissen anno 2019	26
3.1 Demografische kenmerken en opleiding	26
3.2 Positie van de klachtenfunctionaris in de zorginstelling	26
3.3 Organisatie van klachtbehandeling in de zorginstelling	29
3.4 Klachten en de relatie met kwaliteit	33
3.5 Betrokkenheid bij andere procedures	34
3.6 Conclusie	35
4 Resultaten: het patiëntenperspectief op het klachtrecht anno 2019	37
4.1 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg en demografische kenmerken	37
4.2 Bij welke personen of instanties kunt u terecht met een klacht?	38
4.3 Over welke zorgverlener ging de klacht?	39
4.4 Bespreken van klachten	39
4.5 Ervaringen van klagers en verweerders met de geschilbeslechtingprocedure	41
4.6 Conclusies	42
5 Beschouwing en conclusie	43
Literatuurlijst	48
Bijlage 1: Methoden	50
Bijlage 2: Lijst geschillencommissies (door de minister van VWS erkend)	52
Bijlage 3: Tabellen aantallen geschillen 2017 en 2018 SGC	55

Samenvatting

Dit onderzoek betreft de tweede monitor van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wkkgz probeert de positie van de cliënt te versterken door de zorgaanbieder te verplichten een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten in te richten. Een nieuwe verplichting voor zorgaanbieders in de Wkkgz is het verplicht aanstellen van een klachtenfunctionaris en verplichte aansluiting bij een onafhankelijke geschillencommissie.

Deze monitor geeft inzicht in de huidige stand van zaken voor de doelstellingen van de Wkkgz op het gebied van het klachtrecht. Dit inzicht wordt vergeleken met de resultaten van de vorige monitor in 2017 en de nulmeting in 2016.

Uit de nulmeting bleek dat, hoewel de klachtafhandeling de steeds laagdrempeliger was geworden, er nog een slag te maken was om patiënten beter te horen en samen tot een oplossing te komen. De eerste monitor Wkkgz liet zien dat volgens de ondervraagde klachtenfunctionarissen en de vertegenwoordigers van de koepelorganisaties klachtbehandeling op informele manieren nog meer plaatsvond dan eerder, en dat geschillencommissies opgestart werden. Uit deze tweede monitor blijkt dat door zorgaanbieders hard is gewerkt om de Wkkgz te implementeren en aan de doelstellingen van de wet te voldoen. De meeste zorgaanbieders zijn aangesloten bij een klachtenfunctionaris en geschilleninstantie, hebben een protocol of schriftelijke leidraad voor klachten, en stellen een jaarverslag over klachten op. Toch valt er op sommige punten ook nog het een en ander te winnen.

Deze punten worden hieronder toegelicht.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de nulmeting en eerste monitor Wkkgz bestond de aanpak van deze tweede monitor Wkkgz in grote lijnen uit het gebruik van reeds gepubliceerde onderzoeksgegevens en informatie op websites. Daarnaast is voor deze monitor nieuwe data verzameld, middels een vragenlijst onder het Nivel Consumentenpanel en onder klachtenfunctionarissen, en middels een bijeenkomst met vertegenwoordigers van geschillencommissies.

We beschrijven de resultaten aan de hand van drie thema's: het klachtenlandschap, het perspectief van klachtenfunctionarissen en het patiëntenperspectief

1. Het klachtenlandschap

Naast het informeel bespreken van een klacht met de betrokken zorgverlener of interne klachtbehandeling bij de zorgaanbieder met hulp van een klachtenfunctionaris zijn er verschillende mogelijkheden voor klagers om hun klacht formeel aan de orde te stellen zoals het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), de geschilleninstantie, en de tuchtrechter.¹ De vraag is of met ingang van de Wkkgz de aantallen klachten ingediend bij de verschillende klachttrajecten zijn veranderd. Door de nadruk op het klachtbehandelingstraject met een klachtenfunctionaris kan bijvoorbeeld verwacht worden dat meer klachten in dit traject worden afgehandeld, en het aantal klachten ingediend bij de andere, formelere, kanalen lager zou zijn. Anderzijds zou de grotere aandacht voor klachtbehandeling als gevolg van de Wkkgz juist kunnen leiden tot een toename van het aantal klachten.

Wij zien geen eenduidige ontwikkeling in het aantal klachten dat wordt ingediend via andere kanalen. Deze tweede monitor laat zien dat het aantal ingediende klachten bij het LMZ over de jaren is

¹ We zijn ons ervan bewust dat er discussie bestaat over de definitie en formuleringen van de verschillende soorten klachten en fases van klachtbehandeling. Met het informele klachttraject bedoelen wij het bespreken van een klacht met een zorgverlener. Daarnaast is er de mogelijkheid tot interne behandeling van de klacht bij de zorgaanbieder met behulp van een klachtenfunctionaris. Met de formele trajecten bedoelen wij de afhandeling van klachten bij instanties als het LMZ, tuchtprocedures, geschillencommissies, schadeverzekeraars, etc. Zie voor meer uitleg Hoofdstuk 2.

gestegen. Deze ontwikkeling lijkt echter vooral samen te hangen met de betere bekendheid van het meldpunt. Het aantal tuchtklachten en claims fluctueert. Zoals verwacht is het aantal geschillen dat in 2018 werd behandeld in het kader van de Wkkgz groter dan in eerdere jaren. Gezien het feit dat de geschillencommissies pas sinds 2017 verplicht zijn, lag een dergelijke stijging voor de hand. Sinds de vorige monitor is het aantal commissies verder toegenomen. Eerder constateerden we al dat die toename van het aantal commissies niet bijdraagt aan de duidelijkheid voor de patiënt.

2. Het perspectief van klachtenfunctionarissen

De interne klachtbehandeling door klachtenfunctionarissen is geïntensifieerd sinds de voorgaande onderzoeken. Klachtenfunctionarissen besteden meer tijd aan hun werk. Meer klachten worden door bemiddeling opgelost. Zo werd in 2017 bij de SKGE 90% van alle klachten door bemiddeling opgelost. Verder hebben de klachtenfunctionarissen een onafhankelijke positie en zijn zij tevreden over hun werk. Dit is een positief resultaat. Wel wijst een aantal resultaten uit deze tweede monitor Wkkgz op mogelijke knelpunten bij de interne klachtbehandeling. Hoewel een grote meerderheid van de klachtenfunctionarissen over het algemeen tevreden is over de werkbaarheid van de wet noemt een aantal respondenten knelpunten. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de vraag wanneer de periode van zes weken begint te lopen waarbinnen een oordeel over de klacht moet zijn gegeven, en wie dat oordeel dan geeft. In de praktijk bestaan er verschillen in de invulling van deze periode. Verschillende klachtenfunctionarissen maken een onderscheid tussen de bemiddeling bij een klacht en, als bemiddeling niet is gelukt, het geven van een oordeel over een klacht. Zij stellen dat, voor een zorgvuldig proces, het niet goed is om deze fases binnen een periode van zes of tien weken af te willen handelen.

Eén van de doelen van de Wkkgz was een professionele aanpak van het interne klachtbehandelingstraject, waar een goede dialoog voorop staat, in plaats van een focus op regels en procedures. De praktijk leert dat door een goed gesprek veel klachten/uitingen van onvrede naar tevredenheid kunnen worden opgelost, en dat dit voorkomt dat klagers zich wenden tot andere procedures als het tucht- en aansprakelijkheidsrecht. Het interne traject zou dus vooral informeel en persoonlijk van aard moeten zijn. De mogelijkheid van de patiënt om na zes weken naar de geschillencommissie te stappen kan ertoe leiden dat dit informele karakter onder druk komt te staan. Bij het ontwerp van de Wkkgz was het idee van expertgroepen dat wanneer extra deskundigheid vereist is een geschillencommissie uitkomst kan bieden. De geschillencommissie vertegenwoordigt in deze zienswijze de plek waar deskundigheid zit om ingewikkelde vraagstukken te beoordelen. Toch lijkt het er nu op dat de geschillencommissie in sommige gevallen vooral gezien wordt als 'dreiging' in de vorm van een beroepsprocedure verderop in het traject, met het risico dat het interne traject hierdoor onnodig geformaliseerd wordt.

Leren van klachten

In de nulmeting en eerste monitor Wkkgz werd al geconcludeerd dat klachten nog geen grote rol spelen in kwaliteitsbeleid en dat ook klachtenfunctionarissen weinig tijd besteden aan advies- en beleidsontwikkeling. In deze monitor zien we daarin geen verandering.

Als klachtenfunctionarissen hier wel een rol zouden krijgen, dan zouden zij ondersteuning bieden bij één van de belangrijkste redenen voor patiënten om een klacht in te dienen: 'dat ervan geleerd wordt'. Die informatie uit klachten, en de informatie uit de uitspraken van klachtbehandelaars, kan een veel zichtbaarder rol spelen in het aanscherpen van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van zorgaanbieders.

Uit ander onderzoek blijkt dat ook voor andere, vergelijkbare, procedures, zoals incidenten- en calamiteitenprocedures en claims, geldt dat de leerketen niet gesloten is. Voor klachten lijkt dit zeker het geval. Belangrijk is dat er effectieve leerroutes worden georganiseerd waarbij de informatie uit

klachten, incidenten en calamiteiten wordt gemonitord en wordt omgezet naar oplossingen en verbeteringen.

3. Het patiëntenperspectief

De peiling onder het Consumentenpanel laat ook positieve resultaten zien over klachten die op informele wijze worden opgelost, met de betrokken hulpverlener. Respondenten zien de zorgverlener steeds meer als belangrijkste persoon om hun klacht mee te bespreken. Een klein aantal respondenten in dit onderzoek had een klacht, en een flink deel van hen besprak hun klacht met de betrokken zorgverlener. Tussen 1999 en 2019 is het percentage respondenten dat hun klacht met hun zorgverlener heeft besproken, gestegen van vijf op de tien naar zeven op de tien. Deze trend was al enigszins zichtbaar voorafgaand aan de invoering van de Wkkgz.

Het bespreken van de klacht met de zorgverlener zorgt in een derde van de gevallen voor een oplossing. De belangrijkste reden voor het niet bespreken van de klacht met de zorgverlener is dat men er geen oplossing van verwacht.

Overigens moet worden opgemerkt dat doordat klachten, gelukkig, relatief weinig voorkomen het lastig blijft om de ervaringen met het informele traject van klachtafhandeling diepgaander te onderzoeken.

Verder laat deze tweede monitor de eerste ervaringen van betrokkenen met de geschilleninstanties zien. Uit gesprekken met klagers en de geschillencommissies, en de getallen van geschillencommissies blijkt dat veel klagers de mogelijkheid om een schadeclaim in te dienen aangrijpen. Het gemak waarmee een klacht kan worden gecombineerd met een schadeclaim kan er toe leiden dat de aandacht voor de inhoud van de klacht verschuift naar aandacht voor de onderbouwing van de schadeclaim. Dit risico geldt minder voor sectoren als mondzorg en cosmetische zorg, waarbij patiënten vaak zelf voor zorg betalen en waarbij de financiële component vaak het hoofdaspect is van de klacht. In de andere gevallen roept dit de vraag op of het doel van de geschillencommissie nog wel wordt gerealiseerd, namelijk op een deskundige en onafhankelijke manier oordelen over de inhoud van een klacht. Daarnaast geldt het risico dat mensen een claim indienen zonder zich goed te realiseren dat bij de beoordeling hiervan andere normen gelden dan voor de beoordeling van een klacht, waardoor ze hun claim onvoldoende onderbouwen met het gevolg dat deze niet wordt gehonoreerd, terwijl er wel een bindende uitspraak wordt gedaan. Patiënten kunnen daarna dus niet meer in beroep gaan. Het verdient de aanbeveling dat patiënten hierover beter ingelicht worden.

Conclusie

Al met al kan gesteld worden dat er door zorgaanbieders hard gewerkt is om de Wkkgz te implementeren en aan de doelstellingen van de wet te voldoen. De meesten zijn aangesloten bij een klachtenfunctionaris en geschillencommissie. Toch valt er op sommige punten ook nog het een en ander te winnen. De meeste klachten worden in het informele traject, of in het interne traject met hulp van een klachtenfunctionaris, opgelost. Het is belangrijk dat het interne traject een zo informeel mogelijk karakter blijft behouden. Dialoog en oplossingsgerichtheid moeten voorop blijven staan. Dat wordt niet bereikt als gegrepen wordt naar meer regels en procedures.

De terloopsheid waarmee een claim kan worden toegevoegd aan de klacht bij geschilleninstanties brengt een aantal mogelijke ongewenste neveneffecten met zich mee. Voor klagers is het lastig om zonder juridische bijstand een goede onderbouwing te geven voor de claim, met een groot risico op afwijzing van de claim. Daarnaast kan bij de geschilbehandeling de aandacht verschuiven van de inhoud van een klacht naar de claim, terwijl voor klagers het eigenlijk om de klacht te doen is. De patiënt zou nog beter bij de hand kunnen worden genomen in de verschillende routes die hij/zij kan volgen met zijn klacht en betere voorlichting over de geschillenprocedure lijkt nodig.

Tot slot lijkt het leren van dingen die misgaan nog moeilijk van de grond te komen. Individuele klachtenfunctionarissen werkzaam bij zorginstellingen of extern, hebben hier niet of nauwelijks een rol.

1 Achtergrond

Dit onderzoek betreft de tweede monitor van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze monitor geeft inzicht in de stand van zaken, sinds de vorige monitor in 2017 en de nulmeting in 2016, voor de doelstellingen van de Wkkgz op het gebied van het klachtrecht en het patiëntenperspectief daarop. Dit inzicht kan gebruikt worden ter ondersteuning van het implementatieproces van de Wkkgz en geeft aan op welke punten extra inspanningen geleverd zouden moeten worden om de gestelde doelen te bereiken. Daarnaast kan de monitor gebruikt worden als uitgangspunt om de effecten van de Wkkgz zichtbaar te maken en waar mogelijke toekomstige evaluaties van de Wkkgz op kunnen terugkijken.

Eind 2015 werd de Wkkgz door de Eerste Kamer aangenomen. Deze wet vervangt de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). De Wkkgz is als zodanig in werking getreden in 2016, waarbij enkele onderdelen later zijn toegevoegd.

In 2016 is een nulmeting Wkkgz uitgevoerd door het Nivel (B. Laarman, van Schoten, & Friele, 2016). Uit de nulmeting bleek dat, hoewel de klachtafhandeling steeds laagdrempeliger was geworden, er nog een slag te maken was om patiënten beter te horen en samen tot een oplossing te komen. In 2017 is de eerste monitor Wkkgz uitgevoerd (Bouwman, Gennip, & Friele, 2017). Daaruit bleek dat de informele klachtbehandeling verder was geïntensifieerd, en dat geschillencommissies opgestart werden.

De Wkkgz

De belangrijkste onderdelen van de Wkkgz hebben betrekking op drie domeinen: 1) cliënten informatie, 2) veiligheid en kwaliteit, en 3) klachten van patiënten.

De belangrijkste elementen van de Wkkgz over het klachtrecht zijn:

- Klachten worden transparant en informeel afgehandeld met behulp van een onafhankelijk persoon
- Zorgaanbieders moeten binnen 6 weken een oordeel geven over een klacht, wat met maximaal 4 weken verlengd mag worden.
- Deze beslissing kan ook zien op een verzoek om schadevergoeding
- Zorgaanbieders moeten aangesloten zijn bij een onafhankelijke geschillencommissie die bindende uitspraken doet, ook over schadevergoeding tot € 25.000.
- Als klagers niet tevreden zijn met het oordeel van de zorgaanbieder, of als de behandelduur van de klacht meer dan 6 (of 10) weken bedraagt heeft klager het recht de klacht als geschil in te dienen bij een geschilleninstantie

De Wkkgz probeert de positie van de cliënt te versterken door de zorgaanbieder te verplichten een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten in te richten (art. 13 Wkkgz). Een nieuwe verplichting in de Wkkgz is het verplicht aanstellen van een klachtenfunctionaris (art. 15 Wkkgz), die de cliënt met gratis advies ondersteunt in dit informele traject. De Wkkgz verplicht de zorgaanbieder in art. 17 binnen zes weken een beargumenteerd oordeel over de klacht te geven. Deze termijn kan met vier weken worden verlengd, als de klacht nog verder moet worden onderzocht. De Wkkgz verplicht de zorgaanbieder in art. 18 zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschillencommissie. Hiermee biedt de Wkkgz de cliënt een (nieuwe) mogelijkheid om in beroep te gaan tegen het oordeel van de zorgaanbieder. Hier kan de cliënt terecht als de zorgaanbieder er te

lang over doet om op de klacht te reageren, of wanneer de cliënt het oneens is met de reactie van de zorgaanbieder.

Veel van de elementen in de Wkkgz bouwen voort op bestaand beleid. Wat betreft het klachtrecht was er al sprake van een accent op informele afhandeling van klachten. Dit betekent ook dat er met de komst van de Wkkgz niet opeens sprake is van een geheel nieuwe situatie. Nieuw is dat patiënten hun klacht of claim kunnen voorleggen aan een geschillencommissie als zij zich niet kunnen vinden in het oordeel van de zorgaanbieder over een klacht.

Doelgroepen van de monitor zijn alle zorgaanbieders voor wie de wet geldt. De monitor is daarmee ook gericht op zorgaanbieders van cosmetische en alternatieve zorg en solistisch werkende zorgaanbieders. Voor de laatstgenoemde groepen geldt dat deze niet onder de voorgaande wetgeving vielen, maar nu wel onder de Wkkgz.

Doel van deze tweede monitor

Het doel van deze monitor is op geaggregeerd niveau inzicht te geven in de belangrijkste ontwikkelingen wat betreft het klachtrecht binnen de Wkkgz. Voor deze tweede monitor is een antwoord gezocht op de volgende vragen:

1. Hoe ontwikkelt de klachtbehandeling zich in de praktijk?
2. Hoe ontwikkelt geschilbeslechting door de geschillencommissies zich in de praktijk?
3. Wat zijn de ervaringen van patiënten op het gebied van klachten en geschillen?

1.1 Globale onderzoeksopzet

Het Nivel heeft in 2016 de nulmeting Wkkgz uitgevoerd (B. Laarman et al., 2016), en in 2017 een eerste monitor (Bouwman, Gennip, et al., 2017). De nulmeting gaf inzicht in de stand van zaken van de belangrijkste thema's van de Wkkgz. De eerste monitor gaf inzicht in de stand van zaken op het gebied van klacht- en geschilafhandeling. Beide onderzoeken bestonden vooral uit 'desk research' het raadplegen van beschikbare bronnen, zoals rapportages van onderzoek of informatie op websites. Waar het kan worden deze resultaten van het huidige onderzoek vergeleken met de resultaten van de nulmeting van 2016 en de eerste monitor uit 2017.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de nulmeting en eerste monitor Wkkgz bestaat de aanpak van deze monitor Wkkgz in grote lijnen uit het gebruik van reeds gepubliceerde onderzoeksgegevens en informatie op websites. Daarnaast is voor deze monitor nieuwe data verzameld, middels een vragenlijst onder het Consumentenpanel van het Nivel en onder klachtenfunctionarissen, en een bijeenkomst met vertegenwoordigers van geschillencommissies. Parallel aan dit onderzoek zijn ten behoeve van masterstages interviews gehouden met klagers en verweerders over de geschilbeslechtingsprocedure. Een samenvatting van de resultaten is ook opgenomen in dit rapport. Details over de werkwijze zijn te vinden in de bijlage.

Het onderzoek voor de tweede monitor 2019 is in de periode januari 2019 tot juni 2019 uitgevoerd.

