



# JAARVERSLAG 2024

## Eerste hulp bij

- Klachten & Geschillen
- Calamiteiten & Medische expertises
  - Ongewenst gedrag

.....	1
<b>INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
<b>BESCHOUWING EN CONCLUSIES .....</b>	<b>3</b>
<b>1. KLACHTENREGELING.....</b>	<b>5</b>
1.1 AANSLUITING .....	5
1.2 DOELSTELLINGEN EN UITGANGSPUNTEN.....	5
<b>2. MOGELIJKHEDEN EN WERKWIJZE KLACHTENREGELING .....</b>	<b>6</b>
2.1 ER SAMEN UITKOMEN .....	6
2.2 KLACHTOPVANG EN KLACHTENFUNCTIONARIS .....	6
2.3 KLACHTENBEMIDDELING.....	6
2.4 OORDEEL GEFORMULEERD DOOR ARTS .....	7
2.5 REGISTRATIE KLACHTEN .....	7
2.6 OVERZICHT KLACHTENFUNCTIONARISSEN .....	11
<b>3. GESCHILLENINSTANTIE .....</b>	<b>11</b>
3.1 AANSLUITING .....	11
3.2 SAMENSTELLING GESCHILLENINSTANTIE.....	12
<b>4. GESCHIL.....</b>	<b>12</b>
4.1 INDIENEN GESCHIL.....	12
4.2 BEHANDELING VAN HET GESCHIL .....	13
4.3 REGISTRATIE GESCHILLEN .....	13
4.4 EVALUATIE PROCEDURE .....	14
4.5. UITSPRAKEN .....	15
<b>5. VOORLICHTING.....</b>	<b>15</b>
5.1 FOLDERS .....	15
5.2 REGLEMENTEN EN ALGEMENE VOORWAARDEN .....	15
<b>6. CALAMITEITENCOMMISSIE .....</b>	<b>16</b>
6.1 AANSLUITING .....	16
6.2 CALAMITEITENONDERZOEK .....	16
6.3 COLLEGIALE SUPPORT VOOR HUISARTSEN EN VERLOSKUNDIGEN.....	17
<b>7. ORGANISATIES .....</b>	<b>17</b>
7.1 AANSLUITING .....	17
<b>8. MEDISCHE EXPERTISES .....</b>	<b>17</b>
<b>9. ONGEWENST GEDRAG .....</b>	<b>18</b>
9.1 AANSLUITING .....	18
9.2 ONGEWENSTE OMGANGSVORMEN .....	19
9.3 VERTROUWENSPERSOON .....	19
9.4 KLACHTENCOMMISSIE .....	20
9.5 ONDERZOEK NAAR (EVENTUELE) MISSTANDEN BINNEN UW ORGANISATIE .....	20
<b>In gesprek met klachtenfunctionaris Patricia Nep.....</b>	<b>22</b>
<b>Een geschil, en dan?? In gesprek met de geschilleninstantie van DOKh.....</b>	<b>25</b>

## Inleiding

Vanaf 1 januari 2016 is de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg (Wkkgz) van kracht. Voor implementatie van deze wet werd een overgangstermijn van een jaar gegeven. Op 1 januari 2017 is de Wkkgz in werking getreden.

Vanuit de Wkkgz zijn zorgaanbieders verplicht een onafhankelijke klachtenfunctionaris aan te wijzen die de patiënt kan bijstaan in het geval deze een klacht heeft en tussen zorgaanbieder en patiënt kan bemiddelen. Daarnaast verplicht de Wkkgz zorgaanbieders zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie.

Per 1 januari 2017 biedt Stichting DOKh een klachtenregeling (inclusief onafhankelijke klachtenfunctionaris) en een erkende geschilleninstantie aan voor o.a. huisartsen, bedrijfsartsen, cosmetisch artsen en verloskundigen. Zowel de klachtenregeling als de geschilleninstantie van DOKh zijn erkend door het Ministerie van VWS. De procedures van de klachtenregeling en de geschilleninstantie zijn conform de Wkkgz.

Stichting DOKh werkt landelijk. Haar hoofdvestiging zit in Alkmaar waar de meeste zittingen worden gehouden. Indien noodzakelijk plannen wij zittingen in het midden van het land.

## Beschouwing en conclusies

### **Klachten in 2024: vooral huisartsen en cosmetisch artsen**

In 2024 waren de meeste klachten gericht op huisartsen en cosmetisch artsen. Over verloskundige zorg zijn nauwelijks klachten binnengekomen.

### **Verwachtingsmanagement bij cosmetische zorg**

Bij cosmetische behandelingen blijkt regelmatig dat het resultaat niet voldoet aan de verwachtingen van de cliënt. Hoewel cosmetisch artsen informed consent toepassen, blijft het belangrijk om niet alleen de behandeling goed toe te lichten – bijvoorbeeld met beeldmateriaal van eerdere resultaten – maar ook te controleren of de cliënt de informatie daadwerkelijk begrijpt. Daarnaast is het van belang om samen met de cliënt te beoordelen of de gewenste ingreep passend is en daadwerkelijk bijdraagt aan het welzijn van de cliënt.

Wanneer een cliënt een negatieve review plaatst over de kliniek, vraagt de klachtenfunctionaris in het kader van de bemiddeling om deze te verwijderen. Dergelijke reviews kunnen het verloop van de klachtenprocedure namelijk belemmeren.

### **Toegankelijkheid en werkdruk in de huisartsenzorg**

Bij huisartsen gaan veel klachten over de toegankelijkheid van zorg. Patiënten ervaren frustratie wanneer zij niet snel genoeg geholpen worden of wanneer zij geen (tijdige) doorverwijzing ontvangen.

De assistente kan daarbij als hinderlijk obstakel ervaren worden. Voor huisartsen aan de andere kant is de werkdruk enorm, mede door personeelstekorten, administratieve lasten en een toename van complexe zorgvragen. De huisarts probeert te prioriteren en te begrenzen en dat wordt niet altijd begrepen of gewaardeerd.

### **Beperkte keuzevrijheid beïnvloedt klachtenafhandeling**

De toenemende druk op huisartsenpraktijken heeft ook gevolgen voor de klachtenprocedure. Doordat veel praktijken gesloten zijn voor nieuwe inschrijvingen, is het voor patiënten vaak niet mogelijk om eenvoudig van huisarts te wisselen. Dit kan leiden tot een snellere escalatie van klachten, omdat huisarts en patiënt – bij gebrek aan alternatieven – op elkaar aangewezen blijven.

In dergelijke situaties speelt de klachtenfunctionaris een bemiddelende rol. Indien een klager aangeeft te willen overstappen naar een andere huisarts, wordt binnen de context van de klachtenprocedure onderzocht of er mogelijkheden zijn voor een uitruil tussen praktijken in de regio. Dit gebeurt uitsluitend in overleg en met instemming van betrokken huisartsen. Het vinden van een alternatieve huisarts blijft in beginsel echter de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.

### **DOKh: ondersteuning en kwaliteitsverbetering**

DOKh ondersteunt zowel klagers als zorgverleners. De Wkkgz wordt door ons niet gezien als een negatief “klachtenloket”, maar als een kans om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Fouten kunnen voorkomen, en de wet biedt ruimte om hiervan te leren.

Onze klachtenfunctionarissen begeleiden beide partijen en streven naar een oplossing via bemiddeling. De zorgverlener kan daarnaast gebruikmaken van collegiale support door een beroepsgenoot. Jaarlijks creëert DOKh extra aanbod voor de aangesloten zorgverleners. In 2025 stellen wij een geaccrediteerde e-learning over juridische procedures in de zorg kosteloos beschikbaar. In 2026 volgt een scholing gericht op het versterken van professionele vaardigheden in het omgaan met klachten, met aandacht voor constructieve communicatie en een gezonde balans tussen professionele distantie en empathie.

## 1. Klachtenregeling

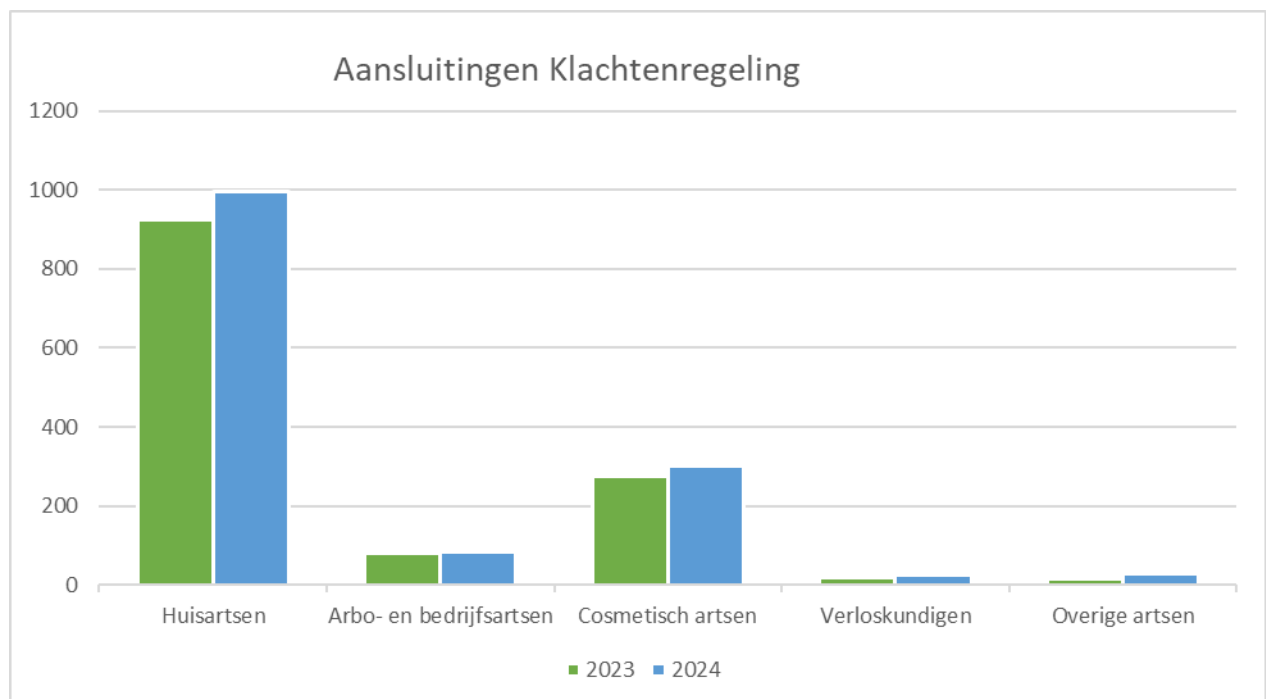
### 1.1 Aansluiting

Op 31 december 2024 waren in totaal 1439 zorgaanbieders bij deze klachtenregeling aangesloten en hebben zo voorzien in hun wettelijke verplichting om een klachtenregeling te treffen.

Vanwege een foutieve filtering in het aantal aansluitingen van 2023 worden de correcte aantallen van dat jaar ook hieronder vermeld. Het aantal aansluitingen is als volgt verdeeld:

	<u>2024</u>	<u>2023</u>
huisartsen	997	926
arbo- en bedrijfsartsen	84	82
cosmetisch artsen	301	274
verloskundigen	27	18
overige artsen*)	30	17

\*) Onder overige artsen vallen o.a. specialisten ouderengeneeskunde en plastisch chirurgen.



