

# Leren van patiënten

Het gebruik van klachten ter agendering en prioritering van thema's



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

# Leren van patiënten

Het gebruik van klachten ter agendering en prioritering van thema's

R. Bouwman  
R. Friele

Juli 2018

ISBN 978-94-6122-506-1

<http://www.nivel.nl>  
[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2. Achtergrond</b>	<b>8</b>
2.1 Taak Zorginstituut	8
2.2 Meerjarenagenda en doorzettingsmacht	8
2.3 Wat al bekend is over analyses van klachten	9
<b>3. Bevindingen</b>	<b>11</b>
3.1 Signalen op basis van aantallen klachten	11
3.2 Verdiepende analyse van klachten	27
<b>4. Beschouwing, conclusie en aanbevelingen</b>	<b>34</b>
Aanbevelingen	36
<b>Referenties</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage A. Aanpak van dit onderzoek</b>	<b>40</b>
<b>Bijlage B. Criteria voor kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten</b>	<b>42</b>
<b>Bijlage C. Meerjarenagenda: 2018 - 2021</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage D. Verslag bijeenkomst Nivel Verbindt</b>	<b>44</b>
<b>Bijlage E. Lijst van door het Ministerie van VWS erkende geschilleninstanties</b>	<b>47</b>
<b>Bijlage F. Afkortingenlijst</b>	<b>50</b>

## Samenvatting

Het Zorginstituut is continu op zoek naar manieren en methoden om de burger te betrekken bij de agendering en uitvoeren van zijn taken. Het Zorginstituut is benieuwd of klachten van patiënten ook signalen kunnen leveren voor de Meerjarenagenda. De Meerjarenagenda is de wettelijk erkende afsprakenlijst met een overzicht van kwaliteitsproducten zoals kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten die met voorrang moeten worden ontwikkeld.

In dit onderzoek is verkend in hoeverre klachten van patiënten binnengekomen bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), het tuchtcollege en geschilleninstanties input kunnen leveren voor de Meerjarenagenda.

Het onderzoek levert drie potentiële strategieën waarmee signalen uit klachten kunnen worden gehaald die relevant zijn voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut namelijk:

1. Signalen op basis van geaggregeerde overzichten van binnengekomen klachten bij het LMZ, de tuchtcolleges en de geschilleninstanties
2. Verdiepende analyses van klachten
3. Zoeken in de klachten op basis van prioriteiten en onderwerpen

Elk van deze strategieën heeft zijn voor- en nadelen. De eerste strategie zou een eerste stap kunnen zijn voor het Zorginstituut om signalen van patiënten op te vangen. Deze strategie geeft een snelle, globale indruk van waar klachten van patiënten over gaan, trends in de onderwerpen van klachten, en eventuele nieuwe opkomende thema's. Een voorbeeld van dit laatste is de casus over PIP-implantaten bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Die liet zien dat ook een gering aantal klachten kunnen wijzen op een nieuw, alarmerend probleem in de samenleving.

Echter, een geaggregeerd overzicht van klachten geeft geen gedetailleerd inzicht in de complexe realiteit en de urgentie van een klacht. De behoefte om 'achter' de getallen te kijken is dan groot: wat is hier aan de hand, wat ligt er 'achter' deze ontwikkeling. Een eerste antwoord op deze vraag kan worden verkregen uit de toelichtingen die de klachtinstanties zelf geven bij hun jaarrapportages.

Daarnaast kunnen op basis van de signalen die uit de geaggregeerde analyses komen verdiepende analyses worden gedaan voor (een beperkt) aantal klachten. Deze tweede strategie biedt een dieper inzicht in problemen die patiënten ervaren, en biedt ook meer relevante en specifieke informatie voor kwaliteitsproducten en de Meerjarenagenda. Nadeel is dat dit soort analyses tijdrovend zijn.

Het Zorginstituut zou zich primair kunnen richten op publicaties van derden, waarin gerapporteerd wordt over inhoudelijke analyses van klachten. Voorbeelden zijn publicaties waarin voor verschillende beroepsgroepen binnengekomen tuchtklachten zijn geanalyseerd en het Kroniek Rechtspraak Tucht recht waarin bijzondere uitspraken van de tuchtrechter zijn geanalyseerd en zaken worden aangehaald waarbij de tuchtrechter zijn jurisprudentie aanscherpt.

De eerste twee strategieën zouden ook ter bevestiging en/of precisering kunnen dienen van signalen die vanuit andere partijen uit het veld zoals koepel- en brancheorganisaties worden aangedragen. Zo zijn bij het LMZ over de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg klachten ingediend door patiënten over een tekort aan personeel. Dit bevestigt de signalen die vanuit veldpartijen al aan de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zijn voorgelegd over verpleeghuiszorg. Dit zou de overwegingen voor het plaatsen van thema's op de Meerjarenagenda kunnen ondersteunen.

Ten derde kan specifiek gezocht worden in klachten naar de onderwerpen en prioriteiten die al op de huidige Meerjarenagenda staan. Dan wordt er in eerste instantie dus niet uitgegaan van een signaal van de patiënt om een onderwerp op de agenda te zetten. Maar, de ontwikkeling van kwaliteitsproducten kan verder gevoed worden door ervaringen van patiënten beschreven in klachten. Het voordeel hiervan is dat door middel van trefwoorden gericht gezocht kan worden. Op basis van de samenvatting van een klacht kan al een snelle selectie worden gemaakt. Een voorbeeld van zo een klacht is een tuchtklacht van een patiënt over het handelen van een huisarts bij traumatisch hersenletsel, één van de onderwerpen op de huidige Meerjarenagenda. De tuchtrechter verklaarde dat de zorgverlener bekwaam heeft gehandeld en wees er op dat de richtlijn voor hoofd-/hersenletsel niet door het Nederlands Huisartsen Genootschap is geautoriseerd en er geen professionele standaard of richtlijn voor schedelletsel is voor de huisartsen. Hoewel de klacht dus ongegrond werd verklaard, bevat deze een belangrijk signaal voor het Zorginstituut op het gebied van richtlijnontwikkeling.

Tenslotte lijkt het voor het Zorginstituut in ieder geval nuttig om contact te onderhouden met verschillende klachtinstanties en hun expertise te gebruiken om op de hoogte te blijven van actuele signalen van patiënten. Daarbij kunnen verschillende publicaties in de gaten worden gehouden en indien nodig verdiepende analyses van klachten worden uitgevoerd.

Voor de uitvoering van dit onderzoek is literatuur bestudeerd, zijn jaarverslagen van drie klachtinstanties geanalyseerd en is input geleverd door middel van een bijeenkomst over 'leren van klachten' en experts.

# 1. Inleiding

Onze gezondheidszorg behoort tot de beste van Europa. De zorg ontwikkelt zich ook steeds verder. Daarbij ontstaan steeds nieuwe risico's voor kwaliteit en veiligheid, maar ook kansen om die te vermijden en om de zorg verder te verbeteren.

Gezondheidszorgbreed en wereldwijd zijn er al jarenlang ontwikkelingen gaande om burgers en patiënten een stem te geven in beleid en de zorg te democratiseren. Overheden ontwikkelen beleid en wetgeving om de rechten van mensen te versterken als onderdeel van het emancipatorisch beleid en om verschillende groepen mondiger te maken binnen de maatschappij (Vrangbaek, Robertson, Winblad, Van de Bovenkamp, & Dixon, 2012).

Andere vormen van democratisering in de gezondheidszorg op macro- of microniveau zijn de bijdrage van patiënten aan besluitvormingsprocessen op nationaal en lokaal niveau, het ontwikkelen van richtlijnen of beleid, het bepalen van onderzoeksagenda's, en het verbeteren van de kwaliteit van zorg (Adams, van de Bovenkamp, & Robben, 2013).

Het Zorginstituut stimuleert de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het voor iedereen toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteitsstandaarden en de bijbehorende meetinstrumenten en informatiestandaarden leveren hier als kwaliteitsinstrumenten een belangrijke bijdrage aan. Deze kwaliteitsinstrumenten worden in een officieel en openbaar register opgenomen, op voordracht van vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk of van de Kwaliteitsraad.

De Meerjarenagenda van het Zorginstituut is de wettelijk erkende afsprakenlijst met een overzicht van kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten die met voorrang moeten worden ontwikkeld. Bij elk daarvan is afgesproken welke partijen samenwerken om wat wanneer bij het register aan te melden. De samenstelling van de lijst is gebaseerd op zorgvragen waar veel mensen mee te maken hebben, die een hoge ziektelast hebben, waar hoge kosten mee zijn gemoeid of waar de gezondheidszorg zelf snel aan de slag mee wil gaan omdat bij vertraging de kwaliteit van de zorg in het geding komt.

Het Zorginstituut is continu op zoek naar manieren en methoden om de burger te betrekken bij de agendering en uitvoeren van zijn taken. Het Zorginstituut is benieuwd of klachten van patiënten ook input kunnen leveren voor deze Meerjarenagenda. Via klachten hebben patiënten de mogelijkheid om hun informatie over gezondheidszorg kenbaar te maken. Klachten vormen zo 'de stem' van patiënten (Hirschman, 1970). Het gebruik van informatie uit die klachten past binnen het idee van publieke participatie en democratisering in de gezondheidszorg.

Een klacht is een signaal dat iets niet goed verloopt. Patiënten kunnen klachten indienen bij een klachtenfunctionaris van een zorginstelling, bij een geschillencommissie of bij een tuchtrechter. Maar ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Landelijk Meldpunt zorg (LMZ) krijgen veel signalen binnen van patiënten over zaken die niet goed zijn verlopen. Al deze klachten kunnen gezien worden als 'een gratis advies', als signalen die mogelijkheden bieden om te reflecteren op wat er mis is gegaan en vervolgens te leren van de gebeurtenis en de zorg verder te verbeteren.

In de huidige procesbeschrijving voor de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut (zie volgend hoofdstuk) zijn het vooral overheidsinstaties en koepel- en brancheorganisaties die een rol hebben in de agendering. Het zou mooi zijn als er ook ruimte is voor het bottom-up vullen van de agenda, waarbij

patiënten aandacht kunnen vragen voor onderwerpen. De vraag is waar ruimte zit voor innovatie op dit gebied (Kwaliteitsraad, 2017a).

In dit onderzoek willen wij verkennen in hoeverre het Zorginstituut zou kunnen leren van klachten binnengekomen bij diverse instanties ter prioritering van thema's voor de Meerjarenagenda.

Met dit onderzoek wilden we de volgende onderzoeksvraag beantwoorden:

Welke informatie kunnen klachten ingediend door patiënten bij het tuchtrecht, geschilleninstanties en het Landelijk Meldpunt Zorg opleveren als input voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut?

Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar literatuur, jaarverslagen van de drie klachtinstanties en is input geleverd door middel van een bijeenkomst over 'leren van klachten' en experts. Een uitgebreide beschrijving van de aanpak van dit onderzoek is te vinden in bijlage A.

## 2. Achtergrond

### 2.1 Taak Zorginstituut

Zorginstituut Nederland levert met zijn 4 taken een belangrijke bijdrage aan het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Het Zorginstituut adviseert over het basispakket aan zorg, bevordert kwaliteit en inzichtelijkheid van de zorg, licht het basispakket systematisch door, en voert de financiering van Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) uit.

Het Zorginstituut Nederland stimuleert en ondersteunt de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten. Organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen hiervan. Als zij een kwaliteitsstandaard, informatiestandaard of meetinstrument aan het Zorginstituut aanbieden, dan beoordeelt het Zorginstituut aan de hand van de criteria uit het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015 (hierna: het Toetsingskader) of deze/dit opgenomen kan worden in het Register, als gezamenlijke norm voor goede zorg (Zorginstituut Nederland, 2015). De criteria staan beschreven in bijlage B.

### 2.2 Meerjarenagenda en doorzettingsmacht

Het Zorginstituut stelt een Meerjarenagenda vast met daaraan gekoppeld een jaarlijks werkprogramma. De Meerjarenagenda geeft aan voor welke gebieden van zorg met voorrang kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten worden ontwikkeld en wanneer deze gereed moeten zijn. De Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut over de inhoud van de Meerjarenagenda. Zij komen in een proces van overleg tot consensus. De Raad van Bestuur van het Zorginstituut benoemt de leden van deze commissie, die bestaat uit deskundigen uit zowel de curatieve als de langdurige zorg. De leden maken hier op persoonlijke titel deel van uit. De Meerjarenagenda laat tevens zien welke organisaties van cliënten, zorgaanbieders en verzekeraars de ontwikkeling van de verschillende kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten op zich nemen. De Meerjarenagenda komt mede tot stand op basis van inbreng van partijen in de zorg.

Van prioritering van een onderwerp kan bijvoorbeeld sprake zijn wanneer er sprake is van urgentie. Door bijvoorbeeld richtlijnen op de Meerjarenagenda te zetten, wil het Zorginstituut de ontwikkeling van de richtlijnen borgen en voorkomen dat de ontwikkeling van deze richtlijnen vertraging oploopt (Kwaliteitsraad, 2017c). Verder worden onderwerpen aangedragen waarbij sprake is van 'braakliggend terrein' omtrent afspraken over kwaliteit van zorg, waar cliënten inzicht in moeten hebben, en waar sprake is van 'hoog verbeterpotentieel' (Kwaliteitsraad, 2017a, 2017b). Voorbeelden van signalen die in 2017 door de Kwaliteitsraad zijn behandeld en op de Meerjarenagenda zijn geplaatst zijn bijvoorbeeld het personeelstekort, en problemen met personeelssamenstelling en krapte op de arbeidsmarkt in de verpleeghuiszorg, en onjuiste hulpmiddelenzorg bij incontinentie, diabetes en stomazorg (Kwaliteitsraad, 2017b, 2017d). Voor de signalen uit klachten van burgers is het dan de vraag of het ontwikkelen van een kwaliteitsproduct oplossing biedt, en of het ontwikkelen van een kwaliteitsproduct rondom het kwaliteitsvraagstuk nog niet door partijen in de zorg wordt opgepakt.

Wanneer het Zorginstituut constateert dat partijen in gebreke zijn gebleven, doordat de in de Meerjarenagenda gestelde termijnen niet zijn gehaald, zal het zelf een kwaliteitsstandaard,



informatiestandaard of een meetinstrument laten ontwikkelen. Het Zorginstituut zal de Kwaliteitsraad dan verzoeken om het initiatief of de coördinatie van de ontwikkeling op zich te nemen. Dit wordt de doorzettingsmacht van het Zorginstituut genoemd. Overigens zal het Zorginstituut deze doorzettingsmacht alleen inzetten als uiterste middel (Zorginstituut Nederland, 2015).

In bijlage C is te vinden welke onderwerpen momenteel op de Meerjarenagenda 2018-2021 staan (geconsulteerd op 3 juli 2018) (Zorginstituut Nederland, 2017). Deze onderwerpen kunnen iedere maand veranderen.

## 2.3 Wat al bekend is over analyses van klachten

Voor dit onderzoek is in de literatuur verkend wat er bekend is over de analyse van klachten en welke informatie dit oplevert. Hieruit komen vooral suggesties over geaggregeerde analyse en categorisering van klachten. Dit soort analyses zijn er vooral op gericht om klachten te kwantificeren en trends te ontdekken.

De meest recente studies hebben taxonomieën ontwikkeld om klachten op geaggregeerd niveau te categoriseren en analyseren. Geaggregeerde klachtanalyse zou een kans bieden om proactief probleemgebieden te identificeren die wijzen op slechte zorg- en risicogebieden (Bouwman, Bomhoff, Robben, & Friele, 2017; Fisher & Mazor, 2017; Harrison, Walton, Healy, Smith-Merry, & Hobbs, 2016; Mack et al., 2017; Mattarozzi, Sfrisi, Caniglia, De Palma, & Martoni, 2017; Pichert JW, 2008; Reader, Gillespie, & Roberts, 2014; World Alliance for Patient Safety, 2005).

Het classificeren van klachten maakt het mogelijk om de vaak complexe en ongestructureerde klachten te structureren en te documenteren in interpreteerbare en gemakkelijk te rapporteren categorieën. Dit soort analyses geeft informatie op nationaal niveau en op het niveau van de zorgsector. Eén studie laat bijvoorbeeld zien dat het mogelijk was om op het niveau van de zorgsector probleemgebieden te identificeren. Kleine verschillen in patronen werden gezien in de problemen die patiënten rapporteerden in verschillende sectoren in de gezondheidszorg. De patronen waren vrij duidelijk voor kenmerken van de cure- en zorgsector. In de ouderenzorg wezen patiënten bijvoorbeeld vaker op organisatorische problemen dan in andere sectoren (Bouwman, Bomhoff, et al., 2017).

