

**Nulmeting**  
**Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen**  
**Zorg (Wkkgz)**

Berber Laarman, Steffie van Schoten en Roland Friele

NIVEL

Mei 2016

ISBN 978-94-6122-378-4

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. 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

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Achtergrond van deze nulmeting en de belangrijkste resultaten.</b>	<b>7</b>
1.1 De doelen van de Wkkgz	7
1.2 Deze nulmeting	8
1.3 De stand van zaken: klachtrecht	8
1.3.1 Meer aandacht voor andere sectoren	9
1.3.2 Open communicatie, zowel bij klachten als bij incidenten.	9
1.3.3 Klachteninstanties nemen mensen serieus	9
1.3.4 Klachtenfunctionarissen zouden nog proactiever kunnen worden	10
1.3.5 Klachten: onderbenut als informatiebron voor kwaliteitsverbetering	10
1.4 De stand van zaken: cliënteninformatie	10
1.4.1 Informatie is belangrijk, maar welke sluit echt aan bij de behoefte?	10
1.5 De stand van zaken: kwaliteit, veiligheid en goed bestuur	11
1.5.1 Convenant veilig toepassen van medische technologie nog onvoldoende geïmplementeerd	12
1.5.2 Niet alle calamiteiten worden gemeld	12
1.5.3 Veiligheidsmanagementsystemen missen in de praktijk de feedback loop	12
1.6 De stand van zaken omtrent de bredere ambities van de Wkkgz: het versterken van de positie van cliënten en het bevorderen van goed bestuur in de gehele gezondheidszorg.	12
<b>2 Klachtenregelingen in de zorg</b>	<b>13</b>
2.1 Achtergrond	13
2.2 Vormen van klachtbehandeling	15
2.2.1 De eerste opvang door een zorgverlener	15
2.2.2 Bemiddeling van de klacht door een klachtenfunctionaris	15
2.3 Formele klachtenregelingen	16
2.3.1 Behandeling van de klacht door een klachtencommissie	16
2.3.2 Een onafhankelijke geschilleninstantie	16
2.3.3 Beoordeling van de klacht door de tuchtrechter	18
2.3.4 Een claim indienen	18
2.3.5 IGZ en LMZ	18
2.4 Resultaten	19
2.5 De resultaten van de peiling onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg	19
2.5.1 Methode	19
NIVEL - KENNISSYNTHESE NULMETING	3

2.5.2	De meeste klachten gaan over zorgverleners in de eerste lijn	19
2.5.3	Toename van klachten over materiele zaken	20
2.5.4	Conclusies	22
2.6	De toegankelijkheid van klachtenregelingen	22
2.6.1	Informele klachtenregelingen	23
2.6.2	Formele klachtenregelingen	25
2.7	Aantallen klachten en ervaringen in de informele klachtenregelingen	26
2.7.1	In gesprek met de zorgverlener	26
2.7.2	Bemiddeling door de klachtenfunctionaris	27
2.8	Aantallen klachten en ervaringen in de formele klachtenregelingen	28
2.8.1	Behandeling door een klachtencommissie	28
2.8.2	Beoordeling van de klacht door een geschillencommissie	29
2.8.3	Beoordeling van de klacht door de tuchtrechter	30
2.8.4	Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ)	32
2.9	Leren van klachten	34
<b>3</b>	<b>De informatiepositie van cliënten</b>	<b>36</b>
3.1	Achtergrond	36
3.2	Resultaten	38
3.2.1	Informatie over de kwaliteit van de zorgaanbieder	38
3.3	Openheid als het mis gaat	40
<b>4</b>	<b>Kwaliteit, veiligheid en goed bestuur</b>	<b>43</b>
4.1	Achtergrond	43
4.2	Resultaten	44
4.2.1	Van kwaliteitsmanagement naar veiligheidsmanagement	44
4.3	Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	46
4.4	Preventie disfunctioneren zorgverleners	47
4.4.1	Vergewisplicht	48
4.5	Overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverlener	50
4.5.1	Medisch specialisten	50
4.5.2	Zelfstandigen	51
4.5.3	Ketenafspraken	51
4.6	De prospectieve risico analyse (PRI)	52
4.7	Veilig incident Melden (VIM)	52
4.8	Melden van calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	55
4.9	Veilige toepassing van medische technologie	56
4.10	Goed bestuur	58
	<b>Referenties</b>	<b>60</b>

## Samenvatting

De Wkkgz is per 1 januari 2016 van kracht geworden. De Wkkgz vervangt de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwaliteitswet). De belangrijkste thema's van de Wkkgz zijn:

- het klachtrecht,
- de cliënteninformatie en openheid, en
- kwaliteit, veiligheid en goed bestuur.

Deze nulmeting geeft op hoofdlijnen de stand van zaken rond deze thema's. Deze nulmeting is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS, om inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken. Deze nulmeting is gebaseerd op beschikbare bronnen, er zijn geen nieuwe gegevens verzameld.

Allereerst levert deze nulmeting twee bevindingen op die gelden voor alle thema's van de Wkkgz:

1. Veel beleid op het gebied van zowel klachten, openheid als kwaliteit en veiligheid heeft tot nu toe vooral in de Nederlandse ziekenhuizen vorm gekregen. De andere sectoren blijven hierbij vaak nog achter. In die sectoren kan dit beleid nog verder geïmplementeerd worden. Daarbij kunnen zij zich laten inspireren door de ervaringen in de ziekenhuizen. Wel moet worden bedacht dat wat in ziekenhuizen werkt, in de andere sectoren niet als vanzelfsprekend ook zal werken.
2. Een goede bestuurder gebruikt informatie uit klachten, openheid bij incidenten en veiligheidsmanagementsystemen om te leren. Echter, klachten worden nu nog onvoldoende gebruikt bij het verbeteren van kwaliteits- en veiligheidsbeleid van zorgaanbieders, bij incidenten bestaat nog onvoldoende openheid en de kwaliteits- en veiligheidsinformatie die voortkomt uit veiligheidsmanagementsystemen wordt niet systematisch gebruikt voor leren en verbeteren. Daar liggen dus nog volop kansen.

Deze nulmeting levert ook zeven bevindingen op die gerelateerd zijn aan de individuele thema's:

- 1) Ten opzichte van de Wkcz en de Kwaliteitswet kent de Wkkgz een grotere reikwijdte: alle zorgaanbieders vallen onder de Wkkgz. Over veel sectoren en professionals die vallen onder de Wkkgz is maar summier informatie beschikbaar over hoe het staat met het klachtenbeleid, cliënteninformatie, openheid, kwaliteit en veiligheidsbeleid en goed bestuur.
- 2) In de Wkkgz ligt de nadruk op een meer informele afhandeling van klachten. Veel klachten worden op dit moment al informeel

afgehandeld, wat vaak leidt tot betere uitkomsten voor klagers. Toch is er op dit punt nog vooruitgang te boeken, zeker als het gaat om de manier waarop betrokken zorgverleners zelf reageren als een cliënt een klacht aan de orde stelt. Vanuit het perspectief van patiënten is de directe reactie van de betrokken hulpverlener op een klacht te vaak teleurstellend.

- 3) 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.
- 4) Voor cliënten is informatie van groot belang. Ondanks dat veel waarde wordt gehecht aan informatie om een hulpverlener te kunnen kiezen en ondanks dat veel informatie ook beschikbaar is, maken cliënten in de praktijk weinig gebruik van keuze-informatie. Dat roept de vraag op welk type informatie beter zou aansluiten bij de behoefte van cliënten.
- 5) Over de mate waarin daadwerkelijk sprake is van open communicatie bij incidenten zijn geen harde gegevens beschikbaar. Die openheid is zowel van belang voor individuele cliënten als voor zorgaanbieders om te kunnen leren van deze incidenten. Slechts een klein percentage van cliënten en een kwart van onderzochte artsen denkt dat die openheid is bereikt. Dit gegeven in combinatie met berichten uit de media lijken de conclusie te rechtvaardigen dat die openheid nog geen gemeengoed is.
- 6) Over de mate waarin zorgaanbieders, en dan met name ziekenhuizen, nu al invulling geven aan twee nieuwe wettelijk vereisten; hun vergewisplicht (de plicht om de geschiktheid van een medewerker na te gaan) en het schriftelijk vastleggen van de verdeling van verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit en veiligheid; is slechts beperkte informatie beschikbaar. Dat wil niet zeggen dat hier geen activiteiten op worden ondernomen maar dit is niet na te gaan op basis van openbare bronnen.
- 7) Hoewel ziekenhuizen volop investeren in veiligheidsmanagementsystemen, komt er vaak geen feedbackloop tot stand waarbij men de beschikbare informatie gebruikt om te leren en te verbeteren. Die feedbackloop is van groot belang voor een goed bestuur. In andere sectoren is er op dit moment minder aandacht voor veiligheidsmanagementsystemen vergeleken met de ziekenhuissector.

# 1 Achtergrond van deze nulmeting en de belangrijkste resultaten.

## 1.1 De doelen van de Wkkgz

De Wkkgz kent drie centrale doelen die betrekking hebben op het klachtrecht, cliënteninformatie en openheid en veiligheid, kwaliteit en goed bestuur (Rijksoverheid, 2016c).

Met de invoering van de Wkkgz wordt er naar gestreefd dat klachten transparant en informeel afgehandeld worden met behulp van een klachtenfunctionaris. Zorgaanbieders moeten binnen 6 weken, en in bijzondere gevallen binnen 10 weken, een beslissing nemen over een klacht. Mocht de zorgaanbieder binnen die periode geen uitspraak hebben gedaan, of als de klager vindt dat die uitspraak de klacht onvoldoende wegneemt, dan kan de klager zijn klacht voorleggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie. Die geschilleninstantie kan bindende uitspraken doen en schadevergoeding toekennen.

Het tweede centrale doel in de Wkkgz gaat over het informeren van cliënten. De cliënt heeft op zijn verzoek recht op informatie over onder meer de prestaties van zorgaanbieders, zodat hij een goede keuze kan maken tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld over hoe vaak een arts een bepaalde operatie heeft gedaan). En, incidenten moeten verplicht aan de cliënt gemeld worden en opgenomen in het cliënten dossier.

Het derde centrale doel van de Wkkgz heeft betrekking op veiligheid, kwaliteit en goed bestuur. De zorgaanbieder heeft de plicht de zorgverlening zo te organiseren dat er sprake is van goede zorg. Meer specifiek, zijn zorgaanbieders verplicht de referenties te checken van nieuwe zorgverleners die bij hen in dienst komen (vergewisplicht) en dienen zij afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit en veiligheid vast te leggen in schriftelijke overeenkomsten. Daarnaast is het belangrijk dat zorgverleners in een veilige omgeving incidenten kunnen melden en evalueren. Tenslotte geldt dat geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens ernstig disfunctioneren van een zorgverlener gemeld moet worden bij de IGZ.

Deze, centrale doelstellingen van de Wkkgz, zijn concretisering van een bredere ambitie die ten grondslag ligt aan de Wkkgz: het versterken van de positie van cliënten en het, in bredere zin, bevorderen van goed bestuur.

De Wkkgz vervangt twee bestaande wetten: de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). In vergelijking met deze

wetten heeft de Wkkgz een bredere reikwijdte. Naast de reguliere zorg, zoals huisartsenzorg, fysiotherapie, ziekenhuiszorg en ouderenzorg, geldt de wet ook voor de aanbieders van bijvoorbeeld cosmetische behandelingen of alternatieve zorg.

### *1.2 Deze nulmeting*

Het doel van deze nulmeting is het bieden van inzicht in de stand van zaken op het moment van krachtwording van de Wkkgz: dus per 1 januari 2016. Deze nulmeting geeft inzicht in de reeds bereikte doelen van de Wkkgz en de doelen die extra inspanningen behoeven om ze te bereiken. Deze informatie levert een agenda voor overheid en praktijk: welke doelen vragen nog extra inspanningen? Ook geeft deze nulmeting inzicht in de beschikbare informatie en biedt deze nulmeting een referentiepunt voor de evaluatie van de Wkkgz. In de Wkkgz is namelijk een evaluatiebepaling opgenomen, in artikel 31. Binnen vijf jaar moet de Minister van VWS de Kamer een verslag sturen over de doeltreffendheid en de effecten van de Wkkgz in de praktijk.

In deze nulmeting wordt niet ingaan op de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die een toezichthoudende taak heeft op de naleving van de Wkkgz. De rol van de IGZ is eerder uitgebreid aan de orde gekomen in de bestuursrechtelijke evaluatie toezicht (Johan Legemaate et al., 2013).

Voor het uitvoeren van deze nulmeting is gebruik gemaakt van de informatie uit bestaande bronnen. We kunnen constateren dat voor veel van de nieuwe partijen waar de Wkkgz voor is gaan gelden nog informatie ontbreekt over hoe het op dit moment staat met hun praktijk.

In de hoofdstukken 2-4 wordt dieper op de onderzoeksresultaten ingegaan. Hier presenteren we de bevindingen op hoofdlijnen.

### *1.3 De stand van zaken: klachtrecht*

In 1995 werd de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) van kracht. Bij de eerste evaluatie van die wet bleek dat zorgaanbieders niet alleen vorm hadden gegeven aan de wettelijke vereisten voor klachtbehandeling, maar ook flink hadden geïnvesteerd in vormen van informele klachtopvang. (Friele, Ruiters, Wijmen, & Legemaate, 1999) Voor klagers bleek de informele klachtopvang veel gunstiger dan de formele klachtopvang. Deze observatie was dan ook reden voor de wetgever om met de Wkkgz meer ruimte te bieden voor deze informele klachtopvang, zonder de verplichting van een formele behandeling door een klachtencommissie. Nieuw is de geschilleninstantie. Deze dient twee doelen. Allereerst als 'stok achter de deur' voor de zorgaanbieder om snel en effectief te



handelen in de informele fase. Daarnaast biedt de geschilleninstantie een mogelijkheid voor beroep.

#### **1.3.1 *Meer aandacht voor andere sectoren***

Over de klachtbehandeling zijn veel cijfers beschikbaar, vooral gericht op de ziekenhuizen en het tuchtrecht. Voor cliënten is de manier waarop zorgverleners in de eerste lijn ingaan op hun klachten minstens zo relevant. Zowel in 1999 als in 2015 blijkt dat de meeste klachten van cliënten betrekking hebben op zorgverleners in de eerste lijn: huisartsen, apothekers en tandartsen. Dat is begrijpelijk, omdat de meeste mensen vooral contact hebben met zorgverleners in de eerste lijn. Vanuit het perspectief van cliënten is meer aandacht voor andere sectoren dan de ziekenhuizen en het tuchtrecht gerechtvaardigd.

#### **1.3.2 *Open communicatie, zowel bij klachten als bij incidenten.***

In de Wkkgz wordt het belang van open communicatie en informele klachtopvang benadrukt. De meest open en informele manier is een goed gesprek met de betrokken zorgverlener. Het blijkt dat cliënten hun klacht in 2015 weliswaar vaker met de betrokken zorgverlener bespreken dan in 1999. Echter, voor beide jaren geldt voor slechts 1 op de vijf dat hun klacht is opgelost door het gesprek met de betrokken hulpverlener. Cliënten lijken dus mondiger, maar dat heeft er niet toe geleid dat klachten ook vaker zijn opgelost. De belangrijkste reden voor mensen om hun klacht niet te bespreken met de zorgverlener is dat men geen oplossing verwacht. Dat een groot aantal cliënten van het bespreken weinig resultaten verwacht is dus in veel gevallen een realistische inschatting.

Hier valt een parallel te trekken met een ander onderdeel uit de Wkkgz: de verplichting tot open communicatie in geval van een incident. Daarbij wordt aangenomen dat de zorgverlener kennis heeft van het incident en de cliënt niet. In het geval van een klacht is het net andersom: de cliënt heeft kennis van iets wat, in zijn ogen, mis is gegaan en de zorgverlener niet. Het ligt voor de hand om het werken aan een open reactie bij een klacht en een open reactie bij een incident niet als twee gescheiden fenomenen aan te pakken. Op beide fronten is nog winst te boeken.

#### **1.3.3 *Klachteninstanties nemen mensen serieus***

Mensen met een klacht oordelen doorgaans positief over de manier waarop zij zijn behandeld door instanties die klachten behandelen, zoals klachtencommissies en tuchtcolleges, maar ook de IGZ en het Landelijk Meldpunt zorg (LMZ). Minder te spreken zijn zij over de effecten van het indienen van een klacht. Mensen missen het dat de betrokken zorgverlener uitlegt wat er is gebeurd, dat er excuses worden aangeboden en/of dat ze zien dat er echt wat verandert in de zorg als gevolg van hun klacht. Dit soort bevindingen zijn al ruime tijd bekend. Het lijkt erop dat de huidige methoden

van klachtbehandeling hier geen soelaas bieden. Dat pleit voor een grotere inzet van meer informele en op oplossing gerichte strategieën.

#### **1.3.4 Klachtenfunctionarissen zouden nog proactiever kunnen worden**

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. Zouden zij een meer proactieve rol kunnen spelen? Daarmee zouden zij ook kunnen bijdragen aan een betere toegankelijkheid van de klachtopvang, door de cliënt voor te lichten over de verschillende procedures en hun doel en werking. Zo kan worden voorkomen dat de cliënt bij het verkeerde loket terecht komt.

#### **1.3.5 Klachten: onderbenut als informatiebron voor kwaliteitsverbetering**

Mensen die een klacht indienen geven aan dat zij dit, onder meer, doen om te voorkomen dat anderen overkomt wat hen is overkomen. Ze willen dat er wat verandert in de gezondheidszorg naar aanleiding van hun klacht. Voor de meeste mensen die een klacht indienen geldt ook dat zij geen informatie krijgen of er iets met hun klacht is gedaan. Op landelijk niveau is deze informatie ook niet beschikbaar. Al bij de eerste evaluatie van de Wkcz werd geconstateerd dat de relatie tussen klachtbehandeling en kwaliteit nog onvoldoende vorm had gekregen. Hier is nog winst te behalen.

### **1.4 De stand van zaken: cliënteninformatie**

Het recht op informatie is een belangrijk patiëntenrecht. Dit recht is op verschillende plekken in het gezondheidsrecht neergelegd. Het meest duidelijk geldt dit voor de Wgbo, waar de zorgverlener de plicht heeft om cliënten te informeren over een voorgestelde behandeling, de voor- en nadelen en eventuele alternatieven. Daarnaast bestaat er voor zorgaanbieders een plicht in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) om cliënten informatie te geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen. In de Wkkgz gaat het om twee nader geformuleerde rechten (in artikel 10). Allereerst het recht op informatie over onder meer de prestaties van zorgaanbieders, zodat de cliënt een goede keuze kan maken tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld op basis van informatie over hoe vaak een arts een bepaalde operatie heeft gedaan). Ten tweede, de verplichting incidenten binnen 24 uur aan de cliënt te melden, met vermelding hiervan in het cliënten dossier.

#### **1.4.1 Informatie is belangrijk, maar welke sluit echt aan bij de behoefte?**

Op dit moment is er geen informatie beschikbaar over de vraag in hoeverre zorgverleners hun cliënten informeren over hun aanbod, zodat zij een keuze kunnen maken tussen zorgaanbieders. Voor cliënten is informatie wel van groot belang. Zo heeft een flink aantal klachten van cliënten betrekking op een gebrek aan informatie. Echter, daar staat tegenover dat maar een heel klein deel

van de cliënten actief zoekt naar bijvoorbeeld informatie over zorgaanbieders. Voor cliënten is de huisarts een belangrijke bron van informatie. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen vrijwel altijd verwijzen naar een door hen gekozen specialist, en bij deze verwijzing aan de patiënt niet of nauwelijks informatie geven over de kwaliteit van verschillende medisch specialisten. Ondanks dat dus veel waarde wordt gehecht aan informatie maken cliënten in de praktijk weinig gebruik van keuze informatie. Dat roept de vraag op welke informatie beter aansluit bij de behoefte van cliënten. Patiënten geven ook aan informatie van belang te vinden voor gezamenlijke besluitvorming; shared decision making. Wellicht dat meer aandacht voor dit soort informatie beter aansluit bij de praktijk.

#### *Openheid nog geen vanzelfsprekendheid*

Ook over de mate waarin zorgaanbieders open communiceren met cliënten over incidenten is geen systematische informatie beschikbaar. Wel is er vrij veel contextuele informatie op grond waarvan gesteld kan worden dat die openheid nog geen gemeengoed is. Om één voorbeeld te noemen: In onderzoek uit 2012 is aan artsen gevraagd of zij verwachtten dat men er in de gezondheidszorg open over is als er iets niet goed is gegaan in de behandeling. Van de deelnemende artsen was slechts 24% overtuigd dat er na een medisch incident openheid van zaken wordt gegeven. Dit gegeven in combinatie met berichten uit de media lijkt de conclusie te rechtvaardigen dat die openheid nog geen vanzelfsprekendheid is.

