

Klachten: part of the Job?!

Impact van niet-tuchtrechtelijke klachten op mentaal welbevinden en professioneel handelen van (verzekerings)artsen bij UWV

Lisa van Heusden – OH339

Ongepubliceerd: 9-4-2025

Winnaar
Talma Penning 2025

Samenvatting

Inleiding

Tuchtklachten hebben grote impact op artsen, maar niet-tuchtrechtelijke klachten komen binnen de verzekeringsgeneeskunde vaker voor. De mogelijke impact van deze klachten is echter beperkt onderzocht. Doel van dit onderzoek is in kaart brengen van impact niet-tuchtrechtelijke klachten op mentaal welbevinden en professioneel handelen van UWV-(verzekerings)artsen, teneinde aanknopingspunten te vinden om interne klachtenprocedure hier eventueel op aan te passen.

Methode

Kwalitatief onderzoek door middel van semigestructureerde interviews bij tien UWV-(verzekerings)artsen met minimaal twee niet-tuchtrechtelijke klachten. Lijst met interviewtopics werd naar eigen inzicht opgesteld na raadpleging relevante literatuur en overleg met collega's.

Resultaten

Wat betreft persoonlijk welbevinden wordt door meeste deelnemers tijdelijke negatieve impact benoemd, welke kan variëren op basis van bijvoorbeeld klachtinhoud of eigen mentale situatie. Sommige artsen ervaren toegenomen gevoel van angst en/of kwetsbaarheid. Qua professioneel functioneren worden meestal geen grote of blijvende negatieve effecten ervaren, behalve bij sommigen (overmatige) voorzichtigheid. In positieve zin valt op dat merendeel deelnemers klachten ook als potentieel leermoment ziet. Ook wordt meermaals het belang van het bestaan van de klachtenprocedure onderstreept. Meeste deelnemers zien klachten als part of the job, waarbij impact afneemt met toenemen werkervaring. Qua ondersteuning variëren ervaringen en behoeften per persoon; belang van voldoende ondersteuning wordt door meerderheid benoemd.

Conclusie

Veel (verzekerings)artsen zien niet-tuchtrechtelijke klachten als deel van het werk, maar impact en ondersteuningsbehoefte verschillen per persoon en per klacht. Aandacht voor adequate en op de persoon afgestemde ondersteuning is belangrijk, alsmede (meer) inbedden van het leren omgaan met klachten in de medische vervolgopleiding.

Inleiding

Het is bekend dat een tuchtklacht grote impact heeft op artsen. Uit recente enquête door Medisch Contact blijkt dat het tuchtrecht voor veel artsen een bron van frustratie en angst vormt [1]. Internationaal zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd waaruit blijkt dat tuchtklachten samenhangen met hoger risico op bijvoorbeeld angstklachten, depressie, automutilatie- en zelfmoordgedachten, insomnia, en (verergering van) lichamelijke ziekte [2]. Alleen al dreiging van tuchtrechtelijke actie kan fysieke, psychologische en gedragsmatige veranderingen in beroepsuitoefening veroorzaken, waaronder toename defensief handelen [3]. Ook uit Nederlands onderzoek komt toegenomen defensief handelen naar voren: zo zet 41% van de onderzoekspopulatie frequenter aanvullend onderzoek in en komt 35% eerder tegemoet aan eisen patiënt [4]. Uit Australisch onderzoek bleek dat lopende tuchtprocedure negatieve impact heeft op het algeheel functioneren van artsen binnen en buiten werk, en dat psychiatrische morbiditeit meer voorkomt [5].

Naast tuchtklachten komen ook niet-tuchtrechtelijke klachten voor. Cliënten die ontevreden zijn over bijvoorbeeld bejegening door UWV-professionals kunnen een klacht indienen via de klachtenprocedure, welke door gespecialiseerde klachtenambassadeurs wordt opgepakt en afgehandeld. Signalen uit de dagelijkse praktijk wijzen erop dat niet-tuchtrechtelijke klachten net als tuchtklachten aanzienlijke impact kan hebben op betrokken professionals. Ook onderzoek onder Britse huisartsen liet zien dat een dergelijke klacht negatieve impact kan hebben op zowel psychisch welbevinden als professioneel handelen [6].