Ander onderzoek laat nog zien dat geaggregeerde analyses van klachten waardevolle inzichten geven over kwaliteit en veiligheid maar vooral in combinatie met andere informatiesystemen. Zo blijkt bijvoorbeeld dat klachten van patiënten wel degelijk andere informatie over veiligheid en kwaliteit opleveren dan de informatie in door zorgverleners gemelde incidenten. Dit komt niet alleen omdat incidenten soms niet gemeld worden. Ze bieden vaak ook informatie over 'blinde vlekken' zoals gemiste diagnoses en vertragingen in de behandeling (de Feijter, de Grave, Muijtjens, Scherpbier, & Koopmans, 2012). Verder wordt gesteld dat patiënten waarde aan kwaliteit en veiligheid van zorg kunnen toevoegen door 'soft intelligence' te bieden, informatie over de 'zachte' kanten van de zorg, die vaak belangrijk zijn voor patiënten maar waar de incident meldsystemen maar beperkt aandacht besteden. Dan gaat het bijvoorbeeld over communicatie en organisatie van zorg (Dixon-Woods et al., 2014). Het is ook aangetoond dat patiënten, in het bijzonder degenen die schade hebben geleden, goed in staat zijn om hun veiligheid te observeren en factoren die daaraan kunnen bijdragen kunnen identificeren (Giles, Lawton, Din, & McEachan, 2013).

Wel zijn er ook kritische geluiden over het categoriseren en geaggregeerde analyse van klachten. Ervan uitgaande dat klachten gemeld door patiënten slechts een 'topje van een ijsberg' zijn, zijn klachten niet representatief voor alle patiëntenervaringen in de gezondheidszorg. Ook leveren

klachten vaak een vertekend beeld op omdat ze gefragmenteerd inzicht bieden in situaties (Bismark, 2015; Bouwman, Bomhoff, et al., 2017)

Het identificeren van knelpunten en patronen is alleen mogelijk als voor elke sector voldoende aantallen klachten zijn ontvangen (Bouwman, Bomhoff, et al., 2017). Bovendien ondersteunt een classificatie basisanalyses, maar wordt de complexe realiteit en ernst van een klacht niet nauwkeurig in kaart gebracht. De informatie die de analyse oplevert, blijft nogal oppervlakkig. Dit maakt het moeilijk om te beoordelen welke klachten actie vereisen of relevant zijn. Belangrijke details en contextuele informatie beschreven in de klachten zijn cruciaal voor het bepalen van de ernst van een klacht. Hetzelfde fenomeen is al beschreven in het geval van meldingen van incidenten: hoewel het belangrijkste principe van het melden van incidenten is om risico's te identificeren en prioriteren, zijn er ook voorbeelden dat incidenten in de praktijk alleen worden geteld om de prestaties van zorgaanbieders te monitoren, waardoor de mogelijkheid voor breder leren wegvalt (Hibbert et al., 2016; Macrae, 2015).

In het hoofdstuk 'bevindingen' is gekeken wat dit soort geaggregeerde analyses van klachten voor het Zorginstituut kunnen opleveren.

## 3. Bevindingen

Op basis van de literatuur, de jaarverslagen van de drie klachtinstanties, input van de twee experts en de bijeenkomst 'Van klachten leren' zijn we tot drie manieren gekomen waarop signalen uit klachten kunnen worden gehaald die relevant zijn voor het Zorginstituut namelijk:

- Signalen op basis van geaggregeerde overzichten van aantallen klachten bij het LMZ, de tuchtcolleges en de geschilleninstanties
- Verdiepende analyses van klachten
- Op basis van prioriteiten en onderwerpen zoeken in de klachten

Hieronder zal voor elke van deze strategie beschreven worden wat voor informatie dit oplevert, en waarmee rekening gehouden kan worden bij iedere strategie.

### 3.1 Signalen op basis van aantallen klachten

Uit de literatuur blijkt dat het categoriseren van klachten kan worden gezien als een eerste stap, die helpt prioriteiten te stellen. Het classificeren van klachten maakt het mogelijk om de complexe en ongestructureerde klachten interpreteerbaar te maken. Het creëert een geaggregeerd overzicht van de problemen die patiënten ervaren. Veranderingen in de tijd kunnen inzicht geven in nieuwe opkomende problemen.

Om dit concreet te maken zijn jaarverslagen van het LMZ, de tuchtcolleges, en de Geschillencommissie geanalyseerd.

#### 3.1.1 Meldingen van burgers bij het LMZ

Het Landelijk Meldpunt Zorg (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 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)) 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:

- Het adviseren van burgers: het adviseren en begeleiden van burgers met klachten over de kwaliteit van de gezondheidszorg, het ter beoordeling aan de IGJ voorleggen van bepaalde klachten in het kader van incidenttoezicht en het beantwoorden van vragen.
- Het monitoren van zorgverleners en de IGJ: Het op verzoek van burgers monitoren van de tijdige klachtafhandeling door zorgverleners en het procedureel monitoren van onderzoek door IGJ n.a.v. een klacht van een burger.
- Informerende 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 IGJ t.b.v. het risicotoezicht.

Het LMZ helpt burgers die een klacht hebben door te informeren over de mogelijkheden om de klacht op te lossen. Als burgers 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 burgers niet tevreden zijn met de manier waarop er door de zorgaanbieder met de klacht is omgegaan.

Het Klachtbeeld is het jaarverslag van het LMZ en bevat informatie over het aantal klachten, waar die klachten over gaan en in welke zorgsectoren de klachten voorkomen. Ook benoemt het LMZ in haar jaarverslag nieuwe onderwerpen die zij identificeert in de meldingen. Meldingen bij het LMZ zijn niet openbaar beschikbaar en waren ook niet beschikbaar voor analyse voor dit onderzoek.

In tabel 1 is te zien dat het aantal meldingen van burgers bij het LMZ stijgt.

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

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

\*8507 klachten inclusief Thyrax en Essure. In 2016 zijn 1313 klachten en 64 vragen over Thyrax binnengekomen. Over Essure zijn 739 klachten en 3 vragen ontvangen. Dit zijn in totaal 2052 klachten en 67 vragen. Samen vormt dit 24% van het totaal aantal klachten en 6.5% van het totaal aantal vragen. Om vertekening te voorkomen, zijn in het Klachtbeeld de cijfers en figuren zonder de gegevens over Thyrax en Essure weergegeven. Zie voor meer informatie de paragraaf over Thyrax en Essure verderop in dit hoofdstuk.

In tabel 2 staan de onderwerpen van de klachten. Opvallend in 2016 is de toename ten opzichte van 2015 van het aantal klachten in de hoofdcategorie professioneel handelen.

In 2017 is er een afname ten opzichte van 2016 van het aantal klachten over professioneel handelen (7%). Het LMZ geeft aan dat dit mogelijk te maken heeft met de herijking van het gebruikte categoriesysteem. Daarnaast zijn de LMZ-medewerkers in 2017 meer gedetailleerd gaan uitvragen en de categorieën gaan uitsplitsen (LMZ, 2018). Dit soort bijzonderheden zijn belangrijk voor het interpreteren en prioriteren van thema's.

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

Hoofdcategorieën	Aantal klachten 2015	Aantal klachten 2016	Aantal klachten 2017
Professioneel handelen	27%	37%	30%
Veiligheid	20%	18%	22%
Communicatie	20%	18%	19%
Overig	9%	10%	10%
Organisatie/logistiek	9%	8%	9%
Ongewenst/onethisch gedrag	11%	7%	8%
Klachtbehandeling zorgaanbieder	2%	2%	2%

### Klachten ingedeeld naar zorgsectoren

De klachten die het LMZ ontvangt betreffen de gehele zorgsector in Nederland. Tabel 3 laat zien dat de helft van de klachten in 2017 betrekking had op de sectoren medisch specialistisch somatische zorg, geestelijke gezondheidszorg en intramurale ouderenzorg, net als de voorgaande jaren. Kwamen in 2015 de meeste klachten over de sector geestelijke gezondheidszorg binnen, in 2016 en 2017 betreffen de meeste klachten de medisch specialistische somatische zorg. Het aantal klachten blijft voor de meeste sectoren over de jaren stabiel. Opvallend is het aantal klachten over de alternatieve

zorg. Het percentage klachten over alternatieve zorg is niet gestegen, maar de absolute aantallen wel. In 2015 gingen 27 klachten over alternatieve zorg, in 2016 is dit gestegen naar 98. In 2017 daalde dit weer naar 59 klachten. Dit geeft ook aan dat het belangrijk is om niet alleen naar percentages te kijken, maar ook naar absolute aantallen klachten

Interessant is om de onderwerpen van de klachten per sector te bekijken. Het LMZ heeft deze analyses zelf al in het jaarverslag opgenomen.

Tabel 3 Klachten gemeld bij het LMZ ingedeeld naar zorgsectoren

Zorgsector	2015	2016	2017
Medisch specialistisch somatische zorg	908 (18%)	1443 (22%)	1331 (19%)
Geestelijke gezondheidszorg	928 (18%)	1136 (18%)	1168 (17%)
Intramurale ouderenzorg	731 (14%)	995 (15%)	973 (14%)
Huisartsenzorg (incl. HDS/HAP)	534 (10%)	726 (11%)	861 (13%)
Gehandicaptenzorg	389 (8%)	410 (6%)	471 (7%)
Mondzorg	246 (5%)	317 (5%)	464 (7%)
Apotheek	168 (3%)	208 (3%)	206 (3%)
Thuiszorg	193 (4%)	198 (3%)	289 (4%)
Fabrikant/bedrijf medische technologie	157 (3%)	149 (2%)	181 (3%)
Andere sector	53 (1%)	116 (2%)	261 (4%)
Zorgverzekeraar	106 (2%)	110 (2%)	80 (1.2%)
Alternatieve zorg	35 (1%)	98 (2%)	59 (<1%)
Fabrikant geneesmiddelen/farmaceutisch bedrijf	67 (1%)	94 (1%)	95 (1%)
Particuliere kliniek/ZBC	109 (2%)	68 (1%)	67 (1%)
Niet van toepassing	117 (2%)	67 (1%)	29 (<1%)
Paramedische zorg	50 (1%)	66 (1%)	78 (1%)
Publieke gezondheidszorg	50 (1%)	60 (1%)	71 (1%)
Bedrijfs- keuringsarts	37 (<1%)	55 (1%)	72 (1%)
Ketenzorg	34 (<1%)	41 (1%)	37 (<1%)
Forensische zorg	26 (<1%)	39 (1%)	36 (<1%)
Jeugdhulp	24 (<1%)	34 (1%)	42 (<1%)
Acute zorg	20 (<1%)	25 (0<1%)	14 (<1%)
Zorg thuis	12 (<1%)	-	-
<b>Totaal</b>	<b>5115</b>	<b>6455</b>	<b>6885</b>

## Onderwerpen per zorgsector

### Medisch specialistische zorg

De meeste klachten ontving het LMZ over de medisch specialistische zorg. Het gaat hierbij om 1.331 klachten, 19% van het totale aantal klachten. Ten opzichte van 2016 zijn er 112 klachten minder binnengekomen over deze sector. Medisch specialistische somatische zorg is de zorg binnen ziekenhuizen, universitair medische centra, radiotherapeutische en revalidatiecentra en andere instellingen waar curatieve zorg wordt verleend.

36% van het totale aantal klachten heeft betrekking op het oneens zijn met het medisch handelen van een zorgverlener of zorgaanbieder. Het gaat dan bijvoorbeeld over: (mogelijke) fouten; een behandeling die de patiënt niet wenst te ondergaan; geen eenduidig behandelingsbeleid; geen inzage in het dossier alvorens de behandeling te starten; en nieuwe medicatie, zonder verdere informatie. Daarnaast gaat het in ongeveer 6 % van de klachten om de bejegening door de zorgaanbieder, financiën, dossiervoering en het missen van een diagnose, bijvoorbeeld op een röntgenfoto of CT-scan. In vergelijking met 2016 is de top 5 van de aard van de klachten over de medisch specialistische zorg iets verschoven. In 2016 troffen we hier ook klachten over medische hulpmiddelen, in 2017 heeft financiën de plek in deze top 5 ingenomen.

### Geestelijke gezondheidszorg

In 2017 ontving het LMZ 1168 klachten over de geestelijke gezondheidszorg. Dit is 17% van het totaal aantal klachten. Ten opzichte van 2016 zijn er meer klachten binnengekomen (1.136 in 2016 en 1.168 in 2017). De geestelijke gezondheidszorg omvat de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ambulante en klinische GGZ, verslavingszorg en vrijgevestigde beroepsbeoefenaren binnen de GGZ.

In de meeste klachten zijn mensen het oneens met het medisch handelen (16%). Het gaat dan bijvoorbeeld om het stopzetten van een behandeling tegen de wens van de familie in; geen juiste interventie of het niet volgen van de richtlijnen; de patiënt of zijn/haar naaste is het niet eens met het behandelplan of de voorgeschreven medicatie. Daarnaast komen veel klachten binnen over bejegening door zorgverleners (15%) en dwang- en drangmaatregelen (8%) en medicatie (6%). De aard van de klachten verschilt in 2017 niet veel van die in 2016. Wat is veranderd, is dat de ADL-zorg niet meer in de top 5 zit.

### Intramurale ouderenzorg

Het LMZ ontving 973 klachten over de intramurale ouderenzorg, 14% van het totale aantal klachten. Intramurale ouderenzorg is de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en de zorg voor ouderen in speciale woonvormen. Het zijn meestal de kinderen, kleinkinderen of andere familieleden van de betrokken cliënten die contact zoeken met het LMZ. Ten opzichte van 2016 laat deze sector in 2017 qua klachten een lichte afname zien. In 2016 kwamen 995 klachten over de intramurale ouderenzorg binnen. In 2017 ontving het LMZ over de intramurale ouderenzorg minder klachten over personeel, de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en hygiëne, maar er kwamen wel meer klachten over veiligheid (medicatie en valincidenten) in de ouderenzorg. In 2017 kwamen de meeste klachten, net als vorig jaar, binnen over de ADL zorg, 14% van het totale aantal klachten over de intramurale ouderenzorg. Klachten gaan dan bijvoorbeeld over te laat uit bed halen van bewoners en/of te laat ontbijt; zorgen om de hygiëne of het uitbreken van het norovirus; weinig tot geen dagelijkse activiteiten; en onvoldoende hulp bij maaltijden. Ook de categorie oneens met medisch handelen, wordt regelmatig genoemd (12 %). Het gaat dan bijvoorbeeld over: traag handelen van de arts en/of verpleging; uitdelen van medicijnen door gastvrouwen en zorgverleners; griepvrij krijgen terwijl in het dossier staat dat dit niet moet gebeuren; en slechte wondzorg. Klachten over personeel betreft 9% van de klachten. Die hebben vaak te maken met te weinig personeelsleden op een afdeling, waardoor te laat en traag gehandeld wordt; verzorging die minimaal is of deskundigheid die te wensen overlaat (bijvoorbeeld in het geval van wondverzorging of medicatietoediening); en veel wisselend, onbekend

personeel. Ten opzichte van 2016 is de aard van de klachten bijna gelijk gebleven. Het enige verschil is dat medicatie in de top 5 is gekomen, met 8%, direct gevolgd door bejegening (ook 8%). Bejegening stond vorig jaar op de vijfde plek van de categorieën.

### **Huisartsenzorg**

In 18% van de klachten over de huisartsenzorg zijn mensen het oneens met het medisch handelen. Hier gaat het bijvoorbeeld om klachten als: niet (goed) behandelen van een aandoening; geen nader onderzoek doen terwijl de patiënt dit wenst; wegsturen van patiënten met pijnklachten met enkel aspirine; en het krijgen van medicatie terwijl de huisarts niet is gezien. Samengevat gaan deze klachten dus eigenlijk over het niet of te gering handelen van de huisarts.

Bejegening is een tweede categorie die veel genoemd wordt (17%). Deze categorie is licht gestegen ten opzichte van vorig jaar (14%). Het gaat dan bijvoorbeeld om een onvriendelijke houding van de huisarts of assistente; te weinig tijd voor een consult; te weinig aandacht voor de laatste levensfase van een patiënt. Dossiervoering (10%), doorverwijzing (9%) en medicatie (8%) worden ook regelmatig in de klachten genoemd. De klacht gaat dan bijvoorbeeld over het onjuist inschatten van symptomen met als gevolg dat mogelijk een verkeerde diagnose gesteld is; niet overdragen van het dossier aan een nieuwe huisarts; niet eens zijn met wat er in het dossier staat; informatie van een familielid die per abuis in het dossier van een patiënt staat; niet eens zijn met de voorgeschreven medicatie of het niet willen voorschrijven door de huisarts van gewenste medicatie. Ten opzichte van 2016 is 'diagnose gemist' dit jaar minder voorgekomen. Was dit vorig jaar nog de vierde meest gehoorde klacht in de huisartsenzorg, dit jaar stond deze klacht pas op de zevende plaats (5%).