1.2 Leeswijzer

Dit rapport is opgedeeld in de volgende hoofdstukken:

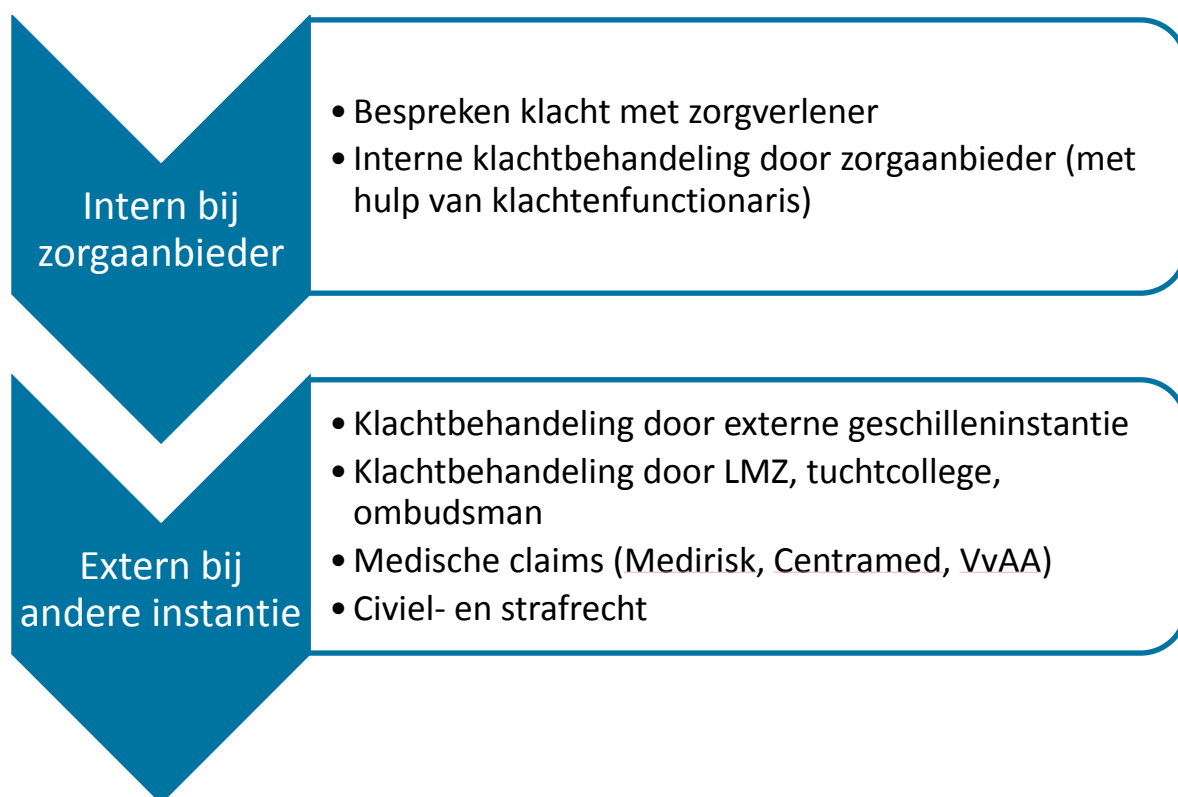
- Samenvatting: bevat de belangrijkste bevindingen en conclusies van deze monitor
- Hoofdstuk 1: beschrijft de achtergrond van dit onderzoek, en een globale onderzoeksopzet
- De hierop volgende hoofdstukken gaan dieper in op vier specifieke thema's:
- Hoofdstuk 2: Het klachtenlandschap: In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen bij verschillende klaagmogelijkheden in kaart gebracht. Er is bekeken in hoeverre er klachten zijn ingediend door patiënten bij het Landelijk Meldpunt Zorg, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), geschillencommissies, schadeverzekeraars en de tuchtcolleges.
- Hoofdstuk 3: Perspectief van klachtenfunctionarissen: In dit hoofdstuk is het perspectief van klachtenfunctionarissen in kaart gebracht over de organisatie van het informele klachtraject, hun positie in de zorginstelling en de relatie tussen klachten en kwaliteit van zorg.
- Hoofdstuk 4: Perspectief van patiënten op de Wkkgz: in dit hoofdstuk is het perspectief van patiënten beschreven. Dit is onderzocht door middel van een peiling onder het Consumentenpanel van het Nivel en interviews onder klagers en verweerders bij geschillencommissies.
- Hoofdstuk 5: beschrijft de beschouwing en conclusies van dit rapport.
- Bijlagen: uitgebreide beschrijving van gebruikte methoden, de lijst van erkende geschillencommissies en tabellen met aantallen geschillen.

2 Resultaten: Ontwikkelingen in het klachtenlandschap t/m 2018

Waar kunnen patiënten terecht met een klacht over de gezondheidszorg?

De Nederlandse gezondheidszorg kent veel gelegenheden voor het bespreken of indienen van een klacht. In figuur 1 staat beschreven welke mogelijkheden er zijn en hoe wij de verschillende mogelijkheden in dit rapport definiëren. De meest informele mogelijkheid is het bespreken van de klacht met de zorgverlener. Ook is interne klachtbehandeling met behulp van een klachtenfunctionaris mogelijk. Daarnaast zijn er verschillende formele vormen van klachtbehandeling.

We zijn ons ervan bewust dat er discussie bestaat over de definitie en formuleringen van de verschillende soorten klachten en fases van klachtbehandeling. Er bestaan verschillende connotaties bij de begrippen 'informeel' en 'formeel'. Voordat de Wkkgz van kracht werd, werd onder het informele klachttraject verstaan: persoonlijke klachtbehandeling tussen patiënt en hulpverlener, en ondersteuning en bemiddeling bij de klacht door een klachtenfunctionaris (Kruikemeier, Coppen, Rademakers, & Friele, 2009). Nu dit laatste onderdeel in de Wkkgz is vastgelegd, is er verwarring over dit begrip en verstaat niet iedereen hetzelfde onder de begrippen 'informeel' en 'formeel'. Daarom lichten wij hieronder de verschillende klaagmogelijkheden en definities toe zoals die in dit rapport zijn gebruikt.



Figuur 1 klachtmogelijkheden in Nederland

Informeel bespreken met zorgverlener

De meest informele manier is het bespreken van een klacht met de betrokken zorgverlener. Het bespreken van een klacht past in dit geval direct bij de relatie van de patiënt met zijn/haar zorgverlener.

Wkkgz: interne klachtbehandeling door zorgaanbieder en via externe geschilleninstantie

Met de invoering van de Wkkgz zijn twee vormen van klachtbehandeling geïntroduceerd. De eerste betreft de interne behandeling door de zorgaanbieder, waarbij de klager een beroep kan doen op de hulp van een klachtenfunctionaris. Deze manier van klachtbehandeling is bedoeld als een laagdrempelig, informeel en zoveel mogelijk gericht op het bieden van een oplossing. Tegelijk ligt bij de zorgaanbieder de verplichting om een uitspraak te doen over de klacht. Als de klager zich niet kan vinden in deze uitspraak dan ontstaat de mogelijkheid voor klager om zijn klacht voor te leggen aan een externe geschilleninstantie. De klager kan zijn klacht dan ook vergezeld doen gaan van een financiële claim. In specifieke situaties geldt het klachtrecht in het kader van de wet BOPZ.

Landelijk Meldpunt Zorg, Tuchtcolleges en de Ombudsman

Naast de vormen van klachtrecht die direct verbonden zijn met de zorgaanbieder zijn er nog andere formele kanalen waarlangs patiënten een klacht kunnen indienen. Dat zijn het Landelijk Meldpunt Zorg wat verbonden is aan de IGJ, de IGJ, de Tuchtcolleges of de Ombudsman. Ook kan een patiënt zich wenden tot het civiel- en strafrecht, maar deze mogelijkheden behandelen wij verder niet in dit rapport.

Medische claims

Tenslotte kunnen patiënten een claim indienen bij hun zorgaanbieder, die dan in veel gevallen behandeld zal worden door een medische aansprakelijkheidsverzekeraar als Medirisk, Centramed of de VvAA.

De vraag is of met ingang van de Wkkgz de aantallen klachten ingediend bij de verschillende klachttrajecten zijn veranderd. Door de beoogde laagdrempeligheid van de klachtbehandeling zou verwacht mogen worden dat het aantal klachten ingediend bij de andere kanalen als het LMZ, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de geschillencommissies en het tuchtrecht lager zou zijn. Anderzijds kan het bestaan van geschilleninstanties ook een aanzuigende werking hebben.

In dit hoofdstuk zijn deze aantallen samengebracht. Om goed te kunnen vergelijken met de nulmeting Wkkgz (B. Laarman et al., 2016), zijn de cijfers van 2014 en 2015 indien beschikbaar, hier ook opgenomen.

2.1 Klachten bij het LMZ t/m 2018

Het aantal klachten binnengekomen bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) is tot 2017 gestegen (tabel 1). Daaruit is af te leiden dat steeds meer burgers het LMZ weten te vinden. In 2018 is het aantal klachten weer iets gedaald.

Tabel 1 Aantal klachten binnengekomen bij het LMZ voor 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018

LMZ	2014	2015	2016	2017	2018
Per jaar		5115	6455*	6885	6652
Per maand	370	426	538	574	554

* 8507 klachten inclusief klachten over schildkliermedicatie Thyrax en Essure. In 2016 zijn 1313 klachten en 64 vragen over Thyrax binnengekomen. Over Essure zijn 739 klachten en 3 vragen ontvangen. Dit zijn in totaal 2052 klachten en 67 vragen. Samen vormt dit 24 procent van het totaal aantal klachten en 6,5 procent van het totaal aantal vragen. In het Klachtbeeld 2016 zijn de cijfers en figuren zonder de gegevens over Thyrax en Essure weergegeven omdat de vele klachten en vragen hierover een goede vergelijking met voorgaande jaren beïnvloeden (Landelijk Meldpunt Zorg, 2017).

De aard van de klachten binnengekomen bij het LMZ is ieder jaar ongeveer gelijk, met wat lichte fluctuaties. In 2017 was het aantal klachten over professioneel handelen wat lager dan het jaar ervoor, en het aantal klachten over communicatie wat hoger dan het jaar ervoor. In 2018 is het aantal klachten over de eerste categorie nog verder gedaald naar 25%.

Tabel 2 Aard van de klachten binnengekomen bij het LMZ 2015, 2016, 2017 en 2018

Hoofdcategorieën	2015	2016	2017	2018
Professioneel handelen	27%	2391 (37%)	2065 (30%)	1663 (25%)
Veiligheid	20%	1158 (18%)	1308 (19%)	1264 (19%)
Communicatie	20%	1139 (18%)	1515 (22%)	1530 (23%)
Overig	9%	633 (10%)	688 (10%)	798 (12%)
Organisatie/logistiek	9%	544 (8%)	620 (9%)	732 (11%)
Ongewenst/onethisch gedrag	11%	464 (7%)	551 (8%)	466 (7%)
Klachtbehandeling zorgaanbieder	2%	126 (2%)	138 (2%)	200 (3%)

Klachten ingedeeld naar zorgsectoren

Ook voor het aantal klachten per zorgsector geldt dat deze ieder jaar ongeveer hetzelfde zijn, met wat lichte fluctuaties.

Tabel 3 Klachten gemeld bij het LMZ ingedeeld naar zorgsectoren

Zorgsector	2015	2016	2017	2018
Medisch specialistisch somatische zorg	908 (18%)	1443 (22%)	1331 (19%)	1022 (15%)
Geestelijke gezondheidszorg	928 (18%)	1136 (18%)	1168 (17%)	1070 (16%)
Intramurale ouderenzorg	731 (14%)	995 (15%)	973 (14%)	954 (14%)
Huisartsenzorg (incl. HDS/HAP)	534 (10%)	726 (11%)	861 (13%)	793 (12%)
Gehandicaptenzorg	389 (8%)	410 (6%)	471 (7%)	480 (7%)
Mondzorg	246 (5%)	317 (5%)	464 (7%)	314 (5%)
Apotheek	168 (3%)	208 (3%)	206 (3%)	220 (3%)
Thuiszorg	193 (4%)	198 (3%)	289 (4%)	245 (4%)
Fabrikant/bedrijf medische technologie	157 (3%)	149 (2%)	181 (3%)	118 (2%)
Andere sector	53 (1%)	116 (2%)	261 (4%)	318 (5%)
Zorgverzekeraar/zorgkantoor	106 (2%)	110 (2%)	80 (1.2%)	88 (1%)
Alternatieve zorg	35 (1%)	98 (2%)	59 (<1%)	83 (1%)
Fabrikant geneesmiddelen/farmaceutisch bedrijf	67 (1%)	94 (1%)	95 (1%)	90 (1%)
Particuliere kliniek/ZBC	109 (2%)	68 (1%)	67 (1%)	91 (1%)
Niet van toepassing	117 (2%)	67 (1%)	29 (<1%)	33 (<1%)
Paramedische zorg	50 (1%)	66 (1%)	78 (1%)	84 (1%)
Publieke gezondheidszorg	50 (1%)	60 (1%)	71 (1%)	33 (<1%)

- tabel 3 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 3 -

Zorgsector	2015	2016	2017	2018
Bedrijfs- keuringsarts	37 (<1%)	55 (1%)	72 (1%)	68 (1%)
Ketenzorg	34 (<1%)	41 (1%)	37 (<1%)	22 (<1%)
Forensische zorg	26 (<1%)	39 (1%)	36 (<1%)	53 (1%)
Jeugdhulp	24 (<1%)	34 (1%)	42 (<1%)	446** (7%)
Acute zorg	20 (<1%)	25 (0<1%)	14 (<1%)	27 (<1%)
Zorg thuis	12 (<1%)	-	-	-
Totaal	5115	6455	6885	6652

** Vóór de fusie tussen IGZ en IJZ werden de klachten die over jeugdhulp/zorg binnen kwamen bij LMZ opgesplitst. Een klein deel van de klachten ging over jeugd GGZ, of jeugd gehandicapten zorg en die hoorden bij de toenmalige IGZ. Het zijn de aantallen voor deze sectoren die voorheen in het Klachtbeeld van LMZ waren opgenomen. De klachten die bij IJZ hoorden stonden er dus niet in. Sinds de fusie is er gewerkt aan synchronisatie van processen en systemen. Dat heeft voor het jaar 2018 ertoe geleid dat alle klachten op het gebied van jeugdzorg/hulp zijn meegenomen, dus ook die vroeger onder IJZ zouden vallen. Dat is de oorzaak van het hogere aantal.

Klachten die zijn voorgelegd aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Het LMZ kan een klacht voorleggen met de vraag of de IGJ een onderzoek nodig vindt. Op basis van het onderzoek kan de inspectie maatregelen treffen tegen de zorgaanbieder.

In 2016 zijn 1106 klachten voorgelegd aan de IGJ. Dit was 17% van totaal aantal klachten; in 2015 was dit 20% van het totaal aantal klachten.

De IGJ beoordeelde in 2016 voor 540 klachten dat nader onderzoek nodig was (49%). Dit percentage is ongeveer gelijk aan dat van 2015 (Landelijk Meldpunt Zorg, 2017). In 2017 zijn 1079 (16%) klachten voorgelegd aan de IGJ, waarvan in 57% van de gevallen nader onderzoek nodig was (Landelijk Meldpunt Zorg, 2018). In 2018 zijn 848 (13%)² klachten voorgelegd ter triage.

408 (48%)³ klachten/meldingen zijn door de inspecteurs in onderzoek genomen (LMZ, 2019). Van de zaken die worden onderzocht krijgt de instelling in eerste instantie een verzoek om de zaak zelf te onderzoeken.

2.2 Geschillen t/m 2018

Hoewel de Wkkgz in 2016 van kracht is geworden, gold dat de geschillencommissies pas vanaf 1 januari 2017 verplicht zijn. Dit betekent ook dat de geschillencommissies voor 2017 een andere (niet-verplichte) rol hadden dan vanaf dit jaar, en dat de aantallen niet goed te vergelijken zijn. Ten tijde van de nulmeting in 2015, waren er ook een stuk minder geschillencommissies werkzaam en was hun betekenis een heel andere. 2017 moet gezien worden als het opstart jaar van de geschillencommissies, dat geldt in een aantal gevallen ook nog voor 2018. Dat betekent dat de cijfers over 2018 voornamelijk niet meer zijn dan een indicatie van het aantal klachten dat uiteindelijk terecht zal komen bij de geschilleninstanties. De cijfers over 2018 zullen eerder behoren tot de ondergrens van dit aantal dan tot de bovengrens.

In totaal bestonden in april 2019 38 verschillende geschillencommissies die door de minister van VWS erkend zijn (zie bijlage voor volledige lijst)⁴. De geschillencommissies zijn bevoegd zaken te behandelen die zijn ontstaan uit klachten van cliënten over instellingen die bij de geschillencommissie zijn

² Deze klachten/meldingen zijn niet allemaal in 2018 oorspronkelijk binnengekomen, deze klachten kunnen in een eerder jaar al binnen zijn gekomen en na verder contact uiteindelijk in 2018 zijn voorgelegd. Dus het is niet volledig correct om te spreken over een percentage van, maar dat wordt voor het gemak vaak wel gedaan.

³ Deze klachten kunnen zijn voorgelegd vóór 2018, dus ook hier is het niet volledig correct om te spreken over een percentage.

⁴ Zie ook <https://www.geschilleninstantieszorg.nl/erkende-instanties>

aangesloten. De geschillencommissie kan een juridisch bindend advies geven over de klacht en een schadevergoeding tot in ieder geval 25.000 euro toekennen.

De geschillencommissies zijn met de Wkkgz verplicht om hun uitspraken online te publiceren. Per 1 april 2019 hadden nog niet alle commissies uitspraken gepubliceerd. Dat komt ten eerste omdat er simpelweg nog weinig geschillen zijn ingediend door patiënten. Sommige commissies hebben dus nog geen uitspraken gedaan. Opmerkelijker is dat nog niet alle geschillencommissies een website hebben, en dat op de websites die er wel zijn niet altijd uitspraken worden gepubliceerd. In beide gevallen kan het ook zijn dat in het kader van dit onderzoek de uitspraken of websites niet door ons gevonden zijn.

Er zijn op het moment van schrijven twee websites gevonden waar verwezen wordt naar de websites met de uitspraken van de erkende geschillencommissies, dit zijn:

<https://www.geschillendossier.nl/>

<http://www.uitsprakenzorg.nl/>

Van de 38 erkende geschillencommissies waren er (per 1 april 2019) voor het jaar 2017 van 22 commissies uitspraken online te vinden. Dit betreffen de 16 commissies van de Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken, De Geschillencommissie Zorg (SGC) (474 uitspraken)⁵, de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) (34 uitspraken over huisartsenzorg, 3 over apothekers)⁶, de Geschillencommissie Extramurale Zorgaanbieders (EZA) (2 uitspraken)⁷, de Geschilleninstantie Mondzorg (31 uitspraken)⁸, de Geschilleninstantie Zorggeschil (Thuiszorg, verpleging, verzorging en eerstelijnszorg) (8 uitspraken)⁹, de Geschillencommissie Arbodiensten (5 uitspraken)¹⁰, en de Geschilleninstantie Paramedici (2 uitspraken)¹¹.

Voor het jaar 2018 zijn er vanuit 10 organisaties (of 25 commissies) uitspraken gedaan: de SGC (209 uitspraken)¹², Geschilleninstantie Koepel Alternatieve Behandelwijzen (KAB) (3 uitspraken)¹³, de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) (48 uitspraken over huisartsenzorg, 3 over apothekers)¹⁴, Geschillencommissie EZA (1 uitspraak)¹⁵, Geschilleninstantie Verloskunde (4 uitspraken)¹⁶, Geschilleninstantie Mondzorg (35 uitspraken)¹⁷, Geschillencommissie Arbodiensten (6 uitspraken), de Geschilleninstantie Zorggeschil, (9 uitspraken)¹⁸ en de Geschilleninstantie Paramedici (2 uitspraken)¹⁹.

Sommige instanties hadden hun jaarverslag ten tijde van de afronding van dit onderzoek nog niet gepubliceerd of hebben uitspraken nog niet online geplaatst, waardoor deze cijfers nog kunnen veranderen.

