



JAARVERSLAG
2010

Inhoudsopgave

Voorwoord	pagina	3
1. Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland		4
1.1	Algemeen	
1.2	Aansluiting	
1.3	Spijtoptantenregeling	
1.4	Huisartsendienstenstructuren	
1.4.1	overdracht zorgaanbiederschap	
1.5	Aansluitingen anders	
1.6	Voorlichting	
1.7	Deskundigheidsbevordering	
2. Jaarverslag 2010 Bestuur		8
3. Klachtenafhandeling 2010		9
3.1	Algemeen	
3.1.1	wijzen van klachtenbehandeling	
3.1.2	afhandeling klachten	
3.1.3	aard van de klachten	
3.1.4	klager	
3.1.5	aangeklaagde	
3.2	Bemiddeling	13
3.2.1	telefonische bemiddeling	
3.2.2	doorlooptijd telefonische bemiddeling	
3.2.3	het bemiddelingsgesprek	
3.2.4	doorlooptijd bemiddelingsgesprekken	
3.2.5	reacties huisartsen naar aanleiding van de (telefonische) bemiddeling	
3.2.6	constateringen en opmerkingen vanuit de (telefonische) bemiddeling	
3.2.7	evaluatie bemiddelingsgesprekken	
3.3	Klachtenbehandeling	15
3.3.1	cijfers 2009	
3.3.2	doorlooptijd klachtenbehandeling	
3.3.3	reacties huisartsen naar aanleiding van de uitspraak	
3.3.4	aanbevelingen Klachtencommissie	
3.3.5	evaluatie klachtenbehandeling	
3.3.6	evaluatie Klachtencommissie	
4. Extern overleg		22
4.1	Inspectie voor de Gezondheidszorg	
4.2	Informatie en Klachtenopvang Gezondheidszorg	
Bijlagen		23
A.	Werkwijze bemiddeling	
B.	Werkwijze Klachtencommissie	
C.	Uitspraak Klachtencommissie	
D.	Financiën	
E.	Personalía	

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag 2010 van de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland (SKHZN). Het doel van de Stichting is een onpartijdige behandeling van klachten ten behoeve van deelnemende huisartsen, huisartsenposten en aan huisartsenzorg verwante instellingen om te voldoen aan ieders wettelijke verplichting op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.

De behandeling van klachten kan bestaan uit telefonische klachtenopvang, telefonische klachtenbemiddeling, een bemiddelingsgesprek en klachtenbehandeling.

Het aantal klachten is in 2010 gedaald ten opzichte van 2009: 156 klachten ten opzichte van 221 klachten in 2009.

De werkwijze van de Klachtencommissie werd in het verslagjaar geëvalueerd. Aan klagers, huisartsen en huisartsenposten werd een evaluatieformulier toegezonden, na uitspraken gedaan door de Klachtencommissie in 2010. Verbeterpunten die zijn voortgekomen uit deze evaluatie worden zo mogelijk in de werkwijze meegenomen.

De Klachtencommissie evalueerde in het verslagjaar ook haar eigen functioneren middels een evaluatieformulier. Positief is dat alle leden hebben aangegeven het werk voor de Klachtencommissie boeiend en leerzaam te vinden, dat de vergaderingen in een goede sfeer plaatsvinden en dat de onafhankelijkheid bewaakt wordt.

Het Bestuur stelde in het verslagjaar een zogenaamde spijtoptantenregeling vast. Dit houdt in dat een huisarts die zich willens en wetens niet heeft aangesloten bij een onafhankelijke klachtenregeling, bij het indienen van een klacht jegens hem/haar, de kosten betaalt die gelijk zijn aan de behandeling van een klacht. Dit om te voorkomen dat de betreffende huisarts profiteert van zijn collega's die wél al jaren hun aansluitvergoeding hebben betaald. Het Bestuur heeft dit bedrag vastgesteld op € 1050,- per klachtbehandeling.

Een woord van dank is tot slot op zijn plaats aan al diegenen die hebben bijgedragen aan het welslagen van de Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland.

drs. M.P. Frankenhuis, huisarts
Voorzitter Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland

Eindhoven, maart 2011

1. De Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland

1.1 Algemeen

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) draagt iedere zorgaanbieder op 'een regeling te treffen voor de behandeling van klachten over een gedraging van hem of voor hem werkzame personen jegens een cliënt'. De Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland (SKHZN) werd in het leven geroepen om huisartsen in Zuid-Nederland de gelegenheid te bieden aan hun wettelijke verplichting te voldoen. De Klachtencommissie van de SKHZN biedt de mogelijkheid tot onpartijdige behandeling van klachten en doet uitspraak over de gegrondheid daarvan. Sinds 1 januari 2003 is het voor klager en huisarts tevens mogelijk om een gesprek onder leiding van een onafhankelijk bemiddelaar aan te gaan.

De doelstelling van de Klachtenregeling is:

- het bieden van een procedure voor opvang, bemiddeling en behandeling van een klacht
- het recht doen aan de individuele klager
- het signaleren van structurele tekortkomingen in de huisartsenzorg en
- het bevorderen van de kwaliteit in de huisartsenzorg

Het gebied waarvoor de SKHZN haar werkzaamheden verricht omvat de Huisartsenkringen Limburg, De Gelderse Rivieren, Nijmegen e.o., Zuidoost-Brabant, Noord-Brabant Noordoost, Midden-Brabant, West-Brabant en Zeeland.

1.2 Aansluiting

Aangesloten bij de SKHZN zijn niet alleen zelfstandig gevestigde huisartsen maar ook huisartsen in loondienst en waarnemend huisartsen. Op 31 december 2010 waren 3096 huisartsen aangesloten. In 2009 waren dat er 2993. De aansluitkosten voor 2011 zijn gelijk gebleven met die van 2009 en bedragen 100 euro. Naar analogie van het verzekeringswezen is er geen premiedifferentiatie voor parttime werkende huisartsen. Wanneer een huisarts zich na 1 juli van enig jaar aansluit is de helft van de aansluitkosten over dat jaar verschuldigd.

Het blijkt vaak onbekend te zijn dat een huisarts in dienstverband een individuele aansluiting dient te hebben bij een onafhankelijke klachtenregeling. Er wordt veelal ten onrechte van uitgegaan dat de huisarts in dienstverband meelift op de klachtenregeling van zijn/haar huisartswerkgever. Klachten jegens huisartsen-in-opleiding worden in behandeling genomen indien de huisartsopleider is aangesloten.

1.3 Spijtoptantenregeling

Het komt voor dat de Klachtenregeling te maken krijgt met een huisarts die zich willens en wetens niet heeft aangesloten bij een onafhankelijke klachtenregeling en dit pas doet nadat er een klacht jegens hem/haar wordt ingediend en vaak pas na tussenkomst van de afdeling Informatie en Klachtenopvang van Zorgbelang en/of de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze huisarts profiteert hiermee van zijn collega's die wel al jaren hun aansluitkosten betalen. Het Bestuur heeft daarom in haar vergadering van 8 april 2010 voor deze huisartsen een zogenaamde spijtoptantenregeling vastgesteld. Dit houdt in dat in de hierboven beschreven situatie de betreffende huisarts de kosten betaalt die gelijk zijn aan de behandeling van de klacht. Het Bestuur heeft dit bedrag vastgesteld op € 1050,- per klachtbehandeling.

1.4 Huisartsendienstenstructuren

Naast individuele huisartsen kunnen zich bij de SKHZN ook Huisartsendienstenstructuren (HDS-en) aansluiten. Belangrijkste reden is te kunnen waarborgen dat er één loket is voor klachten over de huisartsenzorg. Indien de Klachtencommissie geen klachten over HDS-en zou behandelen, zou dat kunnen leiden tot het ontstaan van verschillende klachtencommissies. Patiënten zouden zich dan voor klachten over de huisartsenzorg overdag tot een andere instantie moeten wenden dan voor klachten over de huisartsenzorg in de avonden en het weekend, of zelfs tot meerdere commissies tegelijkertijd, hetgeen een ongewenste situatie is.

De aansluitkosten voor 2011 zijn gelijk gebleven met die van 2010 en bedragen per 1 januari 500 euro per jaar. Indien de HDS zich na 1 juli aansluit is de helft van de contributie verschuldigd. Alle 17 HDS-en in het werkgebied van de Stichting zijn bij de klachtenregeling aangesloten.

Deze aansluiting dekt de behandeling van klachten over de organisatie van een HDS en geeft de HDS de positie van zorgaanbieder in de klachtenprocedure, indien is vastgelegd dat de huisartsen het zorgaanbiederschap voor wat betreft de klachtenbehandeling hebben overgedragen aan de HDS.

1.4.1 overdracht zorgaanbiederschap HDS-en

HDS-en zijn zorgaanbieders in de zin van de WKCZ. Individuele huisartsen zijn ook zorgaanbieders in de zin van de WKCZ. Een huisarts die dienst doet in een HDS is vergelijkbaar met de arts die op contract in een ziekenhuis werkt. Dat betekent dat deze huisarts formeel de zorgaanbieder is, tenzij in de overeenkomst tussen huisarts en HDS is geregeld dat de HDS voor wat betreft de klachtbehandeling de zorgaanbieder is.

De SKHZN stimuleert de HDS-en om in de overeenkomst die de huisarts met de HDS aangaat, de overdracht van het zorgaanbiederschap te regelen. Dit betekent concreet dat als een in een HDS dienstdoende huisarts of een assistente wordt aangeklaagd, tevens de HDS de uitspraak in de zaak krijgt toegezonden, met het verzoek om binnen vier weken te reageren als de uitspraak (gedeeltelijk) gegrond is. Hiermee krijgen de HDS-en meer mogelijkheden om te komen tot sturing van de kwaliteit van de zorg in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

1.5 Aansluitingen anders

In navolging van de mogelijkheid tot aansluiting van HDS-en bij de SKHZN kunnen ook andere instellingen van huisartsenzorg deelnemen aan de Klachtenregeling. Dergelijke instellingen moeten in elk geval *zorgaanbieder* zijn en in overwegende mate *huisartsgeneeskundige* werkzaamheden verrichten, waaronder ketenorganisaties. Inmiddels zijn 18 van deze centra bij de SKHZN aangesloten. De aansluitkosten voor deze centra bedragen per 1 januari 2011 250 euro per jaar.

1.6 Voorlichting

De SKHZN geeft op aanvraag voorlichting aan groepen van minimaal 15 personen. Het scholingspakket bestaat uit:

werkwijze van de Stichting

- klachtenopvang
- (telefonische) klachtenbemiddeling
- klachtencommissie

conflicthantering

- analyse van het conflict
- voorkomen van conflicten in de spreekkamer

gezondheidsrecht

- Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- klachtmogelijkheden

De klachtenfunctionaris gaf samen met de secretaris van de Klachtencommissie voorlichting aan startende huisartsen in het Starterscafé te Maastricht. Er werd voorlichting gegeven over het klachtrecht, het functioneren van de Klachtenregeling, de mogelijkheden van klachtenbehandeling en de werkwijze van de klachtenopvang, klachtenbemiddeling en Klachtencommissie. Besproken werd hoe klachten te voorkomen en indien er een klacht van een patiënt is, hoe daarmee om te gaan, hetgeen ook in het belang van de patiënt is.

De website van de SKHZN www.klachtenhuisarts.nl werd goed bezocht met een gemiddelde van 1917 bezoeken per maand. Uitschieters waren maart met 2307 bezoekers en november oktober met 2519 bezoekers. Op deze site is alle informatie te vinden over de Stichting en over de mogelijkheden van klachtenafhandeling.

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. Dit gebeurde in het verslagjaar 198 maal. Uiteindelijk dienden van deze groep 38 klagers ook daadwerkelijk hun klacht in. 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.