### **Gehandicaptenzorg**

Het LMZ ontving in 2017 471 klachten over de gehandicaptenzorg (7%). Dit is meer dan in 2016 met 410 klachten over deze zorgsector. De gehandicaptenzorg betreft de langdurige zorg voor mensen met een zintuiglijke, verstandelijke of lichamelijke beperking. Net als in de intramurale ouderenzorg zijn het in deze sector vaak familieleden of andere betrokkenen die contact opnemen met het LMZ. Opvallend, maar in overeenstemming met de algemene tendens, is dat de ADL-zorg (11%) van de eerste plaats verdrongen is door bejegening (12%). In vergelijking met vorig jaar zijn de klachten over bejegening toegenomen (8% in 2016). Dat komt ook omdat de klachten over oneens zijn met medisch handelen en de ADL-zorg zijn afgenomen. Eigenlijk laat de gehandicaptenzorg dezelfde algemene tendens zien als het gaat om de categorieën, maar doordat het hier om zulke kleine aantallen gaat, is de verschuiving in de top 5 relatief groot. Net als in 2016 uiten mensen in 2017 hun bezorgdheid over het personeel (9%), vooral de (onder)bezetting en de deskundigheid van de medewerkers.

### **Mondzorg**

In 2017 ontving het LMZ 464 klachten over de mondzorg, wat overeenkomt met ongeveer 7% van het totaal aantal klachten over 2017. Dit is een stijging ten opzichte van 2016 (317 klachten). De sector mondzorg omvat tandartspraktijken, orthodontiepraktijken, tandtechnische laboratoria en praktijken van zelfstandig werkende mondhygiënistes, paradontologen en implantologen. Nog steeds betreffen de meeste klachten over mondzorg het oneens zijn met het medisch handelen door de zorgaanbieder (31%). Dit betreft bijvoorbeeld klachten over: technisch slecht uitgevoerde handelingen; gemiste gaatjes; gebroken vullingen; kronen of protheses; ontstekingen; aanhoudende pijn; en slecht passende kunstgebitten of beugels. Ten tweede uit men ontevredenheid over dossiervoering/-inzage (20%). Deze categorie is ten opzichte van vorig jaar toegenomen. Dit betreft bijvoorbeeld klachten over: kwijtgeraakt dossier; niet overdragen of niet bijhouden van het dossier. Deze toename hangt mogelijk samen met het stoppen van mondzorgpraktijken of het met onbekende bestemming vertrekken van tandartsen. In 2017 was er enige media-aandacht voor tandartspraktijken die onverwacht hun deuren sloten, waarna patiënten niet meer over hun dossier konden beschikken. Dit

belemmert continuïteit van zorg, wat niet conform geldende wet- en regelgeving is. Op de derde plaats (in 2016 op de tweede plaats) komen de klachten in deze zorgsector over financiën. Het gaat dan om vooral de hoogte van declaraties en onverwachte kosten. In het Klachtbeeld van 2014 en 2015 werd mogelijk titelmisbruik door beroepsbeoefenaren relatief veel genoemd. In 2016 was dit gedaald tot 3%. In 2017 stijgt deze categorie licht (4%) net als de klachtbehandeling zorgaanbieder (4% in 2016 naar 5% in 2017).

### **Thuiszorg**

Over de thuiszorg ontving het LMZ 289 klachten (198 in 2016), ruim 4% van het totaal. Onder deze sector vallen verzorging en verpleging bij cliënten thuis, waaronder ook kraamzorg en huishoudelijke hulp. In de klachten over de thuiszorg komen veelal dezelfde categorieën terug als in de intramurale ouderenzorg en gehandicaptenzorg, namelijk klachten over ADL-zorg (15%) en personeel (14%). Afgenomen zijn klachten over medicatie. Een toename zien we in de categorieën financiën en wachtlijst. Hierbij moeten we aantekenen dat het verhoudingsgewijs om zeer kleine aantallen thuiszorgklachten gaat, waardoor een categorie met een kleine toename in klachten al snel percentueel stijgt.

### **Actuele onderwerpen: bijwerkingen van implantaten, cosmetische zorg en donorkind**

Onderwerpen die speciale aandacht hebben van de inspectie, media of politiek komen meestal direct terug in het werk van het LMZ. In 2017 zijn in totaal 279 klachten te koppelen aan een actueel thema (4%). In 2017 zijn de belangrijkste actuele thema's: bijwerkingen van implantaten, cosmetische zorg en donorkind.

### **Het Meldpunt Bijwerkingen Implantaten**

In 2017 is een samenwerkingsverband gestart tussen de IGJ en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en Bijwerkingencentrum Lareb, die samen met het expertisecentrum de bijwerkingen van implantaten analyseert. Het gaat om diverse soorten implantaten zoals bekkenbodematjes, heup- en borstimplantaten. Ook klachten over sterilisatiemethode Essure vallen hieronder. In 2017 registreerde de inspectie veel klachten over implantaten. De rol van het LMZ is ondersteunen bij het invullen van de nogal omvangrijke vragenlijst die burgers krijgen voorgelegd op het moment dat zij een klacht willen indienen over een implantaat.

### **Cosmetische zorg**

Sinds op 1 januari 2016 de nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is ingegaan, vallen ook de alternatieve en cosmetische zorg, gelijk aan ruim 40.000 zorgaanbieders, onder het toezicht van de IGJ. In 2017 zijn 20 klachten binnengekomen over de cosmetische zorg. Deze worden niet geregistreerd als aparte sector, maar in de sector waar de betreffende burger is behandeld zoals medisch specialistische somatische zorg.

### **Donorkind**

Spermadonoren mogen in Nederland volgens de regels maximaal 25 kinderen verwekken. Fertiliteitsklinieken bleken hun administratie echter niet op orde te hebben. In 2017 kwamen er in de media enkele gevallen aan het licht van mannen die veel meer kinderen dan dit toegestane aantal zouden hebben verwekt. Het LMZ kreeg hierover in 2017 21 klachten.

### **Thyrax en Essure**

In 2016 zijn 1313 klachten binnengekomen over Thyrax en 739 over Essure. Deze 2052 klachten samen staan gelijk aan bijna een kwart (24 procent) van het totaal aantal klachten. In januari 2016 heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) het Landelijk Meldpunt Zorg gevraagd gebruikers van het schildkliermedicijn Thyrax Duotab (levothyroxine) te woord te staan. Door



verplaatsing van de productielocatie van het medicijn door fabrikant Aspen bleken er verschillende problemen voor patiënten te ontstaan. Zo bleek de kwaliteit van het medicijn op de nieuwe locatie onvoldoende en ook in andere landen was onvoldoende medicijn op voorraad. Er waren weliswaar voldoende alternatieve middelen van andere merken zonder bijbetaling beschikbaar, maar patiënten opnieuw instellen op een ander schildkliermedicijn is ingrijpend en vervelend. De dosering luistert nauw en er kunnen bijwerkingen ontstaan. Daarnaast kunnen er financiële gevolgen zijn voor de patiënt vanwege eventuele extra bloedtesten, laboratoriumonderzoeken of extra behandelingen door de specialist. Het CBG raadde patiënten aan bij vragen en klachten contact op te nemen met het Landelijk Meldpunt Zorg en velen gaven hieraan gevolg.

In februari 2016 gaf de Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) aan dat fabrikant Bayer meer onderzoek moet doen naar de risico's en bijwerkingen van sterilisatiemethode Essure. Ook in Nederland waren klachten en bijwerkingen van Essure reeds bij de inspectie bekend. De inspectie vindt het belangrijk dat de vrouwen die klachten hebben door deze sterilisatiemethode gehoord worden. Daarom vroeg de inspectie het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) een inventarisatie te doen naar de aard van deze klachten, in navolging van de FDA. Nadat ook Tros Radar in maart vrouwen opriep hun klachten te melden bij het Landelijk Meldpunt Zorg, hebben rond de vierhonderd vrouwen dit daadwerkelijk gedaan.

Het onderzoek van het RIVM is inmiddels afgerond en gepubliceerd. Ook hebben de inspectie en het RIVM de uitkomsten van het onderzoek besproken met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). De NVOG neemt de klachten serieus en besteedt hieraan aandacht in voorlichting aan vrouwen.

Het LMZ heeft in 2017 nog de nasleep ervaren van het explosieve aantal klachten over schildkliergeneesmiddel Thyrax en sterilisatiemethode Essure in 2016. Hoewel het aantal klachten afgelopen jaar veel lager lag, kwamen er nog wel meer klachten dan gemiddeld binnen. Essure en Thyrax staat nog steeds op nummer 1 en 2 als het gaat om het aantal klachten. Het LMZ heeft in 2017 ook nog de nasleep ervaren van het explosieve aantal klachten over schildkliergeneesmiddel Thyrax en sterilisatiemethode Essure in 2016 (LMZ, 2017).

Tabel 4 geeft een overzicht van de actuele thema's in 2016 en 2017 en het aantal klachten dat daarover binnenkwam.

Tabel 4 Actuele thema's en aantal klachten binnengekomen bij LMZ

Thema	2016	2017
Essure	739	92
Thyrax	1313	31
Meldpunt bijwerkingen implantaten	0	29
Liesbreukmatjes	90	21
Donorkind	0	21
Cosmetische zorg	3	20
Borstimplantaten	41	15
Bekkenbodematjes	29	15
Dementiezorg	20	8
Geboortezorg	13	7
Orthodontie en titelgebruik	0	7
Hitteplan in zorginstelling	8	5
Preferentiebeleid geneesmiddelen	10	2
Terugroepactie EpiPen	0	2
Ambulancezorg/Spoedeisende Hulp	8	1
Nieuwe zorgaanbieder	3	1
'Zwijgcontracten'	2	1
Automutilatie	1	1
Kliniek Klaus Ross	15	0
Terugroepactie Mirenaspiraal	7	0
Vergoeding Dexamfetamine	6	0
Internet/ICT/E-health/domotica	4	0
Bezuinigingen/hervormingen	3	0
UMCU afdeling KNO	3	0
Vervalsing /illegale medicamenten	3	0
Silimed borstimplantaten	2	0
Bloedglucosemeters	1	0
Metaal-op-metaal (MOM)-heupen	1	0
Rapport Commissie Hoekstra	1	0

Voor het Zorginstituut kan het wel interessant zijn dit soort actuele thema's in de gaten te houden, omdat hier mogelijk een nieuw kwaliteitsinstrument voor opgesteld moet worden. Daarbij kan dan ook worden aangesloten bij ideeën, aanpassingen, en heroverwegingen van de instantie die de desbetreffende klachten ontvangt. Een mooi voorbeeld hierbij die dat illustreert is de PIP-implantaten casus die begon in 2007, beschreven in box 1. Dit voorbeeld laat zien dat ook een gering aantal

meldingen over klachten kan wijzen op een alarmerend probleem. Het Zorginstituut zou in dit soort gevallen kunnen aansluiten bij dit soort signalen.

#### Box 1 Beschrijving casus PIP-implantaten

In Frankrijk trok men aan de bel na een toename van het aantal meldingen over de PIP-implantaten. Daarop ging de IGZ (nu IGJ) er ook mee aan de slag. Vanaf 2007 kreeg de IGZ verschillende klachten van burgers over negatieve effecten van borstimplantaten op hun gezondheid. Echter, het relatief geringe aantal meldingen over borstimplantaten (47 tussen 2002 en 2008)<sup>1</sup> in vergelijking tot meldingen over andere medische hulpmiddelen maakte dat het probleem van borstimplantaten nauwelijks opviel en daarom niet als prioriteit is aangemerkt (Sorgdrager, 2012).

In 2010 zijn implantaten van de merken PIP en M-Implants uit de handel genomen. De Franse fabrikant Poly Implant Prothèse (PIP) gebruikte industriële siliconen. Deze siliconen waren niet goedgekeurd voor medisch gebruik.

De Nederlandse Vereniging voor Plastisch Chirurgen (NVPC) heeft in januari 2012 geadviseerd om PIP implantaten en M-Implants te verwijderen. De inspectie heeft dit advies overgenomen. De implantaten hebben een verhoogde kans om vroegtijdig te scheuren.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) heeft naar aanleiding van aanhoudende klachten van vrouwen over hun borstimplantaten, in opdracht van de IGJ in oprichting, geïnventariseerd welke gezondheidsklachten vrouwen met een siliconen borstimplantaat ervaren. Daaruit bleek dat een groot deel (71%) van de vrouwen klachten ervaart na implantatie. Er waren vaak zowel lokale klachten (pijn in de borst, kapselvorming) als algemene klachten (chronische vermoeidheid, gewrichtspijn, spierpijn).

Om vast te stellen welke klachten veroorzaakt worden door siliconen borstimplantaten is uitgebreider onderzoek nodig. Daarom vraagt de minister van VWS het RIVM een vervolgonderzoek te starten. Op dit moment wordt door de inspectie en de minister besproken wat de inhoud moet zijn van de nieuwe onderzoeksvraag.

In Nederland zijn er ongeveer tweehonderdduizend vrouwen met borstimplantaten. Het exacte aantal is niet bekend, ook niet hoeveel vrouwen met borstimplantaten klachten ontwikkelen.

Begin 2015 is het landelijk implantatenregister van het ministerie van VWS gestart. Sinds april 2015 worden borstimplantaten hier ook in geregistreerd. Zo kunnen vanaf die datum draagsters teruggevonden worden wanneer er een probleem is met een borstimplantaat.

### 3.1.2 Tuchtklachten

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. Het tuchtcollege toetst de klacht aan twee 'tuchtnormen' uit de Wet BIG. De eerste tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die de beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te betrachten. Hieronder vallen bijvoorbeeld het stellen van een verkeerde of te late diagnose, het onvoldoende informeren over de behandeling, het voorschrijven van verkeerde medicijnen of het schenden van het beroepsgeheim. De hulpverlener

<sup>1</sup> <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/binnenland/zorginspectie-negeerde-47-meldingen-foute-pip-implantaten>

moet naast de patiënt ook jegens familie van de patiënt deze zorg betrachten. De tweede tuchtnorm heeft betrekking op het handelen of nalaten in de hoedanigheid van hulpverlener dat in strijd is met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Hieronder kunnen diverse zaken vallen waaronder verzekeringsfraude, het niet toelaten van een collega tot een waarneemregeling en onjuist optreden in de media.

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.

Uit de jaarverslagen van het Medisch Tuchtcollege kunnen we halen hoeveel klachten er over de verschillende zorgverleners werden ingediend en waar deze over gingen. De klachten en bijbehorende tuchtuitspraken worden openbaar gepubliceerd op <http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken>.

Tabel 5 Aantal ingekomen en afgehandelde klachten bij de Regionale Tuchtcolleges

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

Het aantal binnengekomen klachten bij de regionale tuchtcolleges is in 2017 iets hoger dan in 2015 en 2016 (tabel 5). Het aantal afgehandelde klachten is hoger dan voorgaande jaren, omdat het tuchtcollege zich heeft ingezet om de doorlooptijden te verkorten (Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)

Tabel 6 Tuchtklachten per beroepsgroep in 2016 en 2017

Klachten per beroepsgroep 2016 (totaal 1567)	2017 (totaal 1946)
Arts	1.088 (69%)
Onbekend/niet BIG geregistreerd	121 (8%)
Verpleegkundige	109 (7%)
Tandarts	94 (6 %)
GZ psycholoog	89 (6 %)
Fysiotherapeut	32 (2 %)
Psychotherapeut	14 (<1%)
Apotheek	13 (<1%)
Verloskundige	6 (<1%)
Physician assistent	1 (<1%)

In tabel 6 is het aantal klachten per beroepsgroep te zien. Het valt op dat het aantal klachten over psychotherapeuten verdubbeld is. Alhoewel het aantal relatief gering is, kan dit wel aanleiding geven om de klachten inhoudelijk te bekijken. Dit is als voorbeeld gedaan voor alle tuchtklachten over psychotherapeuten waarover in 2017 een uitspraak is gedaan in hoofdstuk 4.2 over verdiepende analyses van klachten. In tabel 7 zijn de onderwerpen te zien van de ingediende tuchtklachten. Deze getallen laten geen opvallende stijgingen of dalingen zien.