⁵ Zie <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/clienten/uitsprakenoverzicht/#zoeken>

⁶ Zie <https://www.skge.nl/portal-vervolgpagina/huisartsenzorg-uitsprakenoverzicht-specific>

⁷ Zie <http://geschillencommissie-eza.nl/uitspraken/>

⁸ Zie <https://www.geschilleninstantiemondzorg.nl/uitspraken/>

⁹ Zie <https://zorggeschil.nl/uitspraken/>

¹⁰ <https://ga.klachtregeling.nl/over-de-commissie>

¹¹ <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/klp/over/default.aspx>

¹² <https://www.samenwerkenaankwaliteit.nl/jaarverslag-2018/inhoud/jaarverslag-consumenten/zorg-welzijn>

¹³ <https://www.geschilleninstantiekab.nl/uitspraken.html>

¹⁴ <https://www.skge.nl/jaarverslag>

¹⁵ <http://geschillencommissie-eza.nl/uitspraken/>

¹⁶ <https://www.geschilleninstantieverloskunde.nl/uitspraken/>

¹⁷ <https://www.geschilleninstantiemondzorg.nl/uitspraken/uitspraken/klik-hier-voor-de-uitspraken/>

¹⁸ <https://zorggeschil.nl/wp-content/uploads/2019/05/Jaarverslag-2018-Geschillencommissie.pdf>

¹⁹ <https://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/klp/over/default.aspx>

Hieronder worden voor de twee grootste organisaties, de stichting Geschillencommissie Consumentenzaken (SGC) en de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) de ontwikkelingen voor 2017 en 2018 beschreven.

De Stichting Geschillencommissie Consumentenzaken (SGC)

De SGC bestaat het langst, sinds 1970. De SGC beheert verschillende geschillencommissies voor consumenten in verschillende sectoren, waaronder de gezondheidszorg.

De SGC, De Geschillencommissie Zorg, kent 16 gespecialiseerde zorgcommissies waar cliënten een klacht tegen een zorgaanbieder of een zorginstelling in kunnen dienen.

2017

In 2017 behandelden de geschillencommissies 375 geschillen, waarvan er 314 in 2017 waren ingediend (zie tabel B3a in bijlage voor specifieke cijfers per zorgcommissie). De meeste klachten kwamen binnen bij de Geschillencommissies Ziekenhuizen, Geestelijke Gezondheidszorg en Verpleging, Verzorging en Geboortezorg. Deze commissies waren al actief voor 2017. Bij Geschillencommissies die pas sinds 2017 werkzaam zijn, zijn er ook klachten binnengekomen. Bij de Geschillencommissie Ambulancezorg zijn er bijvoorbeeld 9 binnengekomen. De meeste geschillen gingen over hoe er met cliënten werd omgegaan en het niet juist of niet zorgvuldig uitvoeren van de zorg. Bij de uitspraken lag het percentage (deels) gelijk en ongelijk van de cliënt dicht bij elkaar: 43% kreeg (deels) gelijk. Gemiddeld behandelde de commissie de klacht in vier maanden. De gemiddelde behandelduur ligt daarmee ruim onder de afgesproken 6 maanden die de wet Wkkgz stelt.

Er waren 55 zaken die De Geschillencommissie niet kon behandelen, bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder niet was aangesloten.

In de meeste gevallen eisten cliënten de maximale schadevergoeding van €25.000 euro. In 1 geval werd deze daadwerkelijk toegekend in de vorm van hersteloperaties. In totaal werd er bij de zorgcommissies 31 maal een schadevergoeding uitgekeerd met een gemiddeld bedrag van 2.610,11 euro.²⁰

2018

In 2018 behandelden de zorgcommissies in totaal 486 zaken (Zie tabel B3b in bijlage voor specifieke cijfers per zorgcommissie). Bijna 30% meer dan een jaar eerder (375 zaken). Deze gingen vooral over hoe er met cliënten werd omgegaan en het niet juist of niet zorgvuldig uitvoeren van de zorg. Bij de 179 inhoudelijke uitspraken lag het percentage (deels) gelijk en ongelijk van de cliënt dicht bij elkaar: 42% kreeg (deels) gelijk, vergelijkbaar met het percentage in 2017. Gemiddeld behandelde de commissie de klacht in ruim 4,5 maanden.

Er waren 108 zaken die De Geschillencommissie niet kon behandelen, veelal omdat het vragenformulier niet getekend retour kwam en/of het klachtengeld²¹ niet voldaan werd (60%). In 24 gevallen van de 486 behandelde zaken werd een cliënt niet-ontvankelijk verklaard in haar klachtpunten.

²⁰ <https://www.samenwerkenaankwaliteit.nl/jaarverslag-2017/>

²¹ Klagers moeten bij het indienen van een geschil meestal €50 betalen

In 7 gevallen was de commissie niet bevoegd om het geschil te behandelen.

In totaal werd er bij de zorgcommissies in 2018 23 maal een schadevergoeding uitgekeerd met een gemiddeld bedrag van €2.768,64, nagenoeg gelijk aan het bedrag van 2017: €2.610,11 euro. Het aantal keren dat een schadevergoeding werd toegekend lag lager dan in 2017, namelijk van 31 naar 23.²²

Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE)

2017

Bij SKGE²³ waren op 31 december 2017 9.900 huisartsen en 193 aan de huisartsenzorg gerelateerde instellingen aangesloten. De SKGE biedt zowel klachtbehandeling door een klachtenfunctionaris als geschilbeslechting aan. 88% van de aangesloten huisartsen is zowel bij de klachtenfunctionaris als de geschillencommissie SKGE aangesloten. Voor de aan huisartsenzorg gerelateerde instellingen geldt dat zij overwegend zelf beschikken over een interne klachtenfunctionaris, de meerderheid, 87,5%, maakt alleen gebruik van aansluiting bij de geschillencommissie.

Voor de huisartsenzorg zijn in 2017 in totaal 693 klachten en 76 geschillen bij SKGE ingediend. 90% van alle klachten werden door bemiddeling opgelost. Bij 66 geschillen is sprake geweest van bemiddeling door een klachtenfunctionaris SKGE. In de overige tien geschillen is sprake geweest van bemiddeling door een externe klachtenfunctionaris. Van deze 76 geschillen zijn 34 geschillen in 2017 afgehandeld. In 16 van de 34 afgehandelde geschillen is uitspraak gedaan. 6 geschillen werden gegrond verklaard, 1 gedeeltelijk gegrond, en 8 geschillen ongegrond. In één geschil werd tweemaal uitspraak gedaan. De meeste geschillen gingen over het medisch-professioneel handelen (86%) van de huisarts. De gemiddelde doorlooptijd van de geschillen bedroeg vier maanden en drie dagen. Bij 14 geschillen over huisartsen werd een verzoek tot schadevergoeding ingediend, daarvan bedroegen er 2 tussen de €5.000-25.000. De rest lag daaronder. De geschilleninstantie heeft in één uitspraak een schadevergoeding (gedeeltelijk) toegekend. In vier geschillen heeft de geschilleninstantie bepaald dat het door klager betaalde griffierecht door de aangeklaagde diende te worden vergoed (SKGE, 2018).

Op 31 december 2017 waren, via de aansluiting van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), 1822 openbare apotheken aangesloten bij de geschillencommissie openbare apotheken SKGE. Drie van de in totaal vijf bij de geschillencommissie openbare apotheken ingediende geschillen zijn in 2017 afgehandeld. Eén geschil werd gegrond verklaard. De doorlooptijd was 3 maanden. Dit geschil ging over het medisch professioneel handelen en een relationeel aspect. Van de drie ingediende en afgehandelde geschillen werd bij twee geschillen een verzoek tot schadevergoeding ingediend. Bij beide geschillen werd een beroep op schadevergoeding tussen € 5.000 en € 25.000 gedaan (SKGE, 2018).

2018

Zoals aangegeven behandelt de SKGE zowel klachten als geschillen.

In totaal zijn in 2018 884 klachten jegens huisartsen en aan de huisartsenzorg gerelateerde instellingen ingediend. 881 klachten zijn in 2018 afgehandeld, waarvan 302 klachten zijn opgelost. De andere klachten zijn om andere redenen afgehandeld, bijvoorbeeld er kwam geen contact met de klager tot stand, de klacht werd ingetrokken, de huisarts was niet aangesloten, de klacht was dubbel ingestuurd, de klacht werd niet opgelost en doorgestuurd naar de geschilleninstantie, de klacht was niet ontvankelijk, etc. Op 31 december 2018 stonden nog 85 klachten open.

²² https://www.samenwerkenaankwaliteit.nl/jaarverslag-2018/sector-zorg-en-welzijn?utm_source=Newsletter&utm_medium=email&utm_content=Jaarverslagen+2018+gereed%2521&utm_campaign=Jaarverslagen+2018

²³ De SKGE is de rechtsopvolger van de SKHZN (Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid Nederland)

Daarnaast zijn er 143 geschillen over huisartsenzorg ingediend bij de SKGE, waarvan 116 ook zijn afgehandeld in dat jaar. Bij 48 geschillen over huisartsen is een einduitspraak gedaan: 9 geschillen zijn gegrond verklaard, 13 gedeeltelijk gegrond, 1 niet ontvankelijk en 25 geschillen zijn ongegrond verklaard. 23 geschillen betroffen een vordering tot schadevergoeding. De andere geschillen zijn ingetrokken of waren niet-ontvankelijk. Voor de openbare apotheken zijn 3 geschillen ingediend, en over alle drie is uitspraak gedaan. Twee daarvan zijn gegrond verklaard, en 1 gedeeltelijk gegrond. Alle drie de uitspraken betroffen een vordering tot schadevergoeding. In 2018 is in 48 van de 51 geschillen binnen de termijn van 6 maanden uitspraak gedaan. Bij 26 geschillen werd een claim ingediend, waarvan drie over openbare apotheken. 15 claims bedroegen tussen €5000-25.000 euro. Voor drie geschillen is de schadeclaim ook toegekend (SKGE, 2019).

Kosten voor patiënten en zorgaanbieders bij de geschillencommissie

Bij de meeste geschillencommissies kost het voor de patiënt rond de €50 (variërend van €37-€125) om een geschil aanhangig te maken. Sommige geschillencommissies hanteren verschillende prijzen wanneer de patiënt ook een financiële claim wil indienen, die oplopen wanneer de claim hoger is. Dit varieerde van €50-€127,50.

Voor zorgaanbieders kost het tussen de 55 en 200 euro om zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie. Wanneer er een geschilprocedure wordt gestart door een klager zijn er voor zorgaanbieders soms ook kosten mee gemoeid. Zij moeten bijvoorbeeld de behandelingskosten betalen.

Terugblik geschillencommissies op afgelopen twee jaar wkkgz

In het kader van de 'Tweede monitor Wkkgz' is een verdiepingsbijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van geschillencommissies. Het doel van de bijeenkomst was om na te gaan hoe de verschillende geschillencommissies zelf terugkijken op de afgelopen twee jaar Wkkgz, om inzicht te krijgen in de vraag hoe zij zelf oordelen de over de manier waarop geschilbeslechting plaatsvindt. Alle geschillencommissies in Nederland zijn uitgenodigd. Er waren 21 personen vanuit diverse geschillencommissies aanwezig.

Tijdens de bijeenkomst werd duidelijk dat er veel verschillen bestaan tussen geschilleninstanties: in werkwijzen, in organisatie van klachtbehandeling, tussen zorgsectoren, tussen zorginstellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren, tussen klagers en situaties. Werkelijkheden van zorgaanbieders verschillen door bijvoorbeeld verschillende groottes, van instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren die zelf een klachtenfunctionaris in dienst hebben, of zorgaanbieders die aangesloten zijn bij een organisatie die dat allemaal regelen (klachtenfunctionaris en geschillencommissie). Dit laatste geldt vaak voor beroepsbeoefenaren waarvan de organisatie en/of omvang maakt dat het niet mogelijk is om zelf een klachtenfunctionaris in dienst te nemen. Sommige geschillencommissies bestaan al lang, en sommigen nog maar heel kort, sommige commissies hadden nog geen geschil behandeld, andere al tientallen, dat speelt mee.

Er is tijdens de bijeenkomst een aantal zaken besproken die door de geschillencommissies belangrijk worden gevonden. Deze worden hieronder toegelicht.

Combinatie klacht en geschil

Klagers kunnen een geschil indienen met of zonder een schadeclaim. Deze claim kan oplopen tot 25.000 euro. Door deelnemers van de bijeenkomst werd beschreven dat door klagers slecht onderbouwd wordt waarom zij een schadevergoeding vragen. Een schadevergoeding is vaak ook niet

het hoofddoel bij het indienen van de klacht. De klager heeft eigenlijk te weinig kennis om zelfstandig een schadeclaim te kunnen indienen, zo werd gesteld. Maar omdat de drempel erg laag is, doen de meeste klagers het wel, zo vertelden de deelnemers. Omdat de schadeclaim slecht onderbouwd is, wordt deze vaak afgewezen, wat weer tot ontevredenheid leidt aldus de deelnemers.

Daarom zou het goed zijn als een klager zich laat bijstaan. Klagers moeten hierover beter geïnformeerd worden, vonden deelnemers.

Deze taak zou bij geschillencommissies kunnen liggen, maar wel op een onafhankelijke/neutrale manier. Hier voelen sommigen een spanningsveld. Er ligt ook een taak bij de klachtenfunctionaris om voor te lichten, zo vinden sommige deelnemers.

Verder werd gesteld dat als één partij bijstand heeft en de ander niet, er een disbalans ontstaat. Daarnaast kunnen de kosten die verweerders bij aanvang van een procedure moeten maken, zorgen voor polarisatie tussen de partijen.

In de bespreking werd een verschil gesignaleerd tussen twee vormen van geschillen: een claim vergezeld van een klacht en een klacht vergezeld van een claim. Zodra mensen zelf moeten betalen voor zorg wordt er ook vaker een claim neergelegd, bijvoorbeeld in het geval van mondzorg en cosmetische zorg. In andere situaties staat de klacht centraal, maar omdat 'het kan' wordt er een claim aan toegevoegd. Hier is dus sprake van een klacht vergezeld van een claim.

De weg vinden

In de gesprekken werd ook gesteld dat klagers geen idee hebben waar ze heen moeten met hun klacht. Ze komen min of meer per toeval bij de geschillencommissie terecht, en gaan zich gedragen naar de procedure. Sommigen sturen mensen door naar het Landelijk Meldpunt Zorg van de IGJ. Daar krijgen klagers meestal verder advies over waar ze terecht kunnen met hun klacht.

2.3 Schadeclaims t/m 2018

Ziekenhuizen in Nederland zijn voor medische aansprakelijkheid in de meeste gevallen verzekerd bij de schadeverzekeraars Centramed of MediRisk. Voor dit onderzoek is uitgezocht hoeveel schadeclaims er in 2017 en 2018 zijn ingediend en hoeveel schadeclaims er zijn uitgekeerd. De gevonden resultaten uit 2017 en 2018 zullen worden vergeleken met de resultaten uit de nulmeting en eerste monitor.

In sommige gevallen handelen ziekenhuizen zelf claims af omdat dit sneller en eenvoudiger is, die blijven buiten deze cijfers. Dit valt onder het eigen risico. Het is onduidelijk hoeveel dit er zijn. Bij interpretatie van de resultaten is het belangrijk hier rekening mee te houden. Verder biedt de VvAA een aansprakelijkheidsverzekering voor medisch beroepsbeoefenaren aan. Deze behandelen wij ook niet in dit rapport.

2.3.1 Resultaten Centramed

In 2017 zijn 863 claims gemeld bij Centramed, met een totale schadelast van 29,9 miljoen (tabel 4). Centramed beschrijft dat door genomen maatregelen het aantal nieuw ingediende claims bij GGZ-instellingen in 2017 is gedaald met 25 (t.o.v. 2016). Bij de ziekenhuizen is sprake van een stijging van 21 claims (t.o.v. 2016) (Centramed, 2018). In 2018 is het aantal claims gedaald naar 814. Deze daling wordt voornamelijk veroorzaakt door een afname van het aantal claims bij Academische en Algemene ziekenhuizen. Daarbij speelt mee dat zorgaanbieders steeds meer klachten en claims zelf oplossen, waardoor Centramed minder claims met relatief laag belang behandelt (Centramed, 2019). Het is niet bekend hoeveel claims dit zijn.

Tabel 4 Aantallen claims en gemiddelde vergoeding per claim bij Centramed in 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal leden	79	80	81	82	78
Aantal claims	592	700	870	863	814
Gemiddelde vergoeding per claim	€28.000	€30.700	€34.813	€34.647	€39.926

tussen 1994 en 2014

Hogere schadeclaims

De gemiddelde vergoeding per claim is de afgelopen jaren licht toegenomen. Grote claims betreffen vaak schade door implantaten, dwarslaesies, letselschade bij jeugdige slachtoffers, en delay in de diagnose kanker. Centramed geeft in haar jaarverslag aan dat de lichte toename te verklaren is door schadelast verhogende omstandigheden zoals de lage rentestand, de hogere bedragen aan smartengeld, de verhoogde pensioengerechtigde leeftijd, de toegenomen zorgkosten, e.d. De trend rondom de stijging van de gemiddelde schadelast zet zich ook in 2017 door. Dit komt, zo stelt Centramed in het jaarverslag, voort vanuit de terugtrekkende overheid, een versoberend sociaal stelsel en de ontwikkeling in de wet- en regelgeving. Hogere eigen risico's bij ziektekosten, minder subsidie of andere financiële hulp zorgen ervoor dat er meer schade wordt geclaimd. Anderzijds besluiten naasten van blijvend geïnvalideerd geraakte patiënten/cliënten hen steeds vaker te willen verzorgen in hun eigen huis. Dat betekent vaak intensieve (professionele) zorg en aanpassingen in en om het huis. Deze extra (zorg)kosten worden vervolgens geclaimd. Hoewel de invoering van de Wkkgz operationeel tot zekere uitdagingen leidt, ziet Centramed bovenal positieve effecten in de looptijd van procesvoering. Een voordeel van het voorleggen van een klacht aan de geschillencommissie is dat het traject kort is, het geschil wordt beslecht en er duidelijkheid is voor zowel de patiënt als de zorgverlener. De omvang van het effect van de Wkkgz in de schadelast is beperkt vanwege de gestelde maxima. Neveneffect is dat schades met een gering belang sinds de invoering van de Wkkgz vaker door de leden zelf worden behandeld.

Centramed heeft zitting in de begeleidingscommissies van de geschillencommissie en evalueert de gang van zaken bij de afwikkeling van Wkkgz claims (Centramed, 2019).

2.3.2 Resultaten Medirisk

In 2017 is het aantal claims gestegen naar 841 t.o.v. 785 claims in 2016. In 2018 was het aantal claims weer wat lager, namelijk 731 (tabel 5). Het aantal claims en de gemiddelde vergoeding per claim fluctueert over de jaren. In 2017 was het iets lager dan in 2016. In 2018 was de gemiddelde vergoeding wat hoger dan het jaar ervoor. Medirisk geeft aan dat dit komt door hogere afwikkeling van oude schaden, ook omdat de voorzieningen voor nog lopende schadegevallen (naar aanleiding hiervan) verhoogd werden. De hoogste risicocategorieën in termen van claims zijn de OK, SEH en geboortezorg. Medirisk geeft aan zich in 2019 te focussen op het risico van gemiste diagnoses.

Ook Medirisk geeft aan dat gewerkt wordt met de "fastlane procedure", waarbij Medirisk ziekenhuizen helpt om claims met een relatief lage impact en bescheiden vergoeding rechtstreeks met de patiënt op te lossen, vaak zonder tussenkomst van de verzekeraar. Medirisk geeft aan aan de slag te gaan met patient safety 2, waarbij gericht wordt op teamperformance en cultuuromslag. Andere speerpunten zijn 'casemanagement', een nieuwe werkwijze die meer recht doet aan het unieke karakter van elke claim en de schade van betrokkenen daarachter, support bij incidenten, en het verbeteren van patiëntervaringen (Medirisk, 2019).