In 2022 werden in totaal 2.652 klachten ingediend over professionals van divisie Sociaal Medische Zaken van UWV, waar ook de meeste (verzekerings)artsen werkzaam zijn [7]. Ter vergelijking, in hetzelfde jaar werden bij regionale tuchtcolleges 30 tuchtklachten tegen verzekeringsartsen behandeld [8]. Duidelijk is dat niet-tuchtrechtelijke klachten veel vaker voorkomen dan tuchtklachten, waarmee zij een belangrijk stempel kunnen drukken op de werkpraktijk.

Hoewel niet-tuchtrechtelijke klachten binnen de verzekeringsgeneeskunde dus vaker voorkomen dan tuchtklachten, is dit onderwerp in deze specifieke context nog weinig onderzocht. Onderzoeken die wel zijn uitgevoerd, laten wisselende resultaten zien. Uit klein kwalitatief onderzoek onder zes UWV-artsen kwam naar

voren dat krijgen van een klacht voor de meeste deelnemers een negatieve impact had op zowel persoonlijk als professioneel gebied [9]. Bij recent kwantitatief onderzoek naar impact van niet-tuchtrechtelijke klachten werd juist gevonden dat effect op functioneren meestal als relatief beperkt kon worden beschreven, maar dat er ook een substantiële subgroep artsen was die wel significante impact bemerkte [10].

Behoud en goed functioneren van UWV-artsen is van groot belang, zeker nu dienstverlening bij UWV onder druk staat en cliënten vaak lang moeten wachten op beoordeling [11]. Het is dus relevant om negatieve impact van niet-tuchtrechtelijke klachtenprocedures op professionals zoveel mogelijk te beperken. De auteur van eerdergenoemd kwantitatief onderzoek opperde dat de subgroep die significante impact ondervond van niet-tuchtrechtelijke klachten meer behoefte zou kunnen hebben aan ondersteuning [10]. Hoewel niet in detail onderzocht of beschreven in het artikel, bleek uit persoonlijke navraag dat in zijn onderzoek geen specifieke kenmerken konden worden omschreven van de groep die grotere impact ervaarde (M. van der Bij, persoonlijke communicatie, 29 november 2023). Uit Zweeds onderzoek naar effecten van adverse events (ongewenste voorvallen) op betrokken hulpverlener(s) bleek dat onvoldoende ondersteuning door werkgever negatieve impact van de gebeurtenis vergrootte [12]. In het interne UWV-handboek rondom niet-tuchtrechtelijke klachtenprocedures worden echter alleen instructies vermeld voor nazorg aan cliënt, niet aan betrokken medewerker [13].

Vraagstelling

Samenvattend krijgen de meeste (verzekerings)artsen tijdens hun UWV-carrière te maken met niet-tuchtrechtelijke klachten. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat doorlopen van dergelijke procedures negatieve impact kan hebben op professionals. Binnen UWV-context is naar dit onderwerp nog weinig onderzoek gedaan, en uitgevoerde onderzoeken laten wisselende resultaten zien.

Onderzoeksvraagstelling is: "Hoe ervaren (verzekerings)artsen werkzaam bij UWV de impact van een niet-tuchtrechtelijke klachtenprocedure op mentaal welbevinden en professioneel handelen?" Hierbij wordt speciale nadruk gelegd op geboden ondersteuning rondom de klachtenprocedure. Mocht naar voren komen dat persoonlijke en/of professionele impact hoog is, zou dit aanleiding kunnen zijn te onderzoeken welke aanknopingspunten er zijn voor verbetering klachtenprocedure.

Methode

Studiedesign

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is kwalitatief onderzoek uitgevoerd middels eenmalige semigestructureerde interviews. Er is gekozen voor persoonlijke interviews omdat het onderzoek betrekking heeft op de individuele beleving van betrokken (verzekerings)artsen, en om deelnemers in staat te stellen open te vertellen over hun persoonlijke ervaring. METC-toetsing werd niet aangevraagd: het betreft interviews met collega's in professionele capaciteit, deelnemers kregen geen handelingen of gedragsregels opgelegd en hadden zelf controle over hoe diep zij op onderwerpen wilden ingaan.

Onderzoekspopulatie

Inclusie

Alle (verzekerings)artsen werkzaam bij UWV die minimaal twee niet-tuchtrechtelijke klachten hebben gekregen

konden meedoen aan dit onderzoek. Dit minimumaantal klachten sluit aan bij aanbeveling uit eerder onderzoek van Hup [9].

