

Tuchtklachten tegen huisartsen

Samenvatting

Gaal S, Verstappen W, Giesen P, Van Weel C, Wensing M. Tuchtklachten tegen huisartsen. *Huisarts Wet* 2012;55(6):242-5.

DOEL Wij hebben onderzocht welke risico's voor de patiëntveiligheid naar voren kwamen uit medische tuchtzaken bij regionale tuchtcolleges tegen huisartsen.

METHODE Wij analyseerden 250 uitspraken van regionale tuchtcolleges, gepubliceerd tussen 2008 en 2010, en richtten ons daarbij vooral op tuchtklachten waarbij de betrokken patiënten ernstige gezondheidsschade hadden geleden.

RESULTATEN Van de 74 ernstige klachten (blijvende schade of overlijden) betroffen er 33 (45%) een verkeerde diagnose, 17 (23%) onvoldoende zorg, 6 (8%) een verkeerde behandeling, 6 (8%) te late aankomst bij een visite, 4 (5%) te late verwijzing naar het ziekenhuis, 1 (1%) onvoldoende informatie en 7 (10%) andere oorzaken. De verkeerde of (te) late diagnoses betroffen meestal hartinfarcten of CVA's (35%) en maligniteiten (34%). De helft van alle tuchtklachten werd gegrond verklaard; bij ernstige klachten was de kans op grondverklaring groter dan bij minder ernstige.

CONCLUSIE Incidenten met ernstige gezondheidsschade voor de betrokken patiënt komen voor een aanzienlijk deel voort uit het missen van een potentieel ernstige ziekte zoals een hartinfarct, CVA of maligniteit. Een betere diagnostiek van deze aandoeningen kan mogelijk bijdragen aan de patiëntveiligheid.

INLEIDING

Sinds de publicatie van het rapport *To err is human* in 1999^{1,2} heeft patiëntveiligheid wereldwijd veel aandacht gekregen, vooral in de ziekenhuiszorg. In landen met een sterke eerstelijnsgezondheidszorg, zoals Nederland, verdient echter ook de huisartsenpraktijk alle aandacht, omdat daar verreweg de meeste medische zorg verleend wordt.^{3,4} Een Nederlandse huisarts voorziet in de (eerste) zorg voor vrijwel alle medische aandoeningen, inclusief chronische en complexe ziekten. In 2010 hadden de Nederlandse huisartsen 64,4 miljoen patiëntencontacten, dus ook bij een lage incidentie kan het aantal incidenten toch groot zijn.⁵ Recent dossieronderzoek liet zien dat patiëntveiligheidsincidenten zich ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk voordoen, maar leverde geen incidenten op waarbij de betrokken patiënten ernstige schade hadden geleden.⁶ Uit eerdere tuchtrechtsuitspraken is echter gebleken dat patiëntveiligheidsincidenten met ernstige gevolgen wel

degelijk voorkomen.⁷ Het is dus zaak zulke incidenten te blijven identificeren en ervan te leren. Met dat doel voor ogen hebben wij dit onderzoek uitgevoerd.

METHODE

Het Nederlandse tuchtsysteem

In Nederland is het tuchtrecht voor artsen geïntroduceerd in 1928. Tegenwoordig is het geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die tot doel heeft de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen en te bewaken,⁸ en die alle huisartsen verplicht deel te nemen aan het tuchtrechtsysteem.⁹ Elke huisartsenpraktijk is daarnaast ook verplicht om een eigen klachtensysteem voor patiënten te hebben, en patiënten kunnen ook altijd een civielrechtelijke procedure starten. Het aantal ingediende tuchtrechtsklachten stijgt; in 2009 bedroeg het 1496 en 237 daarvan hadden betrekking op huisartsen.⁸

Er zijn vijf regionale tuchtcolleges. Iedere patiënt of direct betrokkene (meestal een familielid), en in sommige gevallen ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kan daar een klacht indienen. De klacht moet gericht zijn tot een BIG-geregistreerde hulpverlener en worden ingediend binnen tien jaar na het betreffende contact. Het tuchtcollege telt vijf leden: twee advocaten en drie uit dezelfde discipline als de hulpverlener tegen wie de klacht gericht is. Het regionaal tuchtcollege beoordeelt de klacht volgens het Nederlands recht: was er sprake van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die de hulpverlener in die hoedanigheid behoorde te betrachten ten opzichte van de patiënt of diens naaste? Tegen de uitspraak is hoger beroep mogelijk bij het centraal tuchtcollege.