Tabel 7 Aard van de klachten binnengekomen bij de Tuchtcolleges Gezondheidszorg

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

In tabel 8 is het aantal klachten per medisch specialisme te zien. Hier is te zien dat, ook al zijn de aantallen soms gering, er wel een aanzienlijke stijging van het aantal klachten kan zijn die aanleiding kunnen geven voor verder onderzoek. Dit kunnen bijvoorbeeld de klachten over Arbeid en gezondheid-bedrijfsgeneeskunde en heelkunde zijn. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op hoe dit zou kunnen en welke informatie dit oplevert.

Tabel 8 Aantal klachten per medisch specialisme

	Aantal 2016	%	Aantal 2017	%
Anesthesiologie	13	1	17	1
Arbeid en gezondheid-bedrijfsgeneeskunde	42	4	81	6
Arbeid en gezondheid-verzekeringsgeneeskunde	28	3	51	4
Cardiologie	20	2	29	2
Cardio-thoracale chirurgie	1	<1	5	<1
Dermatologie en venerologie	2	<1	3	<1
Heelkunde	31	3	61	5
Huisartsgeneeskunde	316	29	330	25

-tabel 8 wordt vervolgd-

-vervolg tabel 8-

	Aantal 2016	%	Aantal 2017	%
Interne geneeskunde allergologie				
Interne geneeskunde	29	3	38	3
Keel-neus-oorheelkunde	7	<1	7	<1
Kindergeneeskunde	7	<1	13	<1
Klinische genetica	1	<1	1	<1
Klinische geriatrie	4	<1	3	<1
Longziekten en tuberculose	8	<1	10	<1
Maag-, lever- en darmziekten	3	<1	13	<1
Maatschappij en gezondheid	2	<1	3	<1
Medische microbiologie				
Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten			3	<1
Neurochirurgie	8	<1	4	<1
Neurologie	25	2	45	3
Nucleaire geneeskunde				
Obstetrie en gynaecologie	31	3	22	2
Oogheelkunde	14	1	19	1
Orthopedie	34	3	35	3
Ouderengeneeskunde	19	2	22	2
Pathologie	2	<1	2	<1
Plastische chirurgie	13	1	8	<1
Psychiatrie	184	17	217	16
Radiologie	7	<1	12	<1
Radiotherapie			2	<1
Reumatologie	2	<1	1	<1
Revalidatiegeneeskunde	2	<1	5	<1
Urologie	16	1	18	1
Zenuw- en zielsziekten				
Overige artsen	217	20	264	20
Totaal	1088		1.344	100

\* Inclusief artsen in opleiding tot specialist.

### 3.1.3 Geschillen

De verplichting om een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen is vervallen met de komst van de Wkkgz en is 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. Voor het aantal geschillen geldt dat we alleen naar de cijfers van 2017 kunnen kijken. Deze zijn niet vergelijkbaar met voorgaande jaren omdat de Wkkgz pas sinds 2017 van kracht is en er daarvoor dus sprake was van een andere situatie. Er zijn momenteel 35 door het ministerie van VWS erkende geschilleninstanties (zie bijlage E).

De Geschillencommissies zijn met de Wkkgz verplicht om hun uitspraken online te publiceren. Een verkennend onderzoek naar de hoeveelheid uitspraken, de aard en inhoud van de voorgebrachte geschillen en de wijze van beoordeling leverde weinig op. Er zijn nog niet door alle commissies uitspraken gepubliceerd.

Dat komt ten eerste omdat er simpelweg nog weinig geschillen zijn ingediend door patiënten. Ten tweede hebben niet alle Geschillencommissies een website, is er niet op iedere website een pagina waar uitspraken worden gepubliceerd, of staan daar (nog) geen uitspraken gepubliceerd.

Van de 35 erkende geschilleninstanties zijn er voor het jaar 2017 van 21 commissies uitspraken online te vinden. Dit betreffen de 16 commissies van de Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken (SGC) (178 uitspraken)<sup>2</sup>, de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE) (34 uitspraken over huisartsenzorg, 3 over apothekers)<sup>3</sup>, de Geschillencommissie Extramurale Zorgaanbieders (Eza) (2 uitspraken)<sup>4</sup>, de Geschilleninstantie Mondzorg (26 uitspraken)<sup>5</sup> en de Geschilleninstantie Zorggeschil (Thuiszorg, verpleging, verzorging en eerstelijnszorg) (7 uitspraken)<sup>6</sup>.

De SGC bestaat het langst. Er zijn allerlei geschillencommissies voor consumenten in verschillende sectoren, waaronder de gezondheidszorg.

De SGC kent momenteel 16 gespecialiseerde zorgcommissies waar cliënten een klacht tegen een zorgaanbieder of een zorginstelling in kunnen dienen (tabel 9). Andersom kunnen zorgaanbieders ook een klacht tegen een cliënt indienen.

In 2017 waren er 375 zaken te behandelen bij de geschillencommissies, waarvan er 314 in 2017 zijn ingediend (tabel 9). De meeste klachten kwamen binnen bij de Geschillencommissies Ziekenhuizen, Geestelijke Gezondheidszorg en Verpleging, Verzorging en Geboortezorg. Bij Geschillencommissies die pas sinds 2017 werkzaam zijn, zijn er ook klachten binnengekomen. Bij de Geschillencommissie Ambulancezorg zijn er bijvoorbeeld 9 binnengekomen. Aan de Geschillencommissie Zorg Algemeen zijn 700 zelfstandige zorgaanbieders verbonden. Per 1 oktober 2017 biedt De Geschillencommissie tevens een Klachtenloket Zorg aan. Men kan daar terecht voor informatie en advies over vragen en/of klachten. Indien de zorgaanbieder is aangesloten bij de Geschillencommissie Zorg Algemeen kan er bemiddeld worden tussen cliënt en zorgaanbieder. Ook kan er een onafhankelijke klachtenfunctionaris worden ingeschakeld. Als cliënt en zorgaanbieder er samen niet uitkomen om de klacht op te lossen, dan kan de klacht worden ingediend bij de Geschillencommissie Zorg Algemeen (Geschillencommissie, 2018).

---

<sup>2</sup> Zie <https://www.degeschillencommissiezorg.nl/clienten/uitsprakenoverzicht/#zoeken>

<sup>3</sup> Zie <https://www.skge.nl/portal-vervolgpagina/huisartsenzorg-uitsprakenoverzicht-specific>

<sup>4</sup> Zie <http://geschillencommissie-eza.nl/uitspraken/>

<sup>5</sup> Zie <https://www.geschilleninstantiemondzorg.nl/uitspraken/>

<sup>6</sup> Zie <https://zorggeschil.nl/uitspraken/>

Het jaarverslag van de SGC meldt een aantal onderwerpen dat is opgevallen voor het jaar 2017. Zo viel de commissie op in 2017 dat er regelmatig vragen, onduidelijkheden en geschillen waren rondom de inspanning en resultaatverplichting van ziekenhuizen en diens artsen. In de GGZ gingen de behandelde geschillen vooral over hoe cliënten werden behandeld, behandelplannen die niet volledig waren en cliënten die niet de juiste of geen zorgvuldige zorg kregen. In de gehandicaptenzorg waren opvallende onderwerpen van geschil inzage in het aantal verleende zorguren, de aanvraag voor meer zorg, vergoedingen voor hulpmiddelen en het opzeggen van de zorgovereenkomst door de zorgorganisatie. De geschillen in de verpleging, verzorging en geboortezorg gingen vooral over de manier waarop er met de cliënten werd omgegaan en de aandacht die ze ontvingen. Daarnaast was er een aantal geschillen over een niet juiste of niet zorgvuldige behandeling of over de kwaliteit van de verleende zorg. Ten slotte waren er geschillen over het feit dat er niet genoeg informatie was verstrekt. In 2017 gingen de geschillen over zelfstandige klinieken vooral over cosmetische ingrepen, waarbij de resultaten tegenvielen of niet volgens afspraak zijn uitgevoerd. Ook klaagden cliënten dat de informatie van de zorgaanbieder niet voldoende was.

Bij de commissie Zorg Algemeen ging een aantal geschillen over de zorg die de cliënt kreeg en de manier waarop de zorgaanbieder met de cliënt omging. Een paar keer wilde de cliënt dat de zorgaanbieder het eindverslag van de behandeling aanpaste. 1 geschil ging over het stoppen van de behandelovereenkomst door de zorgaanbieder, en er was 1 geschil tegen een zorgaanbieder die zonder toestemming medische informatie van de cliënt aan iemand anders had gegeven (Geschillencommissie, 2018).

**Tabel 9:** Aantallen klachten en eindproducten bij geschillencommissies in de zorg van de SGC in 2017

Geschillencommissie	(nog) te behandelen		Eindproducten	
	ingediend vóór 2017	ingediend in 2017	Schikkingen onderling	Verzonden uitspraken
Ambulancezorg		9	0	5
Complementaire Behandelvormen		0	0	0
Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen		2	0	2
Defensie Geneeskundige Zorg		1	0	1
Geestelijke Gezondheidszorg	10	60	5	24
Gehandicaptenzorg	1	10	2	3
Optiek	2	12	4	7
Osteopathie		1	0	0
Psychische en Pedagogische Zorg		5	1	2
Publieke Gezondheid		1	0	1
Uiterlijke Verzorging	15	29	3	31
Verpleging Verzorging en Geboortezorg	13	42	3	35
Vrijgevestigde GGZ praktijken		8	2	2
Zelfstandige Klinieken	5	10	2	7
Ziekenhuizen	10	100	12	53
Zorg Algemeen	5	24	1	5
<b>Totaal</b>	<b>61</b>	<b>314</b>	<b>35</b>	<b>178</b>



Bij SKGE waren op 31 december 2017 9.900 huisartsen en 193 aan de huisartsenzorg gerelateerde instellingen aangesloten. Voor de huisartsenzorg zijn in 2017 in totaal 693 klachten en 76 geschillen bij SKGE ingediend. In 66 geschillen is sprake geweest van bemiddeling door een klachtenfunctionaris SKGE. In de overige tien geschillen is sprake geweest van bemiddeling door een externe klachtenfunctionaris. Van deze 76 geschillen zijn 34 geschillen in 2017 afgehandeld. In 15 van de 34 afgehandelde geschillen is uitspraak gedaan. Slechts 6 geschillen werden gegrond verklaard.

De geschilleninstantie heeft in haar jaarverslag een aantal bijzonderheden benoemd die zijn opgevallen. Ze signaleert een overwegend magere onderbouwing van door klagers ingediende schadevergoedingen. Daarnaast ziet zij een aantal verbeterpunten voor huisartsen: Bij het uitschrijven van herhaalreceptuur dient voorkomen te worden dat deze telkens “klakkeloos” wordt herhaald. Zeker wanneer het gaat om psychofarmaca; wanneer sprake is van meerdere chronische aandoeningen, waardoor de zorg voor een patiënt over meerdere zorgverleners is verdeeld, is niet altijd duidelijk wie de regie in het kader van de zorgverlening op zich neemt; en tot slot, bij communicatieproblemen (vanwege een taalbarrière) is extra alertheid bij het beoordelen van de hulpvraag vereist. Dat betreft zowel het letterlijk verstaan en begrijpen over en weer, als ook de weergave van klachten en symptomen en de interpretatie daarvan. Vooral telefonische communicatie met anderstaligen is moeilijk. Het verdient aanbeveling om bij twijfel deze patiënten laagdrempeliger te zien dan gebruikelijk (SKGE, 2018).

Op 31 december 2017 waren, via de aansluiting van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), 1822 openbare apotheken aangesloten bij de geschilleninstantie openbare apotheken SKGE. Drie van de in totaal vijf bij de geschilleninstantie openbare apotheken ingediende geschillen zijn in 2017 afgehandeld. Eén geschil werd gegrond verklaard. Dit geschil ging over het medisch professioneel handelen en een relationeel aspect (SKGE, 2018).

De Geschilleninstantie Mondzorg heeft 26 uitspraken gepubliceerd. Alle geschillen gingen over vermeend onjuist en onzorgvuldig tandheelkundig handelen, niet of onjuist informeren van de patiënt, en financiën. 17 geschillen werden ongegrond verklaard.<sup>7</sup>

Het eerste geschil behandeld door de EZa ging over tekortschieten van thuiszorg, en werd gegrond verklaard.<sup>8</sup> Het tweede geschil ging over ontevredenheid over de uitkomst van een operatie en informatieverstrekking, deze werd gedeeltelijk gegrond verklaard.<sup>9</sup>

De geschillen ingediend bij de Geschilleninstantie Zorggeschil gingen over uiteenlopende onderwerpen, zoals discriminatie, gebrekkige communicatie, onvoldoende ingerichte klachtenprocedure, nalatig medisch handelen, Er wordt niet bij vermeld om welke soort zorgaanbieder het ging. 4 Geschillen werden gegrond verklaard, er werd 1 minnelijke regeling en 1 schikking getroffen, en 1 tussenuitspraak gedaan.<sup>10</sup>

Belangrijk om te vermelden is dat de werkwijzen van de Geschillencommissies zich nog verder moeten uitkristalliseren, en dat er nu nog sprake is van het opsplitsen en samengaan van commissies en organisaties.

---

<sup>7</sup> <https://www.geschilleninstantiemondzorg.nl/uitspraken/uitspraken/klik-hier-voor-de-uitspraken/>, geraadpleegd op 5 juni 2018

<sup>8</sup> <http://geschillencommissie-eza.nl/wp-content/uploads/2018/05/Uitspraak-Geschillencommissie-EZa-geschil-17.G.AC-geanonimiseerd.pdf>, geraadpleegd op 5 juni 2018

<sup>9</sup> <http://geschillencommissie-eza.nl/wp-content/uploads/2018/06/Uitspraak-17.G.AB-geanonimiseerd.pdf>, geraadpleegd op 28 juni 2018

<sup>10</sup> <https://zorggeschil.nl/uitspraken/> geraadpleegd op 5 juni 2018

### 3.1.4 Belangrijk bij het interpreteren van aantallen klachten

Bij vergelijking van de ingediende klachten bij de drie klachtinstanties vallen een aantal verschillen op die relevant zijn voor het Zorginstituut. Er is voorzichtigheid geboden met het interpreteren van aantallen, trends en verschillen in aantallen klachten bij de drie instanties. Bij iedere instantie zijn er aspecten waar rekening mee moet worden gehouden bij interpretatie van getallen. Hieronder wordt een aantal voorbeelden genoemd.

Bij alle drie de klachtinstanties is het aantal ingediende klachten iets gestegen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het slechter gaat met de gezondheidszorg. Een andere verklaring is dat de drempel om een klacht in te dienen lager is geworden, dat mensen mondiger zijn geworden, en dat mensen beter de weg weten te vinden. Daarnaast worden er regelmatig oproepen gedaan door instanties om over bepaalde onderwerpen te melden. Hoewel dit soort meldacties veel inzicht in een probleem kan bieden, kan het ook een vertekening van het beeld van aantallen klachten opleveren.

In 2016 was een opvallende toename te zien van het aantal klachten over de alternatieve zorg bij het LMZ. De verklaring hiervoor is dat deze sector sinds dat jaar onder het toezicht van de inspectie valt. Ook werd in de media aandacht besteed aan het missen van diagnoses door huisartsen.<sup>11</sup> Dit was gebaseerd op het gestegen aantal afgehandelde zaken door het tuchtcollege. Als de aantallen afgehandelde klachten tegen huisartsen worden afgezet tegen het totale aantal afgehandelde klachten tegen artsen, verandert het beeld: in 2012 was dit 23.6 procent, in 2017 was het 24.6 procent. Tussen 2010 en 2017 schommelden deze percentages tussen de 22 en 29 procent en was er geen sprake van een plotse toename.<sup>12</sup> Belangrijk hierbij is dus goed te kijken naar hoe anderen de klachten analyseren en interpreteren.

Ook is niet altijd goed te verklaren waarom klachten over een bepaalde beroepsgroep of onderwerp bij de ene instantie stijgen en bij de andere dalen. Dit kan soms ook te maken hebben met de manier van analyseren door een klachtinstantie.

Verder dient rekening gehouden te worden met het doel van iedere klachtinstantie en welke beroepsgroepen eronder vallen.