Daarnaast werden veel telefoontjes ontvangen die klachten betroffen uit de andere regio's en uit zorginstellingen, waarbij klagers werden doorverwezen naar de betreffende klachtenregeling. Wat opvalt is dat vaker de vraag naar financiële genoegdoening wordt gesteld.

1.7 Deskundigheidsbevordering

De klachtenfunctionaris participeerde in het landelijk overleg van de Vereniging voor Klachtenfunctionarissen in de Gezondheidszorg, nam deel aan het regio-overleg van de klachtenfunctionarissen in Zuidoost Brabant en Limburg evenals aan de intervisiebijeenkomsten als onderdeel van dit regio-overleg.

De secretaris van de Klachtencommissie nam deel aan het intercollegiaal secretarissenoverleg van de Klachtencommissies Huisartsenzorg in den lande.

Op 25 oktober 2010 vond een nascholing plaats, gegeven door mevrouw mr. R.M. Doppegieter van DG Doppegieter Gezondheidsrecht. De nascholing viel uiteen in twee delen.

Aan het eerste deel werd deelgenomen door een aantal leden van het Bestuur, de Klachtencommissie en de medewerkers van het bureau. Het betrof de actuele ontwikkelingen in het gezondheidsrecht, de verantwoordelijkheid voor het medisch dossier met name wanneer er tijdens vervanging/waarneming of tijdens de diensten op de huisartsenpost iets fout gaat. Dit omdat het medisch dossier van de eigen huisarts van een patiënt onjuist of onvolledig is. Met betrekking tot het medisch dossier kwam tevens aan de orde het advies van de KNMG omtrent het versturen van het medisch dossier en hoe om te gaan met het gegeven dat de oude huisarts het medisch dossier bij overdracht niet elektronisch kan wissen.

Aan het tweede deel van de nascholing werd deelgenomen door de leden van de Klachtencommissie en de secretaris. Zaken die aan de orde kwamen waren de regiefunctie van de eigen huisarts bij bezoeken van de patiënt aan huisartsenpost en Spoedeisende Hulp. Daarnaast werd een klachtuitspraak van de Klachtencommissie door mevrouw Doppegieter bekeken en werden haar bevindingen besproken.

2. Jaarverslag 2010 van het Bestuur

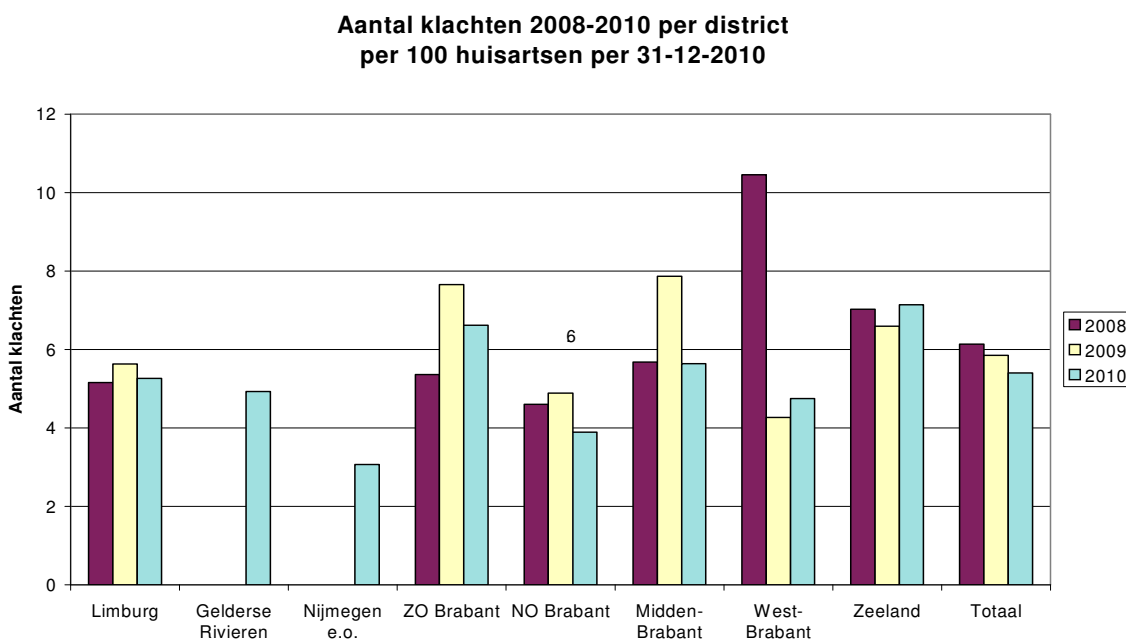
Het Bestuur bestaat uit 7 leden, voorgedragen door de aangesloten Kringen. Het Bestuur van de SKHZN kwam in 2010 tweemaal bij elkaar waarbij onder meer de volgende zaken aan de orde kwamen.

- Wegens statutair aftreden trad per 31 december 2009 de heer J.M. Vorstenbosch af als voorzitter van het Bestuur. De heer drs. M.P. Frankenhuis nam per 1 januari 2010 de functie van voorzitter op zich.
- De functie van secretaris/penningmeester werd per 1 januari 2010 vervuld door de heer drs. J. Binnekamp.
- Naast het voorzitterschap van het Bestuur was de heer Vorstenbosch tevens bestuurslid voor Huisartsenkring De Gelderse Rivieren en Nijmegen e.o. Het nieuwe algemene bestuurslid voor deze Kringen werd per 1 januari 2010 de heer drs. T.T.J. Lemain.
- Eveneens op 1 januari 2010 werd de heer drs. R.H.L. Morshuis verwelkomd als algemeen bestuurslid namens de Huisartsenkring Midden-Brabant, waarmee het Bestuur weer op volle sterkte was.
- De heer drs. J. Binnekamp, bestuurslid en de heer drs. S.W.A. Holla, adviseur namens de HDS-en werden per 1 januari 2010 herbenoemd voor een tweede termijn van drie jaar in het Bestuur.
- De heer drs. A.L. Messchaert en de heer drs. M.H.K. Jaspers werden per 1 januari 2010 herbenoemd voor een tweede termijn van drie jaar als lid van de Klachtencommissie.
- Voor een proefperiode van een jaar van 1 april 2009 tot 1 april 2010 heeft de klachtenfunctionaris van de Stichting, naast de telefonische bemiddeling, tevens de bemiddelingsgesprekken gevoerd. Voorheen werden deze gesprekken gevoerd door drie externe bemiddelaars. Alle bemiddelingsgesprekken werden geëvalueerd, waarbij de resultaten positief waren. Zowel door klagers als huisartsen wordt onder meer aangegeven het prettig te vinden dat zij met dezelfde persoon te maken hebben die zij al telefonisch hebben gesproken. Het Bestuur heeft dan ook besloten om deze proefperiode om te zetten in vast beleid.
- Vastgesteld werd een zogenaamde spijtoptantenregeling voor huisartsen die een aansluiting bij de Klachtenregeling weigeren of verzuimen en dit pas doen na het indienen van een klacht en na tussenkomst van het IKG en/of de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze huisartsen gaan de kosten van de klachtenbehandeling betalen, zijnde € 1050,-
- In het verslagjaar werd het Bestuur benaderd door het bestuur van de Klachtenregeling Midden-Nederland met de vraag naar de mogelijkheid van een samengaan van beide Klachtenregelingen. Dit in het kader van efficiëntie en doelmatigheid, kwaliteitsredenen en financiële redenen. Er vonden een aantal verkennende gesprekken plaats. Geconcludeerd werd dat de tijd nog niet rijp was voor een verregaande bestuurlijke fusie tussen de beide klachtenregelingen. Wel werd besloten om daar waar dit van toepassing is, op deelterreinen intensiever samen te gaan werken.

3. Klachtenafhandeling 2010

3.1 Algemeen

In 2010 werden bij de Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland 156 klachten ingediend. Daarmee is het aantal klachten genormaliseerd ten opzichte van voorgaande jaren en met 65 afgenomen ten opzichte van 2009 (221). Per district schommelt het aantal klachten.



Groot-Gelre is in het verslagjaar gesplitst in de Kringen De Gelderse Rivieren en Nijmegen e.o.

3.1.1 wijzen van klachtenbehandeling

Indien een patiënt een klacht wil laten behandelen door de SKHZN moet de klacht schriftelijk worden ingediend. Naar aanleiding van de klachtbrief neemt de klachtenfunctionaris telefonisch contact op met de klager. Tijdens dit gesprek wordt de klacht besproken. Het gaat dan vooral om het luisteren naar het verhaal rondom de klacht en de registratie ervan. Het is een uitgebreid intakegesprek waarin de klachtenfunctionaris samen met de klager nagaat wat het doel is van de klacht. De klachtenfunctionaris geeft tevens voorlichting over de verschillende mogelijkheden van klachtbehandeling. Uiteindelijk is het de klager die bepaalt hoe zijn klacht moet worden behandeld.

Binnen de SKHZN bestaan de volgende mogelijkheden om de klacht te behandelen:

- a. De telefonische bemiddeling. De klager kiest voor een telefonische communicatie met de huisarts. De klachtenfunctionaris treedt dan op als telefonisch bemiddelaar. Soms is één telefoongesprek voldoende, maar het kan ook zijn dat er meerdere gesprekken nodig zijn om het gewenste resultaat te bereiken. Een enkele keer neemt de huisarts zelf telefonisch contact op met de klager.

Is de klager niet tevreden over de reactie van de huisarts dan kan hij er alsnog voor kiezen om een bemiddelingsgesprek aan te gaan met de huisarts of om de klacht ter beoordeling voor te leggen aan de Klachtencommissie.

- b. Het bemiddelingsgesprek. Indien de klager de klacht wil bespreken met de huisarts dan biedt de klachtenfunctionaris een bemiddelingsgesprek aan. De informatie uit het bemiddelingsgesprek is vertrouwelijk.

Is de klager niet tevreden over het resultaat van het bemiddelingsgesprek dan kan hij er alsnog voor kiezen de klacht ter beoordeling voor te leggen aan de Klachtencommissie.

- c. Beoordeling van de klacht door de Klachtencommissie. Wil een klager de klacht laten beoordelen door de Klachtencommissie dan draagt de klachtenfunctionaris de klacht over aan de secretaris van de Klachtencommissie.

De klachtenbemiddeling en de klachtenbehandeling door de Klachtencommissie zijn twee onafhankelijke procedures. De Klachtencommissie is onwetend van hetgeen zich heeft afgespeeld tijdens de telefonische bemiddeling en/of het bemiddelingsgesprek en de klachtenfunctionaris is niet betrokken bij de behandeling van de klacht door de Klachtencommissie.

3.1.2 afhandeling klachten

In totaal zijn er in 2010 175 klachten afgehandeld (2009:208). Naast de 156 klachten die in 2010 zijn ingediend, zijn er ook nog 40 klachten uit 2009 afgehandeld. Er waren op 31 december 2010 nog 21 klachten in behandeling.

Overzicht afhandeling klachten SKHZN in 2010, incl. klachten ingediend vóór 1 januari 2010

wijze van afhandeling	ingediend vóór 1/1/2010	ingediend en afgehandeld in 2010	totaal afgehandeld in 2010
Voortraject			
niet/elders aangesloten	1	8	9
niet in behandeling genomen*	1	9	10
melding	1	3	4
telefonische bemiddeling	9	72	81
bemiddelingsgesprek	1	7	8
ingetrokken	1	8	9
verwijzing**	0	8	8
anders	1	0	1
Klachtencommissie			
uitspraak	25	17	42
gestaakt tijdens procedure ***	0	3	3
totaal aantal	40	135	175

* deze klachten betroffen voornamelijk anonieme klachten/klachten met te weinig gegevens waarbij nadere informatie niet meer werd verstrekt;

** bij deze klachten ging het om klagers die alleen financiële genoegdoening zochten en/of de mogelijkheden die de Klachtenbehandeling biedt, onvoldoende vonden en kozen voor een procedure bij het Regionaal Tuchtcollege.

