Monitor Wkkgz

Stand van zaken implementatie “Effectieve en laagdrempelige klachten- en geschillenbehandeling”

November 2017

R. Bouwman
I. van Gennip
R. Friele

Het NIVEL onderzoekt de gezondheidszorg. Dat onderzoek kijkt mee met de mensen die zorg krijgen en de mensen die de gezondheidszorg vormgeven en leveren: patiënten, de overheid, zorgverleners en verzekeraars, zorgorganisaties en toezichthouders. Zij bepalen de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.
NIVEL-onderzoek heeft maatschappelijke en wetenschappelijke impact. Dat is de dubbele missie van het NIVEL. Wetenschap en praktijk versterken elkaar. Het onderzoeksproces van het NIVEL is ISO 9001 gecertificeerd. Elk NIVEL-onderzoek leidt tot een openbare publicatie. Dat is vastgelegd in de statuten. Tegelijkertijd zoekt het NIVEL voortdurend naar interactie met de mensen die de resultaten van zijn onderzoek kunnen gebruiken. Bij het NIVEL werken ruim 150 mensen, van wie ruim honderd onderzoekers.

ISBN 978-94-6122-474-3

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2017 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Samenvatting

De Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz) is sinds 1 januari 2017 volledig in werking getreden. Naast onderwerpen als transparantie en kwaliteit bevat de Wkkgz regelingen om de positie van de cliënt te versterken door de zorgaanbieder te verplichten een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten in te richten. Een nieuwe verplichting in de Wkkgz is het verplicht aanstellen van een persoon, die de cliënt met gratis advies ondersteunt in dit informele traject. In de praktijk is dit meestal een 'klachtenfunctionaris'. Ook is leren van klachten één van de overkoepelende thema's van de Wkkgz.
Tot slot zijn zorgaanbieders verplicht zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschilleninstantie.

De Minister heeft aan de Kamer toegezegd een monitor Wkkgz te laten uitvoeren. Het doel van deze monitor is op geaggregeerd niveau inzicht te geven in hoe invulling is gegeven aan de Wkkgz in de praktijk en de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van het klachtrecht. Dit inzicht kan gebruikt worden ter ondersteuning van het implementatieproces van de Wkkgz en dus ook op welke punten extra inspanningen geleverd zouden moeten worden.

Veel van de elementen in de Wkkgz bouwen voort op bestaand beleid. Dit betekent ook dat er met de komst van de Wkkgz niet opeens sprake is van een geheel nieuwe situatie. Wat betreft het klachtrecht was er al sprake van een accent op informele afhandeling van klachten. Daarnaast vielen zorgaanbieders van cosmetische en alternatieve zorg en solistisch werkende zorgaanbieders niet onder voorgaande wetgeving, maar wel onder de Wkkgz.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de nulmeting Wkkgz die in 2016 is uitgevoerd bestaat de aanpak van deze monitor Wkkgz in grote lijnen uit het gebruik van openbare gegevens. Ook zijn voor deze monitor nieuwe gegevens verzameld, middels een vragenlijst onder klachtenfunctionarissen en bijeenkomsten met zorgaanbieders.

De monitor geeft op drie punten belangrijke inzichten: ontwikkelingen in informele en formele klachtenprocedures, de positie van de klachtenfunctionaris en leren van klachten, en ontwikkelingen bij zorgaanbieders die nieuw onder deze wet vallen.

Ontwikkelingen in informele en formele procedures
Uit deze monitor blijkt dat het informele klachtentraject is geïntensifieerd, mede om te voorkomen dat patiënten met hun klacht naar de geschilleninstantie stappen, zo wordt aangegeven door vertegenwoordigers van de koepelorganisaties van zorgaanbieders. Op dit moment zijn geschilleninstanties voor verschillende zorgsectoren opgestart. Patiënten lijken de weg naar de geschilleninstanties ook te vinden. Opvallend is wel dat er bij verschillende zorggaanbieders, maar met name in ziekenhuizen ook nog klachtencommissies bestaan.

Verder is te zien dat het aantal gegrond verklaarde klachten bij geschilleninstanties en tuchtcolleges relatief laag is. Dit suggereert dat meer klachten in het informele traject opgelost hadden kunnen worden.

Goed om bij stil te staan is dat er naast het informele klachtentraject en de geschilleninstanties nog een veelvoud van loketten bestaat waar patiënten met een klacht terecht kunnen zoals het LMZ en het tuchtrecht. De vraag is welk belang met deze diversiteit wordt gediend. Het bestaan van verschillende procedures naast elkaar leidt tot een zekere

'verkokering' van procedures met het risico dat langs elkaar heen wordt gewerkt en patiënten procedurele wegen inslaan die niet goed aansluiten bij hun verwachtingen en behoeften. Het lage aantal gegrondverklaringen bij de formelere procedures zoals de geschilleninstanties en het tuchtrecht lijkt bij deze constatering aan te sluiten. Om daadwerkelijk aan de behoeften van patiënten tegemoet te kunnen komen, lijkt het verstandig alle klachten op een meer omvattende wijze te behandelen, of patiënten op zijn minst proactief de weg te wijzen in de verschillende procedures. Belangrijk daarbij is dat er één hoofdverantwoordelijke is die de patiënt daarbij kan begeleiden. Deze begeleidende rol zou de klachtenfunctionaris kunnen oppakken. Dit is nog niet het geval.

De positie van de klachtenfunctionaris en leren van klachten
Uit deze monitor blijkt dat de positie van de klachtenfunctionarissen bij zorgaanbieders doorgaans goed is geregeld: zij hebben meestal een vast dienstverband en hebben het idee dat zij hun functie onafhankelijk kunnen uitvoeren.
Het idee van de wet is ook dat er meer geleerd wordt van klachten. Klachten kunnen gezien worden als een 'gratis advies' aan een zorgaanbieder. Klachtenfunctionarissen zouden de rol op zich kunnen nemen om de binnenkomende klachten nader te analyseren om de adviezen die daaruit voortkomen vervolgens binnen de organisatie aan de orde te stellen. Dit zou aansluiten bij het dominante motief van veel mensen met een klacht, dat met het indienen van een klacht er voor wordt gezorgd dat het gesignaleerde probleem niet meer voorkomt. Uit deze monitor blijkt dat klachtenfunctionarissen deze activiteiten in de praktijk nog maar beperkt uitvoeren.

Ontwikkelingen 'nieuwe' zorgaanbieders
Voor de nieuwe zorgaanbieders in de Wkkgz betekent de Wkkgz vooral veel geregel. Verschillende brancheorganisaties hebben regelingen getroffen voor hun leden. Zij hebben een slag gemaakt met het opzetten van klachtenregelingen die voldoen aan de Wkkgz. De werkwijze hierbij verschilt tussen de branches. Sommige hebben voor een 'abonnement' gekozen, waarin de leden een jaarlijks bedrag betalen waarmee ze voldoen aan de eis van aansluiting bij een klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie en waarmee de eventuele kosten als een cliënt een klacht indient bij een geschilleninstantie niet ten laste van de individuele hulpverlener komen. Bij andere vormen brengt het indienen van een klacht direct kosten met zich mee voor een individuele hulpverlener. Verondersteld mag worden dat de gekozen systematiek leidt tot verschillende prikkels richting hulpverleners om cliënten al dan niet te weerhouden van het indienen van een klacht bij een klachtenfunctionaris of geschilleninstantie. Op zorgaanbieders die niet bij een brancheorganisatie zijn aangesloten is op dit moment weinig zicht.

Al met al kan gesteld worden dat de meeste zorgaanbieders goed op weg zijn met de implementatie van de Wkkgz op het gebied van aansluiting van een klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie. Er zijn op verschillende punten nog slagen te maken. Een belangrijke rol is weggelegd voor de klachtenfunctionaris, die nog meer een begeleidende rol voor patiënten kan aannemen. Ook kan de slag naar kwaliteitsverbetering nog gemaakt worden. De klachtenfunctionaris kan hier een belangrijke rol in spelen door het signaleren van specifieke thema's binnen klachten. Daarover kan de klachtenfunctionaris advies uitbrengen aan de raad van bestuur, en daarmee de leercirkel afmaken. Verder zijn er signalen dat het informele traject nog verder verbeterd kan worden en het aantal klachten dat in formele trajecten belandt kan verminderen. Daarmee zal ook het aantal ongegrondverklaringen verminderen, wat naar verwachting gepaard kan gaan met grotere tevredenheid onder klagers.
Net zoals in de nulmeting constateren we dat de ziekenhuizen op bepaalde gebieden verder

zijn dan andere sectoren. De ontwikkeling van soortgelijk beleid als een Gedragscode Openheid Medische Aansprakelijkheid (GOMA) en een modelklachtenregeling, voor sectoren waar die nog niet voor bestaan, zou hen kunnen ondersteunen met het implementeren van de Wkkgz. Dit draagt ook bij aan een goede begeleiding van patiënten als er iets misgaat.

Deze monitor levert naast een aantal inzichten ook een aantal vragen op die in een eventuele volgende monitor onderzocht kunnen worden:

- Wat zijn de ervaringen van cliënten en patiënten met de verschillende soorten klachtbehandeling?
- Wat zijn de verhoudingen in aantallen ingediende klachten tussen de verschillende soorten klachtbehandeling?
- Zoeken patiënten naar informatie over uitspraken van geschilleninstanties, en gebruiken zij die informatie ook?
- Welke prikkels leveren de verschillende klachtenregelingen opgezet door brancheorganisaties op?
- In hoeverre wordt er door zorgaanbieders geleerd van incidenten en klachten?

Inhoud

Samenvatting 3

1 Beschouwing en conclusies 9

2 Achtergrond 15
2.1 Globale onderzoeksopzet 16
2.2 Leeswijzer 17

3 Het klachtenlandschap anno 2017 19
3.1 Ervaringen van patiënten met het klachtrecht 19
3.2 Klachten bij het LMZ en de IGJ 20
3.2.1 Klachten bij het LMZ 21
3.2.2 Klachten bij de IGJ 23
3.3 Geschillen 24
3.3.1 Overzicht geschillencommissies voor zorg 25
3.3.2 De Geschillencommissie Consumentenzaken 25
3.3.3 Aantallen geschillen 2016 Geschillencommissies GGZ, VVT, ZKL en ZI 25
3.3.4 Aantallen geschillen tot aan 15 oktober 2017 27
3.3.5 Kosten geschillencommissie 28
3.3.6 Klachtencommissies in transitie naar geschillencommissie 29
3.4 Schadeclaims 29
3.4.1 Resultaten 2016 Medirisk 30
3.4.2 Resultaten 2016 Centramed 30
3.5 Aantal tuchtklachten 2016 32
3.5.1 Ervaringen van klagers en aangeklaagden met het tuchtrecht 34
3.6 Conclusie 34

4 Perspectief van klachtenfunctionarissen/informele klachtenafhandeling 37
4.1 Resultaten perspectief cliëntvertrouwenspersonen 2017 37
4.2 Resultaten klachtenfunctionarissen 2017 38
4.2.1 Positie van de klachtenfunctionaris in de zorginstelling 39
4.2.2 Organisatie van klachtbehandeling in de zorginstelling 41
4.2.3 Klachten en de relatie met kwaliteit 45
4.3 Conclusie 46

5 Perspectief van zorgaanbieders op de Wkkgz 49
5.1 Ervaringen ‘nieuwe’ zorgaanbieders 49
5.2 Ervaringen zorgaanbieders die al onder wetgeving vielen 51
5.3 Conclusie 52

Literatuur 53

Bijlage 1: Methoden **55**

Bijlage 2: Lijst geschillencommissies (door de minister van VWS erkend) **58**

1 Beschouwing en conclusies

De Wkkgz is sinds 1 januari 2017 volledig in werking getreden. In de periode daaraan voorafgaand zijn zorgaanbieders door het ministerie van VWS op verschillende manieren ondersteund bij de implementatie van de Wkkgz. Dit is gedaan door middel van ruim 30 presentaties aan beroepsorganisaties, professionals en brancheorganisaties en beursbezoeken, en het beantwoorden van vele vragen van aanbieders, deels via branche/beroepsorganisaties. Op www.kwaliteitenklachtenzorg.nl staat uitleg wat een zorgaanbieder moet regelen om te voldoen aan de Wkkgz en wordt antwoord gegeven op de meest gestelde vragen, waaronder een brochure «Val ik onder de Wkkgz»? Specifiek voor kleine zorgaanbieders staat er op www.kwaliteitenklachtenzorg.nl een handreiking “Omgaan met incidenten” en op de website van VWS een handreiking voor ZZP’ers.

De Minister heeft aan de Kamer toegezegd een monitor Wkkgz te laten uitvoeren. Deze monitor is gericht op ontwikkelingen op het gebied van klachten en geschillen. Veel van de elementen in de Wkkgz bouwen voort op bestaand beleid. Wat betreft het klachtrecht was er al sprake van een accent op informele afhandeling van klachten. Dit betekent ook dat er met de komst van de Wkkgz niet opeens sprake is van een geheel nieuwe situatie. Wel nieuw is dat ook schadevergoeding is ondergebracht in het klachtrecht. Daarnaast geldt de Wkkgz voor meer beroepsbeoefenaren dan de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz, deze wet is vervallen per 1 januari 2016).

In 2016 is een nulmeting Wkkgz uitgevoerd door het NIVEL. Uit de nulmeting bleek dat, hoewel de klachtafhandeling de laatste jaren steeds laagdrempeliger is geworden, er nog een slag te maken is om patiënten beter te horen en samen tot een oplossing te komen. Ook is het systematisch leren van incidenten in de zorg nog geen gemeengoed.

Het doel van deze monitor is op geaggregeerd niveau inzicht te geven in hoe invulling is gegeven aan de Wkkgz in de praktijk en de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van het klachtrecht. Uit deze monitor Wkkgz, uitgevoerd in het eerste jaar dat de Wkkgz volledig van kracht is, komt een aantal bevindingen naar voren, die hieronder staan beschreven.

Geen daling in aantal klachten, meldingen, geschillen, en schadeclaims
Naast de informele klachtenbehandeling zijn er verschillende mogelijkheden voor klagers om hun klacht aan de orde te stellen zoals de geschilleninstantie, het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en de tuchtrechter. De vraag is of met ingang van de Wkkgz meer klachten informeel worden afgehandeld en het aantal klachten ingediend bij de andere, formelere, kanalen als het LMZ, de IGJ, de geschilleninstanties en het tuchtrecht zou afnemen, of dat het aantal formele klachten juist toe zou nemen door de laagdrempeligheid van de geschilleninstanties.
Volgens de ondervraagde klachtenfunctionarissen is het aantal klachten dat is binnengekomen bij de zorginstellingen niet gedaald. Ook vertegenwoordigers van de koepelorganisaties geven aan dat het informele klachttraject voorafgaand aan de geschilleninstantie intensiever is geworden, vooral om er voor te zorgen dat de klacht geen geschil wordt.
Het aantal klachten gemeld door burgers bij het LMZ is iets gestegen. Dit kan er op wijzen

dat burgers beter de weg weten te vinden naar het LMZ. De meeste klachten die bij de verschillende klachteninstanties als het LMZ en de IGJ binnenkomen gaan over ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, en de GGZ. Het LMZ is in 2014 door de minister ingesteld om burgers informatie en advies te geven wanneer zij een klacht hebben over de kwaliteit van zorg. Het aantal klachten binnengekomen bij LMZ over alternatieve zorg is sterk gestegen. Ook bij de IGJ is het aantal meldingen, zowel van burgers als zorgaanbieders gestegen.
Met ingang van de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht om zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie. Patiënten kunnen daar hun klacht indienen wanneer de zorgaanbieder er te lang over doet om op de klacht te reageren, of wanneer de cliënt het oneens is met de reactie van de zorgaanbieder.
Hoewel de Wkkgz in 2016 van kracht is geworden, gold dat de geschilleninstanties vanaf 1 januari 2017 verplicht zijn. Dit betekent ook dat de rol van de geschilleninstanties voor 2017 een andere (niet-verplichte) rol hadden dan vanaf dit jaar, en dat de aantallen niet goed te vergelijken zijn. Ten tijde van de nulmeting in 2015, waren er ook een stuk minder geschillencommissies werkzaam, namelijk vijf. Aangezien de geschilleninstanties nog maar kort 'operationeel' zijn, zijn er weinig ervaringen met klachtbehandeling door een geschillencommissie van patiënten in openbare rapportages te vinden.