### **1.5 De stand van zaken: kwaliteit, veiligheid en goed bestuur**

Voor de doelen gericht op kwaliteit, veiligheid en goed bestuur geldt in grote mate dat de Wkkgz een continuering is van de Kwaliteitswet. In artikel 3 Wkkgz krijgt de zorgaanbieder de taak om de zorgverlening zo te organiseren dat er sprake is van goede zorg. Daarnaast kent de Wkkgz artikelen die vastleggen wat er in de praktijk is gegroeid (codificering) zoals de verplichting tot het hebben van veiligheidsmanagementsystemen, waaronder het principe van veilig incident melden als methode om te werken aan kwaliteitsverbetering. Deze veiligheidsmanagementsystemen zijn in grote mate geïmplementeerd in de Nederlandse ziekenhuizen. De codificering in de Wkkgz betekent dat nu alle zorgaanbieders hierop kunnen worden aangesproken. De Wkkgz kent ook een aantal nadere uitwerkingen ten opzichte van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dit geldt voor de verplichting van zorgaanbieders om de referenties te checken van nieuwe zorgverleners die bij hen in dienst komen (vergewisplicht) en de verplichting tot het aangaan van een schriftelijke overeenkomst met zorgverleners of opdrachtnemers als er geen sprake is van een dienstbetrekking (Rijksoverheid, 2016c). Over de mate waarin zorgaanbieders zich houden aan de vergewisplicht en in hoeverre zij schriftelijke overeenkomsten afsluiten met zorgverleners of opdrachtnemers zonder dienstbetrekking is geen of maar in

beperkte mate informatie beschikbaar. Dat wil niet zeggen dat hier geen activiteiten op worden ondernomen.

**1.5.1 *Convenant veilig toepassen van medische technologie nog onvoldoende geïmplementeerd***

Met betrekking tot de medische technologie in relatie tot veiligheid kan geconstateerd worden dat de implementatie van het convenant veilig toepassen van medische technologie nog onvoldoende is, daarnaast is er vooral sprake van implementatie in de ziekenhuizen en niet andere zorgaanbieders.

**1.5.2 *Niet alle calamiteiten worden gemeld***

Er zijn aanwijzingen dat niet alle calamiteiten die bij de IGZ zouden moeten worden gemeld ook worden gemeld.

**1.5.3 *Veiligheidsmanagementsystemen missen in de praktijk de feedback loop***

Een belangrijke observatie omtrent de veiligheidsmanagementsystemen is dat er weliswaar ingezet wordt op het verzamelen van gegevens, maar dat de 'feedback loop' in mindere mate tot stand komt. Oftewel, er worden wel gegevens verzameld maar nog niet beken is of deze inspanningen ook worden vertaald in systematische verbeteringen van beleid en de uitvoering van beleid. 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. In veel gevallen ontbreekt deze feedback loop waarbij systematisch wordt geleerd en verbeterd op basis van uitkomsten van de PRIs. De afgelopen jaren is het aantal meldingen uit ziekenhuizen van incidenten in systemen voor veilig incident melden flink toegenomen. Bijna de helft van de ziekenhuizen zegt hun medewerkers sterk te stimuleren om incidenten te melden. Ook hier wordt geconstateerd dat veel minder ziekenhuizen zeggen medewerkers systematisch feed back te geven naar aanleiding van een melding.

**1.6 *De stand van zaken omtrent de bredere ambities van de Wkkgz: het versterken van de positie van cliënten en het bevorderen van goed bestuur in de gehele gezondheidszorg.***

Veel beleid op het gebied van zowel klachten, openheid als kwaliteit en veiligheid heeft tot nu toe vooral aandacht gekregen in de Nederlandse ziekenhuizen. Binnen die ziekenhuizen zijn zeker nog slagen te maken. Maar, ook gezien het feit dat de Wkkgz een veel breder toepassingsgebied kent dan de Wkcz en de Kwaliteitswet, is het van belang er ook voor te zorgen dat in andere sectoren de aandacht voor klachten, openheid, kwaliteit en veiligheid toeneemt.

## 2 Klachtenregelingen in de zorg

### 2.1 Achtergrond

Cliënten die een klacht indienen zijn vaak niet op zoek naar een schadevergoeding, maar willen vooral gehoord worden, excuses ontvangen, en voorkomen dat iemand anders (of henzelf) nogmaals hetzelfde overkomt (Kruikemeier, Coppen, Rademakers, & Friele, 2009; Lekkerkerk, 2013; Smeehuijzen, 2013). Een informele klachtenregeling biedt het beste perspectief om aan deze behoefte tegemoet te komen. De Wkcz kende o.a. de verplichting om een onafhankelijke klachtencommissie op te zetten bij wijze van formele klachtafhandeling. De afgelopen jaren is gebleken dat door zorgaanbieders flink is geïnvesteerd in het opzetten van informele klachtenregelingen (Friele et al., 1999).

De Wkkgz sluit bij deze ontwikkeling aan en legt de nadruk op het versterken van de al bestaande informele klachtenregelingen. De Wkkgz probeert de positie van de cliënt te versterken door de zorgaanbieder te verplichten een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van hem betreffende 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 nader moet worden onderzocht.

De Wkkgz verplicht de zorgaanbieder in art. 18 zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. 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. De onafhankelijke geschilleninstantie dient ook als stok achter de deur om te zorgen dat zorgaanbieders het informele klachtentraject goed op orde brengen. Het is de bedoeling dat de klachtenopvang zodanig effectief is dat alleen ernstige problemen aan de geschilleninstantie worden voorgelegd. (Ministerie van Volksgezondheid, 2013)

Het klachtrecht dient ter versterking van de positie van de cliënt. Het klachtrecht heeft daarnaast een signalerende functie. Een klacht is immers een signaal dat er iets in de zorg niet goed verloopt. Door klachten systematisch te analyseren kunnen zorgaanbieders verbeteringen doorvoeren om te voorkomen dat eenzelfde klacht nog een keer voor komt. Op deze manier biedt een klacht de mogelijkheid tot kwaliteitsverbetering. Leren van klachten om de

gezondheidszorg te verbeteren is een belangrijk doel van de Wkkgz. Een goede bestuurder gebruikt de informatie uit klachten als stuurinformatie. Daarmee kan de informatie uit klachten bijdragen aan goed bestuur. In dit hoofdstuk wordt daarom ook gekeken wat er bekend is over de mate waarin zorgaanbieders van klachten proberen te leren.

Samengevat richt de Wkkgz zich op versterking van informele klachtenafhandeling, het voorkomen dat een klacht onnodig in een juridische procedure uitmondt en het leren van klachten. In het kader van deze nulmeting Wkkgz heeft het Ministerie van VWS daarom enkele specifieke vragen op het gebied van klachten van cliënten geformuleerd. Aan de hand van deze vragen kan worden bekeken in hoeverre nu al aan deze doelstellingen wordt voldaan, en een uitgangssituatie worden geschetst voor als de Wkkgz over vijf jaar geëvalueerd wordt..

- Wat is bekend over de ontwikkeling van het aantal klachten?
- Wat is bekend over de ontwikkeling van het aantal procedures bij geschillencommissies?
- Wat is bekend over de ontwikkeling van het aantal procedures bij de tuchtrechter naar aanleiding van een klacht van een cliënt over een zorgverlener of zorgaanbieder?
- Wat is bekend over het aantal procedures bij de burgerlijke rechter naar aanleiding van een klacht van een cliënt over een zorgverlener/zorgaanbieder?
- Wat is bekend over het aantal ingediende schadeclaims naar aanleiding van een klacht van een cliënt over een zorgverlener of zorgaanbieder, en hoeveel van deze claims worden toegewezen?
- Wat is bekend over de betaalbaarheid van de verschillende geschillenregelingen voor de cliënt?
- Wat is bekend over de vraag of cliënten bij het juiste loket terecht komen?
- Wat is bekend over de toegankelijkheid van de klachtenprocedure voor cliënten?
- Wat is bekend over de tevredenheid over de afhandeling van klachten onder cliënten en zorgverleners?
- Wat is bekend over de juridische expertise onder leden van geschillencommissies?
- 

Deze vragen zullen worden beantwoord door het traject van iemand met een klacht te volgen, van de allereerste opvang tot aan de civiele procedure. Een klager doorloopt niet vanzelfsprekend alle (in)formele regelingen, een klager kan 'later instappen' (direct een formele klacht indienen in plaats van eerst het informele traject te doorlopen) of 'eerder uitstappen' (een formele klacht achterwege laten).

## 2.2 *Vormen van klachtbehandeling*

Cliënten met een klacht over hun behandeling kunnen hieraan, binnen de gezondheidszorg, op verschillende wijzen uiting geven. In Nederland onderscheiden we twee vormen van klachtbehandeling: de informele klachtenregeling, en de formele klachtenregeling. In dit hoofdstuk zal eerst uitleg worden gegeven over de mogelijke manieren om een klacht in te dienen, waarna per procedure wordt besproken wat er bekend is over toegankelijkheid, aantallen klachten en tevredenheid.

Hoewel deze nulmeting de volledige breedte van zorgaanbieders betreft, is er op het gebied van klachten van cliënten met name informatie beschikbaar over de ziekenhuissector. In de onderstaande resultaten zullen de ziekenhuizen dan ook vaker aan bod komen dan overige sectoren. Er is hier geen sprake van een vooraf bepaalde focus, dit is puur op basis van beschikbare informatie ontstaan.

### 2.2.1 *De eerste opvang door een zorgverlener*

Informele klachtenopvang bij de zorgaanbieder kan plaatsvinden doordat de cliënt zijn klacht zelf met de zorgverlener bespreekt. In het algemeen wordt aangenomen dat een zo snel en zo laagdrempelig mogelijke reactie op een klacht het meest effectief is om tot een oplossing te komen. Of het lukt om op dit niveau tot een oplossing te komen, is van veel factoren afhankelijk (Kruikemeier et al., 2009). Ten eerste vereist dat een open en toegankelijke houding van de betrokken zorgverlener, ten tweede dat deze zorgverlener communicatief vaardig genoeg is om een open gesprek met de cliënt aan te gaan, en ten derde dat de cliënt mondig genoeg is om zijn klacht op een constructieve manier te (durven) uiten.

### 2.2.2 *Bemiddeling van de klacht door een klachtenfunctionaris*

Een cliënt kan behoefte hebben aan begeleiding bij het aan de orde stellen van een klacht. Vaak hebben zorgaanbieders, vooral ziekenhuizen, hiervoor reeds een klachtenfunctionaris aangesteld. De Wkkgz voorziet de klachtenfunctionaris in artikel 15 van een wettelijke basis. Dit betekent dat ook andere, kleinschalig georganiseerde, zorgaanbieders, zoals veel huisartspraktijken, een klachtenfunctionaris moeten instellen.

De Wkkgz geeft geen inhoudelijke criteria waar de klachtenfunctionaris aan moet voldoen, afgezien van dat deze zijn functie onafhankelijk kan uitvoeren. Concretisering van de werkzaamheden van de klachtenfunctionaris wordt overgelaten aan het veld. Het door de Vereniging van klachtenfunctionarissen van instellingen in de gezondheidszorg opgestelde beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris bevat als kernactiviteiten: opvang, het geven van informatie en advies, het bieden van bijstand, het uitvoeren van bemiddeling, procesbegeleiding en voortgangsbewaking, en begeleiding bij bijzondere situaties.

## 2.3 *Formele klachtenregelingen*

### 2.3.1 *Behandeling van de klacht door een klachtencommissie*

Onder de Wkcz waren zorgaanbieders verplicht een onafhankelijke klachtencommissie met een onafhankelijke voorzitter in te stellen. Met het ingaan van de Wkkgz vervalt deze verplichting, maar voor een helder begrip van sommige hieronder besproken thema's is het handig kort de werkwijze van klachtencommissies te bespreken. Cliënten met een klacht kunnen deze schriftelijk indienen bij de klachtencommissie. De klachtencommissie bestaat uit in ieder geval uit drie personen met een onafhankelijke (niet bij de zorgaanbieder werkzame) voorzitter. De klachtencommissie geeft na hoor- en wederhoor, vaak tijdens een hoorzitting, een oordeel over de gegrondheid van een klacht. Klachtencommissies kunnen geen straffen opleggen en ook geen financiële compensatie toekennen. De procedure bij de klachtencommissie is dan ook het meest geschikt voor cliënten die op zoek zijn naar erkenning, of die willen dat de zorgaanbieder leert van de klacht (Kruikemeier et al., 2009).

Ook de alternatieve zorg valt binnen het bereik van de Wkkgz. In de alternatieve zorg is sinds 1996 de Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (KAB) werkzaam naar de richtlijnen van de Wkcz. De KAB bestaat uit zes vaste leden-beroepsbeoefenaren van de deelnemende organisaties, één vast lid voor de belangen van cliënten/cliënten, één onafhankelijke voorzitter-jurist, en één onafhankelijke vicevoorzitter-jurist. De Klachtencommissie behandelt de meeste klachten schriftelijk.

### 2.3.2 *Een onafhankelijke geschilleninstantie*

De verplichting om een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen vervalt met de komst van de Wkkgz en wordt vervangen door de verplichting zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie. Als een klager er met de zorgverlener in de informele procedure niet uitkomt of de zorginstelling niet binnen zes weken met een oordeel over de klacht bij de klager terug komt, kan de klager om een oordeel vragen bij een geschilleninstantie. De geschilleninstantie kan een juridisch bindend advies geven over de klacht en een schadevergoeding tot in ieder geval 25.000 euro toekennen. Geschilleninstanties in de zin van de Wkkgz moeten nog ingericht worden; daarvoor hebben de betrokken partijen tot januari 2017 de tijd.

De Wkkgz geeft geen aanwijzingen hoe de verplichte geschilleninstantie moet worden ingericht, maar biedt zorgaanbieders en cliëntenorganisaties de ruimte om hier afspraken over te maken en de regelingen af te stemmen op de specifieke behoeften in een bepaalde sector. Belanghebbende partijen in de



gezondheidszorg<sup>1</sup> zien het belang van een breed gedragen programma van eisen waar een dergelijke regeling aan moet voldoen. Daarom worden sinds januari 2016 bijeenkomsten georganiseerd waar geprobeerd wordt om gezamenlijk de criteria te formuleren waar een geschilleninstantie aan moet voldoen. Over de samenstelling en werkwijze van de geschilleninstanties is op dit moment dan ook nog niets bekend.

Er bestaan op dit moment voor een aantal verschillende sectoren in de zorg Geschillencommissies, ondergebracht bij de Geschillencommissie Consumenten. Dit zijn de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), de Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), de Geschillencommissie Zorginstellingen, de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken en de Geschillencommissie Uiterlijke Verzorging. De Geschillencommissies zijn bevoegd zaken te behandelen die zijn ontstaan uit klachten van cliënten over instellingen die bij de Geschillencommissie zijn aangesloten. De Geschillencommissies kunnen klachten met een financieel belang tot en met 5000 euro behandelen, uitgezonderd van de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken, waarbij het maximale financiële belang 25.000 bedraagt. De Geschillencommissies brengen een bindend advies uit of proberen een schikking tussen partijen te bevorderen.

De Geschillencommissie bestaat uit drie leden: een voorzitter, gevraagd door de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken (SGC). De voorzitter moet de titel meester in de rechten te hebben. Daarnaast bestaat de commissie uit een lid voorgedragen door de Consumentenbond en een lid voorgedragen door de NVZ vereniging van ziekenhuizen of de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), ActiZ organisatie van zorgondernemers (ActiZ), de vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Aan de commissie wordt door het bestuur van de stichting een secretaris toegevoegd, die ook de titel van meester in de rechten heeft.

Zoals gezegd wordt er op dit moment gewerkt aan een eisenprogramma voor geschilleninstanties in de zin van de Wkkgz. Of de bestaande geschillencommissies hiervoor als model zullen dienen is nog niet bekend.

---

<sup>1</sup> De NVZ, NFU, GGZ Nederland, ActiZ, VGN, de eerstelijnszorgaanbieders verenigd in de VELO, de landelijke artsenfederatie KNMG en de medische beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars (MediRisk/VvAA, Centramed en het Verbond van Verzekeraars) gaan met cliënt- en cliëntenvertegenwoordigende organisaties (NPCF, Consumentenbond, LSR, IederIn, LPGz en Zorgbelang Nederland) zijn in overleg. <http://www.centramed.nl/schade-behandeling/actuele-zaken/2-uncategorised/358-programma-van-eisen-geschillenregeling>

### **2.3.3 Beoordeling van de klacht door de tuchtrechter**

Cliënten kunnen ook een tuchtklacht indienen. In het tuchtrecht staat de kwaliteit van het handelen van een zorgverlener centraal. Het doel van het tuchtrecht is de kwaliteit van het handelen van de individuele beroepsbeoefenaar te bewaken. De tuchtrechter oordeelt na het schriftelijk ontvangen van de klacht, het doen van vooronderzoek en een openbare zitting waarbij de beide partijen hun standpunt mondeling kunnen toelichten of de zorgverlener heeft gehandeld volgens een redelijk handelend vakgenoot. De tuchtrechter kan de zorgverlener een waarschuwing geven, een berisping, een geldboete opleggen of (tijdelijk) verbieden zijn beroep uit te oefenen. De tuchtrechter kan een cliënt geen financiële compensatie bieden, daarvoor zal een cliënt een civiele procedure moeten beginnen (een claim indienen).

### **2.3.4 Een claim indienen**

Cliënten die een vergoeding van (im)materiële schade van de zorgaanbieder willen ontvangen, kunnen zich daarvoor wenden tot de geschilleninstantie of de civiele rechter. De civiele rechter oordeelt of de zorgaanbieder of betrokken zorgverlener aansprakelijk is.

### **2.3.5 IGZ en LMZ**

Ten slotte kunnen cliënten een klacht melden bij de IGZ. De IGZ behandelt de klacht niet, maar gebruikt deze als signaal in het toezicht op zorgaanbieders. Uit het rapport 'Geen gehoor bij de IGZ' van de Nationale Ombudsman bleek dat de rol van de IGZ voor veel cliënten niet duidelijk is. Zij verwachten een actievere rol van de IGZ ten opzichte van de cliënt als klager. Daarom is in 2014 het Landelijk Meldpunt Zorg opgericht. Het LMZ is op 17 juli 2014 opgericht met het doel bij te dragen aan een professionelere klachtafhandeling en meer transparantie over klachten in de zorg en de afhandeling daarvan. Op deze wijze wil het LMZ een betere opvang verschaffen aan burgers die zich tot de overheid (de IGZ) wenden met klachten over de gezondheidszorg. Het LMZ lost zelf geen klachten op, maar begeleidt burgers in dit traject. Het LMZ vervult daartoe drie hoofdtaken:

- a. Het adviseren van burgers: het adviseren en begeleiden van burgers met klachten over de kwaliteit van de gezondheidszorg, het ter beoordeling aan de IGZ voorleggen van bepaalde klachten in het kader van incidenttoezicht en het beantwoorden van vragen.
- b. Het monitoren van zorgverleners en de IGZ: Het op verzoek van burgers monitoren van de tijdige klachtafhandeling door zorgverleners en het procedureel monitoren van onderzoek door IGZ n.a.v. een klacht van een burger.
- c. Informeren van burgers: Het verstrekken van informatie over klachten en klachtafhandeling via de website en door publicatie van het jaarlijks te publiceren klachtbeeld. Daarnaast verstrekt het Landelijk Meldpunt Zorg signalen aan de IGZ t.b.v. het risicotoezicht.

## 2.4 Resultaten

Eind 2015 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 resultaten van deze peiling zijn nog niet gepubliceerd. Daarom presenteren we de belangrijkste bevindingen in het eerste deel van dit resultatenhoofdstuk, zodat die resultaten vervolgens meegenomen kunnen worden in de meer thematische onderdelen van dit resultatenhoofdstuk. Daar zal dan worden gerefereerd aan deze “CopaPeiling”. Die thematische hoofdstukken hebben betrekking op de toegankelijkheid van de klachtenregelingen, informele regelingen en formele klachtenregelingen.

## 2.5 De resultaten van de peiling onder het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg

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. Daarom besteden we in deze nulmeting 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, in 1999 en wederom in 2015.

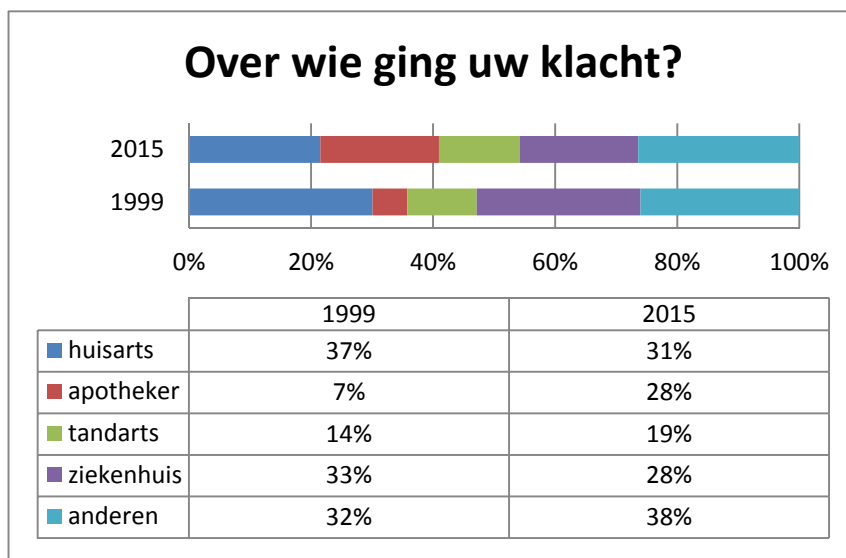
### 2.5.1 Methode

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.