Alvorens een hoorzitting te houden, onderzoekt het tuchtcollege de aard van de klacht. Lijkt de klacht gerechtvaardigd, dan ontvangt de verweerder een kopie van de klacht met het verzoek om een schriftelijke reactie. Zo nodig kan het tuchtcollege andere betrokkenen om aanvullende informatie vra-

Wat is bekend?

- Hoewel minder vaak dan in ziekenhuizen, komen veiligheidsincidenten met ernstige gezondheidsschade voor de betrokken patiënt ook in de huisartsenpraktijk voor.

Wat is nieuw?

- Tuchtklachten worden vaker gegrond verklaard als ze gaan over ongepaste contacten, schending van de privacy of het afgeven van een onjuiste verklaring, en ook als de patiënt ernstige gezondheidsschade heeft geleden.
- Bij veiligheidsincidenten gaat het vaak om het missen van een ernstige aandoening (myocardinfarct, CVA, maligniteit). Permanente aandacht voor de diagnostiek van dit soort ernstige aandoeningen in de eerste lijn is geboden.

UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; dr. S. Gaal, aios Huisartsgeneeskunde; dr. W. Verstappen, huisarts-onderzoeker; dr. P. Giesen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar Implementatiewetenschap • UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde; prof.dr. C. van Weel, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie s.gaal@iq.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Gaal S, Hartman C, Giesen P, Van Weel C, Verstappen W, Wensing M. Complaints against family physicians submitted to disciplinary tribunals in the Netherlands: lessons for patient safety. *Ann Fam Med* 2011;9:522-7 • Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

gen. Als alle informatie verzameld is, nodigt het tuchtcollege klager en verweerder uit voor een eerste zitting. Deze zitting is niet verplicht, maar biedt de mogelijkheid buiten de hoorzitting om een oplossing te zoeken. Wordt de zaak hier niet opgelost, dan volgt een openbare hoorzitting waar beide partijen hun standpunten kunnen toelichten en waar ook eventuele deskundigen of getuigen gehoord worden. Het tuchtcollege doet hierna schriftelijk uitspraak. De uitspraken worden anoniem online gepubliceerd; zaken die ook andere hulpverleners aangaan, verschijnen (onder andere) in *Medisch Contact*.¹⁰ Het volledige proces van klacht tot uitspraak duurt meestal één à twee jaar.^{9,11} Een gegrondverklaring kan leiden tot een aantal disciplinaire maatregelen, variërend van een waarschuwing of berisping tot een boete van maximaal € 4500. In ernstige gevallen kan het tuchtcollege een tijdelijke of permanente ontzegging van de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep opleggen, maar dit komt zelden voor.

Onderzoeksopzet

Ons onderzoek was retrospectief van opzet. Wij analyseerden 250 tuchtrechtsuitspraken met betrekking tot huisartsen, gedaan door de vijf regionale tuchtcolleges, gedateerd tussen juli 2008 en oktober 2010 en anoniem online gepubliceerd op www.tuchtrecht.nl (per 1 januari 2010 gewijzigd in www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl). De uitgebreide verslagen van deze tuchtzaken bevatten een beschrijving van de ingediende klacht, het vonnis, de achterliggende overwegingen en het verweer van de betrokken huisarts. Om dubbele uitspraken te vermijden, includeerden wij alleen originele uitspraken van de regionale tuchtcolleges. De Commissie Mensgebonden Onderzoek van de Radboud Universiteit Nijmegen verleende toestemming voor dit onderzoek.

Data-extractie en analyse

Twee artsen analyseerden de gevonden tuchtrechtsuitspraken en deelden ze in naar aard van de klacht, diagnose (indien van toepassing), gezondheidsuitkomst voor de patiënt en het uiteindelijke vonnis. Zij volgden daarbij de indeling die de tuchtcolleges zelf gaven in hun jaarverslag.⁸ Bij twijfel werd consensus gezocht.