Tabel 5 Aantallen claims en gemiddelde vergoeding per claim bij Medirisk in 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal leden	62	41	42	42	42
Aantal claims	1150	914	785	841	731
Gemiddelde vergoeding per claim	€45.365	€41.615	€49.383	46.313	€55.413

Onderzoek naar claims per medisch specialisme

Onderzoek naar schadeclaims die tussen 2007 en 2016 zijn ingediend laat zien dat de specialismen algemene chirurgie, orthopedie en gynaecologie het hoogste aantal schadeclaims en de grootste schadelast hadden. Ook wanneer gecorrigeerd wordt voor productiecijfers hebben deze specialismen naar verhouding de meeste en duurste schadeclaims. De totale schadelast van alle afgesloten schadeclaims in de onderzoeksperiode bedroeg € 229.224.433. Van de totale schadelast werd 19% uitgekeerd aan patiënten met claims tegen beschouwende specialismen en 63% aan patiënten met claims tegen snijdende specialismen. De algemene chirurgie, orthopedie en gynaecologie waren samen verantwoordelijk voor 47% van alle ingediende schadeclaims en voor 52% van de schadelast (Klemann, Mertens, & Merode, 2019).

2.4 Tuchtklachten t/m 2018

Het tuchtrecht

Cliënten die het belangrijk vinden dat de zorgaanbieder leert van de klacht, kunnen een klacht voorleggen aan de tuchtrechter. De tuchtrechter oordeelt vervolgens of de klacht gegrond is en kan de zorgverlener een maatregel opleggen. Het tuchtrecht heeft een heel andere functie dan het klachtrecht, namelijk het tuchtrecht is primair gericht op het bewaken van de kwaliteit van het handelen van de zorgverlener en niet bedoeld als vorm van klachtrecht, niet bedoeld om patiënten genoegdoening te bieden. In de praktijk wordt hier anders over gedacht en zien patiënten het wel degelijk als een vorm van klachtrecht en voelen zorgverleners zich vooral ook aangeklaagde. Aantallen klachten en ervaringen bij de tuchtrechter kunnen iets zeggen over de toegankelijkheid van andere klachtenregelingen. Uit onderzoek is bekend dat patiënten die geen ingang kunnen vinden zich tot andere, belastende procedures wenden zoals het tucht- of aansprakelijkheidsrecht (BS Laarman, Coppenhagen, Bouwman, & Friele, 2018; Smeehuijzen et al., 2013). Het tuchtcollege toetst de klacht aan twee 'tuchtnormen' uit de Wet BIG. De eerste tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of te late diagnose, het onvoldoende informeren over de behandeling, het voorschrijven van verkeerde medicijnen of het schenden van het beroepsgeheim. De hulpverlener moet naast de patiënt ook jegens familie van de patiënt deze zorg betrachten. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in de hoedanigheid van hulpverlener dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Hieronder kunnen diverse zaken vallen waaronder verzekeringsfraude, het niet toelaten van een collega tot een waarneemregeling en onjuist optreden in de media.

Het tuchtrecht van de Wet BIG is van toepassing op de beroepen die zijn opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG, zoals arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en verlos- en verpleegkundige.

Per 1 april 2019 zijn er wijzigingen in het medisch tuchtrecht doorgevoerd. Zo kan de klager een tuchtklachtfunctaris inschakelen als hij hulp nodig heeft bij het opstellen van een klaagschrift, en is een klager griffiegeld verschuldigd. De impact van die wijzigingen zullen pas in de loop van 2019 zichtbaar worden.

Uit de jaarverslagen van het Medisch Tuchtcollege kunnen we halen hoeveel klachten er over de verschillende zorgverleners werden ingediend en waar deze over gingen (Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). De klachten en bijbehorende tuchtspraken worden openbaar gepubliceerd op <https://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg>**Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig..**

Tabel 6 Aantal ingekomen en afgehandelde klachten bij de Regionale Tuchtcolleges 2012-2018

Klachten 2012-2018	Aantal ingekomen klachten	Aantal afgehandelde klachten
2012	1572	1625
2013	1640	1713
2014	1575	1710
2015	1610	1609
2016	1646	1567
2017	1677	1946
2018	1780	1644

Het aantal afgehandelde klachten in 2018 is wat lager in 2017 (tabel 6). In 2017 heeft het tuchtcollege extra inspanning geleverd om zaken sneller af te handelen (Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, 2016, 2017, 2018). 14% van de klachten is in 2018 gegrond verklaard, dit was ongeveer hetzelfde als voorgaande jaren (16% in 2017 en 14% in 2016, tabel 7 en 10).

Tabel 7 Beslissingen genomen door regionale tuchtcolleges in 2016, 2017 en 2018

	2016	2017	2018
Totaal afgehandelde klachten	1567	1946	1644
Beslissing na behandeling ter zitting	472	686	526
Gegrond verklaard	216	313	223
Ongegrond verklaard	244	358	286
Niet ontvankelijk/ingetrokken	12	15	17
Klacht is niet ter zitting gekomen, beslissing op basis van documenten in raadkamer gemaakt	1095	1260	1118

Tabel 8 Opgelegde maatregelen in 2016, 2017 en 2018

Opgelegde maatregel	2016	2017	2018
Gegrond, geen maatregel	6	8	5
Waarschuwing	124	186	132
Berisping	52	75	66
(voorwaardelijke) Schorsing inschrijving register	24	20	5
Gedeeltelijke ontzegging	1	2	5
Doorhaling inschrijving register, verbod herinschrijving	9	22	10
Totaal (gegrond verklaard)	216	313	223
Gegrond, geen maatregel	6	8	5

Tabel 9 Klachten per beroepsgroep 2016, 2017, 2018

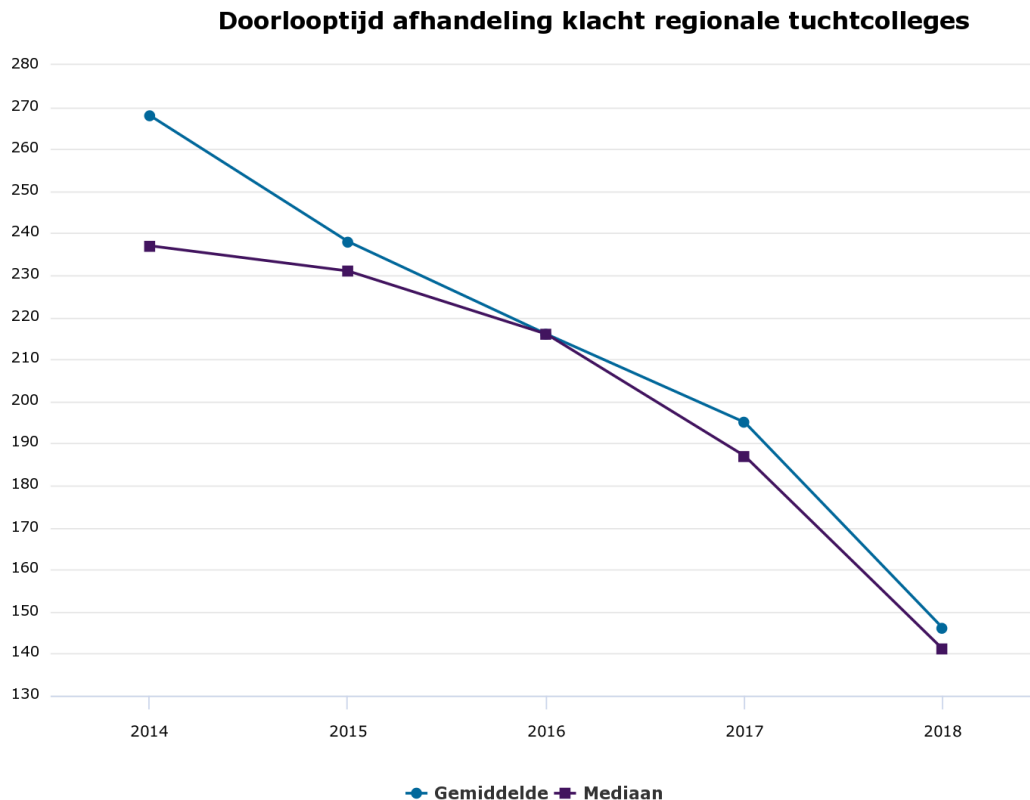
	2016	2017	2018
Arts	1.088 (69%)	1344 (69%)	1095 (67%)
Onbekend/niet BIG geregistreerd	121 (8%)	141 (7%)	152 (9%)
Verpleegkundige	109 (7%)	155 (8%)	128 (8%)
Tandarts	94 (6%)	98 (5%)	76 (5%)
GZ psycholoog	89 (6%)	118 (6%)	111 (7%)
Fysiotherapeut	32 (2%)	24 (1%)	25 (2%)
Apotheek, Physician assistent, psychotherapeut, Verloskundige	< 1%	35 (2%)	57 (3%)

Zowel in het aantal klachten per beroepsgroep als in de aard van de klachten zijn over de jaren geen grote verschuivingen te zien. De meeste klachten gaan over artsen en over een onjuiste behandeling of verkeerde diagnose, of over geen of onvoldoende zorg (tabel 9 en 10).

Tabel 10 Aard van de klachten 2016, 2017, 2018

	2016: totaal 1567	2017: totaal 1946	2018: totaal 1644
Onjuiste behandeling/Verkeerde diagnose	565 (36%)	714 (37%)	570 (35%)
Geen of onvoldoende zorg	425 (27%)	412 (21%)	395 (24%)
Overige klachten	216 (14%)	307 (16%)	231 (14%)
Onjuiste verklaring of rapport	151 (10%)	192 (10%)	172 (10%)
Onheuse bejegening	61 (4%)	74 (4%)	72 (4%)
Schending beroepsgeheim	56 (4%)	68 (3%)	56 (3%)
Grensoverschrijdend gedrag	26 (2%)	48 (2%)	33 (2%)
Onvoldoende informatie	35 (2%)	68 (3%)	58 (4%)
Financieel onjuist handelen; geestelijke toestand; niet of te laat verwijzen; onzorgvuldige dossiervorming	<1%	63 (3%)	46 (3%)

De doorlooptijden van de afhandeling van tuchtklachten bij de regionale tuchtcolleges zijn in 2018 verder afgenomen (figuur 2).



Figuur 2 Doorlooptijden in dagen afhandeling klachten bij regionale tuchtcolleges 2014-2018

2.5 Bekendheid artsen met wetten

Door de VVaa is onder haar ledenpanel onderzoek gedaan naar de bekendheid van artsen met de wettelijke bepalingen betreffende hun beroepsuitoefening. Het is voor deze monitor interessant omdat de wetten ook een aantal verplichtingen en handvatten voor kwaliteitsaspecten voor zorgverleners geven. Bekendheid van artsen met wettelijke bepalingen geeft een inzicht in de mate van implementatie van de wetten.

Van een aantal wetten die relevant zijn voor zorgverleners, de Wgbo, de Wkkgz en de Wet BIG, scoort de Wkkgz het laagst in bekendheid. De Wkkgz is onder 46% van alle zorgverleners in het onderzoek bekend. Voor de eerder ingevoerde Wgbo en de Wet BIG was dit 55% en 68%. Dit zijn ook de wetten die het dagelijks werk van artsen aangaan, zoals informed consent en de BIG-registratie. Opvallende uitschieter bij de Wet BIG zijn tandartsen (81%). De fysiotherapeut scoort met 31% stevig onder gemiddeld als het om Wgbo-kennis gaat. Bijna de helft van de zorgverleners geeft aan dat het hen 'duizelt als het om gezondheidsrecht gaat'. Een meerderheid (64%) maakt kenbaar behoefte te hebben aan meer (toegankelijke) informatie. Naast gz-psychologen (81%) en overige paramedici (72%) zijn het vooral de tandartsen die met 66% (helemaal) eens, hoog scoren op de stelling hierover. Over alle beroepsgroepen heen, heeft slechts 1% totaal geen behoefte aan meer informatie. Minder dan een derde van alle zorgverleners kent de bevoegdheden van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).²⁴

²⁴ <https://www.medischondernemen.nl/medisch-ondernemen/gezondheidsrecht-het-duizelt-de-zorgverlener>, geraadpleegd op 17 april 2019

2.6 Aantal nieuwe zorgaanbieders met een klachtenregeling die voldoet aan de Wkkgz

Uit onderzoek van de IGJ blijkt dat de meeste nieuwe zorgaanbieders die pas sinds de van kracht worden van de Wkkgz onder kwaliteitswetgeving vallen een klachtenregeling hebben die voldoet aan de wet. Toch voldoet nog zo'n één op de vijf van deze aanbieders nog niet of gedeeltelijk aan de wet (IGJ, 2019). Uit de vorige monitor in 2017 bleek ook al dat nieuwe zorgaanbieders vaak hun klachtenbeleid nog van de grond moesten krijgen (Bouwman, Gennip, et al., 2017).

2.7 Conclusie

Wij zien geen eenduidige invloed van de invoering van de Wkkgz op het aantal klachten dat wordt ingediend via andere kanalen. Bij het LMZ is het aantal ingediende klachten iets gestegen. Echter, dit is een trend waar al langer sprake van is. Deze ontwikkeling lijkt vooral samen te hangen met de betere bekendheid van het meldpunt. Het aantal tuchtklachten en claims fluctueert, waarmee ook geen relatie kan worden gelegd met de invoering van de Wkkgz.

Zoals verwacht is het aantal geschillen dat in 2018 werd behandeld in het kader van de Wkkgz groter dan in eerdere jaren. Gezien het feit dat de geschillencommissies pas sinds 2017 verplicht zijn, lag een dergelijke stijging voor de hand. Verder valt hier niet veel over te zeggen. Het aantal commissies is wel verder toegenomen. Eerder constateerden we al dat dit niet bijdraagt aan de duidelijkheid voor de patiënt. Er bestaan ook verschillen in de context waarin de commissies werken, en daardoor ook in de werkwijzen. Daardoor is het voor de geschilleninstanties lastig om tot gezamenlijkheid te komen, zo stellen zij.

Opvallend is dat de meeste klagers bij de geschillencommissie naast een inhoudelijke klacht ook een schadeclaim indienen bij de geschillencommissie. De drempel voor het toevoegen van een schadeclaim aan een klacht in het geval van een geschil lijkt dus erg laag te zijn. Gesignaleerd wordt dat klagers hun claim doorgaans onvoldoende onderbouwen, waardoor veel claims worden afgewezen. Dit veroorzaakt ontevredenheid onder klagers. Door de samenloop tussen klacht en claim verschuift tijdens de procedure de focus van de inhoud van de klacht, naar het financiële onderdeel. De vraag is of dit een wenselijke ontwikkeling is.

Tot slot lijkt er onder zorgaanbieders behoefte te zijn aan informatie over de Wkkgz.

3 Resultaten: Het perspectief van klachtenfunctionarissen anno 2019

In dit hoofdstuk staan de resultaten beschreven van het vragenlijstonderzoek dat door het Nivel is uitgevoerd onder klachtenfunctionarissen. Deze resultaten zullen ook zoveel mogelijk worden vergeleken met de resultaten van de eerste Wkkgz monitor in 2017 (Bouwman, van Gennip & Friele, 2017). Vergelijkingen worden in de tekst beschreven, vanwege het grote aantal tabellen. Er hebben 178 (50%) van de 354 mensen gereageerd op de uitnodiging de vragenlijst in te vullen.

3.1 Demografische kenmerken en opleiding

Het grootste deel van de respondenten was vrouw, en de gemiddelde leeftijd was 56 jaar (zie tabel 11). De meeste respondenten hebben een HBO of WO bachelor afgerond.

Tabel 11 Demografische kenmerken en opleiding

		N	KLF
Geslacht	Vrouw	170	146 (86%)
Leeftijd (in jaren)	Gemiddelde	169	56 (27 – 70) std=7.51
Opleiding		172	
	MBO		5 (3%)
	HAVO		5 (3%)
	VWO		3 (2%)
	HBO/WO bachelor		97 (56%)
	WO master		52 (30%)
	Anders		10 (6%)

3.2 Positie van de klachtenfunctionaris in de zorginstelling

Om iets te kunnen zeggen over de positie van de klachtenfunctionarissen in de zorginstelling hebben we gekeken naar het type dienstverband, bij welk type zorginstelling ze werken en hun ervaringen met het vak. Waar mogelijk hebben we gekeken of er verschillen zijn tussen de zorgsectoren ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, en overige zorginstellingen en tussen het aantal jaren dat men werkzaam is als klachtenfunctionaris.

Dienstverband

De meeste respondenten (79%) hadden een vast dienstverband, net als in 2017 (81%, tabel 12). Een kleine minderheid (4%) werkte korter dan 1 jaar als klachtenfunctionaris. Voor de rest van de respondenten geldt dat 3 op de 10 tussen de 1-5 jaar werkte in deze functie, en ongeveer hetzelfde aantal tussen de 5-10 jaar of langer dan 10 jaar. Deze verdeling was ongeveer hetzelfde bij de eerste monitor. Verder is de helft van de respondenten ook nog werkzaam in een andere functie naast hun functie als klachtenfunctionaris en is het grootste deel van de respondenten (83%) in totaal al meer dan 10 jaar werkzaam in de zorg. Op de open vraag over welke functie de respondenten bekleedden voordat ze klachtenfunctionaris werden waren de meest voorkomende antwoorden beleidsmedewerker, kwaliteitsfunctionaris, manager en adviserende of coördinerende functies.

Tabel 12 Dienstverband

	N	N (%)
Dienstverband*	174	
Vast dienstverband		139 (80%)
Via aanbieder die klachtenfunctionaris levert		11 (6%)
Als ZZP'er		27 (16%)
Als vrijwilliger		0 (0%)
Anders		9 (5%)
Aantal jaren werkzaam als KLF	172	
< 1 jaar		7 (4%)
1 – 5 jaar		60 (35%)
5 – 10 jaar		52 (30%)
> 10 jaar		53 (31%)
Uren per week werkzaam als KLF	171	Gemiddeld: 20 uur (min=1 – max=40)
Nevenfunctie	172	
Ja		85 (49%)
Totaal aantal jaren werkzaam in de zorg	169	
< 1 jaar		1 (1%)
1 – 5 jaar		9 (5%)
5 – 10 jaar		18 (11%)
> 10 jaar		141 (83%)

* Meerdere antwoorden mogelijk

Net als bij de eerste monitor werkten de meeste klachtenfunctionarissen in een ziekenhuis, een verpleeg- of verzorgingshuis, of in de thuiszorg (tabel 13). Van de respondenten werkte 39% bij meer dan 1 zorgaanbieder als klachtenfunctionaris.

In de ziekenhuizen werkten de respondenten gemiddeld 26 uur, in de verpleging, verzorging en thuiszorg gemiddeld 11.5 uur, en in de overige zorginstellingen 17.7 uur. Dit verschilde significant van elkaar ($p=0.00-0.02$). Vergeleken met de vorige monitor werkte men in alle drie de categorieën tussen de 1-2 uur meer per week.

Tabel 13 De zorginstelling/zorgaanbieder waarvoor de respondenten werkzaam zijn (N=172)

	N (%)
Werkzaam bij zorginstelling/zorgaanbieder*	
Ziekenhuis	80 (46%)
Verpleeg-/verzorgingshuis	54 (31%)
Thuiszorg	37 (21%)
GGD	4 (2%)
GGZ	21 (12%)
Gehandicaptenzorg	21 (12%)
Huisartsenpost	20 (12%)
Tandartsenpraktijk	8 (5%)
Apotheek	3 (2%)
Fysiotherapie/mensendieck	7 (4%)
Revalidatiecentrum	16 (9%)
Hospice	7 (4%)
Centrum voor bevolkingsonderzoek	5 (3%)
Zelfstandig behandelcentrum	16 (9%)
Solistisch werkende zorgverlener	14 (8%)
Anders	20 (12%)

* Meerdere antwoorden mogelijk

In tabel 14 staat beschreven hoe klachtenfunctionarissen hun vak ervaren. De cijfers komen vrijwel overeen met de resultaten van de vorige monitor. Net als bij de vorige monitor reageerden bijna iedereen op iedere stelling positief: 93% gaf aan dat zijn/haar mening wordt gerespecteerd, 83% gaf aan invloed te hebben op de gang van zaken, en 92% vond dat de functie voldoende onafhankelijk uitgeoefend kon worden. Een kleine meerderheid (59%) gaf aan het idee te hebben invloed te hebben op uiteindelijke beslissingen. Deze percentages komen in grote lijnen overeen met de percentages in de eerste monitor. Een nieuwe vraag ten opzichte van de eerste monitor was of de respondenten beschikken over een werkplek waar ze voldoende privacy hebben om klachten te bespreken, wat voor 14% van hen niet het geval is. Hierbij waren geen significante verschillen te zien tussen sectoren. Verder voelt 96% zich vrij om met de cliënt/klager in contact te treden en vindt 82% dat er genoeg mogelijkheden zijn om met collega's van gedachten te wisselen.