Werving

Alle (verzekerings)artsen bij UWV werden per email benaderd en schriftelijk geïnformeerd over doel, opzet en globale werkwijze van het onderzoek. Er werd onder meer benoemd dat deelname vrijwillig is en op elk moment kan worden gestopt, dat verkregen informatie vertrouwelijk wordt behandeld, en dat resultaten niet tot de persoon herleidbaar zijn en geanonimiseerd worden bewaard en beschreven. Informed consent werd verkregen op basis van schriftelijke informatie, er was mogelijkheid aanvullende vragen te stellen. In totaal werden 1.045 personen benaderd, globale response rate was 68 personen (circa 6.5%). 28 artsen voldeden aan inclusiecriteria en wilden deelnemen. Om het onderzoek behapbaar te houden binnen de beschikbare tijd werd

Tabel 1: Kenmerken onderzoeksdeelnemers (N= 10)

	Categorieën	Aantal	Bijzonderheden
Geslacht	Man	4	
	Vrouw	6	
Nationaliteit	Nederlands	9	
	Niet-Nederlands Europees	1	
Leeftijd	25-35 jaar	4	
	36-45 jaar	1	
	46-55 jaar	0	
	56-65 jaar	4	
	>65 jaar	1	
Functie	Verzekeringsarts	6	
	AIOS	4	
Divisie	SMZ	9	
	B&B	1	
District	West-Brabant Zeeland	1	
	Utrecht-Flevoland	1	
	Overijssel Gelderland-Noord	2	
	Noord	1	
	Gelderland-Midden-Zuid	1	
	Rijnmond	1	
	Limburg	1	
	Groot Amsterdam	2	
Jaren werkervaring UWV	0-5 jaar	3	Spreiding: 4-37 jaar
	6-10 jaar	2	
	10-20 jaar	0	
	>20 jaar	5	
Werkervaring buiten UWV	Ja	7	
	Nee	3	
Aantal klachten	0-5 klachten	4	Spreiding: 2-100+ klachten; type vooral bejegening maar ook o.a. verkapt bezwaar
	6-10 klachten	2	
	11-20 klachten	2	
	>20 klachten	2	

een maximum van 10 deelnemers geïnccludeerd. Er werd een quotasteekproef geselecteerd wat betreft kenmerken als divisie (SMZ/B&B), specialisatie (verzekeringsarts/AIOS/ANIOS), geslacht en werkregio, met als doel zo accuraat mogelijke afspiegeling van de doelpopulatie te includeren in het onderzoek.

Dataverzameling

Topicselectie

Lijst met interviewtopics en bijbehorende vragen werd naar eigen inzicht opgesteld na raadpleging relevante literatuur [2-6,9-10,12], waar nodig werd vertaalslag gemaakt naar verzekeringsgeneeskundige context. Gedeeltelijk betreft het verdere uitwerking van vragen en bevindingen uit onderzoek Hup [9], met aanvulling uit overleg met collega's opleidingsgroep en correspondentie met eerdere onderzoeker (M. van der Bij, persoonlijke communicatie, 4 oktober 2023). Zie bijlage 1 voor visuele weergave interviewtopics.

Praktische uitvoering

Voorafgaand aan start onderzoek werd een proefinterview uitgevoerd met collega-AIOS. Interviews duurden 30-45 minuten en werden overwegend online afgenomen. Alle interviews werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker. Audio werd opgenomen op een beveiligde informatiedrager teneinde deze later uit te kunnen werken, waarna de geluidsopname werd vernietigd.

Data-analyse

Per interview werd een verbatim transcript uitgewerkt en geanonimiseerd vastgelegd in Word. Data werden geclusterd in relevante thema's middels inductief coderen. Eerste stap was exploratie, waarna in kader onderzoeksvraag mogelijk relevante teksten relevante teksten werden gekopieerd naar Excel. Elk fragment kreeg een label, welke vervolgens werden gegroepeerd in gemeenschappelijke codes. Hieruit werden middels patroonidentificatie de belangrijkste thema's vastgesteld