Bij geschillencommissies die pas sinds 2017 werkzaam zijn, zijn wel al klachten binnengekomen. Bij de Geschillencommissie Ambulancezorg zijn er bijvoorbeeld 7 binnengekomen. Patiënten weten de geschillencommissie dus wel al te vinden.
Het aantal gegrond verklaarde klachten bij geschillencommissies was in 2016 net als voorgaande jaren laag. Het aantal tuchtklachten fluctueerde licht, maar ook hier is het aantal gegrond verklaarde klachten relatief laag. Dit is opmerkelijk, omdat klachtencommissies die voorafgaand aan de Wkkgz nog opereerden, doorgaans even vaak klachten gegrond als ongegrond verklaarden [1].
Een laag aantal gegrond verklaarde klachten kan er op wijzen dat het systeem niet efficiënt is, en dat patiënten blijkbaar toch met hun klacht op een verkeerde plek terecht komen. Ook leidt dit tot ontevredenheid van klagers. Ook betekent dit dat er nog mogelijkheden zijn om meer klachten in het informele klachtentraject op te lossen.

In 2016 zagen we een kleine toename in het aantal schadeclaims bij de aansprakelijkheidsverzekeraars. Uit gesprekken met de medisch aansprakelijkheidsverzekeraars lijkt deze trend zich voort te zetten in 2017. Met het Wetsvoorstel Affectieschade[1] wordt nog een verdere stijging aan schadeclaims verwacht.

Tot slot valt op dat het aantal klachten over materiele of financiële zaken stijgt. Dit zou kunnen samenhangen met de toename van het eigen risico, waardoor mensen vaker en in grotere mate worden geconfronteerd met kosten die zij zelf moeten betalen.

In ieder geval geldt dus voor alle klachteninstanties dat er geen sprake is van een daling in het aantal klachten. Het lage aantal gegrond verklaarde klachten bij geschilleninstanties en het tuchtrecht kan wel wijzen op een aantal inefficiënties van het systeem. Patiënten lijken dan een verkeerde procedurele weg ingeslagen te zijn. Er kan nog verder worden ingezet op

[1] Dit wetsvoorstel ligt nu in de Tweede Kamer

de informele afhandeling van klachten, want daar is nog veel winst te behalen.

Veel verschillende klachtentrajecten
Zoals beschreven is één van de achterliggende gedachtes achter de Wkkgz dat een informele afhandeling van klachten voor de meeste patiënten en hulpverleners de voorkeur heeft. Vanuit dat perspectief is het goed om stil te staan bij het feit dat er, naast de geschilleninstanties, nog een veelvoud van regelingen bestaat waar patiënten met een klacht terecht kunnen. Er kan sprake zijn van een overgangsfase van de oude naar nieuwe wetgeving. Wel is de vraag welk belang met deze diversiteit wordt gediend. Zo beschreven Laarman & Akkermans dit jaar al dat het bestaan van verschillende procedures, zoals het klacht-, tucht, en civielrecht, naast elkaar leidt tot een zekere 'verkokering' binnen de zorginstellingen met het risico dat functionarissen langs elkaar heen werken, en tot 'rangeerfouten' waarbij patiënten procedurele wegen inslaan die niet goed aansluiten bij hun verwachtingen en behoeften. Om daadwerkelijk aan de behoeften van patiënten tegemoet te kunnen komen, lijkt het verstandig alle klachten op een meer omvattende wijze te behandelen, of patiënten op zijn minst proactief de weg te wijzen in de verschillende procedures. Belangrijk daarbij is dat er één hoofdverantwoordelijke is die de patiënt daarbij kan begeleiden.
In de Modelklachtenregeling Wkkgz Ziekenhuizen[2] wordt een centrale en proactieve rol toebedeeld aan de klachtenfunctionaris [2]. De mensen die nu verantwoordelijk zijn voor iedere afzonderlijke procedure (denk aan klachtenfunctionaris, jurist, calamiteitenonderzoeker, vertrouwenspersoon en Raad van Bestuur) zouden een samenwerkingsverband kunnen vormen en zo bij elk signaal van onvrede, ongeacht de formele kwalificatie (incident, calamiteit, klacht of claim) aan de behoeften van de patiënt voldoen en daarbij ook de betrokken zorgverlener van begeleiding te voorzien.

Positionering klachtenfunctionaris goed, slag te maken richting beleidsadvisering en kwaliteitsverbetering
De onafhankelijke positionering van de klachtenfunctionaris is volgens henzelf goed geregeld. Zij hebben vaak een vaste aanstelling binnen een zorginstelling en hebben het idee dat zij hun functie onafhankelijk kunnen uitvoeren.
Ook sluit het feitelijke werk van de functionarissen in de praktijk goed aan bij het beroepsprofiel van de Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (VKIG).

Een belangrijke focus van de Wkkgz is leren van klachten. Klachten kunnen gezien worden als een 'gratis advies' aan een zorgaanbieder. Klachtenfunctionarissen zouden de rol op zich kunnen nemen om de binnenkomende klachten nader te analyseren om de adviezen die daaruit voortkomen vervolgens binnen de organisatie aan de orde te stellen.
Echter valt op dat de klachtenfunctionarissen de leercirkel niet afmaken richting beleidsadvisering. Uit het eerder genoemde onderzoek door Van Dijk e.a. bleek al dat klachtenfunctionarissen van mening zijn dat advisering in het kader van

[2] Modelklachtenregeling Wkkgz Ziekenhuizen, opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) met instemming van de Patiëntenfederatie Nederland, het Landelijk steunpunt (mede)zeggenschap (LSR) en de cliëntenraden van de acht universitaire medische centra (Platform CRAZ).

kwaliteitsverbetering te weinig terugkomt in hun dagelijkse werkzaamheden [3]. Zij gaven aan daar in de dagelijkse praktijk niet of niet voldoende aan toe te komen, met name signalering en beleidsadvisering bleken bij veel klachtenfunctionarissen in het takenpakket te ontbreken. Dit ondanks het belang dat zij hechten aan systeem- en beleid gerichte kernactiviteiten zoals het informeren van management en bestuur. Vragen en klachten worden wel teruggekoppeld naar o.a. de Raad van Bestuur, maatschap of cliëntenraad, maar de frequentie waarin dit gebeurt loopt sterk uiteen. Bovendien is onduidelijk of er opvolging plaatsvindt in de zin van verbetermaatregelen.
Ook in het huidige onderzoek komen dezelfde resultaten naar voren. Er is wat dat betreft dus nog weinig veranderd in de laatste twee jaren.
Opvallend is dat tweederde van de klachtenfunctionarissen vindt dat de Wkkgz voldoende duidelijkheid biedt ten aanzien van klachtafhandeling, en ongeveer de helft vindt de Wkkgz een verbetering t.o.v. voorgaande wetgeving. De klachtenfunctionarissen vinden vooral details van de wet onduidelijk: zoals de definitie van een termijn, een oordeel, een informele en formele klacht. Zo gaven klachtenfunctionarissen gaven aan dat de scheiding tussen informele en formele klacht niet altijd duidelijk is.
Over of de Wkkgz een verbetering is ten opzichte van de Wkcz zijn de mening verdeeld. Sommigen geven aan dat de mogelijkheid om een klacht bij een geschilleninstantie in te dienen een verbetering is voor patiënten. Anderen vonden dat de cliëntenrechten beter beschermd werden in de Wkcz. Ook geeft een deel aan dat de klachtbehandeling al goed geregeld was of dat nog moet blijken of de Wkkgz een verbetering is.

'Gedoe' voor zorgaanbieders voor wie de wet nieuw is
Aanbieders voor wie Wkkgz nieuw is hebben zich afgelopen tijd ingespannen om te voldoen aan de Wkkgz. Zij hebben veel zaken moeten regelen: aansluiting bij een klachtenregeling, beschikbaarheid van een klachtenfunctionaris en Geschillencommissie, en vaak ook een rechtsbijstandsverzekering of lidmaatschap bij een beroepsvereniging. De nadruk heeft voor hen de afgelopen periode gelegen op veel geregel en 'gedoe'.
De meeste zorgaanbieders hebben zich voor zover duidelijk aangesloten bij een klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie. De werkwijze hierbij verschilt tussen de branches. Sommige hebben voor een 'abonnement' gekozen, waarin de leden een jaarlijks bedrag betalen waarmee ze voldoen aan de eis van aansluiting bij een klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie en waarmee de eventuele kosten als een cliënt een klacht indient bij een geschilleninstantie niet ten laste van de individuele hulpverlener komen. Andere vormen regelen aansluiting bij een klachtenfunctionaris en geschilleninstantie, maar het indienen van een klacht brengt wel kosten met zich mee voor een individuele hulpverlener. Bij deze vormen van klachtenregelingen en constructies, is de klachtenfunctionaris vaak oproepbaar wanneer er sprake is van een klacht van een patiënt. Verondersteld mag worden dat de gekozen systematiek leidt tot verschillende prikkels richting hulpverleners om cliënten al dan niet te weerhouden van het indienen van een klacht bij een klachtenfunctionaris of een geschilleninstantie. Daarnaast kan het invloed hebben op de toegankelijkheid en laagdrempeligheid die cliënten ervaren bij het indienen van een klacht. Wat de precieze effecten zijn van die constructies en of dat steeds de optimale arrangementen zijn, is op dit moment nog niet duidelijk.
Aangezien vele branche-/beroepsorganisaties een klachtenregeling voor hun leden aanbieden, kunnen we stellen dat het overgrote deel is aangesloten en dat we over een deel

van het totale aantal zorgaanbieders geen gegevens hebben. De meeste brancheorganisaties lijken er tot dusver wel in te slagen om de juiste ondersteuning te bieden aan hun achterban, maar er is dus weinig zicht op de zorgaanbieders die nergens bij zijn aangesloten. Voor een volgende monitor zou het een interessante vraag zijn hoeveel klachten er behandeld worden binnen de verschillende vormen van klachtenregelingen, de ervaringen van klagers daarmee, en of de verschillende regelingen prikkels opwekken.

Onduidelijkheden over eisen van de wet

Ondanks de voorlichting vanuit het ministerie en de websites met informatie, bestaan er toch nog onduidelijkheden over de wet. Voor zorgaanbieders voor wie de wet nieuw is, is soms onduidelijk of zij onder de wet vallen.

Voor zorgaanbieders die al onder kwaliteitswetgeving vielen en de klachtenfunctionarissen zijn er met name onduidelijkheden over details van de wet; bijvoorbeeld over wanneer de termijn van klachtbehandeling ingaat, en bepaalde formuleringen in de wet. Deels zijn die onduidelijkheden te herleiden op het uitgangspunt dat zorgaanbieders ruimte moet worden geboden om te komen tot een zo optimaal mogelijke inrichting van het informele traject.

Conclusie

Het lijkt erop dat veel zorgaanbieders, zowel klein als groot, voor wie kwaliteitswetgeving nieuw is en voor wie niet, aansluiting heeft gevonden bij een klachtenfunctionaris en een geschilleninstantie. Er blijft een groep aanbieders voor wie deze wetgeving nieuw is, en die ook voor deze monitor buiten beeld blijft.

Ondanks de vereisten van de Wkkgz is er voor zorgaanbieders meer ruimte tot het inrichten van een klachtenregeling, dan in het kader van de Wkcz. Daardoor zijn er ook verschillende vormen van hoe zorgaanbieders hun klachtenregeling hebben ingericht. Op dit moment is nog onduidelijk wat de financiële consequenties van die verschillende regelingen zijn voor zorgaanbieders en hoe dit het gedrag van zorgaanbieders beïnvloedt.

Bij alle klachtenregelingen en instanties, zowel informeel als formeel is het aantal klachten niet gedaald. Dit betekent in ieder geval dat de klachtenregelingen goed toegankelijk zijn voor patiënten . In onderzoek wordt vaak gezegd dat de klachten die ‘bekend’ zijn alleen maar het topje van een ijsberg zijn omdat de meeste klachten nooit geuit worden door patiënten. Een hoger aantal klachten is dus niet negatief, maar wijst mogelijk op een betere toegankelijkheid van het systeem. Aan de andere kant was het de vraag of het aantal informele klachten zou toenemen, en het aantal formele klachten zou afnemen met ingang van de Wkkgz. Dit is nog niet het geval. Dit betekent dat er nog meer kan worden ingezet op het informele klachtentraject, zodat klachten efficiënter worden opgelost en er minder klachten in formele trajecten terecht komen. Dit zal ook leiden tot meer tevredenheid onder klagers en zorgverleners.

Het relatief lage aantal gegrond verklaarde klachten kan er wel op wijzen dat patiënten in die gevallen bij een verkeerde procedure zijn aanbeland. Dit suggereert ook dat meer klachten in het informele traject opgelost hadden kunnen worden. De Modelklachtenregeling Wkkgz ziekenhuizen stelt hiervoor een centrale rol van de klachtenfunctionaris voor, als begeleider van de klager naar de juiste procedure. Hetzelfde geldt voor kwaliteitsverbetering en het leren van klachten binnen zorginstellingen. De eerste resultaten van deze monitor laten zien dat op dit punt nog veel winst te behalen valt.

2 Achtergrond

Dit onderzoek betreft een monitor van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Deze monitor geeft inzicht in de huidige stand van zaken vanuit het perspectief van de doelstellingen van de Wkkgz op het gebied van het klachtrecht. Dit inzicht kan gebruikt worden ter ondersteuning van het implementatieproces van de Wkkgz en dus ook op welke punten extra inspanningen geleverd zouden moeten worden om de gestelde doelen te bereiken. Daarnaast kan de monitor gebruikt worden als uitgangspunt om de effecten van de Wkkgz zichtbaar te maken en waar mogelijke toekomstige evaluaties van de Wkkgz op kunnen terugkijken.

Eind 2015 werd de Wkkgz door de Eerste Kamer aangenomen. Deze wet vervangt de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). De Wkkgz is sinds 1 januari 2017 volledig in werking getreden. In de periode daaraan voorafgaand zijn zorgaanbieders door het ministerie van VWS op verschillende manieren ondersteund bij de implementatie van de Wkkgz.

In 2016 is een nulmeting Wkkgz uitgevoerd door het NIVEL. Uit de nulmeting blijkt dat, hoewel de klachtafhandeling de laatste jaren steeds laagdrempeliger is geworden, er nog een slag te maken is om patiënten beter te horen en samen tot een oplossing te komen. In de Wkkgz wordt de nadruk gelegd op die informele, laagdrempelige klachtafhandeling.

Doel
De belangrijkste onderdelen van de Wkkgz hebben betrekking op drie domeinen: 1) cliënten informatie, 2) veiligheid en kwaliteit, en 3) klachten van patiënten. Het doel van deze monitor is op geaggregeerd niveau inzicht te geven in de belangrijkste ontwikkelingen wat betreft het laatste onderdeel van de Wkkgz: klachten van patiënten.

De belangrijkste elementen van de Wkkgz over het klachtrecht zijn:

- Klachten worden transparant en informeel afgehandeld met behulp van een onafhankelijk persoon
- Zorgaanbieders moeten binnen 6 weken een oordeel geven over een klacht
- Deze beslissing kan ook zien op een verzoek om schadevergoeding
- Er komt een onafhankelijke geschilleninstantie die bindende uitspraken doet, ook over schadevergoeding tot € 25.000.

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

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

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

Doelgroepen van de monitor zijn alle zorgaanbieders voor wie de wet geldt. De monitor is daarmee ook gericht zijn op zorgaanbieders van cosmetische en alternatieve zorg en solistisch werkende zorgaanbieders. Voor de laatstgenoemde groepen geldt dat deze niet onder de voorgaande wetgeving vielen, maar nu wel onder de Wkkgz. Voor deze groepen werd verwacht dat het beleid omtrent klachten minder ver was ontwikkeld ten tijde van de ingang van de Wkkgz dan bij de zorgaanbieders die ook al onder de Wkcz vielen.