### 2.5.2 De meeste klachten gaan over zorgverleners in de eerste lijn

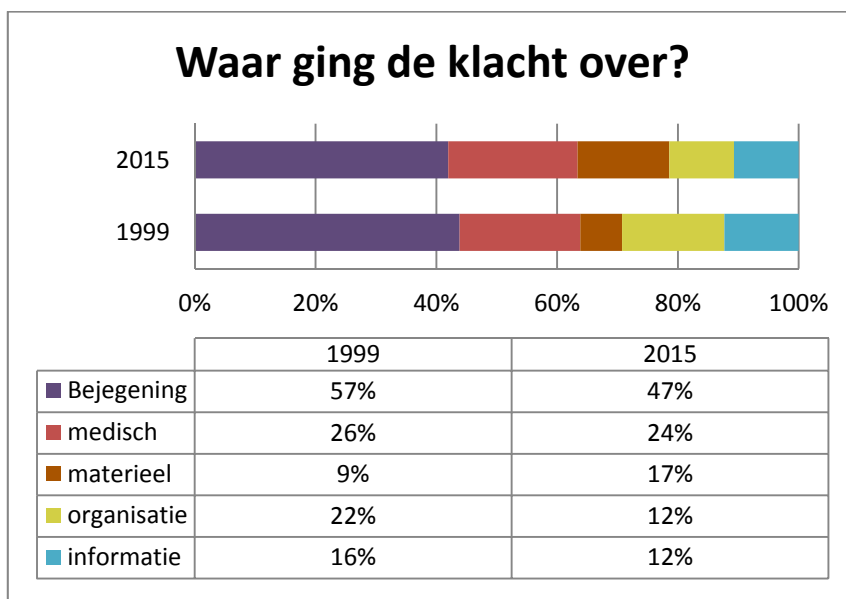
Zowel in 1999 als in 2015 blijkt dat de meeste klachten betrekking hebben op zorgverleners in de eerste lijn: huisartsen, apothekers en tandartsen. Dit hangt waarschijnlijk samen met het feit dat de meeste contacten met zorgverleners in de eerste lijn plaatsvinden. In vergelijking met 1999 hadden relatief meer mensen een klacht over de apotheker in 2015. Onder de categorie anderen vallen veel verschillende zorgverleners, zoals de fysiotherapeut, de

praktijkondersteuner, zorgverleners in de thuiszorg en de GGZ of een verpleeg- of verzorgingshuis.



#### 2.5.3 *Toename van klachten over materiele zaken*

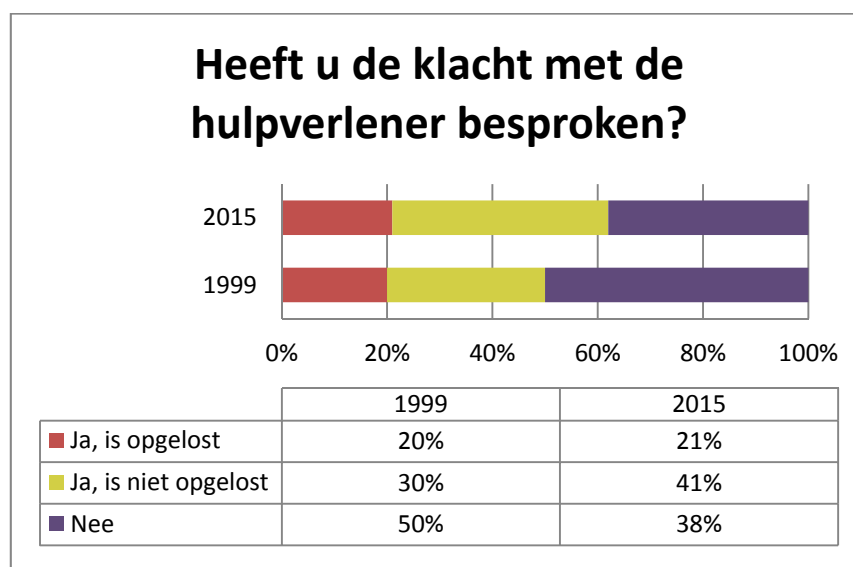
Klachten over bejegening, de manier waarop de zorgverlener is omgegaan met de cliënt, vormen de grootste categorie klachten. Mensen melden dat ze vinden dat hun zorgverleners slecht naar hun luistert, hen niet serieus neemt, te weinig tijd voor hen nemen, etc.



Deze categorie wordt in belang gevolgd door klachten over medische en verpleegkundige aspecten, zoals verkeerde diagnose, verkeerde behandeling en problemen rond verwijzing. Een opvallend verschil tussen de metingen uit beide periodes is de relatieve toename van het aantal klachten over materiele of financiële zaken. Deze stijging valt vooral bij de apothekers, met klachten over kosten of vergoedingen van medicijnen. Deze categorie nam toe van 9% in 1999 tot 17% in 2015. Dit zou kunnen samenhangen met de toename van het eigen risico, waardoor mensen vaker en in grotere mate worden geconfronteerd met kosten die zij zelf moeten betalen.

#### *Meer mensen bespreken de klacht met hun zorgverlener*

In 1999 zegt ongeveer de helft van de respondenten dat zij hun klacht met hun zorgverlener hebben besproken, in 2015 is dit percentage gestegen tot 62%. Wat daarbij opvalt is dat het aantal respondenten zegt dat hun klacht is opgelost voor beide jaren vrijwel gelijk is: 20%-21%.



De belangrijkste reden, in beide jaren, om de klacht niet aan de orde te stellen was dat men er geen oplossing van verwachtte.

Tabel: Wat is de belangrijkste reden dat u uw klacht niet heeft besproken?		
	1999	2015
Ik verwachtte geen oplossing	41%	39%
Ik vond het moeilijk	12%	9%
Ik klaag niet snel	20%	18%
Anders	26%	34%

In beide jaren heeft éénderde (1999: 32%; 2015 35%) de klacht met verschillende anderen besproken, vooral met de betrokken leidinggevende (1999 20%; 2015 31). Opmerkelijk is dat in 2015 in dit geval de zorgverzekeraar vaak wordt genoemd (42%), vaker dan in 1999 (8%). In onderstaande tabel zijn de redenen gepresenteerd om een klacht met anderen te delen. Boven aan de lijst stonden in 1999 drie redenen: mijn verhaal kwijt kunnen raken, voorkomen dat het mij en voorkomen dat het anderen overkomt. In 2015 zien we twee verschillen. Vaker wordt de reden genoemd dat men wil voorkomen dat het henzelf nogmaals overkomt en dat de zorgverlener erop wordt aangesproken.

Tabel: Waarom heeft u uw klacht aan anderen verteld?		
	1999	2015
Ik wilde mijn verhaal kwijt	33%	31%
Ik wilde voorkomen dat het mij nogmaals gebeurt	30%	58%
Ik wilde voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt	28%	42%
Ik wilde dat de zorgverlener wordt aangesproken	20%	42%
Ik wilde dat mij recht gedaan wordt	19%	27%
Ik wilde dat mijn klacht wordt geregistreerd	10%	12%
anders	24%	20%

#### 2.5.4 Conclusies

Deze peiling laat zien dat cliënten ongeveer net zo vaak klachten hebben over de huisarts, of de apotheek of de tandarts, als over het ziekenhuis. Tezamen hebben cliënten vaker klachten over de zorgaanbieders in de eerste lijn. Dit zijn natuurlijk ook de zorgverleners waar de meeste mensen mee te maken hebben. Dit staat enigszins in contrast met de grote aandacht die in publicaties naar klachtbehandeling in ziekenhuizen uitgaat en minder naar de klachtbehandeling in de eerste lijn. Opmerkelijk is de relatieve toename van het aantal klachten met een financiële of materiele kant, vooral bij de apotheker. Cliënten bespreken hun klacht vaker 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. Bespreken van de klacht hangt niet samen met de vraag of de klacht is opgelost. Cliënten zijn dus wat mondiger geworden, dat leidt nog niet tot een navenante respons. Dat een groot aantal cliënten van het bespreken weinig resultaten verwachten lijkt dus in veel gevallen een realistische inschatting.

#### 2.6 De toegankelijkheid van klachtenregelingen

Een eerste voorwaarde voor een klachtenregeling is dat deze goed toegankelijk is (Kastelein, 2010). Het gaat er dus om of de persoon die voor de afhandeling van klachten verantwoordelijk is (dat kan de zorgverlener zelf zijn, of

bijvoorbeeld een klachtenfunctionaris) benaderbaar, vindbaar en bereikbaar is. Met benaderbaarheid wordt bedoeld dat cliënten er op kunnen vertrouwen dat een gesprek over een klacht geen negatieve gevolgen heeft voor de zorgrelatie. Informatie over wie er voor de afhandeling van klachten verantwoordelijk is en hoe en wanneer deze te bereiken is moet voor cliënten gemakkelijk te vinden zijn. Een klachtenregeling is ook toegankelijk als er geen financiële drempel wordt opgeworpen. Door VWS is onder andere gevraagd naar de betaalbaarheid van klachtenregelingen. Klachtenregelingen bij de zorgaanbieder zijn kosteloos, evenals het tuchtrecht. Bij de Geschillencommissie betaalt een patiënt 52 euro. Als de cliënt de zorgaanbieder aansprakelijk wil stellen of een tuchtklacht wil indienen, kan hij een belangenbehartiger nodig hebben, met alle daaraan verbonden kosten.

### **2.6.1 Informele klachtenregelingen**

De wetgever beoogt door de Wkkgz klachten zoveel mogelijk op te lossen waar zij zijn ontstaan. De meest laagdrempelige manier om een klacht op te lossen is een persoonlijk gesprek tussen de betrokken zorgverlener(s) en de cliënt. Uit de CopaPeiling blijkt dat een ruime meerderheid van mensen met een klacht (63%) deze daadwerkelijk heeft besproken met de betrokken zorgverlener. Dit cijfer ligt in 2015 hoger dan het cijfer uit 1999 (50%). De belangrijkste reden om een klacht niet te bespreken is dat mensen niet verwachten dat het tot een oplossing leidt. In onderzoek van Bomhoff e.a. is cliënten gevraagd naar hun verwachtingen en ervaringen met klachten in de eerste lijn (Bomhoff, Paus, & Friele, 2013). Bij klachten die ontstaan in de eerste lijn geven cliënten aan dat zij een gesprek over het ongenoegen met de zorgverlener zelf de beste manier vinden om met een klacht om te gaan. De meeste deelnemers (55% bij de huisarts, 66% bij de tandarts) geeft ook aan te weten bij wie ze kunnen klagen. Rond de 70% gaf aan te verwachten dat er in de praktijk iemand is die naar een klacht zou willen luisteren. Ook is de deelnemers gevraagd of ze eventuele ongenoemens met hun zorgverlener zouden durven te bespreken. Voor de meerderheid (80%) was dat geen belemmering. Niet alleen gaven cliënten in dit onderzoek aan te weten waar zij terecht konden met een klacht, ze gaven ook in meerderheid aan bij ervaren ongenoegen actie te hebben ondernomen, net als blijkt uit de CopaPeiling van 2015. Dat wijst op een goede toegankelijkheid van informele klachtenopvang in de eerste lijn voor meer dan de helft van de mensen met een klacht.

In 2013 heeft de NPCF een meldactie 'Klachten en klachtenregelingen' gehouden, waarbij 6720 deelnemers een vragenlijst hebben beantwoord waarin gevraagd is naar hun verwachtingen en ervaringen met klachten en klachtenregeling, zowel bij de huisarts als in het ziekenhuis (Lekkerkerk, 2013). De groep deelnemers is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Door het grote aantal deelnemers geeft de meldactie wel een beeld van de mening van cliënten over klachtafhandeling in de zorg. Van de cliënten die wel eens ontevreden zijn, zegt 34% actie te hebben ondernomen. Hiervan heeft

80% de klacht met de huisarts besproken. Ook deze resultaten wijzen op een goede benaderbaarheid van de huisarts in het geval dat cliënten een klacht hebben.

In dezelfde meldactie is gevraagd naar verwachtingen en ervaringen met klachten en klachtenregelingen in ziekenhuizen, waarbij cliënten werd gevraagd naar de ervaren toegankelijkheid van klachtenregelingen. Van de 44% van de deelnemers die wel eens ontevreden waren en naar aanleiding daarvan actie hadden ondernomen, wist 74% waar zij met een klacht konden aankloppen. 82% van deze cliënten heeft de ontevredenheid met hun zorgverlener besproken. Bijna een kwart heeft een gesprek gehad met de klachtenfunctionaris. 28% van de cliënten die ontevreden waren en actie hebben ondernomen, heeft schriftelijk een klacht ingediend. Ook hier lijkt de directe informele klachtenopvang in ieder geval voor de meeste cliënten goed toegankelijk te zijn.

In een peiling over verwachtingen (in deze peiling is artsen en cliënten vragen voorgelegd, los van het gegeven of daadwerkelijk een klacht was ingediend. Het gaat in deze peiling om het beeld wat deelnemers aan de peiling hebben van klachtenregelingen, niet de ervaring) klachtenregelingen in de gezondheidszorg in het algemeen vielen de cijfers een stuk negatiever uit (Reitsma, Brabers, Wigersma, & De Jong, 2012). Met de stelling “het is duidelijk waar cliënten met hun klachten terecht kunnen” was 38% het geheel eens, 23% het eens noch oneens en 30% het geheel oneens. Het merendeel van de deelnemers in deze peiling was het dus niet duidelijk waar men een eventuele klacht zou kunnen indienen.

Een toegankelijke klachtenregeling betekent ook dat diegene die voor de afhandeling van klachten verantwoordelijk is goed te bereiken is. Bouwman e.a. hebben de telefonische bereikbaarheid van klachtenfunctionarissen onderzocht (Bouwman, Bomhoff, & Friele, 2012). In minder dan één op de drie gevallen kon in één keer contact gelegd worden met iemand die meer informatie over de klachtbehandeling kon geven. Gezien het feit dat twee/derde van de door hen benaderde ziekenhuizen aangeeft een fulltime contactpersoon beschikbaar te hebben is dit percentage laag. In de meldactie ‘Klachten en klachtenregelingen’ van de NPCF wordt de website van de zorgaanbieder als belangrijkste bron van informatie genoemd (18%), daar geeft slechts 7% van de deelnemers aan zich voor informatie tot de klachtenfunctionaris te wenden. Dat zou kunnen betekenen dat de klachtenfunctionaris voor cliënten niet altijd even goed te vinden, te benaderen of te bereiken is. Uit onderzoek onder klachtenfunctionarissen zelf bleek dat het eerste contact bijna altijd via e-mail wordt gelegd (Van Dijk, Van der Aa, Van Loon, & Heusschen, 2015).

Informatie over klachtbehandeling gaat voor cliënten pas leven als zij een klacht willen indienen (Bouwman et al., 2012). Dat betekent dat cliënten niet bij voorbaat al van alle mogelijke klachtenregelingen op de hoogte hoeven te zijn,



maar dat deze informatie goed vindbaar moet zijn op het moment dat dit voor hen relevant is. In dat opzicht zijn de verschillende hierboven omschreven onderzoeksresultaten interessant. Van de groep door het NPCF ondervraagde cliënten die ook echt een klacht hebben ingediend, vond driekwart dat duidelijk was waar zij dit konden doen.

### **2.6.2 Formele klachtenregelingen**

In vergelijking met de informele klachtenregeling is de informatie over de toegankelijkheid van de formele klachtbehandeling in de eerste lijn minder eenvoudig te duiden. Er zijn in Nederland 11 klachtencommissies waarbij huisartsen zich kunnen aansluiten. Iedere commissie omvat een gebied in Nederland. Bomhoff e.a. (Bomhoff et al., 2013) signaleerden dat het aantal klachten per commissie sterk verschilt, zonder dat hier een goede verklaring voor is. Er is daarom weinig steekhoudends te zeggen over de aantallen formeel afgehandelde klachten in de eerste lijn. Uitgaande van de resultaten van de NPCF Meldactie is voor de klachtencommissie in de eerste lijn geen grote rol weggelegd. Bij 16 van de 6720 deelnemers is de klacht behandeld door een klachtencommissie. In de alternatieve zorg worden weinig formele klachten ingediend. In het jaarverslag over 2014 wijt de KAB dit aan de mogelijkheid dat de klachtenregeling niet laagdrempelig genoeg is.

Cliënten kunnen ook een klacht indienen bij de tuchtrechter. Hout e.a. signaleerden in 2009 dat veel Cliënten problemen hadden met de toegankelijkheid van het tuchtrecht (Hout, Friele, & Legemaate, 2009). Cliënten zijn vaak niet goed op de hoogte van doel en inhoud van het tuchtrecht, weten niet met welke klachten men naar de tuchtrechter kan gaan en op wie het tuchtrecht van toepassing is. Art. 47 lid 2 wet BIG bepaalt op wie het tuchtrecht van toepassing is. Dit zijn de arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en verlos- en verpleegkundige. Beroepsgroepen die hier niet genoemd zijn vallen niet onder het medisch tuchtrecht van de Wet BIG. Slechts één op de tien ingediende klachten in 2014 (11%) betrof niet-BIG geregistreerde zorgverleners. Uit het jaarverslag van de tuchtcolleges komt naar voren dat cliënten niet altijd goed kunnen overzien of een klacht wel bij het tuchtrecht thuishoort en hoe ze een klacht bij de tuchtrechter aanhangig kunnen maken. Het hoge aantal klachten dat niet-ontvankelijk of ongegrond wordt verklaard is tegelijkertijd een teken dat klagers moeite hebben het juiste loket te vinden. Van het totaal aantal afgehandelde klachten in 2014 werd 24% gegrond verklaard. Het percentage niet-ontvankelijk verklaarde klagers bedroeg in 2014 25% van het totaal aantal afgehandelde klachten ("Jaarverslag 2014 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht,").

## 2.7 Aantallen klachten en ervaringen in de informele klachtenregelingen

Cliënten met een klacht kunnen deze direct bespreken met de betrokken zorgverlener of zich hierbij laten bijstaan en begeleiden door een onafhankelijke derde, zoals een klachtenfunctionaris. Het beoogde doel van de Wkkgz is om klachten zo veel mogelijk op te lossen waar de klacht ontstaan is. In eerdere studies is onderzoek gedaan naar aantallen klachten en de ervaringen van klagers. Deze onderzoeken kunnen een beeld geven in hoeverre de door de Wkkgz beoogde informele klachtenregeling al door cliënten gevonden wordt en of dit tot een bevredigende oplossing leidt. De resultaten van deze onderzoeken worden hieronder beschreven.

### 2.7.1 *In gesprek met de zorgverlener*

Uit de CopaPeiling blijkt dat in 2015 tweederde zegt hun klacht zelf met de betrokken zorgverlener te hebben besproken. Dit heeft bij éénderde van hen geleid tot een oplossing. In 1999 besprak een kleiner aantal mensen met een klacht deze met een zorgverlener (50%), maar leidde dat bij 40% tot een oplossing. Kennelijk gaan mensen met een klacht er tegenwoordig iets vaker toe over om deze met een zorgverlener te bespreken, alleen leidt dit niet vaker tot een oplossing.

Door Kruikemeier e.a. is aan cliënten die een klacht indienden bij een klachtencommissie gevraagd of zij persoonlijk met de zorgverlener in gesprek zijn gegaan voor de klacht formeel afgehandeld werd. Van de 65% van de respondenten die hier prijs op stelden, heeft bij 48% een persoonlijk gesprek plaatsgevonden. Van deze groep was 31% tevreden over het gesprek (Kruikemeier et al., 2009). Ongeveer de helft zegt dat er goed naar hen geluisterd is (51%), dat hen is uitgelegd hoe het heeft kunnen gebeuren (49%) en dat er werd toegegeven dat er fouten zijn gemaakt (47%). Bij een derde (30%) is besproken hoe iets soortgelijks in de toekomst voorkomen kan worden en een vijfde zegt dat er samen naar een oplossing is gekeken voor de klachten (21%). Of er goed geluisterd was, had de meeste invloed op de tevredenheid. Daarna kwam het leeraspect, namelijk of er van de klacht geleerd was en hoe dergelijke situaties in de toekomst voorkomen kunnen en zullen worden. Tot slot waren het samen naar een oplossing kijken en toegeven van fouten van invloed op de tevredenheid.

Van de deelnemers aan de NPCF meldactie 'Klachten en klachtregelingen' geeft 82% aan een gesprek te hebben gehad met de zorgverlener, waarin zij hun ontevredenheid hebben geuit. Hiervan gaf 53% aan tevreden te zijn over dit gesprek. 37% was niet tevreden, en 10% wist het niet.

Bomhoff e.a. deden onderzoek naar aantallen klachten en ervaringen met klachten in de eerste lijn. Van de ondervraagde cliënten was bij 31% wel eens iets niet goed gegaan. Van deze groep had 56% hun klacht met de huisarts

besproken. 48% vond de reactie van de huisarts bij het bespreken van de klacht (heel) prettig. 13% vond de reactie (heel) onprettig en 39% was neutraal (Bomhoff et al., 2013).

Uit deze onderzoeken komt het beeld naar voren dat een meerderheid een klacht bespreekt met een individuele zorgverlener en tussen 1/3 tot de helft van hen hier positief over rapporteert.

### **2.7.2 Bemiddeling door de klachtenfunctionaris**

Als een cliënt er met de zorgverlener niet uitkomt, kan de klacht informeel worden bemiddeld door een klachtenfunctionaris. In het kader van het wetsvoorstel Wet cliëntenrechtenzorg is door het NIVEL onderzoek gedaan naar de toenmalige stand van zaken in het klachtrecht. In 2010 werden in ziekenhuizen gemiddeld 431,9 klachten bemiddeld met tussenkomst van een klachtenfunctionaris, met een spreiding van 14-1100 klachten. In de ouderenzorg (VVT) werden in 2010 gemiddeld 46,8 klachten bemiddeld met minimaal 0 tot maximaal 250 klachten. Ten slotte zijn er in de Zelfstandige Behandelcentra en Privéklinieken (ZBC&PK) 11,5 klachten bemiddeld, lopend van minimaal 0 tot maximaal 998 klachten. Er werden, ongeveer, tien keer zo veel klachten informeel bemiddeld dan behandeld door een klachtencommissie (Bouwman et al., 2012). Over de aantallen informele klachten in de eerste lijn is geen informatie te vinden. Wel is bekend dat het overgrote deel van de klachten ook in de eerste lijn informeel wordt opgelost (Bomhoff et al., 2013).