Ten opzichte van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) en de Kwaliteitswet kent de Wkkgz een grotere reikwijdte: alle zorgaanbieders vallen onder de Wkkgz. Zorgaanbieders van cosmetische en alternatieve zorg en solistisch werkende zorgaanbieders vielen niet onder voorgaande wetgeving, maar wel onder de Wkkgz. Daarbij gaat het vaak om ZZP'ers (Ministerie van VWS, 2017). ZZP'ers zijn in alle takken van de zorg werkzaam, maar vooral in de care, de cosmetische en alternatieve sector en met het PGB. Zo vallen sinds 2016 twee nieuwe sectoren onder het toezicht van de inspectie: de alternatieve en cosmetische zorg, gelijk aan ruim 40.000 zorgaanbieders.

Onder het tuchtrecht vallen niet alle beroepsgroepen, alleen BIG-geregistreerde beroepsgroepen, terwijl bij het LMZ over alle soort zorg geklaagd kan worden. Daardoor is het niet één op één te vergelijken. Wel viel op dat bepaalde toenames in aantallen bij het LMZ niet terug te vinden zijn bij het tuchtrecht. Dit geldt bijvoorbeeld voor de huisartsenzorg. Bij het tuchtrecht viel op dat het aantal klachten over psychotherapeuten verdubbeld is. Alhoewel het aantal relatief gering is, kan dit wel aanleiding geven om de klachten inhoudelijk te bekijken (zie volgend hoofdstuk). Zoals gezien bij de PIP-implantaten affaire, kan een geringe toename van klachten over een bepaald onderwerp toch relevant zijn.

Tot slot is een belangrijke vraag of er rekening moet worden gehouden met het oordeel over een klacht bij de verschillende instanties. Bij het tuchtrecht kan een klacht niet-ontvankelijk of ongegrond worden verklaard. In het eerste geval betekent dit dat klager niet klachtgerechtigd is, niet duidelijk is

<sup>11</sup> <https://www.rtlnieuws.nl/nederland/patienten-pikken-fouten-huisartsen-niet-meer-aantal-klachten-stijgt>, geraadpleegd op 11 juni 2018

<sup>12</sup> <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/meer-klachten-tegen-huisartsen-schijn-bedriegt.htm>, geraadpleegd op 14 juni 2018

tegen wie wordt geklaagd, niet duidelijk is waar de klacht over gaat of als de klager klaagt over een zorgverlener die niet BIG-geregistreerd is. Dit betekent dus dat de klacht in het kader van het tuchtrecht niet relevant is, maar de klacht kan voor het Zorginstituut alsnog relevant zijn, bijvoorbeeld als het om een zorgverlener gaat die niet onder de wet BIG valt. In het tweede geval komt de tuchtrechter dan op basis van het dossier tot de conclusie dat de zorgverlener niet onzorgvuldig heeft gehandeld; of wordt de klacht afgewezen omdat deze van onvoldoende gewicht is. Toch kunnen klachten in dit geval ook voor het Zorginstituut relevant zijn. In paragraaf 3.3 wordt daar een voorbeeld van gegeven.

### 3.1.5 Tot slot

Op grond van de literatuurstudie constateerden we al dat het gebruik van kwantitatieve gegevens over klachten zijn beperkingen heeft. In dit hoofdstuk zijn we uitgebreid ingegaan op de mogelijkheden van het gebruik van dit soort kwantitatieve gegevens. En, in dit hoofdstuk zijn we ook tegen die beperkingen aangelopen. Toch zijn dit soort kwantitatieve gegevens wel bruikbaar, vooral in het oproepen van vragen, in het signaleren van mogelijk relevante thematiek. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de klachten over Thyrax en Essure. Ook zien we in verschillende registraties dat het aantal klachten over financiële aspecten toeneemt. De behoefte om ‘achter’ de getallen te kijken komt daarbij sterk op: wat is hier aan de hand, wat ligt er ‘achter’ deze ontwikkeling. Een eerste antwoord op deze vraag kan worden verkregen uit de toelichtingen die de klachtinstanties zelf geven bij hun jaarrapportages.

Kwantitatieve gegevens over de ontwikkeling van het aantal klachten bij verschillende instanties en de toelichtingen die deze instanties zelf geven zijn een makkelijk toegankelijke bron van informatie. Wij denken dat de belangrijkste waarde van dit soort gegevens ligt in het geven van een eerste signaal; er zou iets aan de hand kunnen zijn. Dit signaal zou gevolgd moeten worden door een tweede stap, de meer inhoudelijke, verdiepende analyse van klachten.

## 3.2 Verdiepende analyse van klachten

Zoals hierboven aangegeven kunnen analyses van aantallen klachten en gecategoriseerde klachten signalen afgeven. Zoals eerder beschreven leveren deze analyses interessante inzichten op, maar het blijft nog oppervlakkig omdat de urgentie en relevantie van de klacht mist. Een categorisering van klachten bijvoorbeeld op onderwerpen, reduceert de complexiteit van klachten. Maar juist de contextuele informatie van een klacht is nodig om de ernst, schade en urgentie van een klacht te bepalen. Daarom ligt het meer voor de hand, als deze informatie mist, om verdiepende analyses van klachten uit te voeren.

Echter, er moet rekening worden gehouden met de tijd die het kost om klachten te analyseren. Het inhoudelijk doornemen van een aantal klachten kan erg veel tijd kosten. Vaak wordt er voor gekozen om meerdere beoordelaars in te zetten bij dit soort analyses. De beoordelaars lezen dan de klachten en coderen deze op basis van een coderings- of categorieënsysteem. Bij verschillende coderingen tussen de beoordelaars wordt door discussie consensus bereikt. Vervolgens worden de gecodeerde stukken tekst op een kwalitatieve manier geanalyseerd. Dit soort inhoudelijke analyses vereisen uitgebreide voorbereiding en oefening van de personen die de klachten beoordelen en analyseren. Deze voorbereiding bij inhoudelijke analyse van klachten wordt als een belangrijke voorwaarde voor een geldig beoordelingsproces (Smith, 2000).

Aangeraden wordt daarom om in eerste instantie te kijken naar publicaties waarin klachten inhoudelijk worden geanalyseerd.

Zo is er in een aantal publicaties voor verschillende medisch specialismen gekeken naar de meest voorkomende problemen waar tuchtklachten over gingen. Hieruit komt meer gedetailleerdere informatie die voor het Zorginstituut wel relevant kan zijn. Zo blijkt bijvoorbeeld dat tuchtklachten over huisartsen in de ernstige gevallen vaak gaan om het missen van diagnoses (vooral CVA en maligniteiten) (Gaal, Verstappen, Giesen, Wensing, & van Weel, 2012). Een belangrijk deel van de tuchtklachten over huisartsenposten (HAP) heeft betrekking op de organisatorische tekortkomingen en met name de verantwoordelijkheidsverdeling tussen HAP-arts en triagist en de wijze waarop de triagist haar taak vervult. Meer nog dan in de algemene huisartsenpraktijk is het bij de HAP van belang om aandacht te besteden aan afspraken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen HAP-arts en triagist en de controle daarop door de HAP-arts. Dit pleit voor de invoering van een zogenaamde telefoon-of regiearts op elke HAP (Blaauw, Jongerius, & Hubben, 2010).

Als de chirurgische behandelingen nader beschouwd worden, dan blijken de ernstigste tuchtklachten te gaan over endoscopische neusbijholtechirurgie. In de onderzoeksperiode (1993-2012) werden 448 schadeclaims tegen kno-artsen ingediend bij de grootste verzekeraar van ziekenhuisaansprakelijkheid in Nederland. Ook daar deden de ernstigste zaken zich voor op het terrein van de neusbijholtechirurgie (Olde Kalter, 2014). Deze analyse suggereert dat het nuttig is om klachten ingediend bij verschillende instanties, in dit geval de schadeverzekeraars en de tuchtcolleges, naast elkaar te leggen. Hier zien we dat de signalen bij de verschillende instanties elkaar bevestigen.

Een andere interessante bron van informatie is het Kroniek Rechtspraak Tucht recht die ieder jaar wordt gepubliceerd naar aanleiding van tuchtuitspraken (Bol, Dute, & Kastelein, 2017). In deze Kroniek worden bijzondere uitspraken van de tuchtrechter geanalyseerd en worden zaken aangehaald waarbij de tuchtrechter zijn jurisprudentie aanscherpt. Zo is in de laatste Kroniek bijvoorbeeld te lezen dat er veel uitspraken gedaan over medische rapportages. De standaarduitspraak daarvoor is CTG 30 januari 2014, waarin het College zijn eerdere jurisprudentie op dit punt aanscherpt. Ten aanzien van de reikwijdte van het tucht recht lijkt het erop dat ook daar de inhoudelijke toetsing breder lijkt te worden getrokken dan in het verleden. Zo wordt de in het ziekenhuis werkzame arts (mede)verantwoordelijk geacht voor de inzage in en het bewaren van dossiers en voor de wijze van afwikkeling van aansprakelijkheidsclaims. Adequate dossiervoering vinden tuchtcolleges steeds van groot belang, met name ook als wordt afgeweken van een richtlijn of als sprake is van een experimentele behandeling in welke gevallen er een extra zware dossierplicht geldt. Bij samenwerkingsvraagstukken valt op dat de afbakening van de verantwoordelijkheden tussen enerzijds artsen en anderzijds BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren die geen arts zijn, zoals verpleegkundigen, verloskundigen of arts-assistenten (niet) in opleiding, nog steeds regelmatig tot tuchtklachten leidt. De praktijk worstelt hierin verder nog steeds met het hoofdbehandelaarschap en de (zware) eisen die het CTG daaraan stelt (Bol et al., 2017).

Tot slot is als voorbeeld in het kader van dit onderzoek een verdiepende analyse van een aantal tuchtklachten over psychotherapeuten gedaan om te bekijken wat er naar aanleiding van een eerste signaal uit een geaggregeerde analyse van klachten vervolgens uit een verdiepende analyse gehaald kan worden. In tabel 6 was te zien dat het aantal klachten over psychotherapeuten in 2017 verdubbeld is ten opzichte van het jaar ervoor. De verdiepende analyse is als voorbeeld gedaan voor alle tuchtklachten over psychotherapeuten waarover in 2017 een uitspraak is gedaan. De resultaten zijn te zien in tabel 10. Hierbij is het aantal klachten per categorie van het tuchtcollege bekeken en is verder een aantal inhoudelijke aspecten van de klacht genoteerd die opvielen. Met de verdiepende analyse kan bekeken worden of er bredere problemen spelen bij patiënten onder behandeling van psychotherapeuten, of het juist heel specifieke problemen zijn.

In de tabel is te zien dat de klachten vooral te maken hebben met het afgeven van verklaringen en rapportages over de gesteldheid van de patiënt, onjuiste behandeling en grensoverschrijdend gedrag. Wat verder opviel bij de analyse is dat het vaak ging om normbesef, kritisch zijn op eigen handelen,

informatieverstrekking en het bewaken van grenzen wat betreft de relatie met de patiënt. Het thema grensoverschrijdend gedrag wordt ook een aantal keer in de Kroniek besproken, omdat bij dit soort klachten vaak een zware tuchtmaatregel wordt opgelegd (Bol et al., 2017).

Tabel 10 Analyse van tuchtklachten over psychotherapeuten

Categorie	Aantal	Belangrijke details klacht en opmerkingen
Onjuiste verklaring of rapport	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balans in “kennen” patiënt en afstand houden</li> <li>- Diagnose was volgens patiënt onvoldoende gegrond</li> <li>- Aan de regels voldoen rapport</li> <li>- Kritisch reflecteren op eigen handelen (zeer ingewikkelde gezinssituatie met vechtscheiding etc.)</li> <li>- Geneeskundige verklaring door behandelaar mag niet</li> </ul>
Onjuiste behandeling/verkeerde diagnose	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iemand helpen die niet heel duidelijk om hulp vraagt (partner van patiënt)</li> <li>- Onenigheid over klachten/diagnose</li> <li>- Aan norm houden medisch dossier en behandelplan opstellen</li> <li>- Kritische houding, op de hoogte zijn van huidige normen en standaard</li> </ul>
Grensoverschrijdend gedrag	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wijn drinken met patiënt</li> <li>- Liefdesrelatie</li> <li>- Ervaring met bepaalde stoornissen en vragen van supervisie</li> <li>- Pillen voorschrijven om gestolen voorraad vader patiënt aan te vullen</li> <li>- Grenzen tussen professionele en amicale in relatie patiënt</li> <li>- Klacht over gebruik info door IGJ en privacy maar bottom line is dat behandelaar te ver ging</li> <li>- Te weinig afstand gehouden</li> </ul>
Geen of onvoldoende zorg	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke informatie mag gedeeld worden met naasten</li> </ul>
Schending beroepsgeheim	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informatieverstrekking aan school</li> </ul>
Onvoldoende informatie	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delen informatie met voogd, privacy van 12-jarige</li> </ul>
Overige klachten	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grenzen tussen professionele en amicale onvoldoende in acht nemen</li> <li>- Goede manier van beëindigen behandelrelatie</li> <li>- Kritische reflectie op je eigen handelen</li> <li>- Gebrek aan normbesef, grensoverschrijdend gedrag en relatie</li> </ul>

### 3.2.1 Tot slot

In dit tweede deel van de analyses zijn we dieper ingegaan op de inhoud van klachten. Deels hebben we daarbij gebruik kunnen maken van de analyses die al door andere zijn gedaan. Dit is natuurlijk zeer tijdsefficiënt. Echter, deze publicaties verschijnen niet regelmatig voor ieder medisch specialisme of zorgsector.

In één geval zijn nadere analyses gedaan voor dit onderzoek. Het doen van dit soort analyses is tijdrovend. Deze verdiepende analyses geven wel een veel specifiekere inzicht in wat er ‘achter’ de cijfers zit. De thematiek die zich aandient is concreter en herkenbaar. Het geeft ook beter de urgentie en ernst van problemen aan waardoor beter bepaald kan worden of er actie moet worden

ondernomen. Het gaat over thema's als hoofdbehandelaarschap, de noodzaak van adequate triage bij huisartsenposten of normbesef in de context van het handelen van psychotherapeuten.

### 3.3 Analyses van klachten op basis van onderwerpen op Meerjarenagenda

Voor dit onderzoek is een derde strategie verkend. De keuze voor deze strategie is gebaseerd op suggesties die werden gedaan tijdens een inspiratiesessie over 'van klachten leren', met name door de mensen die betrokken zijn bij [www.lerenvanklachten.nl](http://www.lerenvanklachten.nl) (zie box 1 voor meer informatie).<sup>13</sup> Het startpunt ligt daarbij niet bij de klachten, maar bij de speerpunten van de organisatie. We hebben verkend of informatie uit klachten kan bijdragen aan een nadere definiëring of aanscherping van reeds bestaande speerpunten. Hierdoor is er in ieder geval aansluiting met de doelen van de organisatie.

Vanuit dit perspectief hebben we de klachten vanuit de onderwerpen die op de Meerjarenagenda staan bekeken.

#### Box 1 Informatie over de inspiratiesessie

Op woensdag 6 juni 2018 werd door het Nivel een bijeenkomst met de titel 'Van klachten leren' georganiseerd. Uit de Wkkgz-monitor die het Nivel in 2017 uitbracht bleek namelijk dat van klachten van patiënten nog weinig wordt geleerd in zorginstellingen, terwijl dit wel een belangrijk doel is van de Wkkgz (Bouwman, Gennip, et al., 2017). Het Nivel organiseerde daarom een eerste inspiratiesessie over dit onderwerp. Hoewel de inspiratiesessie niet direct in het kader van het voorliggende onderzoek was georganiseerd, leverde het wel relevante input op voor dit onderzoek. Verschillende sprekers deelden best practices en initiatieven. Eén van de strategieën die werd genoemd ging over het inzicht in de waarde van klachten. Zoals in bovenstaande analyses van klachten en het literatuuronderzoek is te zien spelen er al allerlei hiërarchieën, binnen categorieënsystemen, en tellingen van klachten om veel voorkomende klachten te analyseren en trends te ontdekken en de manier waarop de verschillende klachtinstanties de klachten beoordelen. Zo toetsen tuchtcolleges aan de twee tuchtnormen, heeft het LMZ eigen criteria om te beoordelen of een melding door moet worden gezet aan de inspectie, en ook de geschilleninstantie oordeelt of een klacht gegrond is en of deze in aanmerking komt voor schadevergoeding. Niet altijd zijn die hiërarchieën geldig of relevant voor het doel waarvoor de klachten gebruikt gaan worden, in dit geval de Meerjarenagenda. Een voorbeeld: voor patiënten zijn de zachtere kanten van de zorg zoals communicatieaspecten vaak belangrijker dan medisch-inhoudelijke aspecten. Het is de vraag wat de relevantie van dit soort informatie is voor de agendasetting van het Zorginstituut.