*** 3 klachten werden door 2 klagsters tijdens de procedure bij de Klachtencommissie ingetrokken omdat zij zeer tevreden waren over de snelheid en inhoud van het verweer van de betrokken huisartsen.

3.1.3 aard van de klachten

Een groot aantal van de 175 afgehandelde klachten is meervoudig van aard. In het verslagjaar kunnen, binnen die 175 afgehandelde klachten, 250 klachtonderdelen worden onderscheiden. Alle klachtonderdelen zijn geanalyseerd aan de hand van een aan de huisartsenzorg aangepaste versie van de checklist, uitgegeven door de Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg (SOKG).

Medisch-professioneel handelen

- informatie betreffende onderzoek/behandeling
- toestemming
- diagnose/onderzoek
- indicatiestelling
- weigering huisbezoek of consult
- behandeling
- medicijnen
- hulpmiddelen
- alternatieve behandeling
- verwijzing
- overig

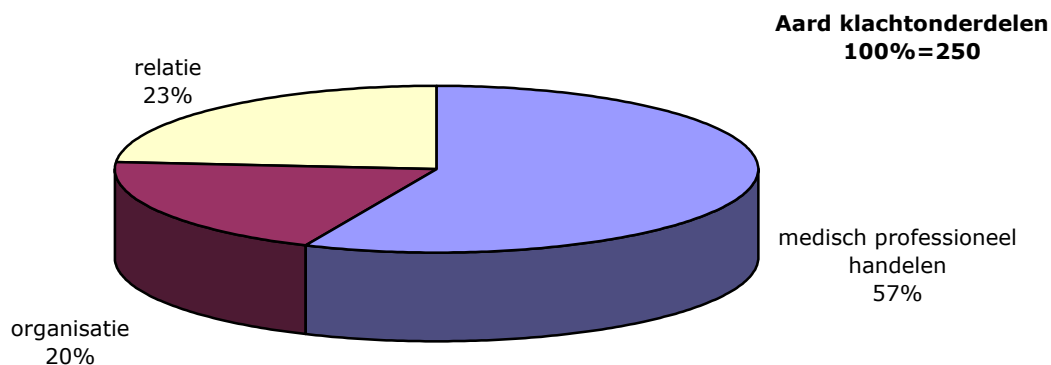
Relatie

- bejegening/ communicatie
- ongewenste intimiteiten
- discriminatie
- privacy
- beroepsgeheim
- vertrouwen
- overig

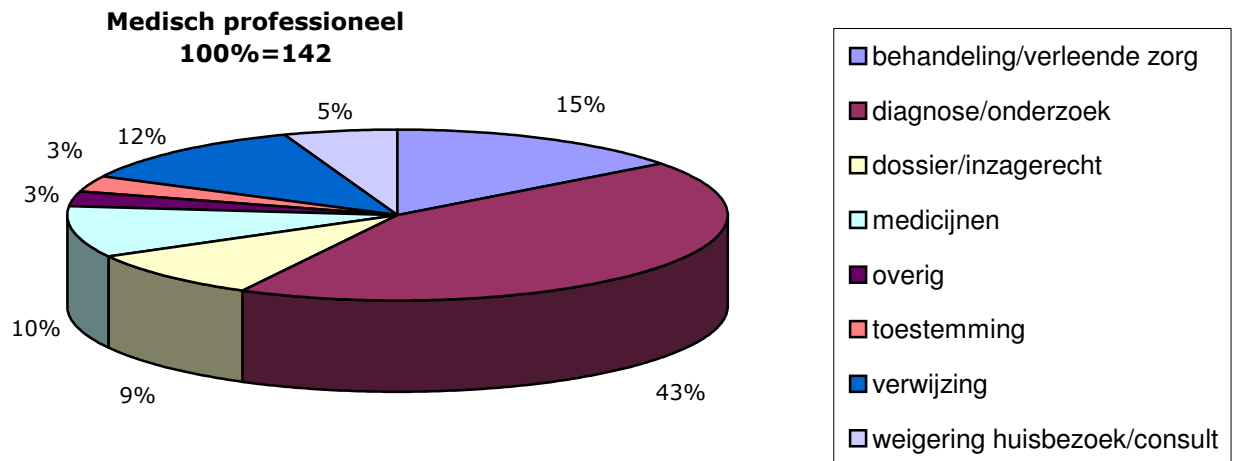
Organisatie

- bereikbaarheid/ beschikbaarheid
- coördinatie zorg
- waarneming/vervanging
- overname
- vrije artsenkeuze
- faciliteiten/omstandigheden
- klachtenprocedure
- dossier/ inzagerecht
- rekening
- overig

Het grootste deel van de klachtonderdelen betrof ook in 2010 weer het medisch-professioneel handelen van de huisarts en bedroeg 57%, tegen 54% in 2009.



Het medisch professioneel handelen uitgesplitst, laat de volgende klachtonderdelen zien.



3.1.4 klager

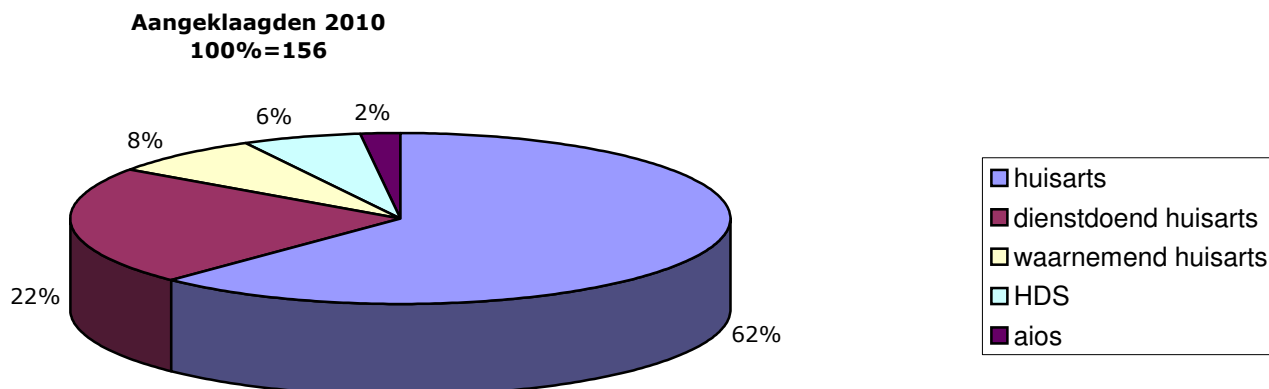
Van de 175 afgehandelde klachten zijn er 88 door patiënten zelf ingediend. Het betreft 53 vrouwen en 35 mannen. In 87 gevallen trad een wettelijk vertegenwoordiger, nabestaande(n) of een door de klager gemachtigde op als (vertegenwoordiger van de) klager.

3.1.5 aangeklaagde

Van de 175 afgehandelde klachten waren er 77 gericht tegen de eigen huisarts en 18 tegen de ex-huisarts. Daarbij inbegrepen zijn ook de klachten waarin naast een verwijt aan de huisarts ook een verwijt aan de assistente werd geuit.

Er werden in 2010 3 klachten over een huisarts-in-opleiding ingediend. Tegen praktijkwaarnemers werden 12 klachten ingediend. Tegen dienstdoende huisartsen op de huisartsenpost werden 35 klachten ingediend.

Bij 26% van de in 2010 ingediende klachten was een HDS betrokken, namelijk bij 41 van de 156 klachten. Van deze 41 klachten was in 35 gevallen de dienstdoende huisarts de aangeklaagde en in 4 gevallen de HDS zelf. Bij 5 van deze klachten was (ook) een assistente van de HDS betrokken.



3.2 Bemiddeling

3.2.1. telefonische bemiddeling

In 2010 werden 81 klachten door middel van telefonische bemiddeling afgehandeld, waarvan 72 klachten uit 2010 en 9 klachten uit 2009.

3.2.2 doorlooptijd telefonische bemiddeling

De doorlooptijd van de door de klachtenfunctionaris 81 afgehandelde klachten middels telefonische bemiddeling bedroeg gemiddeld 5 weken.

3.2.3 het bemiddelingsgesprek

In 2010 vonden 8 bemiddelingsgesprekken plaats. Het betroffen 7 gesprekken van klachten uit 2010 en een gesprek van een klacht uit 2009. Alle deze 8 gesprekken hebben geleid tot afhandeling van de klacht.

In het eerste contact met de klager wordt altijd een bemiddelingsgesprek met de huisarts aangeboden. Toch kiest maar een beperkt aantal klagers voor het gesprek als middel om de klacht te behandelen. Tijdens de behandeling van de klacht hebben klagers vaak al een andere huisarts en willen dan niet meer de confrontatie aangaan met de inmiddels ex-huisarts. Of het betreft een dienstdoende huisarts van de huisartsenpost waarmee de klager geen persoonlijke binding heeft.

3.2.4 doorlooptijd bemiddelingsgesprekken

De doorlooptijd van de 8 met een bemiddelingsgesprek afgehandelde klachten bedroeg gemiddeld 8 weken.

3.2.5 reacties huisartsen naar aanleiding van de (telefonische) bemiddeling

Naar aanleiding van de trajecten telefonische bemiddeling en bemiddelingsgesprekken hebben de huisartsen als volgt naar klager en klachtenfunctionaris gereageerd.

- Een familie nam het de huisarts kwalijk dat hij onvoldoende naar de verzorgenden van hun ouder had geluisterd. De huisarts heeft een bespreking met het team verzorgenden georganiseerd om de communicatie te verbeteren.
- Vanwege onvoldoende communicatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige waren complicaties opgetreden bij de wondverzorging van een patiënt. De betrokkenen hebben overleg gehad om deze problemen in de toekomst te voorkomen.
- Een huisarts heeft naar aanleiding van een klacht jegens zijn assistente het klantvriendelijk communiceren in het protocol van het gezondheidscentrum aangescherpt.
- Een klager had zich in de huisartsenpraktijk herhaaldelijk agressief en dreigend uitgelaten. De huisarts heeft hem een Melding Verbale Agressie gegeven. Daarin stond dat zijn gedrag dermate agressief was dat bij herhaling een ontzegging van de toegang tot de praktijk zou volgen evenals aangifte bij de politie.

3.2.6 constatering en opmerkingen vanuit de (telefonische) bemiddeling

- Het valt op dat klagers in de telefonische bemiddeling steeds vaker prijs stellen op een schriftelijke reactie van de huisarts op hun klacht. Dit blijkt bij zowel klagers als huisartsen tot grote tevredenheid te leiden. Niet zelden biedt de huisarts hierin zijn excuses aan voor hetgeen is voorgevallen.
- Een klachtenfunctionaris van een huisartsenpost reageerde –ondanks herhaald aandringen van klager- zo laat en onvolledig op de klacht dat klager geen gesprek meer wenste met de betreffende huisartsenpost en besloot om de klacht ter beoordeling voor te leggen aan de Klachtencommissie.
- Het blijkt dat klagers zich vaak onvoldoende realiseren dat zij voor een consult zowel op de huisartsenpost als in de dagdienst, zelf zorg dienen te dragen voor vervoer, en niet de huisartsenpost en/of de huisarts.
- Ook in het verslagjaar waren er weer klachten over de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk. Reden waarom patiënten dan maar in de avond de huisartsenpost bezochten.
- Klagers hebben er veelal moeite mee dat ze bij inschrijving bij een nieuwe huisarts verplicht worden om eerst een afsluitend gesprek te voeren bij hun oude huisarts.
- Meerdere klachten betroffen de medische dossiers:
 - huisartsen gingen niet in op het verzoek van patiënten om hun dossier aan te passen;
 - ouders die na een echtscheiding gezamenlijk het ouderlijk gezag bekleedden, kregen geen inzage in het dossier van hun kind;

- een huisarts had het dossier van een patiënte al naar de nieuwe huisarts gestuurd voordat zij zich daar had ingeschreven;
- de ex-huisarts van een klagster weigerde het volledige dossier over te dragen aan de nieuwe huisarts. Tussen beide huisartsen bestond een conflict en volgens klagster werd dit conflict uitgespeeld over de ruggen van de patiënten.