Met deze monitor geven we een breed inzicht van de ontwikkelingen op deze terreinen, waarbij we kiezen voor een verdieping op de 'nieuwe' elementen van de Wkkgz:

- *De invulling van het informele traject, waaronder de rol van de klachtenfunctionaris of de cliëntenvertrouwenspersoon en mogelijk ook de beoordeling van verzoeken om schadevergoeding.*
- *De behandeling van klachten door geschillencommissies*
- *Het beleid van de groepen zorgaanbieders die nog niet onder voorgaande wetgeving vielen maar nu wel onder de Wkkgz*

Vraagstelling

Op welke manier wordt in de praktijk invulling gegeven aan het klachtrecht, zoals vastgelegd in de Wkkgz? Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen bij zorgaanbieders op het gebied van het klachtrecht zoals geformuleerd in de Wkkgz?

2.1 Globale onderzoeksopzet

Nulmeting Wkkgz van het NIVEL
Het NIVEL heeft in 2016 de nulmeting Wkkgz uitgevoerd. De nulmeting geeft inzicht in de stand van zaken van de belangrijkste thema's van de Wkkgz. Het onderzoek bestond vooral uit 'desk research' het raadplegen van beschikbare bronnen, zoals rapportages van onderzoek of informatie op websites. Waar het kan worden resultaten van het huidige onderzoek vergeleken met de resultaten van de nulmeting van 2016.

Het onderzoek voor de monitor 2017 is in de periode 1 april 2017 tot 1 november 2017 uitgevoerd.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de nulmeting Wkkgz bestaat de aanpak van deze monitor Wkkgz in grote lijnen uit het gebruik van reeds gepubliceerde onderzoeksgegevens en informatie op websites. Wel zijn voor deze monitor een beperkt aantal nieuwe gegevens verzameld, middels een vragenlijst onder klachtenfunctionarissen en cliëntvertrouwenspersonen, en bijeenkomsten met zorgaanbieders. Details voor wat betreft de werkwijze zijn te vinden in de bijlage.

In 2015 zijn binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL in het kader van de 'nulmeting Wkkgz' gegevens verzameld over de ervaringen met klachtbehandeling in de zorg. De Wkkgz zou vooral voor patiënten een verbetering teweeg moeten brengen, in de behandeling van hun klacht. Maar omdat de Wkkgz nog maar kort van kracht is, werd verwacht dat de Wkkgz de meeste patiënten nog niet zal hebben bereikt. Daarom was het voor deze monitor niet zinvol om een nieuwe peiling af te nemen bij het Consumentenpanel. Voor een toekomstig onderzoek zou dit wel zinvol zijn.

2.2 Leeswijzer

Dit rapport is opgedeeld in de volgende hoofdstukken:

- Hoofdstuk 1: bevat de belangrijkste bevindingen en conclusies van deze monitor
- Hoofdstuk 2: beschrijft de achtergrond van dit onderzoek, en een globale onderzoeksopzet

De hierop volgende hoofdstukken gaan dieper in op vier specifieke thema's:

- Hoofdstuk 3: Het klachtenlandschap: In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen bij verschillende klaagmogelijkheden in kaart gebracht. Er is bekeken in hoeverre er klachten zijn ingediend door patiënten bij het Landelijk Meldpunt Zorg, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)[3], geschilleninstanties, schadeverzekeraars en de tuchtcolleges. Ook is gekeken naar de ervaringen met patiënten met de verschillende klaagmogelijkheden, als deze beschikbaar waren in openbare bronnen.
- Hoofdstuk 4: Perspectief van klachtenfunctionarissen: In dit hoofdstuk is het perspectief van klachtenfunctionarissen in kaart gebracht over de organisatie van het informele klachtentraject, hun positie in de zorginstelling en de relatie tussen klachten en kwaliteit van zorg.
- Hoofdstuk 5: Perspectief van zorgaanbieders op de Wkkgz: in dit hoofdstuk is het perspectief van zorgaanbieders op de Wkkgz beschreven. Er is vooral gefocust op zorgaanbieders die niet onder oude wetgeving, maar wel onder de Wkkgz vallen.

[3] Per 1 oktober 2017 zijn de Inspectie Jeugdzorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gefuseerd tot één organisatie: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ)

3 Het klachtenlandschap anno 2017

Met de Wkkgz is de nadruk komen te liggen op het informele kanaal van klachtbehandeling bijvoorbeeld een gesprek met de zorgverlener of bemiddeling met hulp van een klachtenfunctionaris. Uit eerder onderzoek bleek al dat informele klachtbehandeling efficiënter is en tot meer tevredenheid leidt bij klagers [4-6]. Naast de informele klachtbehandeling zijn er verschillende mogelijkheden voor klagers om hun klacht formeel aan de orde te stellen zoals het LMZ en de IGJ, de geschilleninstantie, en de tuchtrechter. De vraag is of met ingang van de Wkkgz de aantallen klachten ingediend bij de verschillende klachttrajecten zijn veranderd. Door de nadruk op het informele traject kan bijvoorbeeld verwacht worden dat meer klachten informeel worden afgehandeld en het aantal klachten ingediend bij de andere, formelere, kanalen als het LMZ, de IGJ, de geschilleninstanties en het tuchtrecht lager zou zijn. Anderzijds kan de laagdrempeligheid van de geschilleninstanties ook tot een stijging van het aantal klachten bij de geschilleninstanties betekenen.

In dit hoofdstuk zijn deze aantallen samengebracht. Ook is onderzocht of er signalen zijn van patiënten over hun ervaringen met de verschillende klachtenregelingen.

3.1 Ervaringen van patiënten met het klachtrecht

In 2015 zijn binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL in het kader van de 'nulmeting Wkkgz' gegevens verzameld over klachten in de zorg. Er is een vergelijking gemaakt met resultaten uit 1999. De focus daarbij lag vooral op de informele klachtbehandeling, dus het bespreken van de klacht op de plek waar die is ontstaan, bijvoorbeeld met de hulpverlener. Kort samengevat zei in 1999 ongeveer de helft van de respondenten dat zij hun klacht met hun zorgverlener hebben besproken, in 2015 was dit percentage gestegen tot 62%. Wat daarbij opvalt is dat het aantal respondenten dat zei dat hun klacht was opgelost voor beide jaren vrijwel gelijk is: 20%-21%. De belangrijkste reden, in beide jaren, om de klacht niet aan de orde te stellen was dat men er geen oplossing van verwachtte. In beide jaren had één derde (1999: 32%; 2015 35%) de klacht met verschillende anderen besproken, vooral met de betrokken leidinggevende (1999 20%; 2015 31%). In 2015 werd de klacht vaker met de zorgverzekeraar besproken (42%), dan in 1999 (8%). Een opvallend verschil tussen de metingen uit beide periodes is de relatieve toename van het aantal klachten over materiele of financiële zaken. Deze stijging viel vooral op bij de apothekers, met klachten over kosten of vergoedingen van medicijnen. Deze categorie nam toe van 9% in 1999 tot 17% in 2015. Dit zou kunnen samenhangen met de toename van het eigen risico, waardoor mensen vaker en in grotere mate worden geconfronteerd met kosten die zij zelf moeten betalen [7, 8].

Omdat de Wkkgz nog maar kort van kracht is, wordt verwacht dat de Wkkgz de meeste patiënten nog niet zal hebben bereikt. Daarom was het voor deze monitor niet zinvol om een nieuwe peiling af te nemen bij het Consumentenpanel. In mogelijke volgende evaluaties van de Wkkgz kan het wel zinvol zijn om nieuwe peilingen te ondernemen.

Daarom hebben we aanvullend via internet naar openbare informatie gezocht over ervaringen van patiënten met klachtbehandeling door zorgaanbieders en Geschillencommissies, bijvoorbeeld via publicaties, Zorgkaart Nederland en social media en

via binnengekomen signalen bij de Patiëntenfederatie. Hier is weinig informatie gevonden. Indien bekend worden de ervaringen van patiënten met de betreffende klachteninstantie hieronder besproken.

3.2 Klachten bij het LMZ en de IGJ

Het LMZ bestaat sinds 2014. Daarvoor konden burgers hun klacht direct bij de inspectie melden. De inspectie nam alleen klachten in behandeling wanneer sprake was van een ernstige bedreiging voor de veiligheid van cliënten of zorg of wanneer de klachtenregeling van een zorgaanbieder niet op orde is (IGJ, 2013). De IGJ had dus wettelijk gezien geen taak als individueel klachtenbehandelaar. Uit onderzoek bleek toen dat het vanuit melderperspectief lastig te begrijpen was dat de IGJ een individuele klacht niet in behandeling neemt. Ongeveer de helft van de mensen vond het melden de moeite waard. Van de mensen met een behandelde melding was dit tweederde. Ongeveer de helft van dezelfde groep was tevreden met het melden bij de IGJ. Daarnaast bleek dat hoewel de meeste respondenten vonden dat zij met respect zijn behandeld, dat zij hun verhaal konden doen en dat de IGJ snel had gereageerd, de ervaringen met de uitkomst van het melden bij de IGJ nogal uiteen liepen. Voor veel melders, ook diegenen met een behandelde melding, was het niet duidelijk of hun melding consequenties heeft gehad, terwijl dit voor hen wel de belangrijkste drijfveer was om een klacht bij de IGJ te melden [9].

De minister heeft toen besloten om het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) op te richten. Het LMZ helpt cliënten die een klacht hebben door hen te informeren over de mogelijkheden om de klacht op te lossen. Als cliënten een klacht bij het LMZ melden, is de kans groot dat zij bij de zorgaanbieder zelf niet wisten waar zij met hun klacht terecht konden, of dat cliënten niet tevreden zijn met de manier waarop er door de zorgaanbieder met de klacht is omgegaan. Het LMZ kan klachten doorzetten naar de IGJ, wanneer er sprake is van een ernstig of structureel probleem. De IGJ bekijkt dan of zij de klacht verder in behandeling neemt. In september 2015 is een eerste evaluatie van het LMZ uitgebracht. In de evaluatie is (o.a.) onderzocht hoe burgers die contact hebben gehad met het LMZ de geboden dienstverlening hebben ervaren. Daartoe is in de periode 23 maart tot en met 12 mei 2015 aan burgers waarmee het meldpunt contact had gevraagd of zij bereid waren deel te nemen aan een klantervaringsonderzoek. Daar is door 222 mensen instemmend op gereageerd. 46% van deze mensen heeft de vragen ter beoordeling van het LMZ beantwoord. Uit de evaluatie komt naar voren dat cliënten tevreden zijn over de manier waarop zij door medewerkers van het LMZ te woord worden gestaan. Zij vinden de medewerkers van het LMZ vriendelijk, empathisch, en kunnen hun verhaal bij hen kwijt. De meeste cliënten zijn ook tevreden over het advies en de informatie die ze krijgen en de termijn waarbinnen ze geholpen worden. Minder positief zijn ze over de inhoud van het advies. Veel mensen die zich tot het LMZ wenden verwachten een andere rol dan het LMZ heeft. Zij verwachten dat het LMZ een actievere rol heeft, en bijvoorbeeld zelf ingrijpt, de klacht onderzoekt of hen actief begeleid in het proces en ervaren dat dit niet gebeurt. Ook zijn ze soms teleurgesteld als het LMZ de klacht niet aan de IGJ voorlegt [10].

3.2.1 Klachten bij het LMZ

Het aantal klachten binnengekomen bij het Landelijk Meldpunt Zorg was in 2016 hoger dan in 2015 (tabel 1). Belangrijk is wel om te vermelden dat twee nieuwe sectoren onder het toezicht van de inspectie vallen: de alternatieve en cosmetische zorg, gelijk aan ruim 40.000 zorgaanbieders.

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

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

* 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 procent van het totaal aantal klachten en 6,5 procent van het totaal aantal vragen. Om vertekening te voorkomen, zijn in het Klachtbeeld 2016 de cijfers en figuren zonder de gegevens over Thyrax en Essure weergegeven.

Opvallend is de toename ten opzichte van 2015 van het aantal klachten onder de hoofdcategorie
professioneel handelen. Daarnaast valt op dat er in verhouding minder klachten ontvangen zijn over de hoofdcategorieën ongewenst/onethisch gedrag, veiligheid en communicatie.

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

Hoofdcategorieën	Aantal klachten 2016 LMZ		Aantal klachten (%) 2015 LMZ
Professioneel handelen	2391	(37%)	27%
Veiligheid	1158	(18%)	20%
Communicatie	1139	(18%)	20%
Overig	633	(10%)	9%
Organisatie/logistiek	544	(8%)	9%
Ongewenst/onethisch gedrag	464	(7%)	11%
Klachtbehandeling zorgaanbieder	126	(2%)	2%

Klachten ingedeeld naar zorgsectoren

De klachten die het LMZ ontvangt betreffen de gehele zorgsector in Nederland. Tabel 3 laat zien dat evenals in 2015 iets meer dan de helft (55 procent) van de klachten in 2016 betrekking had op de sectoren medisch specialistische somatische zorg, geestelijke gezondheidszorg en intramurale ouderenzorg. Kwamen in 2015 de meeste klachten over de sector geestelijke gezondheidszorg binnen, in 2016 betreffen de meeste klachten de medisch specialistische somatische zorg. In 2015 gingen 27 klachten over alternatieve zorg, in 2016 is dit gestegen naar 98.

Tabel 3 Klachten gemeld bij het LMZ ingedeeld naar zorgsectoren

Zorgsector	Aantal klachten
Medisch specialistisch somatische zorg	1443 (22%)
Geestelijke gezondheidszorg	1136 (18%)
Intramurale ouderenzorg	995 (15%)
Huisartsenzorg (incl. HDS/HAP)	726 (11%)
Gehandicaptenzorg	410 (6%)
Mondzorg	317 (5%)
Apotheek	208 (3%)
Thuiszorg	198 (3%)
Fabrikant/bedrijf medische technologie	149 (2%)
Andere sector	116 (2%)
Zorgverzekeraar	110 (2%)
Alternatieve zorg	98 (2%)
Fabrikant geneesmiddelen/farmaceutisch bedrijf	94 (1%)
Particuliere kliniek/ZBC	68 (1%)
Niet van toepassing	67 (1%)
Paramedische zorg	66 (1%)
Publieke gezondheidszorg	60 (1%)
Bedrijfs- keuringsarts	55 (1%)
Ketenzorg	41 (1%)
Forensische zorg	39 (1%)
Jeugdhulp	34 (1%)
Acute zorg	25 (0.4%)

Klachten die zijn voorgelegd aan de IGJ

Het LMZ kan een klacht voorleggen met de vraag of de IGJ een onderzoek nodig vindt. Op basis van het onderzoek kan de inspectie wel maatregelen treffen tegen de zorgaanbieder. In 2016 zijn 1106 klachten voorgelegd aan de IGJ. Dit is 17% van totaal aantal klachten; in 2015 was dit 20% van het totaal aantal klachten.

De IGJ beoordeelde voor 540 klachten dat nader onderzoek nodig was (49%). Dit percentage is ongeveer gelijk aan dat van 2015 [11].