Een patiëntveiligheidsincident definieerden wij als 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die heeft geleid, geleid kon hebben, of nog zouden kunnen leiden tot schade voor de patiënt'. Wij zijn ervan uitgegaan dat iedere disciplinaire maatregel betekende dat er een patiëntveiligheidsincident had plaatsgevonden, omdat zo'n maatregel alleen wordt opgelegd als de betrokken huisarts niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld. Niet alle vermeende fouten zijn echter patiëntveiligheidsincidenten of leiden tot gezondheidsschade. We hebben daarom speciale aandacht besteed aan klachten waarbij de gezondheid van de patiënt ernstige schade had geleden. Met logistische regressieanalyse onderzochten we de relatie tussen de aard van de klacht, de gevolgen voor de patiënt en de eventuele gegrondverklaring.

RESULTATEN

Klager en setting

De 250 uitspraken van de vijf regionale tuchtcolleges betroffen 125 (50%) klachten ingediend door de patiënt, 108 (43%) klachten door een familielid en 3 (1%) klachten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Van 14 (6%) klachten kon de indiener niet worden geïdentificeerd.

Voor wat betreft de setting hadden 172 (69%) klachten betrekking op een huisartsen(dag)praktijk, 45 (18%) op een huisartsenpost en 14 (6%) op een andere omgeving (bijvoorbeeld een militaire basis of gevangenis). Van 19 (8%) klachten was de plaats van handeling niet terug te vinden.

Aard van de klachten

Zestig (24%) klachten hadden betrekking op een verkeerde diagnose, 54 (22%) op onvoldoende medische zorg, 23 (9%) op een verkeerde behandeling, 18 (7%) op een te late verwijzing, 15 (6%) op een onjuiste medische verklaring, 14 (6%) op schending van privacy, 14 (6%) op te late aankomst bij een visite, 6 (2%) op het onvoldoende geven van informatie, 5 (2%) op onbeleefd gedrag, 2 (1%) op ongepast (seksueel) contact met de patiënt en 1 (0,4%) op de facturering. Er werden 19 (8%) klachten ingediend om andere redenen, en van nog eens 19 (8%) was de aard niet te achterhalen. De [tabel] geeft een overzicht, met voorbeelden.

Gevolgen voor de patiënt

In 71 (28%) gevallen had de gebeurtenis waarop de klacht betrekking had niet geleid tot gezondheidsschade, in 37 (15%) gevallen was er kleine en in 46 (18%) gevallen tijdelijke schade, en in 22 (9%) gevallen konden wij de gevolgen niet terugvinden in het verslag. Er waren echter 25 (10%) klachten waarbij blijvende gezondheidsschade optrad, en 49 (20%) klachten waarbij de betrokken patiënt was overleden. In totaal betroffen 74 (30%) klachten dus een serieus patiëntveiligheidsincident dat blijvende schade of overlijden tot gevolg had.

Uitspraken en sancties

De tuchtcolleges verklaarden 18 (7%) klachten niet ontvankelijk op het moment van indiening, 9 (3,5%) klachten werden ingetrokken en 1 klacht (0,5%) werd niet doorgezet door de klager. Deze klachten leidden niet tot een hoorzitting.

Van de overige klachten verklaarden de colleges er 134 (54%) ongegrond en mondden er 88 (35%) uit in een gegrondverklaring. De colleges legden 69 (28%) waarschuwingen op, 11 (4%) berispingen en 2 (1%) tijdelijke schorsingen. In 6 (2%) gevallen volgde er geen tuchtmaatregel.

Wij hebben gezocht naar een verband tussen de aard van de klacht en de gegrondverklaring. Alle ongepaste (seksuele) contacten leidden tot een gegrondverklaring, schending van de privacy in 64% en een onjuiste verklaring in 53% van de gevallen. Deze categorieën bevatten echter slechts enkele klachten [tabel].

