

# Over leven

## in de medische letselschadepraktijk

Een onderzoek naar de positie van de patiënt en de rol van de ketenpartners tijdens de afhandeling van een medische letselschadezaak



# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>		
<b>9</b>	<b>1. Inleiding</b>		
	1.1 Medische fouten		
	1.2 Initiatieven sinds rapport 'Met het mes op tafel'		
	1.3 Medische aansprakelijkheid als stiefkindje van de letselschaderegeling		
<b>13</b>	<b>2. Het onderzoek</b>		
	2.1 Inleiding		
	2.2 Doelstelling en onderzoeksopzet		
	2.3 Uitgangspunten		
	2.4 Leeswijzer		
<b>17</b>	<b>3. Klagen na een (veronderstelde) medische fout</b>		
	3.1 Inleiding		
	3.2 De hulpverlener		
	3.3 De klachtenfunctionaris		
	3.4 De klachtencommissie		
	3.5 De geschillencommissie		
	3.6 Het tuchtcollege		
	3.7 De Inspectie voor de Gezondheidszorg		
<b>25</b>	<b>4. De aansprakelijkstelling: de juridische context</b>		
	4.1 Inleiding		
	4.2 Fout versus complicatie		
	4.3 Informed consent		
	4.4 Causaal verband		
	4.5 Schade		
	4.6 Bewijs		
	4.7 In schema		
<b>29</b>	<b>5. De beleving van de patiënt: de enquêteresultaten</b>		
	5.1 Inleiding		
	5.2 De fout		
	5.3 Het letsel en de schade		
	5.4 De (klacht)procedure		
	5.5 Aansprakelijkstelling		
	5.6 De externe medisch deskundige		
	5.7 Stellingen		
	5.8 Samenvattend		
<b>43</b>	<b>6. De aansprakelijkheid: de diverse betrokkenen</b>		
	6.1 Inleiding		
	6.2 De patiënt		
	6.3 De hulpverlener en het ziekenhuis		
	6.4 De klacht- en tuchtorganen		
	6.5 De rechtshulpverlener		
	6.6 De aansprakelijkheidsverzekeraar		
	6.7 De medisch adviseurs		
	6.8 De externe medisch deskundige		
	6.9 De rechter		
<b>53</b>	<b>7. Conclusies</b>		
<b>58</b>	<b>8. Aanbevelingen</b>		

## **Arts erkent fout, verzekeraar niet**

Mevrouw L. komt op 10 oktober 2000 op advies van haar huisarts bij een oogarts in het ziekenhuis. Onderzoek toont aan dat er ontstekingen zijn op het netvlies van het linkeroog. De ontsteking wordt behandeld met corticosteroiden en een laserbehandeling.

De laserbehandeling vindt plaats op 16 november 2000. Na een dag krijgt mevrouw L. het zicht in het oog weer terug. Wanneer zij na twee weken voor controle terugkomt, blijkt de ontsteking echter nog actief te zijn. Besloten wordt om de behandeling op 13 december 2000 te herhalen. Tijdens deze behandeling raakt mevrouw L. blind aan haar linkeroog.

De gevolgen zijn aanzienlijk voor mevrouw L. Zij wordt onder andere volledig arbeidsongeschikt verklaard.

Mevrouw L. spreekt de oogarts aan over het gebeurde. Deze erkent de fout, en voegt daaraan toe: 'Ik geloof dat ik er beter met mijn handen vanaf had kunnen blijven'. Vervolgens vertelt hij dat hij verzekerd is, en dat mevrouw L. haar schade vergoed krijgt.

Mevrouw L. geeft de zaak in behandeling bij haar rechtsbijstandsverzekeraar. Vele medische adviezen en dito heen en weer geschrijf later stelt deze de oogarts en het ziekenhuis per brief op 30 juni 2003 aansprakelijk. Vervolgens blijft het vijf maanden stil. In een brief van 12 november 2003 wijst de verzekeraar de aansprakelijkheid af. De verzekeraar stelt voor een medisch onderzoek te laten verrichten, ofwel de zaak zonder erkenning van de aansprakelijkheid te regelen door mevrouw L. € 5.000,- te betalen.

Mevrouw L. gaat niet akkoord. Na veel heen en weer geschrijf verhoogt de verzekeraar het bod in 2005 tot € 7.500,-. Ook hiermee gaat mevrouw L. niet akkoord. Om uit de patstelling te komen, stemt zij uiteindelijk in met een medisch onderzoek. Vervolgens blijft het weer een tijd stil. In januari 2007 neemt mevrouw L. maar eens contact op met haar rechtsbijstandverzekeraar. Deze geeft aan dat het onderzoek inmiddels is aangevraagd. Uiteindelijk vindt het onderzoek plaats op 14 maart 2007.

Omstreeks 14 juni 2007 ontvangt mevrouw L. een kopie van het rapport, met het verzoek daarop eventuele feitelijke correcties aan te brengen. Dit doet zij. Op 19 augustus 2007 ontvangt mevrouw L. een brief van de rechtsbijstandverzekeraar: het rapport is op 25 juni uitgebracht zonder de correcties van mevrouw L. De medisch adviseur zou vervolgens contact hebben moeten leggen met mevrouw L. om uitleg te geven over de situatie.

Het deskundigenrapport geeft geen uitsluitsel over de aansprakelijkheid van de oogarts. In een brief aan de rechtsbijstandverzekeraar van 5 oktober 2007 herhaalt de verzekeraar daarop het bod van 8 september 2004 om, zonder aansprakelijkheid te erkennen, eenmalig € 5.000,- uit te keren. Op dinsdag 27 november 2007 wordt mevrouw L. hiervan op de hoogte gesteld. De 6 weken die de verzekeraar heeft gegeven om op het bod te reageren, zijn inmiddels verstreken. De zaak loopt inmiddels al zeven jaar en mevrouw L. is het vechten meer dan beu. Zij vraagt haar rechtsbijstandverzekeraar om te proberen de kwestie uit te onderhandelen. Deze krijgt er niets extra's bij. Op 22 januari 2008 wordt de vaststellingsovereenkomst getekend. Meer dan zeven jaar nadat de oogarts zijn fout had toegegeven ontvangt mevrouw L. € 5.000,- van de verzekeraar, zonder erkenning van aansprakelijkheid.

## Voorwoord

Gelukkig kunnen de meeste mensen na een medische behandeling beter functioneren dan daarvoor. Toch gaat het bij medische fouten om niet mis te verstane aantallen. Per jaar lopen 30.000 patiënten tijdens de behandeling schade op. Een deel van de schade is het gevolg van een complicatie, een deel ervan het gevolg van een medische fout. Daar begint het al. Wat is een complicatie en wat een fout?

De afgelopen jaren is er veel aandacht voor medische missers. Toch is er nog onvoldoende zicht op de wijze waarop de keten omgaat met de patiënt en hoe de patiënt dit ervaart, nadat een 'vermeende' medische fout is gemaakt. Het werd dus hoog tijd om in kaart te brengen welke weg patiënten moeten afleggen en welke obstakels zij tegenkomen om tot een verklaring van hun situatie te komen.

Het rapport dat voor u ligt is het noodzakelijke gevolg van het onderzoeksrapport dat Stichting De Ombudsman vier jaar geleden heeft gepubliceerd. Dat rapport ('Letselschaderegeling: onderhandelen met het mes op tafel of een zoektocht naar de redelijkheid') schonk aandacht aan de problematiek van de langslpende letselschade-afhandeling in het algemeen. De uitkomsten van het rapport hebben veel beroering gewekt. De aanbevelingen uit het onderzoek zijn opgepakt door de Universiteit van Tilburg. Onder leiding van professor J. M. Barendrecht is in de jaren erna met de ketenpartners en De Ombudsman een gedragscode ontwikkeld. Belangrijke uitgangspunten van de code zijn 'stimuleren om er samen uit te komen en niet verzanden in een oeverloze strijd' en 'de schadeafhandeling binnen drie jaar afronden om nog meer stress bij degene die leed is aangedaan te voorkomen'. De gedragscode is in 2006 geïmplementeerd. De komende jaren zal worden geëvalueerd wat het effect is van de code.

Letselschade heeft een enorme impact, niet alleen op de persoon in kwestie maar ook op zijn of haar omgeving en werk. Daarmee is niet alleen de persoon maar ook de maatschappij geschaad. Veel van de kosten die door letsel ontstaan worden door ons allen opgebracht. Reden te meer om degene met letsel zo vroeg mogelijk te steunen om er weer bovenop te komen. Lange en stressvolle procedures helpen dat proces allerminst.

Onderbelicht is de afhandeling van letselschade veroorzaakt door een medische behandeling. Hoewel we allen anders verwachten weten we dat dokters mensen zijn. Ook zij maken fouten en hebben niet altijd overal een pasklare behandeling voor. Nazorg wanneer een behandeling niet goed is verlopen, is enorm belangrijk. De klacht wegmoffelen of eindeloos traineren met juridische procedures of de tegenstrijdige

verklaringen van de medisch adviseurs is nadelig voor het genezingsproces van een patiënt.

Reden te meer voor De Ombudsman om aandacht te schenken aan de wijze waarop de diverse partijen omgaan met de klacht van een patiënt en in welk proces de patiënt terecht komt wanneer deze de veroorzaker aansprakelijk stelt.

Angst is een slechte raadgever. Dit rapport wil bijdragen aan een open dialoog over de wijze waarop de patiënt tegemoet kan worden getreden en gesteund. De angst dat 'bewustwording over de aansprakelijkheidsvraag leidt tot Amerikaanse toestanden' delen wij niet.

Er zal meer aandacht moeten worden besteed aan voorlichting, niet alleen via internet en folders maar ook door te werken met vraag- en antwoordlijsten wanneer het gecompliceerde operaties betreft of risicovolle behandelingen. Het eerlijk toegeven van fouten door behandelaars en medisch deskundigen zal hoger op de agenda moeten worden gezet. Factoren die maken dat medici niet goed functioneren veroorzaakt door stress, oververmoeidheid of ondeskundigheid zijn voor een patiënt moeilijk aan te tonen, maar zijn vaak wel bij directies en collega's bekend. Ook daar ligt een verantwoordelijkheid.

Het onderzoek is volledig door De Ombudsman gefinancierd. Verzoeken om financiële ondersteuning zijn afgewezen door belangrijke fondsen in de zorg. Dat heeft ons verbaasd gezien de urgentie en de relevantie ervan. Toch hebben we ons daardoor niet laten ontmoedigen. We weten hoe groot het leed is voor de patiënt wanneer een medisch letsel wordt ontkend. Dat blijkt wel uit de vele reacties die we kregen na het openstellen van het meldpunt medische missers in september 2007. Meer dan 1000 mensen hebben gereageerd, allen hadden te maken met medisch letsel. Dank aan alle mensen die de uitgebreide enquête hebben ingevuld en die ons inzage hebben gegeven in hun dossier.

Helaas heeft een aantal advocaten, zonder opgaaf van redenen, hun cliënten weerhouden om dossiers over te dragen aan De Ombudsman. Het diepte-onderzoek is gedaan aan de hand van veertig letselschadedossiers. Daarnaast zijn de gegevens van 685 enquêtes verwerkt. De resultaten en de conclusies zijn voorgelegd aan alle ketenpartners. Wij danken de vertegenwoordigers van de ketenpartners voor hun deelname aan de expertmeeting. Zij maken het mogelijk om oplossingen naderbij te brengen. De gedachtewisseling met verzekeraars, de zorgsector, de medisch specialisten en de belangenbehartigers gaat onverminderd voort.

De aanbevelingen in het rapport zijn een eerste stap om samen te streven naar een

patiëntvriendelijke oplossing. Niet alleen degene die het letsel is aangedaan wordt hier beter van, maar ook degene die het letsel heeft veroorzaakt.

Nu zal een tweede stap moeten worden gezet. Wie trekt zich het lot aan van de patiënt? Een natuurlijke partner lijkt de zorgverzekeraar. In een gesprek met Zorgverzekeraars Nederland is die optie reeds besproken en daar wordt onze visie gedeeld. Het open bespreken van medische fouten én de patiënt centraal stellen zijn ingrediënten die ertoe leiden dat de kwaliteit in de zorg omhoog gaat. Daarmee verwoorden we de gedachten van vele patiënten en hun nabestaanden: 'Je recht halen is mooi maar serieus genomen worden is belangrijker'.

Els Prins  
Directeur Stichting De Ombudsman

Hilversum, mei 2008

## Ziekenhuis vecht uitspraak rechter aan

In 1999 beviel mevrouw R. na een zwangerschapsduur van 30 weken via een keizersnede van een dochter. De ingreep werd verricht in verband met foetale nood.

