

Postprint version : 1.0  
Journal website : <https://www.ntvg.nl/>

This is a Nivel certified Post Print, more info at [nivel.nl](https://nivel.nl)

## Een klacht is geen aanval: maar hoe voorkom je dat het een aanval wordt?

Roland D. Friele

### Samenvatting

Voor je het weet sta je tegenover elkaar: dokter en patiënt. Dat voelt zo als je hoort dat er een tuchtklacht tegen je is ingediend. Maar de meeste klagers zijn hier niet op uit. Ze willen vooral gehoord worden, en ze willen vaak ook dat er iets met hun klacht gebeurt. Twee mechanismen kunnen verklaren hoe het komt dat het voor de arts toch voelt als een aanval. Klachtenprocedures hebben vaak het karakter van een rechtszaak. Dan sta je bijna als vanzelfsprekend tegenover elkaar. Daarnaast kan een vraag van een klager om verduidelijking, of de behoefte om serieus genomen te worden, escaleren als een adequate reactie uitblijft. Een meer open reactie die gericht is op luisteren, op herstel van eventuele schade én van de onderlinge relatie, kan escalatie voorkomen en daarmee ook de gang naar formele procedures. Zo'n open reactie is niet altijd makkelijk. Initiatieven als peersupport kunnen hier helpen.

Artsen met een tuchtklacht voelen zich tijdens de procedure, dus nog vóór de uitspraak, vooral aangevallen en machteloos.<sup>1</sup> Dat zijn geen gevoelens die horen bij een omgeving waarin leren en verbeteren centraal zouden moeten staan, wat de kern van het tuchtrecht zou moeten zijn. Dat blijkt ook uit een enquête van het Nivel onder artsen die bij het Tuchtcollege waren aangeklaagd: driekwart van de artsen met een gegrond verklaarde tuchtklacht vond dat de procedure vooral een negatieve invloed op hun werk had.<sup>1</sup> Was dat de bedoeling van de patiënt, toen hij een klacht indiende bij het tuchtcollege?

Onderzoek naar de bedoelingen van patiënten die een klacht indienen laat zien dat de meeste patiënten dat doen met heel andere bedoelingen, maar dat de manier waarop klachtenprocedures zijn vormgegeven en het uitblijven van een passende reactie samenhangen met de negatieve ervaringen van artsen tijdens de behandeling van een tuchtklacht. In dit artikel laat ik zien waar het misgaat en hoe het anders kan.

### Het begint met een klacht van de patiënt

Het klachtenlandschap in de Nederlandse gezondheidszorg is divers en omvat, naast het tuchtrecht, de informele behandeling van klachten – vaak met een klachtenfunctionaris, soms door een overgebleven klachtencommissie –, geschilbeslechting door een geschilleninstantie en de

behandeling van medische claims. Elk van deze vormen verschilt op punten. De procedures hebben met elkaar gemeen dat ze vrijwel altijd beginnen met een klacht van een patiënt. Klachtenprocedures kunnen zo uitpakken dat je als arts en patiënt tegenover elkaar komt te staan. Maar de kern van de zaak is dat de meeste patiënten met een klacht er niet op uit zijn om hun arts aan te vallen, en dat zij er niet op uit zijn om tegenover hun arts te komen staan, althans niet in eerste instantie. Wat patiënten hopen te bereiken met het indienen van een klacht komt sterk overeen tussen de verschillende procedures, zo blijkt uit uitgebreid en herhaald kwalitatief en ook kwantitatief onderzoek in Nederland.<sup>2-7</sup> Voor de meeste mensen is de betrokken zorgverlener de eerste persoon met wie ze een klacht zouden willen bespreken.<sup>4</sup> Dat is op zich logisch: samen met die zorgverlener is de patiënt aan een behandeling begonnen en die heeft, in geval van een klacht of incident, niet gebracht wat de bedoeling was of waarop was gerekend. De eerste met wie je als patiënt wilt spreken als er iets is misgegaan, is degene met wie je samen dit traject bent ingegaan; je wilt vragen stellen als ‘hoe kan dit nu?’ en ‘hoe moet het nu verder?’ Patiënten willen weten wat er is gebeurd en hoe dat is gebeurd. Als er een fout is gemaakt willen ze dat dat wordt erkend, dat iemand verantwoordelijkheid neemt en dat excuses worden gemaakt. Patiënten willen informatie over de gevolgen voor hun gezondheid, wat er nog gedaan kan worden en wat er verder met hen gaat gebeuren. En, patiënten willen horen wat er wordt gedaan om te voorkomen wat hen is overkomen.<sup>8</sup> Op deze plek is een opmerking op zijn plaats: niet iedere patiënt past in dit algemene verhaal. Er zijn altijd uitzonderingen, net als in de medische praktijk. Die uitzonderingen, patiënten die soms jarenlang met hun klacht bij diverse instanties aankloppen, maken veel indruk. Deze patiënten worden dan opgevoerd om te betogen dat klagers het probleem zijn. Maar dit zijn uitzonderingen. Voor de meeste mensen geldt dat ze gehoord willen worden, serieus genomen willen worden en, zoals gezegd, dat ze willen voorkomen dat een ander overkomt wat hen is overkomen.