3.2.7 evaluatie bemiddelingsgesprekken

Vanaf 1 april 2009 zijn de bemiddelingsgesprekken begeleid door de klachtenfunctionaris van de Stichting. Tot die tijd werden hiervoor externe bemiddelaars aangetrokken. De periode van 1 april 2009 tot 1 april 2010 werd een proefperiode voor deze gewijzigde werkwijze. In deze periode hebben 8 bemiddelingsgesprekken plaatsgevonden. Eén klager was niet tevreden en legde de klacht alsnog voor aan de Klachtencommissie. Alle gesprekken werden geëvalueerd. De respons onder de huisarts was 75%. De respons onder klagers was 62,5%.

Klagers

Over het telefonisch contact voorafgaand aan het bemiddelingsgesprek waren alle klagers tevreden. Ook gaven zij aan tevreden te zijn over de wijze waarop het bemiddelingsgesprek door de klachtenfunctionaris was begeleid. Alle klagers wilden in het gesprek hun gevoel uiten en wilden met het bespreken van hun klacht voorkomen dat iemand anders hetzelfde zou overkomen. Een groot deel van de klagers, 80%, vond het belangrijk dat de huisarts zijn excuses aanbood voor het gebeurde.

Van de klagers gaf 80% aan bereikt te hebben wat ze wilden bereiken. Een klager liet weten het gevoel te hebben dat de huisarts niet oprecht was geweest in het aanbieden van zijn excuses.

Huisartsen

Alle huisartsen gaven aan dat ze voldoende waren geïnformeerd over het bemiddelingsgesprek. Eveneens een groot deel van de huisartsen, 85%, was tevreden over de wijze waarop het bemiddelingsgesprek was verlopen. Een huisarts liet weten dat de uitkomst van het gesprek niet bevredigend was geweest maar dat dit vooral te maken had gehad met de aard van de klacht.

Van de huisartsen gaf 85% aan dat aan hun verwachtingen was voldaan, namelijk dat de klager zijn klacht zou kunnen uiten en dat zij hierop een reactie konden geven.

Uit deze evaluatie bleek dat zowel klagers als huisartsen tevreden waren over het contact dat zij, voorafgaand aan het bemiddelingsgesprek, hadden gehad met de klachtenfunctionaris. Hierdoor werd voorkomen dat ze twee keer hun verhaal zouden moeten doen en er was bij beide partijen al vertrouwen ontstaan in de klachtenfunctionaris. De uitkomst van de evaluatie heeft er toe geleid dat het Bestuur besloot de proefperiode om te zetten in vast beleid.

3.3 Klachtenbehandeling

3.3.1 cijfers 2010

De Klachtencommissie Huisartsenzorg Zuid-Nederland deed in 2010 42 uitspraken. De Klachtencommissie achtte 25 klachten ongegrond, 12 klachten gegrond, 3 klachten deels gegrond en 2 klachten niet-ontvankelijk.

3.3.2 doorlooptijd klachtenbehandeling

De doorlooptijd van de door de Klachtencommissie 42 afgehandelde klachten in 2010 met een uitspraak bedroeg – gerekend vanaf de datum van de machtiging – gemiddeld 26 weken. Dit lag voor een deel aan het vragen (en verlenen) van de maximale uitstel van zowel klagers als huisartsen. De Klachtencommissie verleent - na een gemotiveerd verzoek daartoe van klager en/of de huisarts- gedurende de procedure maximaal tweemaal uitstel indien de reactietermijn niet haalbaar blijkt.

3.3.3 reacties huisartsen naar aanleiding van de uitspraak

Een aangeklaagde heeft in het verslagjaar geen gehoor gegeven aan het verzoek van de Klachtencommissie om, naar aanleiding van een gegrond bevonden klacht, aan klager een schriftelijke reactie te doen toekomen en daarvan een afschrift aan de Klachtencommissie te sturen.

Indien de reactie van een huisarts/huisartsenpost na vier weken niet is ontvangen, zendt de Klachtencommissie eenmaal een herinneringsbrief aan de aangeklaagde met het verzoek alsnog naar de klager toe te reageren. De Klachtencommissie heeft geen mogelijkheden om een reactie af te dwingen. Klager wordt dan geattendeerd op de mogelijkheid om het uitblijven van een reactie voor te leggen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De meeste huisartsen reageerden binnen de gestelde termijn van vier weken.

In een enkel geval wilde de huisarts of klager een discussie aangaan over de uitspraak. De Klachtencommissie hanteert in principe het beleid om niet in discussie te gaan met een van beide partijen naar aanleiding van de uitspraak, behalve als er sprake is van feitelijke onjuistheden.

De meeste huisartsen gaven in hun reactie aan zich met de uitspraak van de Klachtencommissie te kunnen verenigen en het te betreuren dat een en ander zo was gelopen. Daarbij maakten veel huisartsen alsnog van de gelegenheid gebruik hun excuses aan klager aan te bieden en gaven zij aan open te staan voor een gesprek. Een aantal huisartsen gaf aan dat zij in de toekomst rekening zouden houden met de uitspraak van de Klachtencommissie bij hun praktijkvoering. Weer andere huisartsen waren het echter oneens met de uitspraak van de Klachtencommissie.

- Een huisarts gaf aan dat hij zich mogelijk te veel had laten leiden door zijn emoties bij het melden van vermeende kindermishandeling.
- Een huisarts paste naar aanleiding van de uitspraak van de Klachtencommissie de tekst op zijn website aan met betrekking tot de maximale duur en inhoud van een consult.
- Een huisarts liet klaagster weten dat zijn gemiste diagnose met infauste afloop dag en nacht door zijn hoofd speelde en dat het hem zeer speet dat het zo gelopen was en meeleefde met het verdriet van de familie van de overledene.
- Een huisarts gaf aan dat hij zich verantwoordelijk voelde voor het niet zuiver houden van de artspatiënt relatie hetgeen zijn objectieve functioneren heeft bemoeilijkt.

- Een huisarts reageerde door aan te geven dat hij zich door de uitspraak veel bewuster was geworden van het feit dat grote ongerustheid over de gezondheid van een patiënt, voldoende aanleiding moet zijn om de patiënt voor nader onderzoek door te verwijzen, ook als dit niet direct medisch noodzakelijk lijkt.
- Een huisarts was het oneens met de uitspraak van de Klachtencommissie en gaf aan niet de noodzaak te zien van een wijziging van de bestaande situatie. Het betrof het hanteren van niet-toegestane afspraken waardoor het voor patiënten niet mogelijk was om te wisselen van huisarts. Klaagster was zo boos over de reactie van de huisarts dat zij de Inspectie voor de Gezondheidszorg benaderde.
- Een huisartsenpost stuurde een klager geen reactie na een gegronde uitspraak. Deze klager legde zijn grief hierover neer bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

3.3.4 aanbevelingen, constatering en opmerkingen van de Klachtencommissie

De Klachtencommissie maakt naar aanleiding van de in het verslagjaar ingediende klachten de volgende kanttekeningen.

- De Klachtencommissie acht het aan te bevelen, gelet op het private en unieke karakter van het medisch dossier, dat de huisarts/verzender van een medisch dossier zich ervan vergewist of het betreffende medisch dossier is aangekomen. Dit geldt niet bij het aangetekend versturen van een medisch dossier.
- Een huisarts die een patiënt ziet met dezelfde, als kort daarvoor bij een collega gepresenteerde klachten, mag niet enkel afgaan op eerder onderzoek (en lichamelijk onderzoek nalaten). De huisarts heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid die behoort tot de algemeen aanvaarde beginselen van zorgvuldig huisartsgeneeskundig handelen.
- Een huisarts is -in het kader van zijn professionaliteit- tijdens zijn contacten altijd, maar zeker met onbekende patiënten op de huisartsenpost, verantwoordelijk voor een goed verloop van het patiëntencontact; conflictvermijding is daarbij van belang.
- De Klachtencommissie vindt het een ongewenste situatie indien binnen de huisartsenpost een klachtenfunctionaris tevens een leidinggevende functie heeft en daardoor partij wordt in een klachtenprocedure. Hierdoor komt de onafhankelijke positie van de klachtenfunctionaris in het geding.
- De Klachtencommissie vraagt wederom aandacht voor het belang van een zorgvuldige verslaglegging van patiëntencontacten, mede uit het oogpunt van de informatieve functie ten behoeve van de overdracht.
- Hoewel de Klachtencommissie onderkent dat ook huisartsen gevoelens van irritatie kunnen en mogen voelen, kan het gegeven dat een huisarts zich hierdoor laat leiden en beïnvloeden, zodanig onprofessioneel zijn dat een klacht hierdoor gegrond is.
- De Klachtencommissie vraagt aandacht voor de NHG-standaarden. Indien een huisarts afwijkt van de standaard, is het verstandig dit onderbouwd in het medisch dossier van de patiënt te noteren.

- Door het ontstaan van een affectieve relatie met een patiënt kan het objectieve functioneren van de huisarts onder druk komen staan. De Klachtencommissie is van mening dat in zo'n situatie de huisarts de arts-patiënt relatie zeer tijdig dient te verbreken, dit ongeacht van wiens initiatief een en ander is uitgegaan.
- Een klaagster kon niet wisselen van huisarts omdat de huisartsen onderling de afspraak hadden dat patiënten die al een huisarts hebben in de betreffende plaats, uit collegiale overwegingen en vanwege onrust van switchende patiënten, niet worden aangenomen. De Klachtencommissie is van oordeel dat er door de huisarts een niet-toegestane regel wordt gehanteerd waardoor het recht op een vrije artskeuze wordt belemmerd. Zij verzocht de huisarts om op korte termijn de door haar gehanteerde regel in overeenstemming te brengen met de vigerende richtlijnen.
- Het verwachtingspatroon van patiënten over de huisartsenpost is vaak onterecht te hoog. De huisartsenpost is een voorziening voor medische noodhulp in avond-, nacht- en weekenduren als de eigen huisarts niet beschikbaar is.

3.3.5 evaluatie klachtenbehandeling

In het verslagjaar heeft er een evaluatie van de klachtenbehandeling door de Klachtencommissie plaatsgevonden. Aan klagers, huisartsen en huisartsenposten werd een evaluatieformulier toegezonden 3-4 weken na uitspraak door de Klachtencommissie gedaan in 2010.

Dat waren er in 2010 42, waarvan 12 klachten gegrond werden bevonden, 25 ongegrond, 3 deels gegrond en 2 niet-ontvankelijk.

Respons klagers

Klagers die meerdere klachten indienden (tussen de 2 en de 5 klachten) kregen niet voor alle klachten een evaluatieformulier toegezonden. Van de 33 formulieren die naar klagers werden gezonden werden er 13 ingevuld geretourneerd. De respons was daarmee 39%.

Van de klagers die reageerden hadden 5 klagers (39%) een uitspraak ontvangen waarin de Klachtencommissie de klacht ongegrond had bevonden, gegrond 6 maal (46%) en deels gegrond 2 maal (15%).