Aanvankelijk leek het redelijk te gaan met de dochter. Haar mond-keelholte en neus werden zonder problemen uitgezogen. Na bijblazen kwam zij goed op gang, maar na een kwartier kreeg zij toch problemen met de ademhaling. Wanneer een dergelijke situatie zich voordoet, is het op de afdeling Kindergeneeskunde/Neonatologie van het betreffende ziekenhuis standaardbeleid om een tube in te brengen om de ademhaling te ondersteunen.

Het inbrengen van de tube werd verricht door een verpleegkundige in opleiding. Op het moment van de handeling waren meerdere verpleegkundigen aanwezig. Het inbrengen van de tube verliep zeer moeizaam en werd meerdere keren herhaald. Toen de dag erna een echo van de hersenen werd gemaakt, bleek dat er meervoudig steekletsel in de hersenen aanwezig was. Dit was gebeurd bij het herhaaldelijk verkeerd inbrengen van de tube. De dochter heeft hierbij blijvend ernstig hersenletsel opgelopen; ze is lichamelijk en geestelijk ernstig gehandicapt. Hierdoor is zij haar gehele leven aangewezen op (medische) zorg en hulp in het huishouden en bij activiteiten van het dagelijks leven.

Toen de dochter een paar maanden oud was, namen de ouders een advocaat in de arm. Deze stelde het ziekenhuis aansprakelijk. De verzekeraar van het ziekenhuis wees aansprakelijkheid af, omdat er sprake zou zijn van een niet verwijtbare complicatie. De belangenbehartiger zet hierop een voorlopig getuigenverhoor in gang, om zo goed mogelijk de exacte gang van zaken rond de geboorte in kaart te brengen.

De getuigenverhoren verlopen rommelig naar de smaak van de advocaat; hij meent dat de rechter-commissaris die de verhoren afneemt suggestieve vragen stelt, de getuigen woorden in de mond legt en niet goed op de hoogte is van de juridische finesses van de zaak. Hij dient daarom een wrakingsverzoek in, in reactie waarop de betreffende rechter-commissaris onder meer het volgende terugschrijft:

‘In de voorlaatste alinea (...) beklagt mr. X zich over mijn onervarenheid op het onderhavige gebied. Algemeen bekend is dat het specialisme in de advocatuur verder is doorgedrongen dan in de rechterlijke macht. In de literatuur zijn de voor- en nadelen daarvan besproken. In ieder geval lijkt het me niet chic om zonder concrete argumentatie mij na te dragen dat ik medisch specialisme ontbeer’.

Het wrakingsverzoek wordt toegewezen, en een nieuwe rechter-commissaris neemt het vervolg van de getuigenverhoren af. Door alle perikelen loopt de zaak een vertraging van een jaar (!) op: eind 2002 worden de verhoren vervolgd. De contra-enquête wordt uiteindelijk eind 2003 afgerond; de dochter is dan ruim drie jaar oud. In 2004 wordt vervolgens een voorlopig deskundigenbericht opgestart, en als het ziekenhuis vervolgens nog steeds de aansprakelijkheid afwijst, starten de ouders een gerechtelijke procedure. Eind 2007 oordeelde de rechtbank dat het ziekenhuis aansprakelijk is voor het hersenletsel. Het ziekenhuis is tegen deze beslissing in hoger beroep gegaan. Voorlopig is deze zaak niet afgerond; de dochter is nu acht jaar oud.



# 1. Inleiding

## 1.1 Medische fouten

Stichting de Ombudsman is een organisatie die zich sinds 1972 bezighoudt met de maatschappelijke gevolgen voor mensen door de praktische uitwerking van wet- en regelgeving. Vanuit deze maatschappelijke betrokkenheid begeeft Stichting De Ombudsman zich inmiddels meer dan 35 jaar op het terrein van de gezondheidszorg en de letselschaderegeling. Vastlopende en vastgelopen zaken hebben in grote hoeveelheden en volumes door de jaren heen hun weg naar onze organisatie gevonden. In die dikke dossiers gaat een hoop ellende en frustratie schuil van letselschadeslachtoffers die zich na het letselbrengende ongeval opnieuw slachtoffer wisten, deze keer van de afhandeling van hun letselschadeclaim.

In 2003 heeft Stichting De Ombudsman een rapport uitgebracht over de praktijk in letselschadeland. Het rapport 'Letselschaderegeling: onderhandelen met het mes op tafel of een zoektocht naar de redelijkheid' sloeg in als een bom. Voor het eerst werd op eenvoudige wijze blootgelegd wat alle betrokken partijen allang wisten: dat het slachtoffer met blijvend letsel zich maar al te vaak totaal verloren weet in zijn eigen letselschadezaak. Alle partijen werden aangesproken op hun rol in dit proces. Het leggen van de vinger op de zere plek was niet het doel; het was een middel om te komen tot een verantwoorde letselschaderegeling, waarin het slachtoffer centraal staat.

## 1.2 Initiatieven sinds rapport 'Met het mes op tafel'

In de afgelopen jaren is gebleken dat het letselschaderapport van Stichting De Ombudsman het startpunt is geweest voor diverse verbeteringsinitiatieven. In 2006 is de Gedragscode behandeling letselschade gelanceerd. De Gedragscode bestaat uit een aantal gedragsregels die de snelheid en oplossingsgerichtheid in het overleg tussen de betrokken partijen moet bevorderen. Alle partijen uit de letselschadebranche hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de Gedragscode. Ook Stichting De Ombudsman heeft daaraan bijgedragen. De Gedragscode is bedoeld voor zowel belangenbehartigers als verzekeraars. In de praktijk blijkt dat met name de verzekeraars zich aan de Gedragscode willen committeren.

In 2007 is het Keurmerk Letselschade van start gegaan. Het keurmerk beoogt de materiële normen voor het behandelen van letselschadezaken op een hoger plan te

brengen. Het keurmerk is bedoeld voor belangenbehartigers; er bestaat een speciale versie voor schaderegelingsbureaus enerzijds en advocatenkantoren anderzijds.

Deze initiatieven zijn lovenswaardig en getuigen van de erkenning dat het beter kan, en van de wil om het beter te doen. De praktijk moet uitwijzen of deze kwaliteitsinitiatieven daadwerkelijk leiden tot een cultuuromslag in de letselschaderegeling.

### **1.3 Medische aansprakelijkheid als stiefkindje van de letselschaderegeling**

De laatste jaren is er veel aandacht voor medische behandelingen in het algemeen, en voor medische missers in het bijzonder. Het oprukken van de zorgmarkt waaronder die van cosmetische ingrepen, met alle ellende die daarbij kan komen kijken; de incidentele misstanden de afgelopen jaren in enkele ziekenhuizen; de wachtlijsten; de wijziging van het zorgstelsel; de problematiek van de onverzekerden; radio- en televisieprogramma's gewijd aan de wonderen van de medische praktijk, en het verdriet dat kan volgen als het misgaat. Tussen al deze berichten valt het rapport van het Nivel uit april 2007 op. Volgens dit rapport, over de kwaliteit van de medische dienstverlening, zijn er naar schatting jaarlijks meer doden als gevolg van een vermijdbare medische fout te betreuren dan het aantal verkeersslachtoffers per jaar. Er vallen dus jaarlijks meer doden door een medische fout dan in het verkeer.

In tegenstelling tot verkeerszaken leiden medische fouten (zeer) vaak niet tot een schadeclaim. De meest voor de hand liggende verklaring is dat een (veronderstelde) medische fout meestal simpelweg onbekend blijft bij de patiënt.

Andere valide verklaringen voor de marginaliteit van het medisch aansprakelijkheidsrecht zijn de volgende.

**(1)** Het is niet eenvoudig om een onderscheid te maken tussen medische fout en complicatie. Daar begint het al: als een behandeling niet naar wens verloopt, is de aansprakelijkheid van de arts nog lang geen gegeven. Hierin onderscheidt de medische fout zich van het arbeidsongeval, het verkeersongeval en de mishandeling. In die letselschadezaken is de aansprakelijkheid veelal een gegeven, en behoeft 'slechts' de omvang van de letselschade te worden vastgesteld. In medische aansprakelijkheidszaken blijft men echter vaak steken in de schuldvraag.

**(2)** Het verlangen naar een antwoord op de schuldvraag bij een vermeende medische fout vergt een stevige financiële investering. De vergoeding van de juridische kosten van het slachtoffer is op voorhand onzeker. Velen kunnen of willen deze investering niet doen. In de andere categorieën letselschadezaken, waarin de aansprakelijkheid veelal al gegeven is, worden de juridische kosten als zijnde een onderdeel van de schade vergoed. Hierdoor is de financiële drempel om een schadeclaim in te dienen beperkt of zelfs afwezig.

**(3)** Wie een medische behandeling moet ondergaan, is per definitie niet gezond. Het is niet altijd eenvoudig om vast te stellen of het letsel is veroorzaakt door de medische fout, of door de al aanwezige aandoening. Dit brengt onzekerheid over een uiteindelijke schadevergoeding met zich mee.

Ook op andere manieren bezien is de letselschade na een medische fout een vreemde eend in de bijt. De bekende grote aansprakelijkheidsverzekeraars begeven zich niet (meer) in deze markt. Op dit moment zijn er drie verzekeraars op grote schaal actief in de medische aansprakelijkheid: VVAA, MediRisk en CentraMed. Deze verzekeraars zijn door de hulpverleners en ziekenhuizen zelf in het leven geroepen en zijn niet buiten de eigen beroepsgroep actief. Deze verzekeraars lijken zich niet verwant te voelen met de overige praktijk van de letselschade; getuige het feit dat zij de Gedragscode Behandeling Letselschade niet hebben ondertekend.

Toch speelt in de medische letselschadezaken eenzelfde problematiek als in letselschadezaken in het algemeen: de schadeafwikkeling leidt vaak tot grote problemen en frustraties voor het slachtoffer. Het verschil is dat in medische letselschadezaken er méér problemen spelen. Vaak wordt niet aan de schadeafwikkeling toegekomen, omdat men blijft steken in aansprakelijkheids- en causaliteitsvraagstukken en in een strijd tussen medisch adviseurs en medisch deskundigen. Met ook hier als treurig lijdend voorwerp het slachtoffer.

En zo is tot nu toe de medische letselschadezaak het stiefkindje van de letselschadederegeling.

## Na acht jaar strijd einde nog niet in zicht

In de ochtend van 21 juni 2000 wordt meneer F. (50 jaar) dood gevonden in een weiland. Later blijkt door een ernstige hartafwijking.

Indedaad had hij sinds januari van dat jaar pijn in het borstbeen. De huisarts had hem doorgestuurd naar de internist, die niets kon vinden. Omdat zijn klachten aanhielden, ging hij weer naar de huisarts, en volgde hetzelfde procedé. Deze keer zond de internist hem na onderzoek door naar de cardioloog. Een paar dagen na zijn overlijden stond een eerste afspraak met de cardioloog gepland.

Vanwege deze voorgeschiedenis stapt zijn vrouw naar een advocaat. In mei 2001 is het ziekenhuis aansprakelijk gesteld. De internist zou ten onrechte geen differentiaaldiagnose hebben gesteld en geen nader onderzoek hebben laten verrichten. In oktober 2001 reageerde de verzekeraar met het verzoek om aanvullende medische informatie. In november 2001 wordt zijn vrouw hiervan op de hoogte gebracht. De betreffende medische informatie legt de advocaat eerst voor aan de medisch adviseur, die in maart 2002 zijn visie op de informatie geeft.

In juni 2002 komt de verzekeraar met een antwoord op de aansprakelijkstelling: de aansprakelijkheid wordt niet erkend. De advocaat legt dit voor aan de medisch adviseur, die eind augustus 2002 reageert. De medisch adviseur is het in het geheel niet eens met de stellingen van de verzekeraar. Deze reageert hierop in november 2002. Meneer F. is op dat moment inmiddels meer dan 2 jaar dood. De tien(!) maanden daarna wordt gesteggeld over een opdracht aan een medisch deskundige. De deskundige komt vervolgens snel, in december 2003, tot een negatief oordeel. Meneer F. is dan al 3,5 jaar dood. De medisch deskundige blijkt echter niet alle relevante medische informatie tot zijn beschikking te hebben gehad. Na de ontbrekende medische informatie te hebben ontvangen, nuanceert hij zijn oordeel.

Tot juli 2004 wordt vervolgens weer verder gediscussieerd over de aansprakelijkheid. Het is dan al weer 4 jaar geleden dat de echtgenoot in het weiland werd gevonden. Besloten wordt om opnieuw om een voorlopig deskundigenbericht te verzoeken. Dit gebeurde op 2 december 2005 (?!), weer anderhalf jaar later dus.

In de tussenliggende periode gebeurde niets aanwijsbaars. Op 27 april 2006 wijst de rechtbank het verzoek toe. Meneer F. is dan al bijna 6 jaar dood.