Tabel 2: Impact klachten: Persoonlijk welbevinden

Tijdelijke impact	R3: "Dat duurt ongeveer anderhalf uur, zo lang is het van [werklocatie] naar [woonplaats]. En vroeger duurde het van [oude werklocatie] naar [oude woonplaats], dat was ongeveer drie kwartier. Met andere woorden, ik krijg buikpijn, ik zit erover na te denken, piekerdepiekerdepieker. Ik denk dan toch, ik had er niks aan kunnen doen. Dan ben ik thuis en ga ik eten koken, en dan denk ik er niet meer aan." R7: "Maar dat is dan... ja, ik denk meer iets van een dag, of misschien een paar dagen dat je daar wel meer mee bezig bent. Ook misschien buiten het werk dat het dan wel wat impact heeft, in de zin dat je dan toch even sneller gaat piekeren of gaat twijfelen ook over andere dingen."
Wisselende impact	R8: "Maar ik had al wel door bij die klacht dat dat eigenlijk inhoudelijk niet echt ging over mijn handelen, maar dat hij het meer oneens was met de uitkomst van de beoordeling. Dus daar voelde ik me persoonlijk eigenlijk ook niet vervelend onder." R6: "Ik heb wel wat psychische klachten ervaren, maar dat was meer door samenloop met privéomstandigheden ook."
Angst en kwetsbaarheid	R1: "Het had effect op mijn zelfvertrouwen, en het leidde wel tot uitstelgedrag, omdat ik elke keer als ik mijn dossiers opendeed van mensen die ik moest hersteld melden - ja, daar werd ik angstig van, straks doet iemand dat wéér. En dat had echt een enorme impact op mij. Dus voor die klant zelf, dat heeft mij meer dan een maand geduurd om die af te werken. En dan denk ik van, ja. [...] De toekenningen waren geen probleem, maar de afwijzingen." R5: "Het eerste gevoel wat in mij opkwam is dat ik een schietschijf ben. Nou, ga maar lekker op mij schieten dan. Je kan alle onzin naar mij gooien maar ik kan niets teruggooien. [lacht] Ja, het voelt een beetje onmachtig, zeg maar."
<i>Professioneel handelen</i>	
(Overmatige) voorzichtigheid	R1: "Maar ik ga ook wel veel meer mee dan ik daarvoor zou geneigd zijn om te doen. Ik ga ruimer lichamelijk onderzoek doen, ik ga veel ruimer uitvragen, en ik ga ja, toch sneller akkoord en ik merk dat zeker nu ook bij die covid klanten dat het zo vaak is van, okee het is goed. En dan merk ik ook voor mijn eigen dat - ja, moreel voelt dat niet altijd niet meer goed, omdat je teveel erin mee gaat, maar je merkt ook van ja als ik het niet ga doen, dan heb ik het zitten." R3: "En nog een tweede punt. In bezwaar neem ik altijd een juridisch medewerker mee. Sinds mijn ervaringen met [ADVOCATENBUREAU] onder andere, daar wordt je van alles verweten, dan heb ik graag een getuige die weet wat ik precies wel of niet gezegd heb."

die antwoord gaven op de voorliggende onderzoeksvraag.

Ter bevordering van de interbeoordelaars-betrouwbaarheid werd één geanonimiseerd maar ongecodeerd interview voorgelegd aan een collega-AIOS met verzoek als tweede codeur de belangrijkste besproken thema's te omschrijven. Na vergelijking met eigen thema's uit ditzelfde interview werd een globaal overeenstemmingspercentage berekend. Betrokkenheid van de tweede codeur was vooraf besproken en vermeld op het informed consent formulier.

Resultaten

Beschrijving onderzoekspopulatie

In totaal werden 10 deelnemers geïnccludeerd, werkzaam in UWV-districten verspreid door Nederland. Het betrof 6

verzekeringsartsen en 4 AIOS, verzekeringsgeneeskundige werkervaring varieerde tussen 4 en 37 jaar. Voor volledige weergave karakteristieken onderzoekspopulatie, zie tabel 1.

Globaal overeenstemmingspercentage

Globaal overeenstemmingspercentage betrof circa 85%. Bij elkaar werden door beide codeurs 13 thema's beschreven, op 11 was sprake van globale overeenstemming.

Impact klachten: persoonlijk welbevinden

Uit de meeste interviews komt naar voren dat krijgen klacht en doorlopen klachtenprocedure initieel negatieve impact heeft (o.a. stress, irritatie, minder zelfvertrouwen). Deze negatieve impact is meestal tijdelijk, uren tot weken. Ook wordt benoemd dat impact per klacht sterk kan wisselen, afhankelijk van onder meer vorm en inhoud klacht en eigen algeheel welbevinden. Enkele keren wordt