Dat beeld sluit aan bij de resultaten van een enquête gehouden onder klachtenfunctionarissen (Van Dijk et al., 2015). Daarin geven klachtenfunctionarissen aan dat naar eigen schatting 91% van alle klachten en vragen door hen zelf wordt opgelost, tegenover 7% via een klachtencommissie, 5% middels een claim en minder dan 1% door de tuchtrechter. Klachtenfunctionarissen gaven aan in 71% van de gevallen altijd en in 21% incidenteel te onderzoeken of de cliënt tevreden is met het resultaat van de interventie. Naar schatting van de klachtenfunctionarissen is 86% van de cliënten tevreden met de klachtafhandeling. Bij zorgverleners wordt in 43% van de gevallen altijd, in 47% van de gevallen incidenteel en in 9% van de gevallen niet naar de tevredenheid gevraagd. Klachtenfunctionarissen schatten dat 89% van de zorgverleners tevreden is met de klachtafhandeling.

Cliënten met klachten zijn over het algemeen vaker positief over de informele klachtbehandeling dan over de formele klachtbehandeling (Kruikemeier et al., 2009). Persoonlijk contact draagt bij aan een snelle oplossing van het conflict. In hoeverre de informele klachtenregeling op dit moment al goed van de grond komt, is niet helemaal helder. Klachtenfunctionarissen zelf rapporteren positief. Van de cliënten die deelnamen aan de NPCF Meldactie had daarentegen slechts 23% een gesprek met de klachtenfunctionaris gehad.

Hiervan was 48% tevreden over het gesprek, tegenover een percentage van 45% dat niet tevreden was en 7% die het niet wisten (Lekkerkerk, 2013).

Op basis van de genoemde onderzoeken blijkt dat al veel klachten informeel opgelost worden met behulp van een klachtenfunctionaris. Er zou meer inzicht moeten komen in de mate waarin cliënten tevreden zijn met de procedure en de uitkomsten van de bemiddeling door de klachtenfunctionaris.

## 2.8 *Aantallen klachten en ervaringen in de formele klachtenregelingen*

Cliënten waarbij de klacht in het informele traject niet is opgelost, kunnen zich tot verschillende formele klachteninstanties wenden. De aantallen klachten bij klachtencommissies kunnen iets zeggen over de mate waarin zorgaanbieders in een adequate informele klachtafhandeling voorzien, of over de toegankelijkheid van deze informele klachtenregelingen.

### 2.8.1 *Behandeling door een klachtencommissie*

In 2010 werden in ziekenhuizen gemiddeld 34 klachten door een klachtencommissie behandeld, met een spreiding van 0-177. In de VVT werden gemiddeld 2,6 klachten formeel behandeld met een spreiding van 0-44. In de ZBC&PK 4,3 klachten formeel door de klachtencommissie behandeld, met een minimum van 0 en een maximum van 61 klachten (Bouwman et al., 2012).

28% van de deelnemers aan de NPCF Meldactie heeft schriftelijk een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het ziekenhuis. Van deze deelnemers weet 59% dat er iets met de klacht is gedaan. Bij 19% is er niets gedaan en 22% weet niet of er iets mee is gedaan. In 42% (van de groep mensen die een klacht hebben ingediend en die weten dat er iets mee gedaan is) van de gevallen is de klacht door de klachtencommissie behandeld, daarvan is 52% tevreden over de wijze waarop de klacht is behandeld, 31% ontevreden en 10% nog in afwachting. Het aantal klachten bij klachtencommissies in de eerste lijn is zeer gering: 13% (88 deelnemers). Daarvan is bij 16 cliënten de klacht door de klachtencommissie behandeld, waarvan 5 cliënten tevreden waren, 9 mensen ontevreden en 2 deelnemers weten nog niet of ze tevreden zijn (Lekkerkerk, 2013).

In de studie van Kruikemeier e.a. was van de respondenten die een klacht indienden bij de klachtencommissie van een ziekenhuis 74% tevreden over de klachteninstantie, 42% tevreden over de reacties van de organisatie, en 20% tevreden met de reactie van de aangeklaagde. Voor de klachtencommissie van huisartsen lagen die percentages op respectievelijk 65%, 24% en 22%. Van de respondenten die een klacht over een ziekenhuis indienden vond 49% dat hen recht was gedaan, en was 47% tevreden met de uitkomst. Bij de respondenten met een klacht over de huisarts lag dit percentage op 54%, respectievelijk 45% (Kruikemeier et al., 2009).

Het aantal ingediende formele klachten over alternatieve zorg is laag. In 2014 werden er bij de KAB vijftien klachten ingediend, in 2013 bedroeg het 13 klachten. Informatie over de ervaringen van klagers bij de KAB is ons niet bekend. ("Jaarverslag 2014 Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen," 2015)

Deze cijfers laten zien dat het werk van de commissies doorgaans positief wordt beoordeeld, maar dat een reactie van de betrokken zorgverlener vaak wordt gemist. Cliënten oordelen overwegend positief over de werkwijze en bejegening door de klachteninstantie. Cliënten vinden dat zij met respect behandeld zijn, hun verhaal konden vertellen en dat er vaak een uitspraak kwam. Wel twijfelen veel cliënten aan de onpartijdigheid van klachteninstanties, zouden ze graag zien dat klachteninstanties vaker verbeterpunten aandragen voor de zorgaanbieder waar de klacht over ging, zijn ze het vaak niet eens met het oordeel en zijn ze niet tevreden met de reactie van de zorgaanbieder of aangeklaagde(n). Een meerderheid voelt zich niet serieus genomen. Ook weten de meeste cliënten niet of er naar aanleiding van de klacht maatregelen genomen zijn, laat staan welke maatregelen (Kruikemeier et al., 2009). Ten slotte zijn cliënten het vaak niet eens met het oordeel van de klachtencommissie (Kruikemeier et al., 2009; Lekkerkerk, 2013).

### **2.8.2 Beoordeling van de klacht door een geschillencommissie**

Als de zorgaanbieder waar de klacht over gaat is aangesloten bij een van de Geschillencommissies, kunnen cliënten de klacht ook aan de Geschillencommissie voorleggen. Het belang van de Geschillencommissies is tot nu toe gering geweest. Het aantal binnengekomen klachten is laag, zeker gezien het feit dat deze commissies een landelijk bereik hebben. Bovendien wordt het grootste deel van de klachten ongegrond verklaard. De Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg is sinds 1 april 2013 werkzaam en ontving in 2014 27 klachten. Daarvan werd in 11 zaken een uitspraak gedaan, waarvan 55% ongegrond was en 9% gegrond. 18% was deels gegrond/ongegrond. Bij de Geschillencommissie VVT (werkzaam sinds 2012) kwamen in 2014 56 klachten binnen. Daarvan werd in 25 gevallen een uitspraak gedaan, waarvan 8% gegrond, 36% ten dele gegrond, en 40% ongegrond. Bij de Geschillencommissie Zorginstellingen (werkzaam sinds 2012) kwamen in 2014 51 klachten binnen waarvan in 15 gevallen een uitspraak werd gedaan. De uitspraak was bij 20% gegrond, 7% ten dele gegrond, en bij 53 % ongegrond. Bij de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken werden in 2014 10 klachten ingediend. Hiervan werd in 4 klachten een uitspraak gedaan, waarvan 25% gegrond was en 75% ongegrond. Vergelijking van de cijfers van de Geschillencommissies over 2012 en 2013 levert geen ander beeld op. ("Jaarverslag Consumentenzaken 2014," 2015) Over de tevredenheid van klagers bij de Geschillencommissies is geen informatie. Ook alternatieve zorg en cosmetische zorg vallen onder de reikwijdte van de Wkkgz. Voor zover bekend zijn aanbieders van alternatieve zorg niet aangesloten bij een

geschillencommissie. Wel is de Geschillencommissie Uiterlijke Verzorging actief. Daarbij is de (hier ter zake doende) brancheorganisatie ANBOS (schoonheidsverzorging) aangesloten, maar ook ProVoet (voetverzorging) en ANKOS (kappers) welke niet binnen bereik van de Wkkgz vallen. In 2014 waren 30 klachten in behandeling, waarvan in 13 zaken een uitspraak is gedaan. Daarvan was 38% gegrond. De verdeling van klachten over de verschillende aangesloten brancheorganisaties is niet bekend. ("Jaarverslag Consumentenzaken 2014," 2015)

### **2.8.3 Beoordeling van de klacht door de tuchtrechter**

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 de kwaliteit van het handelen van de zorgverlener bewaken. Aantallen klachten en ervaringen bij de tuchtrechter kunnen iets zeggen over de toegankelijkheid van andere klachtenregelingen.

In 2014 werden er door cliënten 1575 klachten ingediend bij de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. Tussen 2009 en 2014 waren dat er gemiddeld 1580. Tussen 2005 en 2009 ("Jaarverslag 2009 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht") werden gemiddeld 1387 klachten per jaar ingediend. Van de 1710 klachten die in 2014 zijn afgehandeld, betrof het bij 66% van de gevallen klachten over artsen (1125). Daarna zijn niet-BIG geregistreerde zorgverleners de grootste groep beklagden, met 200 klachten per jaar 11% van het totaal. Het feit dat niet-BIG geregistreerde zorgverleners de grootste groep beklagden vormt, geeft aan dat cliënten niet goed weten waar ze met hun klacht heen kunnen. Verpleegkundigen genereerden in 2014 121 klachten (7%). Binnen de beroepsgroep arts gingen 294 klachten (26%) over huisartsen. Psychiaters ontvingen in totaal in 2014 151 klachten (13%). Verder komen de verschillende percentages niet boven de 4% van het totaal aantal klachten uit en zijn de aantallen klachten ongeveer gelijk (<45). ("Jaarverslag 2014 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht,")

In 2009 vormde het geringe aantal klachten aanleiding onderzoek te doen naar de burger als klager in het tuchtrecht (Hout et al., 2009). Door middel van het uitzetten van een vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL werd onderzoek gedaan naar de kennis van het tuchtrecht, overwegingen om al of niet een tuchtklacht in te dienen en het vertrouwen dat burgers in het tuchtrecht hebben.

De onderzoekers concludeerden dat er onder burgers weinig kennis bestaat over het doel en werking van het tuchtrecht. Ook is er weinig vertrouwen in de tuchtrechtspraak. Dit kan een hindernis zijn voor het effectief indienen van

tuchtklachten. Hout e.a. zien het lage percentage gegrond verklaarde klachten (18%) en het aantal niet-ontvankelijk verklaarde klagers (één op de zes) bovendien als aanwijzing dat een te groot aantal cliënten met het verkeerde soort klachten bij de tuchtrechter aanklopt. Dat kan wijzen op de slechte toegankelijkheid van informele klachtenregelingen, of een slechte beschikbaarheid van informatie omtrent de verschillende soorten regelingen en hun doel en werking. Van het totaal aantal afgehandelde klachten in 2014 werd 24% gegrond verklaard. Het percentage niet-ontvankelijk verklaarde klagers bedroeg in 2014 25% van het totaal afgehandelde klachten. Hoewel het aantal klagers en het percentage gegrond verklaarde klachten in de afgelopen jaren gestegen is, is er vooralsnog geen aanleiding om van de conclusies van Hout e.a. af te wijken. Het aantal klagers is nog immer laag, en het lijkt er niet op dat klagers anno 2016 beter op de hoogte zijn van het soort klachten waarmee zij bij de tuchtrechter kunnen aankloppen.

Zoals ook al te zien was bij de ervaringen met de klachtafhandeling door klachtencommissies is de meerderheid van de cliënten die een klacht indienen bij het tuchtcollege tevreden over de klachteninstantie (75%). Over de reactie van de zorgaanbieder en de aangeklaagde zijn cliënten daarentegen niet te spreken: 10% is tevreden met de reactie van de zorgaanbieder en slechts 1% met de reactie van de aangeklaagde. 57% van de respondenten vindt na afloop dat hen recht is gedaan en 59% is tevreden met de uitkomst (Kruikemeier et al., 2009).

Alhafaji e.a. (Alhafaji, Frederiks, & Legemaate, 2009) deden onderzoek naar de ervaringen van klagers en aangeklaagden met het tuchtrecht in 2009. 18 klagers en 16 artsen is gevraagd naar hun verwachtingen, ervaringen en tevredenheid met de tuchtrechtelijke procedure. Door zowel artsen als cliënten wordt de procedure als erg afstandelijk ervaren. Dat wordt versterkt door de juridische opstelling en het feit dat de zitting in een gerechtsgebouw plaatsvindt. Zowel bij klagers wier klacht gegrond als ongegrond verklaard was bestond ontevredenheid met de procedure. Klagers vinden dat er niet goed genoeg naar hun geluisterd is en vinden het teleurstellend dat de maatregelen die het tuchtcollege kan opleggen geen verdere gevolgen hebben, vinden de maatregel te laag, of ze vonden dat de arts niets had geleerd van de procedure.

Ook vinden zowel klagers als aangeklaagden dat de procedure een grote negatieve impact heeft. Door cliënten werden de ingrijpende gevolgen voor klager en familie genoemd, en de psychische druk als artsen hun fouten niet toegeven. Ook de artsen in het onderzoek benoemden de invloed die de tuchtklacht op het privé- en gezinsleven kan hebben. Artsen zeggen als gevolg van een tuchtklacht voorzichtiger te zijn geworden in hun beroepsbeoefening, en vaker de wens van de cliënt te volgen, ook als dat medisch gezien misschien onwenselijk is (zogenaamde 'defensieve geneeskunde'). Zorgverleners die een incident meemaken ervaren vaak schuldgevoelens, gevoelens van schaamte,

voelen zich onzeker over hun professionele functioneren en maken zich zorgen om de betrokken cliënt. De bevindingen van Alhafaji e.a. sluiten aan bij onderzoek van Verhoef e.a. naar de impact van het tuchtrecht op de zorgverlener. (Alhafaji et al., 2009; Verhoef et al., 2015)

Een tuchtklacht en de daaropvolgende procedure roepen bij de zorgverlener gevoelens van schaamte en onrechtvaardigheid op. Verhoef e.a. signaleren dat zorgverleners zich in de tuchtrechtprocedure ten onrechte als crimineel behandeld voelden. Dit gevoel wordt versterkt door de aandacht voor medische fouten in de media, en de manier waarop door journalisten over medische fouten en zorgverleners wordt geschreven. (Verhoef et al., 2015). Zorgverleners voelen zich aangetast in hun integriteit en gedwongen de (soms traumatische) feiten steeds opnieuw te moeten herbeleven. Ook wordt als gevolg grote onzekerheid genoemd, mede door de lange duur van de procedure. Zorgverleners spreken zich in het algemeen negatief uit over de tuchtrechtelijke procedure. Wat bijdraagt aan het gevoel niet op de juiste merites beoordeeld te worden is de aanwezigheid van juristen in het tuchtcollege. Niet alleen zouden zij niet goed in staat zijn de tuchtklacht te beoordelen, eveneens draagt het volgens respondenten uit bovenstaand onderzoek bij aan (onnodige) formalisering van de procedure (Alhafaji et al., 2009; Verhoef et al., 2015).

#### **2.8.4 Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ)**

Het Landelijk Meldpunt Zorg helpt cliënten die een klacht hebben door te informeren over de mogelijkheden om de klacht op te lossen. Als cliënten een klacht bij het LMZ melden, is de kans groot dat zij bij de zorgaanbieder zelf niet wisten waar zij met hun klacht terecht konden, of dat cliënten niet tevreden zijn met de manier waarop er door de zorgaanbieder met de klacht is omgegaan.

Het Klachtbeeld van het LMZ bevat informatie over het aantal klachten, waar die klachten over gaan en in welke zorgsectoren de klachten voorkomen. Het eerste Klachtbeeld is gepubliceerd op 26 mei 2015, een half jaar na de start van het LMZ. In 2014 ontving het LMZ 2219 klachten. De meeste klachten (440) werden gegenereerd in de geestelijke gezondheidszorg, daarna volgt de intramurale ouderenzorg met 378 klachten en met 359 de medisch specialistische somatische zorg. De alternatieve zorg en cosmetische zorg vallen ook onder het bereik van de Wkkgz. Over deze sectoren is weinig informatie beschikbaar. Het Klachtbeeld biedt hier wel informatie: van de bij het LMZ ingediende klachten waren 27 tegen alternatieve zorgaanbieders gericht.

In september 2015 is een eerste evaluatie van het LMZ uitgebracht. (Ministerie van Volksgezondheid, 2015) In de evaluatie is (o.a.) onderzocht hoe burgers die contact hebben gehad met het LMZ de geboden dienstverlening hebben ervaren. Daartoe is in de periode 23 maart tot en met 12 mei 2015 aan burgers waarmee het meldpunt contact had gevraagd of zij bereid waren deel te nemen



aan een klantvervalsingsonderzoek. Daar is door 222 mensen instemmend op gereageerd. 46% van deze mensen heeft de vragen ter beoordeling van het LMZ beantwoord. Uit de evaluatie komt naar voren dat cliënten tevreden zijn over de manier waarop zij door medewerkers van het LMZ te woord worden gestaan. Zij vinden de medewerkers van het LMZ vriendelijk, empathisch, en kunnen hun verhaal bij hen kwijt. De meeste cliënten zijn ook tevreden over het advies en de informatie die ze krijgen en de termijn waarbinnen ze geholpen worden. Minder positief zijn ze over de inhoud van het advies. Veel mensen die zich tot het LMZ wenden verwachten een andere rol dan het LMZ heeft. Zij verwachten dat het LMZ een actievere rol heeft, en bijvoorbeeld zelf ingrijpt, de klacht onderzoekt of hen actief begeleidt in het proces en ervaren dat dit niet gebeurt. Ook zijn ze soms teleurgesteld als het LMZ de klacht niet aan de IGZ voorlegt.

Het aantal klachten bij het LMZ is vooralsnog relatief klein. De hierboven omschreven aantallen zijn opgesteld een half jaar na de start van het LMZ. De toekomst zal moeten uitwijzen of het LMZ op lange termijn een prominenter rol zal gaan spelen.

*Een claim indienen*

Ziekenhuizen in Nederland zijn voor medische aansprakelijkheid in de meeste gevallen verzekerd bij Centramed of MediRisk. Bij MediRisk zijn 41 leden aangesloten. Tussen 2010 en 2014 werden gemiddeld 1150 claims gemeld per jaar. Daarvan werd in 2014 in 41% van de gevallen aansprakelijkheid afgewezen, in 2013 was dit 46% en in 2012 47%. De hoogte van de gemiddelde vergoeding per erkende claim was tussen 2010 en 2014 45.365 euro ("www.medirisk.nl," 2016). MediRisk signaleert een forse stijging van de schadelast per claim. In 2006 bedroeg de gemiddelde schadelast per claim 20,000 euro. Dat is inmiddels opgelopen tot 55,000 euro (Olsthoorn, 2016). Het aantal claims per jaar is niet veel gestegen. Dat waren er in 2007 1108, in 2013 werden er 1279 claims ingediend (Kiers, 2014). MediRisk wijt de gestegen schadelast aan de terugtrekkende overheid en een "vershraling van de sociale sector". Daardoor komen in het geval van schade ten gevolge van een incident meer kosten bij het ziekenhuis te liggen.

Centramed, met 79 leden, meldt een geringe toename van het aantal claims per instelling en ook een lichte toename van de schadelast per claim. Bij Centramed werden over de afgelopen jaren volgens de website (<http://www.centramed.nl/over-centramed/centramed-in-cijfers/10-over-centramed-menu/343-centramed-in-cijfers-claims-last>) gemiddeld 500 claims per jaar behandeld (hoeveel claims er bij Centramed werden ingediend vermelden de cijfers niet), waarvan 41% geschikt of erkend werden. De gemiddelde schadelast per claim bedroeg tussen 1994-2014 28.000 euro. Bij Centramed is de schadelast per claim de afgelopen jaren met ongeveer 3,5% toegenomen ("Reactie artikel Zorgvisie,"). Dat is een fors verschil met de stijging van 75% in schadelast bij MediRisk. Er is in deze nulmeting geen ruimte

om uitgebreid in te gaan op de oorzaken van de verschillen in schadelast. Verschillen in de schadelast en aantallen claims kunnen door veel verschillende factoren worden veroorzaakt, waaronder allereerst de verzekeringssystematiek die de beide aansprakelijkheidsverzekeraars hanteren. Medirisk gaat dit jaar over van systeem met een beperkt eigen risico naar hetzelfde systeem wat Centramed hanteert, 'stop loss'. Schade wordt pas vergoed als een bepaald bedrag aan eigen risico is volgemaakt. Niet alleen de Wkkgz, maar ook de wijziging van verzekeringssystematiek kan de komende jaren zijn invloed gaan uitoefenen op aantallen claims en schadelast. Verder zien zowel MediRisk als Centramed een toename in claims over oudere zaken (zaken van meer dan vijf jaar oud) (Kiers, 2014).