Om deze strategie verder te exploreren is de website van het tuchtcollege, waar alle uitspraken van de tuchtcolleges worden gepubliceerd, bestudeerd. Nagegaan is of relevante informatie in tuchtklachten uit 2017 voorkomt die aansluit bij de onderwerpen in de huidige Meerjarenagenda (zie Bijlage C). Hierbij is niet zo zeer gekeken naar de trends in de aard van de klachten maar meer naar exemplarische klachten en voorbeelden die nuttig kunnen zijn om in overweging te nemen bij de nadere invulling van punten op die agenda.

Voordeel van deze manier is dat door middel van trefwoorden heel specifiek gezocht kan worden en dat op basis van de samenvatting van de klacht op de website van het tuchtcollege al een snelle selectie kan worden gemaakt van welke klachten relevant zijn.

<sup>13</sup> Manja Bomhoff, het Inzichtenlab ([www.hetinzichtenlab.nl](http://www.hetinzichtenlab.nl)) & Yvonne van der Vlugt, In Gesprek Advies, ([www.ingesprekadvies.nl](http://www.ingesprekadvies.nl))

In tabel 11 zijn een aantal relevante tuchtuitspraken te zien voor een aantal van de verschillende onderwerpen op de Meerjarenagenda. Voor verschillende onderwerpen zijn de gepubliceerde tuchtuitspraken bekeken en indien relevant zijn deze beschreven.

In een tuchtklacht over een operatie voor het plaatsen van een heupprothese (één van de thema's van de Meerjarenagenda), wordt bijvoorbeeld een beschrijving gegeven van een handelwijze tijdens een operatie die niet gangbaar is, namelijk het klieven van de iliopsoas pees, maar wel kan voorkomen. De zorgverlener wordt verweten dat deze te weinig informatie heeft gegeven in het dossier en na de operatie. Dit zou een aanwijzing kunnen zijn dat er in 'bijzondere gevallen' moet worden gelet op dat er een goede informatieoverdracht plaatsvindt naar de patiënt, omdat deze ook een ander verloop van herstel kan ervaren. Dit zou bijvoorbeeld opgenomen kunnen worden in een informatiestandaard over heupprotheses. Een andere klacht over een operatie voor het plaatsen van een heupprothese laat zien dat het belangrijk is om de 'stopmomenten' voor een operatie in het medisch dossier te vermelden. Ook de beschreven klacht bij artrose, een ander onderwerp op de Meerjarenagenda, geeft het belang van deze stopmomenten aan.

Een andere bijzondere klacht, waarnaar in paragraaf 3.1.4 al naar werd verwezen, is de klacht beschreven bij 'traumatisch hersenletsel'. De tuchtrechter verklaart dat de zorgverlener bekwaam heeft gehandeld en wijst er op dat de richtlijn voor hoofd/hersenletsel niet door het Nederlandse Huisartsengenootschap is geautoriseerd en er geen standaard of richtlijn voor de huisartsen is voor schedelletsel. Dit geval laat dus zien dat hoewel de klacht ongegrond wordt verklaard, dit wel een belangrijk signaal voor het Zorginstituut is dat er op dit gebied nog richtlijnen ontwikkeld moeten worden.

Tabel 11 Exemplarische klachten op basis van onderwerpen op de Meerjarenagenda

Onderwerp op Meerjarenagenda	Relevante delen van tuchtklachten en -uitspraken
2018-2021	
Artrose: 17 uitspraken in 2017/18	"Klacht tegen orthopeed. In plaats van een halve knieprothese links is bij hem een halve knieprothese rechts uitgevoerd. De Inspectie verwijt de orthopeed 1) dat hij voorafgaand aan de operatie geen correcte time-out procedure heeft uitgevoerd, 2) dat hij daarna de OK heeft verlaten en bij terugkomst niet opnieuw de zijde van de knieoperatie/de markering op het been heeft geverifieerd alvorens tot de operatie over te gaan en 3) dat hij tijdens de operatie niet het beeldmateriaal heeft bekeken ter controle van de zijde toen hij dacht dat de ingreep ook endoscopisch had gekund. Het RTG legt de maatregel van berisping op."
Heupprothese, 7 uitspraken in 2017:	"Tijdens de operatie heeft verweerder de iliopsoas pees gekliefd teneinde de flexie contractuur van de heup op te heffen. Dat is geen gangbare handelwijze maar geen onjuiste handelwijze. De noodzaak of wenselijkheid daarvan is redelijk zeldzaam en behoeft daarom niet voor de operatie met een patiënt te worden besproken. In de aan klagster verschaft folder wordt deze handeling dan ook niet vermeld. Gevolg van het klieven of doornemen van deze pees is wel dat de functie van de iliopsoas spier, in ieder geval tijdelijk, wegvalt. Op zich is hier echter geen sprake van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen. Klagster klaagt ook niet over de operatie als zodanig maar in essentie over de zorg door verweerder na afloop van de operatie. Ten eerste ontbreekt in het operatieverslag de vermelding van het klieven van de iliopsoas pees. Ten tweede vermeldt het medisch dossier geen bespreking van verweerder met klagster na afloop van de operatie maar slechts de notitie dat verweerder daags na de operatie is "langsgelopen". Ten derde staat vast – als ter zitting erkend door verweerder – dat verweerder klagster tot 5 maart 2015, na het consult van 1 op 4 maart 2015, niet heeft gezien of gesproken. Dit betekent dat het college ervan uitgaat dat klagster niet die uitleg heeft gekregen over wat er tijdens de operatie is gebeurd en wat dit voor haar genezing kon betekenen, waar zij recht op had. Verweerder is aldus in zoverre tekort geschoten in de zorg voor klagster na afloop van de operatie. Het college acht dit tuchtrechtelijk verwijtbaar."

-tabel 11 wordt vervolgd-



	<p>“Volgens klaagster heeft verweerder het medisch dossier niet bijgehouden conform de richtlijnen (Richtlijn het Peroperatieve Traject (2011) ter voorkoming van zenuwbeschadigingen, Richtlijn Het Preoperatieve Traject 2010) en heeft hij evenmin conform de intentie daarvan gehandeld. In beide richtlijnen is een aantal stopmomenten vastgelegd die moeten plaatsvinden bij een operatie. Uit het medisch dossier blijkt niet dat deze stopmomenten in acht zijn genomen en ook staan geen bijzonderheden vermeld. Er staat bijvoorbeeld enkel “time out procedure”. Het operatieverslag en het anesthesieverslag vermelden niet de pre-time out en geen complicaties die tijdens de operatie zijn geconstateerd.”</p>
Cosmetische geneeskunde: 6 uitspraken in 2017/18	<p>“ Een vader dient een klacht in tegen een (cosmetisch) arts, omdat (1) de arts bij zijn vijftienjarige dochter een lipovulling heeft aangebracht zonder toestemming van de ouders en (2) hij niet naar de legitimatie van zijn dochter had gevraagd. De dochter had bij de arts gelogen over haar leeftijd en had verklaard dat zij negentien jaar oud was. De arts heeft niet getwijfeld aan haar leeftijd, heeft haar identiteitsbewijs niet gecontroleerd en heeft de gevraagde behandeling uitgevoerd. Het Regionaal Tuchtscollege acht beide klachten gegrond en legt aan de arts een berisping op.”</p> <p>“Op het toestemmingsformulier dat door zowel klaagster als verweester is ondertekend, wordt voor verweester de term ‘chirurg’ gebruikt. Daarmee heeft verweester de indruk gewekt chirurg te zijn en derhalve foutieve informatie verschaft aan klaagster.</p> <p>Daarbij acht het college de door verweester tijdens het intakegesprek aan klaagster verschaft informatie over haar opleiding ook niet voldoende duidelijk. Verweester heeft naar eigen zeggen aan klaagster aangegeven dat zij als AGNIO heeft gewerkt op de afdeling cardiochirurgie en in opleiding is geweest tot cardio-thoracaal chirurg, maar dat zij zich vervolgens meer wilde focussen op de cosmetische kant van de chirurgie. Verweester heeft daarmee niet duidelijk aangegeven géén chirurg maar basisarts te zijn. Dit klachtonderdeel is gegrond.”</p>
Traumatisch hersenletsel: 5 in 2017/18	<p>“De door klager genoemde ‘Richtlijn opvang patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel’ is op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, met ondersteuning van het CBO tot stand gekomen. Deze richtlijn is met name gericht op patiënten die op de Spoedeisende Hulp worden gezien met traumatisch hoofd/hersenletsel. De richtlijn is niet door het Nederlandse Huisartsengenootschap geautoriseerd. Evenmin is er een standaard of richtlijn voor de huisartsen betrekking hebbend op schedelletsel. Uit het voorgaande volgt dat verweester met haar handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven.”</p>

### 3.3.1 Tot slot

Zoals beschreven biedt deze derde strategie een efficiënte manier om naar specifieke klachten te zoeken. Het is niet de bedoeling om de klachten te tellen of naar trends te zoeken, maar om naar voorbeelden van klachten te zoeken die illustratief zijn, en inspiratie en innovatie kunnen bieden en de ontwikkeling van een kwaliteitsproduct kunnen ondersteunen. De klachten kunnen wijzen op blinde vlekken, hiaten, informatiebehoefte van patiënten, en bieden inkijk in bijzondere situaties en aanknopingspunten voor hoe te handelen door zorgverleners.

Verder laat het voorbeeld van de tuchtklacht over hoofd/hersenletsel zien dat ook klachten die worden afgewezen of ongegrond verklaard worden door een tuchtrechter of geschilleninstantie, relevant kunnen zijn voor het Zorginstituut.

## 4. Beschouwing, conclusie en aanbevelingen

Het Zorginstituut is benieuwd of klachten van patiënten input kunnen leveren voor de Meerjarenagenda. De Meerjarenagenda geeft aan voor welke gebieden van zorg met voorrang kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten worden ontwikkeld en wanneer deze gereed moeten zijn. Een onderwerp komt in aanmerking voor de Meerjarenagenda als er sprake is van 'urgentie', 'braakliggend terrein' of 'hoog verbeterpotentieel'. In dit onderzoek is verkend welke mogelijkheden er zijn om informatie uit klachten te halen die input kunnen leveren voor de Meerjarenagenda.

Dit onderzoek zocht een antwoord op de vraag:

Welke informatie kunnen klachten ingediend door patiënten bij het tuchtrecht, geschilleninstanties en het Landelijk Meldpunt Zorg opleveren als input voor de Meerjarenagenda van het Zorginstituut?

Dit onderzoek laat zien dat er op drie manieren signalen uit klachten kunnen worden gehaald die relevant kunnen zijn voor het Zorginstituut namelijk:

1. Signalen op basis van geaggregeerde overzichten van aantallen klachten, inclusief nieuwe onderwerpen die patiënten aandragen
2. Verdiepende analyses
3. Op basis van prioriteiten en onderwerpen zoeken in de klachten

Uit de literatuur en onze eerste analyses van jaarverslagen van verschillende klachtinstanties blijkt dat geaggregeerde rapportage over aantallen klachten een eerste stap kan zijn om klachten te gebruiken voor verschillende doeleinden. Internationaal zijn onderzoekers het eens dat geaggregeerde analyse een kans biedt om proactief (systeembrede) probleemgebieden en kwaliteits- en veiligheidsproblemen te identificeren. Het zou als eerste stap kunnen dienen voor het Zorginstituut om een signaal van patiënten op te vangen. Het is een snelle manier om een overzicht te krijgen van de problemen die patiënten ervaren en signalen op te vangen. Verder biedt het kansen voor vergelijken, monitoren en leren. Ook kunnen dit soort analyses wijzen op nieuwe problemen die patiënten ervaren. Een voorbeeld is de casus over PIP-implantaten die eerder werd beschreven. De signalen kunnen aanleiding geven voor verdiepend onderzoek.

Er zijn ook beperkingen bij het gebruik van geaggregeerde analyse van klachten.

Een classificatie van klachten ondersteunt basisanalyses, maar geeft geen nauwkeurige uitleg over de complexe realiteit en de urgentie van een klacht. Het sluit belangrijke details en achtergrondinformatie uit, en daardoor blijft de analyse oppervlakkig.

Verdiepende analyses van klachten bieden beter inzicht in problemen die patiënten ervaren, en bieden ook meer relevante informatie voor kwaliteitsproducten en de Meerjarenagenda. Nadeel is dat dit soort analyses tijdrovend zijn. Daarnaast moet de analyse wel met een duidelijk doel of vraag begonnen worden.

Voor het Zorginstituut zou het daarom het beste zijn om te richten op publicaties met dit soort inhoudelijke analyses van klachten, maar dat betekent ook dat er enige afhankelijkheid is van (het blijven verschijnen van) deze publicaties.

De eerste twee strategieën kunnen ook ter bevestiging en/of precisering dienen van signalen die vanuit andere partijen worden aangedragen. Bij het LMZ zijn over de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de thuiszorg klachten ingediend over zorgen over een tekort aan personeel. Dit bevestigt de signalen die vanuit veldpartijen al aan de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut zijn voorgelegd over verpleeghuiszorg. Dit is een mooi voorbeeld van hoe klachten de signalen vanuit het

veld kunnen bevestigen. Het kan ook aanleiding zijn om dit probleem ook te bekijken in de gehandicapten- en thuiszorg.

Dit zou de overwegingen voor het wel of niet plaatsen van thema's op de Meerjarenagenda kunnen ondersteunen.

Ook kunnen verschillende systemen naast elkaar vergeleken worden. Dit geldt niet alleen voor klachtsystemen maar ook systemen voor incidenten- en calamiteitenmeldingen. De literatuur liet zien dat dit vaak het meest complete beeld oplevert van de problemen die patiënten ervaren in de zorg. Meer onderzoek is dan nodig naar of en hoe deze informatie relevant is voor het Zorginstituut, welke analysemethoden gebruikt kunnen worden, etc.

Tot slot kunnen inhoudelijke analyses heel specifiek gedaan worden voor de onderwerpen en prioriteiten die op de huidige Meerjarenagenda staan. Dan wordt er in eerste instantie dus niet uitgegaan van een signaal van de patiënt, maar kunnen de kwaliteitsproducten die in ontwikkeling zijn ondersteund worden door ervaringen van patiënten.

Er kan worden gezocht naar exemplarische klachten en voorbeelden die kunnen ondersteunen bij het ontwikkelen van een kwaliteitsproduct. Op die manier blijft het zoeken naar en analyseren van de klachten ook behapbaar.

Veel klachtinstanties geven in hun jaarverslag aan wat hen opviel binnen de klachten. Om dubbel werk te voorkomen is het aan te raden om contact te onderhouden met de instanties en afspraken te maken of zij signalen kunnen doorgeven. Dit kunnen niet alleen de instanties zijn die binnen dit onderzoek zijn behandeld, maar ook andere organisaties, zoals bijvoorbeeld de Patiëntenfederatie en Zorgbelang Nederland. Mogelijk komen daar ook relevante signalen binnen van patiënten.

Tevens houdt de Patiëntenfederatie regelmatig meldacties over bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld recentelijk nog over personeelstekorten in de zorg (van Ommen, Zijderveld, & Schout, 2017), en veiligheid in de zorg<sup>14</sup> (Lekkerkerk, 2013).<sup>15</sup> Op basis van dit soort signalen en signalen uit de meer geaggregeerde overzichten van klachten kan er dan alsnog voor gekozen worden om (een deel van) klachten inhoudelijk te bekijken.

Dit onderzoek beperkte zich tot een verkenning van mogelijkheden om klachten te gebruiken voor de Meerjarenagenda. Ook beperkte dit onderzoek zich tot drie klachtinstanties, namelijk het LMZ, het tuchtcollege, en geschilleninstanties. In toekomstig onderzoek zouden deze mogelijkheden nog uitgebreider onderzocht kunnen worden, bijvoorbeeld door nieuw binnengekomen klachten bij de drie klachtinstanties te analyseren, maar ook breder dan de drie instanties, bijvoorbeeld bij patiëntenorganisaties, zorginstellingen, klachtencommissies, social media, Zorgkaart Nederland, etc. De aanbevelingen die voortkomen uit deze verkenning kunnen wel relevant zijn voor de andere loketten waar patiënten hun klachten kunnen melden.