### **Twee mechanismen**

Hoe komt het dan dat het als arts zo anders voelt? Hoe komt het dat je je aangevallen voelt en soms ook machteloos, terwijl klagers het anders bedoelen? Er zijn twee mechanismen die dit kunnen verklaren.

### **De inrichting van de klachtenprocedures**

Het eerste mechanisme komt voort uit de inrichting van de klachtenprocedures. Bij de vormgeving van klachtenprocedures wordt de nadruk gelegd op een zorgvuldige procedure. Dat is op zich een goede zaak. Er is veel aandacht voor de zogenoemde procedurele rechtvaardigheid. Bij procedurele rechtvaardigheid gaat het vooral om het bieden van een heldere en eerlijke procedure. Maar bij de vormgeving van een klachten- of tuchtprocedure werken de formele rechtelijke procedures uit het aansprakelijkheidsrecht en zelfs ook het strafrecht door. Die kleuren de invulling van de procedures. Daarnaast zijn de voorzitters van de tuchtcolleges in hun dagelijks leven vaak ook werkzaam in formele verbanden, zoals het civiel recht of het strafrecht.<sup>4</sup> Eerder stelde de KNMG zelfs dat het tuchtrecht een vorm van strafrecht was geworden.<sup>9,10</sup> In straf- en civielrecht gaat het niet primair over de vraag hoe je samen verder kan en of er iets van de klacht kan worden geleerd, maar over de vraag wie gelijk heeft. Het uiteindelijke ‘product’ is een uitspraak, een oordeel over de gegrondheid van de klacht.

Dat oordeel wordt gegeven op basis van hoor- en wederhoor: de ene partij (de patiënt) dient een klacht in tegen de andere partij (de zorgverlener) en de zorgverlener dient de patiënt dan van repliek (let op het woordgebruik). De patiënt reageert vervolgens, waarop de aangesproken partij – die inmiddels verweerder heet – op zijn beurt weer reageert. Door deze opzet ontstaat een arena-achtige omgeving waarin mensen als vanzelf tegenover elkaar komen te staan. En dan voel je je, als aangeklaagde arts, ook echt aangevallen. Niet omdat klager dat wilde, maar omdat de procedure dit van de klager verlangde: een helder klaagschrift, zo opgeschreven dat de kans op een

gegrondverklaring zo groot mogelijk is, binnen een setting die veel weg heeft van een rechtbank, waarin de beklagde aangesproken wordt als verweerder en niet als zorgverlener.

### Escalatie

Het tweede mechanisme is een escalatiemechanisme. In de mediationpraktijk wordt daaraan gerefereerd met het begrip escalatieladder.<sup>11,12</sup> In het beginstadium wil men vooral gehoord worden, begrijpen wat er is gebeurd. Als mensen zich niet gehoord voelen, dan verandert hun houding ten aanzien van de klacht, dan veranderen de emoties. Hoe langer een adequate reactie uitblijft, hoe verder de houding van een klager escaleert.

Wij zagen dit bijvoorbeeld terug in een vergelijking van de verwachtingen van klagers bij de voormalige klachtencommissies en bij de tuchtrechter.<sup>5</sup> De tijd tussen de gebeurtenis achter de klacht was langer voor tuchtklachten dan voor klachten bij de klachtencommissie: twee derde van de klagers bij de klachtencommissie deed dit binnen 3 maanden en 10% na een jaar, terwijl slechts één derde van de klagers bij de tuchtcolleges dit binnen 3 maanden deed en een kwart wachtte meer dan een jaar. In beide gevallen wilde vrijwel iedere klager met het indienen van een klacht eraan bijdragen dat anderen niet hetzelfde zou overkomen.