Van de respondenten in het onderzoek van Kruikemeier e.a. (Kruikemeier et al., 2009) naar ervaringen van mensen met een klacht gaf 40% na klachtbehandeling nog behoefte te hebben financiële compensatie, 24% van de respondenten heeft ook daadwerkelijk een schadeclaim ingediend. 23% is niet op het idee gekomen, 40% wilde geen claim indienen en 15% heeft het niet gedaan maar had het wel gewild (Kruikemeier et al., 2009). De redenen voor het wel of niet indienen van een claim worden in het onderzoek niet gespecificeerd. Bekend is wel dat een juridische procedure voor betrokkenen bij medische incidenten een zware belasting vormt, onder andere vanwege de kostenrisico's, de lange duur en de conflictueuze sfeer. Ook voor zorgverleners is een civiele procedure een emotioneel belastende ervaring (Smeehuijzen, 2013).

Uit onderzoek blijkt dat een gebrek aan informatie over klachten en/of incidenten en het gevoel niet serieus te worden genomen onder de belangrijkste redenen tot het indienen van een claim behoren. Dit wordt ook wel oneigenlijk gebruik van het aansprakelijkheidsrecht bedoeld; het aansprakelijkheidsrecht wordt als een middel tot een doel gebruikt waar het niet voor is bestemd. (Smeehuijzen, 2013) Voor de stelling dat een goede klachtafhandeling het indienen van claims kan doen voorkomen is te weinig onderbouwing. Wat in de vijfjarige evaluatie van de Wkkgz wel zou kunnen wijzen op een adequate laagdrempelige klachtafhandeling is een afname in het aantal onterecht ingediende (afgewezen) claims.

## 2.9 *Leren van klachten*

Een belangrijke functie van het klachtrecht is de mogelijkheid om van klachten te leren; "een klacht is een gratis advies". Leren van klachten is één van de overkoepelende thema's van de Wkkgz. De inhoud van klachten en de ervaringen van klagers kunnen immers belangrijke signalen zijn waar in de aangeboden zorg wellicht verbeteringen moeten worden doorgevoerd. Signalering en advisering in het kader van de verbetering van de kwaliteit van zorg en advisering en beleidsontwikkeling, in het kader van

klachtenmanagement is als zodanig ook opgenomen in het beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris, opgesteld door de beroepsvereniging VKIG. Leren van klachten om de kwaliteit van zorg te verbeteren is een belangrijk doel van de Wkkgz. Dit lijkt in de praktijk echter nog weinig te gebeuren. Mensen die een klacht indienen geven doorgaans aan dat ze niet weten of er iets met hun klacht is gedaan. Klagers bij de tuchtrechter of een klachtencommissie waren tevreden over de werkwijze en de bejegening door deze instanties, maar vaak ontevreden met de uitkomst van de procedure. Dat had (o.a.) te maken met een gebrek aan inzicht in hoeverre de organisatie van de klacht had geleerd en of er verbetermaatregelen waren doorgevoerd. (Kruikemeier et al., 2009) Uit de meldactie 'Klachten en klachtregelingen' van de NPCF bleek dat, volgens de respondenten, in veel gevallen niets met de klacht werd gedaan. (Lekkerkerk, 2013)

Al bij de eerste evaluatie van de WKCZ in 1999 werd geconstateerd dat de meeste zorgaanbieders geen duidelijk beleid hadden om de gegevens uit de opvang en behandeling van klachten te gebruiken in hun kwaliteitsbeleid. (Friele et al., 1999) Onder andere om deze reden 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 concludeert 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 heeft 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. Positieve noot is dat er ten tijde van het onderzoek wel gewerkt werd aan enkele initiatieven op dit vlak. Recentere informatie over de mate waarin deze initiatieven vlucht genomen hebben is niet beschikbaar. Wel blijkt uit het eerder genoemde onderzoek door Van Dijk e.a. dat klachtenfunctionarissen in Nederland van mening zijn dat advisering in het kader van kwaliteitsverbetering te weinig terugkomt in hun dagelijkse werkzaamheden (Van Dijk et al., 2015). Zij geven aan daar in de dagelijkse praktijk niet of niet voldoende aan toe te komen, met name signalering en beleidsadviesing bleken bij veel klachtenfunctionarissen in het takenpakket te ontbreken. Dit ondanks het belang dat zij hechten aan systeem- en beleid gerichte kernactiviteiten zoals het informeren van management en bestuur. Vragen en klachten worden wel teruggekoppeld naar o.a. de Raad van Bestuur, maatschap of cliëntenraad, maar de frequentie waarin dit gebeurt loopt sterk uiteen. Bovendien is onduidelijk of er opvolging plaatsvindt in de zin van verbetermaatregelen.

## 3 De informatiepositie van cliënten

### 3.1 Achtergrond

De Wkkgz geeft cliënten het recht om door de zorgaanbieder ingelicht te worden over kwaliteit, kosten en tarieven, maar ook over de aard en toedracht van incidenten tijdens de behandeling. De wetgever beoogt hiermee de verhouding tussen de zorgverlener en de cliënt gelijkwaardiger te maken. Informatie over een zorgaanbieder of een behandeling kan de cliënt helpen in het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Informatie over, bijvoorbeeld, de slagingskansen van een behandeling of de ervaring van de betrokken medisch specialist in het uitvoeren van een behandeling kan de cliënt helpen bij het maken van een doordachte keuze. Daarnaast zou het stimuleren van gedrag als zorgconsument bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Cliënten die kiezen op basis van kwaliteitsinformatie zouden zorgaanbieders kunnen aanzetten met elkaar te concurreren op kwaliteit.

Het recht op informatie geldt niet alleen voorafgaand, maar ook gedurende de behandelrelatie. Cliënten hebben informatie nodig om te beslissen over vervolgstappen in de behandeling. Het recht van de cliënt om ingelicht te worden over behandelalternatieven is gedekt met het vereiste van ‘informed consent’ in de WGBO. In de Wkkgz wordt hier nog een element aan toegevoegd: de zorgverlener moet de cliënt ook informeren over de kwaliteit van de aangeboden zorg, zoals informatie over tarieven en cliëntenervaringen. Een behandelaar heeft soms geen of onvoldoende ervaring met één van de behandelalternatieven voor een specifiek probleem. Dat is belangrijke informatie voor een cliënt voor het maken van een weloverwogen keuze. Ook kan gedacht worden aan een situatie dat een bepaalde behandeling niet door de betrokken zorgverlener gegeven wordt, bijvoorbeeld als gevolg van de concentratie van bepaalde behandelingen in een beperkt aantal ziekenhuizen. Ook dat is belangrijke informatie om een keuze te kunnen maken, waaronder de keuze zich tot een andere zorgverlener te wenden.

Een andere invulling van het versterken van de informatiepositie van de cliënt is de wettelijke regeling van openheid na een incident. Openheid bevordert niet alleen een sneller lichamelijk herstel van de cliënt, maar ook psychisch kan zulke informatie de impact van een medisch incident voor de cliënt verkleinen (Smeehuijzen, 2013). De informatieplicht bij een incident kon tot de komst van de Wkkgz afgeleid worden van de algemene informatieplicht op grond van art. 7:448 WGBO en de professionele standaard van de zorgverlener (J Legemaate, Van Everdingen, Kievit, & Stappers, 2007). Ook was de plicht tot openheid al vastgelegd in richtlijnen en gedragsregels. Met de Wkkgz wordt het recht op informatie over incidenten voor het eerst expliciet in de wet opgenomen. Gaat er iets mis in de behandeling van de cliënt, dan is de zorgaanbieder op grond

van artikel 10 lid 3 verplicht de cliënt hierover in te lichten en een aantekening te maken in het dossier. De betrokken cliënt heeft recht op informatie over wat er mis is gegaan, wat er door de zorgaanbieder ondernomen wordt om de schade te herstellen of te beperken en wat de zorgaanbieder voor maatregelen doorvoert om te voorkomen dat hetzelfde nog een keer gebeurt. Hiermee hangt het al eerder genoemde doel van de Wkkgz, verbetering van de kwaliteit van zorg en de verbetering van de afhandeling van klachten en incidenten, nauw samen. Alleen door open en eerlijk over incidenten te spreken, zowel extern (naar de cliënt) als intern (zorgverleners onder elkaar) kan de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg verbeteren.

Samengevat is de bedoeling van de wetgever om de positie van cliënten te versterken door hen het recht te geven om informatie te krijgen over zorgverleners, zorgaanbieders, de behandeling en de aard en toedracht van incidenten als er iets mis gaat. In het kader van deze nulmeting Wkkgz heeft het Ministerie van VWS daarom enkele specifieke vragen op het gebied van informatie en cliënten geformuleerd.

- Wat is bekend over het aantal zorgvragers dat kwaliteitsinformatie opvraagt bij een zorgaanbieder?
- In welke gevallen worden cliënten die kwaliteitsinformatie opvragen naar tevredenheid geïnformeerd?
- Wat is bekend over het aantal meldingen van burgers bij het LMZ waarbij cliënten aangeven geen goede informatie te hebben gekregen over een incident? De laatste vraag is in bredere zin opgevat – in hoeverre worden cliënten geïnformeerd over een incident tijdens de behandeling?
- 

In dit hoofdstuk wordt ter beantwoording van bovenstaande vragen in kaart gebracht hoe cliënten gebruik maken van informatie over de kwaliteit van zorg, ook over die informatie die door een individuele zorgverlener wordt verstrekt. Onderzocht zal worden of cliënten behoefte hebben aan kwaliteitsinformatie over een zorgaanbieder, of zij deze informatie actief opzoeken en of ze deze informatie gebruiken bij het maken van een beslissing over de zorgaanbieder of behandeling. Ook wordt onderzocht of er tijdens de behandeling behoefte is aan informatie over hun verdere behandeling en eventuele alternatieven hiervoor, en in hoeverre zorgverleners in deze behoefte voorzien. Tot slot wordt onderzocht in hoeverre er openheid gegeven wordt als er in de behandeling van een cliënt iets mis gaat.

Hoewel deze nulmeting de volledige breedte van zorgaanbieders betreft, is er ook op het gebied van de informatiepositie van cliënten met name informatie beschikbaar over de ziekenhuissector. In de onderstaande resultaten zullen de ziekenhuizen dan ook vaker aan bod komen dan overige sectoren. Er is hier

geen sprake van een vooraf bepaalde focus, dit is puur op basis van beschikbare informatie ontstaan.

## 3.2 Resultaten

### 3.2.1 Informatie over de kwaliteit van de zorgaanbieder

De Wkkgz verplicht zorgaanbieders kwaliteitsinformatie te geven wanneer cliënten hierom vragen. De keuze voor een zorgaanbieder en een behandeling zijn nauw met elkaar verweven. Victoor omschrijft zorgen als een proces (“logica van het zorgen”) waarin fasen van diagnose en behandeling elkaar afwisselen, waarin geen duidelijk startpunt is en cliënten het gevoel hebben zich in een rijdende trein te bevinden. (Victoor, 2015) Dat roept de vraag op wanneer er een logisch moment is om informatie te verschaffen voor het maken van een keuze voor een behandelaar en of er wel een logisch moment is.

De NPCF heeft onlangs onder 13.7000 cliënten een onderzoek gedaan waarin cliënten aangaven niet goed op de hoogte te zijn van de kwaliteit van hun huisarts. Cliënten gaven aan dat zij het belangrijk vinden om te weten hoe de kwaliteit van hun huisarts zich verhoudt tot die van andere huisartsen. (NPCF) De Consumentenbond daarentegen stelde dat cliënten veel vertrouwen hebben in de kennis en kunde van hun huisarts: op de vraag ‘Heeft u het gevoel dat uw huisarts voldoende deskundig is?’ antwoordde 81% ‘ja, daar heb ik alle vertrouwen in’ (LHV, 2015). De rapportage van de NPCF is ten tijde van het schrijven van dit rapport nog niet openbaar gemaakt.

Cliënten vinden het belangrijk dat ze een keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder of individuele zorgverlener (Lekkerkerk, 2011; Victoor, 2015). Toch maken de meesten cliënten in de praktijk geen actieve keuze. De meerderheid van de cliënten ‘kiest’ voor de voor de hand liggende zorgaanbieder. De voor de hand liggende zorgaanbieder is de zorgaanbieder die het dichtst in de buurt is, waar ze eerder zijn geweest, of waar door de huisarts naar verwezen wordt (Grol & Faber, 2007; Reitsma, Brabers, Masman, & De Jong, 2012; Victoor, 2015). Soms is er ook geen sprake van een keuze; te denken is aan spoedgevallen of de situatie waarin er geen regionaal alternatief is (Victoor 2015).

Cliënten die wel op zoek gaan naar kwaliteitsinformatie kunnen daarvoor op een aantal plekken terecht. Zorgaanbieders kunnen kwaliteitsinformatie op hun website of in hun jaarverslag publiceren. Over het aantal cliënten dat kwaliteitsinformatie opvraagt bij de zorgaanbieder zelf is geen informatie beschikbaar. Het is dan ook niet bekend of zorgaanbieders cliënten op adequate wijze over de kwaliteit van zorg informeren. Wel is bekend in welke mate cliënten op zoek gaan naar kwaliteitsinformatie via andere wegen, en of ze die informatie gebruiken in het maken van een keuze voor een zorgaanbieder of een specifieke zorgverlener.

Een belangrijke informatiebron voor cliënten is de huisarts. Cliënten die niet actief kiezen laten zich bij de keuze voor een specialist vooral adviseren/verwijzen door de huisarts (Reitsma, Brabers, Masman, et al., 2012). Cliënten die meer informatie willen over een zorgaanbieder vertrouwen ook graag op informatie van de huisarts (Lekkerkerk, 2011; Reitsma, Brabers, Masman, et al., 2012). Cliënten gaan er vanuit dat de huisarts verwijst op basis van kwaliteitsinformatie en de voorkeuren van de cliënt. Dit blijkt niet vaak het geval te zijn. Huisartsen maken in vrijwel alle bestudeerde gevallen een keuze voor een specifieke zorgaanbieder op basis van connecties met die zorgaanbieder of op grond van hun eigen medische oordeel (A. Victoor, 2015). Eén van de resultaten van de NPCF meldactie over huisartsenzorg was dat cliënten meer informatie zouden willen hebben over de mate waarin de huisarts naar medisch specialistische zorg verwijst.

Op het Internet kunnen cliënten voor informatie terecht op websites zoals ZorgkaartNederland, of KiesBeter. Op ZorgkaartNederland.nl kunnen cliënten hun ervaringen met een zorgaanbieder delen. ZorgkaartNederland is populair; de website wordt maandelijks door meer dan een miljoen bezoekers aangeklikt. KiesBeter is een vergelijkingswebsite die is ontwikkeld door de overheid, waar (door de zorgaanbieder zelf aangeleverde) informatie te vinden is over zorgaanbieders. KiesBeter werd in 2012 door 5,6 miljoen bezoekers bekeken. Ziekenhuizen en revalidatiecentra in Nederland ontwikkelen sinds mei 2014 het Kwaliteitsvenster, waarin een zorginstelling inzicht geeft in de kwaliteit aan de hand van 10 onderwerpen die iets zeggen over de kwaliteit van die zorginstelling en de ervaringen van cliënten. Over het gebruik en de waardering van het Kwaliteitsvenster is vooralsnog geen informatie beschikbaar. Dat de populariteit van zorgvergelijkingswebsites zoals ZorgkaartNederland.nl toeneemt, duidt er op dat er een substantieel aantal cliënten is dat kwaliteitsinformatie opzoekt. Ook als cliënten informatie opzoeken, gebruiken zij die informatie echter slechts zelden bij de uiteindelijke beslissing. (De Groot, Otten, Smeets, & Marang-van de Mheen, 2011)

Cliënten hechten er ook waarde aan dat zij samen met hun zorgverlener kunnen beslissen (Van Haastert, 2014). Als belangrijkste voorwaarde om samen beslissen mogelijk te maken, wordt door cliënten voldoende informatie over voordelen, nadelen, en risico's van de verschillende mogelijkheden genoemd (Van Haastert, 2014). Door de NPCF is in de meldactie 'Keuzehulpmiddelen: Hoe maakt u een keuze in de gezondheidszorg?' aan cliënten gevraagd in hoeverre er in hun behandeling sprake was van 'samen beslissen'; 63% van de deelnemers aan deze meldactie gaf aan niet betrokken te zijn geweest bij de beslissing over verdere stappen in de behandeling en kreeg evenmin verschillende behandelopties voorgelegd. Uit onderzoek onder mensen met astma en COPD blijkt juist dat vrijwel iedereen aangeeft dat zij de informatie krijgen die bij hen past en ook vragen kunnen stellen. (Heijmans, Zwijnenberg, Baan, Spreeuwenberg, & Devillé, 2013) Uit onderzoek onder Nederlandse

oudere cliënten met kanker blijkt dat zij vooral behoefte hebben aan informatie over hun behandeling, herstel en informatie over een realistisch perspectief van de effecten van de behandeling. (Weert, Van Bolle, Van Dulmen, & Jansen, 2013)

Ook uit internationaal onderzoek blijkt een grote behoefte onder cliënten aan adequate informatie en betrokkenheid bij behandelbeslissingen. (Uldry, Schäfer, Saadi, Rousson, & Demartines, 2013) Die behoefte lijkt ook te genomen te zijn in de laatste decennia. (Chewning et al., 2012) In een ander review, met onderzoek dat betrekking heeft op cliënten in Duitsland, wordt geconstateerd dat nog onvoldoende wordt tegemoet gekomen aan de informatiebehoefte van cliënten. (Pieper et al., 2015) Al dit onderzoek wijst op het grote belang dat cliënten hechten aan goede informatie en actieve besluitvorming. Dit onderzoek laat ook zien dat cliënten, desgevraagd, aangeven dat zij behoefte hebben aan meer informatie: over hun behandeling, diagnose en prognose. Daarbij vallen wel verschillen op tussen groepen cliënten. Zo is de behoefte aan informatie groter onder hoger opgeleiden. Onduidelijk is echter hoe het beste tegemoet gekomen kan worden aan deze informatiebehoefte. In de Wkkgz wordt, nogmaals, het belang van een goede informatievoorziening benadrukt. De uitdaging zal zijn hier een antwoord op te vinden, dat aansluit bij de informatiebehoefte van cliënten.

### 3.3 *Openheid als het mis gaat*

Cliënten waarbij iets is misgegaan in de behandeling, hebben behoefte aan informatie over het incident. Cliënten willen informatie over wat er is gebeurd, hoe het is gebeurd, dat er verantwoordelijkheid genomen wordt, dat er excuses worden aangeboden en dat er maatregelen genomen worden om een vergelijkbare fout in de toekomst te voorkomen (Smeehuijzen, 2013). De Wkkgz legt de verplichting tot het verschaffen van openheid na een medisch incident voor het eerst wettelijk vast in art. 10 lid 3 Wkkgz. Openheid als norm is echter niet nieuw. Het recht op informatie werd eerder afgeleid uit de WGBO, en de normen die voortvloeien uit de professionele standaard van de zorgverlener. De KNMG richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?' (2007) en de 'Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid' (2013) bevatten ook beiden een bepaling waarin de arts wordt verplicht openheid te verschaffen. Openheid na medische incidenten is niet alleen extern (jegens de cliënt) maar ook intern van belang. Alleen door het creëren van een open cultuur kan van incidenten geleerd worden. Dat het nodig is openheid als wettelijke norm te codificeren, is een aanwijzing dat het nog niet voor iedereen duidelijk is dat openheid niet alleen mag maar zelfs moet worden gegeven.

Om een open en eerlijke houding jegens de cliënt te kunnen waarborgen, moet in de zorginstelling een open en veilige cultuur bestaan waarin over incidenten gesproken kan worden zonder angst voor de consequenties. Dit wordt wel



aangeduid als 'just culture', een cultuur waarin het leren van fouten centraal staat. Over de mate waarin 'just culture' in zorgaanbieders reeds bestaat is geen systematische informatie beschikbaar. Wel zijn er aanwijzingen dat hier nog niet altijd sprake van is. Recent onderzoek wijst uit dat slechts één op de drie zorgverleners elkaar aanspreekt op disfunctioneren. (Kreulen, 2016). Ook verscheen in het Medisch Contact een bijdrage over de noodzaak beter te luisteren naar reflectie en feedback van aio's en coassistenten. In die bijdrage wordt aandacht gevraagd voor de problemen die de hiërarchische en gesloten structuur in zorgaanbieders veroorzaken en wordt gepleit voor het vergroten van openheid in de zorg. Dat de bijdrage anoniem gepubliceerd werd, geeft vervolgens te denken (Onbekend, 2015). Als zorgverleners onderling niet open met elkaar (durven te) communiceren is er weinig aanleiding te denken dat ze dit naar de cliënt wel (altijd) doen.

Heuver e.a. deden onderzoek naar de mate waarin *just culture* in het Nederlandse calamiteitenbeleid is doorgedrongen. (Heuver, Heijboer, Schilp, & Wagner, 2015) 113 respondenten (41% kwaliteitsmedewerker, 67% als onderzoeker betrokken bij onderzoek naar (potentiële) calamiteiten in het ziekenhuis) werd een enquête voorgelegd met negen stellingen over *just culture*. Dit onderzoek wees uit dat niet alle calamiteiten bij de IGZ worden gemeld. 40% gaf in dit onderzoek aan dat (potentiële) calamiteiten niet altijd worden gemeld. Wel werd in betreffend onderzoek door 88% van de respondenten aangegeven dat 'leren van fouten' hoog op de agenda staat en door 76% dat er in de organisatie open over fouten gesproken wordt. Het is opvallend dat die openheid zich niet naar de IGZ vertaalt. Dat stemt bovendien niet optimistisch voor de te verwachten openheid naar de cliënt.