---

<sup>14</sup> <https://www.patiëntenfederatie.nl/nieuws/patient-vindt-zorg-niet-veiliger-dan-drie-jaar-geleden>, geraadpleegd op 11 juni 2018

<sup>15</sup> <https://www.patiëntenfederatie.nl/uw-vraag-of-mening/meldacties#afgeronde-meldacties>, geraadpleegd op 11 juni 2018

## Aanbevelingen

### **Strategie 1: Signalen op basis van geaggregeerde overzichten van aantallen klachten, inclusief nieuwe onderwerpen die patiënten aandragen**

- Gebruik de intelligentie en expertise van de klachtinstanties, zij hebben het meeste inzicht in de klachten en zijn op de hoogte van actuele ontwikkelingen.
- Het is zinvol om de jaarverslagen van verschillende klachtinstanties te monitoren, en het lijkt het ook verstandig om contact met hen te onderhouden, vooral in verband met actuele thema's die uit klachten naar voren komen.
- Aantallen klachten kunnen niet alleen ter monitoring worden gebruikt maar ook om signalen die uit andere hoeken komen nader te onderzoeken en te bevestigen.
- Houd bij deze strategie rekening met het feit dat geaggregeerde overzichten van klachten vaak maar beperkt inzicht geven in de ernst en urgentie van de klachten.
- Houd bij deze strategie rekening met het interpreteren van aantallen, kijk bijvoorbeeld niet alleen naar percentages maar ook naar absolute aantallen.
- Houd rekening met de vertekening van aantallen door bijvoorbeeld media-aandacht en meldacties, of andere invloeden.
- Neem alle klachten in beschouwing, niet alleen gegrond verklaarde klachten. Ook klachten over de 'zachtere' aspecten van de zorg kunnen relevant zijn.

### **Strategie 2: Verdiepende analyses**

- Vanuit capaciteitsoverwegingen wordt geadviseerd vooral te kijken naar de literatuur en inhoudelijke analyses van klachten, onder andere het jaarlijkse Kroniek Rechtspraak Tuchtrect, daarbij is er wel enige afhankelijkheid van het (blijven) verschijnen van deze publicaties.
- Op basis van signalen uit bovengenoemde informatiebronnen kan ervoor gekozen worden om (een deel van) de klachten nader te analyseren, daarbij moet wel een duidelijke vraag geformuleerd worden alvorens de klachten door te nemen. Dit zal meer inzicht geven in de ernst en urgentie van een klacht.
- Mogelijk is het zinvol om ook contact te onderhouden met patiëntenorganisaties of andere instanties die ook regelmatig signalen van patiënten ontvangen.
- Houd bij deze strategie rekening met de tijd die het kost om klachten inhoudelijk te analyseren.

### **Strategie 3: Op basis van prioriteiten en onderwerpen zoeken in de klachten**

- Zoek op basis van de onderwerpen die op de Meerjarenagenda staan in de klachten. Zoek daarbij niet naar 'veelvoorkomende klachten' of trends, maar zoek naar exemplarische klachten.
- Focus niet alleen op ontvankelijk of gegrond verklaarde klachten, afgewezen of ongegrond verklaarde klachten kunnen ook relevant zijn.
- Houd bij deze strategie rekening met dat er niet van een signaal van patiënten wordt uitgegaan maar dat deze strategie vooral de al in gang gezette processen ondersteund waarbij een kwaliteitsproduct in ontwikkeling is.

## Referenties

- Adams, S. A., van de Bovenkamp, H., & Robben, P. B. (2013). Including citizens in institutional reviews: expectations and experiences from the Dutch Healthcare Inspectorate. *Health Expectations, Published online first: 24 September 2013*. doi:10.1111/hex.12126
- Bismark, M. M. (2015). *Learning from claims and complaints: an epidemiological approach to medical regulation*. University of Otago.
- Blaauw, C. B., Jongerius, P., & Hubben, J. H. (2010). De huisartsenpost in de tuchtrechtspraak 1997-2007; enkele leerpunten voor de praktijk. *Bijblijven, 26*(9), 52-57. doi:10.1007/s12414-010-0126-9
- Bol, C. A., Dute, J. C. J., & Kastelein, W. R. (2017). Kroniek Rechtspraak Tuchtrect. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 41*(7), 524-565. doi:10.5553/TvGR/016508742017041007004
- Bouwman, R., Bomhoff, M., Robben, P., & Friele, R. (2017). Classifying Patients' Complaints for Regulatory Purposes: A Pilot Study. *J Patient Saf, Published online first*.
- Bouwman, R., Gennip, v., I., & Friele, R. (2017). *Monitor Wkkgz: Stand van zaken implementatie "Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling"*. Utrecht: NIVEL.
- de Feijter, J. M., de Grave, W. S., Muijtjens, A. M., Scherpbier, A. J., & Koopmans, R. P. (2012). A comprehensive overview of medical error in hospitals using incident-reporting systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths. *PLoS One, 7*(2), e31125. doi:10.1371/journal.pone.0031125
- Dixon-Woods, M., Baker, R., Charles, K., Dawson, J., Jerzembek, G., Martin, G., . . . West, M. (2014). Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf, 23*(2), 106-115. doi:10.1136/bmjqs-2013-001947
- Fisher, K. A., & Mazor, K. M. (2017). Patient and Family Complaints in Cancer Care: What Can We Learn From the Tip of the Iceberg? *Jt Comm J Qual Patient Saf, 43*(10), 495-497. doi:10.1016/j.jcjq.2017.07.003
- Gaal, S., Verstappen, W., Giesen, P., Wensing, M., & van Weel, C. (2012). Tuchtklachten tegen huisartsen. *Huisarts en wetenschap, 55*(6), 242-245. doi:10.1007/s12445-012-0121-8
- Geschillencommissie, D. (2018). *Jaarverslagen 2017*. Retrieved from <https://www.samenwerkenaankwaliteit.nl/sector-zorg-en-welzijn/>.
- Giles, S. J., Lawton, R. J., Din, I., & McEachan, R. R. (2013). Developing a patient measure of safety (PMOS). *BMJ Quality & Safety, 22*(7), 554-562.
- Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J., & Hobbs, C. (2016). Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *Int J Qual Health Care, 28*(2), 240-245. doi:10.1093/intqhc/mzw003
- Hibbert, P. D., Healey, F., Lamont, T., Marela, W. M., Warner, B., & Runciman, W. B. (2016). Patient safety's missing link: using clinical expertise to recognize, respond to and reduce risks at a population level. *Int J Qual Health Care, 28*(1), 114-121. doi:10.1093/intqhc/mzv091
- Hirschman, A. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty; Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge: MA: Harvard UP.
- Kwaliteitsraad. (2017a). *Concept verslag KR 40 – 2 februari 2017*. Retrieved from <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/vergaderstuk/2017/02/02/verslag-kwaliteitsraad-02-02-2017-kr-40>.
- Kwaliteitsraad. (2017b). *Verslag KR 41 – 16 maart 2017*. Retrieved from <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/verslag/2017/03/16/verslag-kwaliteitsraad-16-03-2017-kr-41>.

- Kwaliteitsraad. (2017c). Verslag KR 42 – 01 juni 2017 Retrieved from <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/verslag/2017/06/01/verslag-kwaliteitsraad-01-06-2017-kr-42>
- Kwaliteitsraad. (2017d). Verslag KR 44 – 21 september 2017. Retrieved from <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/verslag/2017/11/21/verslag-kwaliteitsraad-21-09-2017-kr44>
- Lekkerkerk, T. (2013). *Meldactie 'Klachten en klachtenregelingen'*. Utrecht: NPCF.
- LMZ. (2018). *Klachtbeeld 2017*. Utrecht: IGJ.
- Mack, J. W., Jacobson, J., Frank, D., Cronin, A. M., Horvath, K., Allen, V., . . . Schrag, D. (2017). Evaluation of Patient and Family Outpatient Complaints as a Strategy to Prioritize Efforts to Improve Cancer Care Delivery. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 43(10), 498-507. doi:10.1016/j.jcjq.2017.04.008
- Macrae, C. (2015). The problem with incident reporting. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2015-004732.
- Mattarozzi, K., Sfrisi, F., Caniglia, F., De Palma, A., & Martoni, M. (2017). What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. A qualitative research study. *Int J Qual Health Care*, 29(1), 83-89. doi:10.1093/intqhc/mzw139
- Ministerie van VWS. (2017). *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Handreiking voor ZZP-ers*. Den Haag: Ministerie van VWS Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/08/08/handreiking-wkkgz-voor-zzp-ers>.
- Olde Kalter, P., van der Zwan, M.E., Hubben, J.H. (2014). Tuchtrechtelijke beslissingen over kno-artsen. EEN OVERZICHT VAN DE PERIODE 1993-2012. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 158(A7025).
- Pichert JW, H. G., Moore I. . (2008). Using Patient Complaints to Promote Patient Safety. . In B. J. Henriksen K, Keyes MA, et al., (Ed.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 2: Culture and Redesign)*. (Vol. 2). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 678-689. doi:10.1136/bmjqs-2013-002437
- SKGE. (2018). *Jaarverslag 2017*. Retrieved from <https://www.skge.nl/documenten-en-publicaties/jaarverslag-skge-2017>.
- Smith, E. R. (2000). Content analysis and narrative analysis. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 313-335). New York: Cambridge University Press.
- Sorgdrager, W. (2012). Van incident naar effectief toezicht. Onderzoek naar de afhandeling van dossiers over meldingen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. [http://www.igz.nl/Images/Dossieronderzoek%20IGZ%20'Van%20incident%20naar%20effectief%20toezicht'\\_tcm294-335956.pdf](http://www.igz.nl/Images/Dossieronderzoek%20IGZ%20'Van%20incident%20naar%20effectief%20toezicht'_tcm294-335956.pdf) Retrieved from [http://www.igz.nl/Images/Dossieronderzoek%20IGZ%20'Van%20incident%20naar%20effectief%20toezicht'\\_tcm294-335956.pdf](http://www.igz.nl/Images/Dossieronderzoek%20IGZ%20'Van%20incident%20naar%20effectief%20toezicht'_tcm294-335956.pdf)
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2013). Jaarverslag 2012.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2014). Jaarverslag 2013.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2015). Jaarverslag 2014.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2016). Jaarverslag 2015.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2017). Jaarverslag 2016.
- Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2018). Jaarverslag 2017.

- van Ommen, J., Zijderveld, C., & Schout, P. (2017). *Rapport meldactie 'Personeelstekort'. 'Geen persoonlijke aandacht, geen tijd om even naar buiten te gaan en zelfs hulp bij het toiletbezoek laat soms meer dan half uur op zich wachten.'*. Retrieved from <https://www.patiëntenfederatie.nl/images/stories/dossier/Organisatie/RapportPersoneelstekort.pdf>.
- Vrangbaek, K., Robertson, R., Winblad, U., Van de Bovenkamp, H., & Dixon, A. (2012). Choice policies in Northern European health systems. *Health Econ Policy Law*, 7(1), 47-71. doi:10.1017/s1744133111000302
- World Alliance for Patient Safety. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Events Reporting and Learning Systems: From Information to Action*. Geneva: World Health Organisation.
- Zorginstituut Nederland. (2015). *Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden & meetinstrumenten 2015*. Diemen: Zorginstituut Nederland Retrieved from [https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Toetsingskader\\_kwaliteitsstandaarden\\_informatiestandaarden\\_en\\_meetinstrumenten\\_2015.pdf](https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Toetsingskader_kwaliteitsstandaarden_informatiestandaarden_en_meetinstrumenten_2015.pdf).
- Zorginstituut Nederland. (2017). *Meerjarenagenda kwaliteitsproducten 2018 - 2021*. Retrieved from <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/10/01/meerjarenagenda-kwaliteitsproducten-2018-2021>.

## Bijlage A. Aanpak van dit onderzoek

Voor deze verkenning hebben we ons primair op gepubliceerde onderzoeksgegevens en informatie op websites gebaseerd, zo mogelijk aangevuld met voorbeelden uit bestaande (en in de toekomst ook openbare) registraties van klachten.

Het project is gefaseerd aangepakt.

### Fase 1

Er is gestart met een literatuurstudie naar het leren van klachten, middels een scoping review. Er is gezocht naar voorbeelden van verschillende soorten informatie die uit klachten kunnen worden gehaald, en wat de voor en nadelen daarvan zijn. Het bleek dat er maar een beperkt aantal publicaties is waarbij wordt ingegaan op de bruikbaarheid van informatie uit klachten.

In deze eerste fase zijn de resultaten van deze literatuurstudie besproken met vertegenwoordigers van het Zorginstituut. Er is ingegaan op de vraag op welke manier het Zorginstituut informatie uit klachten zou kunnen inzetten voor de invulling van de Meerjarenagenda. Ook is besproken wat de resultaten van de literatuurstudie betekenen voor de invulling van de tweede fase van dit project.

### Fase 2

In de tweede fase van dit project is dieper ingegaan op drie verschillende klachtinstanties in Nederland: de tuchtcolleges, geschilleninstanties en het Landelijk Meldpunt Zorg. Bekeken is welke informatie ontleend kan worden aan de jaarverslagen over de drie afgelopen jaren (2015, 2016, 2017<sup>16</sup>). Daarbij is voortgebouwd op de bevindingen uit de eerste fase.

De klachteninstanties hebben verschillende perspectieven waarmee ze klachten behandelen. Zo richt het tuchtrecht zich vooral op vragen omtrent individuele verwijtbaarheid, terwijl het Landelijk Meldpunt Zorg een veel breder perspectief heeft. Wat uiteindelijk het perspectief zal zijn van de geschilleninstanties is op dit moment nog niet duidelijk, omdat deze pas met de van kracht wording van de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) in 2017 verplicht zijn. Wel is duidelijk dat bij de geschilleninstanties een verbinding wordt gelegd met een mogelijke financiële claim.

Er is bijvoorbeeld gekeken naar welke onderwerpen naar voren komen, of deze verschillen per instantie, of die onderwerpen verschillen over de jaren heen, en of die onderwerpen heel specifiek of heel globaal zijn, over welke zorgsectoren geklaagd wordt, en over welke onderwerpen per zorgsector.

Daarna is voor een aantal opvallende resultaten uit deze analyses nog een beperkt aantal verdiepende analyses gedaan naar de inhoud van de klachten. Dit geldt voor tuchtklachten over psychotherapeuten, een casus rondom PIP-implantaten en een aantal analyses van klachten op basis van de onderwerpen van de Meerjarenagenda. Ook zijn in deze fase nog twee experts (een jurist en een lid van het Centraal Medisch Tuchtcollege en klachtencommissie van ziekenhuis) geraadpleegd om mee te denken over het onderwerp. Met hen is vooral besproken hoe in tuchtuitspraken gezocht kan worden naar relevante uitspraken, en naar welke (juridische) publicaties waarin tuchtklachten geanalyseerd zijn gekeken kan worden.

---

<sup>16</sup> Voor de geschilleninstanties geldt dat we ons vooral zullen richten op het jaar 2017, gezien het feit dat deze instanties pas vanaf 2017 functioneren in het kader van de Wkkgz.



Aan het einde van de tweede fase zijn de bevindingen uit de literatuur en de analyses van klachten wederom besproken met een aantal medewerkers van het Zorginstituut, om te zien in hoeverre zij deze informatie waardevol en bruikbaar vinden voor hun werk.

Tot slot is op woensdag 6 juni 2018 door het Nivel een bijeenkomst met de titel 'Van klachten leren' georganiseerd. Uit de Wkkgz-monitor die het Nivel eind vorig jaar uitbracht blijkt dat van klachten van patiënten nog weinig wordt geleerd in zorginstellingen (Bouwman, Gennip, & Friele, 2017). Het NIVEL organiseerde daarom een eerste inspiratiesessie over dit onderwerp.

Verschillende sprekers deelden best practices en initiatieven. Uit deze sessie is ook inspiratie geput voor het voorliggende onderzoek. Voor de volledigheid is het verslag van de sessie als bijlage toegevoegd (bijlage D).

## Bijlage B. Criteria voor kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten

### Criteria voor kwaliteitsstandaarden

1. De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van af gezien.
2. De betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor.
3. De kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces.
4. De kwaliteitsstandaard heeft een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan. Wanneer de kwaliteitsstandaard niet alle genoemde onderdelen heeft, dan hebben de partijen een tijdpad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard deze wel heeft.
5. De kwaliteitsstandaard is verbonden met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten. Wanneer de kwaliteitsstandaard nog niet met één of meer informatiestandaarden en/of meetinstrument is verbonden, dan hebben partijen een tijdpad geformuleerd waaruit blijkt wanneer dit wel zo is.