Maar bijna twee keer zoveel klagers bij het tuchtcollege wilden dat de aangeklaagde gestraft zou worden (56 vs. 34%). Hoe langer mensen zich niet gehoord voelen, hoe meer zij op zoek gaan naar een manier om hun arts te straffen.

Er is natuurlijk samenhang tussen deze mechanismen. Als een klacht niet escaleert, dan bereikt die klacht ook de meer formele procedures niet, zoals de geschilleninstantie of de tuchtrechter.

### Het kan ook anders

De twee mechanismen die ik hier heb beschreven bieden houvast voor een alternatieve aanpak. Om escalatie tegen te gaan ligt het advies voor de hand: zorg dat het niet escaleert. En ook voor de focus op de formele, adverseriële procedures is er een alternatief. Het is mogelijk om niet vanuit de procedures naar een klacht te kijken, maar meer vanuit het zoeken naar herstelmogelijkheden. Inmeer academische termen: zoeken naar 'restorative justice' ofwel: herstelgerichte rechtvaardigheid.

### Herstelgerichte rechtvaardigheid

Bij herstelgerichte rechtvaardigheid gaat het om het zoeken naar een manier om de opgelopen schade te herstellen; die schade kan lichamelijk zijn, maar ook betrekking hebben op de onderlinge relatie of op een verlies van vertrouwen in de zorg. Dus: wees er snel bij en zoek naar een oplossing. In de praktijk is dat best lastig. In ons OPEN-netwerk hebben we gedurende een langere periode met vertegenwoordigers van een twintigtal ziekenhuizen gezocht naar manieren om vaker te komen tot een open reactie op klachten en calamiteiten.<sup>13</sup> Een open reactie is gericht op het zoeken naar de manier waarop arts en patiënt samen weer verder kunnen. Dat is niet makkelijk.

Verschillende ziekenhuizen hebben vormen van peersupport geïntroduceerd. Dan krijgen artsen die te maken hebben met een klacht of calamiteit, steun van een vertrouwde collega. Bij die collega kunnen ze hun verhaal kwijt. Dat helpt enorm om op een positievere manier om te gaan met een negatieve gebeurtenis als een klacht of een calamiteit.<sup>14-16</sup> Dat is niet alleen belangrijk voor die arts zelf, maar ook voor de patiënt. Patiënten verlangen van hun arts een professionele reactie, en dat is moeilijk als je het gevoel hebt iets verkeerd te hebben gedaan of als je je aangevallen voelt.

Overigens is peersupport nog maar in beperkte mate gericht op de begeleiding of coaching van de betrokken arts bij het voeren van een open gesprek met een patiënt, terwijl dat wel een gewenste ontwikkeling zou zijn. Dat open gesprek voer je vervolgens zo snel mogelijk, dus niet wachten tot 'er meer duidelijkheid is'.<sup>8,17</sup> Hoe eerder je erbij bent, hoe kleiner de kans op escalatie.

## Een fout erkennen is niet het erkennen van aansprakelijkheid

In sommige ziekenhuizen schuift een jurist aan bij dit eerste gesprek. Daar hoeft niets mis mee te zijn. Het risico is echter dat die jurist er vooral zit om te voorkomen dat er 'verkeerde dingen worden gezegd die zouden kunnen leiden tot het erkennen van aansprakelijkheid'. Dat moet niet de insteek zijn. Er heerst een lastig uit te roeien mythe dat je als dokter niet mag zeggen dat je een fout hebt gemaakt. Dat dat niet zou mogen van de verzekeraar. In de Gedragscode Openheid medische incidenten (GOMA), die ook is ondertekend door de aansprakelijkheidsverzekeraars, wordt hier korte metten mee gemaakt, letterlijk: 'De erkenning van een fout door de zorgaanbieder staat niet gelijk aan civielrechtelijke aansprakelijkheid'.<sup>17</sup>