3.2.2 Klachten bij de IGJ

Aantallen meldingen van burgers en zorgaanbieders bij de IGJ 2016

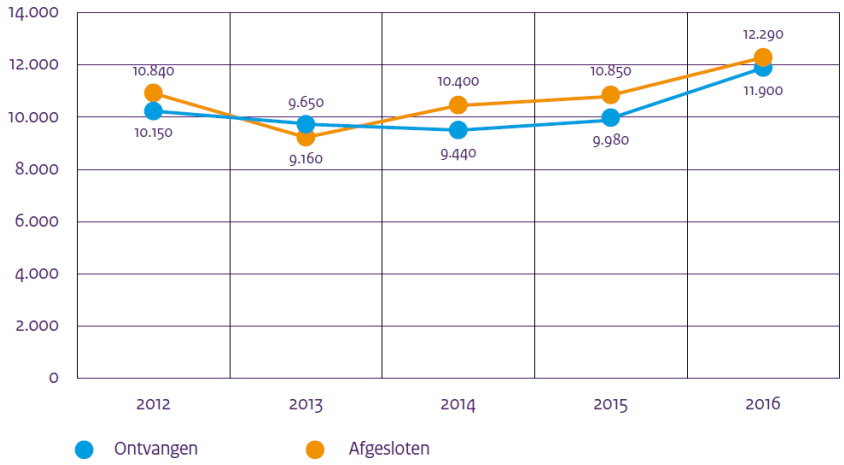
Zorgaanbieders zijn volgens de Wkkgz verplicht om calamiteiten te melden bij de IGJ. In eerste instantie moet de zorgaanbieder zelf onderzoek doen naar de calamiteit. Soms kan de inspectie ook besluiten om zelf onderzoek uit te voeren. De IGJ ontving in 2016 11900 meldingen van burgers (doorgezet door het LMZ) en zorgaanbieders. Daarvan waren er 2620 een calamiteit volgens de Wkkgz (tabel 4). In 2015 ontving de IGJ 10850 meldingen. Het aantal is in 2016 dus iets gestegen (zie ook figuur 1).

Tabel 4 Aantallen ontvangen en afgesloten meldingen van zorgaanbieders en burgers in 2016 bij de IGJ per afdeling (naar boven afgerond op tientallen)[12]

Afdeling	Ontvangen in 2016	Waarvan Wkkgz Calamiteit	Afgesloten In 2016*	Waarvan Wkkgz Calamiteit
Eenheid Nieuwe toetreders, Zorg & fraude	10	0	10	0
Eerstelijnszorg	930	410	950	230
Farmaceutische Bedrijven	1260	10	1380	0
Geestelijke gezondheidszorg (ggz)	580	180	600	120
Gehandicaptenzorg & forensische zorg (GZ & FZ)	940	180	890	130
Medisch Specialistische Zorg	2100	1280	2040	880
Medische Technologie	4460	10	4840	10
Netwerkzorg, Preventie & Jeugd	120	40	160	30
Producten & Mondzorg	340	10	360	10
Verpleging & verzorging (V & V)	1160	500	1060	350
Totaal	11900	2620	12290	1760

* Meldingen kunnen soms in het volgende jaar zijn afgesloten, waardoor het aantal afgesloten meldingen hoger is dan het aantal binnengekomen meldingen

Figuur 1 Aantal door de IGJ ontvangen meldingen van burgers en zorgaanbieders over de tijd (2012-2016)



3.3 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. Hoewel de Wkkgz in 2016 van kracht is geworden, gold dat de geschillen instanties vanaf 1 januari 2017 verplicht waren. Dit betekent ook dat de rol van de geschilleninstanties voor 2017 een andere (niet-verplichte) rol hadden dan vanaf dit jaar, en dat de aantallen niet goed te vergelijken zijn. Ten tijde van de nulmeting in 2015, waren er ook een stuk minder geschillencommissies werkzaam. Aangezien de huidige geschillencommissies sinds 1 januari 2017 'operationeel' zijn conform de eisen vanuit de WKKGZ, zijn er nog te weinig ervaringen met klachtbehandeling door een Geschillencommissie van patiënten in openbare rapportages te vinden. Ook voor De Geschillencommissie geldt dat nieuwe commissie een opstartfase kennen van doorgaans 1 jaar om bekendheid te verwerven bij zowel cliënt als zorgaanbieder als middel om klachten opgelost te krijgen.
In 2016 was het aantal binnengekomen klachten bij de bestaande geschillencommissies laag. Voor de Geschillencommissie Geestelijke gezondheidszorg waren er bijvoorbeeld 37 klachten binnengekomen, voor de Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Thuiszorg 40, voor de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken 15 en de geschillencommissie Zorginstellingen 47. Bovendien werd het grootste deel van de klachten bij deze geschillencommissies ongegrond verklaard, terwijl klachtencommissies doorgaans even vaak klachten gegrond als ongegrond verklaren [1].[4]

[4] Zie ook https://www.degeschillencommissie.nl/over-ons/publicaties/

3.3.1 Overzicht geschillencommissies voor zorg

In totaal zijn er door ons in oktober 2017 31 verschillende geschillencommissies gevonden die door de minister van VWS erkend zijn (zie bijlage voor volledige lijst)[5]. De Geschillencommissies zijn bevoegd zaken te behandelen die zijn ontstaan uit klachten van cliënten over instellingen die bij de Geschillencommissie zijn aangesloten. De Geschillencommissies kunnen klachten met een financieel belang tot en met 25.000 euro behandelen. De Geschillencommissies brengen een bindend advies uit of proberen een schikking tussen partijen te bevorderen.

3.3.2 De Geschillencommissie Consumentenzaken

De Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken (SGC) bestaat het langst. Er bestaan op dit moment voor een aantal verschillende sectoren in de zorg Geschillencommissies(16 commissies in 14 sectoren), ondergebracht bij de Geschillencommissie Consumentenzaken.
De SGC kent momenteel 16 gespecialiseerde zorgcommissies waar cliënten een klacht tegen een zorgaanbieder of een zorginstelling in kunnen dienen. Aan de Geschillencommissie Zorg Algemeen zijn 700 zelfstandige zorgaanbieders verbonden. Per 1 oktober 2017 biedt De Geschillencommissie tevens een klachtloket zorg aan voor de klachtprocedure te begeleiden.

3.3.3 Aantallen geschillen 2016 Geschillencommissies GGZ, VVT, ZKL en ZI

In 2016 waren een aantal geschillencommissies van de SGC reeds een aantal jaren in werking. Pas vanaf 2017 is de geschilleninstantie verplicht, dus de aantallen zijn niet één op één te vergelijken, mede door het verschil in maximaal financieel belang en de wettelijke grondslag sinds 1 januari 2017. De cijfers voor zover bekend vanaf 2017 zijn in de volgende paragraaf te vinden. Voor het jaar 2016 zijn de jaarcijfers openbaar gepubliceerd voor de deelcommissies van de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken SGZ *zoals ze toen bestonden*: de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidzorg (GGZ), Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), Zelfstandige Klinieken (ZKL) en Zorginstellingen (ZI). De laatste commissie was in 2016 bedoeld voor ziekenhuizen(m.u.v. academische ziekenhuizen) en instellingen voor gehandicaptenzorg. In 2017 is deze commissie overgegaan in de geschillencommissie ziekenhuizen(inclusief de academische ziekenhuizen). Gehandicaptenzorg heeft een aparte geschillencommissie gekregen voor de juiste expertise.

In tabel 5 en 6 is het aantal binnengekomen klachten te zien voor 2016 en de beslissingen die de commissies hebben gemaakt.
In 2016 heeft de Geschillencommissie GGZ meer klachten ontvangen dan in 2015 (37 vs. 30). In 23 zaken werd uitspraak gedaan, waarvan er maar 1 gegrond was, 5 ten dele gegrond, en in 6 gevallen werd de patiënt niet-ontvankelijk verklaard in de klacht. In 11 geschillen werd de klacht ongegrond verklaard. In 2015 werden3 klachten ongegrond verklaard en 4 ten dele gegrond. Bij Geschillencommissie VVT kwamen ook meer klachten binnen (40) dan in 2015 (22). Er werden 11 uitspraken gedaan waarvan slechts 2 klachten gegrond werden verklaard en 5 klachten ongegrond. In 3 geschillen hebben partijen ter zitting een schikking bereikt en in 1 geschil heeft de commissie zich onbevoegd verklaard van het geschil kennis te nemen. In

[5] Zie ook https://www.geschilleninstantieszorg.nl/erkende-instanties

2015 werden 2 van de 18 zaken gegrond verklaard, 8 zaken ongegrond en 6 ten dele gegrond. In 2 geschillen hebben partijen ter zitting een schikking bereikt. Bij de Geschillencommissie Zorginstellingen kwamen 4 klachten meer binnen in 2016 dan in 2015, namelijk 47. Er zijn 19 uitspraken gedaan, waarvan er 6 gegrond zijn verklaard, 3 ten dele gegrond en 9 klachten ongegrond. In 1 geschil heeft de commissie de patiënt niet ontvankelijk verklaard in zijn klacht. In 2015 werden 2 van de 17 zaken gegrond verklaard, 1 ten dele gegrond en 9 klachten ongegrond. In 3 geschillen werd ter zitting een schikking bereikt. In 2 geschillen heeft de commissie de consument niet ontvankelijk verklaard in zijn klacht.
Bij de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken werden 15 klachten ingediend, 8 meer dan in 2015. Er zijn 3 uitspraken gedaan, waarvan 1 gegrond verklaard, 1 ten dele gegrond en 1 ongegrond. In 2015 werd 1 van de 5 zaken gegrond verklaard en 1 ongegrond.. Er zijn 3 klachten ten dele gegrond verklaard.
Bij alle vier de commissies is het aantal ingediende klachten in 2016 dus iets gestegen ten opzichte van 2015. Het aantal gegrond verklaarde klachten lijkt ongeveer hetzelfde te zijn als in 2015, en is erg laag [13, 14].

Tabel 5 Aantal klachten en uitspraken geschillencommissies zorg 2016

	GGZ	VVT	ZKL	ZIN
Klachten	37	40	15	47
Schikkingen	3	4	4	3
Uitspraken	23	11	3	19

Tabel 6 Beslissingen geschillencommissies zorg 2016

	GGZ		VVT		ZKL		ZIN	
gegrond	1	4%	2	18%	1	34%	6	32%
ten delen gegrond	5	22%	0	0%	1	33%	3	16%
ongegrond	11	48%	5	46%	1	33%	9	47%
niet bevoegd	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%
niet ontvankelijk	6	26%	0	0%	0	0%	1	5%
schikking ter zitting	0	0%	3	27%	0	0%	0	0%

De sector uiterlijke verzorging viel niet onder de oude wetgeving, maar wel onder de Wkkgz. Dit is besloten omdat in deze branche soms ook handelingen worden uitgevoerd die onder ‘zorg’ kunnen worden geschaard, en waarbij cliënten recht hebben op veilige en goede zorg. Voorbeelden van die handelingen zijn **injectables en laserbehandelingen.** Voor 2017 was er al een geschillencommissie uiterlijke verzorging. De cijfers van voor en na ingang van de Wkkgz zijn dus niet goed vergelijkbaar, maar voor de volledigheid toch opgenomen in deze monitor. Bij de Geschillencommissie uiterlijke verzorging kwamen in 2015 24 klachten binnen, in 2016 36 klachten. Het aantal uitspraken blijft ongeveer gelijk. Van de 10 uitspraken waren er 4 gegrondverklaringen en 6 ongegrondverklaringen (tabel 7).

Tabel 7 Aantallen klachten geschillencommissie Uiterlijke verzorging

	2015	2016
Overloop klachten voorafgaande jaar	5	7
Nieuwe klachten	19	29
Totaal behandelde klachten	24	36
Schikkingen	4	1
Uitspraken in klachten	13	11
Totaal uitspraken en schikkingen	18	13

3.3.4 Aantallen geschillen tot aan 15 oktober 2017

Tabel 8 Aantallen klachten geschillencommissies in de zorg van 1 januari 2017 t/m 15 oktober 2017

Geschillencommissie	Nieuwe zaken	Schikkingen Onderling	Verzonden uitspraken
Ambulancezorg	7	0	5
Complementaire Behandelvormen	0	0	0
Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen	2	0	1
Defensie Geneeskundige Zorg	1	0	1
Geestelijke Gezondheidszorg	45	4	17
Gehandicaptenzorg	5	2	1
Optiek	12	4	4
Osteopathie	1	0	0
Psychische en Pedagogische Zorg	4	1	0
Publieke Gezondheid	1	0	1
Uiterlijke Verzorging	26	2	25
Verpleging Verzorging en Geboortezorg	31	2	14
Vrijgevestigde GGZ praktijken	7	2	2
Zelfstandige Klinieken	5	1	6
Ziekenhuizen	80	5	28
Zorg Algemeen	15	1	2
Totaal	**242**	**24**	**107**

Tot aan half oktober 2017 zijn er 242 nieuwe zaken zijn binnengekomen (tabel 8). Bij Geschillencommissies die pas sinds 2017 werkzaam zijn, zijn er ook klachten binnengekomen. Bij de Geschillencommissie Ambulancezorg zijn er bijvoorbeeld 7

binnengekomen. Voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen geldt dat er 80 zijn binnengekomen. In 2016 was deze commissie nog anders genoemd: de Geschillencommissie Zorginstellingen. Op hetzelfde tijdstip in 2016 had deze commissie pas 31 klachten binnengekregen. Er is dus een relatieve toename te zien. Belangrijk daarbij wel is dat er sinds dit jaar naast algemene ziekenhuizen ook over universitaire ziekenhuizen kan worden geklaagd bij deze Geschillencommissie. Dit zou de toename gedeeltelijk kunnen verklaren.
Ook bij de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg zien we een verschil: op 15 oktober 2016 waren er 31 klachten binnengekomen, in 2017 op dezelfde datum zijn dat er 45. Voor de Geschillencommissie Verpleging, Verzorging en Geboortezorg en Zelfstandige Klinieken is geen toename te zien. De Geschillencommissie gaf aan dat sommige patiënten ook bij hen aankloppen omdat ze ontevreden zijn over het klachtentraject dat zij bij de zorgaanbieder hebben gevolgd.
Het aantal gegrondverklaringen over 2017 is vooralsnog niet bekend.

De Geschillencommissies zijn met de Wkkgz ook 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 echter, naast de uitspraken van de HSGC, slechts één gepubliceerde uitspraak op, van de Geschillencommissie Openbare Apothekers [2][6].Dat komt ten eerste doordat niet alle Wkkgz-geschilleninstanties een eigen website hebben, maar zijn doorgelinkt naar de website van de beroepsvereniging. Ten tweede is er niet op iedere website een pagina waar uitspraken worden gepubliceerd, of staan daar (nog) geen uitspraken gepubliceerd.
De Geschillencommissies zijn momenteel wel bezig een website te ontwikkelen waar alle geschillen op worden gepubliceerd.

3.3.5 Kosten geschillencommissie

Voor zorgaanbieders kost het tussen de 55 en 200 euro om zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie. Dit bedrag varieert ook met wat de zorgaanbieder afneemt. Er kan bijvoorbeeld een vast bedrag voor 2, 4, 6, 8 of 10 klachten worden betaald. Ook kan het bedrag oplopen wanneer er daadwerkelijk een geschillencommissie zitting neemt.
Voor cliënten varieert het bedrag dat betaald moet worden als zij een geschil willen indienen. Het begint meestal met 50 euro, en kan oplopen als de cliënt ook een schadevergoeding wil. Het hoogste bedrag dat werd gevonden was 500 euro.
Bij de SGC kost het voor zorgaanbieders 195 euro exclusief BTW om zich direct aan te sluiten bij een geschilleninstantie. Via een brancheorganisatie zijn hier geen kosten aan verbonden. Verder wordt er per zaak een bedrag in rekening gebracht, afhankelijk van de fase waarin het geschil opgelost wordt. Daarnaast zijn er eventuele kosten verbonden naar gelang de commissie beslist met een wettelijk maximum van 25.000 euro. Voor cliënten is het bedrag dat betaald moet worden als zij een geschil willen indienen 50 euro. Dit bedrag krijgen ze terug van de zorgaanbieder als ze in het gelijk worden gesteld of kunnen ze mee onderhandelen in de schikking gedurende de procedure.

[6] In oktober geupdate

3.3.6 Klachtencommissies in transitie naar geschillencommissie

Een aantal klachtencommissies zijn of worden getransformeerd tot geschillencommissies. In 2016 behandelden zij dus nog klachten volgens de Wkcz. Voor de monitor Wkkgz kan dus niet vergeleken worden met voorgaande jaren, daarom zijn de aantallen daarvan niet in deze monitor opgenomen. Wat wel opvalt is dat een aantal klachtencommissies een toename van klachten over financiën melden, zo ook de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg en de Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (zie box 1).