Tabel 3: Klacht als part of the job

Klacht als leermoment	R4: "Ik denk dat het alweer een jaar of 10 geleden is, toen kreeg ik er in relatief korte tijd wat meer. En toen heb ik op een gegeven moment bij mezelf gedacht, ja, dit is toch wel bijzonder. Ligt het nou aan al die klanten of ligt het aan mij? En ik kwam tot de conclusie dat het misschien toch ook voor een deel aan mij lag. En ik heb daarom... er bleken cursussen omgaan met agressie te zijn, maar dat was toch in de breedste zin van het woord. Toen heb ik een aantal cursussen daarvoor gezocht, en dat heeft mijzelf wel wat duidelijkheid gegeven en ook wat handvatten gegeven om daarmee te gaan." R10: "Ja, dat is dan les voor mezelf. Dan denk ik van, ik heb iets laten liggen of ik ben niet zorgvuldig geweest, ik had beter moeten luisteren of op dingen door moeten gaan, zoiets. Ja, dat wel. [...] Kijk, het is niet zo dat ik denk van, alles wat ik doe is professioneel en prima en de rest is gestoord. [lacht] Nee, dat is het zeker niet. De waarheid, voor zover je daarvan kan spreken, ligt dan ergens in het midden. Er is iets misgegaan in de communicatie of mensen hebben hun ei niet kwijt gekund of voelen zich niet gehoord. Ja, zoiets." R8: "Wat ik ook wel doe is dat ik nog duidelijker probeer te communiceren over afspraken die ik maak, en dat ik dat ook nog concreter probeer op te schrijven, zodat ik ook voor mezelf op een later moment altijd heel duidelijk terug kan vinden wat er precies is afgesproken. [...] Vastleggen, en ook dus zo duidelijk mogelijk proberen over te brengen bij cliënt."
Communicatie	R4: "Ja, ik denk dat het ook in het uitleggen zit. En dan bedoel ik niet om langer hetzelfde te blijven herhalen, maar om het communicatieniveau eenvoudig te houden. [...] Dus eenvoudige teksten, eenvoudige zinnen. B2 niveau, of wat is het. Gewoon simpel. En met name bij hoger opgeleide mensen is het helemaal noodzakelijk om het heel simpel te houden, want die menen meestal dat ze wel snappen waar het over gaat, wat zelden het geval is."
Part of the job	R3: "Ik ben eraan gewend. Weet je, in het begin denk je van, oh god - en ik heb wel meerdere aniossen en aiossen begeleid, en de eerste klachten die je krijgt hebben een enorme impact. Nou, dus dan kom je met een zakdoekje aan als opleider als het goed is. Maar klacht nummer twaalf is al stukken minder indrukwekkend, dus dan probeer je de aios al te vertellen, het is heel vervelend dat je dit overkomt, maar het gaat over, en je krijgt een dikkere huid. Je krijgt iets meer eelt op je ziel. Nou, dus dat... zo is het tenminste bij mij gegaan, laat ik het maar zo zeggen. En zo zie ik wel meerdere oudere artsen ermee omgaan." R4: "Ik ga er niet van wakker liggen. Ik zie het als... all in the game. Het hoort erbij, maar als je het kan voorkomen, dan is dat natuurlijk veel beter." R8: "Aan de ene kant vind ik het goed dat de klachtenprocedure er is. We zijn allemaal mensen, maken allemaal fouten, zeggen allemaal weleens een keer wat stom, en het is ook goed dat we daar dan op gewezen worden."

benoemd dat krijgen van klachten kan leiden tot angst of gevoel van kwetsbaarheid of vogelvrijheid in de spreekkamer. Deelnemers die ook tuchtklacht hebben gekregen benoemen dat tuchtklacht veel meer impact heeft. Zie tabel 2 voor illustratieve citaten.

Impact klachten: professioneel functioneren

Meeste deelnemers benoemen op gebied van professioneel functioneren geen grote of blijvende negatieve impact. Enkele keren wordt aangegeven dat op sommige vlakken toegenomen voorzichtigheid in handelen is opgetreden, bijvoorbeeld door inzet "getuigen" bij (sommige) spreekuren, defensiever werken of soepeler beoordelen. Zie tabel 2 voor voorbeeldcitaten.

Part of the job?!

Opvallende bevinding is dat merendeel deelnemers aangeeft dat klachten ook belangrijk leermoment (kunnen) zijn, in reactie waarop zij bijvoorbeeld iets hebben aangepast in hun werkwijze. Met name de communicatie wordt in dit kader vaak genoemd: denk aan gebruik eenvoudige taal, zakelijke houding, inzet metacommunicatie, checken en samenvatten, en helder en feitelijk rapporteren. Ook wordt meermaals het belang van bestaan van de klachtenprocedure onderstreept. Veel deelnemers zien krijgen van klachten als iets wat erbij hoort (part of the job), al worstelen sommige collega's er wel mee dat klachten voelen of door anderen worden gezien als slecht functioneren. Meerdere artsen merken op dat werk- en/of levenservaring impact van klachten vermindert. Ook wordt aangegeven dat klagen soms past bij karakter of ziektebeeld van de betrokken cliënt. Zie tabel 3 voor voorbeeldcitaten.