## Positieve ervaringen

Dat een meer op herstel gerichte benadering mogelijk is, laat de evaluatie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zien. Een van de elementen in de Wkkgz was het bieden van regelruimte aan zorgaanbieders om zelf hun klachtbehandeling vorm te geven, binnen de eigen organisatie. De evaluatie laat zien dat klagers van wie de klacht binnen de zorgorganisatie was behandeld, vaker zeiden dat zij hun verhaal hadden kunnen vertellen en vaker zeiden dat hun rechtsgevoel was hersteld dan klagers van wie de klacht was behandeld door de voormalige klachtencommissies of door de geschilleninstantie.<sup>4</sup> Voor die eerste groep patiënten is er minder reden om hun klacht te laten escaleren.

## Kortom...

Een klacht is geen aanval. Zoals eerder gesteld zullen er altijd uitzonderingen zijn, maar een open en snelle reactie, peersupport en een gerichte focus op een herstelgerichte benadering kunnen artsen naar verwachting helpen om zich niet aangevallen of machteloos te voelen als een patiënt een klacht indient. Dat is goed voor beiden, arts én patiënt.

## Referenties

1. Laarman BS, Bouwman RJ, de Veer AJ, Hendriks M, Friele RD. How do doctors in the Netherlands perceive the impact of disciplinary procedures and disclosure of disciplinary measures on their professional practice, health and career opportunities? A questionnaire among medical doctors who received a disciplinary measure. *BMJ Open*. 2019;9:e023576. doi:10.1136/bmjopen-2018-023576. Medline
2. Friele RD, Sluijs EM, Legemaate J. Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:199. doi:10.1186/1472-6963-8-199. Medline
3. Friele RD, Sluijs EM. Patient expectations of fair complaint handling in hospitals: empirical data. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:106. doi:10.1186/1472-6963-6-106. Medline
4. Friele R, Legemaate J, Wijne R, et al. Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Den Haag: ZonMw; 2021.
5. Friele RD, Kruikemeier S, Rademakers JJ, Coppens R. Comparing the outcome of two different procedures to handle complaints from a patient's perspective. *J Forensic Leg Med*. 2013;20:290-5. doi:10.1016/j.jflm.2012.11.001. Medline
6. Stobbe E, van den Broek S, Friele R. Ervaringen na een klacht over de huisarts: veertien diepte-interviews met patiënten. *Huisarts Wet*. 2020;63(8).
7. Merten H, Portegijs S, Dückers M, Wagner C. Als het mis gaat... Verhalen van patiënten en nabestaanden na het doormaken van een calamiteit. Utrecht: Nivel; 2019.
8. Laarman B, Bomhoff M, Friele R, Akkermans A, Legemaate J. In vier stappen naar een adequate reactie na een incident. Utrecht: Nivel; 2016.
9. Hendriks A, van der Meer H. Tuchtrecter wordt strenger. *Medisch Contact*. 17 juli 2015.

10. Van den Heuvel EF, Hendriks AC. Medisch tuchtrecht; heeft dat nog bestaansrecht? Ned Tijdschr Geneeskd. 2018;163:D3665.
11. Wikipedia.org. Friedrich Glasl. [https://de.wikipedia.org/wiki/Friedrich\\_Glasl](https://de.wikipedia.org/wiki/Friedrich_Glasl), geraadpleegd op 29 november 2021.
12. Mayer C. Escalation and de-escalation. In: Intercultural mediation and conflict management training. Cham: Springer; 2020.
13. Akkermans AJ, Legemaate J, Friele RD, Bomhoff M, Laarman B. OPEN: onderzoekstraject van ziekenhuizen en wetenschappers. [www.openindezorg.nl](http://www.openindezorg.nl), geraadpleegd op 29 november 2021.
14. Plews-Ogan M, May N, Owens J, Ardelt M, Shapiro J, Bell SK. Wisdom in medicine: what helps physicians after a medical error? Acad Med. 2016;91:233-41. doi:10.1097/ACM.0000000000000886. Medline
15. Kluin-Nelemans J, Kamminga Y, Erwich J. Ervaring met peer-supportprogramma UMCG. KIZ, over kwaliteit en veiligheid in zorg, 4 augustus 2016.
16. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. Acad Med. 2016;91:1200-4. doi:10.1097/ACM.0000000000001297. Medline
17. Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Den Haag: De Letselschade Raad; 2012.