83% van de respondenten gaf aan dat er in hun werkomgeving een veilige cultuur heerst om over lastige situaties en incidenten te praten. Net als in de eerste monitor verschilt dit voor respondenten die korter (87%) of langer (80%) dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werkzaam zijn ($p=0.04$). In de vorige monitor was voor deze stelling ook een significant verschil gevonden tussen deze groepen, maar toen ervoeren de meer ervaren klachtenfunctionarissen juist vaker een veilige cultuur. Wij hebben vooralsnog geen verklaring voor dit resultaat. Voor de overige resultaten in tabel 4 zijn wederom geen significante verschillen gevonden.

Op de vraag in hoeverre de klachtenfunctionarissen over het algemeen tevreden zijn met de wijze waarop hun functie is ingevuld geeft 85% aan tevreden tot zeer tevreden te zijn. Deze hoge mate van tevredenheid verschilde niet significant tussen klachtenfunctionarissen die korter of langer dan 5 jaar werkzaam zijn ($p=0.90$) of tussen klachtenfunctionarissen van ziekenhuizen, verpleeg- of verzorgingshuizen of overige zorgaanbieders ($p=0.80$).

Tabel 14 Ervaringen met het vak

		(%) Helemaal mee oneens	(%) Mee oneens	(%) Neutraa l	(%) Mee eens	(%) Helemaal mee eens	(%) n.v.t.
Mijn mening wordt gerespecteerd	n=144	1 (1%)	2 (1%)	6 (4%)	75 (52%)	59 (41%)	1 (1%)
Ik heb invloed op de gang van zaken	n=144	1 (1%)	4 (3%)	19 (13%)	72 (50%)	48 (33%)	0 (0%)
Ik heb invloed op uiteindelijke beslissingen	n=142	3 (2%)	14 (10%)	40 (28%)	67 (47%)	17 (12%)	1 (1%)
De uitoefening van mijn functie kan ik voldoende afhankelijk uitoefenen	n=142	1 (1%)	5 (4%)	4 (3%)	39 (27%)	93 (65%)	0 (0%)
Ik voel mij vrij om te allen tijde met de cliënt/klager in contact te treden en mijn werk uit te oefenen	n=142	1 (1%)	3 (2%)	1 (1%)	26 (18%)	111 (78%)	0 (0%)

- tabel 14 wordt vervolgd-

- vervolg tabel 14 -

		(%) Helemaal mee oneens	(%) Mee oneens	(%) Neutraal	(%) Mee eens	(%) Helemaal mee eens	(%) n.v.t.
In mijn werkomgeving heb ik voldoende mogelijkheden om met collega's van gedachten te wisselen	n=144	3 (2%)	7 (5%)	14 (10%)	46 (32%)	72 (50%)	2 (1%)
In mijn werkomgeving is een veilige cultuur om over lastige situaties en incidenten te praten	n=143	3 (2%)	5 (4%)	15 (10%)	57 (40%)	61 (43%)	2 (1%)
Ik heb een werkplek waar ik voldoende privacy heb om klachten te bespreken	n=143	6 (4%)	15 (10%)	8 (6%)	38 (27%)	75 (52%)	1 (1%)

3.3 Organisatie van klachtbehandeling in de zorginstelling

Er is gekeken hoe de klachtbehandeling in de zorginstellingen is georganiseerd door te vragen welke activiteiten klachtenfunctionarissen in de praktijk uitvoeren, zowel ten behoeve van de cliënt/klager als van de zorgverlener/aangeklaagde. Daarnaast is er gevraagd of de zorgaanbieder een schriftelijke leidraad voor klachten en een klachtencommissie heeft, of deze zorgaanbieder is aangesloten bij een geschillencommissie en of er een jaarverslag over de klachten wordt opgesteld. Ook is er gevraagd naar de mening over de Wkkgz en zijn er tot slot vragen gesteld over de aantallen behandelde klachten en de doorlooptijden daarvan.

Activiteiten van klachtenfunctionarissen

In tabel 15 staat beschreven welke activiteiten ten behoeve van de cliënt/klager volgens de respondenten meestal of altijd aan de orde zijn in de dagelijkse praktijk. Hieruit blijkt dat opvang, informatie en advies, onpartijdige bemiddeling en procesbegeleiding en voortgangsbewaking vaak voorkomen (69-94%), terwijl bijstand, partijdige bemiddeling, begeleiding, het geven van een schriftelijk oordeel en begeleiding van de cliënt/klager bij een calamiteiten- of geschillenprocedure minder vaak voorkomen (3-42%).

Tabel 15 Percentages waarin tien activiteiten richting CLIËNTEN/KLAGERS in de praktijk voorkomen volgens respondenten (% 'meestal aan de orde' of 'altijd aan de orde')*

	N	%
Opvang van cliënt/klager	159	94
Informatie en advies aan cliënt/klager	157	69
Bijstand aan cliënt/klager	158	39
Partijdige bemiddeling	157	15
Onpartijdige bemiddeling ***	158	80

- tabel 15 wordt vervolgd -

-vervolg tabel 15 -

	N	%
Procesbegeleiding en voortgangsbewaking***	158	93
Begeleiding van cliënt/klager	156	42
Geven van een schriftelijk oordeel over de klacht***	157	17
Begeleiding van cliënt/klager bij een calamiteitenprocedure ***	158	16
Begeleiding van cliënt/klager bij een geschillenprocedure	159	3

* 1= nooit aan de orde; 2= af en toe aan de orde; 3= regelmatig aan de orde; 4= meestal aan de orde; 5= altijd aan de orde

** Significant verschil tussen groepen die korter of langer dan 5 jaar werkzaam zijn als klachtenfunctionaris

*** Significant verschil tussen soorten zorgaanbieders

Vervolgens is ook gekeken of bepaalde activiteiten ten behoeve van de zorgverlener/aangeklaagde deel uit maken van de dagelijkse praktijk (tabel 16). Voor alle activiteiten geldt dat een lager percentage aangeeft dat dit meestal of altijd aan de orde is in vergelijking met de activiteiten ten behoeve van de cliënt/klager. Dit kan overigens wel deels worden verklaard door het feit dat 92 van de 156 respondenten (59%) hebben aangegeven dat er binnen hun organisatie iemand anders aanwezig is die zorg draagt voor de ondersteuning van zorgverleners/aangeklaagden bij de afhandeling van een klacht. De resultaten in de onderstaande tabel betekenen dus niet per se dat zorgverleners/aangeklaagden minder ondersteuning krijgen in de klachtbehandeling dan cliënten/klagers, maar wel dat klachtenfunctionarissen dit minder als hun taak zien.

Uit tabel 16 blijkt dat de activiteiten opvang, bemiddeling en procesbegeleiding vaak voorkomen (69-86%), terwijl de overige activiteiten minder aan de orde zijn. Voor de activiteiten opvang (69% vs. 35% vs. 88%, $p=0.01$), bemiddeling (78% vs. 29% vs. 68%, $p=0.01$) en procesbegeleiding (89% vs. 59% vs. 90%, $p<0.01$) zijn er wel significante verschillen gevonden tussen de soorten zorgaanbieders, waarbij deze activiteiten vooral minder voorkomen in verpleeg- en verzorgingshuizen dan in de ziekenhuizen en overige zorginstellingen.

Tabel 16 Percentages waarin tien activiteiten richting ZORGVERLENERS/AANGEKLAAGDEN in de praktijk voorkomen volgens respondenten (% 'meestal aan de orde' of 'altijd aan de orde')*

	N	%
Opvang van zorgverlener/aangeklaagde ***	156	71
Informatie en advies aan zorgverlener/aangeklaagde	156	49
Bijstand aan zorgverlener/aangeklaagde	156	33
Bemiddeling ***	156	69
Procesbegeleiding en voortgangsbewaking ***	156	86
Begeleiding van zorgverlener/aangeklaagde	156	29
Begeleiding van zorgverlener/aangeklaagde bij een calamiteitenprocedure	156	8
Begeleiding van zorgverlener/aangeklaagde bij een geschillenprocedure	156	2

* 1= nooit aan de orde; 2= af en toe aan de orde; 3= regelmatig aan de orde; 4= meestal aan de orde; 5= altijd aan de orde

** Significant verschil tussen groepen die korter of langer dan 5 jaar werkzaam zijn als klachtenfunctionaris

*** Significant verschil tussen soorten zorgaanbieders

Organisatie binnen de instelling

Bijna alle respondenten hebben aangegeven dat de zorgaanbieder waarvoor zij werkzaam zijn een schriftelijke leidraad of protocol heeft voor de klachtafhandeling (99%) en is aangesloten bij een geschillencommissie (99%) (zie tabel 17). Dit komt overeen met de eerste monitor.

Net als bij de eerste monitor blijkt 70% van deze aanbieders nog steeds een klachtencommissie te hebben. Op de open vraag over de rol van deze klachtencommissie werd vooral geantwoord dat de klachtencommissie wordt ingeschakeld wanneer een poging tot bemiddeling door de klachtenfunctionaris is mislukt. De klachtencommissie houdt zich vervolgens vooral bezig met het

geven van advies aan de Raad van Bestuur, het geven van een (onafhankelijk) oordeel over de klacht of het onderzoeken van de klacht. Tot slot blijken bijna alle zorgaanbieders (97%) een jaarverslag op te stellen over de klachtafhandeling, maar blijkt er nog wel verschil te zijn tussen of dit een openbaar of een intern verslag is (54% vs. 43%).

Tabel 17 Antwoorden van respondenten op vragen over de organisatie van klachtbehandeling bij de zorgaanbieder waarvoor zij werken

		N (%)
Zorgaanbieder heeft een protocol of schriftelijke leidraad voor klachten	Ja	160 (99%)
	Nee	1 (1%)
	Weet ik niet	0
Zorgaanbieder is aangesloten bij een geschillencommissie (per 1 januari 2019)	Ja	163 (99%)
	Nee	0
	Weet ik niet	1 (1%)
Zorgaanbieder heeft een klachtencommissie (per 1 januari 2019)	Ja	119 (70%)
	Nee	51 (30%)
	Weet ik niet	0
Zorgaanbieder stelt jaarlijks een verslag op over de klachtafhandeling	Ja, een openbaar verslag	87 (54%)
	Ja, een intern verslag	68 (43%)
	Nee	3 (2%)
	Weet ik niet	2 (1%)

Meningen over de Wkkgz

In tabel 18 is te zien dat, net als in 2017, tweederde vindt dat de Wkkgz voldoende duidelijkheid biedt ten aanzien van de klachtafhandeling, en een grote meerderheid (86%) vindt dat de wet voldoende mogelijkheden biedt om tot een passende invulling van klachtafhandeling te komen. Wat betreft de verschillende soorten zorgaanbieders blijkt dat er een verschil zit in hoe duidelijk de Wkkgz wordt gevonden ($p=0.02$), waarbij vooral in de ziekenhuizen een aanzienlijk deel (52%) de wet niet duidelijk genoeg te vinden.

Tabel 18 Meningen over de Wkkgz

		N	N (%)
Biedt de Wkkgz voldoende duidelijkheid t.a.v. de klachtafhandeling?		153	
	Ja		101 (66%)
	Nee		49 (32%)
Biedt de Wkkgz voldoende mogelijkheden om tot een passende invulling van klachtafhandeling en bijstand te komen?		155	
	Ja		133 (86%)
	Nee		15 (10%)
	Weet ik niet		6 (4%)

Open antwoorden over de werkbaarheid en knelpunten van de wet

Naast bovenstaande gesloten vragen zijn er ook nog open vragen gesteld over de werkbaarheid en de ervaren knelpunten van de Wkkgz. Een deel van de respondenten vindt de wet op sommige punten onduidelijk maar zegt dat de werkbaarheid goed is zolang er 'in de geest van de wet' wordt gehandeld en de wet dus niet té letterlijk wordt genomen.

Hoewel een grote meerderheid over het algemeen tevreden is over de werkbaarheid van de wet zijn er een aantal knelpunten die door meerdere respondenten werd genoemd. Met name de termijn die is gesteld wordt ervaren als een negatief aspect van de wet. Hoewel de termijn in de meeste gevallen

wel gehaald wordt is dit voor sommige klachten niet mogelijk en zou dit in de ogen van de klachtenfunctionarissen ook niet het doel moeten zijn omdat dit volgens hen niet overeenkomt met de bedoeling van de wet. Verder is er onduidelijkheid over het startpunt van de termijn wanneer er een informele klacht wordt ingediend. Het onderscheid tussen formele en informele klachten is voor veel respondenten overigens überhaupt niet duidelijk (zie ook p.10).

Een ander veelgenoemd knelpunt is het feit dat er in de wet wordt gesproken over een 'oordeel'. Meerdere klachtenfunctionarissen geven aan dat dit een ongelukkige term is die moeilijk te verenigen is met de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris. Verder geeft een aantal klachtenfunctionarissen aan dat ze niet goed weten op welk moment de geschillencommissie moet worden ingezet. Tot slot is er ook aangegeven dat de wet onduidelijk is over hoe er van klachten geleerd kan worden en komen de klachtenfunctionarissen er niet aan toe om aandacht te besteden aan kwaliteitsverbetering.

Aantallen behandelde klachten en doorlooptijden

De klachtenfunctionarissen gaven aan dat zij in 2018 gemiddeld 231 (spreiding 0-1999) zorgen, vragen en uitingen van ongenoegen hebben behandeld (tabel 19). Gemiddeld kwamen er 173 schriftelijke klachten binnen. De gemiddelde doorlooptijd tussen het schriftelijk indienen van een klacht door de cliënt en de afhandeling daarvan was tussen de 5 en 6 weken (spreiding 0-20 weken). Ongeveer de helft van de respondenten gaf aan dat de termijn van 6 weken, zoals geformuleerd in de Wkkgz, zelden of nooit wordt verlengd naar 10 weken, terwijl ruim 3 op de 10 zeiden dat dit regelmatig gebeurt en 16% zelfs aangaf dat dit vaak of altijd gebeurt.

Klachtenfunctionarissen geven aan dat er gemiddeld 2.2 geschillen, 7 calamiteiten, en 12.4 claims zijn voorgekomen in de zorginstellingen waar de klachtenfunctionarissen werken.

Tabel 19 aantallen zorgen/vragen/uitingen van ongenoegen, schriftelijke klachten, geschillen, calamiteiten, en claims ingediend bij zorginstelling waar klachtenfunctionaris werkt²⁵

	N	gemiddelde	Std dev.	Min	max
Zorgen, vragen, uitingen van ongenoegen	121	230.7	352.7	0	1999
Schriftelijke klachten in kader van Wkkgz	127	173.0	304.9	0	1500
Geschillen	110	2.2	12.9	0	135
Calamiteiten	102	7.0	9.9	0	50
Claims	105	12.4	25.4	0	200
Totaal	104	345.7	431.22	0	1999

In tabel 20 is te zien dat volgens ruim een derde (37%) van de respondenten het aantal zorgen, vragen en uitingen van ongenoegen gelijk is gebleven. Ongeveer een derde (34%) denkt dat het is gestegen, terwijl 17% aan heeft gegeven het niet te weten. Vier op de tien (41%) klachtenfunctionarissen denkt dat het aantal schriftelijke klachten in het kader van de Wkkgz gelijk is gebleven. Bijna drie op de tien (28%) dacht dat het is gestegen, terwijl 13% dacht dat het gedaald was. Beide vragen laten dus een redelijk gespreid beeld zien, waarbij vaker wordt aangegeven dat er sprake is van een stijging dan van een daling. Opmerkelijk is dat ongeveer 1 op de 7 klachtenfunctionarissen niet weet of er sprake is van een stijging of daling.

Wat betreft de geschillen, calamiteiten en claims valt vooral op dat ongeveer de helft van de klachtenfunctionarissen aan heeft gegeven niet te weten of dit is gedaald, gelijk is gebleven of is gestegen (respectievelijk 46%, 52% en 52%). Van de respondenten die het wel dachten te weten heeft het grootste deel aangegeven dat het gelijk is gebleven voor deze drie categorieën.

²⁵ In tabel worden de letterlijke vragen aan de klachtenfunctionarissen weergegeven. We zijn ons ervan bewust dat er discussie bestaat over de definitie en formuleringen van de verschillende soorten klachten en faes van klachtbehandeling.

Tabel 20 Daling, gelijk blijven en stijging van zorgen/vragen, schriftelijke klachten, geschillen, calamiteiten en claims*

		Gedaald	Gelijk gebleven	Gestegen	Weet ik niet
Zorgen, vragen, uitingen van ongenoegen	n=139	17 (12%)	51 (37%)	47 (34%)	24 (17%)
Schriftelijke klachten in het kader van de Wkkgz	n=137	23 (17%)	57 (42%)	39 (28%)	18 (13%)
Geschillen	n=131	12 (9%)	38 (29%)	21 (16%)	60 (46%)
Calamiteiten	n=133	15 (11%)	29 (22%)	20 (15%)	69 (52%)
Claims	n=133	7 (5%)	34 (25%)	23 (17%)	69 (52%)

* ³een significante verschillen gevonden

3.4 Klachten en de relatie met kwaliteit

Net als in de eerste monitor gaven de klachtenfunctionarissen aan dat voorlichting en scholing, en advisering en beleidsontwikkeling in relatief lage mate deel uitmaken van hun functie (tabel 21), terwijl een grote meerderheid aangaf dat ze dit wel belangrijke onderdelen van hun werk vonden (tabel 22). Het is hierbij zeer opvallend dat er in beide monitors door bijna alle klachtenfunctionarissen is aangegeven dat signalering en advies belangrijke activiteiten zijn (respectievelijk 97% en 98%), maar dat het aandeel van de klachtenfunctionarissen bij wie deze activiteiten deel uit maken van hun functie aanzienlijk lager is en zelfs is gedaald van 67% naar 58%.

Tabel 21 Percentages respondenten die aangeven in welke mate drie algemene activiteiten DEEL UIT MAKEN van hun functie (% meestal/altijd aan de orde)*, **

	N	%
Voorlichting en scholing	156	21
Signalering en advies	156	58
Advies en beleidsontwikkeling	154	28

* 1= nooit aan de orde; 2= af en toe aan de orde; 3= regelmatig aan de orde; 4= meestal aan de orde; 5= altijd aan de orde

** Geen significante verschillen gevonden

Tabel 22 Percentages respondenten die aangeven in welke mate zij drie algemene activiteiten BELANGRIJK vinden (% belangrijk/zeer belangrijk)*, **

	N	%
Voorlichting en scholing	155	94
Signalering en advies	155	98
Advies en beleidsontwikkeling	154	80

* 1= helemaal niet belangrijk; 2= niet zo belangrijk; 3= neutraal; 4= belangrijk; 5= zeer belangrijk

** Geen significante verschillen gevonden

Onderwerpen van klachten

Aan de respondenten is gevraagd over welke onderwerpen wordt geklaagd. Hieruit blijkt dat klachten over bejegening en organisatie relatief vaak voorkomen, klachten over professioneel handelen en informatie en advies minder vaak en financiële klachten het minst. Verder blijkt dat al deze typen klachten, behalve klachten over bejegening, significant vaker voorkomen in ziekenhuizen dan bij de andere soorten zorgaanbieders (tabel 23).