Ondersteuning

Steunbehoefte en daadwerkelijk ervaren steun verschilt per persoon, maar belang van steun rondom het krijgen van klachten wordt door meerderheid onderstreept. Gevraagd naar ondersteuning die deelnemers hebben gehad, worden meest frequent klachtenambassadeur en directe collega's benoemd, soms ook manager. Rol klachtenambassadeur wordt echter niet in alle gevallen positief ervaren, houding werd soms bijvoorbeeld dwingend of sturend genoemd en klachtafhandeling overmatig toegevend richting cliënt. Ook benoemen meerdere collega's dat zij op andere vlakken steun hebben gemist, waarbij vooral de manager wordt genoemd. Overigens geven sommige deelnemers ook aan helemaal geen steun te hebben gemist - dit lijkt dus sterk individueel bepaald. Zie tabel 4 voor voorbeeldcitaten.

Discussie

Samenvatting belangrijkste resultaten

Dit kwalitatief onderzoek onderzocht hoe (verzekerings)artsen bij UWV impact van niet-tuchtrechtelijke klachtenprocedure ervaren wat betreft mentaal welbevinden en professioneel handelen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat ervaren persoonlijke impact van niet-tuchtrechtelijke klachtenprocedure vaak relatief beperkt en tijdelijk is, maar varieert per klacht; subgroep ervaart angst of kwetsbaarheid. Qua professioneel handelen worden meestal geen grote of negatieve effecten benoemd, behoudens soms toegenomen voorzichtigheid. Positief is dat veel (verzekerings)artsen niet-tuchtrechtelijke klachten beschouwen als deel van het werk, waarvan bovendien kan worden geleerd. Rondom een niet-tuchtrechtelijke klacht kan bij professionals behoefte bestaan aan ondersteuning; wanneer steun vanuit organisatie wordt aangeboden, wordt deze vaak positief ervaren.

Vergelijking eerder onderzoek

In vergelijking met eerder Brits onderzoek onder huisartsen [6] lijkt in mijn onderzoek gevonden impact minder groot en negatief. Speculerend zou verschil in onderzoekspopulatie rol kunnen spelen; mogelijk komen niet-tuchtrechtelijke klachten in huisartsgeneeskunde relatief minder voor waardoor deze minder worden gezien als "normaal" onderdeel werk. Ook komt een klacht in huisartsgeneeskundige context wellicht persoonlijker aan, omdat het gaat om lange behandelrelaties en omdat klachten vaak gericht zijn op persoonlijk handelen in plaats van onvrede met genomen beslissing. Verder betrof het Britse onderzoek kwantitatief in plaats van kwalitatief onderzoek; mogelijk zijn artsen bereid tot deelname aan persoonlijke interviews relatief meer toetsbaar rondom eigen handelen, waardoor nadruk meer komt te liggen op het leermoment in plaats van de negatieve impact. Ook is er een aanzienlijk verschil in deelnemersaantal: 10 deelnemers versus duizenden. In grote lijnen komen mijn bevindingen wel overeen met beperkt aantal eerdere onderzoeken onder artsen bij UWV. Zo benoemde Hup [9] negatieve impact van krijgen van (voornamelijk eerste) niet-tuchtrechtelijke klacht; aansluitend hierop benoemen meeste deelnemers aan huidig onderzoek ook (kortdurend) negatief effect waarbij daarnaast meermaals wordt aangegeven dat impact afneemt bij toenemen werkervaring. Van der Bij [10] zag in kwantitatief onderzoek dat impact meestal relatief beperkt was, maar bij subgroep wel significant; ook uit mijn onderzoek blijkt dat niet iedereen langdurige

negatieve effecten ervaart, maar dat er artsen zijn bij wie dit wel degelijk speelt.

Wat betreft belang van ondersteuning sluiten mijn bevindingen ook aan bij eerder onderzoek [9], waarin steunbehoefte duidelijk naar voren kwam. Ook in actueel onderzoek uiten veel deelnemers deze behoefte en ervaren steun wordt positief ervaren; wanneer steun ontbreekt wordt deze vaak gemist, al verschillen individuele behoeften hierin. Eerder onderzoek liet zien dat onvoldoende steun van werkgever negatieve impact van adverse events op hulpverleners vergroot [12]; mijns inziens sluiten mijn bevindingen hierop aan.