### 1.2 Doelstellingen en uitgangspunten

Onder een klacht (art. 1, lid d) wordt verstaan: *“Het schriftelijk (per e-mail) kenbaar maken van onvrede, door of namens de patiënt van een zorgaanbieder over de organisatie van de praktijk of de instelling (huisartsen)zorg, de bejegening, de behandeling of de gedraging door de (huis)arts, de waarnemer of personen werkzaam voor de (huis)arts.”*

De klachtenregeling kent de volgende doelstellingen (artikel 2):

- Het creëren van de mogelijkheid voor herstel van de relatie, gebaseerd op onderling vertrouwen tussen en gelijkwaardigheid van klager en aangeklaagde.
- Recht doen aan de belangen van de individuele klager en aangeklaagde.
- Het bevorderen van de kwaliteit van de (huisartsen)zorg.

- d. Een beter inzicht te krijgen, door middel van onder meer het systematisch verzamelen van klachten, op tekortkomingen in de (huisartsen)zorg en het daardoor beter kunnen inspelen op de behoefte van de hulpvrager in het algemeen.
- e. Controle op en evaluatie van de onder d. verkregen gegevens, welke worden aangewend in het kader van de beleidsvorming ten aanzien van de bewaking en bevordering van de kwaliteit van zorg.

De klachtenregeling is gebaseerd op de volgende uitgangspunten (artikel 3):

- a. Een klacht wordt bij voorkeur eerst besproken en opgelost tussen en door klager en aangeklaagde.
- b. De toegang tot de klachtenregeling is voor klager laagdrempelig en kosteloos.
- c. Klager en aangeklaagde worden door de klachtenfunctionaris in de gelegenheid gesteld schriftelijk en mondeling in elkaars aanwezigheid een toelichting te geven op de gedraging waarover is geklaagd.
- d. Persoonlijke gegevens over klager en aangeklaagde worden zorgvuldig en vertrouwelijk behandeld en geregistreerd. Alle betrokkenen bij een procedure hebben een geheimhoudingsplicht ten aanzien van hetgeen hun uit hoofde van hun functie dan wel uit hoofde van hun betrokkenheid bekend is geworden.

## 2. Mogelijkheden en werkwijze klachtenregeling

Een goede relatie tussen arts en patiënt is belangrijk. Soms gebeuren er helaas dingen die deze relatie verstoren. Hieronder worden de mogelijkheden en werkwijze binnen deze klachtenregeling beschreven.

### 2.1 Er samen uitkomen

Het doel van de klachtenregeling is om zo snel en laagdrempelig mogelijk een klacht af te handelen. Klager wendt zich bij voorkeur eerst tot de arts of andere zorgaanbieder tegen wie de klacht gericht is om te trachten op deze wijze tot een oplossing te komen. Indien dit niet lukt, kan klager voor klachtopvang terecht bij de klachtenfunctionaris.

### 2.2 Klachtopvang en klachtenfunctionaris

De klachtenfunctionaris verzorgt de opvang van de klacht van klager. De klachtenfunctionaris is onafhankelijk, gaat zorgvuldig om met de privacy van zowel klager als aangeklaagde en heeft geheimhoudingsplicht. Dit geldt overigens voor alle betrokkenen. Het is de taak van de klachtenfunctionaris om klager te helpen de klacht te formuleren, raad te geven en bij te staan in het proces van afhandeling van de klacht. Als de klacht helder is, gaan klager en klachtenfunctionaris samen aan de slag om naar een oplossing te zoeken. Een optie waarvoor gekozen kan worden, is klachtenbemiddeling.

### 2.3 Klachtenbemiddeling

Klachtenbemiddeling door een klachtenfunctionaris vindt plaats conform het Protocol Klachtenbemiddeling. Veel klachten kunnen opgelost worden in een gesprek waar een onpartijdige bemiddelaar aan tafel zit. Bemiddeling gaat van start als zowel klager als arts als klachtenfunctionaris ervan overtuigd zijn dat bemiddeling kan leiden tot oplossing van de klacht. De klachtenfunctionaris treedt op als bemiddelaar. Tijdens een bemiddelingsgesprek krijgen klager en arts de gelegenheid om toelichting te geven op de gebeurtenis(sen). Als het begrip over en weer groeit, ontstaat vaak weer een werkbare situatie. Het uiteindelijke doel van de bemiddeling is de relatie tussen klager en arts te herstellen.

#### 2.4 Oordeel geformuleerd door arts

De arts is verplicht binnen 6 weken na het indienen van de schriftelijke klacht, de klager te informeren over zijn oordeel. Met oordeel wordt bedoeld, dat de arts schriftelijk aangeeft welke beslissingen hij over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en welke maatregel(en) hij eventueel neemt. De termijn van 6 weken kan maximaal verlengd worden met 4 weken, als de klager daarvan tijdig op de hoogte wordt gesteld. Indien beide partijen tevreden zijn over het oordeel, is de klacht daarmee afgedaan. Indien de klager niet tevreden is en de klachtprocedure wil voortzetten, dan is er sprake van een geschil.

#### 2.5 Registratie klachten

In 2024 waren er 437 cliëntcontacten. Hiervan zijn 230 klachten door de klachtenfunctionaris in behandeling genomen. De resterende 207 klachten zijn door DOKh terugverwezen naar de arts òf de klacht werd niet doorgezet door klager òf de arts was niet aangesloten bij de klachtenregeling òf er was sprake van een adviesgesprek met klager of arts òf geen reactie van klager.

De klachten van de 437 cliëntcontacten waren gericht tegen:

huisartsen*)	312
arbo- en bedrijfsartsen	7
cosmetisch artsen	41
plastisch chirurg	2
verloskundigen	4
overige artsen	63
huisartsenpost	5
(kwaliteits/praktijk)manager	2
Onbekend	1

\*) Betreft voornamelijk klachtbehandeling in de dagpraktijk.

De klachten van de 437 cliëntcontacten vonden plaats in de volgende regio's:

Amstelland en de Meerlanden	20
Amsterdam e.o.	32
Haarlemmermeer	30
Kop van Noord-Holland	26
Midden-Kennemerland	15
Noord-Kennemerland	25
Waterland	11
West-Friesland	24
Zaanland	20
Zuid-Kennemerland	26
Overige regio's	168
Onbekend	40

De aard van de klachten is onderverdeeld in Organisatorisch, Relatieve en Vaktechnisch. Eén klacht kan uit meerdere aspecten bestaan. De aard van de 230 klachten, die door de klachtenfunctionaris in behandeling zijn genomen, zoals door de klager beleefd betrof:

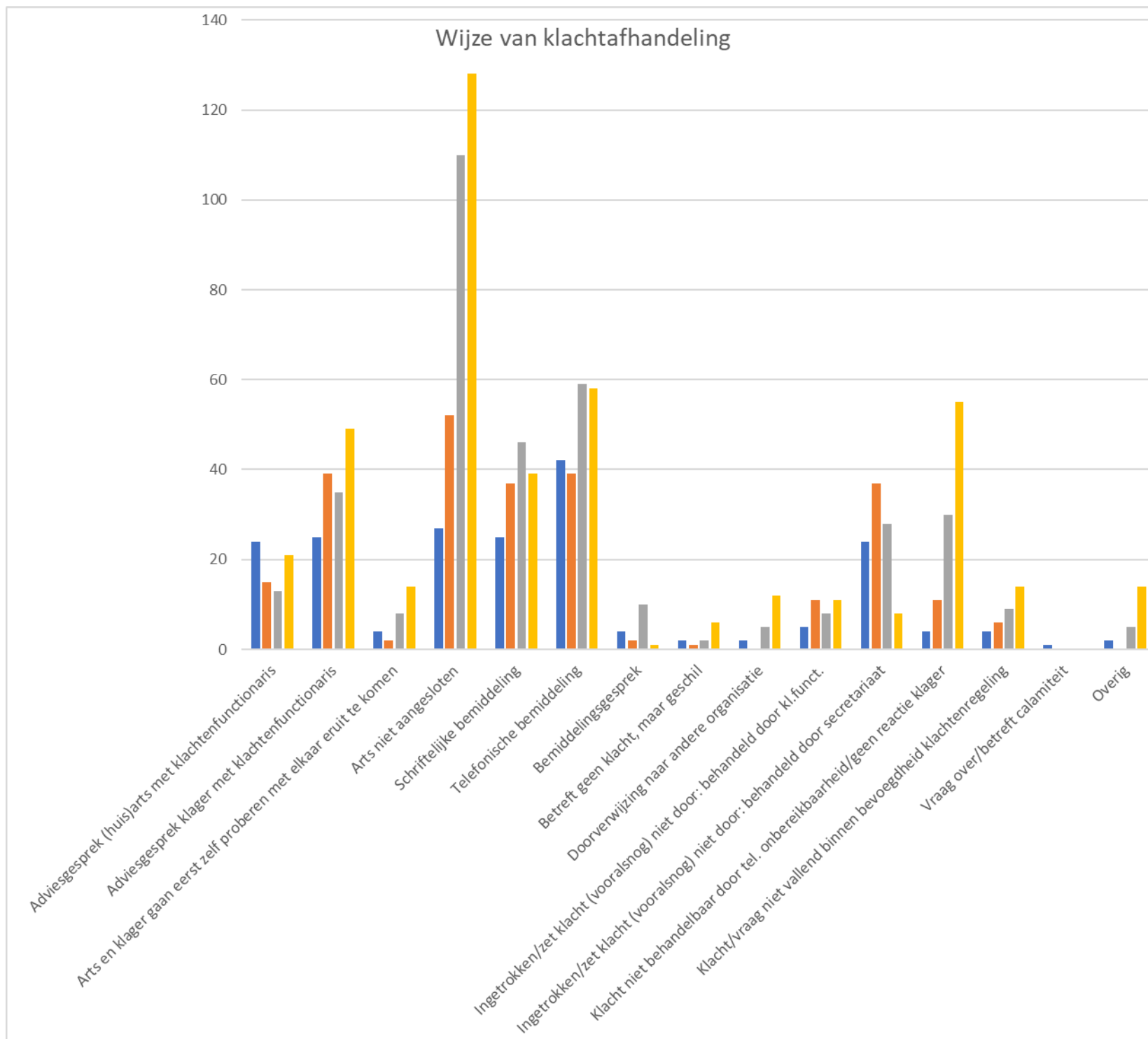
<b>Organisatorische aspecten van zorg</b>	<b>55</b>
Beschikbaarheid/bereikbaarheid	20
Informatievoorziening	3
Waarneming/vervanging	
Overname/overdracht	5
Dossiervoering	16
Klachtenprocedure	1
Overig	0
<b>Relationele aspecten van zorg</b>	<b>84</b>
Bejegening/communicatie	60
Interesse/betrokkenheid	8
Ongewenste intimiteiten	2
Discriminatie	2
Overig	12
<b>Vaktechnische/medisch inhoudelijke aspecten van zorg</b>	<b>127</b>
Diagnose/onderzoek	16
Behandeling/begeleiding/nazorg	71
Informatievoorziening	1
Consult/huisbezoek	6
Verwijzing	16
Medicatie	12
Overig	4
Geheimhouding/privacy	1



Van de 437 cliëntcontacten in 2024 zijn er 7 nog niet afgehandeld op 1 januari 2025, deze zijn dan nog in behandeling bij de klachtenfunctionaris. De 430 afgehandelde cliëntcontacten zijn op de volgende manier behandeld. Wijzen van klachtafhandeling:

Adviesgesprek (huis)arts met klachtenfunctionaris	21
Adviesgesprek klager met klachtenfunctionaris	49
Arts en klager gaan eerst zelf proberen met elkaar eruit te komen	14
Arts niet aangesloten	128
Schriftelijke bemiddeling	39
Telefonische bemiddeling	58
Bemiddelingsgesprek	1
Klacht is geschil geworden	6
Doorverwijzing naar andere organisatie	12
Ingetrokken/zet klacht (vooralsnog) niet door: behandeld door klachtenfunctionaris	11
Ingetrokken/zet klacht (vooralsnog) niet door: behandeld door secretariaat	8
Klacht niet behandelbaar door telefonische onbereikbaarheid/geen reactie klager	55
Klacht/vraag niet vallend binnen bevoegdheid klachtenregeling	14
Vraag over/betreft calamiteit	0
Overig	14

In 2024 waren er 437 cliëntcontacten. In de navolgende grafiek staat hoe deze zijn afgehandeld.