Tabel 23 Type zorgen/vragen en klachten waar respondenten mee te maken krijgen

	N	Gemid- delde	Std. Dev.	1= nooit	2= af en toe	3= regel- matig	4= vaak	5= zeer vaak
Professioneel handelen *	149	3.17	0.91	1 (1%)	37 (25%)	57 (38%)	43 (29%)	11 (7%)
Informatie en advies *	149	2.94	0.93	6 (4%)	40 (27%)	69 (46%)	24 (16%)	10 (7%)
Bejegening	149	3.76	0.84	0	9 (6%)	47 (32%)	64 (43%)	29 (19%)
Organisatorisch *	148	3.55	1.00	3 (2%)	20 (14%)	43 (29%)	56 (38%)	26 (18%)
Financieel *	149	2.59	0.96	16 (11%)	57 (38%)	54 (36%)	16 (11%)	6 (4%)

* Significant verschil tussen soorten zorgaanbieders

3.5 Betrokkenheid bij andere procedures

In tegenstelling tot de eerste monitor zijn er in deze tweede monitor ook vragen opgenomen over de rol die de klachtenfunctionarissen spelen bij calamiteiten, geschillen en claims en over hun mening over de komst van de geschillencommissies. Uit tabel 24 en 25 blijkt dat ongeveer de helft van de respondenten meestal of altijd op de hoogte is van calamiteiten, geschillen en/of claims binnen hun zorginstelling, maar dat zij hier niet altijd bij worden betrokken. Verder valt op dat een op de vijf klachtenfunctionarissen heeft aangegeven dat er zich geen geschillen hebben voorgedaan in hun zorginstelling. Wanneer we alleen kijken naar de respondenten die 'ja, altijd', 'ja, meestal wel' en 'nee' hebben geantwoord, is te zien dat klachtenfunctionarissen van verpleeg- en verzorgingshuizen significant vaker niet op de hoogte worden gesteld van een claim dan bij andere zorginstellingen ($p=0.03$). Verder blijkt dat klachtenfunctionarissen die langer dan vijf jaar werkzaam zijn significant vaker worden betrokken bij calamiteiten dan hun collega's die korter dan vijf jaar werkzaam zijn ($p=0.03$). Voor de overige categorieën zijn geen significante verschillen gevonden.

Tabel 24 Bent u altijd op de hoogte van een calamiteit/geschil/claim bij uw zorgaanbieder?

	N	Ja, altijd	Ja, meestal wel	Nee	Weet ik niet	Er hebben zich geen calamiteiten/geschillen/ claims voorgedaan
Calamiteiten	153	38 (25%)	42 (27%)	62 (41%)	7 (5%)	4 (3%)
Geschillen	152	27 (18%)	41 (27%)	41 (27%)	9 (6%)	34 (22%)
Claims	151	17 (11%)	54 (36%)	58 (38%)	12 (8%)	10 (7%)

Tabel 25 Wordt u betrokken bij calamiteiten/geschillen/claims?

	N	Ja, altijd	Ja, meestal wel	Nee	Weet ik niet	Er hebben zich geen calamiteiten/geschillen/ claims voorgedaan
Calamiteiten	152	27 (18%)	40 (26%)	65 (43%)	13 (9%)	7 (5%)
Geschillen	152	11 (7%)	34 (22%)	68 (45%)	8 (5%)	31 (20%)
Claims	151	14 (9%)	37 (25%)	77 (51%)	10 (7%)	13 (9%)

Vervolgens is er nog wat dieper ingegaan op de mening van de klachtenfunctionarissen over de geschillencommissies door ze een aantal stellingen voor te leggen (tabel 26). Hierbij valt met name op dat bij de meeste stellingen een meerderheid heeft gekozen voor het antwoord 'neutraal'. De enige stelling waar een meerderheid (55%) het mee oneens is gaat over de vraag of de geschillencommissie een nuttige vervanging is van de klachtencommissie. Dit suggereert dat veel klachtenfunctionarissen

klagers liever zouden doorsturen naar een klachtencommissie dan naar een geschillencommissie, zoals het geval was voor de invoering van de Wkkgz. Een kleine meerderheid (47%) is het er wel mee eens is dat het voor klagers goedkoop is om naar de geschillencommissie te stappen. Tot slot is er een grote meerderheid (75%) die hun cliënten wel informeren over de mogelijkheid om een geschil in te dienen. Er zijn hier ook nog significante verschillen gevonden tussen respondenten die korter of langer dan vijf jaar werkzaam zijn als klachtenfunctionaris en tussen verschillende soorten zorgaanbieders. Zo zijn klachtenfunctionarissen die langer dan vijf jaar werkzaam zijn het significant vaker oneens met de stellingen dat patiënten tevreden zijn met de afhandeling van een geschil door een geschillencommissie (14% vs. 5%, $p=0.05$), dat patiënten goed worden geholpen met geschilbeslechting (20% vs. 5%, $p=0.03$). Ze zijn het daarentegen wel significant vaker eens met de stelling dat ze patiënten ook informeren over de mogelijkheid om een geschil in te dienen (82% vs. 63%, $p=0.03$).

Tabel 26 Meningen over geschillen

		Helemaal oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal eens
De geschillencommissies bieden een laagdrempelige toegang voor de patiënt om een geschil voor te leggen	n=148	8 (5%)	24 (16%)	66 (45%)	38 (26%)	12 (8%)
Het is voor patiënten eenvoudig om een geschil voor te leggen aan een geschillencommissie	n=148	5 (3%)	35 (24%)	61 (41%)	37 (25%)	10 (7%)
Het is voor patiënten goedkoop om een geschil voor te leggen aan een geschillencommissie	n=146	4 (3%)	12 (8%)	61 (42%)	47 (32%)	22 (15%)
De geschillencommissie is een nuttige vervanging van de klachtencommissie	n=148	35 (24%)	46 (31%)	47 (32%)	12 (8%)	8 (5%)
Patiënten zijn tevreden met afhandeling van een geschil door de geschillencommissie	n=142	2 (1%)	13 (9%)	122 (86%)	3 (2%)	2 (1%)
De geschilbeslechting is zorgvuldig	n=144	4 (3%)	15 (10%)	109 (76%)	10 (7%)	6 (4%)
Patiënten worden goed geholpen met geschilbeslechting door een geschillencommissie	n=144	3 (2%)	18 (12%)	110 (77%)	9 (6%)	4 (3%)

3.6 Conclusie

Klachtenfunctionarissen zijn over het algemeen heel tevreden over hun positie en hun werk. De klachtenfunctionarissen besteden gemiddeld meer tijd aan interne klachtbehandeling ten opzichte van vorig jaar.

Ook zijn zij over het algemeen tevreden over de werkbaarheid van de Wkkgz in de praktijk. Wel noemen zij een aantal knelpunten. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over de vraag wanneer de periode van zes weken begint te lopen waarbinnen een oordeel over de klacht moet zijn gegeven. Hoewel het meestal lukt om binnen zes of tien weken een oordeel te geven is dit voor sommige klachten niet

mogelijk. Verschillende klachtenfunctionarissen maken een onderscheid tussen de bemiddeling bij een klacht en, als bemiddeling niet is gelukt, het geven van een oordeel over een klacht. Zij stellen dat, voor een zorgvuldig proces, het niet goed is om deze fases binnen een periode van zes of tien weken af te willen handelen. Zij vinden dat het klachtbehandelingstraject oplossingsgericht moet zijn. Dat staat door de gestelde periode onder druk, zo stelt men.

Klachtenfunctionarissen in ons onderzoek geven aan te weinig tijd hebben om zich bezig te houden met het leren van klachten. Dit is ten opzichte van voorgaande jaren niet verbeterd. Dat is teleurstellend. Als klachtenfunctionarissen hierin wel een rol zouden krijgen, dan kunnen zij ondersteuning bieden bij één van de belangrijkste motieven van klagers bij het indienen van een klacht: 'dat ervan geleerd wordt'. Ook wijzen de resultaten erop dat dat veel klachtenfunctionarissen niet bij de geschillenprocedure en andere procedures betrokken zijn.

4 Resultaten: het patiëntenperspectief op het klachtrecht anno 2019

Begin 2019 is onder de leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg een peiling gehouden met vragen over de ervaringen van cliënten met het bespreken van een klacht. De belangrijkste bevindingen worden hieronder gepresenteerd.

4.1 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg en demografische kenmerken

Eén van de achterliggende doelen van de Wkkgz is het versterken van de positie van de cliënt. Dat geldt in het bijzonder voor de behandeling van klachten. Daarbij wordt veel belang gehecht aan het informele traject en het interne klachtbehandelingstraject. Daarom besteden we in deze meting extra aandacht aan de ervaringen van een dwarsdoorsnede van de Nederlandse bevolking. Leden van Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn vragen voorgelegd over hun ervaringen met het aan de orde stellen van een klacht. Dit is gedaan in 1999, in 2015 en in 2019, en waar mogelijk zijn de antwoorden met elkaar vergeleken voor een perspectief over tijd. Hierbij was het alleen mogelijk om voor 2015 en 2019 betrouwbaarheidsintervallen te berekenen, en alleen voor de vragen waarop de gehele groep respondenten heeft geantwoord.

Het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg verzamelt onder de algemene volwassen bevolking in Nederland informatie over de meningen over de gezondheidszorg en de ervaringen hiermee. In 1999 werd aan 1600 panelleden een vragenlijst gestuurd waarin vragen waren opgenomen over hun ervaringen met het bespreken van een klacht. De vragenlijst werd toen door 1265 leden geretourneerd (respons 79%). Van hen hadden 258 personen (20%) in het jaar daarvoor een klacht gehad. Eind 2015 zijn dezelfde vragen nogmaals aan de panelleden voorgelegd, nu aan 1500 panelleden. Deze werd door 633 leden geretourneerd (respons 44%). Van hen hadden 78 personen (13%) in het jaar daarvoor een klacht gehad. Begin 2019 zijn opnieuw een aantal dezelfde en een aantal nieuwe vragen aan 1500 panelleden voorgelegd. Deze werden door 715 leden geretourneerd (respons 48%). Van hen hadden 55 personen (8%) in het jaar daarvoor een klacht gehad.

De gemiddelde leeftijd van de respondenten in 2019 was 57 jaar, en ruim de helft van de respondenten was vrouw (55%) (tabel 27). Een derde van de respondenten is hoger opgeleid (34%) en het overgrote deel van alle respondenten is autochtoon (94%).

Tabel 27 Demografische kenmerken en opleiding

		Percentage	N
Geslacht	Vrouw	55%	390
		Gemiddelde	SD
Leeftijd (in jaren)		57	15.8
Opleiding		Percentage	N
	t/m LBO	18%	126
	Middel	48%	333
	HBO/Universiteit	34%	238

4.3 Over welke zorgverlener ging de klacht?

De volgende vragen zijn alleen gesteld aan de respondenten die aangaven een klacht te hebben gehad over een zorgverlener. Van alle respondenten gaf 8% (N=55) aan dat ze het afgelopen jaar een klacht hadden over één of meer personen in de gezondheidszorg. Dit lage aantal maakt dat de percentages terughoudend geïnterpreteerd moeten worden. Het is niet duidelijk waarom dit percentage in 1999 zoveel hoger was (20%).

Zowel in 1999 als in 2015 blijkt dat de meeste klachten betrekking hebben op zorgverleners in de eerste lijn: huisartsen, apotheken en tandartsen. In vergelijking met de jaren ervoor lijkt er een toename van klachten over zorgverleners in de tweedelijnszorg (zowel voor polikliniek als opname) (tabel 3). Echter, vanwege het relatief kleine aantal respondenten in 2019, en de cijfers in hoofdstuk 2 die deze toename niet laten zien, dienen deze getallen voorzichtig geïnterpreteerd te worden (zie ook toevoeging betrouwbaarheidsintervallen, tabel 29).

Tabel 29 Over wie ging uw klacht?

	1999		2015		2019	
	(N=254)		(N=78)		(N=54)	
	%	%	95% BI	% (N)	95% BI	
Huisarts	37%	31%	21%-42%	24% (N=13)	14%-38%	
Apotheker	7%	28%	19-39%	20% (N=11)	11%-34%	
Tandarts	14%	19%	12%-30%	13% (N=7)	6%-25%	
Ziekenhuis	33%	24%		44% (N=24)		
(polikliniek)		(13%)	7%-22%	33% (N=18)	22%-47%	
(opname)		(15%)	9%-25%	20% (N=11)	11%-37%	
Anders	32%		38%	24% (N=13)	13%-36%	

* het overall percentage overstijgt 100 omdat een aantal respondenten meerdere antwoorden heeft aangekruist

4.4 Bespreken van klachten

In 2019 is het percentage respondenten dat hun klacht met hun zorgverlener heeft besproken, gestegen naar 69% (tabel 30). Ten opzichte van 1999 (50%) is er een significante stijging te zien.

Wat opvalt is dat het aantal respondenten dat aangeeft dat hun klacht is opgelost, is gestegen van 20-21% (1999-2015) naar 56% in 2019.

In 2019 gaf 31% (N=17) van de respondenten aan de klacht niet te hebben besproken. De belangrijkste reden, in alle jaren, om de klacht niet aan de orde te stellen was dat men er geen oplossing van verwachtte (tabel 31).

Tabel 30 Heeft u de klacht met de zorgverlener besproken

	1999	2015	2019	
	(N=258)	(N=78)	% (N)	(95% CI)
Ja, is besproken	50%	62% (n=47) (50%-72%)	69% (N=37)	(55%-80%)
Wel besproken, opgelost	20%	21%	56% (N=20)	(39%-71%)
Wel besproken, niet opgelost	30%	41%	44% (N=16)	(29%-61%)
Nee, niet besproken	50%	38%	31% (N=17)	(20%-45%)

Tabel 31: Wat is de belangrijkste reden dat u uw klacht niet heeft besproken?

	1999 (N=1242)	2015 (N=23)	2019 (N=15)
Het kostte te veel tijd	-	4% (n=1)	7% (N=1)
Ik verwachtte geen oplossing	41%	39% (n=9)	40% (N=6)
Ik vond het moeilijk	12%	9% (n=2)	7% (N=1)
Ik klaag niet snel	20%	17% (n=4)	20% (N=3)
Ik voelde me er te ziek voor	-	4% (n=1)	7% (N=1)
Anders	26%	26% (n=6)	20% (N=3)
Het kostte te veel tijd	-	4% (n=1)	7% (N=1)

* het totale percentage overstijgt 100 omdat een aantal respondenten meerdere antwoorden heeft aangekruist

In 2019 is ook gevraagd op welke manier de klacht met de zorgverlener besproken is. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat de klacht tijdens behandeling of consult ter sprake werd gebracht (tabel 32). Onder de categorie anders vallen manieren zoals: via de assistente, aangegeven via klanttevredenheidsonderzoek, besproken bij een second opinion.

Tabel 32 Op welke manier heeft u de klacht met de zorgverlener besproken?

	2019 (N=55) % (N)
Aparte afspraak met de zorgverlener	29% (N=10)
Telefonisch gesproken met zorgverlener	29% (N=10)
Per email of brief contact gezocht met zorgverlener	26% (N=9)
De klacht ter sprake gebracht tijdens behandeling of consult	40% (N=14)
Anders	22% (N=8)

* het overall percentage overstijgt 100 omdat een aantal respondenten meerdere antwoorden heeft aangekruist

In alle jaren gaven respondenten aan dat er naar aanleiding van de klacht nog contact is geweest met de zorgverlener zelf. De meeste mensen met een klacht gaven in 2019 aan niet te zijn doorverwezen naar een andere persoon of instantie (tabel 33).

Tabel 33 Heeft u contact gehad met (of bent u doorwezen naar) de volgende personen/instanties n.a.v. uw klacht

	1999 (N=258) %	2015 (N=77) %	2019 (N=53) % (N) (95% CI)
Nee	39%	65% (53%-75%)	81% (N=43) (68%-90%)
Ja, namelijk:			
Leidinggevende van de zorgverlener	6%	31%	11% (N=1)
Klachtenfunctionaris / klachtencommissie (Klachtenfunctionaris)	5%	8% (4%)	55% (N=5) (44%) (N=4)
(Klachtencommissie)		(4%)	(11%) (N=1)
Een ombudsman/vrouw	-	4%	0
Beroepsvereniging van de zorgverlener	-	4%	0
Landelijk meldpunt zorg	-	0	0
De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	-	0	0
Zorgverzekeraar	2%	42%	22% (N=2)
Tuchtcollege	-	0	0
Anders, namelijk	19%	35%	33% (N=3)

* het overall percentage overstijgt 100 omdat een aantal respondenten meerdere antwoorden heeft aangekruist

Onder de categorie anders vallen personen of instanties zoals: een andere arts, huisarts, rechtsbijstand.

4.5 Ervaringen van klagers en verweerders met de geschilbeslechtingprocedure

In het kader van een stage hebben twee Masterstudenten onderzoek gedaan naar de ervaringen van klagers en verweerders met de geschilbeslechtigingsprocedure. Dit onderzoek is parallel aan de monitor Wkkgz uitgevoerd, en is momenteel nog gaande. Vanwege de relevantie van de resultaten voor deze monitor, is een samenvatting van de voorlopige resultaten in dit rapport opgenomen. Er zijn 16 klagers en 5 verweerders gesproken. Van alle klagers was de klacht afgewezen, dit is belangrijk om rekening mee te houden. Dit onderzoek is niet generaliseerbaar naar alle klagers en verweerders in geschilbeslechtigingsprocedures omdat het aantal respondenten klein is. Het doel van het onderzoek was in kaart te brengen wat klagers en verweerders belangrijk vinden, zonder daarbij de geschillencommissie of procedure te beoordelen.

Motivatie van klagers voor geschillencommissie

Klagers hebben verschillende motivaties om een klacht bij een geschillencommissie in te dienen. Sommige klagers stappen naar de geschillencommissie omdat ze niet tevreden zijn met de uitkomst van de klachtbehandeling met de klachtenfunctionaris. De redenen zijn dat er met de uitkomst door de verweerder niets is gedaan, of dat er gezocht werd naar erkenning en dit niet gevonden werd in de afhandeling met de klachtenfunctionaris. Sommige klagers hadden altijd al de gedachte om een schadevergoeding te eisen. Sommige mensen zijn ook meteen naar de geschillencommissie gestapt. Enkele klagers hebben het proces met de klachtenfunctionaris niet verder afgewacht. Sommigen hebben het proces met de klachtenfunctionaris overgeslagen, omdat ze niet in gesprek wilden met de zorgverlener.

Voor sommige klagers is de claim de eerste reden om een geschil in te dienen. Sommigen horen pas later dat het mogelijk is, en dienen dan ook maar een claim in. De claim kan in het begin van het proces dus een andere functie hebben. Klagers ervaren dat de focus gedurende de procedure steeds meer van de inhoud van de klacht naar de claim verschuift.

Ervaringen van klagers met procedure

Klagers voelden zich over het algemeen serieus genomen door de geschillencommissie. Men had het idee dat ze kwijt konden wat ze wilden. De klagers waren tevreden wanneer het gevoel overheerst dat ze zijn gehoord. In deze gevallen had de klager het idee dat er genoeg tijd is geweest tijdens de zitting, en dat de aangeleverde documenten waren bestudeerd.

Soms hadden ze meer regie op de onderwerpen gewild. De inhoud van de klacht werd niet altijd herkend in de uitspraak, soms omdat de claim een grotere rol kreeg. Echter werd de mogelijkheid tot nadere uitleg over de uitspraak als prettig ervaren. Sommige klagers vonden dat er te weinig tijd was om alles te kunnen vertellen.

De setting van de zitting

Verschillende punten vallen op als we kijken naar de ervaring van de klager over de setting van de zitting; deze werd ervaren als juridisch indien advocaten waren meegebracht, en indien de zitting inging op de procedure en niet zozeer op de inhoud.

Ook ervoeren de klagers de procedure als imponerend, waarbij de klager tegenover de instelling 'staat' in plaats van tegenover de betrokken zorgverlener, en waarbij de klager ervoer tegenover een grote groep te staan waarbij ook een afstand werd ervaren. In de meeste gevallen was niet de

hulpverlener maar een bestuurder of secretaris van de zorgorganisatie aanwezig bij de procedure. Voor klagers is het soms lastig als de hulpverlener waar de klacht over gaat er niet bij is, maar alleen een bestuurder of vertegenwoordiger.