Het huidige onderzoek laat niet alleen zien dat inderdaad een subgroep (verzekerings)artsen lijkt te bestaan die meer negatieve impact ervaart van niet-tuchtrechtelijke klachten, maar ook dat krijgen van klachten in veel gevallen wordt opgepakt als leermoment. Daarnaast wordt het belang van ondersteuning "op maat" nog eens onderstreept.

Sterke punten onderzoek

Allereerst betreft het een relevant thema waarnaar binnen verzekeringsgeneeskundige context nog weinig onderzoek is gedaan. Bij huidige onderzoek is daarnaast

voortgeborduurd op aandachtspunten en aanbevelingen uit eerdere (kleine) onderzoeken door UWV-collega's. Alle (verzekerings)artsen bij UWV zijn benaderd voor deelname, wat de kans op selectiebias verkleint. Tevens is een quotasteekproef toegepast om zo accuraat mogelijke afspiegeling van de bronpopulatie te interviewen, waarbij werd vergeleken met verhoudingen binnen de UWV-populatie.

Ook is gestreefd naar reproduceerbaarheid door inzet tweede onafhankelijk codeur bij één interview.

Beperkingen onderzoek

Allereerst zouden vormen van bias mogelijk resultaten kunnen hebben beïnvloed. Zo kan non-responsbias spelen als (verzekerings)artsen die weinig impact bemerkten van klachten niet hebben deelgenomen. Ook survivorship bias is een mogelijkheid, wellicht zijn artsen die grote impact hebben ervaren uitgevallen of vertrokken bij UWV. Verder benoemden enkele deelnemers dat hun laatste klacht langer geleden was, waarbij recall bias kan spelen.

Ten tweede vallen enkele verschillen op tussen onderzoeksdeelnemers en bronpopulatie. Zo hebben geen ANIOS deelgenomen, mogelijk omdat zij vaak weinig werkervaring hebben en dus relatief weinig

Tabel 4: Belang van ondersteuning

Belang steun	R7: "Maar ook inderdaad, met de opleider toen nog, of de regievoerder staat ook gewoon open om mee te denken over hoe je iets aan moet pakken of hoe je iets het beste kunt verwoorden. Het helpt natuurlijk wel...je voelt je toch wel aangevallen even, dan wil je meteen daarop springen en dat ontkrachten of daar tegenin gaan misschien. Maar je leert wel dat dat toch niet de beste gang van zaken is meestal. Dus dan helpt het wel om het even te kunnen bespreken en er dan samen naar te kijken. Van goed, hoe doe je het dan zodat het wel een beetje goed voelt voor jou maar ook als een reactie wat neutraler overkomt richting de cliënt, en hoe je dat het beste naar buiten kunt brengen zeg maar." R7: "Zoals gezegd, de klachtenambassadeur vond ik in ieder geval heel erg adequaat die wij hebben. Meedenkend ook wel, die moet wel eigen dingen doen maar denkt wel fijn mee, van goed, je wil dit zeggen maar hoe kunnen we dat het beste verwoorden richting de cliënt in de brief die ze dan toch gaan krijgen. Dat is wel echt prettig." R10: "Nou, dat besprak ik dan met collega's, want die snappen het wel, want die maken ook dat soort dingen mee. Of in de OT-groep komt dat ook wel eens voor. Ja, in de OT-groep. Dat is natuurlijk veilig en besloten en daar heb je wel wat aan. Daar kun je dat soort dingen in kwijt."
Steun gemist	R1: "Ja, het gevoel van steun, en dat zou ook fijn als je dat krijgt van de organisatie of van de manager of van de klachtenambassadeur - het maakt dan niet uit van wie. Maar dat het wel echt duidelijk is van, we staan achter u. En als ik nadien toch nog problemen zou hebben met het maken van beslissingen, dat ze daar ook echt mee helpen, van ja, het maakt niet uit. Maar nu deden ze niets." R3: "Toen ben ik in een situatie verzeild waar er eigenlijk geen goede stafartsen meer waren, gewoon doordat er door ziekte of door vacatures of nou ja, weet ik veel, het werd alleen maar minder. Dan krijg je geen ondersteuning, want de klachtenambassadeur doet alles schriftelijk af, daar heb ik er ooit één van in persoon meegemaakt, verder niet. De manager houdt het bij voor je functioneringsgesprek, daar hoor je verder ook niks van. Nou, dit was het dan."

ervaring met klachten. Tevens zijn er geen deelnemers in leeftijdscategorie 46-55 jaar of werkervaringscategorie 10-20 jaar. Speculerend heeft dit ermee te maken dat relatief weinig collega's in deze categorie vallen in verband met sollicitatiestop in het verleden. De collega's uit deze groep die er wel zijn houden zich momenteel mogelijk vooral bezig met productie en minder met opleiden of onderzoek.