## 2.6 Overzicht klachtenfunctionarissen

- Mevrouw P. Nep klachtenfunctionaris
- Mevrouw H. Wesdorp klachtenfunctionaris
- De heer P. de Boer plaatsvervangend klachtenfunctionaris

De eerste telefonische klachtopvang wordt gedaan door:

- Mevrouw E.M. Luinge
- Mevrouw T. Kloos

## 3. Geschilleninstantie

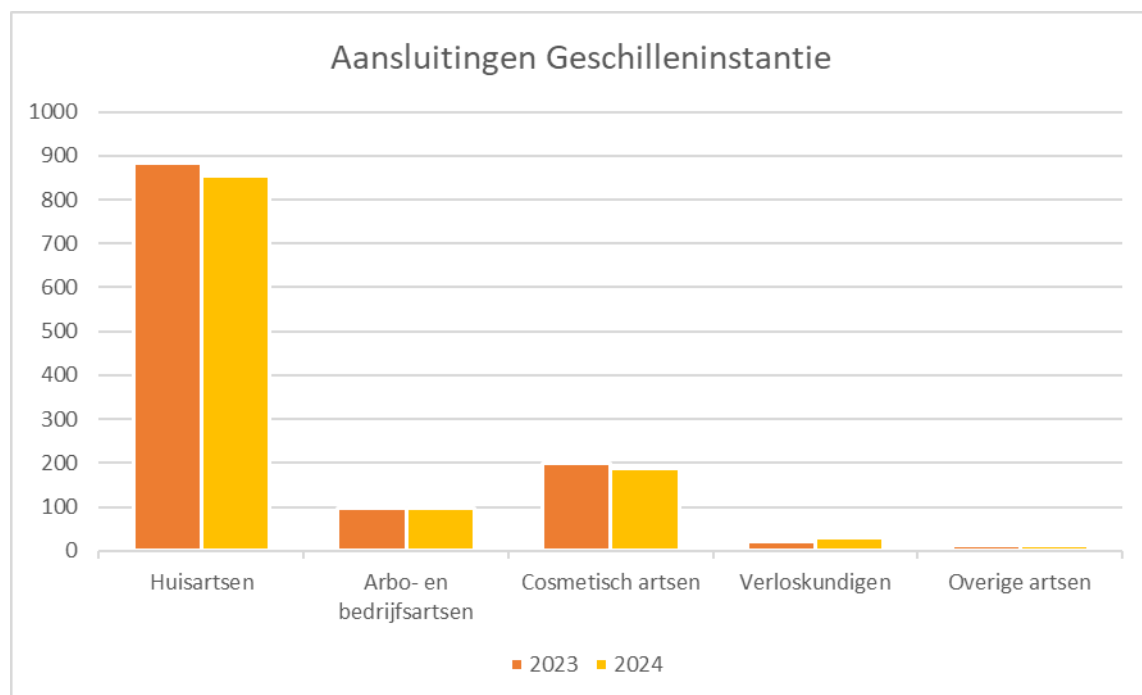
### 3.1 Aansluiting

Op 31 december 2024 waren in totaal 1181 zorgaanbieders bij de geschilleninstantie van DOKh aangesloten en hebben zo voorzien in hun wettelijke verplichting om aan te sluiten bij een geschilleninstantie.

Vanwege een foutieve filtering in het aantal aansluitingen van 2023 worden de correcte aantallen van dat jaar ook hieronder vermeld. Het aantal aansluitingen is als volgt verdeeld:

	<u>2024</u>	<u>2023</u>
huisartsen	854	882
arbo- en bedrijfsartsen	97	97
cosmetisch artsen	189	199
verloskundigen	30	20
overige artsen*)	11	12

\*) Onder overige artsen vallen o.a. specialisten ouderengeneeskunde en plastisch chirurgen.



### 3.2 Samenstelling Geschilleninstantie

De geschilleninstantie dient te bestaan uit een oneven aantal leden (inclusief de voorzitter) waarbij het aantal zorgaanbiederleden gelijk is aan het aantal patiëntenleden. De geschilleninstantie bestaat tenminste uit één onafhankelijk voorzitter, één zorgaanbiederlid en één patiëntenlid. Tevens wordt de geschilleninstantie in haar werkzaamheden ondersteund door een secretaris.

In 2024 bestond de Geschilleninstantie uit:

- Mr. drs. W.P. van der Haak onafhankelijk voorzitter, tevens rechter
- Mr. M.A.J. Berkers onafhankelijk voorzitter, tevens rechter
- Mr. drs. C.K. van Sichem lid namens beroepsgroep huisartsen
- Drs. M. Verlaan lid namens beroepsgroep huisartsen
- Drs. D. Coppoolse lid namens beroepsgroep huisartsen
- H. Kosec lid namens patiëntenorganisatie
- Mr. G.J. Bloemendal lid namens patiëntenorganisatie
- P. Wijffels lid namens cosmetisch artsen
- Dr. J. van Rappard lid namens plastisch chirurgen
- Dr. P. Houpt lid namens plastisch chirurgen (tot 21-03-2024)
- T. Seppenwoolde lid namens instellingen huisartsenzorg
- C. Schavemaker lid namens bedrijfsartsen
- S. Hamoen lid namens verloskundigen
- A.J. de Jong lid namens verloskundigen
- Mr. L.S. Hoenderdos secretaris (tot 01-01-2025)
- Mr. S.L. Toorenburg-Bovenkerk secretaris (tot 01-01-2025)
- Mr. M.M. de Keizer secretaris (vanaf 01-10-2024)
- Mr. I. Mehagnoul secretaris (vanaf 01-10-2024)

Adviseur bij schadeclaims:

- Mr. H. van Lingen advocaat

## 4. Geschil

Als mensen een klacht hebben over hun arts, dan is het de bedoeling dat beide partijen er in eerste instantie samen uitkomen. Lukt dat niet, dan volgt meestal een bemiddeling. Vaak is dit afdoende om de klacht op te lossen en de relatie tussen de arts en de patiënt weer te herstellen. Wanneer dit niet lukt, kan klager ervoor kiezen de klachtprocedure voort te zetten en de klacht voor te leggen aan de geschilleninstantie. De klacht wordt dan een geschil.

### 4.1 Indienen geschil

Een geschil wordt pas in behandeling genomen door de geschilleninstantie als het schriftelijk (per e-mail) wordt ingediend. In de omschrijving van het geschil moet duidelijk zijn opgenomen:

- Naam van de klager.
- Als iemand namens een klager een geschil indient, welke relatie men tot deze persoon heeft.

- Of de klager contact heeft gehad met de klachtenfunctionaris en een korte omschrijving van de uitkomst hiervan.
- Over welke zorgaanbieder het geschil gaat.
- Over welke behandeling, gedraging of bejegening men ontevreden is.

Indien nodig, helpt de klachtenfunctionaris, kosteloos, bij het schriftelijk indienen van het geschil. Wanneer men zich wil laten bijstaan bij de behandeling van het geschil, dan zijn deze kosten voor eigen rekening. Als het geschil ontvankelijk is verklaard en inhoudelijk zal worden behandeld, wordt klager een bedrag van € 50 griffierecht in rekening gebracht.

#### **4.2 Behandeling van het geschil**

Een geschil wordt behandeld door de geschilleninstantie. Naast een rechter hebben in de geschilleninstantie ook een arts en een patiëntenvertegenwoordiger zitting. De geschilleninstantie wordt bijgestaan door een secretaris.

De voorzitter van de geschilleninstantie beoordeelt het geschil op ontvankelijkheid. Vervolgens zal aangeklaagde verzocht worden om een schriftelijke reactie (verweerschrift). Wanneer het geschil “zittingsrijp” is, volgt een hoorzitting in het bijzijn van zowel klager als aangeklaagde met hun eventuele adviseurs. In beginsel volgt binnen zes maanden na het ontvankelijk verklaren van het geschil een schriftelijke uitspraak over de gegrondheid van het geschil. Deze uitspraak is bindend voor beide partijen. De geschilleninstantie is bevoegd een schadevergoeding van maximaal € 25.000 toe te kennen.

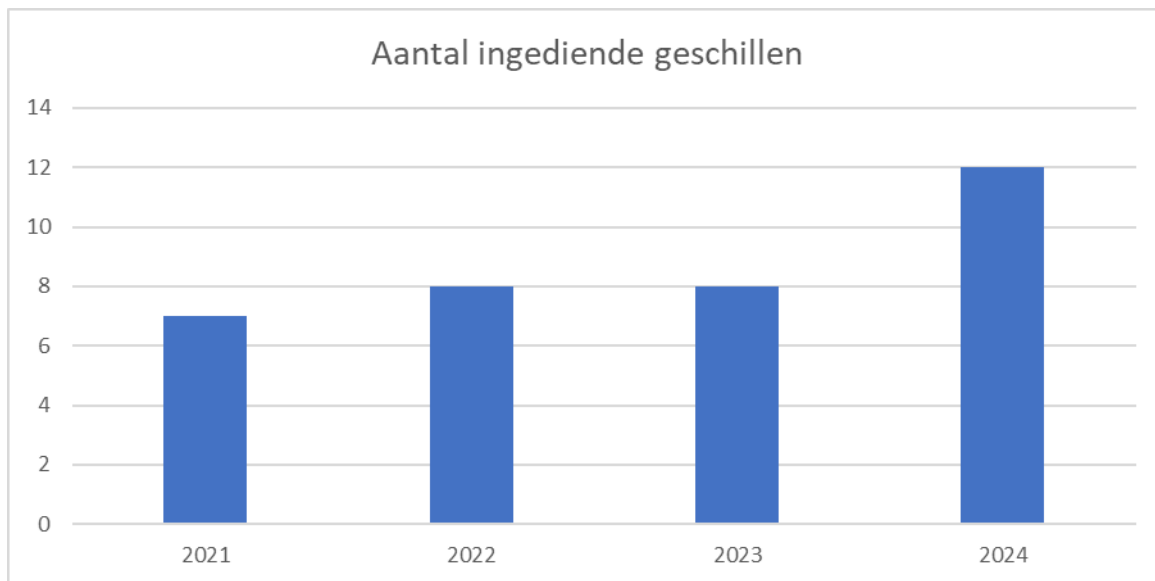
De Geschilleninstantie vraagt doorgaans aan het begin van de zitting naar de verwachtingen van de behandeling en er wordt dan vaak gezegd dat men vooral echt gehoord wil worden. Aan het eind van de hoorzitting vraagt de Geschilleninstantie meestal hoe men de behandeling ervaren heeft en doorgaans zegt men tevreden te zijn over het verloop.

#### **4.3 Registratie geschillen**

In 2024 zijn twaalf geschillen ingediend. Van deze twaalf geschillen zijn drie geschillen ingetrokken voor de zitting en zes worden in 2025 afgehandeld. Er zijn in 2024 vier geschillen ter zitting behandeld door de geschilleninstantie, waarvan één geschil eind 2023 was ingediend. Tijdens één van deze zittingen is het geschil ingetrokken en zijn partijen tot overeenstemming gekomen.

De geschilleninstantie heeft in 2024 in drie geschillen uitspraak gedaan. De aard van deze geschillen betrof veelal meerdere aspecten van zorg. Zodoende kan één geschil uit meerdere klachtpunten bestaan. De geschilleninstantie heeft in 2024 uitspraak gedaan over vier klachtonderdelen. Van de vier klachtonderdelen die tot een uitspraak van de geschilleninstantie leidden, werd één klachtonderdeel gegrond bevonden en drie ongegrond. Bij twee van de geschillen werd een schadevergoeding gevraagd, maar in beide zaken niet toegekend. Bij één geschil werd door de geschilleninstantie bepaald, dat aangeklaagde aan klager het betaalde griffierecht van € 50,00 diende te vergoeden.