Ervaringen van verweerders

De verweerders waarmee is gesproken waren, op 1 na, allen bestuurders van een zorginstelling. Verweerders lijken, in vergelijking met de klager, het proces met een ander perspectief te bekijken. Ze vliegen het zakelijker aan, minder emotioneel, tenzij het een zelfstandige zorgaanbieder betreft. Ook vliegen zij het aan vanuit een meer klinisch perspectief. Ze moeten aantonen dat ze de zorgplicht zijn nagekomen, dat maakt het vaak zakelijk en gericht op de procedure.

Voor verweerders, gegrond of ongegrond, is de procedure ook vaak zwaar. Er wordt een vergelijking gemaakt met een tuchtprocedure. De setting is imponerend, voor beide partijen.

Voor zorgorganisaties kost de procedure ook veel tijd, energie en geld²⁶, aldus de respondenten.

4.6 Conclusies

De peiling onder het Consumentenpanel laat positieve resultaten zien over klachten die op informele wijze worden opgelost. Zo zien respondenten de zorgverlener nog steeds als belangrijkste persoon om hun klacht mee te bespreken. Een klein aantal respondenten had een klacht, en een flink deel van hen besprak hun klacht met de betrokken zorgverlener. De belangrijkste reden voor het niet bespreken van de klacht met de zorgverlener is dat men er geen oplossing van verwacht. Het bespreken van de klacht met de zorgverlener zorgt in een derde van de gevallen voor een oplossing. De meeste klachten zijn ter sprake gebracht tijdens een behandeling of consult met de zorgverlener.

Doordat klachten, gelukkig, relatief weinig voorkomen blijkt het lastig om de ervaringen met dit informele traject van klachtafhandeling diepgaander te onderzoeken.

De ervaringen van klagers en verweerders bij geschillencommissie laten zien dat er nog het een en ander te winnen valt aan voorlichting over de geschilbeslechtsingsprocedure. De drempel tot het indienen van een schadeclaim is laag, en klagers lijken niet goed te weten wanneer een schadeclaim terecht is, en hoe deze te onderbouwen. De focus lijkt ook te verschuiven van de inhoud van de klacht naar claim. De vraag is of dit wenselijk is, en of hiermee het doel van oplossingsgerichtheid van de Wkkgz gediend wordt.

²⁶ Bij sommige geschilleninstanties worden er, onafhankelijk van het bestaan van een schadeclaim, behandelingskosten in rekening gebracht voor de behandeling van een geschil. Die kosten zijn voor de zorgaanbieder. Dit ligt er ook aan of de zorgaanbieder een lidmaatschap heeft bij een geschilleninstantie.

5 Beschouwing en conclusie

Dit onderzoek betreft een tweede monitor van de Wkkgz. In 2016 en in 2017 zijn al een nulmeting en eerste monitor uitgevoerd. Uit de nulmeting bleek dat, hoewel de klachtafhandeling de laatste jaren steeds laagdrempeliger is geworden, er nog een slag te maken is om patiënten beter te horen en samen tot een oplossing te komen. Uit de eerste monitor bleek dat de informele klachtbehandeling verder was geïntensifieerd, en dat geschillencommissies opgestart werden.

Uit deze tweede monitor komt naar voren dat er positieve ontwikkelingen zijn in de klachtbehandeling, bijvoorbeeld dat de meeste zorgaanbieders hun zaken op orde hebben, dat sinds 1999 steeds meer patiënten als zij een klacht hebben deze bespreken met de zorgverlener, en dat steeds meer klachten opgelost worden door bemiddeling. Maar, er zijn ook nog verbeterpunten op het gebied van onduidelijkheden in de wet, juridificering, en kwaliteitsverbetering naar aanleiding van klachten. Zoals de resultaten in dit rapport ook zijn ingedeeld, zullen deze verbeterpunten hieronder ook per thema worden toegelicht.

1. Het klachtenlandschap

Naast het bespreken van een klacht met de betrokken zorgverlener of interne klachtbehandeling bij de zorgaanbieder met behulp van de klachtenfunctionaris, zijn er verschillende mogelijkheden voor klagers om hun klacht formeel aan de orde te stellen zoals bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), de geschilleninstantie, en de tuchtrechter. Door de nadruk op het klachtbehandelingstraject met een klachtenfunctionaris kan bijvoorbeeld verwacht worden dat meer klachten in dit traject worden afgehandeld, en het aantal klachten ingediend bij de andere, formelere, kanalen lager zou zijn. Anderzijds zou de grotere aandacht voor klachtbehandeling als gevolg van de Wkkgz juist kunnen leiden tot een toename van het aantal klachten.

Wij zien geen eenduidige ontwikkeling in het aantal klachten dat wordt ingediend via andere kanalen. Deze tweede monitor laat zien dat het aantal ingediende klachten bij het LMZ over de jaren is gestegen. Het laatste jaar is er stabilisatie te zien.

Het aantal tuchtklachten en het aantal claims dat is ingediend bij de twee belangrijkste aansprakelijkheidsverzekeraars fluctueert. Zoals verwacht is het aantal geschillen bij geschillencommissies ook toegenomen.

Vragen over de geschillencommissies

Het aantal geschillencommissies is sinds de vorige metingen verder toegenomen. Eerder concludeerden we al die toename van het aantal commissies niet bijdraagt aan de duidelijkheid voor de patiënt.

Er is een aantal grotere geschillencommissies, met subcommissies voor verschillende zorgsectoren. Ook zijn er veel op zichzelf staande commissies, soms voor één sector meerdere. Onduidelijk is wat de noodzaak daarvan is, en of patiënten hier mee geholpen zijn.

De meeste instanties hebben een website waarop zij hun werkwijze en reglement beschrijven. Ook wordt in de meeste gevallen beschreven wat het voor patiënten kost om een geschil aanhangig te maken. Dit ligt meestal rond de 50 euro, maar er zijn wel wat verschillen, vooral als er sprake is van een financiële claim. Opvallend is dat de meeste klagers naast een inhoudelijke klacht ook een schadeclaim indienen bij de geschillencommissie. De drempel voor het toevoegen van een schadeclaim aan een klacht in het geval van een geschil lijkt dus erg laag te zijn.

Onduidelijk is of de geschillencommissies allemaal eenzelfde werkwijze hebben, die voldoet aan de Wkkgz. Dit zou vervolgonderzoek kunnen uitwijzen. Systematisch onderzoek onder patiënten die een geschilbeslechtsprocedure hebben doorlopen zou inzicht kunnen geven in of de procedure aan hun verwachtingen voldoet en of de procedures effectief zijn ingericht.

2. Het perspectief van klachtenfunctionarissen

Zorgaanbieders hebben hun zaken op orde

Volgens de klachtenfunctionarissen uit ons onderzoek hebben de meeste zorgaanbieders de verplichtingen rondom het klachtrecht uit de Wkkgz op orde. Zij geven aan dat de zorgaanbieder waar zij werken aangesloten is bij een geschillencommissie, een protocol of schriftelijke leidraad heeft voor klachten, en een jaarverslag over klachten opstelt. Opvallend is dat veel zorginstellingen nog steeds een klachtencommissie hebben terwijl deze niet verplicht is.

De meeste klachtenfunctionarissen hebben een onafhankelijke, vaste positie, en zijn tevreden over hun werk. De interne klachtbehandeling door klachtenfunctionarissen is geïntensifieerd sinds de voorgaande onderzoeken. Klachtenfunctionarissen besteden meer tijd aan hun werk. Meer klachten worden door bemiddeling opgelost. Zo werd in 2017 bij de SKGE 90% van alle klachten door bemiddeling opgelost.

Knelpunten bij klachtbehandeling

Wel wijst een aantal resultaten uit deze tweede monitor Wkkgz op mogelijke knelpunten bij de interne klachtbehandeling. Hoewel een grote meerderheid van de klachtenfunctionarissen over het algemeen tevreden is over de werkbaarheid van de wet noemt een aantal respondenten knelpunten. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om wanneer de periode van zes weken begint te lopen (bijvoorbeeld alleen bij schriftelijke klachten) waarbinnen een oordeel over de klacht moet zijn gegeven. Hoewel het meestal lukt om binnen zes of tien weken een oordeel te geven is dit voor sommige klachten niet mogelijk. In de praktijk bestaan er verschillen in de invulling van deze periode. Verschillende klachtenfunctionarissen maken een onderscheid tussen de bemiddeling bij een klacht en, als bemiddeling niet is gelukt, het geven van een oordeel over een klacht. Zij stellen dat, voor een zorgvuldig proces, het niet goed is om deze fases binnen een periode van zes of tien weken af te willen handelen.

Ook vinden klachtenfunctionarissen de term 'oordeel' ongelukkig, en vragen ze zich af wat deze inhoudt. Ook zou het op gespannen voet staan met de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris. De genoemde knelpunten hebben allemaal te maken met de 'formele' aspecten van het interne klachttraject.

Eén van de doelen van de Wkkgz was een professionele aanpak van het interne traject, waar een goede dialoog voorop staat (in plaats van focus op procedures). Door een goede dialoog in het begin ontstaat tevens een nauwkeuriger beeld van de klacht, waardoor betere oplossingen bereikt kunnen worden. De praktijk leert dat door een goed gesprek veel klachten/uitingen van onvrede naar tevredenheid kunnen worden opgelost. Onderzoek laat ook zien dat dit voorkomt dat mensen zich tot belastende procedures zoals het tuchtrecht wenden (B. Laarman, Bomhoff, M.C., Friele, R., Akkermans, A.J., Legemaate, J., 2016; BS Laarman et al., 2018; Schaad et al., 2015; Smeehuijzen et al., 2013). Het interne traject zou dus vooral informeel en persoonlijk van aard moeten zijn.

Daarnaast is het niet de bedoeling dat een zorgaanbieder alleen maar schriftelijk ingediende klachten behandelt. In principe is iedere vorm van ongenoegen van een patiënt, zowel mondeling als schriftelijk, aan te merken als klacht. De achterliggende gedachte van de Wkkgz is in een zo vroeg mogelijk stadium alle klachten/uitingen van onvrede succesvol te behandelen.

De periode van zes weken geeft de patiënt een recht, het recht om zijn klacht voor te leggen aan een geschillencommissie. Het hanteren van deze periode als dwingende termijn is geen plicht van de zorgaanbieder. Een patiënt is dus niet verplicht (maar heeft wel een recht) om na zes weken naar de geschillencommissie te gaan. Overwogen kan worden dat als een klager goed wordt geïnformeerd over de procedure, hier goed bij wordt betrokken en wordt uitgelegd dat er iets meer tijd nodig is, dat er dan voor de klager eigenlijk geen reden is om zich te wenden tot de geschillencommissie. Dit geeft lucht in het proces. Bij het ontwerp van de Wkkgz was het idee van expertgroepen dat wanneer extra deskundigheid vereist is een geschillencommissie uitkomst kan bieden. De geschillencommissie vertegenwoordigt in deze zienswijze de plek waar deskundigheid zit om ingewikkelde vraagstukken te beoordelen. In de interviews met klagers en verweerders zijn wij deze vorm niet tegengekomen.

Het lijkt er nu op dat de geschillencommissie gezien wordt als 'dreiging' in de vorm van een beroepsprocedure verderop in het traject, en dat dit ervoor zorgt dat het informele traject onnodig geformaliseerd wordt. De focus van oplossingsgerichtheid, verdwijnt daardoor naar de achtergrond.

Leren en kwaliteitsverbetering

In de nulmeting en eerste monitor Wkkgz werd al geconcludeerd dat klachten nog geen grote rol spelen in kwaliteitsbeleid en dat ook klachtenfunctionarissen weinig tijd besteden aan advies- en beleidsontwikkeling.

In deze tweede monitor is geen verandering te zien in de mate waarin klachten gebruikt worden voor kwaliteitsbeleid. Daar liggen dus nog volop kansen. Informatie uit klachten geeft inzicht in wat er mis gaat in de zorg, volgens patiënten. Die informatie, en de informatie uit de uitspraken van klachtbehandelaars, kan een veel zichtbaarder rol spelen in het aanscherpen van het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van zorgaanbieders. Klagers geven ook aan dat hun belangrijkste motief om een klacht in te dienen is om te voorkomen dat het anderen overkomt en om kwaliteit te verbeteren (Bouwman, Bomhoff, & Friele, 2014; Bouwman, Bomhoff, Robben, & Friele, 2017; Bouwman, Bomhoff, Robben, & Friele, 2016; Friele, Kruikemeier, Rademakers, & Coppen, 2013; Friele & Sluijs, 2006; Friele, Sluijs, & Legemaate, 2008; Kruikemeier et al., 2009; Sluijs, Friele, & Algera, 2002).

Het is onduidelijk waarom er, ondanks allerlei initiatieven om klachten een grotere rol te geven in kwaliteitsbeleid, in al die jaren weinig is verbeterd. Zo is in opdracht van ZonMw door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg (2005) ontwikkeld, waarin aanbevelingen zijn opgenomen om het gebruik van de informatie uit klachten te bevorderen. In 2008 hebben CBO en SOKG expertisecentrum klachtenmanagement het project 'Klacht en Veiligheid' gestart om onderzoek te doen naar de mate waarin ziekenhuizen het leeraspect van klachten reeds benutten (Timmers, 2008). Timmers concludeerde dat alle bevraagde ziekenhuizen (zestig in totaal) het leren van klachten hoog op de agenda hebben staan, maar nog geen enkel ziekenhuis een systematisch beleid had op dit punt. Eén van de oorzaken hiervan is dat de nadruk in de klachtenbehandeling nog te veel op de feitelijke afhandeling van individuele klachten in contact met de klager ligt, en niet op het overstijgende niveau van klachtenmanagement.

Klachtenfunctionarissen in ons onderzoek geven aan te weinig tijd hebben om zich bezig te houden met het leren van klachten. Het is dus niet alleen aan hen maar ook aan bestuurders om klachten een rol te geven in het kwaliteitsbeleid. Dit resultaat is te bezien in een bredere issue die speelt in de zorg, zoals al werd beschreven in de nulmeting Wkkgz. In 2015 werd al duidelijk dat hoewel ziekenhuizen volop investeren in veiligheidsmanagementsystemen, er vaak geen feedbackloop tot stand kwam waarbij men de beschikbare informatie gebruikt om te leren en te verbeteren. Zo gaf in 2011 de meerderheid van de ziekenhuizen aan dat zij een prospectieve risicoanalyses (PRIs) deden. Slechts een klein deel van hen gaf echter aan dat de daarop volgende maatregelen ook worden geëvalueerd (S. M. van Schoten, 2015; S. M. van Schoten, Groenewegen, P. P., & Wagner, C. (2013). , 2013). In de laatste monitor zorggerelateerde schade van het Nivel wordt nog steeds geconstateerd dat een pro-actieve

patiëntveiligheidscultuur, reflectie op eigen gedrag en veerkracht van de organisatie nodig zijn om te komen tot een high-reliability zorgsysteem (Langelaan et al., 2017).

Op verschillende plekken in de zorg, waar dingen misgaan, blijkt dat de leerketen niet gesloten is. Dit geldt zeker voor het leren van klachten. Belangrijk is dat er effectieve leer-routes worden georganiseerd waarbij de informatie uit klachten, incidenten en calamiteiten worden gemonitord en omgezet worden naar oplossingen en verbeteringen.

De rol van de klachtenfunctionaris als begeleider van de patiënt

Klachtenfunctionarissen hebben met de Wkkgz een formele positie gekregen. Uit onderzoek naar hun taakopvatting komt het beeld naar voren dat zij vooral actief worden op het moment dat iemand een klacht heeft ingediend. De wetgever heeft met de Wkkgz ingezet op een meer proactieve klachtafhandeling. De Modelklachtenregeling Wkkgz Ziekenhuizen neemt als uitgangspunt dat de patiëntencontactpersoon in theorie degene is die alle uitingen van onvrede op de juiste plek kan onderbrengen (B Laarman & Akkermans, 2017). Daarmee zouden zij ook kunnen bijdragen aan een betere toegankelijkheid van de klachtopvang, door de patiënt voor te lichten over de verschillende procedures en hun doel en werking. Zo kan worden voorkomen dat de patiënt bij het verkeerde loket terecht komt, en dat er in verschillende procedures langs elkaar heen gewerkt wordt. Dit laatste wordt ook wel verkoking genoemd.

We hebben de klachtenfunctionarissen ook een aantal vragen gesteld over andere procedures die bestaan voor dingen die mis gaan in de zorg zoals claims, calamiteiten en geschillen. Wat opvalt is dat zij hier meestal neutraal op antwoordden. Dit suggereert dat zij weinig kennis of zicht hebben op de andere trajecten die een patiënt kan bewandelen.

In het kader van de activiteiten van het Leernetwerk OPEN wordt in dit verband wel gesproken over de noodzaak van een 'Bureau OPEN' een vorm van samenwerking of afstemming tussen patiëntencontactpersoon, ziekenhuisjurist, calamiteitenonderzoeker, vertrouwenspersoon en leden van de raad van bestuur nauw bij elkaars werkzaamheden, zodat zij bij een signaal van onvrede, ongeacht de formele kwalificatie (incident, calamiteit, klacht, claim), de patiënt optimaal van dienst kunnen zijn (B. Laarman, Bomhoff, M.C., Friele, R., Akkermans, A.J., Legemaate, J., 2016).

De resultaten van deze tweede monitor Wkkgz suggereren dat hier nog weinig sprake van is. Er kan veel worden gewonnen wanneer daar verandering in komt.

3. Het patiëntenperspectief

Klachten eerder besproken met zorgaanbieder

Deze monitor laat ook positieve resultaten zien over het informele klachtentraject. Zo zien de meeste mensen de zorgverlener als eerste plek waar zij hun klacht zouden willen bespreken. Opvallend is dat mensen het Landelijk Meldpunt Zorg ook steeds beter weten te vinden, en het onder burgers steeds bekender is.

Van de mensen in dit onderzoek die een klacht hadden, gaven zo'n zeven op de tien aan hun klacht met hun zorgverlener besproken te hebben. In 1999 was dit nog vijf op de tien. Ook geven meer mensen aan dat hun klacht daarmee is opgelost.

Overigens moet worden opgemerkt dat doordat klachten, gelukkig, relatief weinig voorkomen het lastig blijft om de ervaringen met het informele traject van klachtafhandeling diepgaander te onderzoeken.

Combinatie van klacht en claim

Klagers weten de geschillencommissies steeds beter te vinden, zo blijkt uit het aantal ingediende geschillen sinds de invoering van de Wkkgz. Uit een aantal gesprekken met klagers en verweerders, en de geschillencommissies zelf, hebben wij een eerste indruk van hun ervaringen met het proces van geschilbeslechting gekregen. Daaruit blijkt dat de drempel voor het combineren van de klacht met een schadeclaim tot €25.000 laag is en dat veel klagers deze mogelijkheid ook aangrijpen. Probleem hierbij is wel dat klagers vaak geen juridische bijstand hebben, en hun schadeclaim niet goed onderbouwen. Zij geraken in een proces dat steeds juridischer wordt. De claim wordt vaak afgewezen, wat tot teleurstelling leidt onder klagers. Het gemak waarmee een klacht kan worden gecombineerd met een schadeclaim kan er toe leiden dat de aandacht voor de inhoud van de klacht verschuift naar aandacht voor de onderbouwing van de schadeclaim. Dit risico geldt minder voor sectoren als mondzorg en cosmetische zorg, waarbij patiënten vaak zelf voor zorg betalen en waarbij de financiële component vaak het hoofdaspect is van de klacht.

In de andere gevallen roept dit de vraag op of het doel van de geschillencommissie nog wel wordt gerealiseerd, namelijk op een deskundige en onafhankelijke manier oordelen over de inhoud van een klacht.

De verwachting was dat de mogelijkheid voor patiënten tot afhandeling van een geschil tot €25.000 zou leiden tot een afname van het aantal claims ingediend bij Centramed en Medirisk, maar dit hebben wij niet geconstateerd.