Voorbeelden uit de media impliceren eveneens dat zorgaanbieders worstelen met de wijze waarop zij met calamiteiten moeten omgaan.<sup>2</sup> Uit het jaarverslag van de IGZ blijkt eveneens dat de gewenste openheid nog niet altijd wordt gegeven, er is sprake van zogenaamde onderrapportage. In 2014 werden volgens het jaarverslag van de IGZ in totaal 9440 calamiteiten gemeld. Dat ligt ver onder het door de IGZ verwachte aantal van 12.000 meldingen. In februari verscheen in *Zorgvisie* een bijdrage over 20 door ziekenhuizen verzwegen meldingen in 2015. De calamiteiten waren alsnog aan het licht gekomen door melding door andere betrokkenen. (Kiers, 2016)

In een peiling van het NIVEL uit 2012 is aan artsen en cliënten gevraagd of zij verwachtten dat men er in de gezondheidszorg open over is als er iets niet goed is gegaan in de behandeling. (Reitsma, Brabers, Wigersma, & De Jong, 2012)

---

<sup>2</sup> Recentelijk zijn zowel het UMCU (<http://www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/umc-utrecht-meldde-fatale-calamiteiten-niet-bij-inspectie>) als het AMC (<http://nos.nl/artikel/2078232-ook-amc-meldde-medische-calamiteit-niet.html>) in opspraak geraakt vanwege nalaten te melden van een calamiteit bij de IGZ.

Van de deelnemende cliënten antwoordden slechts 5% bevestigend, maar ook van de deelnemende zorgverleners was slechts 24% overtuigd dat er na een medisch incident openheid van zaken wordt gegeven. Van de deelnemende cliënten verwachtte 53% dat zorgverleners en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd houden. 12% van de zorgverleners gaven op deze vraag bevestigend antwoord. Een andere peiling van het NIVEL wijst uit dat hoewel veel cliënten aangeven na een klacht met hun zorgverlener in gesprek te willen gaan, dit niet in alle gevallen gebeurt. Van de ondervraagde cliënten die een persoonlijk gesprek hadden willen hebben (67%), heeft minder dan 48% van de cliënten een gesprek met zijn zorgverlener gevoerd. Daar komt nog bij dat veel van de gesprekken die wel gevoerd worden niet naar tevredenheid van de cliënt zijn (Kruikemeier et al., 2009). In dezelfde studie geven 65% van de respondenten aan dat zij vinden dat zij niet genoeg informatie hebben gekregen over de situatie die geleid heeft tot hun klachten. Dergelijke resultaten laten zien dat er op het gebied van openheid en communicatie nog veel te verbeteren valt.

Illustratief voor de worsteling omtrent openheid is ook de discussie rondom de verstrekking van de rapportage naar aanleiding van de calamiteitenanalyse. (J Legemaate, 2015) Zorgaanbieders die bij de IGZ melding maken van een calamiteit, zijn verplicht een interne analyse uit te voeren naar de mogelijke oorzaken van de calamiteit en het verslag hiervan ter beoordeling naar de IGZ op te sturen. (*Uitvoeringsregeling Wkkgz*, 2014) Sinds enige tijd zijn zorgaanbieders verplicht de cliënt in deze analyse te betrekken en op de hoogte te stellen van de uitkomsten (tenzij de cliënt hier zelf niet mee instemt). Dit heeft geleid tot de vraag of zorgaanbieders de rapportage integraal aan de cliënt zouden moeten verstrekken. Er zijn zorgaanbieders die de rapportage na uitleg in zijn geheel aan de cliënt meegeven. Er zijn echter ook zorgaanbieders die dit (nog) niet (altijd) doen, uit angst dat de vaktaal in de rapportage tot onbegrip bij de cliënt leidt en als zodanig leidt tot een toename in claims, negatieve publiciteit of reputatieschade van de betrokken zorgverleners.

## 4 Kwaliteit, veiligheid en goed bestuur

### 4.1 Achtergrond

De Wkkgz vervangt op het gebied van kwaliteit en veiligheid de Kwaliteitswet zorginstellingen (VWS, 1996). Daarnaast zijn er in de Wkkgz een aantal nieuwe verplichtingen opgenomen (Rijksoverheid, 2016c). Deze nieuwe verplichtingen zijn veelal aanscherpingen van bestaande wetgeving op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Zo is elke zorgaanbieder op basis van de Wkkgz wettelijk verplicht om 'goede zorg' te verlenen. Onder goede zorg verstaat men: zorg die geleverd wordt volgens professionele- en kwaliteitsstandaarden. Hiermee geeft de Wkkgz een bredere invulling van het begrip 'goede zorg', in vergelijking tot het begrip 'verantwoorde zorg' zoals dat in de Kwaliteitswet werd gebruikt. Een andere nieuw element is de 'vergewisplicht'. Dit houdt in dat een zorgaanbieder moet controleren hoe een zorgverlener in het verleden heeft gefunctioneerd. Een van de manieren waarop een zorgaanbieder dit kan doen is door een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) op te vragen. In de langdurige zorg is een VOG zelfs verplicht. Ook moet een zorgaanbieder schriftelijke overeenkomsten afsluiten met zorgverleners die voor hen werken. Deze overeenkomsten moeten waarborgen dat de zorgverlener aan wettelijke verplichtingen en regels van de zorgaanbieder voldoet en dat verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit en veiligheid duidelijk zijn vastgelegd. Op het gebied van melden van incidenten en calamiteiten scheidt de Wkkgz randvoorwaarden voor het veilig melden van incidenten. Gegevens uit interne meldingen mogen namelijk niet gebruikt worden voor civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedures. Ook mogen de gegevens niet gebruikt worden voor disciplinaire of bestuurlijke sancties. De Wkkgz hanteert tenslotte een bredere definitie van 'geweld in de zorgrelatie', waardoor in de huidige wetgeving niet alleen calamiteiten en seksueel misbruik gemeld moeten worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), maar ook alle andere vormen van geweld in de zorgrelatie en ontslag wegens ernstig disfunctioneren.

In het kader van deze nulmeting Wkkgz heeft het Ministerie van VWS enkele specifieke vragen op het gebied van kwaliteit, veiligheid en goed bestuur geformuleerd:

- Wat is bekend over de manier waarop zorgaanbieders zich vergewissen over het eerdere functioneren van sollicitanten, en het aanvragen van een VOG in de zorg? Hoeveel procent van de zorgaanbieders doen dat actief? (aantal aanvragen VOG verstrekt door Justis);
- Wat is bekend over schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en voor hen werkzame zorgverleners? (bij ziekenhuizen bijv. de modeltoelatingsovereenkomst voor

maatschappen, zzp-ers in thuiszorg) Hoeveel zorgverleners die werkzaam zijn voor een zorgaanbieder hebben een schriftelijke overeenkomst, en hoeveel niet?;

- Wat is bekend over veilige toepassing van medische technologie? In hoeveel zorgaanbieders worden de toepasselijke convenanten en richtlijnen nageleefd, en in welke typen zorgaanbieders meer, en in welke minder?;
- Wat is bekend over systemen van VMS, waaronder VIM? In hoeveel zorgaanbieders wordt dit actief toegepast, en hoe vaak? In welke typen zorgaanbieders wordt het meer gebruikt, in welke minder? Hoe ontwikkelt zich het aantal meldingen? (Ervaringen van stichting portaal cliëntveiligheid);
- Wat is bekend over het aantal en soort meldingen bij de IGZ van calamiteiten en seksueel geweld, uitgesplitst naar sector en type zorginstelling?

Deze vragen hebben betrekking op elementen van de Wkkgz die een uitbreiding zijn op eerdere kwaliteitswetgeving. In dit hoofdstuk komen deze vragen op de volgende manier aan bod: allereerst zal een korte inleiding worden gegeven op het begrip kwaliteitsmanagement en de verschuiving van focus op specifieke aspecten van cliëntveiligheid. Vervolgens zullen twee van deze specifiekere aspecten, namelijk veiligheidsmanagementsystemen en een veilige toepassing van medische technologie worden besproken. Voor deze aspecten is gekozen omdat dit twee belangrijke thema's zijn op het gebied van kwaliteit en veiligheid, nu en in de toekomst.

Hoewel deze nulmeting de volledige breedte van zorgaanbieders betreft, is er ook op het gebied van kwaliteit, veiligheid en goed bestuur met name informatie beschikbaar over de ziekenhuissector. In de onderstaande resultaten zullen de ziekenhuizen dan ook vaker aan bod komen dan overige sectoren. Er is hier geen sprake van een vooraf bepaalde focus, dit is puur op basis van beschikbare informatie ontstaan.

## **4.2 Resultaten**

### **4.2.1 Van kwaliteitsmanagement naar veiligheidsmanagement**

Hieronder zal eerst kort aandacht worden besteedt aan de Kwaliteitswet zorginstellingen en de verschuiving van focus op kwaliteitsmanagement naar veiligheidsmanagement. Deze informatie is van belang voor het begrip van de Wkkgz op het gebied van kwaliteit en veiligheid omdat de Wkkgz de Kwaliteitswet zorginstellingen vervangt.

De Kwaliteitswet zorginstellingen ging in 1996 van kracht en verplichtte alle zorginstellingen in Nederland tot het monitoren, beheersen en verbeteren van kwaliteit van zorg. De wet stelde vier voorwaarden aan zorginstellingen (Casparie, 2001; VWS, 1996):

1. verantwoorde zorg,
2. beleid gericht op kwaliteit,
3. implementeren van een kwaliteitssysteem,
4. jaarlijks kwaliteitsjaarverslag.

Een kwaliteitssysteem zorgt voor een goede inrichting en organisatie van de zorginstelling en richt zich daarnaast op het monitoren van zorgprocessen en het voorkomen van onbedoelde schade als gevolg van de verleende zorg. Het kwaliteitssysteem zorgt voor de benodigde randvoorwaarden voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Verschillende onderzoeken sinds de invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen tonen aan dat het implementeren kwaliteitssystemen in zorgaanbieders gestaag op gang is gekomen (Dückers, Makai, Vos, Groenewegen, & Wagner, 2009; Sluijs, Keijser, & Wagner, 2006; van Schoten, 2015; van Schoten, Groenewegen, & Wagner, 2013; Cordula Wagner, 1999). Voor de ziekenhuissector is bijvoorbeeld bekend dat in 2011 alle ziekenhuizen weliswaar beschikten over de verschillende elementen van een kwaliteitssysteem, maar dat meer dan de helft van de ziekenhuizen deze elementen nog niet had weten om te zetten tot een systeem van continu leren en verbeteren (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). Deze laatste stap wordt gezien als de meest cruciale stap in de implementatie van een kwaliteitssysteem en een voorwaarde voor een 'lerende organisatie'. Daarnaast waren de effecten van implementatie van een kwaliteitssysteem op het bereiken van betere kwaliteit van zorg moeilijk aan te tonen (van Schoten, 2015). Ook uit internationale literatuur blijkt dat er veel onduidelijkheid bestaat over de relatie tussen een kwaliteitssysteem en een goede kwaliteit van zorg (Groene et al., 2010; Groene et al., 2011; Lombarts, Rupp, Vallejo, Klazinga, & Suñol, 2009; Secanell et al., 2014; Cordula Wagner et al., 2014).

Toen NIVEL en EMGO/VUmc in 2007 het rapport "Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen" publiceerde bleek dat 5,7% van cliënten die worden opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen te maken heeft met onbedoelde schade, 2,3% van de cliënten kreeg te maken met potentieel vermijdbare schade, dat wil zeggen onbedoelde schade die was ontstaan door het (niet) handelen volgens de professionele standaarden van zorgverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem (De Bruijne, Zegers, Hoonhout, & Wagner, 2007). Onder andere hierdoor, verschoof de focus van kwaliteitsmanagement naar veiligheidsmanagement. Bij veiligheidsmanagement ligt de nadruk op het waarborgen van cliëntveiligheid in de dagelijkse praktijk. Cliëntveiligheid komt neer op het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de cliënt toegebrachte onbedoelde schade (C. Wagner & Van der Wal, 2005). Cliëntveiligheid wordt vaak gezien als het minimale vereiste voor goede kwaliteit van zorg (C. Wagner & Van der Wal, 2005). Het waarborgen van cliëntveiligheid gebeurt door middel van veiligheidsmanagementsystemen.

Nu volgt eerst een bespreking van veiligheidsmanagementsystemen en zal er op vijf onderdelen hiervan worden ingegaan: (1) preventie disfunctioneren zorgverleners; (2) overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverlener; (3) de prospectieve risico analyse (PRI); (4) Veilig Incident Melden (VIM); (5) melden van calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze vijf onderdelen linken aan de specifieke vragen voor deze nulmeting vanuit VWS.

### 4.3 *Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)*

Om cliëntveiligheid te waarborgen implementeren zorgaanbieders veiligheidsmanagementsystemen (VMS) in hun organisatie. Een VMS maakt het mogelijk om continu risico's te signaleren, verbeteringen door te voeren en beleid vast te leggen, te evalueren en aan te passen (VMSzorg). Een VMS heeft als doel om ongewenste uitkomsten voor cliënten te voorkomen door een combinatie van activiteiten zoals verbeterprojecten, en het rapporteren en analyseren van incidenten en risico's. Een VMS kent verschillende onderdelen zoals een veiligheidscultuur, cliënten participatie, prospectieve risico inventarisatie vooraf (PRI), risico inventarisatie achteraf (nadat incidenten hebben plaatsgevonden, dus nadat er iets is mis gegaan), risicobewustzijn bij medewerkers, het monitoren van prestaties en continu verbeteren (VMSzorg).

Met name in de ziekenhuissector is er veel aandacht geweest voor het implementeren van VMS. In het kader van het VMS Veiligheidsprogramma, dat is opgestart in 2008 en liep tot 2013, hebben Nederlandse ziekenhuizen afgesproken dat ieder ziekenhuis aan het einde van 2012 een geaccrediteerd VMS moest hebben. Ook werden er tien specifieke cliëntveiligheidsthema's geïmplementeerd waarop ziekenhuizen moesten verbeteren. Het programma was weliswaar vrijwillig, maar alle Nederlandse ziekenhuizen hebben gekozen voor deelname (Blok, Koster, Schilp, & Wagner, 2013; VMSzorg). Mede door deze expliciete afspraak hebben op dit moment alle Nederlandse ziekenhuizen een geaccrediteerd VMS. De basiseisen waaraan een VMS moet voldoen, zijn vastgelegd in de Nederlands Technische Afspraak 8009:2011 'Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen' (NTA8009). Vrijwel alle ziekenhuizen hebben gekozen voor een accreditatie door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). De normen van NIAZ op het gebied van een VMS komen overeen met de NTA 8009:2011. Enkele ziekenhuizen hebben gekozen voor een accreditatie door een andere accreditering- of certificering organisatie: DNV Business Assurance (6), Duijnborch (4), Joint Commission International (2) of DEKRA (2) (VMSzorg).

Van ziekenhuizen is ook bekend of zij in het bezit zijn van een veiligheids(management)plan op schrift. Dit is een uitwerking van de doelstellingen voor cliëntveiligheid en de activiteiten (bv. risico en

incidentenanalyses) die uitgevoerd worden om de doelen te halen. Dit is gevraagd in het kader van een onderzoek over kwaliteits- en veiligheidsmanagement in Nederlandse ziekenhuizen uitgevoerd door NIVEL in 2011, dus wel enigszins gedateerd (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). Een gestructureerde schriftelijke vragenlijst is verzonden naar alle Nederlandse ziekenhuizen (op dat moment 95 ziekenhuizen). 73 ziekenhuizen stuurden een ingevulde vragenlijst retour. 66 ziekenhuizen gaven toen aan in het bezit te zijn van zo'n veiligheids(management)plan op schrift, 4 ziekenhuizen waren op dat moment bezig dit te ontwikkelen en 3 ziekenhuizen hadden geen veiligheids(management)plan op schrift (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013).

In andere sectoren is Harmonisatie Kwaliteitsbeoordelingen in de Zorg (HKZ) een belangrijke partij voor het opstellen van certificatieschema's die worden erkend door de Raad voor Accreditatie. Eind 2009 heeft HKZ een nieuw certificatieschema gelanceerd voor cliënt- en cliëntveiligheid. De essentiële onderdelen van een VMS zijn hier in opgenomen: risico- en incidentenanalyses; veilige meldcultuur; aanwezigheid van een VMS; verantwoordelijkheid van het VMS bij directie. Het certificatieschema is vastgesteld na consultatie van belangrijke stakeholders in zorg en welzijn zoals het Ministerie van VWS, IGZ, de NVZ en NPCF en toekomstige gebruikers (HKZ; van der Haar, Verbakel, Gommers, & Bierma, 2010). Het certificatieschema is in principe bedoeld voor alle organisaties binnen zorg en welzijn, voor ziekenhuizen is er een aangepaste uitgave zodat het compatibel is met de Nederlands Technische Afspraak 8009. De IGZ heeft aangegeven dat zij zorgaanbieders die in het bezit zijn van een HKZ certificaat voor patiënt- en cliëntveiligheid niet zullen toetsen op het VMS. Op de website van HKZ is terug te vinden welke zorgaanbieders een certificatieschema cliënt/ en cliëntveiligheid hebben behaald. Op dit moment hebben 52 zorgaanbieders het certificatieschema cliënt- en cliëntveiligheid behaald. Hieronder een grote verscheidenheid aan type instellingen: ambulancezorg, huisartsenposten, ouderenzorg en zelfs veiligheidsregio's (HKZ). Een zorginstelling kan het certificaat voor alle locaties afzonderlijk aanvragen. Als de locaties worden meegerekend dan zijn er in totaal 139 certificaten afgegeven. Onder de 52 zorgaanbieders zijn er een aantal met meer dan tien locaties met een certificaat. Daarom wordt hier geen verdere uitsplitsing gemaakt naar type zorginstelling; dit zou een vertekend beeld opleveren.

#### *4.4 Preventie disfunctioneren zorgverleners*

Bij veiligheidsmanagement speelt preventie door vooraf risico's te signaleren een belangrijke rol. Er is veel aandacht geweest voor het sturen op functioneren van zorgverleners (IGZ, 2016c). Uit onderzoek blijkt dat het moeilijk is om harde uitspraken te doen over aantallen disfunctionerende zorgverleners

(Wagner; Lombarts, 2013). De IGZ ziet er in haar toezicht op bestuurlijke verantwoordelijkheid mede op toe dat zorgaanbieders het verantwoord functioneren van hun zorgverleners waarborgen. Hierdoor is het aantal meldingen over disfunctionerende medewerkers toegenomen. De toename zit met name in het disfunctioneren van medisch specialisten die buiten de regie van een zorginstelling vallen (IGZ, 2016c). In 2015 heeft IGZ haar capaciteit voor afhandeling van meldingen over disfunctionerende zorgverleners uitgebreid (IGZ, 2016c). De verantwoordelijkheid voor het sturen op goed functioneren ligt bij de zorginstelling waar een zorgverlener werkt (IGZ, 2016c). Om bij te dragen aan het voorkomen dat zorgverleners disfunctioneren of er zorg voor te dragen dat al disfunctionerende zorgverleners elders aan de slag gaan, stelt de Wkkgz schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverlener verplicht waarin de verdeling van verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit expliciet zijn vastgelegd en kent de Wkkgz een vergewisplicht.

#### **4.4.1 Vergewisplicht**

Werkgevers zijn op grond van de Wkkgz verplicht om te controleren of nieuwe medewerkers geschikt zijn om zorg te verlenen, dit is de zogenaamde 'vergewisplicht'. Hiertoe dienen werkgevers onderzoek te doen naar het arbeidsverleden van een sollicitant. De vergewisplicht is van toepassing op sollicitanten die beroepsmatig zorg willen gaan verlenen, dus niet op vrijwilligers en mantelzorgers.

Onderzoek naar het arbeidsverleden van de sollicitant kan op een aantal manieren worden uitgevoerd (Rijksoverheid, 2016c):

- (1) Referentiecheck bij eerdere werkgevers
- (2) Raadpleging BIG-register
- (3) Raadpleging Waarschuwingsregister Zorg en Welzijn
- (4) Navraag bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg
- (5) Een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) vragen aan de sollicitant.

Deze vijf manieren worden hieronder besproken.

Een werkgever kan een referentiecheck doen bij de eerdere werkgever van de sollicitant. De werkgever kan bijvoorbeeld telefonisch contact opnemen met de eerdere werkgever en navraag doen over het functioneren van de sollicitant. Ook kan een werkgever vragen of de eerdere werkgever een schriftelijke verklaring wil geven van goed functioneren van de sollicitant. Contact opnemen met eerdere werkgevers verloopt doorgaans in overleg met de sollicitant. Het is niet bekend in hoeverre werkgevers de referenties checken van zorgverleners, op welke wijze dit gebeurt, en of dit op een systematische manier gebeurt.

Het CIBG voert het BIG-register, een taak die voortkomt uit de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het BIG-register bevat informatie over de bevoegdheden van



zorgverleners. Het register bevat begin 2016 356.117 zorgverleners uit 8 beroepsgroepen: Apothekers, artsen, fysiotherapeuten, GZ-psychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Zorgverleners kunnen zich registreren wanneer zij voldoen aan de wettelijke opleidingseisen voor hun beroep. Als zij een BIG-registratie hebben dan mogen zij de beroepstitel voeren en vallen zij onder het tuchtrecht. Iedereen kan het BIG-register raadplegen om te kijken of een zorgverlener bevoegd is om zorg te verlenen. Er kan op naam of op BIG-nummer gezocht worden. Naast het specialisme van de zorgverlener toont het BIG-register ook of een zorgverlener een tuchtrechtelijke maatregel opgelegd heeft gekregen. Er zijn geen openbare gegevens beschikbaar over hoe vaak werkgevers het BIG-register raadplegen (CIBG, 2016).