Van de vier geschillen die ter zitting zijn behandeld, waren er twee gericht tegen een huisarts en twee tegen een cosmetisch arts. De drie geschillen die voor de zitting zijn ingetrokken waren gericht tegen twee cosmetisch artsen en één plastisch chirurg.



#### 4.4 Evaluatie procedure

Ongeveer drie maanden na afhandeling van het geschil ontvangen klager en aangeklaagde een enquête waarop zij hun ervaringen met de behandeling door de Geschilleninstantie kenbaar kunnen maken. In 2024 hebben twee klagers de enquête geretourneerd.

#### Klagers:

In de casussen van de respondenten luidde de ene uitspraak gegrond en de andere ongegrond. Eén respondent vindt de motivatie van het oordeel van de geschilleninstantie voldoende. De andere respondent vindt het onvoldoende. Tevens vindt de ene respondent dat hij met het indienen van het geschil heeft bereikt wat hij wilde en dat de werkwijze van de geschilleninstantie voldeed aan zijn verwachtingen. De andere respondent vindt dat hij met het indienen van het geschil gedeeltelijk heeft bereikt wat hij wilde. Beiden zijn van mening dat de werkwijze van de geschilleninstantie voldeed aan hun verwachtingen. Beide respondenten vinden dat de uitkomst van het geschil hun visie op de werkwijze van de geschilleninstantie heeft gekleurd. Bij de ene respondent in positieve zin en bij de ander in negatieve zin.

De respondenten geven aan met het indienen van het geschil het volgende te willen: dat het niemand anders overkomt, boosheid kwijt en financiële tegemoetkoming.

Beide respondenten vinden dat zij vooraf en tijdens de procedure voldoende geïnformeerd zijn over het verloop ervan.

Eén respondent vindt de duur van de periode tussen het indienen van het geschil en het moment dat de geschilleninstantie hen informeerde over het oordeel van het geschil normaal. De ander vindt het redelijk lang.

Eén van de respondenten vindt dat de mogelijkheid om een geschil in te dienen bijdraagt aan verbetering van de zorgverlening. De ander vindt dat gedeeltelijk waar.

Op de vraag of het indienen van het geschil de relatie met de aangeklaagde arts heeft beïnvloed antwoorden beide respondenten dat deze is verbroken na het indienen van de klacht.

#### Aangeklaagden:

Er zijn geen enquêtes retour ontvangen van aangeklaagden.

#### 4.5. Uitspraken

De uitspraken worden geanonimiseerd gepubliceerd op de website van DOKh:

<https://dokh.nl/eerste-hulp-bij/uitspraken>

en op de website van de samenwerkende geschilleninstanties:

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

## 5. Voorlichting

### 5.1 Folders

De volgende folders zijn beschikbaar voor patiënten:

- U heeft een klacht over uw arts. Wat nu?
- U heeft een geschil met uw arts. Wat nu?
- U heeft een klacht over uw verloskundige. Wat nu?
- U heeft een geschil met uw verloskundige. Hoe wordt dit behandeld?

De volgende folders zijn beschikbaar voor artsen/verloskundigen:

- Uw patiënt heeft een klacht. Wat nu?
- U heeft een geschil en bent aangesloten bij de Geschilleninstantie van DOKh.
- Calamiteitencommissie DOKh
- Collegiale support huisartsen
- Collegiale support verloskundigen

De folders zijn te downloaden en te bestellen via de website van DOKh: <https://dokh.nl/eerste-hulp-bij/klachten-en-geschillenregeling/zorgaanbieder/folders-en-tekst-t.b.v.-website>. Tevens staat hier een modeltekst om op de eigen website te plaatsen.

### 5.2 Reglementen en Algemene Voorwaarden

Op de website van DOKh: <https://dokh.nl/eerste-hulp-bij/klachten-en-geschillenregeling/zorgaanbieder/> zijn de volgende documenten te vinden:

- Algemene Voorwaarden
- Klachtenregeling (huis)artsenzorg en verloskundigenzorg
- Reglement Geschilleninstantie
- Folders en teksten t.b.v. website
- Jaarverslagen

## 6. Calamiteitencommissie

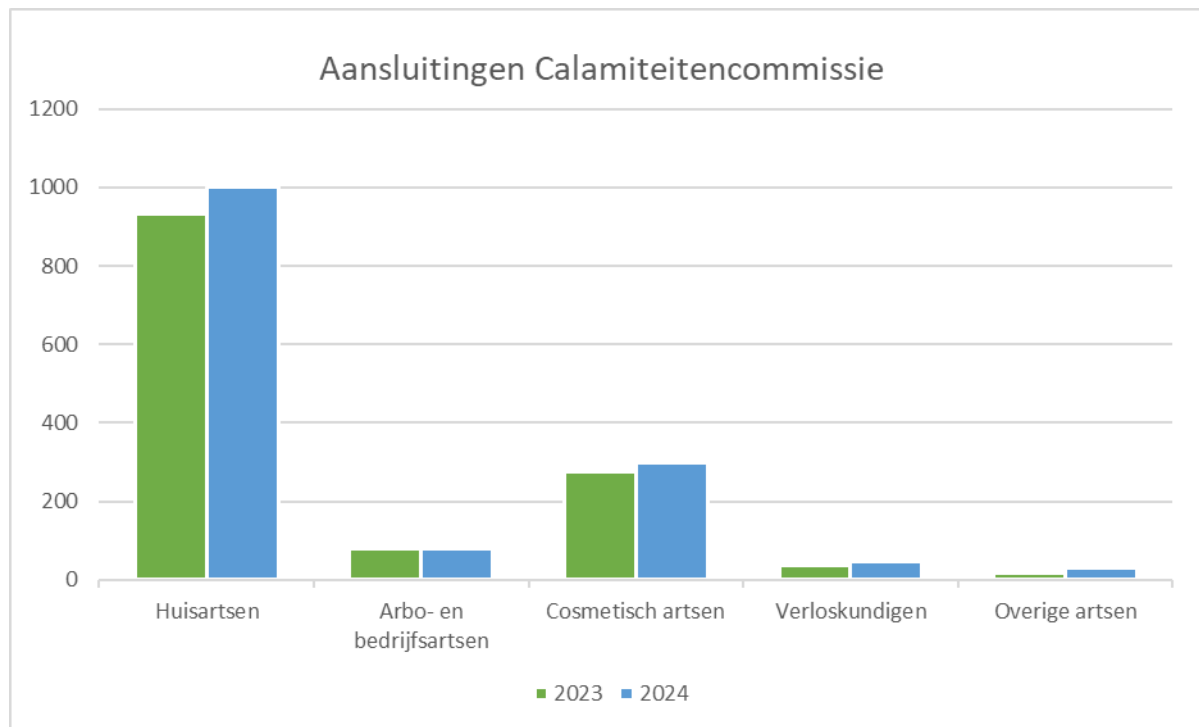
### 6.1 Aansluiting

Op 31 december 2024 waren in totaal 1454 zorgaanbieders voor calamiteiten bij DOKh aangesloten.

Vanwege een foutieve filtering in het aantal aansluitingen van 2023 worden de correcte aantallen van dat jaar ook hieronder vermeld. Het aantal aansluitingen is als volgt verdeeld:

	<u>2024</u>	<u>2023</u>
huisartsen	1000	933
arbo- en bedrijfsartsen	80	79
cosmetisch artsen	297	274
verloskundigen	46	38
overige artsen	31	18

*\*) Onder overige artsen vallen o.a. specialisten ouderengeneeskunde en plastisch chirurgen.*



### 6.2 Calamiteitenonderzoek

DOKh biedt ondersteuning bij calamiteitenonderzoeken binnen huisartsenpraktijken, verloskundigenpraktijken en cosmetisch klinieken.

In 2024 heeft de calamiteitencommissie van DOKh de volgende onderzoeken gedaan:

- Verloskundige zorg: 2 onderzoeken, waarvan de ene een vroeggeboorte betrof en de andere een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Bij beide onderzoeken werden tekortkomingen in het zorgproces geconstateerd en heeft de calamiteitencommissie van DOKh aanbevelingen gedaan.
- Huisartsgeneeskundige zorg: 2 onderzoeken, waarvan de ene een longembolie betrof en de andere een klacht van een huisarts over het functioneren van een collega op de huisartsenpost. Bij het eerstgenoemde onderzoek werden er wel tekortkomingen vastgesteld, bij het tweede niet.



In de gevallen waarbij er tekortkomingen werden vastgesteld, hebben de zorgverleners melding gedaan bij de IGJ en is het DOKh rapport aangeleverd. De IGJ heeft in deze drie gevallen het door DOKh verrichte onderzoek zorgvuldig bevonden en de conclusies overgenomen.

### **6.3 Collegiale support voor huisartsen en verloskundigen**

Vanuit de ervaring van DOKh met de klachtopvang en onderzoeken bij calamiteiten komt steeds duidelijk naar voren dat klachten, eventueel daaruit voortkomende geschillen en calamiteiten een grote impact hebben op het welbevinden van huisartsen en verloskundigen en de dagelijkse praktijkvoering duidelijk beïnvloedt. Huisartsen en verloskundigen hebben last van stress gerelateerde klachten zoals angstklachten en slapeloosheid. Maar ook andere ingrijpende gebeurtenissen zoals suicides, een reanimatie of plotseling overlijden kunnen grote impact hebben. Een luisterend oor van een collega kan hen dan enorm helpen.

Voor huisartsen en verloskundigen biedt DOKh collegiale support. DOKh vindt de collegiale support een belangrijk onderdeel van de dienstverlening en zal deze daarom blijvend aanbieden.

## **7. Organisaties**

### **7.1 Aansluiting**

Op 31 december 2024 waren in totaal 127 organisaties aangesloten. De verdeling is als volgt:

Alleen klachten	76
Alleen geschillen	114
Calamiteiten	6
Vertrouwenspersoon en Klachtencommissie ongewenste omgangsvormen	14

## **8. Medische expertises**

Wordt een zorgverlener door een patiënt aansprakelijk gesteld voor geleden schade, bijvoorbeeld bij een gemiste diagnose, dan volgt er een juridische procedure waarbij er soms wordt gevraagd om een deskundigenoordeel ofwel medische expertise. Bij een medische expertise onderzoekt een beroepsgenoot van de aangeklaagde zorgverlener of het handelen van de beklagde heeft voldaan aan de norm van de redelijk handelend en redelijk bekwaam zorgverlener. Daarover schrijft de deskundige een rapport dat aan een aantal strikte eisen moet voldoen. Deze eisen zijn in een richtlijn vastgelegd door de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportages (NVMSR).

DOKh heeft de kennis in huis om dergelijke medische expertises te doen op het gebied van huisartsgeneeskunde, verloskunde en cosmetische zorg. Het team deskundigen bestaat uit Janneke Koehoorn (huisarts), Bert Nap (huisarts), Petra Weij (klinisch verloskundige), Paul Wijffels (cosmetisch arts) en Frank Niessen (plastisch chirurg).

In 2024 waren de volgende bijzonderheden te melden:

- Om het aantal aanvragen voor de huisartsgeneeskundige zorg aan te kunnen, is Bert Nap in 2024 als expertiseur aangetrokken. Bert heeft ervaring als calamiteitenonderzoeker en hij heeft affiniteit met schrijven en met kwaliteit van zorg.
- Janneke Koehoorn heeft in 2024 de basis cursus en de vervolgcursus van de NVMSR doorlopen. Bij deze cursussen moeten er geanonimiseerde rapporten worden ingeleverd. Deze worden in een intervisie-setting besproken en getoetst aan de NVMSR criteria. De conclusie van de beoordelingscommissie was dat de rapporten voldeden aan de criteria en dat Janneke toegelaten kon worden als NVMSR lid. Het eindoordeel was: 'Erg prettige en talentvolle rapporteur, echte aanwinst voor NVMSR!'.