Conclusie

Al met al kan gesteld worden dat er door zorgaanbieders hard gewerkt is om de Wkkgz te implementeren en aan de doelstellingen van de wet te voldoen: de meeste zorgaanbieders zijn aangesloten bij een klachtenfunctionaris en geschillencommissie, hebben een protocol of schriftelijke leidraad voor klachten, en stellen een jaarverslag op over klachten. Toch valt er op sommige punten ook nog het een en ander te winnen. De meeste klachten worden in het informele traject, tijdens gesprekken met de hulpverlener zelf of, in het interne klachtbehandelingstraject met behulp van de klachtenfunctionaris, opgelost. Het is belangrijk dat het interne traject een zo informeel mogelijk karakter blijft behouden. Dialoog en oplossingsgerichtheid moeten voorop blijven staan. Dat wordt niet bereikt als gegrepen wordt naar meer regels en procedures.

De terloopsheid waarmee een claim kan worden toegevoegd aan de klacht bij geschilleninstanties brengt een aantal mogelijke ongewenste neveneffecten met zich mee. Voor klagers is het lastig om zonder juridische bijstand een goede onderbouwing te geven voor de claim, met een groot risico op afwijzing van de claim. Daarnaast tijdens de geschilbeslechting kan de aandacht verschuiven van de inhoud van een klacht naar de claim, terwijl het voor de klager eigenlijk om de klacht te doen is. De vraag is of de klager daarmee geholpen is. Verder zouden klagers nog beter geïnformeerd kunnen worden over de verschillende routes die zij kunnen volgen met hun klacht. Patiënten komen soms per toeval in een procedure terecht, zonder dat dit een weloverwogen keuze is.

Tot slot lijkt het leren van dingen die misgaan nog moeilijk van de grond te komen. Individuele klachtenfunctionarissen werkzaam bij zorginstellingen of extern, lijken hier geen rol te hebben.

Literatuurlijst

- Bouwman, R., Bomhoff, M., & Friele, R. (2014). *Burgers die melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): verwachtingen en ervaringen van burgers die een klacht over de gezondheidszorg melden bij de IGZ*. Utrecht: NIVEL.
- Bouwman, R., Bomhoff, M., Robben, P., & Friele, R. (2017). Is There a Mismatch Between the Perspectives of Patients and Regulators on Healthcare Quality? A Survey Study. *J Patient Saf*. doi:10.1097/pts.0000000000000413
- Bouwman, R., Bomhoff, M., Robben, P. B., & Friele, R. (2016). Patients' perspectives on the role of their complaints in the regulatory process. *Health Expectations, Volume 19*(2), 483-496. doi:10.1111/hex.12373
- Bouwman, R., Gennip, v., I., & Friele, R. (2017). *Monitor Wkkgz: Stand van zaken implementatie "Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling"*. Utrecht: NIVEL.
- Centramed. (2018). *Jaarverslag 2017*. Retrieved from https://centramed.nl/wp-content/uploads/Jaarverslag_Centramed_2017.pdf.
- Centramed. (2019). *Jaarverslag 2018*.
- Friele, R. D., Kruike-meier, S., Rademakers, J. J., & Coppen, R. (2013). Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective. *J Forensic Leg Med*, 20(4), 290-295. doi:10.1016/j.jflm.2012.11.001
- Friele, R. D., & Sluijs, E. M. (2006). Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC Health Serv Res*, 6, 106. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16919165>
- Friele, R. D., Sluijs, E. M., & Legemaate, J. (2008). Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC Health Serv Res*.
- IGJ. (2019). *Kwaliteitseisen vaak niet bekend bij nieuwe of nog onbekende zorgaanbieders*. Utrecht: IGJ.
- Klemann, D. M. T. V., Mertens, H. J. M. M., & Merode, G. G. v. (2019). Schadeclaims per medisch specialisme. 10-jaarsoverzicht van schadeclaims in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163(D3548).
- Kruike-meier, S., Coppen, R., Rademakers, J. D. J., & Friele, R. (2009). *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*. Retrieved from Utrecht:
- Laarman, B., & Akkermans, A. J. (2017). De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz. *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade*, 3, 57-79.
- Laarman, B., Bomhoff, M.C., Friele, R., Akkermans, A.J., Legemaate, J. (2016). *OPEN: Open en eerlijke omgang na klachten en incidenten in het ziekenhuis, schriftelijk verslag van het eerste jaar OPEN*. Utrecht: NIVEL.
- Laarman, B., Copenhagen, T., Bouwman, R., & Friele, R. (2018). *Ervaringen met de GOMA: ervaringen met deel A van de Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (2010). Welke vragen spelen bij de implementatie van een open beleid in ziekenhuizen?* Retrieved from Utrecht
- Laarman, B., van Schoten, S., & Friele, R. (2016). *Nulmeting: Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. Utrecht: NIVEL.
- Landelijk Meldpunt Zorg. (2017). *Klachtbeeld Landelijk Meldpunt Zorg 2016*. Retrieved from <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/burger/nieuws/klachtbeeld-landelijk-meldpunt-zorg-2016-gepubliceerd>.
- Landelijk Meldpunt Zorg. (2018). *Klachtbeeld 2017*. Retrieved from <https://www.landelijkmeldpuntzorg.nl/files/2018-05/LMZ%20Klachtbeeld%202017%20Versie%201.0.pdf>.
- Langelaan, M., Broekens, M. A., Bruijne, M. C. d., Groot, J. F. d., Moesker, M. J., Porte, P. J., . . . Wagner, C. (2017). *Monitor Zorggerelateerde Schade 2015/2016. Dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: Nivel.
- LMZ. (2019). *Klachtbeeld 2018*.
- Medirisk. (2019). *Jaarverslag 2018*. Retrieved from <https://www.medirisk.nl/over-medirisk>.

- Schaad, B., Bourquin, C., Bornet, F., Currat, T., Saraga, M., Panese, F., & Stiefel, F. (2015). Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient Education and Counseling*, 98(6), 771-776. doi:10.1016/j.pec.2015.02.019
- SKGE. (2018). *Jaarverslag 2017*. Retrieved from <https://www.skge.nl/documenten-en-publicaties/jaarverslag-skge-2017>.
- SKGE. (2019). *Jaarverslag 2018*.
- Sluijs, E. M., Friele, R. D., & Algera, M. (2002). Onvrede met de klachtbehandeling: fase 1: factoren die mogelijk een rol spelen bij onvrede van cliënten over de klachtbehandeling in het kader van de Wet Klachtrecht Clienten Zorgsector (WKCZ). Utrecht: NIVEL.
- Smeehuijzen, J., Van Wees, K., Akkermans, A., Legemaate, J., Buschbach, S. v., & Hulst, J. (2013). *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*. Amsterdam: Amsterdam Centre For Comprehensive Law (ACCL).
- Timmers, M. J. M. (2008). Klacht en veiligheid: onderzoek naar het benutten van klachten voor verbetering van patiëntveiligheid en kwaliteit. *Klacht en recht in de zorg*, 15, 1-11.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2013). *Jaarverslag 2012*.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2014). *Jaarverslag 2013*.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2015). *Jaarverslag 2014*.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2016). *Jaarverslag 2015*.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2017). *Jaarverslag 2016*.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2018). *Jaarverslag 2017*.
- Van Dijk, J., Van der Aa, S., Van Loon, R., & Heusschen, C. (2015). *Focus op klachtenfunctionarissen; een onderzoek naar de informele klachtenafhandeling in de zorg*. Retrieved from Tilburg:
- van Schoten, S. M. (2015). *Hospital Quality Systems: unraveling working mechanisms*. . VU University, Amsterdam.
- van Schoten, S. M., Groenewegen, P. P., & Wagner, C. (2013). . (2013). De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in Nederlandse ziekenhuizen tussen 1995 en 2011. . *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 489-496.

Bijlage 1: Methoden

Literatuur/documentenonderzoek, t.b.v. hoofdstuk 2

Voor het beantwoorden van verschillende onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van openbare bronnen. Voor informatie over meldingen bij het LMZ en de IGJ is gezocht naar jaarverslagen en rapportages van het LMZ en de IGJ. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen over de aantallen en inhoud van geschillen is gebruik gemaakt van jaarverslagen van zowel zorgaanbieders als de Geschillencommissie Zorg. Dit geldt ook voor de cijfers over tuchtklachten.

Deze cijfers zijn vergeleken met de cijfers van voorgaande jaren. Voor de vragen over aantallen en de uitkering van schadeclaims is gebruik gemaakt van rapporten en jaarverslagen van Centramed en Medirisk, waar de meeste ziekenhuizen in Nederland verzekerd zijn voor medische aansprakelijkheid. In een beperkt aantal gevallen is ter validering en aanvulling van gevonden informatie, contact opgenomen met een beperkt aantal sleutelfiguren bijvoorbeeld van de IGJ, het LMZ, de Patiëntenfederatie en Geschillencommissies.

Peiling onder klachtenfunctionarissen t.b.v. hoofdstuk 3

Om een beter inzicht te krijgen in de procedure van klachtafhandeling door klachtenfunctionarissen is een enquête opgesteld en verspreid onder klachtenfunctionarissen. In de eerste monitor is dit ook gedaan. De enquête voor de tweede monitor is voor het grootste deel hetzelfde gebleven. Een aantal extra vragen is opgesteld over geschillencommissies en betrokkenheid bij andere procedures zoals de calamiteitenprocedure. De enquête is in eerste instantie verspreid via de VKIG. De vragenlijst is verstuurd aan 346 leden. Ook zijn er oproepen via social media (twitter en linkedin) gedaan voor deelname aan het onderzoek.

De vragenlijst is per e-mail verstuurd met een persoonlijke weblink. Naar beide groepen is per email een herinnering verstuurd, een week na verzending van de vragenlijst.

In de enquête zijn vragen opgenomen over de manier waarop nu de informele en formele klachtbehandeling is vormgegeven, zoals wie binnen een instelling het eerste aanspreekpunt is, wat zijn of haar positie en achtergrond is en of er afspraken zijn gemaakt over de werkwijze en ervaringen. Ook is navraag gedaan over mate van aansluiting bij de Geschillencommissie door de zorgaanbieder. De data zijn waar mogelijk vergeleken met het onderzoek van Intervict (Van Dijk, Van der Aa, Van Loon, & Heusschen, 2015) en de eerste monitor (Bouwman, Gennip, et al., 2017). De analyses zijn beschrijvend van aard. Waar mogelijk zijn aanvullende analyses uitgevoerd, bijvoorbeeld door te kijken naar verschillen in antwoorden tussen de groep klachtenfunctionarissen die korter en langer dan 5 jaar in deze functie werkzaam zijn. Daarbij zijn Chi-square toetsen, Fisher's exact toetsen en t-toetsen gebruikt. Analyses zijn uitgevoerd met het statistische softwareprogramma STATA 14.0.

(Groeps)gesprekken met vertegenwoordigers van geschillencommissies t.b.v. hoofdstuk 2 en 4

Er zijn uitnodigingen verstuurd naar alle 38 erkende geschillencommissies, met de vraag of een voorzitter of secretaris deel wil nemen aan een verdiepingsbijeenkomst over de Wkkgz.

Het doel van de bijeenkomst was om na te gaan hoe de verschillende geschillencommissies zelf terugkijken op de afgelopen twee jaar Wkkgz, om inzicht te krijgen in de vraag hoe zij zelf oordelen de over de manier waarop geschilbeslechting plaats vindt. Alle geschillencommissies in Nederland zijn uitgenodigd. Er waren 21 personen vanuit diverse geschillencommissies aanwezig.

Er is een verslag opgesteld naar aanleiding van de bijeenkomst. Dit verslag is verwerkt in de resultatensectie van dit rapport.

Consumentenpanel Nivel, peiling 1999 en 2015 t.b.v. hoofdstuk 4

Het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg verzamelt onder de algemene volwassen bevolking in Nederland informatie over de meningen over de gezondheidszorg en de ervaringen hiermee. In 1999 werd aan 1600 panelleden een vragenlijst gestuurd waarin vragen waren opgenomen over hun ervaringen met het bepreken van een klacht. De vragenlijst werd toen door 1265 leden geretourneerd (respons 79%). Van hen hadden 258 personen (20%) in het jaar daarvoor een klacht gehad. Eind 2015 zijn dezelfde vragen nogmaals aan de panelleden voorgelegd, nu aan 1500 panelleden. Deze werd door 633 leden geretourneerd (respons 44%). Van hen hadden 78 personen (13%) in het jaar daarvoor een klacht gehad.

Begin 2019 zijn de vragen weer voorgelegd, aan 1500 panelleden. Deze werd door 715 leden geretourneerd (respons 48%). Van hen hadden 55 personen in het jaar daarvoor een klacht gehad.

Gesprekken met klagers en verweerders bij geschillencommissies t.b.v. hoofdstuk 4

In het kader van een stage hebben twee Masterstudenten onderzoek gedaan naar de ervaringen van klagers en verweerders met de geschilbeslechtsprocedure. Dit onderzoek is parallel aan de monitor Wkkgz uitgevoerd, en is momenteel nog gaande. Vanwege de relevantie van de resultaten voor deze monitor, is een samenvatting van de voorlopige resultaten in dit rapport opgenomen. Er zijn 16 klagers en 5 verweerders gesproken. Van alle klagers was de klacht afgewezen, dit is belangrijk om rekening mee te houden. Dit onderzoek is niet generaliseerbaar naar alle klagers en verweerders in geschilbeslechtsprocedures in Nederland. Het doel van het onderzoek was in kaart te brengen wat klagers en verweerders belangrijk vinden, zonder daarbij de geschillencommissie of procedure te beoordelen.

Bijlage 2: Lijst geschillencommissies (door de minister van VWS erkend)

Hieronder vindt u de door de minister van VWS erkende geschillencommissies in de zorg.

Geschillencommissie Zorg Algemeen
Geschilleninstantie Zorg Midden-Holland

Stichting Geschilleninstantie KPZ

Ambulancezorg
Geschillencommissie Ambulancezorg

Apothekers
Geschillencommissie Openbare Apotheken

Arbodiensten
Geschillencommissie Arbodiensten

Audiciens
Geschillencommissie StAr

Chiropractoren
Stichting Geschilleninstantie Register Chiropractoren

Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen
De Geschillencommissie Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen
Stichting Geschilleninstantie Complementaire/Integrale Geneeskunde

Geschillencommissie Complementaire Behandelvormen

Geschilleninstantie Koepel Alternatieve Behandelwijzen (KAB)

Stichting Geschilleninstantie Alternatieve Therapeuten (GAT)

Extramurale zorgaanbieders
Geschillencommissie EZA

Fysiotherapeuten
Geschillencommissie Fysiotherapie

Geschillencommissie Keurmerk Fysiotherapie

Geboortezorgaanbieders
Geschilleninstantie Verloskunde
Geschillencommissie Verpleging Verzorging en Geboortezorg

Geestelijke Gezondheidszorg
Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg

Geschillencommissie Publieke Gezondheid
Geschillencommissie Vrijgevestigde GGZ Praktijken

Geschillencommissie Psychische en Pedagogische Zorg

Gehandicaptenzorg
Geschillencommissie Gehandicaptenzorg

Huisartsen
Geschillencommissie Huisartsen

Geschilleninstantie DOKh

Landbouwzorg
Geschillencommissie Landbouwzorg

Mondzorg
Geschilleninstantie Mondzorg

Militaire gezondheidszorg
Geschillencommissie Defensie Geneeskundige Zorg

Optometristen
Geschillencommissie Optiek

Osteopathie
Geschillencommissie Osteopathie

Paramedische zorg
Geschillencommissie Paramedici

Solistische zorgverleners en zzp'ers
Geschilleninstantie De Zorgprofessional
Geschillencommissie Erisietsmisgegaan
Geschilleninstantie kleinschalige zorgaanbieders

Thuiszorg, verpleging, verzorging en eerstelijnszorg
Geschilleninstantie Zorggeschil

Uiterlijke verzorging
Geschillencommissie Uiterlijke Verzorging

Ziekenhuizen en klinieken
Geschillencommissie Ziekenhuizen

Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken

Bijlage 3: Tabellen aantallen geschillen 2017 en 2018 SGC

Tabel B3a Aantallen nieuwe zaken, schikkingen, en uitspraken bij geschillencommissies in de zorg van de SGC in 2017

Geschillen-commissie	Nieuwe zaken*	Schikkingen Onderling	Verzonden** uitspraken	Gegronde*	Ten dele gegronde	Ongegronde	Schikking ter zitting/ Commissie niet bevoegd/ cliënt niet ontvankelijk
Ambulancezorg	9	0	5	0	0	5	0
Complementaire Behandelvormen	0	0	0	0	0	0	0
Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg***	2	0	2	1	0	0	1
Defensie Geneeskundige Zorg	1	0	1	0	0	0	1
Geestelijke Gezondheidszorg	60	5	24	2	5	12	5
Gehandicaptenzorg	10	2	3	1	2	0	0
Optiek	12	4	7	1	0	5	1
Osteopathie	1	0	0	0	0	0	0
Psychische en Pedagogische Zorg	5	1	2	0	2	0	0
Publieke Gezondheid	1	0	1	0	1	0	0
Uiterlijke Verzorging	29	3	31	13	3	13	2
Verpleging Verzorging en Geboortezorg	42	3	36	4	14	13	5

-tabel B3a wordt vervolgd-

- vervolg tabel B3a-

Geschillen- commissie	Nieuwe zaken*	Schikkingen Onderling	Verzonden** uitspraken	Gegronde*	Ten dele gegrond	Ongegrond	Schikking ter zitting/ Commissie niet bevoegd/ cliënt niet ontvankelijk
Vrijgevestigde GGZ praktijken	8	2	2	0	0	0	2
Zelfstandige Klinieken	10	2	7	4	0	3	0
Ziekenhuizen	100	12	53	7	5	35	6
Zorg Algemeen	24	1	5	2	2	1	0
Totaal	314	35	179	35	34	87	0

* NB1. Naast nieuwe zaken werden ook 61 zaken behandeld in 2017 die voor 31-12-2016 waren ingediend.

** NB2. Aan het eind van het jaar stonden er nog 100 zaken open die in 2018 verder werden behandeld.(jaarcijfers 2018 zeggen 102. Komt door 2 heropeningen in 2018 van een zaak uit 2017)

*** NB3. In 2017 was de naam van deze commissie nog 'Complementaire Alternatieve Geneeswijzen'

Tabel B3b Aantallen nieuwe zaken, schikkingen, en uitspraken bij geschillencommissies in de zorg van de SGC in 2018

Geschillencommissie	Nieuwe zaken*	Schikkingen Onderling	Verzonden** uitspraken	Geground*	Ten dele geground	Ongegrond	Schikking ter zitting/Commissie niet bevoegd/cliënt niet ontvankelijk
Ambulancezorg	9	0	6	0	1	5	0
Complementaire Behandelvormen	0	0	0	0	0	0	0
Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg	2	0	0	0	0	0	0
Defensie Geneeskundige Zorg	1	0	1	0	0	1	0
Geestelijke Gezondheidszorg	80	9	44	3	10	21	10
Gehandicaptenzorg	19	1	9	3	1	5	0
Optiek	13	4	7	2	1	4	0
Osteopathie	1	0	1	0	1	0	0
Psychische en Pedagogische Zorg	5	0	2	0	2	0	0
Publieke Gezondheid	4	0	2	1	0	1	0
Uiterlijke Verzorging	25	2	9	2	1	6	0
Verpleging Verzorging en Geboortezorg	46	6	30	9	6	9	6
Vrijgevestigde GGZ praktijken	4	1	2	0	0	1	1
Zelfstandige Klinieken	18	2	11	5	2	4	0
Ziekenhuizen	116	12	68	3	15	36	11
Zorg Algemeen	41	5	17	3	4	9	1
Totaal	384	42	209	31	44	102	29

* NB1. Naast nieuwe zaken zijn ook 102 zaken behandeld in 2018 die voor 31-12-2017 waren ingediend

** NB2. Aan het eind van het jaar stonden er nog 127 zaken open die in 2019 verder worden behandeld.