Het Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn is in november 2014 gelanceerd. Het register heeft een preventieve werking, en zou moeten voorkomen dat zorgverleners die een strafbaar feit hebben gepleegd weer bij een andere zorg- of welzijnsorganisatie kunnen gaan werken. Het Waarschuwingsregister is een beveiligde internetapplicatie die alleen toegankelijk is voor deelnemende organisaties uit de Verzorging, Verpleging en Thuiszorg, Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg. Het betreft een integriteitsscreening bij sollicitaties. Een aangesloten zorg- en of welzijnsorganisatie kan in het register nagaan of van een sollicitant strafbaar gedrag (zoals diefstal, mishandeling en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag ) bekend is bij een andere deelnemende organisatie. De gegevens zijn niet toegankelijk voor onbevoegden en kunnen alleen worden geraadpleegd indien iemand solliciteert bij een andere deelnemende zorg- en/of welzijnsorganisatie van het register. Een zorgverlener kan geregistreerd worden als er aan de volgende eisen wordt voldaan: (1) de handelingen van de zorgverlener hebben geleid tot ontslag of beëindiging van de arbeidsrelatie, (2) er is aangifte gedaan bij de politie van diefstal, mishandeling en/of van het seksueel grensoverschrijdend gedrag, (3) er zijn voldoende bewijsstukken die tevens worden bewaard in het onderliggende dossier, (4) de betreffende zorgverlener moet van opname in het register op de hoogte zijn gesteld (Waarschuwingsregister, 2016). Er is geen openbare informatie beschikbaar over welke zorg- en/of welzijnsorganisaties zijn aangesloten bij het Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn of hoe vaak dit register geraadpleegd wordt door aangesloten organisaties.

Een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) is verplicht voor zorgverleners die zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz) verlenen en zorgaanbieders die geestelijke gezondheidszorg verlenen die onder de zorgverzekering valt en waar cliënten blijven overnachten. Deze verplichting geldt voor nieuwe medewerkers die vanaf 1 januari 2016 in dienst zijn genomen (Rijksoverheid, 2016a). Een VOG wordt aangevraagd bij Justis, die onderzoekt of de aanvrager in aanmerking komt voor een VOG. Er zijn geen openbare gegevens beschikbaar over hoe vaak een VOG wordt verstrekt in het kader van een sollicitatieprocedure in de

zorgsector. Justis gaf aan dat zij niet bijgehouden welke zorgaanbieders aanvragen doen. Wel leggen zij vast welk screeningsprofiel er is gebruikt. Voor de zorg is er een speciaal profiel: 'Gezondheidszorg en welzijn van mens en dier'. In 2015 zijn er voor dit profiel 160.295 VOG's afgegeven, er zijn er 243 geweigerd (Justis, 2016).

Kort samengevat kan worden gesteld dat er op dit moment zeer beperkt openbare informatie beschikbaar is of zorgaanbieders op een van de vijf mogelijke manieren nagaan of nieuwe medewerkers geschikt zijn om zorg te verlenen. Daarom is niet vast te stellen in hoeverre de vergewisplicht voorkomt dat ongeschikte medewerkers aan de slag gaan als zorgverlener. Het is waarschijnlijk dat deze informatie wel aanwezig is op bijvoorbeeld de administratie van (P&O afdelingen) van zorgaanbieders, maar het systematisch en op grote schaal opvragen van deze informatie valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

#### *4.5 Overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverlener*

Een andere manier om kwaliteit en veiligheid te waarborgen is contractuele afspraken te maken over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de zorgaanbieder en de zorgverlener. Het afsluiten van een schriftelijke overeenkomst tussen de zorgaanbieder en zorgverlener waarin alle afspraken en verwachtingen omtrent verantwoordelijkheden zijn vastgelegd kan hieraan bijdragen. Overeenkomsten kunnen verschillende vormen hebben, afhankelijk van de beroepsgroep, zoals samenwerkingsovereenkomsten met medisch specialistische bedrijven (MSBs), overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zelfstandigen en ketenafspraken voor afspraken over samenwerking met andere zorgaanbieders. De informatie die over deze vormen beschikbaar is zal hieronder besproken worden.

##### **4.5.1 Medisch specialisten**

In Nederland staan 22.800 medisch specialisten geregistreerd. Ruim 20.700 hiervan zijn ook daadwerkelijk werkzaam als specialist. 40% hiervan werkt in loondienst bij het ziekenhuis, 43% is vrijgevestigd en 18% combineert dit (Rabobank, 2016). Met de invoering van integrale bekostiging (een integraal tarief voor medisch specialistische zorg dat is opgebouwd uit het budget van het ziekenhuis en het honorariumbudget van de medisch specialisten) zijn drie besturingsmodellen aan de orde:

1. het loondienstmodel, waarbij de medisch specialist in loondienst is bij het ziekenhuis,
2. het samenwerkingsmodel, waarbij de vrijgevestigde medisch specialisten zich organiseren in een eigen organisatie het zogenoemde Medisch Specialistische Bedrijf (MSB), en
3. het participatiemodel, waarbij de medisch specialisten mede-eigenaar worden van het ziekenhuis.

Het samenwerkingsmodel met de MSBs is op dit moment de meest voorkomende vorm (Rabobank, 2016). Afspraken tussen het ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialisten worden vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst. Precieze aantallen zijn niet te vinden maar wel dat het grootste gedeelte van de medisch specialisten werkzaam is op basis van een samenwerkingsovereenkomst (FMS, 2014)

#### **4.5.2 Zelfstandigen**

In het kader van de Wkkgz zijn zelfstandigen die werkzaam zijn in de zorg zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van geleverde zorg. De overheid heeft voorbeeldovereenkomsten voor een drietal situaties:

1. directe contractering tussen een zorgverzekeraar en zelfstandige,
2. zelfstandigen die zorg verlenen in opdracht van een zorginstelling, en
3. tussen zelfstandigen die gezamenlijk een coöperatie vormen die hen ook ondersteunt bij zaken als administratie.

De voorbeeldovereenkomsten zijn ontwikkeld door partijen in de zorgsector en goedgekeurd door de Belastingdienst en het Ministerie van VWS (Rijksoverheid, 2016a). Precieze gegevens over het aantal zelfstandigen dat werkzaam is voor een zorginstelling op basis van zo'n voorbeeldovereenkomst zijn niet bekend.

#### **4.5.3 Ketenafspraken**

Over het algemeen is er nauwelijks informatie beschikbaar over vastgelegde afspraken tussen ketenpartners. In 2011 is onderzoek gedaan door het NIVEL naar kwaliteits- en veiligheidsmanagement in Nederlandse ziekenhuizen door middel van schriftelijke vragenlijsten (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). In deze vragenlijst was een vraag opgenomen die raakt aan het onderwerp ketenafspraken, namelijk: *'Welke protocollen en richtlijnen worden in uw ziekenhuis gebruikt?'*, waarbij een van de keuzeopties was *'voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders'*. 58 van de 73 deelnemende ziekenhuizen gaven aan dat zo'n protocol werd gebruikt in hun ziekenhuis. Deze gegevens geven enig inzicht in de mate waarin er aandacht is voor afspraken over samenwerking met andere zorgaanbieders (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013).

Kort samengevat kan worden vastgesteld dat er nog zeer beperkt informatie beschikbaar is over in hoeverre zorgaanbieders en zorgverleners/ketenpartners de verdeling van verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit en veiligheid vastleggen in de vorm van schriftelijke overeenkomsten. Wel is er informatie over de manier waarop zij dit doen. Dat deze informatie niet openbaar voorhanden is, wil niet zeggen dat de overeenkomsten niet worden afgesloten. Echter, opvragen van deze informatie bij bijvoorbeeld zorgaanbieders viel buiten de reikwijdte van deze nulmeting.

#### 4.6 De prospectieve risico analyse (PRI)

De prospectieve risico analyse (PRI) is een belangrijk onderdeel van een VMS. PRIs zijn er op gericht om mogelijke veiligheidsrisico's in kaart te brengen en om maatregelen te nemen om deze risico's voor de toekomst te managen, te beperken of waar mogelijk te voorkomen (VMSzorg). De PRI wordt uitgevoerd *voordat* er iets mis is gegaan, dit in tegenstelling tot de analyses van risico's op basis van incidenten (dus *nadat* er iets is mis gegaan). Bekende methodes voor PRI zijn Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA), Bow-tie en Tripod Delta. Meestal wordt er bij een PRI een specifiek zorgproces in kaart gebracht. In het kader van het VMS Veiligheidsprogramma is er een praktijkgids geschreven voor ziekenhuizen die ondersteunt bij het uitvoeren van een PRI (VMSzorg). Aangezien PRI een onderdeel is van het VMS, kunnen we aannemen dat alle zorgaanbieders met een geaccrediteerd VMS ook PRIs uitvoeren.

Opvallend is wel dat in de reeds genoemde vragenlijst van NIVEL uit 2011 63 ziekenhuizen aangaven dat zij het afgelopen jaar een PRI hebben uitgevoerd, maar slechts 10 ziekenhuizen gaven aan dat het management de effecten van de genomen verbetermaatregelen evalueert (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). Het uitvoeren van een PRI is nuttig wanneer er ook acties worden ondernomen om de geïdentificeerde risico's te verkleinen. Het systematisch en periodiek analyseren van risico's die een cliënt kan lopen in het zorgsysteem, een zogeheten risico-inventarisatie, vormt in 45 ziekenhuizen een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). Dat wil zeggen dat er in meer dan de helft van de ziekenhuizen geen feedback loop van continu leren en verbeteren op het gebied van risico's tot stand komt.

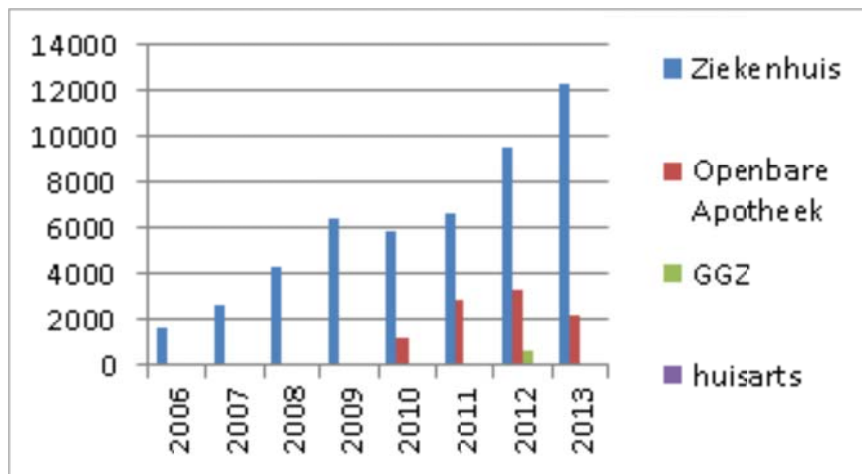
Over het uitvoeren van PRIs in andere sectoren dan de ziekenhuissector zijn geen gegevens te vinden.

#### 4.7 Veilig incident Melden (VIM)

Het creëren van een veilige omgeving om incidenten te melden is een onderdeel van een VMS maar tevens een expliciet vereiste van de Wkkgz. Bij Veilig Incident Melden (VIM) worden incidenten en bijna-incidenten gemeld en geanalyseerd. Op basis van een analyse van het incident worden verbetermaatregelen getroffen. Het is hierbij essentieel dat er niet alleen geïdentificeerd wordt wat er is gebeurd en hoe het is gebeurd, maar ook om te achterhalen *waarom* veiligheidsbarrières niet konden voorkomen dat het incident heeft plaatsgevonden. Als bekend is waarom een incident is ontstaan, kunnen effectieve maatregelen genomen worden die voorkomen dat in de toekomst nog een keer een dergelijk incident zal plaatsvinden. VIM is een

methode die ontworpen is om incidenten veilig te melden, te onderzoeken en de oorzaken te categoriseren. Een VIM team bestaat meestal uit een medisch specialist, verpleegkundige, arts-assistent en secretariaat (VMSzorg). Een belangrijke voorwaarde voor VIM is een veilige meldcultuur waarbij zorgverleners gestimuleerd worden om incidenten te melden, zonder dat daar persoonlijke consequenties aan verbonden zijn (zoals sancties).

Het Portaal voor Cliëntveiligheid is een onafhankelijke stichting die anoniem incidentmeldingen verzamelt en deze meldingen analyseert om risico's te achterhalen (StichtingPortaal, 2016). De stichting deelt haar kennis om zo zorgverleners te ondersteunen bij het veiliger maken van de zorg. Incidenten kunnen in het eigen VIM systeem worden gemeld maar er kan ook gebruik worden gemaakt van de database van stichting Portaal voor Cliëntveiligheid. Het aantal meldingen per sector over de afgelopen jaren heeft stichting Portaal voor Cliëntveiligheid gepubliceerd op haar website (StichtingPortaal, 2016). Uit onderstaande grafiek blijkt dat het aantal meldingen in de ziekenhuizen is gestegen. Dit valt samen met de looptijd van het VMS veiligheidsprogramma waarbinnen VIM aandacht kreeg.



(StichtingPortaal, 2016)

Een andere bron van informatie over het melden van incidenten is de vragenlijst van NIVEL over kwaliteits- en veiligheidsmanagement in 2011 (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). Hierin is gevraagd naar in hoeverre medewerkers worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden. 38 van de 73 ziekenhuizen gaven aan dat dit sterk het geval was, 34 ziekenhuizen gaven aan dat dit redelijk het geval was en 1 ziekenhuis gaf aan dat dit gemiddeld het geval was. Op de vraag in hoeverre medewerkers systematisch feedback kregen naar aanleiding van het melden van een incident scoorden de ziekenhuizen lager, 14 ziekenhuizen gaven aan dat dit sterk het geval was, 32 redelijk, 24 gemiddeld en 3 ziekenhuizen gaven aan dat dit niet of

nauwelijks gebeurde. De incidentenanalyse is het periodiek analyseren van de geregistreerde incidenten op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht. 48 ziekenhuizen gaven aan dat dit een cyclisch onderdeel vormt van het kwaliteitssysteem van het ziekenhuis (van Schoten, 2015; van Schoten et al., 2013). Dat wil zeggen dat zij de resultaten van de incidentenanalyse systematisch gebruiken voor bijsturing. Deze cijfers roepen de vraag op wat er nu precies gebeurt met de incidentmeldingen: veel ziekenhuizen geven aan hun medewerkers te stimuleren incidenten te melden, maar in veel mindere mate is er sprake van systematische feedback. Een feedback loop is essentieel voor continue kwaliteitsverbetering, alleen het melden van incidenten is niet voldoende.

Behalve deze geaggregeerde gegevens publiceren sommige zorgaanbieders informatie over het aantal incidentmeldingen op hun website (IGZ, 2016b). Het aantal incidentmeldingen in een zorginstelling is ook vaak opgenomen in het jaarverslag van het ziekenhuis. Daarnaast kunnen incidentmeldingen ook gedaan worden bij IGZ. De incidentmeldingen die daar binnenkomen zijn niet alleen afkomstig van zorgverleners (zoals het geval bij VIM) maar kunnen ook van burgers komen. Ieder jaar ontvangt de IGZ zo'n 10.000 meldingen van burgers, zorgaanbieders, fabrikanten en andere instanties (IGZ, 2016b). Uit het Jaarbeeld 2013 van de IGZ blijkt dat er in dat jaar 9650 meldingen zijn geweest. De meeste meldingen, namelijk 72% waren afkomstig van zorgaanbieders en bedrijven. 18% was afkomstig van burgers en 7% was een combinatie van burger en zorgaanbieder (IGZ, 2014a). Uit het Jaarbeeld 2014 van de IGZ blijkt dat er in dat jaar sprake was van 9430 meldingen. De meeste meldingen (3470) betrof meldingen over medische technologie. Zie onderstaande tabel voor een uitsplitsing naar type meldingen (IGZ, 2015a, 2016a)

<b>Aantal ontvangen meldingen in 2014</b>	
Publieke gezondheid	50
Eerstelijnsgezondheidszorg	1080
Specialistische somatische zorg	1460
Gehandicaptenzorg	770
Ouderenzorg en Zorg thuis	1080
Geneesmiddelen	620
Geestelijke gezondheidszorg	900
Medische technologie	3470
<i>Totaal</i>	<i>9430</i>

(IGZ, 2016a)

Kort samengevat is er in de Nederlandse ziekenhuizen aandacht voor het veilig melden van incidenten. Het leren van deze incidenten is nog een punt van aandacht, dit gebeurt namelijk nog weinig. Voor overige sectoren is niet bekend of en hoe zij voorwaarden scheppen voor een veilige meldomgeving

binnen de eigen organisatie. Wel zijn er voor deze sectoren cijfers over het aantal meldingen bij de IGZ bekend.

#### 4.8 *Melden van calamiteiten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

Calamiteiten en seksueel geweld moeten worden gemeld bij de IGZ.. In de Wkkgz is een calamiteit als volgt gedefinieerd: *“Een calamiteit, is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid”*. Calamiteiten moeten ‘onverwijld’ gemeld worden zoals is vastgelegd in artikel 11 van de Wkkgz. *Onverwijld melden wil zeggen dat een calamiteit binnen 3 werkdagen gemeld moet worden bij de IGZ. Hieraan voorafgaand heeft men 6 weken de tijd om vast te stellen of een gebeurtenis een calamiteit was (IGZ, 2016b)*. Zodra een zorgaanbieder een calamiteit met dodelijke afloop aan de inspectie meldt, neemt deze contact op met de familie of nabestaanden. De inspectie stuurt eerst een brief om de familie of nabestaanden op de hoogte te stellen van de melding. Vervolgens neemt de inspectie telefonisch contact op om te bespreken hoe het onderzoek naar de calamiteit zal verlopen. De inspectie neemt de resultaten van dit gesprek mee in haar afwegingen of zij de zorgaanbieder het onderzoek laat uitvoeren of dat de inspectie zelf onderzoek doet.

De Wkkgz hanteert een bredere definitie van geweld in de zorgrelatie: voorheen viel alleen seksueel geweld hier onder maar tegenwoordig elke vorm van geweld in de zorgrelatie. Op de website van de IGZ zijn het aantal meldingen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en seksueel misbruik in 2014 terug te vinden, verdeeld over de verschillende zorgsectoren. Zie onderstaande tabel. In totaal gaat het om 410 meldingen, waarvan het overgrote deel (290) in de gehandicaptenzorg heeft plaatsgevonden (IGZ, 2016a). Deze meldingen heeft de IGZ van zorgaanbieders ontvangen.

<b>Meldingen seksueel grensoverschrijdend gedrag/seksueel misbruik 2014</b>	
Eerstelijnszorg	20
Specialistische somatische zorg	10
Gehandicaptenzorg	290
Zorg thuis	20
Ouderenzorg	20
Geestelijke Gezondheidszorg	70
<i>Totaal</i>	<i>410</i>

(IGZ, 2016a)

#### 4.9 *Veilige toepassing van medische technologie*

Naast meer focus op verschillende aspecten van een VMS is ook de veilige toepassing van medische technologie een onderwerp waar de afgelopen jaren meer en meer aandacht voor is gekomen vanuit beleid en toezicht. Bij medische technologie denkt men in eerste instantie aan medische apparatuur maar het begrip omvat meer dan alleen dat. Medische technologie omvat een verscheidenheid aan medische hulpmiddelen zoals medische apparatuur, verbruiksmiddelen, medische software, implantaten en chirurgische instrumenten (NVZ, 2011). Medische technologie is in alle zorgsectoren aan de orde, toch is er vooral in de ziekenhuizen veel aandacht voor het thema.

Dat veilige toepassing van medische technologie een punt van aandacht is binnen cliënt veiligheid heeft twee redenen. De eerste reden is dat er snelle ontwikkelingen zijn op het gebied van technologieën waardoor er steeds meer nieuwe technologieën, steeds sneller de markt op komen. Behandelingen van cliënten zijn hierdoor steeds meer afhankelijk van medische technologie, en daarom is een goede en veilige toepassing van medische technologie erg belangrijk. De tweede reden is dat uit onderzoek is gebleken dat in ongeveer 2,9% van de ziekenhuisopnames potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade voorkwam en dat dit in een kwart van de gevallen was gerelateerd aan medische technologie (M. Langelaan et al., 2010)

Eind 2011 publiceerde de brancheorganisaties NVZ, NFU en Revalidatie Nederland het convenant: “veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis” (NVZ, 2011). De aanleiding hiervoor waren vijf rapporten over medische technologie: de monitor zorggerelateerde schade 2008 van het NIVEL waarin het percentage potentieel vermijdbare zorggerelateerde schade gerelateerd aan medische technologie is onderzocht; twee rapporten van de IGZ over kwaliteitsborging van medische technologie; een rapport van de IGZ uit 2008 dat liet zien dat zorgverleners en zorgaanbieders zich weinig bewust zijn van de risico's van medische technologie en een rapport van de expertgroep medische technologie, ingesteld door het Ministerie van VWS (EMT, 2011; IGZ, 2002, 2008, 2015b)

Het convenant medische technologie wordt gezien als de veldnorm. Onder veilige toepassing van medische technologie wordt verstaan: een veilig product, in handen van een getrainde gebruiker in een omgeving die veilig gebruik kan garanderen. Een risico inventarisatie voorafgaand aan de aanschaf en een effectief registratie- en beheerssysteem van het product zou een veilig product moeten garanderen. De gebruiker moet vervolgens voldoende training krijgen om zelfstandig met het product om te gaan. Deze training moet voldoen aan scholingseisen. De omgeving van het product moet veilig gebruik garanderen, bijvoorbeeld door goede ICT voorzieningen. Het convenant medische technologie richt zich op de gehele levenscyclus van medische hulpmiddelen



binnen het ziekenhuis, van invoering en gebruik tot en met afstoting. Een belangrijk uitgangspunt is dat de eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid bij de Raad van Bestuur blijft liggen.