In 2024 heeft DOKh 6 medische expertiserapporten afgerond. Deze waren allemaal op het gebied van huisartsgeneeskundige zorg.

- In één geval ging het om een eenzijdige expertise. De overige aanvragen betrof tweezijdige expertises; aanvragen die waren gedaan in samenspraak tussen de juridisch vertegenwoordiger van de klager en de juridisch vertegenwoordiger van de huisarts.
- In twee gevallen was Janneke Koehoorn als deskundige aangesteld door de rechtbank in een zaak tussen een patiënt en de huisarts. In de overige gevallen waren de aanvragers letselschadebureaus en aansprakelijkheidsverzekeraars.

## 9. Ongewenst gedrag

Eind 2022 heeft Stichting DOKh een nieuwe dienstverlening opgetuigd om werkgevers in het kader van ongewenst gedrag te ontzorgen. Werkgevers kunnen aansluiten bij de onafhankelijke vertrouwenspersoon en klachtencommissie ongewenste omgangsvormen van Stichting DOKh. Door aan te sluiten voldoet de werkgever aan zijn of haar wettelijke verplichting beleid gericht op voorkoming en/of beperking van psychosociale arbeidsbelasting op orde te hebben. Uiteraard faciliteert Stichting DOKh bij de implementatie zodat medewerkers en stagiairs op de hoogte zijn van waar zij terecht kunnen met meldingen over ongewenste omgangsvormen.

Werkgevers/praktijkhouders die aangesloten zijn bij Stichting DOKh voor klachten en geschillen kunnen kosteloos aansluiten bij onze vertrouwenspersoon en klachtencommissie ongewenste omgangsvormen.

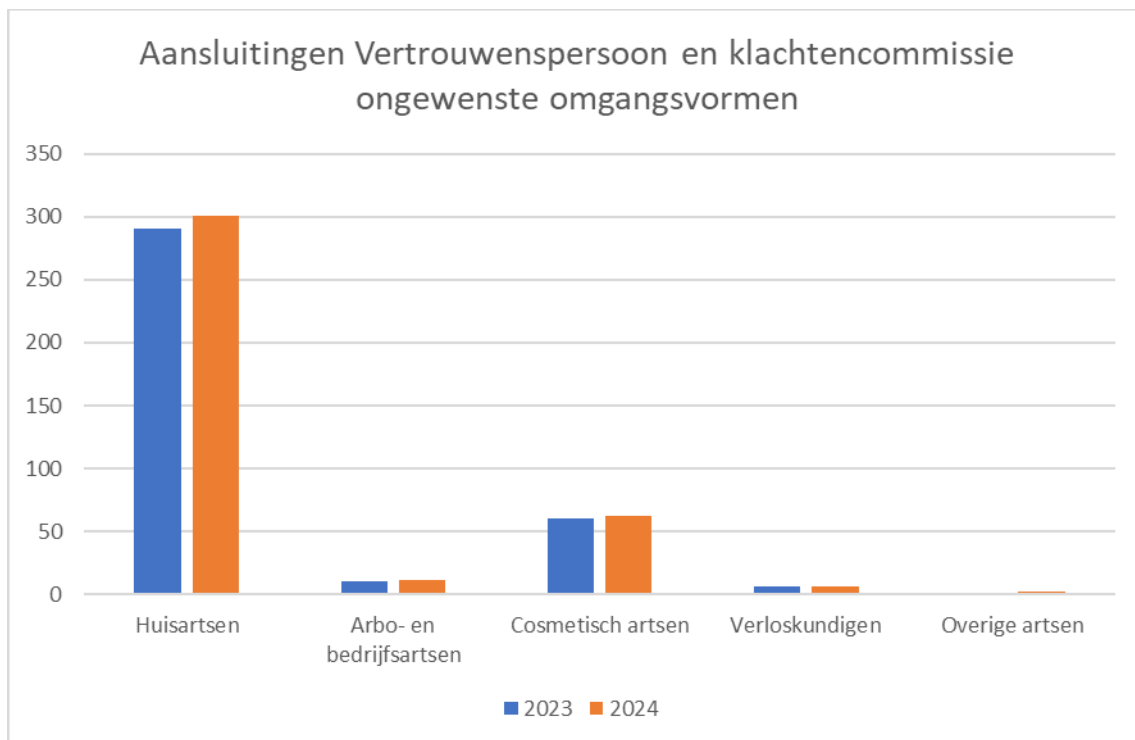
### 9.1 Aansluiting

Op 31 december 2024 waren in totaal 384 zorgaanbieders bij de vertrouwenspersoon en klachtencommissie ongewenste omgangsvormen van DOKh aangesloten.

Vanwege een foutieve filtering in het aantal aansluitingen van 2023 worden de correcte aantallen van dat jaar ook hieronder vermeld. Het aantal aansluitingen is als volgt verdeeld:

	<u>2024</u>	<u>2023</u>
huisartsen	301	290
arbo- en bedrijfsartsen	12	11
cosmetisch artsen	62	60
verloskundigen	7	7
overige artsen	2	1

\*) *Onder overige artsen vallen o.a. specialisten ouderengeneeskunde en plastisch chirurgen.*



### 9.2 Ongewenste omgangsvormen

Een werkgever is op grond van de Arbowet (artikel 3 lid 2) verplicht beleid te voeren gericht op voorkoming en/of beperking van psychosociale arbeidsbelasting. Het begrip psychosociale arbeidsbelasting omvat de onderwerpen seksuele intimidatie, agressie en geweld, pesten en discriminatie. Samengevat spreken wij dan over ongewenste omgangsvormen. Als de werkomgeving door gedragingen (ongewenste omgangsvormen) van (externe) collega's of leidinggevenden negatief wordt beïnvloed, is het belangrijk om dit met hen bespreekbaar te maken. Wanneer je hier niet uitkomt, zijn er verschillende mogelijkheden om dit binnen de organisatie aan te kaarten. Goed werkgeverschap vereist dat actief wordt gereageerd op een dergelijke klacht.

### 9.3 Vertrouwenspersoon

Binnen uw organisatie is een veilige werksfeer en werkomgeving een groot goed. Toch kan het voorkomen dat er sprake is van (seksuele) intimidatie, discriminatie, pesten of agressie binnen de werkomgeving; kortom ongewenste omgangsvormen of grensoverschrijdend gedrag.

Bij ongewenste omgangsvormen of grensoverschrijdend gedrag kunnen de gevolgen groot zijn voor zowel de klager als beklaagde. Het is voor beide partijen belangrijk om te weten of de klacht gegrond is of niet. Bij Stichting DOKh kunnen medewerkers van aangesloten organisaties terecht bij de vertrouwenspersoon en melding doen. Deze vertrouwenspersoon is onafhankelijk en biedt een luisterend oor. Samen met de medewerker bespreekt de vertrouwenspersoon de mogelijke vervolgstappen.

In 2024 is twee keer een beroep gedaan op de vertrouwenspersoon. Met de medewerkers die de vertrouwenspersoon hebben ingeschakeld zijn meerdere gesprekken geweest.

#### **9.4 Klachtencommissie**

Een zorgvuldige en eerlijke behandeling van een klacht over ongewenste omgangsvormen of grensoverschrijdend gedrag is van groot belang. Stichting DOKh heeft daarom een klachtencommissie samengesteld. Deze klachtencommissie bekijkt de klacht objectief en geeft een onafhankelijk oordeel. Medewerkers van aangesloten organisaties kunnen hun klacht ook direct indienen bij de klachtencommissie ongewenste omgangsvormen.

In de klachtencommissie zitten leden met kennis van zaken, te weten een:

- Advocaat met kennis van arbeidsrecht en/of strafrecht
- Lid waarheidsvinding
- POH-GGZ medewerker
- Secretaris

De aansluiting Ongewenste omgangsvormen is kosteloos voor praktijkhouders die aangesloten zijn bij de klachtenregeling en de geschilleninstantie van Stichting DOKh.

Meer informatie over de procedure en werkwijze van de vertrouwenspersoon en klachtencommissie ongewenste omgangsvormen kunt u vinden op de website van Stichting DOKh: <https://dokh.nl/eerste-hulp-bij/ongewenst-gedrag/>.

#### **9.5 Onderzoek naar (eventuele) misstanden binnen uw organisatie**

Het is ook mogelijk om alleen onderzoek te laten verrichten naar (eventuele) misstanden binnen een organisatie, hetgeen resulteert in een advies omtrent te nemen maatregelen ten aanzien van de organisatie. Heeft u vermoedens van misstanden binnen uw organisatie dan is waarheidsvinding in dit kader essentieel.

Slachtoffers van ongewenste omgangsvormen moeten worden beschermd echter op voorhand weet je niet of de aangever het slachtoffer is of juist de dader (van een valse aangifte). De kern is dat de werkgever moet zorgen voor een veilige werkplek en een laagdrempelige weg waarop misstanden kunnen worden aangekaart. Het blijft wel aan de klager of die wil klagen ja of nee. Die moet daartoe niet geforceerd of gedwongen kunnen worden. De werkgever kan de klager wijzen op de wegen die er zijn. Maar als de klager die stap niet wil zetten (en het incident wil laten rusten), kan je niet door de werkgever geforceerd worden tot (het moeten gaan voeren van) een klachtprocedure bij de klachtencommissie ongewenste omgangsvormen. Dat kan immers ook als intimiderend en ongewenst overkomen.

De beklaagde heeft natuurlijk ook een positie. Bijvoorbeeld als er valse beschuldigingen gedaan worden, die in de lucht blijven hangen. Als er stelselmatig (onterechte) beschuldigingen geuit blijven worden waar niet iets aan gedaan wordt, dan zou de persoon over wie (ten onrechte) wordt geklaagd, dat als pesten (zie art. 1 sub n van het reglement) kunnen beschouwen en dan dus zelf als slachtoffer van pesten zich kunnen melden bij de vertrouwenspersoon/klachtencommissie.

Is er echter geen sprake van een concrete klacht, maar heeft u als werkgever wel signalen over misstanden binnen uw organisatie en wilt u laten onderzoeken of deze misstanden te duiden zijn als ongewenste omgangsvormen en advies krijgen over hoe hiermee om te gaan, dan kunt u dit onderzoek laten verrichten door onze klachtencommissie ongewenste omgangsvormen. De klachtencommissie brengt een advies uit over te nemen maatregelen voor uw organisatie teneinde voor uw medewerkers (weer) een veilige werkplek te creëren.

Hoe hierbij te werk wordt gegaan staat in het reglement onderzoek klachtencommissie ongewenste omgangsvormen. Dit reglement is te vinden op de website van Stichting DOKh: <https://dokh.nl/eerste-hulp-bij/ongewenst-gedrag/>.

## In gesprek met klachtenfunctionaris Patricia Nep



**Patricia Nep werkt als klachtenfunctionaris voor DOKh. Maar wat doet een klachtenfunctionaris nu eigenlijk? En wat kan zij voor u als zorgverlener betekenen? Patricia legt het u uit!**

### **Wie ben je en hoe ben je in dit werk terechtgekomen?**

Ik ben van oorsprong verpleegkundige en ben daarna maatschappelijk werker geworden. Sinds 1995, ten tijde van de inwerkingtreding van de Wgbo, ben ik werkzaam in de klachtafhandeling van patiënten en cliënten. Ik heb onder andere in het Antonius en het Slotervaart ziekenhuis gewerkt. De Wgbo regelt de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt, met de nadruk op de rechten en plichten van de patiënt.