Op 7 juli 2006 verschijnt het deskundigenbericht. Er is echter geen concept toegestuurd, wat volgens de opdracht wel had gemoeten. Hierover wordt nog wat doorgebakkeleid tussen advocaat en verzekeraar. De uitkomst is dat het deskundigenbericht moet worden gezien als een concept, en in februari 2007 volgt alsnog het definitieve rapport, deze keer ten voordele van de echtgenote. Na veel heen en weer geschrijf wordt eind mei 2007 de aansprakelijkheid erkend. Meneer F. is dan al bijna 7 jaar dood. Het eerste voorschot wordt betaald.

In de maanden daarna wordt door de advocaat en mevrouw F. de schade begroot en aan de verzekeraar voorgelegd. In een brief van 13 december 2007 trekt de verzekeraar het causaal verband tussen de fout en de schade ter discussie. Er wordt opnieuw een deskundigenonderzoek voorgesteld.

Mevrouw F. zegt volkomen depressief te zijn geworden van deze geschiedenis. Ze heeft het gevoel dat haar leven al acht jaar stilstaat. Dit is mede in de hand gewerkt door het advies van haar advocaat om niet te gaan samenwonen zolang de schade nog niet is geregeld; als ze dat wel zou doen, zou haar schadevergoeding namelijk zo goed als wegvallen.

## 2. Het onderzoek

### 2.1 Inleiding

Op 10 september 2007 heeft Stichting De Ombudsman het Meldpunt Medische Missers gelanceerd. Mensen konden zich telefonisch of via de website aanmelden voor deelname aan het onderzoek naar de schadeafhandeling na een medische fout. Diezelfde avond vertelden twee cliënten van Stichting De Ombudsman in Tros Radar over de juridische strijd die zij na het overlijden van hun naasten als gevolg van een (veronderstelde) medische fout waren aangegaan. Zij vertelden over de lange duur van de discussie over de aansprakelijkheid, over de bizarre wendingen die die discussie had gekregen, en over hun frustraties daarover.

Ook andere media besteedden aandacht aan het Meldpunt Medische Missers, met als gevolg dat De Ombudsman in de eerste week meer dan 1000 reacties ontving.

### 2.2 Doelstelling en onderzoeksopzet

#### Doelstelling

Het onderzoek heeft allereerst tot doel om de ervaringen van personen die betrokken zijn bij een veronderstelde medische fout, in kaart te brengen en te toetsen aan objectief vast te stellen knelpunten uit het dossier. Daarnaast beoogt het onderzoek deesignaleerde knelpunten op een oplossingsgerichte wijze bespreekbaar te maken bij alle betrokken partijen.

#### Enquête

Het onderzoek bestaat uit drie delen. Het eerste deel is een uitgebreide enquête, bestemd voor mensen die ervaring hebben met de afhandeling van klachten en claims na een veronderstelde medische fout.

De enquête kon via de website [www.meldpuntmedischemissers.nl](http://www.meldpuntmedischemissers.nl) ingevuld worden. Desgewenst konden enquêtes ook worden toegestuurd of telefonisch worden afgenomen. Het Meldpunt is een maand bereikbaar geweest: van maandag 10 september 2007 tot en met woensdag 10 oktober 2007.

Van de 850 ontvangen enquêtes zijn er 685 volledig ingevuld en verwerkt in de enquêteresultaten.

### **Dossierstudie**

Het tweede deel van het onderzoek bestaat uit gedetailleerde dossierstudies. Van 50 willekeurig gekozen deelnemers aan de enquête bij wie een aansprakelijkheidsverzekeraar was of is betrokken, is het dossier opgevraagd. Enkele advocaten van slachtoffers weigerden elke medewerking aan het onderzoek, hoewel hun cliënt hen uitdrukkelijk had gemachtigd om alle nodige informatie aan ons te verstrekken. Sommigen dreigden de behandeling van de zaak neer te leggen als hun cliënt zelf het dossier zou opsturen voor onderzoek.

Uiteindelijk zijn 40 dossiers ontvangen, die wij hebben onderworpen aan een gedetailleerd onderzoek. De dossiers zijn waar mogelijk compleet gemaakt. Ook is gesproken met de desbetreffende patiënten wanneer een aanvulling of toelichting op het dossier nodig was.

De medische kant van de zaak is bestudeerd door onze medisch adviseur. Bij het dossieronderzoek hebben wij gekeken naar de behandeling van de zaak vanaf het moment van de medische behandeling. De contacten met de hulpverlener voorafgaand aan de veronderstelde medische fout; de contacten met de hulpverlener na constatering van de veronderstelde medische fout; de eventuele gang langs klachten tuchtorganen en vervolgens het verloop van de aansprakelijkheids- en letselschadezaak. Daarbij hebben wij steeds gekeken naar de rol van de diverse betrokkenen bij het verloop van de discussie over de veronderstelde medische fout en de gevolgen daarvan. Op die manier hebben wij een aantal veel voorkomende knelpunten in kaart gebracht.

### **Expertmeeting**

Het derde deel van het onderzoek bestaat uit een expertmeeting. Op 24 april 2008 zijn vertegenwoordigers van alle bij deze problematiek betrokken organisaties bijeengekomen. Aan deze groep hebben wij de door ons op basis van de eerste twee delen van het onderzoek geconstateerde knelpunten voorgelegd, met daarbij de vraag (1) of men zich daarin herkende, en (2) wat men kan bijdragen om dit knelpunt te bestrijden. Uitgangspunt daarbij is telkens het belang van de patiënt bij een transparante, voortvarende, efficiënte en respectvolle behandeling van zijn aansprakelijkheidsvraag.

## **2.3 Uitgangspunten**

Het vertrekpunt van het onderzoek is geweest de uitnodiging om de ervaringen met de afhandeling van een klacht of claim na een medische misser met ons te delen.

Tevreden klanten voelen doorgaans niet de behoefte om zich tot De Ombudsman te wenden. De verzamelde onderzoeksgegevens bevatten dan ook niet een doorsnee van alle behandelde claims na een veronderstelde medische misser. De respons is echter wel van een zodanige omvang gebleken, dat deze een evenwichtige kijk geeft op de bestaande knelpunten.

De gesignaleerde knelpunten leggen naar onze overtuiging een aantal zwakke plekken bloot die zich ophouden in elke medische aansprakelijkheidszaak. Bovendien zijn de gesignaleerde knelpunten tijdens de expertmeeting getoetst aan de ervaringen van de diverse betrokkenen uit de medische en juridische praktijk. Dit gegeven, gekoppeld aan de jarenlange ervaring van De Ombudsman met de (medische) letselschadepraktijk, geeft dit onderzoek een algemene zeggingskracht.

## **2.4 Leeswijzer**

De opbouw van het rapport volgt de patiënt in zijn zoektocht naar de verantwoordelijkheid voor de veronderstelde medische fout. Daarom worden eerst, in hoofdstuk 3, de mogelijkheden behandeld die de patiënt ter beschikking staan om een veronderstelde medische fout aan de orde te stellen.

Vervolgens wordt de focus gelegd op één van die mogelijkheden, namelijk de mogelijkheid om de hulpverlener en/of het ziekenhuis aansprakelijk te stellen. In hoofdstuk 4 wordt de juridische context van de medische aansprakelijkheid geschetst. De resultaten uit de enquête passeren in hoofdstuk 5 de revue. In hoofdstuk 6 lopen we de diverse betrokkenen bij het klacht- en aansprakelijkheidstraject langs: van de patiënt zelf langs de klacht- en tuchtorganen via de hulpverlener en diens verzekeraar tot de diverse soorten belangenbehartigers, de medisch adviseurs, de medisch deskundigen en de rechterlijke macht. In hoofdstuk 7 volgen de conclusies en in hoofdstuk 8 de aanbevelingen, waarvoor de bouwstenen zijn aangedragen tijdens een expertmeeting met alle betrokkenen bij de afhandeling van medische fouten.

Ter illustratie is een aantal geschiedenissen (geanonimiseerd) opgenomen, opgetekend uit de dossiers.

## **Wel fouten, geen erkenning**

Meneer E. (69 jaar) gaat naar het ziekenhuis met een wondje aan zijn been. Vervolgens staat vast dat er een aaneenschakeling van medische fouten is gemaakt, die resulteerden in de amputatie van de rechter grote teen, vervolgens een amputatie van het rechteronderbeen, gevolgd door een amputatie van het gehele rechterbeen en uiteindelijk zelfs een amputatie van het linkerbeen. Uiteindelijk overlijdt de patiënt. Wat volgt is een klachtprocedure, waarin de klachten grotendeels gegrond worden verklaard, en daarna een aansprakelijkstelling.

De aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis erkent dat er fouten zijn gemaakt, maar betwist dat deze het overlijden van meneer E. hebben veroorzaakt. Vervolgens verplaatst de discussie zich gaandeweg van de oorzaak van het overlijden naar welk deel van de benen gered hadden kunnen worden, als er geen fouten waren gemaakt. De medisch adviseurs van beide partijen verschillen hierover van mening. Er wordt een medisch deskundige benoemd om hierover duidelijkheid te verschaffen. Drie jaar na het overlijden van de man strijden de partijen feitelijk om zijn been.

De advocaat van de nabestaanden oordeelt dat de aansprakelijkheidsverzekeraar zich weliswaar star opstelt, maar dat zij wel veel erger heeft meegemaakt.



## 3. Klachtwegen na een (veronderstelde) medische fout

### 3.1 Inleiding

Er staat de patiënt met klachten over zijn behandeling of overige aspecten van de zorgverlening een aantal middelen ter beschikking om zijn ontevredenheid te uiten. Een klacht kan betrekking hebben op de behandeling of bejegening door een individuele zorgverlener, maar kan ook gericht zijn tegen bepaalde organisatorische misstanden in een zorginstelling, of tot doel hebben de in een zorginstelling opgelopen schade te verhalen. Het klachtenstelsel dient dan ook zo te zijn ingericht dat ingespeeld kan worden op de verschillende motieven die de patiënt kan hebben om te klagen, de aard van de klacht en het uiteindelijke doel dat de patiënt heeft met het indienen van de klacht. In dit hoofdstuk komen de verschillende klachtinstanties met hun functies aan de orde.

### 3.2 De hulpverlener

De patiënt heeft recht op volledige en duidelijke informatie over zijn behandeling en eventuele risico's. Dat neemt niet weg dat ook al is hij goed op de hoogte, tijdens de behandeling complicaties kunnen optreden of fouten kunnen worden gemaakt, waardoor de patiënt achteraf vragen of klachten heeft. Het is van belang dat de patiënt hiermee ook na de behandeling bij de hulpverlener terecht kan. Deze is immers de aangewezen persoon om een verklaring te geven over wat er fout ging omdat hij de behandeling zelf uitvoerde en is in die zin aanspreekpunt.

### 3.3 De klachtenfunctionaris

Niet iedere hulpverlener staat open voor een gesprek met de patiënt nadat de klacht is ontstaan. Ook is de patiënt niet altijd bereid of in staat om met de hulpverlener te praten over wat er is fout gegaan. Het kan dan van belang zijn dat een derde in de verstoorde relatie tussen hulpverlener en patiënt bemiddelt. Veel zorginstellingen, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en huisartspraktijken, hebben een klachtenfunctionaris in dienst. Deze persoon heeft een bemiddelende rol in het conflict door bijvoorbeeld het gesprek met de behandelend hulpverlener weer op gang te brengen.

In tegenstelling tot de patiëntenvertrouwenspersoon in de geestelijke gezondheidszorg, heeft de klachtenfunctionaris in de andere zorgsectoren geen wettelijke basis. Het gevolg hiervan is dat sommige zorginstellingen geen klachtenfunctionaris in

dienst hebben, en dus alleen de “formele” klachtprocedure bij de klachtencommissie hanteren. Daarnaast bestaan er verschillen in bevoegdheden tussen de verschillende klachtenfunctionarissen en omdat deze in dienst zijn van het ziekenhuis, kan getwijfeld worden aan de onafhankelijkheid en onpartijdigheid. Het is dan ook de vraag hoe patiëntgericht hij daadwerkelijk te werk gaat.

### **3.4 De klachtencommissie**

In 1995 is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) in werking getreden. In datzelfde jaar werd de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van kracht. Beide wetten hebben tot doel de juridische positie van de patiënt te versterken. In de WGBO is de relatie tussen hulpverlener en patiënt omschreven en ligt de nadruk op de rechten van de patiënt in deze relatie. De WKCZ biedt het juridisch kader van het klachtrecht en biedt de patiënt in die zin procedurele bescherming.

#### **WKCZ**

Op grond van de WKCZ kunnen patiënten, hun vertegenwoordigers of nabestaanden een klacht indienen over gedragingen van een zorgaanbieder.

De gedraging waarop de klacht betrekking heeft, kan zijn elk handelen, nalaten en nemen van het besluit dat voor de cliënt gevolgen heeft.

Voor patiënten die onvrijwillig zijn opgenomen voorziet de instelling veelal in een bijzondere klachtregeling. Voor hen is de WKCZ niet van toepassing.