Als laatste is om pragmatische redenen niet getracht grotere onderzoekspopulatie te includeren of tweede codeur intensiever in te zetten.

Praktische implicaties

- Uit resultaten blijkt dat beleving en behoeften rondom niet-tuchtrechtelijke klachten per persoon in relevant mate kunnen verschillen. In kader van behoud en adequate ondersteuning (verzekerings)artsen moet voor deze individualiteit ruimte blijven bestaan bij klachtafhandeling.
- Het komt naar voren dat klachten door veel (verzekerings)artsen worden gezien als onderdeel van het werk. Leren omgaan met klachten kan als onderwerp worden ingebed in de medische vervolgopleiding.
- Klachtafhandeling is niet volledig uniform in alle districten, bepaalde keuzes lijken positief of negatief te werken. Dit kan onderwerp zijn van verder onderzoek of kwaliteitscyclus.
- Eventueel vervolgonderzoek zou vergelijking kunnen maken tussen impact tuchtklacht en niet-tuchtrechtelijke klacht, of dieper kunnen ingaan op wensen rondom ondersteuning.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat veel (verzekerings)artsen niet-tuchtrechtelijke klachten zien als part of the job, maar ook dat zowel impact als ondersteuningsbehoefte per persoon en per klacht kunnen verschillen. Aandacht voor adequate ondersteuning "op maat" is belangrijk, alsmede het (meer) inbedden van het leren omgaan met klachten in de medische vervolgopleiding.

Referenties

1. Niemansburg S, Paauw S (Eds) (2025, 30 januari). 'Ik ben niet meer de spontane arts die ik vroeger was.' Medisch Contact, 2025(05), 14–23.
2. Haysom G (2016). The impact of complaints on doctors. Australian family physician, 45(4), 242–244.
3. Nash L, Tennant C, Walton M (2004). The psychological impact of complaints and negligence suits on doctors. Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 12(3), 278–282. <https://doi.org/10.1080/j.1039-8562.2004.02079.x>
4. Laarman BS, Bouwman RJ, Veer AJ de et al (2019). 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, 9(3), e023576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023576>
5. Nash L, Daly M, Johnson M et al (2007). Psychological morbidity in Australian doctors who have and have not experienced a medico-legal matter: cross-sectional survey. The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 41(11), 917–925. <https://doi.org/10.1080/00048670701634960>
6. Bourne T, Wynants L, Peters M et al (2015). The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. BMJ open, 5(1), e006687. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006687>
7. Groot, E de (2023). Klachtenmonitor UWV. <https://uwvm2vwpsql0044.p-dc.ba.uwv.nl/PowerBI-Reports/powerbi/Klantexpertise/Klachten%20UWV/klachtenmonitor?rs:Command=Render&rc:Toolbar=false>
8. Beroepsgroepen en soorten klachten: Afgehandelde klachten naar specialisme: artsen. Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg. (2023). <https://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/over-de-tuchtcolleges/jaarcijfers-tuchtcolleges/jaarcijfers-2022/regionale-tuchtcolleges/afgehandelde-klachten#anker-3-afgehandelde-klachten-naar-specialisme>
9. Hup CM. (2019) De impact van een niet-tuchtrechtelijke klacht op een verzekeringsarts. Niet gepubliceerd, beschikbaar op navraag bij de NSPOH.
10. Van der Bij M (2023). Het effect van niet-tuchtrechtelijke klachten op psychisch welbevinden en professioneel handelen van verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV. 29-05-2023. Niet gepubliceerd, beschikbaar op navraag bij de NSPOH.
11. Gennip, CEG van, minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2022, 26 augustus). Aanpak mismatch sociaal-medisch beoordelen en hardheden WIA [Kamerbrief]. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022Z15818&did=2022D33127
12. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J et al (2014). Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. BMJ quality & safety, 23(4), 325–331. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002035>
13. Processen Klachtenservice: Uitvoeren nazorg. UWV. (2021, 1 september). <https://uwv-handboeken.publishone.nl/handboek/65721/>

Bijlage 1: Visuele weergave interviewtopics