In 2016 ging de Wkkgz in. Ik zat toen al in de klachtencommissie voor de huisartsen, eerst in midden-Nederland en toen bij DOKh. Toen DOKh een klachten- en geschilleninstantie werd is mij gevraagd om klachtenfunctionaris te worden. Dat was heel leuk want we hebben het

helemaal met elkaar vormgegeven. Een secretariaat opgericht, een registratiesysteem aangeschaft, het klachtenteam samengesteld, de werkwijze bepaald. Wat dat betreft is de klachtenregeling bij DOKh echt ons kindje. Ik vind het heel belangrijk dat ik, door te werken bij DOKh, vanuit een onafhankelijke organisatie beide partijen te woord kan staan.

### **Wat is er zo leuk aan jouw werk?**

Je zou denken dat het best negatief is, klachten afhandelen. Maar het leuke is toch om een klacht naar het positieve te trekken door iets te kunnen betekenen voor beide partijen. Het is een mooi streven om ze nader tot elkaar te brengen. De interactie tussen klager en beklagde vind ik interessant. Ik handel veel telefonisch en schriftelijk af, maar soms zijn er bemiddelingsgesprekken die erg zinvol zijn om te doen. Wat mij altijd opvalt bij zo'n gesprek is dat er vaak een soort omslagpunt is. Dan breekt ineens het ijs waardoor beide partijen elkaar plotseling beter horen. Ik vind het altijd heel mooi als dat gebeurt.

### **Hoe bereik je dat dan?**

Door beide partijen voldoende ruimte te geven voor emoties totdat de tijd rijp is voor mij als klachtenfunctionaris om interventies toe te passen. Bijvoorbeeld door opmerkingen en klachten positief te herformuleren.

### **Hoe bewaak je de kwaliteit van jouw werk?**

Ik ben aangesloten bij de VKiG – de vereniging klachtenfunctionarissen in de gezondheidszorg – en ik sta ingeschreven op registerplein.nl. Dat is een kwaliteitsregister voor klachtenfunctionarissen. Ik heb een opleiding gezondheidsrecht gedaan bij prof Legemaate en volg regelmatig trainingen op mijn vakgebied. Verder zit ik in een intervisiegroep met klachtenfunctionarissen vanuit verschillende organisaties, bijvoorbeeld VVT, huisartsenpost en ziekenhuis.

### **Casus**

De partner van klaagster is overleden en klaagster vindt dat niemand iets goed heeft gedaan: de huisarts niet, het ziekenhuis niet, het verpleeghuis niet. Zij start bij alle instellingen klachtenprocedures. In het gesprek met de klachtenfunctionaris blijkt er sprake van heel veel onverwerkte rouw. De klachtenfunctionaris adviseert haar een traject voor rouwverwerking en plant gesprekken in met de diverse zorgverleners. Die rouwverwerking gaat zo goed dat de gesprekken niet meer nodig blijken.

**Ik denk dat een klacht moeilijker te bespreken wordt zodra deze in een juridische context wordt geplaatst, bijvoorbeeld als het een geschil wordt, een aansprakelijkheidsstelling of een tuchtklacht. Dat lijkt mij de meerwaarde van een klachtenprocedure met een klachtenfunctionaris: dat er nog een open gesprek over de klacht mogelijk is.**

Ja, dat is zeker zo. Ik roep dat ook altijd: als je bijvoorbeeld een tuchtzaak begint dan gaan de hakken in het zand en dan wordt het een strijd. Dat is dan ook een grote rol van de klachtenfunctionaris: om te kijken met de klager wat nou eigenlijk het doel is van de klacht. Wanneer is de klager tevreden en kan hij verder?

**Wat is meestal het doel van een klager, in jouw ervaring?**

Veel mensen zeggen dat ze willen voorkomen dat het een ander ook gebeurt. Ik denk dat ze daarnaast ook graag gehoord willen worden en hun ervaringen kwijt willen. Soms is het doel echt financieel. Dat zie je vaker bij de cosmetische behandelingen. Mensen zijn soms niet tevreden over het resultaat. Cosmetisch artsen zijn doorgaans wel bereid om in gesprek te gaan en te kijken hoe ze klager tevreden kunnen stellen.

**Kan je beschrijven wat er gebeurt als iemand een klacht indient bij DOKh?**

DOKh is laagdrempelig bereikbaar. De telefoon wordt tijdens kantooruren dagelijks bemenst. Mensen kunnen bellen en daarnaast kan een klacht of vraag worden ingediend of gesteld via de mail of per brief. De mensen die werken bij het secretariaat van DOKh kijken in eerste instantie of de beklagde zorgverlener is aangesloten bij de klachtenregeling en geschilleninstantie van DOKh. Als dat zo is, wordt de klacht in behandeling genomen. Als klachtenfunctionaris neem ik in principe binnen een week contact op met de klager. Liefst eerst per mail, waarin dan een telefonische afspraak wordt aangeboden. Tijdens het telefoongesprek bespreek ik de klacht inhoudelijk en bekijk ik wat de klager wil bereiken. Ik leg de mogelijkheden voor: ik kan bijvoorbeeld de aangeklaagde zorgverlener schriftelijk benaderen over de klacht of de zorgverlener bellen. Soms wil de klager graag dat de zorgverlener telefonisch contact met hem opneemt; dat kan voldoende zijn om de klacht af te handelen. Dat geldt vooral als er nog geen contact was geweest en beide partijen ervoor open staan. In dat geval is het altijd even aftasten: is het beter dat klager zelf de klacht meldt bij de zorgverlener of moet dat via DOKh lopen? Een klacht heeft toch een andere lading als deze binnenkomt via DOKh, dat kan zowel gunstig als minder gunstig zijn. Het gebeurt regelmatig dat een klager graag een schriftelijke reactie wil van de zorgverlener, liefst met erkenning van de klacht en eventueel excuses. Ik kan de zorgverlener helpen bij het opstellen van de reactie, bijvoorbeeld door uit te leggen wat het doel van klager was en waarop dus de focus het beste zou kunnen liggen in de brief. Als de zorgverlener heeft gereageerd neem ik altijd contact op met de klager. Is hij tevreden, is het doel bereikt, is nog een bemiddelingsgesprek nodig? Soms is het doel niet om eruit te komen met de zorgverlener of is dat al een gepasseerd station. De klager wil dat de klacht wordt onderzocht door een onafhankelijke commissie. In dat geval gaat de klacht door naar de geschilleninstantie. De klager betaalt daarvoor €50,- griffierecht, die de zorgverlener moet terugbetalen als de klacht gegrond wordt verklaard. Als mensen een financiële compensatie willen, kan bij de geschilleninstantie een claim ingediend worden tot maximaal €25.000,-. Als de klacht gegrond wordt verklaard, wordt de hoogte van de claim beoordeeld door een daarin gespecialiseerd letselschadeadvocaat.

#### **Casus**

Een klager heeft een zeer negatieve review geplaatst over de zorgverlener op social media. Dat geeft een oneerlijke uitgangspositie bij de klachtbemiddeling. De klachtenfunctionaris doet aan klager het dringende verzoek om de negatieve review te verwijderen, omdat er anders geen goede klachtbemiddeling kan plaatsvinden. Hierop verwijdt klager de review.

### **Wie zitten er in de geschilleninstantie?**

De voorzitter is een rechter. Er zit iemand in vanuit de betreffende beroepsgroep en iemand vanuit de patiëntorganisaties. De geschilleninstantie wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris.

### **Stel, ik als zorgverlener merk dat een patiënt niet tevreden is en ik kom er niet uit met hem of haar. Kan ik dan aanbieden dat ik jou vraag om contact op te nemen met de patiënt om te bemiddelen, of moet de patiënt eerst een klacht indienen?**

Ik kan in ieder geval een adviesgesprek houden met een zorgverlener die een klacht heeft of verwacht. Ik kan dan adviezen geven op het gebied van communicatie. Verder adviseer ik om naar DOKh te verwijzen als ze er niet uit komen. Dat kan bijvoorbeeld helpen als de klager erg boos of zelfs agressief is. Ik ben een neutrale partij en kan er dan tussen gaan zitten. Voor zorgverleners is dat prettig. Mensen moeten wel een klacht indienen. Ik neem niet op verzoek van de zorgverlener contact op met een patiënt. Het is namelijk voor een klager heel vervelend als hij weet dat ik de zaak al heb voorbesproken met de zorgverlener. Dat ondermijnt mijn onafhankelijkheid.

### **Wat is de doorlooptijd van een klacht?**

De wettelijke termijn is zes weken; binnen die termijn moet de zorgverlener reageren op een klacht. In uitzonderingsgevallen kan, met reden omkleed, uitgesteld worden tot tien weken. Maar vaak gaat het sneller, soms is een klacht zelfs binnen een paar dagen al afgehandeld. Als een klacht aanhangig wordt gemaakt bij de geschilleninstantie, moet er binnen zes maanden een uitspraak worden gedaan.

### **Welke beroepsgroepen vertegenwoordig jij als klachtenfunctionaris bij DOKh?**

Huisartsen, cosmetisch artsen en plastisch chirurgen, verloskundigen, fysiotherapeuten en bedrijfsartsen.

### **Wat als een zorgverlener een klacht heeft over zijn patiënt?**

Ja, die geluiden hoor ik al sinds 1995 van artsen: en wij dan, waar kunnen wij terecht? Artsen kunnen natuurlijk te rade gaan bij hun eigen beroepsvereniging. De KNMG heeft een richtlijn voor het beëindigen van de behandelingsovereenkomst, al is dat een ingewikkeld traject. Artsen kunnen ook terecht bij DOKh voor peer support door een collega als ze een moeilijke situatie ervaren in hun werk. Doorgaans wordt van artsen verwacht dat ze moeilijkheden met problematische patiënten kunnen oplossen binnen hun samenwerkingsverband.

### **Wat zijn de belangrijkste tips die je zou willen geven aan zorgverleners die met een klacht te maken krijgen?**

Leg zo snel mogelijk contact als je hoort dat iemand niet tevreden is. Dat wordt altijd gewaardeerd, ook al zijn mensen boos of in de rouw. Goed luisteren is belangrijk; betrek de klacht niet meteen op jezelf en ga niet in de verdediging, maar luister en geef ruimte voor verdriet en boosheid. Verwijs de patiënt naar de klachtenregeling van DOKh als je merkt dat je er niet uit komt – als je bij ons bent aangesloten uiteraard. Bel ons voor advies en vraag desgewenst om peer support van een collega, dat kan ook via DOKh.

#### **Casus**

Klager vertelt aan de zorgverlener dat zij iets ingrijpends heeft meegemaakt. De arts reageert hier, in de ogen van de klager, nogal laconiek op. Er wordt een klacht ingediend. In overleg met klager stuurt de klachtenfunctionaris de mail met de klacht door naar de zorgverlener. Deze schrikt: zo was het helemaal niet bedoeld. De zorgverlener neemt rechtstreeks contact op met de klager om de zaak door te spreken en de klacht is snel naar tevredenheid afgehandeld.



## Een geschil, en dan?? In gesprek met de geschilleninstantie van DOKh

Elke zorgverlener krijgt te maken met ontevreden patiënten en cliënten. Soms omdat er iets verkeerd is *gedaan*, soms ook omdat er buiten de schuld van de zorgverlener iets verkeerd is *gegaan*. Als het jou overkomt, kom je er natuurlijk liefst zelf uit met de boze patiënt; een goed gesprek doet vaak wonderen. Lukt dat niet, dan kan er een formele klacht tegen je worden ingediend. In dat geval neemt de klachtenfunctionaris contact op met de klager. Is ook dat niet voldoende om er samen uit te komen, dan wordt de klacht een geschil en volgt een zitting bij de geschilleninstantie. Maar met wie krijg je eigenlijk te maken bij zo'n zitting en hoe gaat de procedure in zijn werk? In dit interview vertellen voorzitter, huisarts-beroepsgenoot en patiëntvertegenwoordiger er meer over.