Klachten over ernstige gezondheidsschade

Logistische regressieanalyse liet zien dat een ernstige afloop samenhang met een hogere kans op een disciplinaire

Tabel Overzicht van de klachten

Type klacht	Voorbeelden	Aantal	Geground verklaard	Met ernstige gevolgen	Geground verklaard met ernstige gevolgen
Verkeerde diagnose	<ul style="list-style-type: none"> fietsen toestaan, terwijl later een heupfractuur werd gediagnosticeerd diagnose griep bij een patiënt met meningitis 	60	27	33	18
Onvoldoende medische zorg	<ul style="list-style-type: none"> diagnose hartinfarct, maar niet bij patiënt gebleven tot de ambulance arriveerde geen verwijzing naar de uroloog bij een man met recidiverende urineweginfecties 	54	20	17	11
Verkeerde behandeling	<ul style="list-style-type: none"> amoxicilline bij een patiënt die allergisch is voor penicillines verkeerd type lithium 	23	6	6	2
Te laat verwijzen	<ul style="list-style-type: none"> missen van de diagnose mammacarcinoom missen van een gemetastaseerde tumor bij een patiënt met lagerugklachten 	18	4	4	3
Verkeerde of onterechte medische verklaring	<ul style="list-style-type: none"> verklaring aan de politie gegeven die achteraf onjuist bleek te zijn verkeerde informatie gegeven bij vermoeden van kindermisbruik 	15	8	0	0
Schending van de privacy	<ul style="list-style-type: none"> medische gegevens aan ex-partner gegeven dossier zonder toestemming meegegeven aan familielid 	14	9	0	0
Te laat komen bij een visite	<ul style="list-style-type: none"> huisarts weigert visite bij een patiënt met wat later een CVA blijkt huisarts weigert visite bij een patiënt die te ver weg woont 	14	2	6	1
Onvoldoende informatie gegeven	<ul style="list-style-type: none"> huisarts geeft onvoldoende informatie bij corticosteroidgebruik huisarts weigert met een patiënt te praten 	6	3	1	1
Onvriendelijk gedrag	<ul style="list-style-type: none"> huisarts weigert gevallen patiënt op te tillen huisarts schreeuwt tegen een patiënt 	5	2	0	0
Ongepast contact met patiënt	<ul style="list-style-type: none"> seksuele relatie met een patiënt 	2	2	0	0
Onenigheid over rekening	<ul style="list-style-type: none"> patiënt vond de rekening te hoog 	1	0	0	0
Andere klacht		19	5	7	1
Aard klacht niet in te schatten		19	0	0	0
Totaal		250	88	74	37

maatregel ($B = 0,703$, $p = 0,02$). Van de 74 klachten met ernstige gezondheidsschade hadden er 33 (45%) betrekking op een verkeerde diagnose, 17 (23%) op onvoldoende zorg, 6 (8%) op een verkeerde behandeling, 6 (8%) op te late aankomst bij een huisbezoek, 4 (5%) op een late verwijzing naar het ziekenhuis en 1 (1%) op het geven van onvoldoende informatie.

Van de 33 gemiste diagnoses betroffen er 12 (35%) een hart- en vaatziekte en 11 (33%) een maligne aandoening.

BESCHOUWING

De door ons onderzochte tuchtzaken bestrijken een breed scala aan klachten, maar relatief grote categorieën zijn klachten over een verkeerde diagnose of onvoldoende medische zorg. Bij bijna eenderde van de klachten was er sprake van ernstige gezondheidsschade, en daarvan werd de helft geground verklaard. In de meeste gevallen betrof het een verkeerde diagnose bij hartinfarct, CVA of maligniteit.

Gemiste diagnoses

Procentueel gezien werden klachten over ongepast (seksueel) patiëntcontact, een onjuiste medische verklaring of schending van de privacy het vaakst geground verklaard. Vanuit het perspectief van patiëntveiligheid valt echter het meest te leren van klachten waarbij sprake is van ernstige gezondheidsschade, want juist deze klachten leggen gevaarlijke lacunes in de zorg bloot. Het merendeel ervan bleek diagnosegerelateerd: onvoldoende anamnese en/of lichamenlijk onderzoek, vaak in combinatie met een acute en levensbedreigende ziekte zoals myocardinfarct of CVA.