#### **De klachtregeling**

Iedere zorgaanbieder moet volgens de WKCZ een regeling treffen voor de behandeling van klachten. Dit houdt in dat de hulpverlener of zorginstelling de klachten door een klachtencommissie laat behandelen. Deze commissie moet minimaal uit drie leden bestaan en de voorzitter van de commissie mag niet werkzaam zijn bij de zorgaanbieder. De patiënt dient door de commissie in de gelegenheid te worden gesteld, schriftelijk en eventueel ook mondeling een toelichting te geven op de klacht.

Wanneer de klachtencommissie de klachten (deels) gegrond acht, kunnen aanbevelingen aan de zorgaanbieder worden gedaan. In dat geval dient de zorgaanbieder binnen een maand nadien schriftelijk aan de patiënt te laten weten welke maatregelen hij zal nemen om de situatie te verbeteren. De zorgaanbieder is echter niet verplicht om maatregelen te nemen. In die zin is een oordeel van de klachtencommissie dan

ook niet bindend. Het voordeel van een klachtencommissie is dat het een relatief laagdrempelig orgaan is. De procedure is gratis en er is geen rechtsbijstand nodig. Er dient wel voor te worden gewaakt dat wanneer een patiënt een klacht bij de zorginstelling neerlegt, deze “te snel” wordt doorgestuurd naar een klachtencommissie. Het verdient de voorkeur dat de patiënt zijn ongenoegen eerst met de hulpverlener zelf bespreekt.

Daarnaast kan bij de patiënt twijfel bestaan over de onafhankelijkheid van de commissie, nu slechts de voorzitter niet werkzaam mag zijn voor de zorginstelling. Ook kan het feit dat de patiënt wordt geconfronteerd met beroepsgenoten (‘collega’s’) van de hulpverlener over wie hij klaagt, overrompelend zijn.

### **Verslaglegging**

De zorgaanbieder is verplicht ieder kalenderjaar een openbaar verslag op te stellen waarin het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten wordt aangegeven. In dit verslag moet ook de samenstelling van de klachtencommissie zijn opgenomen alsmede de aard van de maatregelen die zijn genomen naar aanleiding van het oordeel van de commissie. Het verslag wordt verzonden aan de minister, de regionale inspecteur van de Volksgezondheid en de regionale patiëntenorganisatie.

### **Meldingsplicht**

Sinds 2005 rust op de klachtencommissie een meldingsplicht. De klachtencommissie moet klachten die zijn gericht op een ‘ernstige situatie met een structureel karakter’ melden bij de Inspectie voor de Volksgezondheid. Voordat Inspectie wordt ingelicht, stelt de klachtencommissie eerst de zorgaanbieder in kennis. Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder geen maatregelen neemt, wordt de Inspectie ingelicht.

Ook op de zorgaanbieder zelf rust een meldingsplicht. Deze is neergelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen en houdt in dat de zorgaanbieder melding doet bij de Inspectie van iedere calamiteit in de instelling en seksueel misbruik waarbij een patiënt dan wel hulpverlener is betrokken. De Kwaliteitswet omschrijft een calamiteit als een onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor de patiënt heeft geleid.

De meldingsplicht moet voorkomen dat klachten over ernstige situaties na behandeling door de klachtencommissie ‘verzanden’. De Inspectie kan dan op haar beurt onderzoek doen en ingrijpen als er sprake lijkt te zijn van een structureel probleem of een ander gevaar voor de volksgezondheid.

### 3.5 De geschillencommissie

#### Geschillencommissie Ziekenhuizen

Wanneer de patiënt schade heeft geleden in het ziekenhuis en hij er met het ziekenhuis niet uitkomt, kan de Geschillencommissie Ziekenhuizen worden benaderd. Bijvoorbeeld wanneer er een medische fout is gemaakt hetgeen de gezondheid van de patiënt heeft geschaad, maar ook als de patiënt in het ziekenhuis persoonlijke zaken is kwijtgeraakt. De Geschillencommissie ziekenhuizen is alleen bevoegd als het ziekenhuis is aangesloten. Bovendien mag de claim niet hoger zijn dan € 5000,--, tenzij de schade meer bedraagt, maar de patiënt afziet van aanspraak op een hoger bedrag. Het geschil wordt behandeld door zowel hulpverleners als juristen die onafhankelijk van de consument en het ziekenhuis werken. De voorzitter en de secretaris zijn juristen.

Een voorwaarde voor behandeling is dat het geschil eerst is voorgelegd aan het ziekenhuis, binnen vijf jaar na het ontstaan van de schade. De geschillencommissie neemt de klacht in behandeling na betaling van een bedrag van € 25,--. De klacht wordt naar het ziekenhuis gestuurd, dat een maand de tijd heeft om te reageren. Na het indienen van de klacht volgt een hoorzitting. Een maand later volgt de uitspraak. Wanneer de klacht gegrond wordt verklaard volgt een bindend advies aan het ziekenhuis. In het bindend advies kan de geschillencommissie het ziekenhuis verplichten schadevergoeding aan de patiënt te betalen.

Een advies van de geschillencommissie kan worden vernietigd, indien het binnen twee maanden aan de rechter wordt voorgelegd en deze het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar acht. Als het bindend advies niet binnen twee maanden wordt voorgelegd aan de rechter wordt de uitspraak van de geschillencommissie onaantastbaar.

Het voordeel van de geschillencommissie is dat een klacht waarbij ook sprake is van schade, op een snelle en goedkope manier kan worden afgehandeld, waarbij de zorgaanbieder kan worden verplicht de schade te vergoeden. Omdat echter alleen eenvoudige zaken kunnen worden voorgelegd, waarbij de schade niet meer is dan een bedrag van € 5000,--, dient de patiënt met een hogere claim een aansprakelijkheidsprocedure te starten.

### **Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken**

Voor geschillen die zijn ontstaan na behandeling in een zelfstandige kliniek, is op 1 april 2008 de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken in het leven geroepen. Deze commissie behandelt in principe alle geschillen die ontstaan uit klachten van patiënten over de behandeling in een zelfstandige kliniek, mits deze is aangesloten bij Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) of bij de geschillencommissie voor de behandeling van geschillen is geregistreerd. De commissie kan geschillen waarbij sprake is van zaak- of personenschade behandelen tot aan een schadebedrag van € 25.000,-. De patiënt moet de klacht eerst aan de kliniek zelf hebben voorgelegd. Wanneer dit niet tot een oplossing heeft geleid kan de klacht, met de hoogte van de schade, binnen drie maanden bij de geschillencommissie worden neergelegd. De kosten van de procedure bedragen € 50,-. De procedure bij de geschillencommissie is zo ingericht dat de klager in principe alles zelf kan doen en rechtsbijstand is dan ook niet vereist. De geschillencommissie bestaat uit drie leden: een voorzitter aangezocht door de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken (SGC), een lid voorgedragen door de Consumentenbond en een lid voorgedragen door de Vereniging Zelfstandige Klinieken Nederland (verder te noemen: ZKN). Alle leden worden door het bestuur van de Geschillencommissie benoemd. Omdat de geschillencommissie zeer recentelijk is opgericht (geschillen die zijn ontstaan op of na 1 april 2008 kunnen worden behandeld), is nog niets bekend over de ervaringen van patiënten met deze klachtinstantie.

### **3.6 Het tuchtcollege**

De patiënt heeft tevens de mogelijkheid zijn klacht aan een medisch tuchtcollege voor te leggen. Het tuchtcollege behandelt alleen klachten tegen individuele zorgverleners.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) vormt de juridische basis van het publiekrechtelijk tuchtrecht voor medische hulpverleners. Het is van toepassing op personen die staan ingeschreven in het BIG register. Dit zijn artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Is de behandelaar niet in het register opgenomen, dan komt de klacht in beginsel niet voor behandeling in aanmerking.

Het handelen van de geregistreerde hulpverlener wordt door het tuchtcollege getoetst aan de zogenaamde ‘tuchtnormen’, opgenomen in artikel 47 Wet BIG.

De eerste tuchtnorm betreft ‘handelen of nalaten in strijd met de zorg die de hulpverlener zou moeten verlenen’. Deze norm geldt voor de zorg jegens de patiënt, maar ziet ook toe op de bejegening van zijn naasten. In deze tuchtnorm staat de zorgvuldigheid van de individuele hulpverlener centraal.

De hulpverlener kan bijvoorbeeld in strijd met de zorgvuldigheidsnorm hebben gehandeld wanneer hij relevante gegevens over de behandeling van de patiënt niet heeft vastgelegd in het medisch dossier. In dat geval voldoet hij niet aan zijn dossierplicht en handelt hij tuchtrechtelijk verwijtbaar. De tuchtnorm kan ook worden geschonden wanneer de hulpverlener bijvoorbeeld niet aan het werk is, maar toch had moeten ingrijpen bij een spoedeisend geval.

De tweede tuchtnorm betreft ‘enig ander handelen of nalaten, in de hoedanigheid van de geregistreerde, in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg’. Deze tuchtnorm wordt beschouwd als een aanvulling op de eerste. Ook het functioneren binnen de organisatie, de collegiale samenwerking en fraude ten opzichte van verzekeraars zijn onderwerpen die onder deze tweede norm kunnen vallen.

### **Het Regionaal Tuchtcollege**

Als de patiënt van mening is dat een van de voorgaande normen is geschonden, kan hij het Regionaal Tuchtcollege raadplegen in de regio waar de hulpverlener woont. Er zijn vijf regionale tuchtcolleges.

Klachtgerechtigd zijn patiënten, rechtstreeks belanghebbenden of nabestaanden, personen werkzaam bij of bestuurders van een zorginstelling en de Inspecteur voor de Volksgezondheid.

De klacht wordt behandeld door drie juristen, een voorzitter en twee beroepsgenoten van de hulpverlener over wie wordt geklaagd. Nadeel is dat de procedure bij een tuchtcollege vanwege de beoordeling door ‘collega’s’ door de patiënt kan worden beschouwd als partijdig.

Nadat het klaagschrift is ingediend volgt een verplicht vooronderzoek. Tijdens dit vooronderzoek verzamelt het Regionaal Tuchtcollege informatie over de klacht. Daartoe kunnen de patiënt en de hulpverlener beiden worden gehoord, tenzij zij aangeven daarvan af te zien. Na het vooronderzoek wordt beoordeeld of verdere behandeling nodig en wenselijk is. Als dat zo is, wordt een hoorzitting gepland.

**Onderzoek ter zitting**

Het onderzoek ter zitting vindt in het openbaar plaats. Alleen wanneer zich gewichtige redenen voordoen, bijvoorbeeld wanneer de patiënt in zijn persoonlijke levenssfeer wordt aangetast, kan daarvan worden afgeweken. Bijstand door een advocaat of gemachtigde is niet verplicht. De ervaring leert wel dat bijstand is aan te raden, gezien de emotionele belasting bij de patiënt.

De patiënt en de hulpverlener kunnen ter zitting worden gehoord. Tevens kan het tuchtcollege besluiten getuigen of deskundigen te horen.

Het tuchtcollege doet een bindende uitspraak. Het heeft de mogelijkheid een maatregel op te leggen aan de hulpverlener. Zo kan de hulpverlener een waarschuwing of berisping krijgen. Het is ook mogelijk dat hij een geldboete krijgt of een tijdelijke of permanente doorhaling in het BIG-register. Een doorhaling in het BIG-register betekent dat de hulpverlener zijn titel niet langer mag gebruiken en zijn werk (tijdelijk) niet mag doen. Het tuchtcollege kan ook een combinatie van deze maatregelen opleggen. In het geval de klacht wordt afgewezen of niet-ontvankelijk is, heeft de klager de mogelijkheid beroep aan te tekenen bij het Centraal Tuchtcollege.

**Het Centraal Tuchtcollege**

Als het Regionaal Tuchtcollege geen maatregel heeft opgelegd kan de patiënt binnen zes weken schriftelijk in beroep gaan. Dit gebeurt dan bij het Centraal Tuchtcollege. Bijstand door een advocaat is ook hierbij niet verplicht.

Na de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege is er geen mogelijkheid om in beroep te gaan. De enige weg die dan open staat is cassatie in het belang der wet.

Het is wel mogelijk om te klagen over de wijze van behandeling van de tuchtklacht. De klacht moet dan binnen zes weken schriftelijk bij de voorzitter van het College worden gemeld.

**3.7 De Inspectie voor de Gezondheidszorg**

Voor de patiënt met een individuele klacht is het mogelijk de Inspectie te benaderen, maar de Inspectie beslist lang niet altijd om een melding te gaan onderzoeken. Wanneer sprake is van een situatie die voor de veiligheid van patiënten of de gezondheidszorg een ernstige bedreiging kan betekenen, wordt tot onderzoek overgegaan. De Inspectie onderzoekt geen zaken die eenmalig zijn, al zijn onderzocht, of ouder zijn dan twee jaar.