Wouter van der Haak (voorzitter) is familie- en jeugdrechter bij de rechtbank Noord-Holland. Daarnaast is hij opleider van rechters en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak.



Dolf Coppoolse (lid beroepsgenoot) is praktijkhoudend huisarts in Castricum, waar hij ook huisartsen opleidt. Naast zijn werk voor de geschilleninstantie van DOKh is hij lid-beroepsgenoot bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) in Den Haag.



Helena Kosec (patiëntenlid) is in Kroatië opgeleid tot jurist en heeft in Nederland een minor gezondheidsrecht bij de Hogeschool Leiden en een master Sociologie bij de Universiteit van Amsterdam gedaan. Zij heeft voor diverse organisaties gewerkt die zich bezighouden met cliëntenperspectief, waaronder 12 jaar bij Pharos expertisecentrum gezondheidsverschillen. Zij is nu gepensioneerd en geeft als vrijwilliger voorlichtingen over gezond leven aan vrouwenorganisaties.

### Hoe zijn jullie bij de geschilleninstantie betrokken geraakt?

Wouter: een collega was voorzitter van de klachtencommissie van DOKh. Toen de Wkkgz eraan zat te komen en DOKh bezig was met het vormgeven van een reglement heeft hij mij gevraagd om mee te denken. In eerste instantie was ik plaatsvervangend voorzitter en later heb ik mijn collega opgevolgd als voorzitter. Het is een bewuste keuze geweest om een familie- en jeugdrechter als voorzitter van de geschilleninstantie te hebben, omdat deze wel gewend is om zittingen te behandelen waarbij veel emoties en gevoeligheden meespelen. Dat is anders dan bij bijvoorbeeld het handels- of strafrecht.

Dolf: Ik was al als huisarts-beroepsgenoot verbonden aan het centraal tuchtcollege en zag toen een advertentie van DOKh. Daar heb ik op gesolliciteerd. Het leek mij ontzettend leuk om de geschilleninstantie te combineren met het tuchtrecht; de Wkkgz is de basis en het tuchtrecht gaat een stap verder.

Helena: Ik was vrijwilliger bij de vereniging Cliëntenbelang Amsterdam. De vereniging heeft mij op een gegeven moment gevraagd om deel te nemen aan een huisartsenklachtencommissie in Amsterdam. Dat heb ik jaren gedaan. Toen de Wkkgz werd ingevoerd heb ik gesolliciteerd bij DOKh en werd ik aangenomen.

**Wat is de rol van de verschillende leden van de geschilleninstantie? Heeft een patiënt-lid bijvoorbeeld een andere rol dan de rechter en de huisarts?**

Helena: Bij het cliëntenperspectief gaat het in het bijzonder over wat een klager verwacht. Hoe komt iets over op klager, wat is zijn kennisniveau, hoe zit hij in de procedure en wat zijn de bijbehorende wensen en gevoelens? Ook de voorzitter en de arts letten daar overigens op; we vullen elkaar daarin aan en maken elkaar bewust van blinde vlekken. Verder zijn mijn taken voor een groot deel dezelfde als die van de andere commissieleden. Ik dien, net als de andere twee leden, onpartijdig en neutraal te zijn en ben mede verantwoordelijk voor een zorgvuldige uitspraak. Net zoals de huisarts en de rechter let ik op de protocollen en richtlijnen. Ik let erop hoe een bepaalde manier van bejegening of een bepaalde gedraging te beoordelen valt in het licht van protocollen, standaarden en richtlijnen. Als ik zie dat we in de behandeling van een geschil meer aandacht moeten schenken aan een bepaalde gedragsregel, dan zal ik dat benoemen. Meestal is dat in de voorbespreking of in de nabespreking van de zitting.

Bij de uiteindelijke beslissing wordt er gestemd of een klacht al dan niet gegrond is en dan geldt er een meerderheid van stemmen. Medische expertise is heel belangrijk daarbij. In die zin is de rol van een huisarts natuurlijk anders dan die van een patiëntenlid, maar ik denk dat het onmisbaar is dat bij het nemen van de beslissing voldoende aandacht is voor het perspectief van de klager. Dat bewaak ik.

Wouter: Het klopt dat we formeel beslissen bij meerderheid van stemmen, maar in de praktijk komen we vrijwel altijd – soms na een stevig debat – op een unanieme beslissing uit. Het fijne van de samenstelling van de commissie is dat je elkaar aanvult. Kennis die je zelf niet hebt, haal je op bij een van de anderen. Bij een procedure ga je op zoek naar richtlijnen, bijvoorbeeld van NHG of de KNMG, die relevant zijn voor de behandeling van een bepaalde aandoening. En we toetsen natuurlijk aan de WGBO, die is bij juristen en zorgverleners welbekend.

**Wat zijn de verschillen tussen een tuchtzaak en een geschil?**

Dolf: De setting is anders. Het CTG heeft zitting in het paleis van Justitie in Den Haag. Daarmee vergeleken is de omgeving van een geschil bijna huiselijk te noemen. We zitten met zijn vieren achter een tafel in een kantoor bij DOKh. Dat is veel vriendelijker in vergelijking met het CTG waarbij drie rechters en twee beroepsgenoten op een verhoging zitten. Ik weet niet of beklagden het ook zo ervaren, maar het totale plaatje vind ik bij DOKh veel persoonlijker.

**En inhoudelijk?**

Dolf: Inhoudelijk maakt het niet zoveel uit. Zaken die bij DOKh behandeld worden als geschil zouden ook bij het tuchtcollege terecht kunnen komen. Maar de hele periode voorafgaand aan zo'n zitting is wel een verschil. Bij de geschilleninstantie gaat het allemaal veel sneller, bij het tuchtcollege is het traject veel langer.

### **Wat is de doorlooptijd van een geschil?**

Wouter: In beginsel moet een geschil worden ingediend binnen een jaar na de uitkomst van een klachtenprocedure. Ik bekijk in eerste instantie of een geschil ontvankelijk is. Soms laat ik nadere informatie opvragen, of ik vraag wat het doel is van een klager. Als een klager bijvoorbeeld hint op tuchtrechtelijke maatregelen dan laat ik weten dat de geschilleninstantie geen maatregelen kan opleggen. Een geschilleninstantie kan alleen een klacht gegrond of ongegrond verklaren en eventueel een schadevergoeding toekennen van maximaal €25.000,-. Ook kunnen we een vrijblijvende aanbeveling doen om bijvoorbeeld een werkwijze aan te passen.

We beoordelen dus of een klager bij ons aan het goede adres is. Voordat we de procedure ingaan moet een klager bijvoorbeeld wel weten dat onze uitspraak een bindend advies inhoudt en dat een gang naar de civiele rechter dus vrijwel onmogelijk is na de uitspraak van de geschilleninstantie.

Als de zaak dan in behandeling wordt genomen, heeft de zorgverlener vier weken de tijd om verweer aan te leveren. Dan moet er nog een commissie worden samengesteld. Er moet een zitting worden gepland, rekening houdend met de beschikbaarheid van partijen. Na de zitting willen wij binnen zes weken uitspraak doen en meestal lukt dat sneller, namelijk binnen 3 tot 4 weken. De totale doorlooptijd is zes maanden: binnen zes maanden nadat het geschil ontvankelijk is verklaard moet er een uitspraak liggen.

### **Hoe gaat zo'n procedure in zijn werk?**

Wouter: er wordt altijd schriftelijk verweer opgevraagd. Het hangt van de zaak af hoe daarop gereageerd wordt. Vaak dient de zorgverlener verweer in, soms doet bijvoorbeeld een praktijkmanager dat, soms de rechtsbijstandsverzekeraar. Dat laatste gebeurt vooral vaak als er een schadeclaim is ingediend. Meestal stukt de communicatie tussen klager en arts dan; de verzekeraar adviseert de arts dan om zich verder afzijdig te houden en neemt het over.

Het is niet verplicht om je te laten vertegenwoordigen. Wanneer er geen schadeclaim is ingediend, kiest een verweerder er niet altijd voor om zich te laten vertegenwoordigen. Een klager heeft bijna nooit rechtsbijstand; het mag wel volgens het reglement maar je ziet het bijna niet.

Helena: Dat een klager zich meestal niet laat vertegenwoordigen zou invloed kunnen hebben op de verwachtingen die een klager heeft van de uitkomst van een procedure. Als iemand de klager vooraf zou kunnen adviseren over de haalbaarheid van een klacht en voorlichting zou kunnen geven over de manier waarop een klacht wordt beoordeeld, zou dat wel kunnen helpen om verwachtingen bij te stellen.

### **Zou je partijen adviseren om zich te laten vertegenwoordigen?**

Wouter: Het is bedoeld als laagdrempelige procedure. De waarde zit hem vooral in het bespreken van de klacht onder leiding van mensen die dat in goede banen kunnen leiden en een arts die vanuit een onafhankelijke positie kritische inhoudelijke vragen kan stellen. Als de klager ervaart dat de arts flink bevraagd wordt door een beroepsgenoot en een goed verhaal heeft, dan kan dat er soms ook zomaar toe leiden dat een klacht wordt ingetrokken of dat er geschikt wordt.

Dolf: het hangt er ook vanaf hoe de beklagde er zelf in staat. Soms is een beklagde zo nerveus dat hij zelf niet goed het woord kan voeren. Dan is het heel goed om iemand anders mee te nemen die het woord voor je voert. Dat kan een advocaat zijn, maar het kan bijvoorbeeld ook een beroepsgenoot zijn die het standpunt van de beklagde verwoordt.

Wouter: En sommige klagers lukt het ook niet goed om de klacht goed te verwoorden. Dan worden er wel allemaal dingen benoemd die niet goed zijn gegaan maar er wordt niet een concrete klacht geformuleerd. Ook dan kan het goed zijn wanneer iemand rechtsbijstand verleent, iemand die de klacht kan ordenen.

**Dus soms wordt een klacht tijdens zitting ingetrokken. Wat bijzonder dan dat dat niet in het voortraject al gebeurde.**

Helena: Uit onderzoek naar geschilleninstanties in de zorg van de Rijksoverheid is gebleken dat klagers doorgaans wat minder gericht zijn op herstel van de relatie dan de zorgverlener. Maar dat is wel nadrukkelijk een van de doelen van een geschilleninstantie. Hoe het komt dat het soms de klachtenfunctionaris niet lukt om partijen nader tot elkaar te brengen terwijl het wel lukt tijdens een zitting, weet ik niet zeker. Het zou kunnen dat een zitting formeler is: met drie leden, in een goed gestructureerde setting waarbij soms wel twee uur lang gesproken wordt over de zaak. Dat kan een sfeer creëren waarbij de klager meer bereidheid gaat voelen om te schikken, of om de klacht in te trekken.

Wouter: Standaard beginnen we de zitting met de vraag: hoe is het voor u om hier te zitten, hoe zit u erbij, wat hoopt en verwacht u van vandaag? En aan het einde van de zitting vragen we hoe ze het ervaren hebben. Die vraag helpt om de sfeer aan te voelen en dat is vaak bepalend voor hoe het verder loopt. Soms ontdek je aan het begin van de zitting al dat mensen helemaal niet van plan zijn om het heel hard te spelen maar dat ze gewoon heel erg geschrokken zijn. Het helpt dan als de arts zegt dat het voor hem/haar ook een heel ingrijpende periode is geweest. Uitkomst kan dan zijn dat een klacht op zitting wordt ingetrokken.