Het missen van een diagnose zal niet snel resulteren in een geground verklaarde tuchtklacht als anamnese, lichamenlijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek adequaat waren.⁸ Hier ligt echter wel een uitdaging voor de huisarts, omdat veel ziekten in huisartsenpraktijk een zelflimiterend karakter hebben en *watchful waiting* algemeen aanvaard beleid is. Huisartsen zien bijvoorbeeld veel patiënten met pijn op de borst en kunnen onmogelijk al die patiënten naar het ziekenhuis verwijzen. Achteraf is de juiste diagnose vaak makkelijk te herkennen, maar in de dagelijkse praktijk is het onvermijdelijk dat de huisarts er weleens een mist.¹² De tuchtcolleges in Nederland verwachten dan ook niet dat huisartsen altijd de juiste diagnose stellen, maar wel dat ze het aanbevolen lichamenlijk en aanvullend onderzoek uitvoeren wanneer dat geïndiceerd is.⁹

Eerder onderzoek

Eerder onderzoek naar tuchtrechtspraak inzake Nederlandse huisartsenposten laat een vergelijkbaar beeld zien: het merendeel van de geground verklaarde klachten had betrekking op een te late of gemiste diagnose en op incidenten in de triage.¹³

In een Amerikaans onderzoek uit 1998 bleek dat de klachten voornamelijk middelenmisbruik, ongepaste (seksuele) contacten en fraude betroffen.¹⁴ Dit onderzoek is echter niet direct vergelijkbaar met het onze, omdat het ging om nalatigheidsklachten waarvoor financiële genoegdoening werd gevraagd. Recent Brits onderzoek in de eerste lijn steunt onze bevinding dat het missen van diagnoses het meest voorkomt,¹⁵

en enkele grote Amerikaanse onderzoeken doen dat ook.¹⁶ De resultaten zijn echter moeilijk te vergelijken vanwege verschillen in de tuchtrechtsystemen.¹⁷

Lessen voor patiëntveiligheid

In eerder grootschalig dossieronderzoek naar patiëntveiligheidsincidenten met merkbare gevolgen vonden we voor Nederland een jaarprevalentie van 5,8%.⁶ De gezondheidsschade was meestal gering en we vonden geen incidenten die blijvende schade tot gevolg hadden. In tuchtrechtspraken zal men wellicht eerder stuiten op incidenten met ernstige gevolgen, maar hun representativiteit is niet goed te bepalen. In onze onderzoeksperiode, waarin Nederlandse huisartsen zo'n honderdtwintig miljoen contacten hadden met meer dan tien miljoen patiënten, vonden wij 37 gegronde verklaarde tuchtklachten die ernstige gevolgen hadden gehad. Dat is ongeveer één op de drie miljoen contacten. De ernst van de klachten onderstreept echter nog eens het belang van tijdige en volledige diagnostiek, vooral bij patiënten die een levensbedreigende aandoening zouden kunnen hebben.

De drempel voor een ziekenhuisopname is in Nederland waarschijnlijk hoger dan in landen met een minder goed ontwikkelde eerstelijnsgezondheidszorg. Dat kan een veiligheidsrisico inhouden, aangezien de huisarts klinische beslissingen moet nemen op basis van een beperkt diagnostisch instrumentarium. Aan de andere kant: risico's zijn nooit volledig uit te sluiten en het totale aantal tuchtklachten was laag. Meer nadruk op patiëntveiligheid heeft een prijs, in termen van medicalisering en kosten. De uitdaging voor de eerste lijn is derhalve het evenwicht bewaren tussen patiëntveiligheid door tijdig onderzoek enerzijds, en een legitiem vertrouwen in de gunstige prognose van veel gezondheidsproblemen anderzijds.

Beperkingen

Bij het zoeken naar patiëntveiligheidsincidenten heeft elke methode zijn beperkingen, en er is weinig overlap tussen de methoden.¹⁸⁻²⁰ Ons onderzoek laat een berekening van de prevalentie van incidenten niet toe, omdat we een relatief kleine steekproef van tuchtrechtspraken onderzochten en er ook in absolute termen weinig klachten bij tuchtcolleges worden ingediend. Het medisch dossier is momenteel waarschijnlijk de beste manier om de prevalentie van patiëntveiligheidsincidenten te bepalen.²¹ Tuchtrechtverslagen geven veel informatie over de uitspraak en de motivering, maar andere gegevens, zoals demografische kenmerken, ontbreken. *Hindsight bias* kan een rol spelen in het oordeel van het tuchtcollege, en waarschijnlijk spelen communicatieproblemen vaak een rol bij de beslissing een klacht in te dienen. Waarschijnlijk leiden lang niet alle ernstige patiëntveiligheidsincidenten tot een tuchtklacht.