### Criteria voor informatiestandaarden

1. De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de informatiestandaard of hebben er gemotiveerd van af gezien.
2. De betrokken partijen dragen de informatiestandaard gezamenlijk voor.
3. De informatiestandaard bevat voor een specifiek zorgproces ten minste afspraken over welke gegevens zorgaanbieders in het primaire proces vastleggen, over de terminologie en/of codestelsels/ classificaties waarin de gegevens worden vastgelegd en over welke zorgaanbieders welke informatie uitwisselen.
4. De informatiestandaard bevat afspraken over de implementatie en het beheer en onderhoud van de informatiestandaard

### Criteria voor meetinstrumenten

1. De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van het meetinstrument of hebben er gemotiveerd van afgezien.
2. De betrokken partijen dragen het meetinstrument gezamenlijk voor.
3. De betrokken partijen voegen een werkinstructie toe die aangeeft hoe het meetinstrument gebruikt moet worden.
4. Voor meetinstrumenten met als doel publieke informatie en/ of zorginkoop is de resulterende kwaliteitsinformatie valide en betrouwbaar.
5. Voor meetinstrumenten met als doel publieke informatie voegen de betrokken partijen een procesbeschrijving toe over landelijke gegevens verzameling, -bewerking en -doorlevering aan Zorginstituut Nederland. Wanneer er geen procesbeschrijving is, dan hebben partijen een tijdpad geformuleerd waaruit blijkt wanneer deze wel beschikbaar is.

## Bijlage C. Meerjarenagenda: 2018 - 2021

De volgende kwaliteitsproducten staan momenteel (geraadpleegd op 3 juli 2018) op de Meerjarenagenda 2018 - 2021. Deze lijst kan maandelijks veranderen.

- Artroseheupknie- conservatieve behandeling, inclusief transmurale stepped care afspraken, Kwaliteitsstandaard
- Artrose van heup-knie, Kwaliteitsstandaard
- Chronische nierschade, Kwaliteitsstandaard
- Chronische pijn, Zorgstandaard
- Cosmetische geneeskunde, Kwaliteitskader
- Cosmetische geneeskunde, Bekwaamheidseisen
- Diabeteszorg op maat voor ouderen, Kwaliteitsstandaard
- Geestelijke Gezondheidszorg, 43 kwaliteitsstandaarden voor de GGZ van het programma Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ
- Kinderen van ouders met psychische problemen en kinderen van verslaafde ouders, Kwaliteitstandaard
- Mondzorg-Antistollinginde Mondzorg, Kwaliteitsstandaard en meetinstrument
- Mondzorg - Derde molaar (Verstandskiezen), Kwaliteitsstandaard en meetinstrument
- Mondzorg - implantaat gedragen prothesen, 2 Kwaliteitsstandaarden
- Mondzorg - implantaat gedragen Prothese, 2 Meetinstrumenten
- Mondzorg voor jeugdigen, 3 kwaliteitsstandaarden en drie meetinstrumenten
- Mondzorg voor kwetsbare ouderen, Kwaliteitsstandaard en meetinstrument
- Mondzorg - Peri-implantaire Infecties, Kwaliteitsstandaard
- Mondzorg - Peri-implantaire infecties, Meetinstrument
- Mondzorg - Polyfarmacie bij ouderen in de mondzorg, Kwaliteitsstandaard en meetinstrument
- Psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen, Generieke module
- Real time continue glucosemonitoring, Kwaliteitsstandaard
- Spoedzorg inclusief de schakels IC, SEH, Huisartsenpost en Ambulancezorg, Kwaliteitskader voor de spoedzorgketen
- Totale heupprothese, Kwaliteitsstandaard
- Verpleeghuiszorg, Meetinstrument lerend vermogen
- Verpleeghuiszorg, Kwaliteitstandaard personeel
- Verpleeghuiszorg, Informatiestandaard bij het kwaliteitskader verpleeghuiszorg
- Verpleeghuiszorg, Meetinstrument basisveiligheid
- Verpleeghuiszorg, Meetinstrument cliëntervaringen
- Wijkverpleging, Kwaliteitskader

# Bijlage D. Verslag bijeenkomst Nivel Verbindt

## Nivel verbindt: Van klachten leren

### Verslag interactieve werksessie

6 juni 2018

**Klachten zijn een gratis advies, wordt vaak gezegd. Maar, hoe vaak gebruiken we die adviezen? Het Nivel organiseerde een eerste inspiratiesessie over dit onderwerp. Een gemêleerd publiek kwam hierop af om mee te denken en hun expertise in te brengen.**

Uit de Wkkgz-monitor die het Nivel eind vorig jaar uitbracht blijkt dat van klachten van patiënten nog weinig wordt geleerd. Een eenduidig antwoord op hoe een gratis advies leidt tot daadwerkelijke verbetering van de patiëntenzorg is er nog niet.

Verschillende sprekers deelden hun *best practices* en initiatieven. Elk van deze sprekers stelde drie tips voor om het gratis advies in klachten beter te kunnen gebruiken. Deelnemers stemden op tips die zij het meest interessant vonden. Deze drie tips kwamen daaruit naar voren:

1. Stel meer inspirerende vragen. Gebruik de informatie uit een klacht om met elkaar in gesprek te gaan. Vraag bijvoorbeeld wat zou helpen om deze situatie te voorkomen.
2. Neem de patiënt mee om zijn of haar verhaal te vertellen. Doe dat bijvoorbeeld voor een groep artsen, die je iets wilt leren over een thema dat in klachten naar voren is gekomen.
3. Vraag de klager wat hij wil dat er met een klacht gebeurt. Dat is voor klagers een verrassende vraag, maar het antwoord is niet eenduidig. Mensen blijken hierin onderling te verschillen.

De belangrijkste reflectie van de zaal is dat leren van klachten gaat over bewustwording, en daar is veel voor nodig. Daarvoor moet je dingen organiseren en mensen bij elkaar brengen. Je brengt mensen op verschillende niveaus met verschillende perspectieven bij elkaar en je hebt ze allemaal nodig. Met het ter sprake brengen van klachten wordt een ongemakkelijkheid aangeboord, maar dat brengt een bal aan het rollen. Dit soort reflectiemomenten zijn belangrijk in de zorg. Of zoals een deelnemer het benoemt: "Het is een palet aan stappen die je met elkaar wil zetten."

### **Anne Mieke Zwaneveld, Gemeentelijke Ombudsman Rotterdam**

Anne Mieke Zwaneveld vertelde waarvoor de Gemeentelijke Ombudsman is, en het zeer brede palet aan onderwerpen waarover burgers klachten indienen bij de Ombudsman. Voorbeelden zijn klachten over de uitvoering van de WMO, de Jeugdwet, een tekort aan crisisbedden en opvangplaatsen, maar ook stalling van scootmobiels, onterechte boetes, etc.

"Als ombudsman probeer je een weg te banen in dat bureaucratische om te zorgen dat mensen wel die hulp en ondersteuning krijgen", aldus Anne Mieke.

Bij de Ombudsman proberen ze klachten zo goed mogelijk te behandelen, door snelle interventies, structurele problemen aankaarten, in gesprek te gaan, en grotere onderzoeken op eigen initiatief uit te voeren. Anne Mieke heeft drie tips voor kwaliteitsverbetering naar aanleiding van klachten:

De eerste gaat over meer keuzes voor klager bij bejegeningklachten. Daarvoor heeft de Ombudsman een menukaart voor klagers ontwikkeld met verschillende keuzes voor wat zij zouden willen met hun klacht, bijvoorbeeld een gesprek, een schriftelijke bevestiging, of bemiddeling. Mensen hebben vaak het idee dat er 'voor hen gekozen wordt', maar mensen willen zelf meer regie.

De tweede tip gaat over 'welkom in het systeem'. Dit is een stichting die voor directies en bestuurders speciale dagen organiseert om hun mee te laten maken hoe het is om in het eigen systeem van de organisatie terecht te komen.

De laatste tip van Anne Mieke is om drie keer per jaar een overzicht van klachten en van alle leerpunten te maken. “Dat geeft een *overall* beeld, wat hebben we gezien en wat hebben we geleerd?”

### **Manja Bomhoff, het Inzichtenlab & Yvonne van der Vlugt, In Gesprek Advies**

Manja Bomhoff en Yvonne van der Vlugt geven samen een cursus voor klachtenfunctionarissen over het leren van klachten. Hun doel daarmee is het burgerperspectief een grotere rol te geven door het leren van klachten van die burgers naar een hoger niveau tillen. Dit laatste doel verdwijnt namelijk al gauw uit beeld wanneer mensen bezig zijn met de waan van de dag. Daarom is het belangrijk om meer stil te staan bij te doel en na te denken over ‘waarom je doet wat je doet.’

Volgens Manja en Yvonne zijn dé drie strategieën hiervoor de volgende:

Tip 1 gaat over het hebben van een gemeenschappelijke intentie. Het leren moet scherp op netvlies staan. Het om de intentie: leren gaat niet vanzelf. En gemeenschappelijkheid, want iedereen speelt een rol in dit proces, de klachtenfunctionaris maar ook de beklagde zorgverlener en de Raad van Bestuur van een zorgorganisatie. Die moeten allen geïnspireerd worden om mee te denken over de toekomst. Daarvoor moet je met elkaar in gesprek over waarom we dit leren belangrijk vinden.

Tip 2 gaat over inzicht in de waarde van klachten. Het is goed om je bewust te zijn van dat er al allerlei hiërarchieën spelen, binnen categorieënsystemen, en tellingen van klachten om veel voorkomende klachten te analyseren en trends te ontdekken. Niet altijd zijn die hiërarchieën geldig of relevant. Een voorbeeld: voor patiënten zijn de zachtere kanten van de zorg zoals communicatieaspecten vaak belangrijker dan medisch-inhoudelijke aspecten. Maar je kunt ook kijken naar speerpunten van de organisatie, en of er klachten zijn die daarbij aanhaken. Of zoals deelnemers toelichtten: “Wanneer heeft een klacht waarde?” En: “Durf te selecteren, er zitten parels tussen!”

Tip 3 gaat over het stellen van inspirerende vragen. Bijvoorbeeld aan de beklagde zorgverlener, waar zit de energie om te veranderen? De focus ligt dan meer op het verbeteren en niet op wat er is misgegaan en hoe we dat gaan uitleggen.

### **Gerda de Groot, klachtenfunctionaris bij de Isala Klinieken in Zwolle.**

Tot slot geeft **Gerda de Groot**, als ‘doorgewinterde klachtenfunctionaris’ haar visie op het leren van klachten. Zij vertelt hoe ze in haar ziekenhuis, Isala te Zwolle, proberen van klachten te leren. Hoe zij zoals in alle ziekenhuizen de rode draden uit klachten en claims halen, die rapporteren in kwartaalrapportages en jaarplannen, maar op die manier nog niet ècht verbetering zien. Maar wat doet er dan wel echt toe om te kunnen leren van klachten?

#### **De drie tips van Gerda:**

De eerste tip die ook door veel deelnemers van de bijeenkomst wordt gewaardeerd is: neem de patiënt mee om zijn of haar verhaal te vertellen. Dit is vaak een eye-opener voor mensen en doet mensen veel. Dit zet mensen aan om ook verdere stappen tot verbetering te zetten. En dit doet meer dan een getalsmatig overzicht van klachten!

De tweede tip gaat over het ontschotten van loketten. In ziekenhuizen zijn er vaak verschillende procedures voor gebeurtenissen zoals klachten, calamiteiten en claims. Deze procedures kunnen soms naast elkaar lopen. Volgens Gerda is het essentieel om deze niet als aparte procedures te zien, maar deze te ‘ontschotten’ en daarbij één begeleider voor de patiënt aan te wijzen. Het is ook goed als de functionarissen die verantwoordelijk zijn voor iedere procedure met elkaar samenwerken en gezamenlijke leermomenten inbouwen.

Tip 3 van Gerda gaat over het maken van afspraken met het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Dit zijn ook de mensen op de werkvloer waar veranderingen daadwerkelijk plaats moeten vinden, dus is het belangrijk hen ook aan te haken en 'eigenaarschap' te geven.

## Bijlage E. Lijst van door het Ministerie van VWS erkende geschilleninstanties

Alle zorgaanbieders

Geschillencommissie Zorg Algemeen

Geschilleninstantie Zorg Midden-Holland

Zorgaanbieders in de regio Midden-Holland

Ambulancezorg

Geschillencommissie Ambulancezorg

Voor leden van de Vereniging Ambulancezorg Nederland

Apothekers

Geschillencommissie Openbare Apotheken

Chiropractoren

Stichting Geschilleninstantie Register Chiropractoren (SGRC)

Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen

De Geschillencommissie Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen

Voor zorgaanbieders aangesloten zijn bij de Stichting Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen (SCAG)

Stichting Geschilleninstantie Complementaire/Integrale Geneeskunde

Voor artsen in de Complementaire en Integrale Geneeskunde

Geschillencommissie Complementaire Behandelvormen

Voor leden van een van de beroepsverenigingen die deelnemen aan de Coöperatie Complementary Alternative Medicine

Geschilleninstantie Koepel Alternatieve Behandelwijzen (KAB)

Voor homeopaten, acupuncturisten en natuurgeneeskundigen

Stichting Geschilleninstantie Alternatieve Therapeuten (GAT)

Voor alternatieve/complementaire therapeuten/genezers aangesloten bij een door Stichting GAT erkende beroepsorganisatie

Extramurale zorgaanbieders

Geschillencommissie EZa

Fysiotherapeuten

Geschillencommissie Fysiotherapie

Geschillencommissie Keurmerk Fysiotherapie

Voor fysiotherapeuten en instellingen die fysiotherapeutische zorg verlenen (volgens WKKGZ)

Gehandicaptenzorg

Geschillencommissie Gehandicaptenzorg  
Voor leden van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Geestelijke Gezondheidszorg  
Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg

Geschillencommissie Publieke Gezondheid  
Voor gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en), lid van GGD GHOR Nederland.

Geschillencommissie Vrijgevestigde GGZ Praktijken  
Voor leden van de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten en vrijgevestigde zorgaanbieders van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie.

Geschillencommissie Psychische en Pedagogische Zorg  
Voor leden van de bij Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL) aangesloten vereniging(en)

Geboortezorgaanbieders  
Geschilleninstantie Verloskunde

Geschillencommissie Verpleging Verzorging en Geboortezorg  
Voor leden van de vereniging voor zorgondernemers ActiZ en de vereniging Brancheorganisatie Geboortezorg

Huisartsen  
Geschillencommissie Huisartsen

Geschilleninstantie DOKh

Landbouwzorg  
Geschillencommissie Landbouwzorg

Mondzorg  
Geschilleninstantie Mondzorg

Militaire gezondheidszorg  
Geschillencommissie Defensie Geneeskundige Zorg

Optometristen  
Geschillencommissie Optiek  
Voor optometristen van de Nederlandse Unie van Optiekbedrijven (NUVO)

Osteopathie  
Geschillencommissie Osteopathie  
Voor leden van het Nederlands Register voor Osteopathie

Paramedische zorg  
Geschillencommissie Paramedici



Solistische zorgverleners en zzp'ers  
Geschilleninstantie De Zorgprofessional  
Voor leden van De Zorgprofessional

Geschilleninstantie kleinschalige zorgaanbieders  
Voor zzp-ers in de reguliere, cosmetische en complementaire zorg

Stichting Geschilleninstantie KPZ

Thuiszorg, verpleging, verzorging en eerstelijnszorg  
Geschilleninstantie Zorggeschil

Uiterlijke verzorging  
Geschillencommissie Uiterlijke Verzorging  
Voor leden van kappersorganisatie Anko, brancheorganisatie Anbos (schoonheidsverzorging) en  
brancheorganisatie Provoet (pedicure).

Ziekenhuizen en klinieken  
Geschillencommissie Ziekenhuizen  
Voor ziekenhuizen die aangesloten zijn bij de NVZ en NFU (inbegrepen universitair medisch centra,  
zelfstandig behandelcentra en revalidatie-instellingen)

Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken  
Voor leden van de Vereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)

## Bijlage F. Afkortingenlijst

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AGNIO	Assistent-geneeskundige niet in opleiding
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan (later Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO)
CTG	Centraal Tuchtcollege
CVA	Cerebro Vasculair Accident
EZa	Extramurale Zorgaanbieders
FDA	Food and Drug Administration
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsendienstenstructuur
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LMZ	Landelijk Meldpunt Zorg
MOM	Metaal-op-metaal-heupen
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
NVPC	Nederlandse Vereniging voor Plastisch Chirurgen
PIP	Poly Implant Prothèse
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RTG	Regionaal Tuchtcollege
SGC	Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken
SKGE	Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg
VWS	Volksgezondheids, Welzijn en Sport (ministerie van)
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten, geschillen, zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zelfstandige zonder personeel