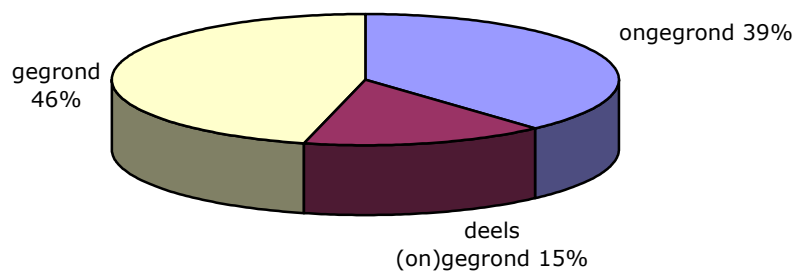
Respons aangeklaagden

Ook bij de aangeklaagden werd rekening gehouden met meerdere klachten die jegens hen werden ingediend, zoals bijvoorbeeld jegens meerdere assistentes bij een huisartsenpost. Van de 44 verzonden formulieren kwamen 27 formulieren ingevuld retour. De respons was daarmee 61%.

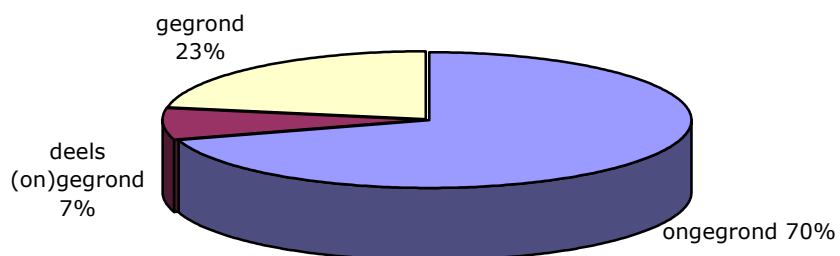
Van de responderende huisartsen hadden 19 huisartsen een ongegronde uitspraak ontvangen (70%), 6 huisartsen een gegronde uitspraak (23%) en 2 huisartsen een deels gegronde uitspraak (7%).

Vermeld dient te worden dat zowel bij klagers als huisartsen soms meerdere of mindere vakjes bij hetzelfde onderwerp waren ingevuld, waardoor de respons per onderwerp hoger of lager uit kan komen dan het aantal ingevulde formulieren, met andere woorden, hoger of lager dan 100%.

respons klagers 100% = 13



respons aangeklaagden 100% = 27



Oordeel klagers over oordeel, motivering en duidelijkheid van de uitspraak

54% van de klagers (7) gaf aan het oneens te zijn met het oordeel van de Klachtencommissie, 46% van de klagers (6) was het eens met het oordeel. Dit lijkt samen te hangen met het feit dat alle 7 klagers die een klacht hadden die ongegrond werd bevonden, het ook alle 7 (54%) oneens waren met de uitspraak.

77% (10) vulde in de motivering van de Klachtencommissie voldoende te vinden, 15% (2) vond deze onvoldoende en 1 klager had geen mening (8%).

100% van de klagers vond de uitspraak van de Klachtencommissie voldoende duidelijk.

Oordeel klagers over informatie en contact

Eveneens 100% van de responderende klagers vond de informatie over de procedure voldoende duidelijk, 85% van de klagers (11) was tevreden over het contact met het bureau en 15% (2) vulde 'anders' in.

62% van de klagers (8) was tevreden over de wijze waarop zij hun mening konden geven, 15%, zijnde 2 klagers, gaven aan liever mondeling gehoord te willen worden en 23% (3) gaf aan zowel mondeling als schriftelijk gehoord gehad te willen worden. Opvalt is dat de tevredenheid bij klagers bij een gegrond bevonden uitspraak zeer hoog is: 100%. 2 Klagers gaven aan dat zij, achteraf gezien, liever ook mondeling hun mening hadden willen geven en waren van mening dat de uitspraak van de Klachtencommissie anders zou zijn uitgevallen indien zij de klacht mondeling hadden kunnen toelichten.

Doel van klagers veelal niet bereikt

In de evaluatie werd ook de vraag gesteld wat men had willen bereiken met het indienen van de klacht. Door alle respondenten werden meerdere vakjes aangekruist. Een zeer ruime meerderheid van de respondenten (70%) gaf aan met hun klacht te willen voorkomen dat iemand anders hetzelfde zou overkomen, 38% gaf aan een oordeel over de gegrondheid van de klacht te wensen, 54% gaf aan excuses van de huisarts te wensen.

31% van de klagers vond dat hun doel bereikt was, 54% was van mening dat hun doel niet bereikt was en bij 8% van de klagers was het doel slechts gedeeltelijk bereikt. Deze uitkomst ligt in de lijn der verwachting aangezien het merendeel van de klagers (54%) aangaf het met het oordeel van de Klachtencommissie niet eens te zijn.

Oordeel aangeklaagden over oordeel, motivering en duidelijkheid van de uitspraak

Bijna alle huisartsen, 96% (26) was het met het oordeel van de Klachtencommissie eens. Slechts 1 huisarts was het niet met het oordeel van de Klachtencommissie eens. Wat opvalt is dat ook huisartsen met een gegronde uitspraak het eens konden zijn met het oordeel van de Klachtencommissie, dit in tegenstelling tot de klagers.

85% van de huisartsen (23) vond het oordeel van de Klachtencommissie voldoende gemotiveerd, en 4 huisartsen (15%) vonden de motivering matig. Vrijwel alle respondenten (96%) gaf aan de uitspraak voldoende duidelijk te vinden.

Oordeel aangeklaagden over informatie en contact

Wat betreft de informatie over de procedure is 96% van de huisartsen (26) tevreden. Zij vonden deze voldoende duidelijk. Ook hier was 1 huisarts niet tevreden en vond de informatie over de procedure onvoldoende duidelijk. Deze zelfde uitkomst gold eveneens voor het contact met de medewerkers van het bureau.

Van de huisartsen was het overgrote deel (89%) tevreden over de schriftelijke procedure, 11%, zijnde 3 huisartsen gaven aan voorstander te zijn van een zowel schriftelijke en mondelinge procedure.

Suggesties verhoging kwaliteit klachtbehandeling

Klagers en huisartsen konden tot slot hun suggesties geven voor de verhoging van de kwaliteit van de klachtenbehandeling. Zowel bij klagers als bij huisartsen kwam slechts een aantal incidentele opmerkingen voor, waarvan notie is genomen. Indien de Klachtencommissie in de toekomst meerdere soortgelijke opmerkingen ontvangt, zal zij hier zeker aandacht aan besteden.

Conclusie

De uitslag van deze enquête over de klachtenbehandeling door de Klachtencommissie kan niet geheel los worden gezien van de uitkomst van de uitspraak. Het grootste deel van de responderende klagers had een uitspraak ontvangen die ongegrond was. Ditzelfde gold eveneens voor het merendeel van de responderende huisartsen. Een ongegronde klacht is voor een aangeklaagde huisarts ongetwijfeld reden voor opluchting en voor een klager is een dergelijke uitspraak vrijwel altijd onbevredigend. Daar vallen weinig andere conclusies uit te trekken.

Uit de evaluatie kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- de motivering van en de duidelijkheid over de uitspraak door de Klachtencommissie, evenals de informatie over de procedure wordt door zowel klagers als huisartsen zeer positief beoordeeld;
- de contacten met de medewerkers van het bureau werden door 85% van de klagers en door 96% van de huisartsen positief beoordeeld;
- over de overwegend schriftelijke procedure die de klachtenbehandeling kenmerkt zijn 62% van de klagers tevreden en 89% van de huisartsen;
- opvallend is dat 54% van de klagers aangaf dat hun doel niet bereikt was en voor 8% was het doel slechts gedeeltelijk bereikt. Deze percentages duiden op een discrepantie tussen de verwachte en werkelijke rol van de Klachtencommissie en het werkelijke effect van de klachtenbehandeling. In de voorlichting naar klagers wordt door de klachtenfunctionaris hieraan reeds nadrukkelijk aandacht besteedt alsook in de schriftelijk informatie die naar klagers toe gaat. Wellicht dat ook dit niet geheel los kan worden gezien van de uitkomsten van een klachtenbehandeling die achteraf niet overeenkomt met de verwachting, namelijk een gegronde uitspraak. Voor beide partijen geldt een onpartijdige behandeling van de klacht. In de voorlichting zal nog duidelijker als voorheen worden aangegeven wat de Klachtencommissie niet kan bieden, zoals bijvoorbeeld sancties en het dwingen van een huisarts tot het aanbieden van excuses.

3.3.6 evaluatie Klachtencommissie

De Klachtencommissie evalueerde daarnaast in maart 2010 haar eigen functioneren middels een evaluatieformulier. Zij functioneerde op dat moment in haar huidige samenstelling ruim een jaar.

De uitkomsten waren positief met name de gevolgde werkwijze wordt beoordeeld als positief en zorgvuldig evenals de wijze waarop door de voorzitter de vergaderingen worden geleid, ruimte biedt aan andere meningen en de onafhankelijkheid van de Klachtencommissie waarborgt.

Een aandachtspunten bleek onder meer te zijn de doorlooptijd die korter zou moeten kunnen met behoud van de kwaliteit. Door allen werd aangegeven het werk voor de Klachtencommissie boeiend, plezierig en leerzaam te vinden.

4. Extern overleg

4.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Ook in 2010 voerden Bestuur en Klachtencommissie van de SKHZN overleg met de betrokken regionale Inspecteurs voor de Gezondheidszorg van de regio's Zuidoost (zijnde Noord-Brabant en Limburg), Gelderland en Zeeland.

In dit jaarlijks terugkerend overleg werd het jaarverslag 2009 als leidraad genomen. Er werd onder meer stilgestaan bij nieuwe organisaties, zoals de Zorggroepen, waarbinnen meerdere zorgaanbieders werkzaam zijn met meerdere verantwoordelijkheden. Gemeld werd dat de IGZ in het najaar 2010 wederom onderzoek doet plaats naar de bereikbaarheid van de huisartsenpraktijken.

Voorts benadert de IGZ de huisartsenposten actief in het kader van het melden van calamiteiten. Het blijkt voor de zorgaanbieder soms lastig te zijn om het verschil tussen een klacht en een calamiteit te herkennen. De huisartsenpraktijken worden hierover in de tweede fase benaderd. Ook zij zijn zorgaanbieder en moeten eveneens calamiteiten melden.

Ook werd gesproken over de registratie die zowel bij de individuele huisarts als bij de diensten op de huisartsenpost, nog (te) vaak onvolledig is. Aangegeven werd dat het ook te vaak voorkomt dat de huisarts op de huisartsenpost onvoldoende het dossier van de patiënt inziet. Een assistente of huisarts die registreert moet dat ook doen met het oog op degene die na hem komt. Er moet meer aandacht zijn voor de overdracht.

4.2 Informatie- en Klachtenopvang Gezondheidszorg

Klagers dienen rechtstreeks of soms met behulp van de afdeling Informatie en Klachtenopvang Gezondheidszorg (IKG) van een Zorgbelangorganisatie een klacht in bij de SKHZN. Klagers worden in een aantal gevallen ook door de SKHZN verwezen naar het IKG voor hulp en bijstand bij de klachtbehandeling. In het verslagjaar werden 9 keer klachten ingediend waarbij het IKG betrokken was.

Er was in het verslagjaar regelmatig individueel overleg tussen IKG-coördinatoren en medewerkers van het bureau van de SKHZN. Veelal was het overleg gekoppeld aan de klacht van een klager of werden er vragen gesteld met een meer juridische inhoud.