Box 1 Opvallende informatie uit jaarverslagen klachtencommissies

Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE):
"Bij de SKGE waren in 2016 3602 huisartsen aangesloten, t.o.v. 3531 in 2015. Er werden 332 klachten behandeld, 1 meer dan in 2015. Op het bureau komen zeer regelmatig telefoontjes binnen van klagers die naar aanleiding van een bezoek aan de website een klacht willen indienen dan wel om nadere informatie vragen. Veelal gaven klagers aan dat zij zelf met de huisarts in gesprek zouden gaan over het gebeurde en dat zij het telefoongesprek waardevol vonden omdat zij hun emoties rondom de klacht konden uiten. Wat opvalt is dat vaker de vraag naar financiële genoegdoening wordt gesteld."

Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (KAB)
"Door het secretariaat van de KAB is ook in 2015 een lijst bijgehouden van de telefoontjes die daar zijn binnen gekomen. Het secretariaat blijkt een belangrijke functie te vervullen in het verstrekken van allerhande informatie. Van belang is uiteraard het informeren van klagers en behandelaren over de procedure die door de KAB gevolgd wordt. Er worden veel vragen gesteld over (on)terechte rekeningen. Ook dit jaar valt op dat potentiële klagers veel vragen hebben met betrekking tot de sanctiemogelijkheden van de KAB en teleurgesteld reageren als blijkt dat de uitspraak niet verder reikt dan een gegrondverklaring. Ook willen mensen vaak hun emotionele verhaal kwijt over teleurstellingen die zij hebben ervaren in het alternatieve circuit. Door het luisterend oor van het secretariaat blijkt opmerkelijk vaak dat er geen klacht meer wordt ingediend. Het valt de KAB op dat meer klachten zijn ingediend over behandelaren die andere behandelingen uitvoeren dan waarvoor het lidmaatschap van de beroepsvereniging geldt. Klachten over deze behandelingen worden door de commissie niet ontvankelijk verklaard."

3.4 Schadeclaims

Ziekenhuizen in Nederland zijn voor medische aansprakelijkheid in de meeste gevallen verzekerd bij Centramed of MediRisk. Voor dit onderzoek is uitgezocht hoeveel schadeclaims er in 2016 zijn gedaan en hoeveel schadeclaims er zijn uitgekeerd. De gevonden resultaten uit 2016 zullen worden vergeleken met de resultaten uit de nulmeting van 2015. Voor zover mogelijk is ook navraag gedaan bij de verzekeraars over de verwachtingen in aantallen schadeclaims van 2017. Dit is alleen bij Centramed bekend geworden.

3.4.1 Resultaten 2016 Medirisk

In 2016 is er 1 organisatie bijgekomen bij Medirisk, die nu 42 leden heeft. Het aantal claims in 2016 is gedaald ten opzichte van 2015. In de helft van de gevallen werd aansprakelijkheid afgewezen, hetzelfde als in 2015. De gemiddelde vergoeding was 49.383, iets meer dan in 2015 (tabel 9)

Medirisk heeft een daling in claims. Dat is te verklaren door een wijziging in de werkwijze [15]. In 2016 zijn alle leden overgegaan op de stop-loss verzekering. Een verzekeringsvorm die een eigen behoud per jaar kent die ziekenhuizen meer individuele verantwoordelijkheid geeft in het beperken van hun medisch aansprakelijkheidsrisico [16].

Tabel 9 Aantallen claims en gemiddelde vergoeding per claim bij Medirisk in 2014, 2015 en 2016

2014	2015	2016
62 leden	41 leden	42 leden
1150 claims	914 claims	785 claims
Gemiddelde vergoeding per claim: €45.365	Gemiddelde vergoeding per claim: €41.615	Gemiddelde vergoeding per claim: €49.383

Zoals beschreven is de verwachting van Medirisk voor het aantal claims voor 2017 onbekend.

3.4.2 Resultaten 2016 Centramed

Nog geen daling schadeclaims
In 2016 zijn 870 claims gemeld bij Centramed met een totale schadelast van € 30,3 miljoen (2015: € 21,5 miljoen). Dit betekent een stijging van het aantal claims met 24% t.o.v. 2015 (700 totaal, tabel 10). Deze stijging is deels toe te schrijven aan de toename van het aantal verzekerde zorginstellingen, maar tegelijkertijd zien we over de gehele linie – ook bij de bestaande leden – een stijging van het aantal claims.

Onvoorziene ontwikkelingen in individuele dossiers en andere trends en ontwikkelingen, zoals de gedaalde rente, relevante wet- en regelgeving, de toename van het aantal ZZP‘ers, de verhoging van
smartengeld e.d., hebben invloed op de gemiddelde schadelast. Er is een opwaartse trend te zien in de gemiddelde vergoeding per claim, met enkele forse uitschieters als gevolg van bijvoorbeeld kindschades en patiënten met een dwarslaesie.

Ook bij GGZ-instellingen zijn er meer grote schades te zien. Binnen de GGZ ligt het gemiddeld aantal schades normaliter lager dan bij de ziekenhuizen. De risico’s op fysieke schade, zoals we die onderkennen bij de snijdende specialismen en verloskunde, zijn lager. De gevolgschade van een suïcide(poging) of ernstige agressie tegen zorgverleners is echter even ingrijpend en ook de bedragen die hiermee gemoeid zijn lopen flink op [17].

Meldingsvertraging
Het duurt iets langer voordat patiënten een claim indienen na het ontstaan van een incident. Gemiddeld duurt dit circa 2,5 jaar na ontstaan. Deze lange tijd tussen het ontstaan van een incident en het indienen van een claim kan de beoordeling van de schade bemoeilijken.

Hogere schadeclaims
De gemiddelde vergoeding per claim is de afgelopen jaren licht toegenomen. De lichte toename is deels te verklaren door schadelast verhogende omstandigheden zoals de lage rentestand, de hogere bedragen aan smartengeld, de verhoogde pensioengerechtigde leeftijd, de toegenomen zorgkosten, e.d.

Tabel 10 Aantallen claims en gemiddelde vergoeding per claim bij Centramed in 2014, 2015 en 2016

2014	2015	2016
79 leden	80 leden	81 leden
592 claims	700 claims	870 claims
Gemiddelde vergoeding per claims €28.000 tussen 1994 en 2014	Gemiddelde vergoeding per claim: €30.700	Gemiddelde vergoeding per claim: €34.813

Ontwikkeling claims in ziekenhuizen volgens Centramed
Al voor de invoering van de Wkkgz deed zich de ontwikkeling voor dat steeds meer ziekenhuizen zelf schade beoordelen en afhandelen. De motieven voor deze ontwikkeling zijn divers, maar zij loopt in elk geval samen met een opmars van het eigen risico in de medische aansprakelijkheidsverzekeringen [2]. Ook zijn er signalen van een toename van zowel het aantal klachten als het aantal claims in ziekenhuizen. Exacte aantallen zijn onbekend. Een ziekenhuis meldt dat er opvallend meer klachten met een financiële component worden gemeld, bijvoorbeeld verzoeken tot terugbetaling van het eigen risico van de ziektekosten verzekering.

Verwachting 2017
Voor dit jaar wordt er weer een stijging verwacht, de schatting is dat het totaal ongeveer 950 zal zijn voor 2017. Er werd wel een grotere stijging verwacht, onder andere omdat verwacht werd dat het Wetsvoorstel Affectieschade zou worden aangenomen. In dit voorstel is geregeld dat wanneer slachtoffers zijn overleden of ernstig letsel hebben opgelopen door een gebeurtenis waarvoor een ander aansprakelijk is, hun nabestaanden c.q. naasten in de toekomst mogelijk aanspraak kunnen maken op vergoeding van affectieschade. Dit voorstel is ingediend bij de Tweede Kamer. Ook werd de stijging verwacht door de lagere drempels die de Wkkgz voor klagers biedt.

3.5 Aantal tuchtklachten 2016

Cliënten die het belangrijk vinden dat de zorgaanbieder leert van de klacht, kunnen een klacht voorleggen aan de tuchtrechter. Dit geldt voor BIG-geregistreerde zorgaanbieders.
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.

Overzicht van klachten binnengekomen bij regionale tuchtcolleges
Het aantal klachten binnengekomen in 2016 (1646, waarvan 27 door de IGJ) bij regionale tuchtcolleges is iets gestegen ten opzichte van 2015 (tabel 11). Het aantal afgehandelde klachten is juist iets gedaald. 13.8% van het totaal aantal ontvangen klachten werd gegrond verklaard wat ongeveer gelijk is aan 2015 (16.4% in 2015, tabel 12).

De regionale tuchtcolleges handelden 1.567 klachten af, het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) twee en het centraal tuchtcollege 520. In 33% van de zaken die werden behandeld door de regionale tuchtcolleges werd in beroep gegaan bij het centraal tuchtcollege. Van de twee klachten die door het CMT werden behandeld werd er eenmaal in beroep gegaan.

Tabel 11 Aantallen klachten binnengekomen bij 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**

Tabel 12 Beslissingen genomen door regionale tuchtcolleges

Afgehandelde klachten 2016: totaal **1567**		
Beslissing na behandeling ter zitting **472 (30%)**	Klacht ingetrokken	5 (0.3%)
	Niet ontvankelijk	7 (0.5%)
	Gegrond	216 (13.8%)
	Ongegrond/afwijzing	244 (15.6%)
Klacht is niet ter zitting gekomen, beslissing op basis van documenten in raadkamer gemaakt **1095 (70%)**	Klacht ingetrokken	273 (17.4%)
	Niet ontvankelijk	320 (20.4%)
	Ongegrond/afwijzing	501 (32%)

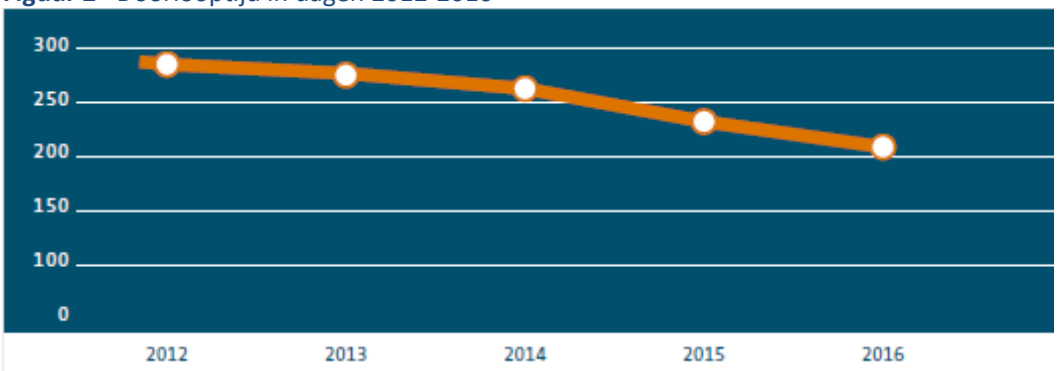
Tabel 13 Klachten per beroepsgroep 2016

totaal 1567	
Arts	1.088 (69 %)
Onbekend/niet BIG geregistreerd	121 (8 %)
Verpleegkundige	109 (7%)
Tandarts	94 (6 %)
GZ psycholoog	89 (6 %)
Fysiotherapeut	32 (2 %)
Apotheek, Physician assistent, psychotherapeut, Verloskundige	< 1%

Tabel 14 Aard van de klachten 2016

totaal 1567	
Onjuiste behandeling/Verkeerde diagnose	565 (36%)
Geen of onvoldoende zorg	425 (27%)
Overige klachten	216 (14%)
Onjuiste verklaring of rapport	151 (10%)
Onheuse bejegening	61 (4%)
Schending beroepsgeheim	56 (4%)
Grensoverschrijdend gedrag	26 (2%)
Onvoldoende informatie	35 (2%)
Financieel onjuist handelen; geestelijke toestand; niet of te laat verwijzen; onzorgvuldige dossiervorming	<1%

Figuur 2 Doorlooptijd in dagen 2012-2016



Nog steeds is het aantal klachten tegen niet BIG-geregistreerden relatief hoog (109, 8%), maar wel gedaald ten opzichte van 2014 (200, 11%) (tabel 13). Dat kan erop wijzen dat burgers beter weten waar ze met hun klacht terecht kunnen. Het aantal klachten tegen

artsen is ook gedaald (1088 in 2016 vs. 1125 in 2014). Tabel 14 geeft weer waarover de klachten binnengekomen bij de tuchtcolleges gaan; de meeste klachten gaan over onjuiste behandeling of een verkeerde diagnose.
Ook valt op dat de doorlooptijden verder verkort zijn (figuur 2). In het afgelopen jaar is er verkort met 22 dagen, in de afgelopen vijf jaar is er verkort met 71 dagen.
De invoer van de Wkkgz heeft vooralsnog niet tot een afname van het aantal ingediende klachten geleid, maar er is ook geen grote stijging te zien [18]. Het hoge aantal klachten dat ongegrond wordt verklaard, en zelfs niet eens ter zitting komt, kan erop wijzen dat het systeem niet efficiënt is ingericht en dat het informele klachtentraject nog niet optimaal werkt.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
Bij het Centraal Tuchtcollege zijn 520 beroepszaken afgehandeld, net iets minder dan in 2015 (533). Daarvan zijn er 79 gegrond verklaard, en 317 ongegrond verklaard. In de andere gevallen werd de klager niet ontvankelijk verklaard, de klacht terugverwezen naar het Regionaal Tuchtcollege, of werd het beroep ingetrokken. Van de beroepszaken ging 74% over een arts, en 5% over niet-BIG geregistreerden. De overige klachten gingen over andere beroepsgroepen als tandartsen, verpleegkundigen en psychologen [18].

3.5.1 Ervaringen van klagers en aangeklaagden met het tuchtrecht

Eerder onderzoek laat zien dat een grote meerderheid van de klagers bij het tuchtrecht ontevreden is met de tuchtprocedure. Dit geldt om te beginnen voor de klagers wier klacht ongegrond werd verklaard. Vooral ook deze klagers meenden dat de artsen niets van de procedure hadden geleerd en dat er niet of onvoldoende naar hen was geluisterd. Maar ook onder de klagers wier klacht gegrond werd verklaard, was er in een aantal gevallen sprake van ontevredenheid met de tuchtprocedure. In de eerste plaats omdat een aantal klagers de opgelegde maatregel te laag vond in verhouding tot de door hen ervaren ernst van de handeling van de arts. In de tweede plaats omdat aan enkele van de maatregelen die een tuchtcollege kan opleggen geen verdere consequenties verbonden zijn [19].

Uit recent onderzoek van het NIVEL blijkt dat ook aangeklaagden niet positief zijn over de tuchtrechtprocedure. Hoewel de procedure bedoeld is om kwaliteit van zorg te verbeteren, wordt de procedure als straffend ervaren. Zorgverleners die van een tuchtrechter een berisping of geldboete hebben gekregen, waarbij die berisping of geldboete openbaar wordt gemaakt in regionale dag- of weekbladen en in het BIG-register, ervaren die combinatie van tuchtprocedure, berisping en openbaarmaking vaak als zeer belastend, vaker dan zorgverleners die ook betrokken waren in een tuchtprocedure en een waarschuwing kregen, zonder openbaarmaking. Openbaarmaking leidt tot een hoge belasting van partner of het gezin en heeft ook zakelijke gevolgen [20].

3.6 Conclusie

Voor alle klachteninstanties geldt dat er geen sprake is van een daling in het aantal klachten. Patiënten lijken in de gaten te hebben dat zij door de Wkkgz ergens terecht kunnen met hun

klacht. Het relatief lage aantal gegrond verklaarde klachten bij geschilleninstanties en het tuchtrecht kan wel wijzen op een aantal inefficiënties van het systeem. Patiënten lijken dan een verkeerde procedurele weg ingeslagen te zijn. Dit suggereert dat meer klachten in het informele traject opgelost hadden kunnen worden.
De geschillencommissies proberen wel via verschillende kanalen patienten te informeren om geschillen te voorkomen. Publicatie van de uitspraken is bedoeld om de patient te informeren over of de commissie eerdere uitspraken heeft gedaan in soortgelijke geschillen. Voor een volgende monitor Wkkgz kan het interessant zijn om te bekijken of patienten die uitspraken ook daadwerkelijk bijdragen en of dat invloed heeft op hun beslissing om hun klacht ergens in te dienen.