## Verkeerde diagnose met fatale gevolgen

Meneer A. meldt zich in augustus 2005 met pijn in de borst bij de huisartsenpost. Hij wordt weggestuurd met pilletjes tegen de stress. De volgende dag overlijdt hij, een vrouw en twee jonge kinderen achterlatend. Met zijn echtgenote had hij een eigen zaak.

Over het gebeurde oordeelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat de betrokken huisarts 'ernstig was tekortgeschoten in zijn professioneel handelen'.

De aansprakelijkheidsverzekeraar wil echter een zelfstandig onderzoek naar het voorval. Op voorspraak van de verzekeraar en in overleg met de belangenbehartiger van de nabestaanden wordt een medisch deskundige benoemd. In een summier rapport schuift deze het oordeel van de Inspectie terzijde. Hij oordeelt dat de huisarts niets te verwijten valt. Conclusie in deze zaak is dat de aansprakelijkheidsverzekeraar niets wil betalen. De kosten van de medisch deskundige van € 2.860,-- komen voor rekening van de echtgenote.

De echtgenote is door dit oordeel zeer uit het veld geslagen. Hoewel een second opinion uitwijst dat de huisarts wel degelijk verwijtbaar had gehandeld, kan zij het emotioneel niet opbrengen om de aansprakelijkheidszaak voort te zetten. Wel dient zij een tuchtklacht in tegen de huisarts.

In april 2008 oordeelt het tuchtcollege dat de huisarts een verkeerde diagnose heeft gesteld, en tuchtrechtelijk verwijtbaar is tekortgeschoten.

De echtgenote voelt zich door het tuchtrechtelijke oordeel gesterkt in haar kansen op een schadevergoeding. Zodra zij haar gezins- en arbeidsleven weer op orde heeft en er emotioneel klaar voor is, zal zij de aansprakelijkheidszaak weer oppakken.



## 4. De aansprakelijkstelling: de juridische context

### 4.1 Inleiding

De juridische relatie tussen hulpverlener en patiënt, de geneeskundige behandelingsovereenkomst, is sinds 1 april 1995 neergelegd in een speciale wet, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

Anders dan bij sommige andere overeenkomsten is de hulpverlener niet gebonden aan het behalen van een van tevoren vastgesteld resultaat. Zijn kernverplichting bestaat eruit dat hij zich in voldoende mate moet inspannen om het gewenste behandelingsresultaat te bereiken. De hulpverlener heeft een inspanningsverbintenis, zonder garanties.

### 4.2 Fout versus complicatie

Bij de beoordeling van de aansprakelijkheid van de hulpverlener zijn vervolgens twee bepalingen uit de WGBO in het bijzonder van belang. Artikel 7:453 BW schrijft voor dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen. In de rechtspraak is, overigens al vóór de inwerkingtreding van de WGBO, het criterium van de goede hulpverlener verder uitgewerkt. Geoordeeld moet worden of de hulpverlener de zorg heeft betracht die een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht. De vraag is dus telkens wat een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot zou hebben gedaan. Dit is een juridische vraag, maar voor de goede beantwoording ervan is medisch advies onontbeerlijk.

Bij het beoordelen van de aansprakelijkheid van een hulpverlener is dus telkens de vraag of deze zich voldoende heeft ingespannen om het gewenste resultaat te bereiken. Als het gewenste resultaat niet is bereikt, is dit ofwel toe te schrijven aan een fout van de hulpverlener, dan wel aan een complicatie in de behandeling.

### 4.3 Informed consent

Als er sprake is van een complicatie, betekent dit dat de hulpverlener geen verwijt treft voor wat betreft het behandelingsresultaat. Mogelijk is hem wel te verwijten dat de patiënt met de gewraakte behandeling heeft ingestemd. Dit vloeit voort uit de mededelingsplicht van de hulpverlener. Deze plicht is neergelegd in artikel 7:448 BW en houdt in dat de hulpverlener de patiënt moet inlichten over de kansen en risico's van de behandeling, de mate van noodzakelijkheid ervan, mede in relatie tot eventue-

ele alternatieve behandelingen en de daaraan verbonden kansen en risico's. Heeft de hulpverlener niet aan deze mededelingsplicht voldaan, dan is er geen sprake geweest van een zogenaamd informed consent; de patiënt heeft in dat geval niet op deugdelijke wijze kunnen instemmen met de gewraakte behandeling.

#### **4.4 Causaal verband**

Is eenmaal vastgesteld dat de hulpverlener een fout heeft gemaakt, dan komt het causaal verband aan de orde. Oftewel: is er een oorzakelijk verband tussen de fout en de schade? Of zou de schade (het letsel) ook zijn opgetreden als de fout niet was gemaakt?

#### **4.5 Schade**

Is ook het causaal verband vastgesteld, dan komt de schadeomvang aan de orde. Deze schade kan bijvoorbeeld bestaan uit gederfde inkomsten doordat de patiënt door het letsel niet meer kan werken, of de kosten van hulp in de huishouding, of smartengeld.

#### **4.6 Bewijs**

Zo komt men in drie stappen (fout, causaal verband en schade) eventueel tot een schadevergoeding. Bij elke stap rust de bewijslast in beginsel bij degene die claimt, bij de patiënt dus. Dit is in overeenstemming met de gangbare bewijslastverdeling in het burgerlijk recht. Bij nadere beschouwing zou een dergelijke rechttoe rechtaan bewijslastverdeling voor medische aansprakelijkheidszaken echter zeer onrechtvaardig uitpakken. Wat kan een patiënt immers vertellen over een medische behandeling, als hijzelf een leek is op medisch gebied? Bij veel ingrepen was de patiënt niet eens bij kennis toen de veronderstelde fout werd gemaakt. De patiënt heeft zelf vaak geen enkel bewijs in handen, afgezien van het hem bekomen letsel. Nog een moeilijkheid: hoe kan een patiënt bewijzen dat hij van de behandeling zou hebben afgezien, als hij voldoende was geïnformeerd?

In de rechtspraak is de patiënt gedeeltelijk tegemoet gekomen in zijn bewijslast. De aansprakelijk gestelde hulpverlener moet inlichtingen verschaffen over de door hem ingestelde behandeling. Doet hij dat niet, dan kan de bewijslast naar de hulpverlener

verschuiven. Voor het antwoord op de vraag of de patiënt van de behandeling zou hebben afgezien als hij voldoende zou zijn geïnformeerd, is in de rechtspraak het criterium van de redelijk handelende patiënt ontwikkeld: wat zou een denkbeeldige redelijke patiënt hebben gedaan, als deze voldoende geïnformeerd was, rekening houdend met de kansen, risico's, alternatieven enzovoort?

Zo wordt de patiënt op enkele punten tegemoetgekomen in zijn bewijslast. Echter, de bewijslast blijft rusten bij de patiënt.

#### 4.7 In schema

Het voorgaande leidt tot het volgende schema:



Dit schema maakt inzichtelijk in welk proces de patiënt die slachtoffer is van een veronderstelde medische fout verwickeld raakt. De door ons onderzochte medische aansprakelijkheidszaken komen meestal niet verder dan het bovenste deel van het schema: de vraag of er sprake is geweest van een fout of van een complicatie blijkt vaak een vastloper te zijn, eventueel nog gevolgd door een discussie over het causaal verband. Meestal wordt niet toegekomen aan de schadevaststelling. Het onderzoeksrapport van Stichting De Ombudsman 'Letselschaderegeling: met het mes op tafel of een zoektocht naar de redelijkheid' ging vrijwel alleen over het onderste deel van het schema: de schadevaststelling. Er is geen aanleiding om aan te nemen dat de problemen die in dat deel van het schema spelen in letselschadezaken in het algemeen, niet ook spelen in medische aansprakelijkheidszaken. Zijn dus de hobbels 'fout/complicatie' en 'causaal verband' genomen, dan volgt nog de strijd om de vaststelling van de schade. Gesteld kan worden dat het slachtoffer van een veronderstelde medische fout start met een 3-0 achterstand.

## 5. De beleving van de patiënt: de enquêteresultaten

### 5.1 Inleiding

Om de ervaringen van patiënten die geconfronteerd zijn met een (veronderstelde) medische fout in kaart te brengen is in september 2007 het meldpunt medische misers geopend. Na de openstelling hebben meer dan 1000 mensen gereageerd. Daarvan hebben 850 mensen de grootschalige enquête ingevuld. Uiteindelijk bleken 685 enquêtes volledig ingevuld te zijn en die zijn in de enquêteresultaten verwerkt.

Aan de enquête hebben meer vrouwen (55,3%) dan mannen (44,7%) deelgenomen. Bijna 60% heeft desgevraagd het bruto jaarinkomen opgegeven. Van hen heeft;

- 35,2% een bruto jaarinkomen van minder dan 15.000;
- 38,5% een bruto jaarinkomen tussen 15.000 en 30.000;
- 20,8% een bruto jaarinkomen tussen 30.000 en 60.000;
- 4,8% een bruto jaarinkomen tussen 60.000 en 100.000;
- 0,8% een bruto jaarinkomen van meer dan 100.000 euro.

In de enquête is gevraagd naar de ervaringen van patiënten met de diverse betrokkenen uit de keten, nadat zij met een (vermeende) medische fout zijn geconfronteerd. Hieronder staan de enquêteresultaten vermeld. In het volgende hoofdstuk volgt een toelichting en uitdieping aan de hand van dossieronderzoek.

### 5.2 De fout

In de enquête zijn de volgende vragen over de (veronderstelde) medische fout gesteld:

- In welk jaar vond de fout plaats?
- Wat voor fout was het?
- Door wie is de fout gemaakt?
- Waar is de fout gemaakt?
- Was degene die de fout heeft gemaakt in opleiding?
- Tijdens welk dagdeel is de fout gemaakt?

#### Jaar

De meeste (vermeende) fouten vonden plaats in 2006 (15%), in 2005 (11,8%) en in 2007 (12,1%). 28% van de respondenten vermeldt een jaartal dat voor 2000 ligt.

**Soort fout**

Het betrof in de meeste gevallen een gemiste diagnose (25,3%). Ook operatiefouten (23,3%) en verkeerde behandelingen (22,7%) springen eruit. In mindere mate vermelden respondenten dat ze niet zijn geweest op de risico's van de gevolgde behandeling (9,8%); een verkeerde medicatie hebben ontvangen (8,2%) of dat er sprake was van een overdrachtsfout (6,2%).

**Een moeder:**

*'Tien artsen hebben niet gezien, dat mijn dochter een massale longembolie had: ze is gestorven.'*

**Tabel 5.1 Type medische fouten**

Type fout	%
gemiste diagnose	25,3
verkeerde medicatie	8,2
verkeerde behandeling	22,7
operatiefout	23,3
niet geweest op risico's behandeling	9,8
overdrachtsfout	6,2
anders	4,5
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

**Door wie en waar?**

Verreweg de meeste (vermeende) fouten zijn gemaakt door een arts (76,9%). Het betreft hier voornamelijk chirurgen (27,2%) en huisartsen (17,2 %). Onder de categorie 'anders' (tabel 5.2) gaat het om te laat reageren van de arts en om het niet willen komen wanneer een patiënt daarom vraagt.

Ruim driekwart meldt dat de (vermeende) fout in het ziekenhuis is gemaakt.

Tabel 5.2 Door wie is de fout gemaakt?

	%
arts	76,9
tandarts	4,7
gezondheidspsycholoog	0,2
psychotherapeut	0,8
fysiotherapeut	1,9
verloskundige	4,6
verpleegkundige	5,8
anders	5,1
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

Gevraagd naar het specialisme van de arts die de vermeende fout heeft gemaakt, ontstaat het volgende beeld.

Tabel 5.3 Indien arts, welke specialisatie?

	%
huisarts	17,2
dermatoloog	1,8
internist	11,8
kno-arts	1,2
radioloog	1,2
gynaecoloog	9,1
neuroloog	8,7
oncoloog	0,6
cardioloog	4,7
orthopeed	12,4
anesthesist	2,4
chirurg	27,2
psychiater	1,6
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

### **In opleiding?**

In bijna 10% van de gemelde gevallen betrof het een arts in opleiding (9,8%).

### **Dagdeel**

De meeste (vermeende) fouten zijn 's ochtends (36,8%) en 's middags (29,5%) gemaakt.

## **5.3 Het letsel en de schade**

In de enquête zijn de volgende vragen over het letsel en de schade gesteld:

- Heeft u blijvend letsel overgehouden aan de fout?
- Was er extra medische zorg nodig als gevolg van de fout?
- Heeft de fout gevolgen gehad voor uw werk?
- Heeft u nog andere schade?

### ***Het letsel en de schade***

#### **Blijvend letsel**

Driekwart van de respondenten (74,9%) vermeldt blijvend letsel te hebben overgehouden aan de fout.