BIJLAGEN

A. Werkwijze bemiddeling

Binnen de SKHZN bestaan de volgende mogelijkheden om een klacht te bemiddelen:

1. De telefonische bemiddeling
2. Het bemiddelingsgesprek

1. De telefonische bemiddeling

Veel klagers kiezen voor een telefonische communicatie met de betrokken aangeklaagde. De communicatie tussen klager en aangeklaagde verloopt meestal niet rechtstreeks. De klachtenfunctionaris treedt dan op als telefonisch bemiddelaar. De klager verzoekt de klachtenfunctionaris om de klachtbrief met de aangeklaagde te bespreken. Vervolgens wil de klager van de klachtenfunctionaris weten hoe de aangeklaagde reageert op de klacht. Komt deze reactie overeen met het doel van de klacht dan kan de klager besluiten dat de klacht hiermee kan worden afgesloten. Soms is één telefoongesprek voldoende, maar het kan ook zijn dat er meerdere gesprekken nodig zijn om het gewenste resultaat te bereiken.

De klacht wordt door de klachtenfunctionaris afgerond door middel van een schriftelijke bevestiging naar klager en aangeklaagde met daarin de eventueel gemaakte afspraken.

Een enkele keer neemt de aangeklaagde zelf contact op met de klager.

Is een klager niet tevreden over de reactie van de aangeklaagde dan kan hij er alsnog voor kiezen om een bemiddelingsgesprek aan te gaan met de aangeklaagde of de klacht ter beoordeling voor te leggen aan de Klachtencommissie.

2. Het bemiddelingsgesprek

Indien de klager de klacht wil bespreken met de aangeklaagde dan biedt de klachtenfunctionaris een bemiddelingsgesprek aan. De aangeklaagde wordt telefonisch gevraagd of hij zijn medewerking wil verlenen aan dit gesprek. Vervolgens ontvangen de klager en de aangeklaagde een schriftelijke bevestiging van het bemiddelingsgesprek. De aangeklaagde ontvangt tevens een kopie van de klachtbrief.

Het gesprek vindt meestal plaats op een neutrale plek in de woonplaats van de klager en/of vestigingsadres van de aangeklaagde. Het gesprek is afgesloten als beide partijen vinden dat er voldoende is gezegd. Meestal duurt een bemiddelingsgesprek ongeveer een uur.

De informatie uit het bemiddelingsgesprek is vertrouwelijk. Alleen de klacht, het resultaat van het gesprek en de eventueel gemaakte afspraken worden geregistreerd door de SKHZN. De klacht wordt door de klachtenfunctionaris afgerond door middel van een schriftelijke bevestiging naar klager en aangeklaagde met daarin de eventueel gemaakte afspraken.

Is een klager niet tevreden over het resultaat van het bemiddelingsgesprek dan kan hij er alsnog voor kiezen om de klacht ter beoordeling voor te leggen aan de Klachtencommissie.

B. Werkwijze Klachtencommissie

De Klachtencommissie werkt sinds 1 januari 2001 volgens het *Reglement klachtenbehandeling*, vastgesteld door het Bestuur. In 2007 is het Reglement op een klein aantal punten aangepast. Dit herziene Reglement is per 20 maart 2007 van kracht. Het Reglement klachtenbehandeling bevat met name de procedure en werkwijze van de Klachtencommissie; de regeling bevat de randvoorwaarden waaraan de behandeling van klachten moet voldoen. In dit hoofdstuk wordt de werkwijze kort beschreven.

1.1 De commissievergadering

De Klachtencommissie vergaderde in 2010 eenmaal per drie à vier weken. In de verslagperiode is de Klachtencommissie 14 maal in vergadering bijeen geweest.

1.2 Ontvangstbevestiging klacht en machtiging klager

Op het moment dat de klager een klacht bij de Klachtencommissie heeft ingediend (indien een bemiddeling niet succesvol is verlopen of een klager geen bemiddeling wenst) wordt de klacht naar de secretaris van de Klachtencommissie gestuurd. Deze stuurt de klager een ontvangstbevestiging met klachtoomschrijving met daarbij een machtiging met het verzoek deze te ondertekenen. Hiermee machtigt klager de Klachtencommissie de klacht voor te leggen aan de aangeklaagde en verleent klager tevens de aangeklaagde toestemming om alle relevante gegevens betreffende de klacht aan de Klachtencommissie te verstrekken. In voorkomende gevallen is in de machtiging eveneens opgenomen dat klager toestemming verleent om de relevante gegevens bij de eigen huisarts op te vragen en deze aan de Klachtencommissie en aan de aangeklaagde te verstrekken.

Indien het een klacht jegens een huisartsdienst betreft en de naam van de verantwoordelijk huisarts niet bekend is bij klager, neemt de secretaris, alvorens de klacht in behandeling kan worden genomen, contact op met de coördinator van de huisartsdienst ter verkrijging van naam en adres van de betrokkene.

Indien een ander dan de patiënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) de klacht indient, wordt aan patiënt gevraagd de machtiging te ondertekenen. In deze aangepaste machtiging is opgenomen dat patiënt klager machtigt voor hem of haar op te treden bij de behandeling van de klacht. Op deze wijze wordt geverifieerd of de patiënt werkelijk toestemming heeft verleend voor het indienen van de klacht. Voor klagers die minderjarig zijn wordt conform de regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (art. 7:450 BW) gehandeld:

minderjarigen boven de 16 jaar kunnen zelfstandig als klager optreden. Betreft het minderjarigen tussen de 12 en 16 jaar dan dienen in beginsel zowel ouders als kind de machtiging te ondertekenen. Minderjarigen onder de 12 jaar kunnen niet als klager optreden, maar worden vertegenwoordigd door hun wettelijke vertegenwoordiger(s).

1.3 Voorleggen klacht aan aangeklaagde

De aangeklaagde en klager worden in principe gehoord op basis van een schriftelijke procedure van hoor en wederhoor. Na ontvangst van de machtiging verzendt de secretaris de klachtbrief met de machtiging aan de aangeklaagde vergezeld van informatie over de te volgen procedure. De aangeklaagde wordt verzocht binnen vier weken schriftelijk op de klacht te reageren. Indien deze termijn wordt overschreden, zendt de secretaris een herinneringsbrief. Eventueel wordt een nieuwe termijn afgesproken. Nadat de Klachtencommissie de reactie van de aangeklaagde op de klacht heeft ontvangen, wordt de klacht geagendeerd voor de eerstvolgende vergadering van de Klachtencommissie.

Als de aangeklaagde na verstrijken van de nieuw gestelde termijn niet heeft gereageerd, dan wordt de klacht op de agenda van de eerstvolgende vergadering geplaatst. De Klachtencommissie vormt dan haar oordeel op basis van de gegevens die door klager zijn aangedragen.

1.4 Bespreking van de klacht tijdens de vergaderingen

De klacht wordt voor behandeling op de agenda van de eerstvolgende vergadering geplaatst, zodra de reactie van de aangeklaagde op de klachtbrief is ontvangen. Voorafgaand aan de vergadering ontvangen de commissieleden kopieën van de te behandelen klachten en van de schriftelijke reactie van de aangeklaagde.

De klacht wordt in meerdere vergaderingen besproken. In de eerste bespreking van de klacht worden een behandelingsvoorstel en eventueel nog te stellen vragen aan klager en aangeklaagde geformuleerd. In de meeste gevallen wordt binnen een week na deze vergadering een kopie van de reactie van de aangeklaagde aan klager doorgestuurd. Deze kan hierop binnen twee weken reageren

(repliek), waarna de aangeklaagde nog de gelegenheid krijgt voor een laatste reactie (dupliek), eveneens binnen twee weken na het verzoek daartoe.

Tijdens de volgende vergaderingen buigt de Klachtencommissie zich over:

- de beoordeling van de ontvangen informatie;
- de beantwoording van de vraag of er dan nog aanvullende informatie gewenst is;
- het bepalen of mondeling horen gewenst is;
- het eventueel inschakelen van externe deskundigen;
- het vormen van een oordeel over de gegrondheid van de klacht;
- het formuleren van eventuele aanbevelingen;
- het bespreken van reacties van aangeklaagde(n) op de uitspraken.

1.5 Aanvullend onderzoek: schriftelijk, hoorzitting of deskundigenrapport

De Klachtencommissie kan klager, aangeklaagde of andere personen om nadere schriftelijke informatie vragen of kan deze oproepen voor een hoorzitting, indien zij constateert over onvoldoende informatie te beschikken om tot een oordeel te kunnen komen. Indien klager en aangeklaagde worden gehoord in elkaars aanwezigheid, wordt er geen verslag van de bijeenkomst gemaakt. Zij hebben immers elkaars standpunt tijdens de hoorzitting gehoord. Er wordt een verslag van bijeenkomst gemaakt, als de Klachtencommissie slechts een van beide partijen hoort. Dit verslag wordt vervolgens aan beide partijen toegezonden.

De Klachtencommissie kan een deskundige een rapport laten uitbrengen. Klager en aangeklaagde worden over de keuze van de deskundige geïnformeerd met het verzoek eventueel bezwaar aan de Klachtencommissie kenbaar te maken. Beide partijen ontvangen na afloop een kopie van het deskundigenrapport. Zij krijgen de gelegenheid zich daarover uit te laten.

1.6 Formulering uitspraak

De Klachtencommissie doet uitspraak als zij meent over voldoende informatie te beschikken om tot een oordeel te kunnen komen. In de uitspraak worden de relevante feiten beknopt weergegeven, alsmede de klacht, de reactie van de aangeklaagde op de klacht, nadere reacties van klager en aangeklaagde, de beoordeling van de Klachtencommissie en het oordeel over de gegrondheid van de klacht, al dan niet vergezeld van aanbevelingen over door de aangeklaagde te nemen maatregelen.

Indien de Klachtencommissie van oordeel is dat de uitspraaktermijn niet kan worden gehaald, stelt zij de aangeklaagde en de klager hiervan schriftelijk en gemotiveerd op de hoogte onder vermelding van een nieuwe termijn.

1.7 Reactie van de aangeklaagde op de uitspraak

Indien (een onderdeel van) de klacht gegrond is bevonden, wordt de aangeklaagde op grond van de WKCZ verzocht binnen een maand na ontvangst van het oordeel te reageren. Afhankelijk van de uitspraak wordt bekeken welk verzoek aan de aangeklaagde wordt voorgelegd.

De Klachtencommissie vraagt de aangeklaagde:

1. aan klager een schriftelijke reactie op de uitspraak te doen toekomen en daarvan een afschrift aan de Klachtencommissie te zenden;
en/of
2. aan de Klachtencommissie en aan klager schriftelijk te berichten of hij naar aanleiding van het gegrond bevonden onderdeel van de klacht en de eventuele aanbevelingen redenen ziet tot het nemen van maatregelen en zo ja, welke en op welke termijn.

De aangeklaagde kan de Klachtencommissie om uitstel verzoeken, als de reactietermijn niet haalbaar blijkt. De Klachtencommissie bepaalt dan een nieuwe termijn en stelt klager van het uitstel op de hoogte.

C. Voorbeeld van een uitspraak van de Klachtencommissie

UITSpraak KLACHTENCOMMISSIE HUISARTSENZORG ZUID-NEDERLAND

inzake de klacht van

de heer X en mevrouw X te X, hierna te noemen: klagers,

tegen

de heer drs. X, huisarts te X, hierna te noemen: de huisarts.

De Stichting Klachtenregeling Huisartsenzorg Zuid-Nederland heeft op 2 juli 2009 de klacht ontvangen. De klacht is op 2 september 2009 in handen gesteld van de Klachtencommissie Huisartsenzorg Zuid-Nederland, hierna te noemen: de Klachtencommissie. Klagers hebben op 9 september 2009 de Klachtencommissie schriftelijk gemachtigd de klacht voor te leggen aan de huisarts en hebben hierbij tevens de huisarts toestemming verleend alle relevante gegevens betreffende de klacht aan de Klachtencommissie te verstrekken. Huisarts en klagers zijn vervolgens gehoord op basis van een schriftelijke procedure van hoor en wederhoor. De Klachtencommissie heeft de klacht met alle beschikbare informatie besproken in haar vergaderingen van 2 november 2009, 14 december 2009 en 8 februari 2010. In laatstgenoemde vergadering heeft de Klachtencommissie geconcludeerd over voldoende informatie te beschikken om tot een uitspraak te kunnen komen. De uitspraak is vervolgens vastgesteld in de vergadering van 8 maart 2010.