4 Perspectief van klachtenfunctionarissen/informele klachtenafhandeling

Cliënten die een klacht indienen zijn vaak niet primair op zoek naar een schadevergoeding, maar willen vooral gehoord worden, excuses ontvangen, en voorkomen dat iemand anders (of henzelf) nogmaals hetzelfde overkomt [6, 21, 22]. Een informele klachtenregeling biedt het beste perspectief om aan deze behoefte tegemoet te komen. In de vorige wetgeving (de Wkcz) was het een vereiste dat klachten worden behandeld door een klachtencommissie. Dit vereiste vervalt in de Wkkgz.

De Wkkgz probeert de positie van de cliënt te versterken door de zorgaanbieder te verplichten een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten in te richten (art. 13 Wkkgz). Een nieuwe verplichting in de Wkkgz is het verplicht aanstellen van een persoon (art. 15 Wkkgz), die de cliënt met gratis advies ondersteunt in dit informele traject. In de praktijk is dit meestal een 'klachtenfunctionaris'.
Ook is leren van klachten één van de overkoepelende thema's van de Wkkgz. De inhoud van klachten en de ervaringen van klagers kunnen immers belangrijke signalen zijn dat verbetering van zorg mogelijk is. Signalering en advisering in het kader van de verbetering van de kwaliteit van zorg en advisering en beleidsontwikkeling, in het kader van klachtenmanagement is als zodanig ook opgenomen in het beroepsprofiel van de klachtenfunctionaris, opgesteld door de beroepsvereniging VKIG [23].

Voor dit onderzoek is uitgezocht hoe invulling is gegeven aan het informele klachtentraject door zorgaanbieders, hoe de positie van de klachtenfunctionaris is, en hoe er verbinding wordt gelegd tussen klachten en kwaliteit van zorg. In de langdurige zorgsector is er meestal de cliëntenvertrouwenspersoon die de taak van klachtafhandeling op zich neemt. Daarom is de enquête ook verspreid onder cliëntenvertrouwenspersonen.
In 2017 is een enquête verspreid onder 343 klachtenfunctionarissen via de VKIG en onder 75 cliëntenvertrouwenspersonen via Bevezo. Er hebben 141 klachtenfunctionarissen gereageerd (respons 41.1%), en 29 cliëntvertrouwenspersonen (respons 38.7%).

4.1 Resultaten perspectief cliëntvertrouwenspersonen 2017

Vanwege het lage aantal cliëntvertrouwenspersonen (CVP's) dat de enquête heeft ingevuld zijn de resultaten daarvan apart in box 2 beschreven.

Box 2 Resultaten uit de enquête onder cliëntvertrouwenspersonen

Resultaten cliëntvertrouwenspersonen

- 21 CVP's zijn vrouw
- De leeftijd was gemiddeld 53 (34-68 jaar)
- 23 hadden een HBO/WO bachelor opleiding afgerond
- Gemiddeld waren ze 14 uur per week werkzaam, waarvan 9 uur aan klachtafhandeling werd besteed.
- 26 waren meer dan 10 jaar werkzaam in de zorg

- 25 waren werkzaam in de gehandicaptenzorg, de anderen in de GGZ, thuiszorg, verpleeghuiszorg of anders.
- 24 CVP's gaven aan dat de zorgaanbieder was aangesloten bij een geschillencommissie, 26 gaven aan dat de zorgaanbieder een klachtencommissie had, en 27 gaven aan dat de zorgaanbieder een schriftelijk protocol of leidraad had voor de afhandeling van klachten.
- De CVP's gaven aan dat hun belangrijkste taken de opvang van klagers en onpartijdige bemiddeling zijn.
- Ook gaven de CVP's aan relatief weinig met advies en beleidsontwikkeling bezig te zijn, terwijl zij dat wel belangrijk vonden.
- 23 CVP's waren op de hoogte van de Wkkgz en vonden deze voldoende duidelijk, slechts 14 vonden de Wkkgz een verbetering t.o.v. de Wkcz.
- De CVP's gaven aan dat zij gemiddeld 51 zorgen/vragen hebben behandeld in 2016.
- De gemiddelde doorlooptijd tussen het schriftelijk indienen van een klacht door de cliënt en de afhandeling daarvan is gemiddeld 4 weken volgens CVP's en bijna alle CVP's gaven aan dat de termijn van 6 weken zelden wordt overschreden.
- De CVP's gaven aan dat hun mening wordt gerespecteerd (23 (helemaal) eens), dat zij invloed hebben op de gang van zaken (20 (helemaal) eens), dat ze invloed hebben op uiteindelijke beslissingen (16 (helemaal) eens), dat ze hun functie onafhankelijk kunnen uitvoeren (24 (helemaal) eens), dat zij vrij zijn om met cliënten in contact te treden (24 (helemaal) eens), en voldoende mogelijkheden om met collega's van gedachten te wisselen (16 (helemaal) eens),18 gaven aan dat in hun werkomgeving een veilige cultuur is om over lastige situaties en incidenten te praten, 7 antwoordden neutraal, en 1 was het oneens.

4.2 Resultaten klachtenfunctionarissen 2017

Demografische kenmerken en opleiding

Het grootste deel van de respondenten was vrouw, en de gemiddelde leeftijd was 54 jaar (zie tabel 15). De meeste respondenten hadden een HBO of WO bachelor afgerond.

Tabel 15 Demografische kenmerken en opleiding

		N	KLF
Geslacht	Vrouw	137	121 (88%)
Leeftijd (in jaren)	Gemiddelde	135	54 (25 –78) std=8,92
Opleiding		140	
	MBO		6 (4%)
	HAVO		7 (5%)
	HBO/WO bachelor		82 (59%)
	WO master		35 (25%)
	Anders		10 (7%)

4.2.1 Positie van de klachtenfunctionaris in de zorginstelling

Om wat te kunnen zeggen over de positie van de klachtenfunctionaris in de zorginstelling hebben we gekeken naar het type dienstverband, bij welke zorginstelling ze werken, de ervaringen met het vak, en de ervaren invloed van de Wkkgz op de functie. Waar mogelijk hebben we gekeken of er verschillen waren tussen de zorgsectoren ziekenhuizen, verpleging en verzorging, en overige zorginstellingen en het aantal jaren dat men al werkzaam is als klachtenfunctionaris.

Dienstverband

De meeste respondenten (81%) hadden een vast dienstverband. Ongeveer 1 op de 10 respondenten werkte korter dan 1 jaar in deze functie. Voor de overige respondenten geldt dat 3 op de tien, tussen de 1-5 jaar werkte als klachtenfunctionaris, en ongeveer het zelfde aantal tussen de 5-10 of langer dan 10 jaar werkte als klachtenfunctionaris (tabel 16). Deze verdeling was bij het onderzoek van Intervict ongeveer hetzelfde [3].

Tabel 16 Dienstverband

		N	N (%)
Dienstverband*		143	
	Vast dienstverband		116 (81%)
	Via aanbieder die klachtenfunctionaris levert		6 (4%)
	Als ZZP'er		18 (13%)
	Als vrijwilliger		2 (1%)
	Anders		5 (4%)
Aantal jaren werkzaam als KLF		138	
	< 1 jaar		13 (9%)
	1 – 5 jaar		43 (31%)
	5 – 10 jaar		40 (28%)
	>10 jaar		42 (30%)
Uren per week werkzaam als KLF		139	
			Gemiddeld: 19 uur (min=0- max=37)
Nevenfunctie		139	
	Ja		70 (50%)
Totaal aantal jaren werkzaam in de zorg		138	
	< 1 jaar		0 (0%)
	1 – 5 jaar		6 (5%)
	5 – 10 jaar		12 (9%)
	>10 jaar		120 (87%)

De zorginstelling/zorgaanbieder

De meeste klachtenfunctionarissen werkten in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis, of in de thuiszorg (tabel 17). Van de klachtenfunctionarissen werkte 40% bij meer dan 1 zorgaanbieder.

In de ziekenhuizen werkte men gemiddeld 25.3 uur, in de verpleging, verzorging en thuiszorg gemiddeld 9.5 uur, en in de overige zorginstellingen 15.4 uur. Dit verschilde significant van elkaar (p=0.000-0.02).

Tabel 17 De zorginstelling/zorgaanbieder waarvoor de respondenten werkzaam zijn (N=141)

		N (%)
Werkzaam bij zorginstelling/ zorgaanbieder*	Ziekenhuis	68 (48%)
	Verpleeg-/verzorgingshuis	51 (36%)
	Thuiszorg	36 (26%)
	GGD	2 (1%)
	GGZ	12 (9%)
	Gehandicapte zorg	14 (10%)
	Huisartsenpost	14 (10%)
	Tandartspraktijk	2 (1%)
	Apotheek	1 (1%)
	Fysiotherapie/mensendieck	2 (1%)
	Revalidatiecentrum	4 (3%)
	Hospice	7 (5%)
	Centrum voor bevolkingsonderzoek	2 (1%)
	Zelfstandig behandelcentrum	9 (6%)
	Solistisch werkende zorgaanbieder	12 (9%)
	Anders	15 (11%)

* Meerdere antwoorden mogelijk

In tabel 18 staan de ervaringen van klachtenfunctionarissen met hun vak. De klachtenfunctionarissen reageerden bijna op iedere stelling positief: 94% gaf aan dat zijn/haar mening wordt gerespecteerd, 81% had het idee dat zij/hij invloed heeft op de gang van zaken, en 97% kon zijn/haar functie voldoende onafhankelijk uitvoeren. Net iets meer dan de helft (55%) van deze groep had het gevoel invloed te hebben op uiteindelijke beslissingen.

83% gaf aan dat er een veilige cultuur heerst om over lastige situaties en incidenten te praten. Dit verschilde wel voor respondenten die korter (73%) of langer (90%) dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werken (p=0.02). Voor de andere resultaten in tabel 18 zijn geen significante verschillen gevonden.

Tabel 18 Ervaringen met het vak

		(%) Helemaal mee eens	(%) Mee eens	(%) Neutraal	(%) Mee oneens	(%) Helemaal mee oneens	(%) nvt
Mijn mening wordt gerespecteerd	n=129	52 (40%)	69 (54%)	4 (3%)	3 (2%)	1 (1%)	0 (0%)
Ik heb invloed op de gang van zaken	n=129	27 (21%)	78 (60%)	15 (12%)	5 (4%)	3 (2%)	1 (1%)
Ik heb invloed op uiteindelijke beslissingen	n=127	11 (9%)	58 (46%)	42 (33%)	9 (7%)	2 (2%)	5 (4%)
De uitoefening van mijn functie kan ik voldoende onafhankelijk uitvoeren	n=128	66 (52%)	57 (45%)	3 (2%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)
Ik voel mij vrij om te allen tijde met de cliënt in contact te treden	n=129	85 (66%)	41 (32%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)
In mijn werkomgeving heb ik voldoende mogelijkheden om met collega's van gedachten te wisselen	n=128	57 (45%)	42 (33%)	16 (13%)	8 (6%)	1 (1%)	4 (3%)
In mijn werkomgeving is een veilige cultuur om over lastige situaties en incidenten te praten**	n=129	51 (40%)	56 (43%)	12 (9%)	7 (5%)	2 (2%)	1 (1%)

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

Open antwoorden invloed Wkkgz op functie

De meeste klachtenfunctionarissen gaven aan dat er sinds de invoering van de Wkkgz qua inhoud van het werk niet veel veranderd is, maar dat hun positie beter gewaarborgd en duidelijker en onafhankelijker is. Ook werd de term 'poortwachter' genoemd. Enkelen gaven aan dat de werkdruk is verhoogd doordat ze een deel van de klachten die eerder door de klachtencommissie behandeld werden over hebben genomen.

4.2.2 Organisatie van klachtbehandeling in de zorginstelling

Gekeken is hoe de klachtbehandeling in de zorginstellingen is georganiseerd door te vragen welke activiteiten klachtenfunctionarissen uitvoeren, of de instelling een schriftelijke leidraad voor klachtbehandeling en een klachtencommissie heeft, en of de GOMA wordt gevolgd bij schadeafwikkeling. Ook is gevraagd in hoeverre respondenten bekend zijn met de Wkkgz en of zij de Wkkgz een verbetering vinden ten opzichte van voorgaande wetgeving. Tot slot is gevraagd naar het aantal afgehandelde klachten en de doorlooptijd daarvan.

Activiteiten van klachtenfunctionarissen

In tabel 19 is beschreven welke activiteiten volgens respondenten het meest voorkomen in de praktijk. Daarbij kon een score van 1-5 (5=altijd aan de orde) worden gegeven. Uit tabel 19 blijkt dat opvang, informatie en advies, en procesbegeleiding en voortgangsbewaking activiteiten zijn die vaak voorkomen. Partijdige bemiddeling en begeleiding van de cliënt is minder vaak aan de orde volgens de respondenten. Respondenten die langer dan 5 jaar werkzaam zijn in hun functie gaven vaker (85%) aan dat partijdige bemiddeling onderdeel van hun werk was dan respondenten die korter dan 5 jaar in hun functie werkzaam waren (67%, p=0.04). Deze verschillen waren ook te zien voor informatie en advies (90% vs. 73%, p=0.01) en bijstand aan de klager (59% vs. 37%, p=0.04). Ook voor verschillende zorgsectoren zijn significante verschillen gevonden. Over het algemeen gaven de respondenten werkzaam in ziekenhuizen wat vaker aan dat een activiteit onderdeel was van hun werkzaamheden dan respondenten in andere sectoren.

Het feitelijke werk van de functionarissen sluit in de praktijk in dit opzicht dus goed aan bij het beroepsprofiel van de VKIG. Deze beschrijft: “De kernactiviteit van de klachtenfunctionaris is de opvang voor de betrokkenen bij de klacht, het geven van informatie en advies, het verlenen van bijstand aan de betrokkenen en indien mogelijk de bemiddeling van de klacht. De beroepshouding van de klachtenfunctionaris laat zich kernmerken als onafhankelijk, onpartijdig, open, onbevooroordeeld en integer.”

In het onderzoek van van Dijk et al is in 2015 dezelfde vraag gesteld, er waren geen grote verschillen te zien met de huidige resultaten [3].

Tabel 19 Percentages waarin zeven activiteiten richting CLIËNTEN/KLAGERS in de praktijk voorkomen volgens respondenten (% meestal aan de orde of altijd aan de orde)*

	N	%
Opvang van cliënt/klager	137	96
Informatie en advies aan cliënt/klager,***	136	83
Bijstand aan cliënt/klager**	134	50
Partijdige bemiddeling	137	13
Onpartijdige bemiddeling, ***	135	79
Procesbegeleiding en voortgangsbewaking***	136	93
Begeleiding van cliënt/klager	136	37

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

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

*** Significant verschil tussen soorten zorgaanbieder

Organisatie binnen de instelling

Bijna alle respondenten gaven aan dat de zorgaanbieder waar zij werken een schriftelijke leidraad of protocol heeft voor klachtafhandeling (98%), en aangesloten is bij een geschillencommissie (94%) (tabel 20). Opvallend is dat een groot deel aangaf dat de zorgaanbieder waar ze werken ook nog een klachtencommissie heeft (71%). Dit was bij de

ziekenhuizen (86%) significant vaker het geval dan bij andere zorginstellingen (62%, p=0.002).