#### **Extra medische zorg**

Negen op de tien respondenten geeft aan dat er extra medische zorg noodzakelijk was als gevolg van de fout (89,1%). De extra medische zorg bestond in de meeste gevallen uit een operatie (33,67%) en revalidatie (24,6%).

Bij ruim één derde van de respondenten duurde deze extra medische zorg vier jaar of langer.

#### **Gevolgen voor het werk**

Tweederde (66,8%) van de respondenten meldt dat de (vermeende) fout gevolgen heeft gehad voor zijn of haar werk. Van hen geeft 44,3% aan na de (vermeende) fout een arbeidsongeschiktheidsuitkering te hebben ontvangen.

#### **Een zelfstandig ondernemer:**

*'Ik moest mijn eigen bedrijf opheffen, mijn huis verkopen en ben daardoor zwaar in de schulden geraakt'.*



**Andere schade**

Tweederde (66,7%) van de respondenten zegt nog andere schade te hebben opgelopen. Daarbij ging het voornamelijk om verminderde zelfredzaamheid (30,6%). Ook vervoerskosten (19,6%) en kosten voor huishoudelijke hulp (18,1%) worden genoemd.

**Een ouder:**

*'De grootste schade is dat ik mijn dochter heb verloren!'*

**Tabel 5.4: Extra medische zorg na (veronderstelde) medische fout**

Behandeling na fout	%
operatie	33,7
revalidatie	24,6
(fysio)therapie	21,2
psychotherapie	10,4
medicatie	8,6
anders	1,5
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

**5.4 De (klacht)procedure**

Over de gevolgde (klacht)procedure zijn de volgende vragen voorgelegd:

Heeft u met uw hulpverlener gesproken over de fout?  
Heeft u over de fout een officiële klacht ingediend?

**Gesproken met hulpverlener**

Bijna 8 op de 10 respondenten (78,9%) heeft aangegeven met de hulpverlener gesproken te hebben over de (vermeende) fout. Het gesprek met de hulpverlener leidde in bijna de helft van de gevallen (49,4%) niet tot een erkenning van een fout, in 29,4% van de gevallen werd de aansprakelijkheid erkend, in 21,2% van de gevallen werd de fout gedeeltelijk erkend.

Gevraagd naar de reden van diegenen die het gesprek niet zijn aangegaan met de hulpverlener, verklaart 37,2% dat het geen zin heeft; 21,5% dat men niet wist bij wie men moest zijn; 9,8% wil het gesprek niet aangaan en 7,8% meldt dat de arts niet aanwezig was bij het gesprek. 8,8% noemt een andere reden, waaronder dat de arts met pensioen is gegaan, dat de fout pas later is ontdekt, of dat het gesprek nog moet plaatsvinden.

5% meldt bang te zijn voor de gevolgen.

#### Officiële klacht

Zeven op de tien respondenten (69,2%) hebben een officiële klacht ingediend over de vermeende fout.

De reden om geen officiële klacht in te dienen was ook hier dat 'het geen zin heeft' (38,7%); men niet wist bij wie men moest zijn (28,6%); men is bezig met herstel en heeft geen energie (9%); men is bang voor de gevolgen (8%). De overige respondenten noemen andere redenen, te weten de zaak is nog in behandeling (7,5%); men vond het niet nodig (5,2%); de rechtshulpverlener raadt het af (3%).

#### Een patiënt:

*'Geen idee wie ik hierop moest aanspreken er zijn veel artsen aan mijn bed geweest en ik weet niet wie wat heeft gedaan'.*

Op de vraag waar men de officiële klacht heeft ingediend, antwoorden de meeste respondenten dat ze naar de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie van het betrokken ziekenhuis zijn gegaan (41,7%); 21,2% dient de klacht in bij de hulpverlener zelf.

#### 5.5 Bij wie is de klacht ingediend?

Klacht ingediend bij	%
hulpverlener zelf	21,2
klachtenfunctionaris en/of klachtencommissie	41,7
inspectie voor de gezondheidszorg	10,3
geschillencommissie ziekenhuizen	8,4
regionaal tuchtcollege	9,8
anders	8,6
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

In ruim de helft van de zaken (53,7%) werd de fout niet erkend.

In de zaken waarin de fout wel geheel of gedeeltelijk werd erkend, werd aan de erkenning verschillend inhoud gegeven. In een kwart van de zaken werden excuses aangeboden (24,6%); in 20,4% van de zaken werd een financiële compensatie aangeboden. In de onderstaande tabel 5.6 staat een overzicht. Onder de categorie 'Anders' vallen antwoorden als 'de arts heeft een waarschuwing gekregen', 'er is een gesprek gevolgd met de arts' en 'het ziekenhuis heeft ondersteuning geboden'.

### 5.6 Gevolg van erkenning fout

Gevolg van erkenning fout	%
verbeteringen aangekondigd	19,0
excuses aangeboden	24,6
sanctie opgelegd	6,3
financiële compensatie aangeboden	20,4
nog geen invulling/onbekend	12,7
anders	15,5
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

### 5.5 Aansprakelijkstelling

Over de aansprakelijkstelling zijn de volgende vragen voorgelegd:

- Heeft u de hulpverlener aansprakelijk gesteld voor de financiële schade?
- Hoe lang duurde de discussie over de aansprakelijkheid?
- Heeft u zich laten bijstaan door een belangenbehartiger?
- Hoe hoog is de geschatte schade?
- Indien u een voorschot heeft ontvangen, hoe hoog is het voorschot?
- Heeft u een procedure aanhangig gemaakt bij de rechtbank?

#### Aansprakelijkstelling

Bijna de helft (44,5%) van de respondenten heeft de hulpverlener aansprakelijk gesteld voor de financiële schade. De verzekeraar erkende in bijna 70% van de zaken geen aansprakelijkheid.

In ruim 40% van de zaken waarbij aansprakelijkstelling volgde, heeft de discussie hieromtrent langer dan 3 jaar geduurd.

#### 5.7 Hoe lang duurde de discussie over de aansprakelijkheid?

	%
minder dan 1 jaar	20,3
1 - 2 jaar	19,4
2 - 3 jaar	17,2
langer dan 3 jaar	43,1
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

In ruim de helft van de zaken (55,2%) hebben de respondenten zich laten bijstaan door een belangenbehartiger. In bijna 60% van die gevallen (59,4%) was dat een advocaat.

#### 5.8 Belangenbehartiging gedurende discussie na (veronderstelde) medische fout

	%
bekende	2,5
advocaat	59,4
rechtsbijstandverzekeraar	29,5
juridisch adviesbureau	7,2
vakbond	1,4
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

Van de respondenten die de hulpverlener niet aansprakelijk hebben gesteld, zijn de meest genoemde argumenten dat 'het geen zin heeft' (29,9%) en dat men niet wist bij wie men moest zijn (25%).

**5.9 Redenen om geen aansprakelijkheid te stellen**

	%
heeft geen zin	29,9
wist niet bij wie	25,0
bang voor gevolgen	4,8
kosten	12,3
zaak loopt nog	16,7
advocaat ziet er geen heil in	2,4
is te zware belasting	8,9
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

De geschatte schade was in 31,4% van de zaken meer dan een ton.

**5.10 Geschatte schade**

Geschatte schade	%
minder dan 5000	14,0
5000 - 10 000	17,2
10 000 - 50 000	19,7
50 000 - 100 000	17,7
meer dan 100 000	31,4
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

Een kwart van de respondenten heeft aangegeven een voorschot op schadevergoeding te hebben ontvangen. In ruim de helft van de gevallen (57,1%) bedroeg deze minder dan € 5.000,--.

**5.11 Hoogte van het voorschot**

	%
minder dan 5000	59,1
5000 - 10 000	16,2
10 000 - 50 000	9,4
50 000 - 100 000	5,6
meer dan 100 000	9,8
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

**Rechtbank**

12% van de respondenten heeft een procedure bij de rechtbank aanhangig gemaakt. Daarvan geeft bijna de helft van de respondenten aan dat de zaak nog loopt (49,7%). De kosten die voor de rechtsbijstand zijn gemaakt bedroegen in ruim de helft van de gevallen (54,4%) minder dan € 1.000,--.

**5.12 Gemaakte kosten voor de belangenbehartiging**

	%
minder dan 1000	55,8
1000 - 2500	11,2
2500 - 5000	9,7
5000 - 20 000	11,8
meer dan 20 000	11,1
<b>Totaal</b>	<b>100,0</b>

## 5.6 De externe medisch deskundige

In de enquête zijn de volgende vragen gesteld over de externe medisch deskundige:

- Is er een onafhankelijk extern medisch deskundige ingeschakeld?
- Indien er een onafhankelijk extern medisch deskundige ingeschakeld is, wie heeft deze deskundige benoemd?
- Indien er een onafhankelijk extern medisch deskundige ingeschakeld is, bracht het oordeel van de deskundige een einde aan de discussie?
- Indien het oordeel van de externe medisch deskundige geen einde aan de discussie bracht, wat was hiervan de oorzaak?
- Indien er een onafhankelijke externe medisch deskundige ingeschakeld is, wie heeft deze deskundige betaald?
- Indien er een onafhankelijke externe medisch deskundige ingeschakeld is, hoe veel kostte dit deskundigenoordeel?

### De medisch deskundige

Van de respondenten vermeldt 44% dat er een onafhankelijk extern medisch deskundige is benoemd. Hierbij is bijna geen verschil te zien tussen het aantal zaken waarbij deze door (de belangenbehartiger van) de respondent is benoemd (29,8%) en zaken waarbij deze door de verzekeraar is benoemd (30,6%). Ook komt het voor dat de extern medisch deskundige na gezamenlijk overleg wordt benoemd (23,1%) of door de rechter (7,5%).

In driekwart van de zaken (74,4%), bracht het oordeel van de extern medisch deskundige geen einde aan de discussie. Dat kwam omdat er tegenstrijdige oordelen waren (33,6%), de respondent of zijn belangenbehartiger het niet eens was met het oordeel (28,1%); de verzekeraar of de hulpverlener was het niet eens (24,2%) of het riep nieuwe vragen op (14,1%).

In bijna de helft van de zaken heeft de hulpverlener/de verzekeraar de kosten voor het deskundigenoordeel op zich genomen (48,1%); 32,4% van de respondenten heeft het betaald; 7,8% maakt melding van gedeelde kosten. In 3% van de zaken heeft de rechtbank betaald.

Deze kosten bedroegen in bijna de helft van de zaken minder dan € 1.000,--.

**Een patiënt:**

*‘De medisch deskundige heeft na bijna 2 jaar na herhaaldelijk aandringen nog nooit zijn rapport opgeleverd’.*

**5.7 Stellingen**

Aan het slot van de enquête werden de respondenten uitgenodigd hun mening kenbaar te maken door te reageren op een aantal stellingen: 60% heeft daarvan gebruik gemaakt.

**1. Ik was voorafgaande aan de medische behandeling voldoende op de hoogte van de risico's.**



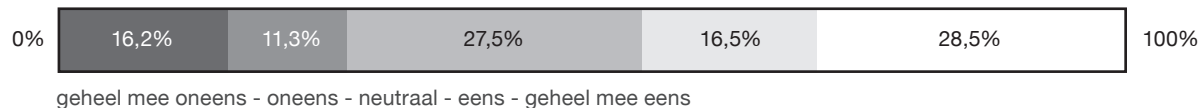
**2. Mijn klacht is serieus genomen.**



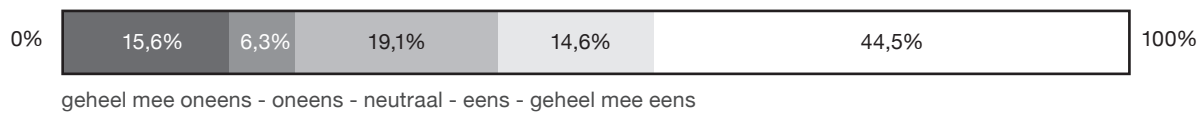
**3. De klachtencommissie heeft mijn klacht op een objectieve en onpartijdige manier behandeld.**



**4. Erkenning van de fout door de hulpverlener vind ik belangrijker dan schadevergoeding.**





**5. De verzekeraar heeft in mijn zaak zorgvuldig gehandeld.****6. Je moet rijk zijn om je schade vergoed te kunnen krijgen.****7. In Nederland zijn de sociale voorzieningen zo goed dat ik geen schadevergoeding nodig heb wanneer ik volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt ben geworden.****5.8 Samenvattend**

- 850 mensen hebben de grootschalige enquête ingevuld. Uiteindelijk bleken 685 enquêtes volledig ingevuld te zijn en die zijn in de enquêteresultaten verwerkt.
- Aan de enquête hebben meer vrouwen (55,3%) dan mannen (44,7%) deelgenomen. Bijna 60% heeft desgevraagd het bruto jaarinkomen opgegeven. Van hen heeft:
  - 35,2% een bruto jaarinkomen van minder dan 15.000.
  - 38,5% een bruto jaarinkomen tussen 15.000 en 30.000.
- De medische fout betrof in de meeste gevallen een gemiste diagnose (25,3%). Ook operatiefouten (23,3%) en verkeerde behandelingen (22,7%) springen eruit.
- Verreweg de meeste (vermeende) fouten zijn gemaakt door een arts (76,9%). Het betreft hier voornamelijk chirurgen (27,2%) en huisartsen (17,2 %).
- Driekwart van de respondenten (74,9%) vermeldt blijvend letsel te hebben overgehouden aan de fout.
- Negen op de tien respondenten geeft aan dat er extra medische zorg noodzakelijk was als gevolg van de fout (89,1%). De extra medische zorg bestond in de meeste

gevallen uit een operatie (33,67%) en revalidatie (24,6%).