Het NIVEL rapporteerde in 2013 positieve resultaten over de terugdringing van onbedoelde schade als gevolg van medisch handelen. Op het gebied van medische technologie was dit echter nog niet het geval. Bij 0.7% van de ziekenhuisopnames was sprake van potentieel vermijdbare schade waarbij medische technologie (mogelijk) een rol had gespeeld. Het ontbreken van een kwaliteits- en veiligheidssysteem op het gebied van medische technologie werd aangewezen als belangrijkste oorzaak hiervoor (Maaikje Langelaan et al., 2013).

Eind 2014 is de Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk gepubliceerd (OMS, 2014). Deze leidraad is ontwikkeld in opdracht van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en het Zorginstituut Nederland. De leidraad kan gebruikt worden bij de introductie van een nieuwe medische technologie, maar ook bij een nieuw techniek of (zorg)proces. De eisen die in het convenant medische technologie worden gesteld aan de introductie van een nieuwe technologie kunnen met behulp van de leidraad stapsgewijs en op een gestructureerde manier worden ingevuld. Met de leidraad 'Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk' hebben de ziekenhuizen een nieuw hulpmiddel dat gebruikt kan worden bij de implementatie van het convenant medische technologie (OMS, 2014).

In 2014 heeft de IGZ willekeurig 20 ziekenhuizen bezocht om te toetsen in hoeverre het convenant medische technologie was geïmplementeerd. De IGZ constateerde dat de implementatie van het convenant medische technologie in de helft van de gevallen nog niet voldoende was gevorderd. De IGZ constateerde dat de bestuurlijke borging van het convenant medische technologie onvoldoende was in deze ziekenhuizen en dat de bekwaamheidseisen voor gebruikers onvoldoende duidelijk waren. (IGZ, 2014b). De IGZ heeft naar aanleiding van deze bezoeken de verwachting uitgesproken dat alle ziekenhuizen uiterlijk per 1 januari 2016 volledig en aantoonbaar voldoen aan het convenant medische technologie.

De IGZ geeft in haar Werkplan 2016 aan scherper te zullen toezien op naleving van het convenant veilige toepassing van medische technologie (IGZ, 2016c). Hiertoe gebruikt zij handhavende maatregelen zoals waarschuwingen en boetes. Toezicht op medische technologie verloopt op twee manieren: incidenttoezicht en risicotoezicht. De afdeling medische technologie van de IGZ verwacht in 2016 zo'n 4000 incidentmeldingen te zullen ontvangen en tevens behandelen. De manier waarop de IGZ toeziet en handhaaft hangt af van de ernst en het risico van de individuele meldingen. Het risicotoezicht gebeurt door het inspecteren van fabrikanten, zorgaanbieders en notified bodies. IGZ

verwacht in 2016 250 inspectiebezoeken uit te voeren. Een ander onderdeel van het risicotoezicht is toezicht op de hele levenscyclus van medische hulpmiddelen. De doelstellingen voor 2016 draaien met name om het tijdig signaleren van risico's van medische technologie, proactief communiceren van risico's naar zorgconsumenten en onder toezicht gestelde en het waarborgen van specifieke kennis op het gebied van medische technologie in vakgroepen (IGZ, 2016c).

Op dit moment loopt er bij het NIVEL een onderzoek over veilig gebruik van medische technologie. Dit onderzoek heeft als doel om een generieke methodiek te ontwikkelen voor het borgen van bekwaamheden van gebruikers van medische technologie. Experts leveren input waarbij delen van leertrajecten ontwikkeld zullen worden. In het kader van het onderzoek zijn drie expertgroepen op het gebied van elektrochirurgie, robotchirurgie en infuustechnologie. De verschillen in de technologieën tussen de eindgebruikers, de risico's en het volume van het gebruik geven een goed beeld van de verschillende manieren om leertrajecten te ontwikkelen. De kennis en ervaring van de ontwikkeling dient vervolgens als input voor de generieke methodiek die ziekenhuizen kan helpen bij het borgen van de bekwaamheden van de medewerkers. Tegelijkertijd loopt er een inventarisatie naar de implementatie van het onderdeel bekwaamheden van het convenant medische technologie in Nederlandse ziekenhuizen. Middels een vragenlijst wordt de mate van implementatie in kaart gebracht, maar wordt ook informatie verzameld over het onderscheid in risico- klassen, de verschillende manieren van training en toetsing en verdeling van verantwoordelijkheden. Daarnaast worden interviews gehouden met 6 Best Practice ziekenhuizen om te achterhalen welke knelpunten en succesfactoren zij tegen zijn gekomen bij de implementatie van het convenant medische technologie. Dit zal ziekenhuizen helpen die nog niet zo ver gevorderd zijn met de implementatie van het convenant medische technologie. De resultaten van dit onderzoek volgen in de loop van 2017, dan is er meer inzicht in het aantal ziekenhuizen dat het convenant medische technologie heeft geïmplementeerd.

#### *4.10 Goed bestuur*

Kwaliteit en veiligheid vereist goed bestuur bij een zorginstelling. Goed bestuur speelt dan ook een grote rol bij alle hierboven genoemde aspecten van kwaliteit en veiligheid, maar ook bij de overige aspecten van de Wkkgz: klachten en informatie. Goed bestuur is onlosmakelijk verbonden met de onderwerpen kwaliteit en veiligheid binnen zorgaanbieders.

Zorgaanbieders hebben de ruimte om eigen beleid te maken voor goed bestuur, maar de overheid zorgt voor de wettelijke kaders voor goed bestuur in de zorg. In het beleidskader 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' staat de

beleidsagenda voor goed bestuur in de zorg van minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn van VWS. Zelfsturing van de zorginstelling speelt hierin een belangrijke rol. Goed bestuur moet er voor zorgen dat zorgaanbieders zorgen voor kwalitatief goede en veilige zorg, dat er duidelijkheid is over de verdeling van verantwoordelijkheden binnen de zorgaanbieder en dat de zorgaanbieders zorgen voor goed financieel beheer. Uitgangspunt is dat de raad van bestuur eindverantwoordelijk is voor kwaliteit en veiligheid binnen de eigen zorginstelling. Er is sprake van een intern toezichthoudend orgaan (meestal de raad van toezicht) die toeziet op de besturing van de organisatie. De raad van toezicht heeft de bevoegdheid om een bestuurder te ontslaan, wanneer zij oordeelt dat er sprake is van niet goed functioneren. De raad van toezicht speelt een belangrijke rol in het verkleinen en/of voorkomen van risico's op incidenten binnen de zorginstelling. Het beleidskader stelt de eisen die worden gesteld aan de raden van bestuur en de raden van toezicht: (1) open en integer, (2) omgevingsbewust en participatief, (3) doelgericht en doelmatig, (4) lerend en zelfreinigend, (5) verantwoordend en transparant (Rijksoverheid, 2016b). De brancheorganisaties in de zorg (ActiZ, GGZ Nederland, NVZ en VGN) hebben daarnaast zelf regels opgesteld voor goed bestuur en toezicht in zorginstellingen. Deze zijn vastgelegd in de 'Zorgbrede Governancecode' ("Brancheorganisaties Zorg, "). Goed bestuur betekent dat zorgorganisaties kwaliteit en veiligheid blijven bieden, ook wanneer omstandigheden veranderen. Denk bijvoorbeeld aan technologische ontwikkelingen, die nieuwe mogelijkheden bieden maar ook vragen oproepen op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Of denk aan de recente veranderingen in het zorglandschap, door bijvoorbeeld de transitie, waardoor er nieuwe samenwerkingsrelaties met nieuwe partijen ontstaan, waar nieuwe vragen uit voortkomen inzake kwaliteit en veiligheid.

Naast de interne controle op goed bestuur spelen de IGZ en de Nederlandse Zorgautoriteit een rol in het externe toezicht op goed bestuur. In het kader van de Wkkgz speelt vooral de IGZ een rol omdat zij vanuit haar toezicht op kwaliteit van zorg betrokken is. De IGZ kan de raden van bestuur aanspreken op verantwoordelijkheden. In het 'Toezichtskader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid' staan de aandachtspunten Van de IGZ bij het beoordelen van de activiteiten van de professional, bestuurder en toezichthouder op het gebied van kwaliteit en veiligheid . De IGZ wil met dit toezichtkader het toezicht op het terrein van bestuurlijke verantwoordelijkheid structureel, transparant en voorspelbaar maken.(IGZ, 2011). In het beleidskader 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' staat dat de IGZ slagvaardiger moet kunnen ingrijpen wanneer de kwaliteit en veiligheid van de zorg door bestuurlijk falen in gevaar komt. De IGZ kan hiertoe 'aanwijzingen' geven namens de minister (Rijksoverheid, 2016b).

## Referenties

- Alhafaji, Y., Frederiks, B., & Legemaate, J. (2009). Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht [Experiences of complainants and accused doctors with the Disciplinary System]. *Nederlands-Vlaams tijdschrift voor Mediation en conflictmanagement*, 13(3).
- Blok, C. d., Koster, E., Schilp, J., & Wagner, C. (2013). Implementatie VMS Veiligheidsprogramma: evaluatieonderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. Samenvatting.
- Bomhoff, M., Paus, N., & Friele, R. D. (2013). *Klagen in de eerstelijns? .* Utrecht: NIVEL
- Bouwman, R., Bomhoff, M., & Friele, R. (2012). Kennisvraag: Vijf patiëntenrechten uit het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) anno 2012. Utrecht: NIVEL.
- Brancheorganisaties Zorg. 2016, from <http://www.brancheorganisatieszorg.nl/governancecode>
- Casparie, A. F. (2001). *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen: ZonMw.*
- Chewning, B. L., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9-18.
- CIBG. (2016). 2016, from <https://www.bigregister.nl/>
- De Bruijne, M. C., Zegers, M., Hoonhout, L. H. F., & Wagner, C. (2007). Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. *EMGO instituut/VUmc en Nivel.*
- De Groot, I. B., Otten, W., Smeets, H. J., & Marang-van de Mheen, P. J. (2011). Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? *BMC Health Serv Res*, 11(214).
- Dückers, M., Makai, P., Vos, L., Groenewegen, P., & Wagner, C. (2009). Longitudinal analysis on the development of hospital quality management systems in the Netherlands. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 330-340.
- EMT. (2011). Medische Technologie at risk?
- FMS. (2014). Model samenwerkingsovereenkomst FMS. from <https://www.integralebekostiging2015.nl/wp-content/uploads/2014/05/Concept-Model-Samenwerkingsovereenkomst--Toelichting.pdf>
- Friele, R. D., Ruiters, C. d., Wijmen, F. v., & Legemaate, J. (1999). *Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector [Evaluation of the Clients' Right of Complaint Act].* Utrecht: ZonMw.

- Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O. A., Thompson, A., Bruneau, C., & Suñol, R. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC Health Serv Res*, 10(1), 281.
- Groene, O., Mora, N., Thompson, A., Saez, M., Casas, M., & Suñol, R. (2011). Is the maturity of hospitals' quality improvement systems associated with measures of quality and patient safety? *BMC Health Serv Res*, 11(1), 1.
- Grol, R., & Faber, M. (2007). Onderzoek onder consumenten en patiënten in 7 landen. Nijmegen: Centre for Quality of Care Research (WOK).
- Heijmans, M., Zwijnenberg, N., Baan, D., Spreeuwenberg, P., & Devillé, W. (2013). Monitor zorgen leefsituatie van mensen met astma of CopD, trends en ontwikkelingen over de periode 2001-2012: Nationaal Panel Chronische zieken en gehandicapten. Utrecht: NIVEL.
- Heuver, G., Heijboer, L., Schilp, J., & Wagner, C. (2015). 'Just culture': inzicht in calamiteitenbeleid in Nederlandse zorginstellingen. *Kwaliteit in Zorg*(3), 24-27.
- HKZ. HKZ. 2016, from [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)
- Hout, F. A. G., Friele, R. D., & Legemaate, J. (2009). De burger als klager in het tuchtrecht voor de gezondheidszorg [The citizen as a complainant in the disciplinary system for health care]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.
- IGZ. (2002). Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: verbeteringen noodzakelijk. Den Haag: IGZ.
- IGZ. (2008). Staat van de Gezondheidszorg 2008-Risico's van medische technologie onderschat: Den Haag: IGZ. Verkennende interviews in vijf Nederlandse ziekenhuizen. Utrecht: NIVEL.
- IGZ. (2011). Toezichtkader Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid. Utrecht: IGZ.
- IGZ. (2014a). Jaarbeeld 2013. Den Haag: IGZ.
- IGZ. (2014b). Veilig gebruik van medische technologie krijgt onvoldoende bestuurlijke aandacht in de ziekenhuizen. Den Haag: IGZ.
- IGZ. (2015a). Jaarbeeld 2014. Den Haag: IGZ.
- IGZ. (2015b). Kwaliteitsborging van medische apparatuur in ziekenhuizen: nog steeds onderschat Follow-up van het onderzoek uit 2002. Den Haag: IGZ.
- IGZ. (2016a). from [http://www.igz.nl/melden/cijfers\\_over\\_meldingen/](http://www.igz.nl/melden/cijfers_over_meldingen/)
- IGZ. (2016b). IGZ.
- IGZ. (2016c). IGZ Werkplan 2016. Den Haag: IGZ.
- Jaarverslag 2009 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht

- Jaarverslag 2014 Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen. (2015). Budel: Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen.
- Jaarverslag 2014 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht.
- Jaarverslag Consumentenzaken 2014. (2015): De Geschillencommissie. Justis. (2016). 2016, from <https://www.justis.nl/>
- Kastelein, W. R. (2010). Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 8(322).
- Kiers, B. (2014). 'Elke claim is er één te veel', schadelast MediRisk stijgt fors. *Zorgvisie*(4), 38-40.
- Kiers, B. (2016). Ziekenhuizen melden 20 calamiteiten niet. *Zorgvisie*.
- Kreulen, E. (2016). Eén op drie artsen meldt falen van collega niet, *Trouw*.
- Kruikemeier, S., Coppen, R., Rademakers, J. D. J., & Friele, R. (2009). Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Langelan, M., Baines, R. J., Broekens, M. A., Siemerink, K. M., Van de Steeg, L., Asscheman, H., . Wagner, C. (2010). Monitor zorggerelateerde schade 2008. *Dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen. [Patient files study in Dutch hospitals]. Amsterdam/Utrecht: Report of EMGO Instituut & VUmc/NIVEL*.
- Langelan, M., De Bruijne, M. C., Baines, R. J., Broekens, M. A., Hammink, K., Schilp, J., . . . Wagner, C. (2013). Monitor Zorggerelateerde Schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen.
- Legemaate, J. (2015). Wees open over calamiteitenonderzoek: verstrek rapportages aan patiënt en familie. *Medisch Contact*, 8, 338-339.
- Legemaate, J., Grit, K., Plomp, E., de Die, M., van de Bovenkamp, H., Broer, T., . . . Bal, R. (2013). *Thematische wetsevaluatie-Bestuursrechtelijk toezicht op kwaliteit van zorg*.
- Legemaate, J., Van Everdingen, J. J. E., Kievit, J., & Stappers, J. W. M. (2007). Openheid over fouten in de gezondheidszorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*(151), 319-322.
- Lekkerkerk, T. (2011). Meldactie 'Keuzehulpmiddelen: Hoe maakt u een keuze in de gezondheidszorg?'. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).
- Lekkerkerk, T. (2013). Meldactie 'Klachten en klachtenregelingen'. Utrecht: NPCF.
- LHV (Producer). (2015, 29-02-2016). De huisarts: vertrouwd en gewaardeerd. [Factsheet]
- Lombarts, M., Rupp, I., Vallejo, P., Klazinga, N. S., & Suñol, R. (2009). Differentiating between hospitals according to the “maturity” of quality improvement systems: a new classification scheme in a sample of European hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 18(Suppl 1), i38-i43.

- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2013). *Doorlopende integrale toelichting op artikelen van het voorstel van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)*. [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl).
- Ministerie van Volksgezondheid, W. e. S. (2015). Evaluatie Landelijk Meldpunt Zorg.
- NIAZ. NIAZ. 2016, from <http://www.nivel.nl>
- NPCF. Patiënt snakt naar kwaliteitsinformatie huisarts. Retrieved 29-02-2016
- NTA8009. Nederlands Technische Afspraak 8009. 2016, from <http://www.nen.nl>
- NVZ, N., RN. (2011). Convenant veilig toepassing van medische technologie in ziekenhuizen.
- Olsthoorn, S. (2016, 2016-01-29). Ziekenhuizen houden verzekeraar met miljoenen op de been; terugtrekkende overheid indirect oorzaak van financiële problemen MediRisk, *Het Financieele Dagblad*.
- OMS. (2014). Leidraad Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk. Utrecht: OMS, Zorginstituut Nederland, Kennisinstituut MS.
- Onbekend. (2015). Waardeer de frisse blik van de co. *Medisch Contact*(39).
- Pieper, D., Jülich, F., Antoine, S. L., Bächle, C., Chernvak, N., Genz, J., . . . Icks, A. (2015). Studies analysing the need for health-related information in Germany: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 15(407), 18.
- Rabobank. (2016). Cijfers & Trends. from <https://www.rabobank.nl/bedrijven/cijfers-en-trends/?redirect=be-cijfers-en-trends-kennis-rs>
- Reactie artikel Zorgvisie. Retrieved 20 januari 2016, 2016
- Reitsma, M., Brabers, A. E. M., Masman, W., & De Jong, J. (2012). De kiezende burger.
- Reitsma, M., Brabers, A. E. M., Wigtersma, L., & De Jong, J. (2012). Zorggebruikers denken minder positief dan artsen over de afhandeling van klachten binnen de gezondheidszorg. from NIVEL
- Rijksoverheid. (2016a). from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>
- Rijksoverheid. (2016b). 2016, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/goed-bestuur-in-de-zorg>
- Rijksoverheid. (2016c). Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/inhoud/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>
- Secanell, M., Groene, O., Arah, O. A., Lopez, M. A., Kutryba, B., Pfaff, H., . . . Bartels, P. D. (2014). Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(suppl 1), 5-15.
- Sluijs, E., Keijser, A., & Wagner, C. (2006). Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005.

- Smeehuijzen, J. L., Van Wees, K.A.P.C., Akkermans, A.J., Legemaate, J., Van Buschbach, S., Hulst, L. (2013). Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Amsterdam: Amsterdam Centre For Comprehensive Law (ACCL).
- StichtingPortaal. (2016). Stichting Portaal voor Patient Veiligheid. 2016, from <http://www.vmszorg.nl/library/21863/Presentatie%20otbv%208%20de%20%20CMR%20DEF.pdf>
- 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.
- . *Uitvoeringsregeling Wkkgz*. (2014).
- Uldry, E., Schäfer, M., Saadi, A., Rousson, V., & Demartines, N. (2013). Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery. *World Journal of Surgery*, 37(9), 2162-2171.
- van der Haar, K., Verbakel, N., Gommers, E., & Bierma, C. (2010). Het nieuwe certificatieschema HKZ cliënt-/patiëntveiligheid. *Kwaliteit in Beeld*, 20(4), 28.
- 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. Tilburg: INTERVICT.
- Van Haastert, C., Lekkerkerk, T. (2014). Rapport meldactie 'Samen beslissen' (pp. 29): NPCF.
- van Schoten, S. M. (2015). Hospital Quality Systems: unraveling working mechanisms.
- van Schoten, S. M., Groenewegen, P. P., & Wagner, C. (2013). De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in Nederlandse ziekenhuizen tussen 1995 en 2011. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(8), 489-496.
- Verhoef, L. M., Weenink, J., Winters, S., Robben, P. B. M., Westert, G. P., & Kool, R. B. (2015). The disciplined healthcare professional: a qualitative study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands. *BMJ Open*, 5(9275).
- Victoor, A. (2015). *(How) do patients choose a healthcare provider?* Utrecht: NIVEL.
- VMSzorg. VMSzorg. 2016, from <http://www.vmszorg.nl/>
- VWS. (1996). *de Kwaliteitswet zorginstellingen*: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Afd. Publiekvoorlichting.
- Waarschuwingregister. (2016). Waarschuwingregister Zorg en Welzijn. 2016, from <http://www.waarschuwingregisterzorgenwelzijn.nl/>
- Wagner, C. (1999). Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organization.
- Wagner, C., Groene, O., Thompson, C. A., Dersarkissian, M., Klazinga, N. S., Arah, O. A., . . . Consortium, D. U. P. (2014). DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospital and pathway levels. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(suppl 1), 66-73.



- Wagner, C., & Van der Wal, G. (2005). Voor een goed begrip. Bevordering patiëntveiligheid vraagt om heldere definities [For a good understanding. Improving patient safety requires clear definitions]. *Med Contact*, 60(1888), 91.
- Wagner; Lombarts, M. L. F. B., de. (2013). Onderzoek naar de aard en omvang van de problematiek van disfunctionerende beroepsbeoefenaren in de Nederlandse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL.
- Weert, J. C. M., Van Bolle, S., Van Dulmen, S., & Jansen, J. (2013). Older cancer patients information and communication needs: what they want is what they get? *Patient Education and Counseling*, 92(3), 388-397.
- [www.medirisk.nl](http://www.medirisk.nl). (2016). Retrieved 2016-02-22, 2016