Tabel 20 Antwoorden van respondenten op vragen over de organisatie van klachtbehandeling bij de zorgaanbieder waar zij werken

		N (%)
Zorgaanbieder heeft een protocol of schriftelijke leidraad	Ja	134 (98%)
	Nee	2 (1%)
	Weet ik niet	1 (1%)
Zorgaanbieder aangesloten bij een geschillencommissie (per 1 juni 2017)	Ja	131 (94%)
	Nee	5 (4%)
	Weet ik niet	4 (3%)
Zorgaanbieder heeft een klachtencommissie (per 1 juni 2017)* **	Ja	99 (71%)
	Nee	41 (29%)
	Weet ik niet	0
Bekend met gedragscode van de letselschaderaad,*** **	Ja	80 (59%)
	Enigszins	32 (24%)
	Nee	23 (17%)
In hoeverre wordt bij schadeafwikkeling de gedragscode van de letselschaderaad gevolgd door zorgaanbieder,*** **	Helemaal niet gevolgd	4 (3%)
	Niet gevolgd	3 (2%)
	Enigszins gevolgd	5 (4%)
	Goeddeels gevolgd	28 (20%)
	Volledig gevolgd	34 (25%)
	Weet ik niet	48 (35%)
	Niet van toepassing	16 (12%)

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

*** Significant verschil tussen soorten zorgaanbieder

Gevraagd is naar bekendheid met de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Deze gedragscode is gericht op een adequate reactie op incidenten die tot schade hebben geleid of nog kunnen leiden. De klachtenfunctionarissen waren redelijk goed bekend met de GOMA. In de ziekenhuizen was dit significant vaker het geval (84%), dan in de andere zorginstellingen (45%, p=0.000).
Meer dan een derde (35%) van de klachtenfunctionarissen gaf aan niet te weten of de GOMA wordt gevolgd bij schadeafwikkeling. Aanvullende analyses laten zien dat respondenten die meer dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werkzaam zijn beter bekend zijn met de GOMA dan mensen die minder dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werkzaam zijn (70% vs 44%, p=0.005). Ook laten aanvullende analyses zien dat de GOMA in ziekenhuizen

vaker volledig wordt gevolgd (41%) dan in andere instellingen (15%, p=0.000) volgens de respondenten.

Bekendheid met de Wkkgz

In tabel 21 is te zien dat vrijwel alle respondenten op de hoogte zijn van de Wkkgz. Tweederde vindt dat de Wkkgz voldoende duidelijkheid biedt ten aanzien van klachtafhandeling, en ongeveer de helft vindt de Wkkgz een verbetering t.o.v. voorgaande wetgeving. Aanvullende analyses laten zien dat respondenten die langer dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werken de Wkkgz minder vaak een verbetering vinden t.o.v. de Wkcz dan mensen die korter dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werken (49% vs. 56%, p=0.02). Deze laatste groep heeft ook vaker 'weet ik niet' geantwoord (38% vs. 27%). Voor de andere resultaten in tabel 6 zijn geen significante verschillen gevonden.

Tabel 21 Meningen over de Wkkgz

		N	N (%)
Bent u op de hoogte van de Wkkgz?		136	
	Ja		133 (98%)
	Enigszins		3 (2%)
	Nee		-
Biedt de Wkkgz voldoende duidelijkheid ten aanzien van de klachtafhandeling?		132	
	Ja		87 (66%)
	Nee		41 (31%)
	Weet ik niet		4 (3%)
Is de Wkkgz ten aanzien van de Wkcz een verbetering?**		134	
	Ja		69 (51%)
	Nee		22 (16%)
	Weet ik niet		43 (32%)

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

Open antwoorden over de wet

Voor de vragen over duidelijkheid van de Wkkgz en of de wet een verbetering is ten opzichte van de Wkcz zijn open vragen gesteld ter onderbouwing van de vraag.

De klachtenfunctionarissen vinden vooral details van de wet onduidelijk: zoals de definitie van een termijn, een oordeel, een informele en formele klacht. Zo gaven klachtenfunctionarissen aan dat de scheiding tussen informele en formele klacht niet altijd duidelijk is. Verder gaven ze aan dat het geven van een oordeel over de klacht niet bij hun functie past. Daarnaast werd aangegeven dat er onduidelijkheden zijn bij klachten over facturen en de rol van de Geschillencommissie daarbij. Tevens werd een aantal keer de termijnen genoemd: 'wanneer begint de teller te lopen?'.

Over of de Wkkgz een verbetering is ten opzichte van de Wkcz zijn de mening verdeeld.

Sommigen geven aan dat de mogelijkheid om een klacht bij een geschilleninstantie in te dienen een verbetering is voor patiënten. Anderen vonden dat de cliëntenrechten beter beschermd werden in de Wkcz. Ook geeft een deel aan dat de klachtbehandeling al goed geregeld was of dat nog moet blijken of de Wkkgz een verbetering is.

Aantallen behandelde klachten en doorlooptijden

De klachtenfunctionarissen gaven aan dat zij in 2016 gemiddeld 283 (spreiding 0-1500) zorgen en vragen van patiënten hebben behandeld. De gemiddelde doorlooptijd tussen het schriftelijk indienen van een klacht door de cliënt en de afhandeling daarvan was gemiddeld 5 weken (spreiding 0-16 weken. Bijna driekwart van de respondenten gaf aan dat de termijn van 6 weken zoals geformuleerd in de Wkkgz wordt verlengd naar 10 weken. Maar 6% gaf aan dat dit vaak of altijd gebeurd.

In tabel 22 staat of het aantal zorgen/vragen, schriftelijke klachten en formele klachten ingediend bij de geschillencommissie is gedaald, gelijk gebleven of gestegen volgens respondenten. Het aantal zorgen/vragen ingediend door patiënten is volgens 37% van de respondenten gelijk gebleven. Volgens iets meer dan de helft is het aantal zorgen en vragen gestegen (52%).
Volgens vier op de tien (38%) klachtenfunctionarissen is het aantal schriftelijke klachten in het kader van de Wkkgz gelijk gebleven. Ongeveer 2 op de tien denken dat dit getal gestegen is, maar een kwart (25%) weet het niet.
De helft (50%) van de klachtenfunctionarissen wist niet of het aantal formele klachten gestegen of gedaald is. Ongeveer een derde (30%) dacht dat het gelijk is gebleven. Opvallend is dat voor alle drie de klachtencategorieën geldt dat maar weinig respondenten dachten dat het aantal gedaald is. Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen het aantal jaar dat iemand al werkzaam was als klachtenfunctionaris of tussen verschillende zorgsectoren.

Tabel 22 Daling, gelijk blijven en stijging van zorgen/vragen, schriftelijke klachten, en formele klachten*

		Gedaald	Gelijk gebleven	Gestegen	Weet ik niet
Zorgen, vragen, uitingen van ongenoegen	n=109	5 (5%)	40 (37%)	57 (52%)	7 (6%)
Schriftelijke klachten in het kader van de Wkkgz	n=109	18 (17%)	41 (38%)	23 (21%)	27 (25%)
Formele klachten bij de geschillencommissie	n=108	16 (15%)	32 (30%)	6 (6%)	54 (50%)

* Geen significante verschillen gevonden

4.2.3 Klachten en de relatie met kwaliteit

Zoals beschreven vormt ‘leren van klachten’ een overkoepelend thema van de Wkkgz. De klachtenfunctionaris kan hier een belangrijke rol in spelen door het signaleren van specifieke thema’s binnen klachten en advisering binnen de zorginstelling bijvoorbeeld aan de raad van bestuur.
De klachtenfunctionarissen gaven net als in 2015 aan dat voorlichting en scholing, en

advisering en beleidsontwikkeling relatief weinig terugkomen in hun dagelijkse werkzaamheden (tabel 23). Dit ondanks het belang dat zij daaraan hechten (tabel 24).
Er zijn wel significante verschillen gevonden voor de duur dat men werkzaam is als klachtenfunctionaris: respondenten die langer dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werkzaam waren gaven vaker (24%) aan dat voorlichting en scholing een activiteit was dan respondenten die korter dan 5 jaar werkzaam waren (12%, p=0.01). Respondenten die werkzaam waren in ziekenhuizen gaven juist minder vaak aan (18%) dat dit één van hun activiteiten was dan de rest (20%, 0=0.008). Ook gaven respondenten die langer dan 5 jaar als klachtenfunctionaris werkzaam waren vaker (38%) aan dat advies en beleidsontwikkeling een activiteit was dan respondenten die korter dan 5 jaar werkzaam waren (18%, p=0.03).

Tabel 23 Percentages respondenten die aangeven in welke mate drie algemene activiteiten in de praktijk VOORKOMEN (% meestal/altijd aan de orde)

	N	%
Voorlichting en scholing, ***	136	19
Signalering en advies	133	67
Advies en beleidsontwikkeling**	135	31

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

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

*** Significant verschil tussen soorten zorgaanbieder

In de VVT vonden respondenten voorlichting en scholing wat minder belangrijk dan andere sectoren (78% vs. 94%, p=0.04).

Tabel 24 Percentages respondenten die aangeven in welke mate zij drie algemene activiteiten BELANGRIJK vinden (% belangrijk/zeer belangrijk)

	N	%
Voorlichting en scholing**	134	92
Signalering en advies	134	97
Advies en beleidsontwikkeling	133	81

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

*** Significant verschil tussen soorten zorgaanbieder

4.3 Conclusie

De positionering van klachtenfunctionarissen is volgens de klachtenfunctionarissen zelf goed geregeld bij de meeste zorgaanbieders. Voor klachtenfunctionarissen die wat langer werkzaam zijn in deze functie is dit nog wat beter. Opvallend was dat veel zorginstellingen nog een klachtencommissie hebben, vooral in de ziekenhuizen.
Eén derde van de klachtenfunctionarissen gaf aan niet te weten of de GOMA wordt gevolgd bij schadeafwikkeling. In de ziekenhuizen was de GOMA vaker bekend en werd de GOMA vaker gevolgd.

De GOMA en modelklachtenregeling zijn gericht op ziekenhuizen. In sommige sectoren als de huisartsenzorg en verpleging, verzorging en thuiszorg is een dergelijke modelklachtenregeling al ontwikkeld in samenspraak met cliëntenorganisaties. Iets soortgelijks als een GOMA en een modelklachtenregeling voor sectoren waarvoor deze nog niet bestaat zou deze sectoren misschien verder kunnen brengen met het implementeren van de Wkkgz en daarnaast een goede begeleiding van patiënten als er iets misgaat.
Tot slot viel op dat een groot deel van de klachtenfunctionarissen vond dat de Wkkgz voldoende duidelijkheid biedt ten aanzien van klachtafhandeling, en ongeveer de helft vond de Wkkgz een verbetering t.o.v. voorgaande wetgeving. De langer zittende klachtenfunctionarissen waren wat minder positief dan de nieuwe klachtenfunctionarissen. Een aantal gaf aan dat er nog onduidelijkheden ontstaan over details van de wet, zoals de termijnen.

Het werk van de cliëntvertrouwenspersonen overlapt gedeeltelijk met die van de klachtenfunctionarissen. Het verschil werd vooral duidelijk op het gebied van partijdige bemiddeling: de CVP's gaven aan dat dit één van hun belangrijkste taken is. Maar een klein deel van de klachtenfunctionarissen gaf aan dat dit onderdeel is van hun werkzaamheden. Er is dus wel een wezenlijk verschil tussen de taken van de CVP's en klachtenfunctionarissen.

5 Perspectief van zorgaanbieders op de Wkkgz

Ten opzichte van de 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 [24]. ZZP'ers zijn in alle takken van de zorg werkzaam, maar vooral in de care, de cosmetische en alternatieve sector en met het PGB. Verwacht werd dat er bij deze zorgaanbieders nog geen of beperkt beleid was ontwikkeld op het gebied van het klachtrecht op het moment dat de Wkkgz inging. Zij moesten hier dus nog aan beginnen met ingang van de Wkkgz.
Daarom wordt in deze monitor extra aandacht aan deze 'nieuwe zorgaanbieders' besteed. We gaan na welke informatie beschikbaar is over deze aanbieders, in het licht van de Wkkgz. In het bijzonder hebben we onderzocht hoe deze aanbieders hun klachtentraject hebben vormgegeven en naar of deze zorgaanbieders zijn aangesloten bij een geschillencommissie en de ervaringen hiermee. Hiernaar is op websites gezocht, maar ook is er een groepsbijeenkomst georganiseerd met vertegenwoordigers van koepelorganisaties van deze zorgaanbieders. Daarin stond de vraag centraal naar de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van het klachtrecht zoals geformuleerd in de Wkkgz in hun werkveld.
In twee andere groepsbijeenkomsten met vertegenwoordigers van de koepelorganisaties van zorgaanbieders die wel al onder wetgeving vielen is ook nagegaan wat de belangrijkste ontwikkelingen zijn op het gebied van het klachtrecht. Hierbij is vooral ingegaan op knelpunten die zij ondervinden.

5.1 Ervaringen 'nieuwe' zorgaanbieders

Onduidelijkheid over eisen Wkkgz
Wat tijdens de bijeenkomst naar voren kwam is dat voor veel zorgaanbieder die 'nieuw' onder de kwaliteitswetgeving vallen nog veel dingen onduidelijk zijn. Een probleem dat bijvoorbeeld gesignaleerd wordt is dat het voor een aantal 1-pitters (ZZP'ers) in de nieuwe beroepsgroepen onder de Wkkgz niet altijd duidelijk is of zij wel of niet onder de wet vallen. Dat zou voor sommige zelfstandige zorgaanbieders verhelderd moet worden, aldus de deelnemers. Ook is voor een aantal niet duidelijk of hebben zij weinig kennis over de eisen waar ze volgens de Wkkgz aan moeten voldoen.

Gesuggereerd werd dat de voorlichting vanuit VWS of vanuit de brancheorganisatie geïntensiveerd wordt. En dat er een consequentie vanuit de inspectie wordt geboden als de aanbieders niet aan de Wkkgz voldoen.

Verschillende (meng)vormen van klachtenregelingen
Zorgaanbieders kunnen hun klachtenregeling intern regelen, zoals de meeste ziekenhuizen doen. Echter voor solistisch werkende zorgaanbieders, ZZP'ers of kleine praktijken is dat vaak niet haalbaar of efficiënt. Zorgaanbieders kunnen zich daarom ook aansluiten bij een collectief geregelde klachtenregeling, aangeboden door verschillende instanties.

Er zijn verschillende opties voor zorgaanbieders om toegang te krijgen tot een klachtenfunctionaris en geschillencommissie. Er zijn verschillende vormen, en allerlei tussen- en mengvormen, die meestal bestaan uit de volgende componenten:

1. Zij kunnen een abonnement nemen, waarbij inschrijfgeld en een vast bedrag wordt betaald en waarbij zij dan gratis een beroep kunnen doen op een klachtenfunctionaris of op de geschillencommissie indien nodig.
2. Er kan een klachtenfunctionaris gedetacheerd worden (en wordt een tarief overeengekomen).
3. Zij kunnen zich aansluiten bij een beroepsvereniging. Op het moment dat zij dan een klachtenfunctionaris/geschillencommissie moeten inschakelen moet daarvoor worden betaald, of het valt onder de jaarlijkse contributie.

Vooralsnog is onduidelijk welke prikkels en gevolgen de verschillende (meng) vormen met zich meebrengen.

Een voorbeeld van een organisatie voor belangenbehartiging voor ZZP'ers is Solopartners.[7] Die hebben nu zo'n 5000 leden, waarvan 3000-4000 zich bij de klachtenregeling hebben aangesloten. ZZP'ers betalen €70-150 jaarlijkse contributie voor een klachtenfunctionaris en aansluiting bij een geschillencommissie. Andere organisaties die dit soort constructies aanbieden zijn: V&VN[8], de Zorgprofessional[9], Klachtenportaal Zorg[10] en Quasir[11].

Soms wordt ook een calamiteitencommissie met onafhankelijk voorzitter voor de ouderenzorg aangeboden (Quasir). Er kan ook sprake zijn van een eigen risico, zoals bij het klachtenportaal zorg:
Indien een klacht wordt ingediend is de zorgaanbieder een eigen risico verschuldigd aan Klachtenportaal Zorg. Bij aanvang van de klachtenbehandeling wordt een deel van het eigen risico in rekening gebracht

Voor het jaar 2017 geldt onderstaand eigen risico per klacht:

Aantal medewerkers	*Eigen risico per klacht, incl. BTW*
1 of 2 ZZP'ers	***€ 295.00***
t/m 4	***€ 395.00***
> 4	***€ 795.00***

*Voor 2017 geldt dat de hoogte van het gedeelte van het eigen risico dat bij aanvang van de klachtenbehandeling in rekening gebracht wordt, een bedrag van € **150,-** incl. BTW is. Indien de klacht een geschil wordt dat in behandeling genomen moet worden door de Stichting Geschilleninstantie KPZ wordt het resterende deel van het eigen risico in rekening gebracht.*

[7] https://www.solopartners.nl/
[8] https://www.venvn.nl/
[9] https://www.dezorgprofessional.nl/
[10] https://klachtenportaalzorg.nl/
[11] https://quasir.nl/

Indien de klacht opgelost wordt met behulp van de klachtenfunctionaris wordt het resterende gedeelte van het eigen risico niet in rekening gebracht.