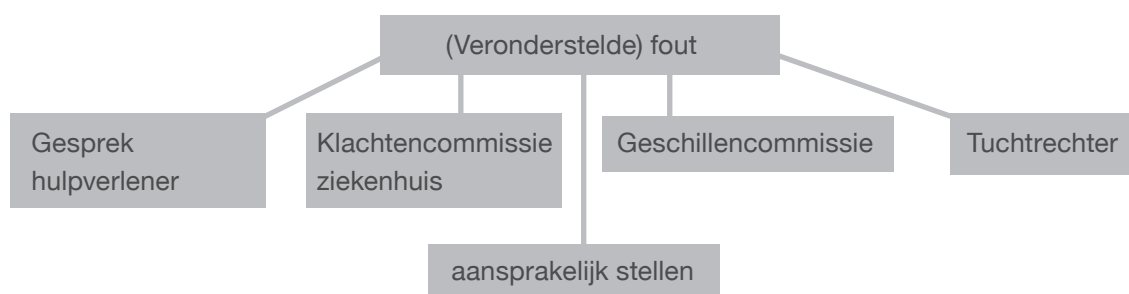
- Bij ruim éénderde van de respondenten duurde deze extra medische zorg vier jaar of langer.
- Tweederde (66,8%) van de respondenten meldt dat de (vermeende) fout gevolgen heeft gehad voor zijn of haar werk. Van hen geeft 44,3% aan na de (vermeende) fout een arbeidsongeschiktheidsuitkering te hebben ontvangen.
- Bijna 8 op de 10 respondenten (78,9%) heeft aangegeven met de hulpverlener gesproken te hebben over de (vermeende) fout.
- Zeven op de tien respondenten (69,2%) hebben een officiële klacht ingediend over de vermeende fout. In ruim de helft van de zaken (53,7%) werd de fout niet erkend.
- Bijna de helft (44,5%) van de respondenten heeft de hulpverlener aansprakelijk gesteld voor de financiële schade. De verzekeraar erkende in bijna 70% van de zaken geen aansprakelijkheid. In ruim 40% van de zaken waarbij aansprakelijkstelling volgde, heeft de discussie hieromtrent langer dan 3 jaar geduurd.
- De geschatte schade was in 30% van de zaken meer dan een ton. 12% van de respondenten heeft een procedure bij de rechtbank aanhangig gemaakt.
- In driekwart van de zaken bracht het oordeel van de extern medisch deskundige geen einde aan de discussie.
- Meer dan 60% is het eens met de stelling 'Ik was voorafgaande aan de medische behandeling voldoende op de hoogte van de risico's'.

## 6. De aansprakelijkheid: de diverse betrokkenen

### 6.1 Inleiding

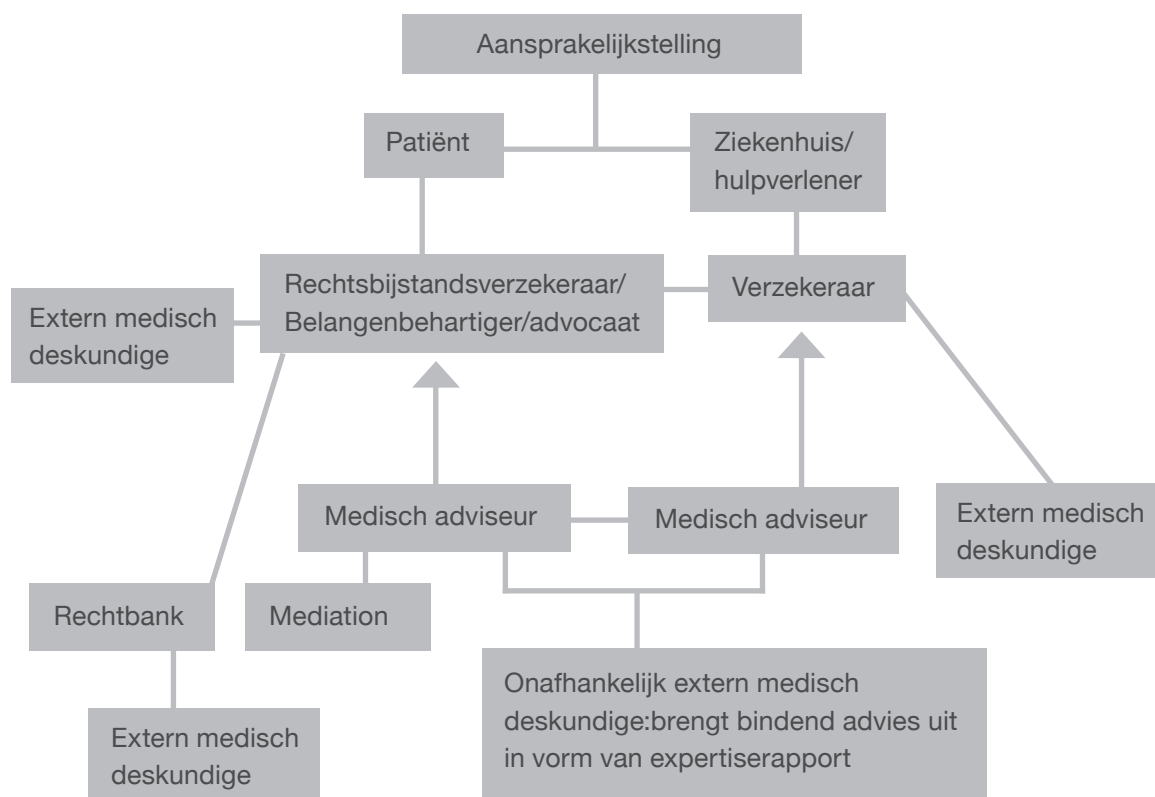
Nadat de veronderstelde fout zich heeft voorgedaan, begint er vaak een uitgebreide zoektocht door de patiënt naar de vaststelling van wat er is gebeurd en een juiste beoordeling daarvan. De aansprakelijkheidszaak is slechts een onderdeel van die zoektocht; vaak het sluitstuk ervan.

Het volgende schema laat zien waar de patiënt tijdens zijn zoektocht terecht kan komen.



Uit de enquête blijkt dat de meeste patiënten een groot deel van dit schema doorlopen: 79% heeft met de hulpverlener gesproken over de veronderstelde fout, 69% heeft een officiële (tucht)klacht ingediend en 44,5% heeft de hulpverlener/de zorginstelling aansprakelijk gesteld voor de schade.

In dit hoofdstuk lopen we aan de hand van de zoektocht van de patiënt door de hele keten heen. Het accent ligt daarbij op de fase van aansprakelijkstelling. Het volgende schema maakt duidelijk welke betrokkenen er zijn, en welke rol zij hebben in het geheel:



Onze bevindingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de enquêteresultaten en de dossierstudies. De 40 bestudeerde dossiers vormen een willekeurige selectie uit de respondenten die hebben aangegeven dat in hun zaak een aansprakelijkheidsverzekeraar was betrokken. Het betreft dus stuk voor stuk aansprakelijkheidszaken, maar uit de dossierstudies is gebleken dat er voorafgaand aan de aansprakelijkstelling vaak één of meer klachtwegen zijn bewandeld. De dossiers blijken een goede afspiegeling te zijn van de enquêteresultaten. Dit hebben we vastgesteld door de dossiers te vergelijken met de daarbij horende ingevulde enquête. Maar ook in zijn algemeenheid komt uit de bestudeerde dossiers hetzelfde beeld naar voren als uit de enquêteresultaten. Daarbij merken we wel op dat het over het algemeen de ernstigere letsels betreft; bij tijdelijke letsels zal men minder snel geneigd zijn om tot aansprakelijkstelling over te gaan. Daarnaast viel bij de dossierstudies op dat de deelnemers aan de enquête nog wel eens moeite hadden om de rol van de medisch adviseur te onderscheiden van de rol van de externe medisch deskundige. Voor het overige sluiten de dossiers goed op de enquêteresultaten aan. Alle bekende aansprakelijkheidsverzekeraars zijn vertegenwoordigd in de bestudeerde dossiers.

## 6.2 De patiënt

Per definitie is de patiënt niet in goede gezondheid. Hij bevindt zich in een hem onbekende omgeving, waar hij niet zou zijn als hij de redelijke keuze zou hebben. De medische behandeling betekent vaak een inbreuk op zijn lichamelijke integriteit. Hij legt zijn lot in handen van een vreemde; dit kan alleen op basis van vertrouwen.

Bijna driekwart van de patiënten die de enquête heeft ingevuld, geeft aan een bruto inkomen te hebben van minder dan € 30.000,-- per jaar; 35% komt rond van minder dan € 15.000,-- per jaar.

Driekwart van de respondenten meldt blijvend letsel te hebben overgehouden aan de veronderstelde medische fout; bijna 90% had extra medische zorg nodig, 35% daarvan ook nog vier jaar na de veronderstelde fout. Voor tweederde van de respondenten had de veronderstelde fout gevolgen voor het werk; 44 % van de respondenten geeft aan als gevolg van de veronderstelde fout een arbeidsongeschiktheidsuitkering te ontvangen.

### Een zelfstandig ondernemer:

*'Ik heb een eigen bedrijf en kan diverse werkzaamheden niet meer zelf uitvoeren'.*

Wat uit deze gegevens duidelijk wordt, is dat de maatschappelijke lasten van een veronderstelde medische fout niet te over zien zijn. De ziekenhuizen, de zorgverzekeraars en daarmee wij allemaal maken veel extra kosten. Hetzelfde geldt voor de uitkeringsinstanties. Dit verborgen bestanddeel van de gevolgen van medische fouten valt buiten het bestek van dit onderzoek maar verdient nadere analyse.

In het geval dat een behandeling niet naar wens is verlopen, praten de meeste patiënten daarover met de hulpverlener in kwestie. De helft van de geënquêteerden meldt dat de hulpverlener in dat gesprek de fout geheel of gedeeltelijk erkent. De hulpverlener of in elk geval diens verzekeraar kan in die zaken een heel andere beleving van het gesprek hebben en wil achteraf van geen fout horen. Het probleem is dat doorgaans geen verslag wordt gemaakt van deze gesprekken, zodat de patiënt in een welles-nietesdiscussie terecht komt, die hij verliest.

Opvallend is dat 40% van de deelnemende patiënten aangeeft erkenning belangrijker te vinden dan schadevergoeding. Een kwart zegt beide even belangrijk te vinden.

### 6.3 De hulpverlener en het ziekenhuis

De hulpverlener en meer algemeen het ziekenhuis zijn degenen aan wie de patiënt de behandeling heeft toevertrouwd. Dit vertrouwen vereist naast deskundigheid en professionaliteit ook de nodige betrokkenheid bij de patiënt.

In dit rapport gaan wij niet in op de eerste twee aspecten, de deskundigheid en de professionaliteit. Wel op de betrokkenheid. Die blijkt in volstrekt onvoldoende mate aanwezig; patiënten geven aan dat ze niet serieus genomen worden, dat er niet naar hen wordt geluisterd, en dat ze van het kastje naar de muur gestuurd worden.

#### Een patiënt:

*‘Terwijl ik in het ziekenhuis lag, tien weken, werden mijn ogen slechter, maar er werd niet naar mij geluisterd’.*

Een probleem is dat patiënten in feite onvoldoende bij de behandeling worden betrokken. Ze worden onvoldoende voorbereid op onzekerheden en eventuele tegenvallers. Als een behandeling teleurstellend verloopt, verwijt de patiënt dit daardoor al snel aan de hulpverlener. Dat is niet altijd terecht, en dit kan in nagesprekken tussen hulpverlener en patiënt tot wederzijdse irritaties en onbegrip leiden. In de nagesprekken, die gelukkig wel vaak plaatsvinden, doet de hulpverlener vaak onvoldoende moeite om te luisteren naar de patiënt en om deze in begrijpelijke taal te woord te staan. Dit gebrek aan empathie schaadt het vertrouwen van de patiënt in de medische praktijk, en werkt klachten en uiteindelijk zelfs claims in de hand, zo blijkt uit de bestudeerde dossiers.