DE FEITEN

De Klachtencommissie heeft op grond van de beschikbare informatie de volgende feiten als vaststaand aangenomen:

Klagers en hun drie kinderen onder wie E. (geboren 6 december 2001) en K. (geboren 2 maart 2003) waren sinds eind november 2008 patiënt bij de huisarts.

E.

Op 24 november 2008 bezocht klager met E. voor het eerst de huisarts onder meer vanwege periodes met diarree die sinds enkele weken bestonden. De huisarts vond bij algemeen lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. Op 10 december 2008 en op 12 januari 2009 zag de huisarts klaagster met E., met pijn aan haar teen, op het spreekuur. De huisarts kon bij onderzoek geen afwijkingen vinden. Op 27 januari 2009 werd E. door een collega van de huisarts naar de kinderarts verwezen, waar na onderzoek in september 2009 de diagnose coeliakie werd gesteld.

K.

Op 27 november 2008 bezocht klaagster met K. voor het eerst de huisarts. K. had klachten van een gezwollen hoofd en dikke en pijnlijke voeten. Hij was al gedurende langere tijd ziekelijk. De huisarts kon de klachten van K. niet objectiveren. Na laboratoriumonderzoek op bloed en urine bleken alle uitslagen normaal behoudens een sterk positieve acetonwaarde in de urine. De huisarts kreeg een niet-pluis gevoel hetgeen, na contact met de kinderarts en de kinderfysiotherapeut, op 16 april 2009 leidde tot een melding aan het AMK van een vermoeden van kindermishandeling.

DE KLACHT

De klacht betreft het medisch-professioneel handelen (dan wel nalaten) van de huisarts en de bejegening door de huisarts en is door de Klachtencommissie als volgt samengevat:

Klagers verwijten de huisarts dat deze (1) de klachten van hun dochter E. niet serieus heeft genomen waardoor hij de diagnose coeliakie heeft gemist, (2) onhelder en niet-eenduidig is geweest in zijn communicatie en bejegening aangaande de melding ten aanzien van K. aan het AMK, zijn meldingsplan en zijn gedachten vooraf met beide ouders had moeten bespreken, en niet voldoende heeft overlegd met anderen alvorens tot een melding te komen.

Klagers lichten hun klacht als volgt toe.

1. Klaagster had eind november en december 2008 met dochter E. van zeven jaar de huisarts bezocht omdat E. drie dikke rode en vooral 's nachts zeer pijnlijke tenen had. Klager bezocht ook in die periode met E. de huisarts vanwege haar diarreeklachten en een wat afbuigende groeicurve. De huisarts heeft al die keren geen actie ondernomen, aldus klagers. In januari 2009 maakte klaagster een afspraak bij een collega van de huisarts. Deze verwees E. naar de kinderarts met een verdenking op artritis en vermeldde ook de diarreeklachten op de verwijsbrief. Na een bezoek aan de kinderarts op 4 februari 2009 bleek uit bloedonderzoek dat E. een hele hoge tarwe-allergie waarde had en dat ze een streptokokkeninfectie had doorgemaakt, aldus klaagster. E. werd doorverwezen naar het kinderziekenhuis te Utrecht waar na onderzoek bleek dat ze coeliakie heeft en anderhalf jaar achter loopt qua groei met leeftijdgenoten. Klagers zijn van mening dat de huisarts zich niet genoeg heeft ingespannen om de klachten van E. uit te zoeken.
2. K. is vanaf enkele weken oud al ziekelijk hetgeen klaagster als moeder erg onzeker maakte en altijd discussie was tussen klagers onderling. Bij de antroposofisch kinderarts kwam het thema auto-immuun aandoening naar voren omdat klager sinds zijn 17^e diabetes type 1 heeft. Intussen werd K. voor de vierde keer in ruim twee jaar in het kinderziekenhuis te Utrecht opgenomen vanwege onder andere koorts, een opgezwollen hoofd, handen, knieën, en voeten, en huiduitslag en een hoge CRP. Tot op heden weten de artsen niet wat hem mankeert, waar klagers als ouders vreselijk bang en onzeker van zijn geworden. Het kan zijn dat klaagsters houding daarom vragen opriep, namelijk het heen en weer schakelen van bezorgd en onzeker naar een soort gelatenheid en een laconieke houding. Ook blijkt K. een laag IQ te hebben van 80.

Op vrijdag 17 april 2009 werd klaagster door de huisarts gebeld met de vraag of ze die dag nog naar de praktijk wilde komen. Omdat klagers en hun kinderen de dag daarop vroeg in de ochtend op vakantie zouden gaan zei klaagster de huisarts dat dat niet zo goed uitkwam. Toen deelde de huisarts mee dat hij het gezin van klagers had aangemeld bij het AMK. Klagers bezochten toen de huisarts. Klager was iets te vroeg in de wachtkamer en had al een gesprek met de huisarts, waarna alsnog een gesprek met klaagster erbij volgde. Er kwam geen concreet antwoord van de huisarts op de vraag waarom hij de melding bij het AMK had gedaan. Klaagster is van mening dat hij dit vooraf duidelijk had moeten aankondigen. Ook wilden klagers weten waarom de huisarts geen huisbezoek had gedaan om met klagers een en ander te bespreken en de gezinssituatie te beoordelen. Achteraf is gebleken dat de huisarts niet met zijn collega's heeft overlegd alvorens te melden en dat een melding bij het AMK niet de mening van de kinderarts was. Het lijkt een soort eenmansactie van de huisarts te zijn geweest, aldus klagers. Inmiddels is op 15 mei 2009 een vertrouwenspersoon van het AMK bij klagers thuis geweest en werd zelfs de school van de kinderen gebeld. Klaagster geeft aan dat het verdrietig is om te lezen dat zij wordt verdacht van Pediatric Condition Falsification. De bezoeken met K. aan artsen en deskundigen waren een integere zoektocht naar een oplossing voor de malaise van K. Klaagster geeft tot slot aan dat een goede huisarts een vertrouwenspersoon behoort te zijn voor het gezin, iemand bij wie je je als ouders op je gemak voelt en die kan begrijpen dat er gezinnen bestaan waar bijna elk gezinslid 'iets heeft'. Er had een heleboel ellende voorkomen kunnen worden als de huisarts een of twee keer met eventueel een collega, op huisbezoek was geweest om een zuiver beeld van hun gezinssituatie te krijgen, aldus klaagster.

DE REACTIE

De huisarts heeft zich verweerd door onder meer het navolgende aan te voeren.

1. De huisarts is sinds 1 oktober 2008 werkzaam in de huisartsenpraktijk. Hij zag E. voor het eerst met klager op 24 november 2008. Klager uitte toen zijn ongerustheid over periodes van diarree bij E. die sinds enkele weken bestonden. Klager meldde tevens dat er sprake was van een afbuigende groeicurve op het Consultatiebureau (CB). De huisarts vond bij algemeen lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen. Hij sloot het consult af met het advies om een kopie van de groeicurve bij het CB op te vragen en om daarmee terug te komen op het spreekuur. Op 10 december 2008 en op 12 januari 2009 zag de huisarts E. met klaagster opnieuw op het spreekuur met pijn aan haar teen. De huisarts kon geen afwijkingen vinden en er waren geen functionele beperkingen. Moeder noch de huisarts zijn teruggekomen op

het voorgaande consult met het daarin gegeven advies om een kopie van de groeicurve van E. van het CB mee te nemen. Op 27 januari 2009 bezochten klagers met E. een collega van de huisarts waar de bovengenoemde klachten opnieuw ter sprake kwamen. E. werd doorgestuurd naar de kinderarts. Op 8 september 2009 ontving de huisarts bericht dat de diagnose coeliakie was gesteld en dat daarbij een passend dieet was voorgeschreven. De huisarts is van oordeel dat hij wel degelijk serieus naar de darmklachten en de afwijkende groei heeft gekeken.

2. De huisarts zag K. in november 2008 met klaagster voor het eerst. Klaagster vertelde dat K. klachten had van een opgezet hoofd en daarnaast dikke en pijnlijke voeten had en dat hij al langere tijd niet lekker was. Ze opperde eiwitverlies via de nieren of diabetes. De huisarts kon de klachten van K. tijdens dit eerste consult niet objectiveren bij lichamelijk onderzoek. Hij liet uitgebreid laboratoriumonderzoek doen op bloed en urine. Alle uitslagen waren normaal behoudens een sterk positieve aceton in de urine. In de daaropvolgende weken kreeg de huisarts een brief van een antroposofisch kinderarts en een rapportage van de kinderfysiotherapeut, waarin beiden meldden dat K. een auto-immuunziekte heeft en daardoor een traag verlopende motorische ontwikkeling doormaakte. De huisarts deed een dossierstudie om te zien of er in het verleden een diagnose was gesteld. K. bleek onder behandeling van de kinderarts te zijn voor astma. Hij werd twee keer in het kinderziekenhuis opgenomen en ontslagen met de diagnose meningisme zonder duidelijke oorzaak. Ook werd K. eerder in het ziekenhuis opgenomen in verband met een zwelling aan de handen en aan de voeten, zonder diagnose. Buiten astma werd er geen andere diagnose gesteld tijdens de toch ernstige ziekteperiodes van K. In een poging duidelijkheid te krijgen omtrent de zorg voor K., liet de huisarts de assistente een afspraak maken voor klagers op zijn spreekuur. Deze afspraak, gepland op 16 maart 2009, werd door klagers op het laatste moment afgezegd in verband met een spoedopname van K. via de kinderarts in het kinderziekenhuis met gewrichtsklachten en een hoog CRP. De huisarts kreeg toen een niet-pluis gevoel, hem ingegeven door geobserveerde interactie tussen klaagster en K. Deze was van de kant van klaagster somatiserend en aan de andere kant met een gelatenheid ten aanzien van de gezondheid van K. Daarnaast was K. onder behandeling van een groot aantal hulpverleners en behoudens astma was er, ondanks verschillende opnames in het kinderziekenhuis, geen diagnose gesteld. Wel werd de niet-bevestigde ernstige diagnose auto-immuunziekte gebruikt in de brieven van de fysiotherapeut en de antroposofisch kinderarts. De huisarts is zich toen ook gaan verdiepen in de dossiers van dochter E. en van klagers om een duidelijker beeld van het gezin te krijgen. Omdat de huisarts een niet-pluis gevoel bleef houden, nam hij voor het eerst contact op met het AMK voor een anoniem advies en besprak hij de situatie met de vertrouwensarts. Omdat K. op dat moment was opgenomen, adviseerde zij de huisarts nog niet te melden en de onderzoeken in het ziekenhuis, ook wat betreft mogelijke kindermishandeling, af te wachten. Ook de behandelend kinderarts deelde de zorg van de huisarts maar besloot nog niet te melden aan het AMK. Zij gaf aan verdenking te hebben voor Paediatric Condition Falcification. Ook tijdens deze ziekenhuisopname werd geen oorzaak gevonden voor de ziekteperiode van K. K. werd op 24 maart 2009 ontslagen zonder dat er een melding bij het AMK door een arts van het kinderziekenhuis werd gedaan. De huisarts voelde zich hieronder ongemakkelijk in het kader van de genoemde diagnose. Zijn grote zorgen om het welzijn van K. namen toe en hij voelde een grote plicht om hiervan melding te maken daar hij als huisarts niet de mogelijkheden en de competentie heeft om daar verder onderzoek naar te doen. Na het ontslag van K. had de huisarts op eigen initiatief een aantal gesprekken met klaagster om zo een ingang te vinden buiten een somatische oorzaak voor de ziekten van K. Klaagster reageerde gelaten en soms weinig invoelbaar. De huisarts kreeg op 15 april 2009 een telefoontje van de kinderfysiotherapeut. Ook zij had een niet-pluis gevoel doordat klaagster vaak een negatief beeld gaf van K's mogelijkheden. Rond deze tijd (april 2009) had de huisarts een tweede contact met de vertrouwensarts van het AMK en won advies in. De huisarts noemde daarbij de negatieve effecten op de gezondheid van K., mogelijk door systeemfactoren en hoe met name klaagster omging met de ziekte en gezondheid van K. Ook de vertrouwensarts noemde de mogelijkheid van Paediatric Condition Falcification en adviseerde de huisarts K. te melden in verband met een vermoeden van kindermishandeling. De huisarts besloot toen de melding te doen omdat hij de situatie als een te grote druk ervoer voor hem alleen.