De koepelorganisaties/beroepsverenigingen ondersteunen zorgaanbieders door uit te zoeken wat de Wkkgz inhoudt en door informatie over de Wkkgz aan te bieden.
Uit een enquête afgenomen onder leden van de organisatie Solopartners blijkt wel dat 70% van de ZZP'ers zich op de hoogte achtte van de Wkkgz [25]. Het lijkt er dus op dat deze brancheorganisaties stappen heeft gezet.
We kunnen er dus vanuit gaan dat zorgaanbieders die zich hebben aangesloten bij een brancheorganisatie zijn aangesloten bij een klachtenfunctionaris en geschilleninstantie. Voor degenen die zich niet hebben aangesloten blijft dit onduidelijk.

5.2 Ervaringen zorgaanbieders die al onder wetgeving vielen

Onduidelijkheden over details van de Wkkgz
Zorgaanbieders die al langer te maken hebben met de kwaliteitswetgeving uitten vooral ervaringen over de details van de Wkkgz. Een voorbeeld is de discussie over de 6+4 weken-termijn voor klachtafhandeling. Een vraag die naar voren kwam is wanneer de termijn van 4 weken precies ingaat. Dit kan bijvoorbeeld zijn op de dag dat een patiënt zijn klacht per mail bij de klachtenfunctionaris indient. Ook werd bijvoorbeeld gevraagd of een klacht per mail ook een 'schriftelijke' klacht zoals geformuleerd in de Wkkgz is.
Verder werd de verhouding tussen klachten en claims als ingewikkeld ervaren. Wat wordt er bijvoorbeeld verstaan onder een 'oordeel', en in hoeverre kan een gegeven 'oordeel' een basis zijn voor aansprakelijkheid?

Verkokering van klachtenprocedures
Tijdens de bijeenkomsten kwam naar voren dat er sprake is van een verkokering is van verschillende procedures. Als patiënten zowel schadevergoeding willen als bemiddeling, dan wordt dat bemiddelingsgesprek duidelijk afgekaderd voor bemiddeling. Voor sommige ziekenhuizen speelt daarbij een complicerende rol dat de afwikkeling van de schade door de verzekeraar gebeurd. Dan kan het bijvoorbeeld zijn dat deze procedures naast elkaar lopen. Ook zijn verschillende zorgaanbieders bezig met verschillende soorten regelingen en trajecten, zowel informeel en formeel. Dit kan ertoe leiden dat de verschillende functionarissen die zich bezig houden met de procedures langs elkaar heen werken, wat het niet duidelijker maakt voor de patiënt, en dat de verschillende wegen die worden ingeslagen niet aansluiten bij de behoeften van patiënten.

Intensivering van informeel traject
Er zijn signalen dat het klachtentraject intensiever is geworden, om er voor te zorgen dat de klacht geen geschil wordt. Dit heeft er ook toe geleid dat er sinds de Wkkgz meer capaciteit voor de klachtenbehandeling wordt ingezet door zorgaanbieders. Dit heeft ook geleid tot meer kosten. Met name voor kleinschalige zorgaanbieders hebben de verplichtingen van de klachtenregeling in de Wkkgz tot meer kosten geleid.
In eerste instantie is het de bedoeling dat de patiënt met de zorgaanbieder in gesprek gaat, zodat de zorgaanbieder de ruimte krijgt om zich uit te spreken en zich mogelijk kan

herstellen. Tijdens de bijeenkomst kwam naar voren dat patiënten soms geen vertrouwen hebben in het informele klachtentraject dat verbonden is aan de zorginstelling, waarschijnlijk omdat de klachtenfunctionaris niet geheel onafhankelijk is.
Naast de klachtenfunctionaris is er bij sommige zorgaanbieders ook een patiëntvertrouwenspersoon (PvP). Sommige zorgaanbieders zien een rol voor de PvP weggelegd in het informele klachtentraject. Door anderen wordt benadrukt dat een PvP echt wat anders is dan de klachtenfunctionaris. Een PvP is per definitie geen bemiddelaar; voor klachten moeten patiënten alsnog naar de klachtenfunctionaris. Een PvP is partijdig en staat aan de kant van de cliënt.

5.3 Conclusie

Voor sommige zorgaanbieders die 'nieuw' onder de wet vallen, betekent de Wkkgz dat zij het klachtenbeleid nog van de grond moeten krijgen. Veel brancheorganisaties bieden daar hulp in, en lijken daar ook grotendeels goed in te slagen. Er bestaan verschillende vormen van hoe de klachtenregelingen worden aangeboden en hoe dat financieel geregeld is. Onduidelijk is nog of en welke gevolgen en prikkels die verschillende regelingen hebben.
Voor zorgaanbieders die al onder wetgeving vielen zijn vooral bepaalde details van de Wkkgz nog onduidelijk. Verwacht wordt dat dit verder uitkristalliseert naar mate de Wkkgz langer in werking is.

Literatuur

1. Sluijs, E.M., R.D. Friele, and M. Algera, *Onvrede met de klachtbehandeling: fase 1: factoren die mogelijk een rol spelen bij onvrede van clienten over de klachtbehandeling in het kader van de Wet Klachtrecht Clienten Zorgsector (WKCZ).* 2002, NIVEL: Utrecht.
2. Laarman, B. and A.J. Akkermans, *De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz.* Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade, 2017. **3**: p. 57-79.
3. Van Dijk, J., et al., *Focus op klachtenfunctionarissen; een onderzoek naar de informele klachtenafhandeling in de zorg*. 2015, INTERVICT: Tilburg.
4. Dane, A., Lindert, H. van, Friele, R.D., *Klachtopvang in de Nederlandse gezondheidszorg. [Complaint services in Dutch healtcare.]*. 2000, NIVEL: Utrecht.
5. Friele, R.D., et al., *Evaluatie wet klachtrecht cliënten zorgsector.* 1999, ZonMw: Den Haag.
6. Kruikemeier, S., et al., *Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg*. 2009, NIVEL: Utrecht.
7. Brabers, A.E.M., M. Reitsma-van Rooijen, and J.D. Jong, *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel.* 2015, NIVEL: Utrecht.
8. Laarman, B., S. van Schoten, and R. Friele, *Nulmeting: Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz)*. 2016, NIVEL: Utrecht.
9. Bouwman, R., M. Bomhoff, and R. Friele, *Burgers die melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): verwachtingen en ervaringen van burgers die een klacht over de gezondheidszorg melden bij de IGZ*. 2014, NIVEL: Utrecht.
10. Ministerie van VWS, *Evaluatie Landelijk Meldpunt Zorg*. 2015, Ministerie van VWS: Den Haag.
11. Landelijk Meldpunt Zorg, *Klachtbeeld Landelijk Meldpunt Zorg 2016*. 2017.
12. IGZ, *Jaarbeeld 2016*. 2017, IGZ: Utrecht.
13. De Geschillencommissie, *Jaarverslag 2016 Consumentenzaken*. 2017.
14. Consumentenzaken, D.G., *Jaarverslag 2015.* 2016.
15. Medirisk, *Jaarverslag 2016*. 2017.
16. Medirisk, *SFCR Rapportage O.W.M. MediRisk B.A. Verslag inzake de solvabiliteit en de financiële toestand.* 2017.
17. Centramed, *Jaarverslag 2016*. 2017.
18. Toezicht, T.v.d.G.C.M., *Jaarverslag 2016.* 2017.
19. Alhafaji, Y., B. Frederiks, and J. Legemaate, *Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht [Experiences of complainants and accused doctors with the Disciplinary System].* Nederlands-Vlaams tijdschrift voor Mediation en conflictmanagement, 2009. **13**(3).
20. Friele, R., et al., *Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes.* 2017.
21. Lekkerkerk, T., *Meldactie 'Klachten en klachtenregelingen'.* 2013, NPCF: Utrecht.
22. Smeehuijzen, J., et al., *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*. 2013, Amsterdam Centre For Comprehensive Law (ACCL): Amsterdam.
23. VKIG, *Beroepsprofiel Klachtenfunctionaris*. 2014.
24. Ministerie van VWS, *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Handreiking voor ZZP-ers*. 2017, Ministerie van VWS: Den Haag.
25. Solopartners, Vertel ons over je bedrijf en jezelf. 2017.

Bijlage 1: Methoden

Literatuur/documentenonderzoek

Voor het beantwoorden van verschillende onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van openbare bronnen. Voor informatie over meldingen bij het LMZ en de IGJ is gezocht naar jaarverslagen en rapportages van het LMZ en de IGJ. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen over de aantallen en inhoud van geschillen is gebruik gemaakt van jaarverslagen van zowel zorgaanbieders als de Geschillencommissie Zorg. Dit geldt ook voor de cijfers over tuchtklachten (zie https://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/documenten/jaarverslagen/2016/maart/31/jaarverslag-2016).

Deze cijfers zijn vergeleken met de cijfers van voorgaande jaren. Voor de vragen over aantallen en de uitkering van schadeclaims is gebruik gemaakt van rapporten en jaarverslagen van Centramed en Medirisk, waar de meeste ziekenhuizen in Nederland verzekerd zijn voor medische aansprakelijkheid. Ook is contact opgenomen met beide verzekeraars voor de meest recente cijfers over 2017 en ontwikkelingen. Daarnaast is contact opgenomen met de secretariaten van de geschillencommissies om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen. Daarbij moet worden bedacht dat de meeste geschillencommissies nog maar kort 'operationeel' zijn, zodat hun ervaringen nog beperkt zijn. Op websites en via deze secretariaten is nagegaan hoeveel het patiënten kost om naar een geschilleninstantie te gaan en hoeveel het zorgaanbieders kost om zich erbij aan te sluiten. In een beperkt aantal gevallen is ter validering en aanvulling van gevonden informatie, contact opgenomen met een beperkt aantal sleutelfiguren bijvoorbeeld van de IGJ, het LMZ, de Patiëntenfederatie en Geschillencommissies. Voor de ervaringen van patiënten met klachtafhandeling is bijvoorbeeld gezocht op social media en contact opgenomen met de Patiëntenfederatie, maar er was weinig informatie beschikbaar.

Consumentenpanel NIVEL, peiling 1999 en 2015

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

Peiling onder klachtenfunctionarissen

Om een beter inzicht te krijgen in de procedure van klachtafhandeling door klachtenfunctionarissen is een enquête opgesteld en verspreid onder klachtenfunctionarissen. In de langdurige zorgsector is er meestal de cliëntenvertrouwenspersoon die de taak van klachtafhandeling op zich neemt. Daarom is de enquête ook verspreid onder cliëntenvertrouwenspersonen. De enquête is in eerste instantie verspreid via de VKIG. De vragenlijst is verstuurd aan 343 leden. Ook zijn er oproepen via social media (twitter en linkedin) gedaan voor deelname aan het onderzoek. De vragenlijst is ook via Bevezo (Beroepsvereniging Vertrouwenpersonen Zorg) verspreid

onder 75 cliëntvertrouwenspersonen zorg.
De vragenlijst is per e-mail verstuurd met een persoonlijke weblink. Naar beide groepen is per email een herinnering verstuurd, een week na verzending van de vragenlijst.
In de enquête zijn vragen opgenomen over de manier waarop nu de informele en formele klachtbehandeling is vormgegeven, zoals wie binnen een instelling het eerste aanspreekpunt is, wat zijn of haar positie en achtergrond is en of er afspraken zijn gemaakt over de werkwijze en ervaringen. Ook is navraag gedaan over mate van aansluiting bij de Geschillencommissie door de zorgaanbieder. De data zijn waar mogelijk vergeleken met het onderzoek van Intervict [3]. De analyses zijn beschrijvend van aard. Waar mogelijk zijn aanvullende analyses uitgevoerd, bijvoorbeeld door te kijken naar verschillen in antwoorden tussen de groep klachtenfunctionarissen die korter en langer dan 5 jaar in deze functie werkzaam zijn. Daarbij zijn Fisher's exact toetsen en t-toetsen gebruikt. Analyses zijn uitgevoerd met het statistische softwareprogramma STATA 14.0.

(Groeps)gesprekken met zorgaanbieders
Er zijn bijeenkomsten georganiseerd met vertegenwoordigers zorgaanbieders voor wie kwaliteitswetgeving nieuw is: van CAM instituut, ZZPNL, FNV MOOI, De Zorgprofessional, Klachtenportaal zorg, Register beroepsbeoefenaren complementaire zorg, Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en NIBIG. Tijdens de bijeenkomst is voor de verschillende soorten zorgaanbieders middels een groepsdiscussie nagegaan wat hun ervaringen zijn met implementatie van de Wkkgz en met het werken met de klachtenfunctionaris, hoe zij aansluiting hebben gevonden met een klachtenfunctionaris, en hun ervaringen met het bespreken van klachten en incidenten met patiënten.

Tijdens een recente bijeenkomst over tweezijdige leveringsvoorwaarden bij de SER (21 Maart 2017) bleek dat er bij diverse brancheorganisaties en patiëntenorganisaties behoefte bestond om de ervaringen over het omgaan met klachten in het 'voortraject' met elkaar te delen. Met name kwam daarbij de vraag aan bod hoe om te gaan met klagers die het liefst direct naar de geschillencommissie wilden stappen met een financiële claim. Ter plekke is toen besloten dat het NIVEL in samenwerking met de SER een tweede bijeenkomst zou organiseren waar ervaringen kunnen worden gedeeld en waar partijen van elkaars ervaringen kunnen leren. Daarbij waren personen aanwezig van de Geschillencommissie, SER, Consumentenbond, VNO-NCW/MKB-Nederland, VWS, GGZ Nederland, NVM-Mondhygiënisten, ONT (mondzorg), ANT (tandartsen – mondzorg), ActiZ, de Patiëntenfederatie, Osteopathie-NVO, Branche-Belang Thuiszorg (VVT), ZKN
VGN, OKM, KNGF en Ambulancezorg Nederland. De resultaten van deze bespreking zijn meegenomen in deze monitor.
Verder zijn er nog een tweetal individuele gesprekken gevoerd met personen die niet bij bovengenoemde bijeenkomsten aanwezig konden zijn.

OPEN netwerkbijeenkomst over de Wkkgz
OPEN is een netwerk van ziekenhuizen die werken aan een meer OPEN reactie op incidenten en klachten. De kern van OPEN is de uitwisseling van ervaringen tussen ziekenhuizen, leren van elkaar. Het OPEN netwerk wordt ondersteund door een onderzoeksgroep, vanuit de VU, het AMC en het NIVEL. Deze onderzoekers brengen kennis in over werkzame componenten van een OPEN werkwijze en doen ook onderzoek naar de effectiviteit van oplossingen die

binnen het OPEN netwerk worden ontwikkeld.
Kernactiviteit van OPEN zijn de netwerkbijeenkomsten. Deelnemers aan het OPEN netwerk wisselen tijdens deze bijeenkomsten hun ervaringen uit en verkennen samen, met de onderzoekers, mogelijke oplossingsrichtingen. Eén van de bijeenkomsten ging over de ervaringen met implementatie van de Wkkgz. De resultaten van deze netwerkbijeenkomst zijn meegenomen in deze monitor.

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

Alle zorgaanbieders
Geschillencommissie Zorg Algemeen

Ambulancezorg
Geschillencommissie Ambulancezorg
Voor leden van de Vereniging Ambulancezorg Nederland

Apothekers
Geschillencommissie Openbare Apothekers

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

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

Mondzorg
Geschilleninstantie Mondzorg

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)