CONCLUSIE

In de tuchtrechtspraak hebben wij patiëntveiligheidsincidenten gevonden die met andere methoden, zoals dossieronderzoek, niet aan het licht zouden zijn gekomen.⁶ Onze analyse

laat zien dat gegronde verklaarde klachten met ernstige gezondheidsschade voor de betrokken patiënt voor het merendeel gerelateerd waren aan het missen van potentieel ernstig verloopende ziektes zoals hartinfarct, CVA of maligniteit. Dit onderstreept dat we moeten blijven streven naar verbetering van de diagnostiek van potentieel ernstige aandoeningen in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

- 1 Institute of Medicine; Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: Building a safer health system. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
- 2 Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The 'To err is human' report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care* 2006;15:174-8.
- 3 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
- 4 Gandhi TK, Lee TH. Patient safety beyond the hospital. *N Engl J Med* 2010;363:1001-3.
- 5 Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestijn JV, Abrahamse H, et al. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg: Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2010. <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=16159>, geraadpleegd 17 maart 2012.
- 6 Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, Van Weel C, Wensing M. Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: A retrospective medical record review study. *Implement Sci* 2011;6:37.
- 7 Van der Wal G. Medische tuchtrechtspraak in Nederland: Een 10-jaars-overzicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:2640-4.
- 8 Boersma S, Hermans HLC, Huntjens GGML, Lutgert HJL, Smit AL, Suitela LMS, et al. redactie. Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg: Jaarverslag 2010. Den Haag: Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, 2011. http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/Images/Gezamenlijk%20jaarverslag%202010_tcm11-25504.pdf.
- 9 Stolper E, Legemaate J, Dinant GJ. How do disciplinary tribunals evaluate the 'gut feelings' of doctors? An analysis of Dutch tribunal decisions, 2000-2008. *J Law Med* 2010;18:68-75.
- 10 Medisch Contact: Tuchtzaken (Internet). Utrecht: Medisch Contact, 2011. <http://medischcontact.artsennet.nl/tuchtzaken.htm>, geraadpleegd 25 mei 2011.
- 11 Cuperus-Bosma JM, Hout FA, Hubben JH, Van der Wal G. Views of physicians, disciplinary board members and practicing lawyers on the new statutory disciplinary system for health care in The Netherlands. *Health Policy* 2006;77:202-11.
- 12 Fischhoff B. Hindsight not equal to foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty, 1975. *Qual Saf Health Care* 2003;12:304-11.
- 13 Blaauw C, Jongerius P, Hubben J. De huisartsenpost in de tuchtrechtspraak 1997-2007: Enkele leerpunten voor de praktijk. *Bijblijven* 2010;26:52-7.
- 14 Morrison J, Wickersham P. Physicians disciplined by a state medical board. *JAMA* 1998;279:1889-93.
- 15 Esmail A. Patient safety: What claims against the NHS can teach us. *J Health Serv Res Policy* 2010;15(Suppl 1):33-6.
- 16 Phillips RL Jr, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE Jr, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual Saf Health Care* 2004;13:121-6.
- 17 Vincent C, Davy C, Esmail A, Neale G, Elstein M, Cozens JF, et al. Learning from litigation: The role of claims analysis in patient safety. *J Eval Clin Pract* 2006;12:665-74.
- 18 Wetzels R, Wolters R, Van Weel C, Wensing M. Mix of methods is needed to identify adverse events in general practice: A prospective observational study. *BMC Fam Pract* 2008;9:35.
- 19 Christiaans-Dingelhoff I, Smits M, Zwaan L, Lubberding S, Van der Wal G, Wagner C. To what extent are adverse events found in patient records reported by patients and healthcare professionals via complaints, claims and incident reports? *BMC Health Serv Res* 2011;11:49.
- 20 Olsen S, Neale G, Schwab K, Psaila B, Patel T, Chapman EJ, et al. Hospital staff should use more than one method to detect adverse events and potential adverse events: Incident reporting, pharmacist surveillance and local real-time record review may all have a place. *Qual Saf Health Care* 2007;16:40-4.
- 21 Lilford RJ, Mohammed MA, Braunholtz D, Hofer TP. The measurement of active errors: Methodological issues. *Qual Saf Health Care* 2003;12(Suppl 2):ii8-12.