Omdat de huisarts bij klaagster geen ingang had gevonden om te praten over een niet somatische oorzaak van de ziekteperiodes van K., verwachtte hij niet dat een huisbezoek zijn ongerustheid zou wegnemen. Wel vond hij het belangrijk om met klagers te gaan praten over

zijn visie op de situatie en van daaruit over zijn melding bij het AMK. Hij besloot het gesprek over de melding bij het AMK op de praktijk te doen. Op 16 april 2007 gaf de huisarts naam en geboortedatum van K. door aan het AMK. Hij zocht diezelfde dag telefonisch contact met klagers, maar kreeg geen gehoor. Op 17 april 2009 belde de huisarts klaagster weer en omdat zij geen mogelijkheid zag zijn spreekuur te bezoeken, deelde de huisarts haar telefonisch mee – klaagster kon pas na haar vakantie komen- dat hij K. zou gaan melden bij het AMK op basis van een vermoeden van kindermishandeling omdat hij twijfel had over negatieve invloeden van het gezinssysteem op K. Kort na dit telefoongesprek kwam klager naar de praktijk en de huisarts heeft hem direct in zijn spreekkamer ontvangen. Hoewel klager was geschokt had hij na uitleg van de huisarts meer begrip voor de melding. Het leek hem goed dat er beter gekeken zou worden naar hoe de gezinsleden omgingen met ziekte en gezondheid en dat iemand eens van buitenaf naar het gezinssysteem zou kijken om de hulpvraag beter ondersteund te krijgen. Na afloop van dit gesprek zat klaagster in de wachtkamer. Zij reageerde offensief en was vol woede en onbegrip over de melding van de huisarts en gaf aan dat er geen bewijs was van kindermishandeling in het gezin. Nadat het AMK haar onderzoek had afgesloten en kindermishandeling niet bevestigd werd, heeft de huisarts nog telefonisch contact gezocht met klaagster en zijn excuses gemaakt voor de onrust die hij door deze melding in haar gezin had veroorzaakt. De huisarts geeft tot slot aan dat de stappen die hij heeft gezet in dit proces zijn voortgekomen uit een zorg voor K. omdat hij gedurende langere tijd informatie ontving die zijn zorgen deden toenemen en dat hij conform de nieuwe meldcode heeft gehandeld.

DE BEOORDELING

1. Klagers verwijten de huisarts dat deze de klachten van hun dochter E. niet serieus heeft genomen waardoor hij de diagnose coeliakie heeft gemist.

De Klachtencommissie constateert, mede op basis van het medisch dossier van E., dat klager op 24 november 2008 voor het eerst met E. de huisarts bezocht in verband met periodes van diarree bij E. die sinds enkele weken bestonden. De huisarts vond bij algemeen lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. Op 10 december 2008 en op 12 januari 2009 zag de huisarts E. met klaagster opnieuw op het spreekuur, nu met andere klachten. In dit consult werd niet gesproken over diarree bij E. Op 27 januari 2009 bezochten klagers met E. een collega van de huisarts waar onder meer de klachten aangaande de diarree opnieuw ter sprake kwamen en waarbij E. werd doorgestuurd naar de kinderarts.

De Klachtencommissie is op grond van bovenstaande van oordeel dat niet gezegd kan worden dat de huisarts E. niet serieus heeft genomen waardoor hij de diagnose coeliakie heeft gemist, zoals klagers stellen. Op 24 november 2008 was er voor de huisarts geen reden om aan de diagnose coeliakie te denken, dan wel om E. voor nader onderzoek naar de kinderarts te verwijzen.

De Klachtencommissie acht dit klachtonderdeel ongegrond.

2. Klagers verwijten de huisarts dat hij onhelder en niet-eenduidig is geweest in zijn communicatie en bejegening aangaande de melding ten aanzien van K. aan het AMK, dat hij zijn meldingsplan en zijn gedachten vooraf met beide ouders had moeten bespreken, en dat hij niet voldoende heeft overlegd met anderen alvorens tot een melding te komen.

Bij de beoordeling van dit klachtonderdeel heeft de Klachtencommissie gebruik van de Meldcode en het Stappenplan 'Artsen en kindermishandeling' zoals deze door de KNMG is vastgesteld in september 2008. Dit stuk zal hierna de Meldcode en/of het Stappenplan genoemd worden.

De Meldcode beoogt duidelijkheid te geven over wat er van een arts wordt verwacht bij (vermoedens van) kindermishandeling. Kerngedachte van de Meldcode is het uitgangspunt 'spreken, tenzij'. Deze kerngedachte is neergelegd in een Stappenplan, opgenomen in artikel 4 van de Meldcode, dat precies beschrijft welke stappen een arts kan zetten als hij signalen van kindermishandeling krijgt. Iedere arts wordt geacht bij (een vermoeden van) kindermishandeling dit Stappenplan toe te passen.

Het melden van een (een vermoeden van) kindermishandeling zonder toestemming van betrokkenen is in beginsel een doorbreking van het beroepsgeheim. In dit kader dient het Stappenplan en de wijze waarop door de huisarts in de onderhavige zaak is gehandeld nader beoordeeld te worden. De Klachtencommissie zal dit handelen nu beoordelen.

De Klachtencommissie stelt allereerst vast dat er bij de huisarts een vermoeden van kindermishandeling is gerezen. De Klachtencommissie van oordeel dat nu de huisarts een niet-pluis gevoel had ten aanzien van de ernst van de situatie -daarin gesterkt door zijn contacten met de kinderarts en de kinderfysiotherapeut- heeft gehandeld naar de bedoeling van de Meldcode. De Klachtencommissie kan en zal niet treden in de vraag of dit vermoeden gerechtvaardigd was. Zij plaats daarbij wel de navolgende kanttekening. Het medisch dossier biedt onvoldoende inzage in de door de huisarts ervaren (aanwijzingen voor) kindermishandeling, van de onderzoeken die met het oog daarop zijn gedaan, van de uitkomsten daarvan, van de inhoud van het overleg met collega's, andere beroepskrachten en/of instanties zoals het AMK, van het gegeven of voor het verstrekken van gegevens aan derden toestemming werd gevraagd en/of verkregen en van alle andere stappen die de arts in het kader van (het vermoeden van) kindermishandeling heeft ondernomen. Daarmee is gehandeld in strijd met artikel 2 van de meldcode alsmede in strijd met het Stappenplan.

De Klachtencommissie heeft voorts vastgesteld dat de huisarts niet voorafgaand aan zijn melding contact heeft gehad met de ouders. Hoewel in het Stappenplan als een niet-verplichte stap omschreven is openheid en contact met de ouders in het Stappenplan maar tevens vanuit het in geding zijnde beroepsgeheim, het uitgangspunt. De arts bespreekt aanwijzingen en signalen van kindermishandeling met de ouders, tenzij dit niet mogelijk is uit vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin, als redelijkerwijs gevreesd moet worden dat de arts het kind daardoor uit het oog zal verliezen of als de arts vreest voor zijn eigen veiligheid. De huisarts heeft niet gesteld dat contact met de ouders om de hiervoor aangegeven redenen niet mogelijk was. Bestaan van deze redenen is de Klachtencommissie ook overigens niet gebleken. Daarmee is gehandeld in strijd met het Stappenplan en daarmee in strijd met de Meldcode.

De Klachtencommissie acht gezien het vorenstaande dit klachtonderdeel reeds daarom gegrond.

DE UITSPRAAK

De Klachtencommissie acht klachtonderdeel 1 ongegrond en klachtonderdeel 2 gegrond. Voor de motivering verwijst zij naar haar overwegingen.

De Klachtencommissie verzoekt de huisarts binnen een maand na ontvangst van de uitspraak aan klagers een schriftelijke reactie op de uitspraak te doen toekomen aangaande het gegrond bevonden onderdeel van de klacht en daarvan een afschrift aan de Klachtencommissie te zenden.

Eindhoven, 8 maart 2010

De Klachtencommissie,

D. Financiën

Hoewel de SKHZN geen winstoogmerk heeft, is een positief resultaat van groot belang voor de opbouw van eigen vermogen. Een voldoende groot eigen vermogen zorgt voor een stabiele financieringsstructuur.

Ook 2010 kenmerkte zich door een gestage groei van het ledenaantal. Met de gedurende dit en voorgaande boekjaren ontstane reserves in liquide middelen kan de Stichting haar onafhankelijke positie blijven handhaven.

De enige bron van inkomsten, de aansluitvergoeding, bleef voor de huisartsen in het boekjaar 2010 ongewijzigd op een bedrag van 100 euro per jaar. De aansluitingvergoeding voor de huisartsenposten en voor instellingen voor eerstelijnszorg bleef in het boekjaar eveneens gelijk en bedroeg respectievelijk 500 euro en 250 euro per jaar.

E. Personalia per 1 januari 2010

Bestuursleden

de heer drs. M.P. Frankenhuis, huisarts voorzitter aandachtsgebied personeelszaken	namens Kring West-Brabant
de heer drs. J. Binnekamp, huisarts secretaris-penningmeester aandachtsgebied nascholing huisartsen	namens Kring Zeeland
de heer drs. C.B. van Jaarsveld, huisarts aandachtsgebied HDS-en	namens Kring Noord-Brabant
de heer drs. R.R. Lauw, huisarts	namens Kring Limburg
de heer drs. T.T.J. Lemain, huisarts	namens Kringen Nijmegen e.o en De Gelderse Rivieren
de heer drs. R.H.L. Morshuis, huisarts	namens Kring Midden-Brabant
de heer drs. J.M.G. Willemsen, huisarts	namens Kring Zuidoost-Brabant
de heer E.W.F. Bakker, adviseur op voordracht van Zorgbelang de heer drs. S.W.A. Holla, adviseur namens de Huisartsendienstenstructuren de heer mr. A.H.M.J.F. Piëtte, adviseur namens de Klachtencommissie	

Klachtencommissie Klachtenregeling Huisartsenzorg

Voorzitter: de heer mr. A.H.M.J.F. Piëtte

Leden benoemd op voordracht van de Kringen

de heer drs. J.J.A.M. Luiken, huisarts
de heer drs. A.L. Messchaert, huisarts

Leden benoemd op voordracht van Zorgbelang

de heer drs. M.H.K. Jaspers
mevrouw J.A. Zuketto-van Bers

Bureau SKHZN

mevrouw mr. C.J.H.A.C. Evers, algemeen secretaris
mevrouw A.M.E. Hulshof, klachtenfunctionaris
mevrouw N.G.W. Fijten, bureausecretariaat



**Stichting Klachtenregeling
Huisartsenzorg Zuid-Nederland**

Postbus 8018
5601 KA Eindhoven
040-2122780
ma-do 09.00 - 17.00 uur
www.klachtenhuisarts.nl