Dolf: Dat is ook de mooiste uitkomst. Ook voor ons, want wij hoeven dan geen uitspraak te doen. Maar zeker ook voor partijen. Waarom is dat in het hele voortraject niet gebeurd... het kan zijn dat de klager te boos was, het kan zijn dat de zorgverlener niet adequaat reageerde waardoor de boosheid toenam. In onze setting, waarbij beide partijen een woordje mogen doen, proef je soms gewoon dat de sfeer ineens verbetert. Dan kan de rechter soms zeggen: zullen wij even de zaal verlaten? En dan kom je terug en dan zeggen partijen: het is niet meer nodig. Beter dan dat kun je het niet krijgen.

**Hoe is het voor een klager als een klacht ongegrond wordt verklaard?**

Helena: Ik heb daar weinig zicht op, ik weet niet hoe een klager zich voelt na de zitting. Uit het onderzoek van de Rijksoverheid blijkt dat klagers vaker aangeven dat zij bepaalde doelen niet hebben bereikt. Er zou meer onderzoek moeten worden gedaan naar hoe dat precies komt. Misschien zijn de verwachtingen van klagers in sommige gevallen te hoog gespannen. Soms weten klagers te weinig van het juridische kader, bijvoorbeeld dat een gemiste diagnose niet altijd betekent dat er iets verkeerd is gedaan, en kijken ze meer naar wat zij als rechtvaardig ervaren. Of dat ook geldt voor klagers bij DOKh weet ik niet. Ik zie weleens in een zitting dat een klager zo in beslag is genomen door het idee dat hem onrecht is aangedaan, dat hij zich niet kan openstellen voor de woorden van de zorgverlener. Dan zegt de voorzitter soms: 'De huisarts heeft zojuist excuses aangeboden. Heeft u dat wel gehoord?' Hoe dan ook vind ik dat de hele procedure erop gericht is om zowel klager als aangeklaagde voldoende ruimte te geven om zijn standpunten te laten verhelderen. Dat gebeurt in een goed gestructureerd en empathisch proces.

**En als een klacht gegrond wordt verklaard? Als ik me verplaats in de positie van de klager dan kan ik me voorstellen dat die soms denkt: en nu dan? De arts kan gewoon door met zijn vak terwijl mij iets naars is overkomen.**

Helena: Een van de doelen van de Wkkgz is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Als dat óók het doel is van de klager, dan kan het voor klager heel bevredigend zijn als er gegrondverklaring volgt, ook als er geen schadevergoeding wordt toegekend. Sommige klagers geven expliciet aan dat een van de redenen waarom ze de procedure hebben gestart, is dat zij niet willen dat een ander overkomt wat hen is overkomen. Als de zorgverlener tijdens de zitting laat zien dat er verbetermaatregelen zijn getroffen, weet de klager dat er iets is gedaan met zijn klacht. Het helpt als de zorgverlener dan zegt: dat had ik anders moeten doen, ik zou het niet meer zo doen. De klager mag dan tevreden zijn.

**Hoe werkt het met het toekennen van een schadevergoeding?**

Wouter: Een arts heeft geen resultaatsverplichting, maar een inspanningsverplichting. De arts moet dus gehandeld hebben zoals een redelijk handelend en redelijk bekwaam zorgverlener zou moeten doen. Het verhaal moet goed uit te leggen zijn. Een klacht moet in eerste instantie gegrond zijn wil er een schadevergoeding toegewezen kunnen worden. Maar ten tweede moet er ook een causaal verband zijn tussen datgene wat er niet goed is gegaan en de geleden schade. Als een klacht maar op een klein onderdeel gegrond wordt verklaard, is dat niet automatisch reden om een hoge schadevergoeding toe te kennen. We leggen mensen ter zitting altijd uit hoe het werkt met het recht op een schadevergoeding. Wanneer dat van toepassing is kan een advocaat, gespecialiseerd in letselschade, ons adviseren over de hoogte van de toe te kennen schadevergoeding.

Dolf: Wouter, maak jij vaak mee dat er een schadevergoeding wordt gevraagd? Ik heb dat eigenlijk nog nooit meegemaakt.

Wouter: Dat zit vooral bij de cosmetisch artsen. Ook daar is het resultaat niet gegarandeerd, maar mensen laten een ingreep juist doen omdat ze wel een bepaald resultaat willen. Als dat tegenvalt kunnen er weleens flinke claims volgen. Bij huisartsen zie je het inderdaad bijna niet.

**De norm is de redelijk handelende en redelijk bekwame zorgverlener. Maar wat is 'redelijk' bekwaam? Wanneer is handelen net voldoende en wanneer is het onvoldoende? Hoe bepaal je dat?**

Dolf: We hebben de NHG richtlijnen. Die zijn leidend, maar tegelijkertijd zijn het 'slechts' richtlijnen. Als iemand daarvan afwijkt, moet hij dat goed kunnen uitleggen. Die onderbouwing toetsen we natuurlijk, die moet te volgen zijn. Dat is de basis waarmee je naar dit soort zaken kijkt. Maar je kijkt ook hoe de zorgverlener reageert op de klacht. Nodigt hij de patiënt uit voor een gesprek of reageert hij afwijzend? Als een huisarts heel erg zijn best gedaan heeft om het gesprek aan te gaan en dat gaat heel moeilijk, dan nemen wij dat ook mee in onze overwegingen. Ook dossiervoering is belangrijk. En of de arts zich leerbaar opstelt. Dat telt mee in een tuchtzaak, maar dus ook bij een geschil.

Wouter: Het maakt ook uit hoe een patiënt zich heeft gepresenteerd bij de zorgverlener. Als een patiënt een klacht bagatelliseert en daardoor ontstaat er vertraging in de diagnostiek, dan kan je dat niet per se de zorgverlener verwijten. De redelijk handelend en redelijke bekwame arts is niet alleen. Die heeft wel de patiënt nodig om goed over de klachten te vertellen.

**Dolf, jij bent de enige beroepsgenoot tijdens een zitting van de geschilleninstantie. Is dat lastig? Je kunt niet met een collega sparren.**

Dolf: Ja, maar daarom is het fijn dat je vooraf de stukken krijgt. Dan kan je je al verdiepen in de zaak en de richtlijnen erop naslaan. En soms bespreek ik een stukje van een casus wel eens – anoniem uiteraard! – met een collega, om te weten hoe hij/zij erover zou oordelen. Ik kijk natuurlijk vanuit mijn kader en probeer zo objectief mogelijk te zijn, maar niemand is 100% objectief. En tijdens zitting kan je de beklagde bevragen. Dat helpt allemaal bij de oordeelsvorming.

**Is er iets dat jullie zorgverleners zouden willen meegeven of adviseren?**

Dolf: Elke hulpverlener maakt fouten. Het is heel belangrijk hoe je daarmee omgaat. Ga meteen het gesprek aan als je constateert dat er iets verkeerd is gegaan. Mijn ervaring is dat het dan eigenlijk altijd goed gaat, hoe moeilijk het ook is en hoezeer je ook naar zo'n gesprek gaat met lood in je schoenen. Een gesprek kan zoveel doen!

Wouter: En ook als je geen fout maakt. Als er een klacht komt, probeer dan te begrijpen waarom iemand je handelen ervaren heeft als een fout. Luister eerst, stel je open voor de argumenten van de patiënt en ga niet meteen in de verdediging. Waarom reageert iemand op die manier? Dat kan zoveel kou uit de lucht halen.

Helena: Een heldere communicatie helpt. Reageer snel, reageer persoonlijk en bied zo nodig excuses aan, geef het toe als er iets niet goed is gegaan en werk samen naar een oplossing. Mocht je er toch niet uitkomen, geef dan goede voorlichting over waar een patiënt kan klagen. Een goede dossiervoering is ook heel belangrijk. Kortom openheid over incidenten en goede registratie in het medisch dossier.

**Zou er ook betere voorlichting gegeven kunnen worden aan de patiënt? Natuurlijk over het klachtenrecht, maar ook over wat zij wel en niet kunnen verwachten van een zorgverlener? Zodat patiënten zich er meer bewust van zijn dat ook artsen fouten kunnen maken?**

Helena: Ja dat denk ik wel. Een patiënt zou zich meer bewust kunnen zijn over wat hij kan verwachten van een arts en van de geschilleninstantie, zodat hij begrijpt hoe de gedragingen van een arts worden beoordeeld. Veel patiënten weten niet dat protocollen en standaarden een grote rol spelen bij de beoordeling van een geschil. Verder zouden patiënten zich meer bewust kunnen zijn van de eigen informatieplicht aan de arts; je kunt niet veronderstellen dat een arts iets weet als je het hem niet verteld hebt.

Als het gaat om een geschil zou er een betere voorlichting kunnen zijn over de procedure. Zodat een klager zich vooraf kan oriënteren op de vraag of hij daadwerkelijk een zaak heeft of niet. Daarin zouden patiëntenorganisaties een rol kunnen nemen.

**Hoe moeilijk ook: het hoort erbij om af en toe een diagnose te missen. Ik denk dat elke zorgverlener dat wel weet, en toch is een zorgverlener vaak erg van slag als het hem overkomt. Hoe erg is het als je te maken krijgt met een geschil?**

Helena: Het meemaken van klachten en geschillen is onderdeel van de beroepsbeoefening. Iedereen maakt fouten. Ik kan me voorstellen dat een procedure als belastend wordt ervaren, zeker omdat zorgverleners – en in het bijzonder huisartsen – zwaar belast worden en een groot takenpakket hebben, en dat in een samenleving die steeds meer eisen stelt. Dan komt zo'n procedure er nog eens bij. Ik denk niet dat de geschillenprocedure als bedreigend zou hoeven worden ervaren, zeker door de manier waarop

de procedure is ingericht. Goede voorlichting over hoe zo'n procedure in zijn werk gaat is belangrijk, bijvoorbeeld ook tijdens de opleiding.

Dolf: Een gang naar de tuchtrechter wordt door zorgverleners over het algemeen als heel zwaar ervaren. Bij de geschilleninstantie is dat gelukkig in het algemeen veel minder. En dat is ook het doel van de geschilleninstantie; dat het laagdrempeliger en minder belastend is. Natuurlijk is het niet leuk als je hoort dat iemand officieel een klacht indient. Het kost je tijd, je moet een verweerschrift schrijven... maar het wordt niet zodanig ervaren als het tuchtrecht. Dat vind ik een hele grote plus van de geschilleninstantie.

Wouter: Daarbij komt dat wij niet zulke zware maatregelen kunnen opleggen. We kunnen gegrond of ongegrond verklaren en als er een schadevergoeding gevorderd is dan kunnen we daar iets van vinden, maar dat is bij huisartsen doorgaans niet aan de orde. We kunnen ook aanbevelingen geven om herhaling te voorkomen. Ik denk dat het vooral heel vervelend is voor een arts om in het beklagdenbankje te zitten, maar het is niet zo dat je moet stoppen met je praktijk wanneer er meerdere klachten gegrond zijn verklaard. De zorg kan ook verbeteren door gegrondverklarde klachten; de zorgverlener zorgt er bijvoorbeeld voor dat de waarneming verbetert, of dat het medisch dossier beter wordt bijgehouden, of dat het behandelprotocol wordt aangepast. Dat kan tijdens de zitting al geregeld zijn en voor de klager is het dan heel prettig om dat te horen. Want die wil vaak vooral dat een ander niet overkomt wat hem is overkomen.

Dolf: Belangrijk vind ik nog om te melden dat Patricia Nep, de klachtenfunctionaris, heel veel zaken al wegfiltert en oplost voordat ze bij de geschilleninstantie terechtkomen. Laat dat ook een geruststelling zijn voor zorgverleners en laat je vooral ondersteunen door de klachtenfunctionaris.

Wouter: Klopt, verreweg de meeste klachten worden ondervangen door een goed gesprek tussen de arts en de patiënt, of door tussenkomst van de klachtenfunctionaris. Een handjevol komt maar bij ons terecht. Wij behandelen nog geen tien geschillen per jaar.