#### Een chirurg tegen een patiënt:

*‘Als u een klacht heeft over de groenteman, dan moet u bij hem zijn, u spreekt nu met de slager’.*

Een ander communicatieprobleem is dat de hulpverlener in de evaluatie na de mislukte behandeling vaak de indruk wekt dat hij toegeeft dat hij een fout heeft gemaakt. De hulpverlener dan wel de verzekeraar heeft echter een andere beleving van zo'n gesprek dan de patiënt en erkent geen aansprakelijkheid. Dit blijkt uit de helft van de door ons onderzochte dossiers. De patiënt voelt zich daardoor gemengeld tussen hulpverlener en verzekeraar.

Er is nog een niet te onderschatten probleem. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen gewoontes en protocollen. Als een behandeling niet naar wens is verlopen, wordt gezocht naar toetsbare criteria: het medisch dossier en het protocol. Het verschil in protocollen geeft volop ruimte aan discussies en onzekerheid, als een behandeling niet volgens verwachting is verlopen. De patiënt meent dat het ziekenhuis van de gewraakte behandeling een fout protocol heeft gehanteerd; deze gedachte volgt eenvoudig uit het feit dat de behandeling is misgelopen.

Uit het dossieronderzoek is gebleken dat dossiers vaak onvolledig en rommelig zijn samengesteld en ook zo worden aangeleverd. Dit blijkt zowel uit eigen waarneming, alsook uit de correspondentie van medisch adviseurs en medisch deskundigen die in een aantal dossiers is aangetroffen, waarin zij zich hierover beklagen. Delen van de medische dossiers waren in sommige gevallen zeer slecht te lezen. Handschriften waren regelmatig moeilijk te ontcijferen, en het taalgebruik is voor leken vaak niet te begrijpen.

Gezien het belang van het medisch dossier in de procedure, is het erg belangrijk dat het dossier volledig, begrijpelijk en goed geordend is.

#### **6.4 De klacht- en tuchtorganen**

Er is een keur aan klacht- en tuchtorganen, zoals in hoofdstuk 3 beschreven. Van de respondenten die op de stellingen aan het eind van de enquête hebben gereageerd, oordeelt meer dan 60% dat zijn klacht niet serieus is genomen. Ook vindt ruim 60% dat de klachtencommissie de klacht niet op een objectieve en onpartijdige manier heeft behandeld.

Ruim 46% van de deelnemers aan de enquête geeft aan dat de klacht geheel of gedeeltelijk werd erkend. Waar de patiënt ook komt met zijn klacht, het medisch dossier van de patiënt maakt of breekt zijn zaak. Het is de hulpverlener die bepaalt wat er wel en niet in het medisch dossier terechtkomt. Een afwijkend feitenrelaas van de patiënt legt het al snel af tegen het medisch dossier. De patiënt heeft daardoor het gevoel dat hij niet gehoord wordt, en ziet de waarde die gehecht wordt aan het medisch dossier als een uiting van partijdigheid. Een klacht verloopt zo vaak teleurstellend voor de patiënt.

**Patiënten:**

*‘Het is heel moeilijk om je recht te halen want als slachtoffer moet je zelf met bewijzen komen terwijl je nooit alle gegevens krijgt of die onvolledig zijn en soms bewerkt zijn’.*

*‘Een officiële klacht indienen betekent heel veel tijd insteken, voor de simpele erkenning dat er een fout is gemaakt. Het gaat mij niet om een schadevergoeding’.*

### **6.5 De rechtshulpverlener**

De belangenbehartiger is in de meerderheid van de gevallen een advocaat. In iets meer dan een kwart van de zaken was een rechtsbijstandverzekeraar betrokken. Zij hebben de taak de patiënt te adviseren over diens mogelijkheden en kansen, en hem daar zo nodig in te begeleiden. De belangenbehartiger laat zich op zijn beurt adviseren door een medisch adviseur. Deze extra schakel kost extra tijd.

Uit de bestudeerde dossiers blijkt dat advocaten de zaak te zeer laten versloffen. Het probleem is dat de advocaat de patiënt niet voldoende bij de hand neemt en zich beperkt tot corresponderen met de wederpartij en de medisch adviseur. De cliënt/patiënt hoort dan soms maanden niets en vindt dat onbegrijpelijk.

Bij de rechtsbijstandverzekeraars valt op dat er weinig tijd is voor een goede dossierbehandeling. Medische aansprakelijkheidszaken zijn arbeidsintensief. Dit lijkt niet goed te passen bij de algemene werkwijze van rechtsbijstandverzekeraars. Uit vijf van de veertig onderzochte dossiers is gebleken dat de patiënt na korte tijd ontevreden wordt, de rechtsbijstandverzekeraar de rug toekeert en naar een advocaat stapt.

### **6.6 De aansprakelijkheidsverzekeraar**

De voorbije jaren hebben de grote verzekeraars zich teruggetrokken uit de medische aansprakelijkheidsbranche. Op dit moment is er nog geen handvol verzekeraars actief. Dit zijn verzekeraars die door de beroepsgroep zelf zijn opgericht en in stand worden gehouden. Het zijn MediRisk, VVAA en CentraMed. MediRisk en VVAA huizen in hetzelfde pand. VVAA heeft een groot aandeel in MediRisk. Gezamenlijk bedienen zij bijna 100% van de markt.

MediRisk en CentraMed zijn zogenaamde Onderlingen. De onderlinge is een rechtsvorm die op belangrijke punten afwijkt van de ‘gewone’ verzekeraars (veelal N.V.’s): de



verzekerden zijn lid van de Onderlinge, en zij zijn daarmee een soort aandeelhouder: de leden bepalen het beleid van de verzekeraar. MediRisk wordt gedragen door de VVAA (Vereniging Voor Arts en Auto), waarvan hulpverleners lid zijn en zo'n 70% van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen en hulpverleners zelf bepalen aldus het beleid van hun Onderlinge aansprakelijkheidsverzekeraar. Een ander verschil is dat de Onderlinge geen winstogmerk heeft. Tekorten of overschotten komen ten laste van respectievelijk ten goede aan de leden, oftewel van de ziekenhuizen en de hulpverleners. Doorgaans wordt dit omgeslagen in de premies.

De verzekeraar dient de aansprakelijkheid van zijn verzekerde te beoordelen, en zo nodig tot schade-uitkeringen over te gaan. Hij kijkt zich op een in de beleving van de patiënt erg passieve manier van deze taak.

**Een patiënt:**

*'Toen de door MediRisk voorgestelde externe deskundige ons in het gelijk stelde accepteerde MediRisk geen aansprakelijkheid. Ook toen de rechter uitspraak deed in ons voordeel accepteerde MediRisk geen aansprakelijkheid en ging in beroep dat binnenkort dient, acht jaar na de schade'.*

Na de aansprakelijkstelling blijft het vaak een half jaar of langer stil van de kant van de verzekeraar, waarna een afwijzing van de aansprakelijkheid volgt. Uit de enquête blijkt dat in 20% van de zaken de discussie over de aansprakelijkheid minder dan een jaar duurt. In ruim 40% van de zaken duurt deze discussie meer dan 3 jaar. En daarna moet, indien de aansprakelijkheid vaststaat, de schaderegeling nog volgen. Wat die schade betreft: de discussie over de aansprakelijkheid duurt langer naarmate de geschatte schade hoger is. Bij de beoordeling van de vraag of er al dan niet een fout is gemaakt, lijkt dus ruimte gemaakt te worden voor een financiële afweging.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat de verzekeraar zich zeer bewust toont van het juridische voordeel dat hij heeft; de patiënt moet stellen en bewijzen, de verzekeraar heeft het bewijs en de deskundigheid. Is na veel tijd komen vast te staan dat er een fout is gemaakt, volgt er een even omvangrijke discussie over het causale verband. Het gevolg is dat de patiënt vaak jarenlang in onzekerheid verkeert over een eventuele schadevergoeding. Gelijk halen is voor de patiënt vaak een emotionele en financiële uitputtingsslag.

### **6.7 De medisch adviseur**

Zowel de belangenbehartiger als de verzekeraar laat zich adviseren door een medisch adviseur. Deze geeft informatie over de medische kant van de aansprakelijkheidszaak. Met deze informatie kunnen de partijen zich een oordeel vormen over die aansprakelijkheid.

Uit de dossierstudie blijkt dat de medische adviezen vrijwel altijd op het juridische belang van de opdrachtgever aansluiten. De medisch adviseurs dragen daardoor niet bij aan een oplossing van het juridische conflict.

### **6.8 De externe medisch deskundige**

De medisch deskundige kan eenzijdig door de belangenbehartiger of de verzekeraar worden ingeschakeld. Ook kan hij op verzoek van beide partijen worden ingeschakeld. Deze onafhankelijke externe medisch deskundige vervult een belangrijke rol in medische aansprakelijkheidszaken. Zijn bevindingen staan gelijk aan een bindend advies over de medische kant van de zaak en bepalen voor een belangrijk deel de uitkomst van de zaak. Dit betekent dat er hoge eisen gesteld moeten worden aan de totstandkoming van zijn oordeel, en aan de inhoudelijke kwaliteit daarvan. In het onderzoek kwam echter naar voren dat de ene medisch deskundige de andere niet is; over een en dezelfde behandeling blijken regelmatig diametraal verschillende medische oordelen te kunnen bestaan. Dit roept het beeld op dat voor elk gewenst oordeel een medisch deskundige is te vinden.

Het komt voor dat aan de externe medisch deskundige juridische vragen worden voorgelegd. De vraag of de hulpverlener heeft gehandeld zoals een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot zou hebben gedaan, is normatief en daarmee juridisch van aard. Deze vraag moet niet gesteld worden aan een medisch deskundige.

De medisch deskundige moet zodanige vragen beantwoorden, dat daarmee vervolgens door een jurist kan worden vastgesteld of al dan niet aan de beroepsnorm van de redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot is voldaan.

Het doel van de inschakeling van een medisch deskundige is dat hij klaarheid kan brengen over de vraag of er een medische fout heeft plaatsgevonden, en welke gevolgen dit dan heeft gehad. Dit doel blijkt vaak niet te worden gerealiseerd: bijna

driekwart van de respondenten heeft aangegeven dat de medisch deskundige geen einde aan de discussie heeft gebracht.

Uit het dossieronderzoek blijkt dat het lang duurt voordat partijen overeenstemming bereiken over de medisch deskundige aan wie de vraagstelling (hetgeen vaak ook nog enige tijd vergt) moet worden voorgelegd. In een kwart van de zaken wordt deze na gezamenlijk overleg benoemd.

**Patiënten:**

*‘De deskundige beschikte niet over relevante informatie om een oordeel uit te brengen, maar baseerde zijn conclusie op zijn eigen ervaring in plaats van literatuur en overige gegevens’.*

‘De deskundige heeft na bijna twee jaar na herhaaldelijk aandringen nog nooit zijn rapport opgeleverd’.

## **6.9 De rechter**

In letselschadezaken in het algemeen wordt naar schatting in 3 tot 5% van de gevallen geprocedeerd. Bij de medische aansprakelijkheidszaken ligt dit percentage opvallend hoger. Van de deelnemers aan de enquête heeft 12% een gerechtelijke procedure aanhangig gemaakt. Dit is opmerkelijk, gelet op de beperkte financiële armslag van de respondenten. Een gerechtelijke procedure is voor deze groep relatief kostbaar. Weliswaar kan gebruik worden gemaakt van de gefinancierde rechtsbijstand, een groot deel van de kosten wordt hierdoor niet gedekt. Met name moet daarbij gedacht worden aan de kosten van de medisch adviseur en de onafhankelijke medisch deskundige. In meer dan de helft van de zaken waren deze kosten meer dan € 1.000,--. De financiële drempel om te gaan procederen is hoog.

## Complicatie of fout?

Begin 1997 wordt mevrouw B. door een chirurg in opleiding geopereerd aan spataderen in haar linkerbeen. Tijdens de ingreep overlijdt zij aan een acute longembolie.

Haar echtgenoot de heer B. blijft in verdriet achter. Hij lijdt niet alleen immateriële schade door het verlies van zijn partner, hij moet het ook stellen met fors minder inkomsten. Hij neemt een advocaat in de arm die het ziekenhuis halverwege 1997 aansprakelijk stelt; de betreffende chirurg zou in de zorg jegens mevrouw B. zijn tekortgeschoten, waardoor zij is komen te overlijden; hij zou hebben nagelaten antistollingsmiddel toe te dienen, waardoor de embolie kon ontstaan. Bovendien zou er onvoldoende toezicht zijn uitgeoefend op deze chirurg in opleiding. De heer B. was van tevoren overigens verteld dat het hoofd van de afdeling de ingreep zou uitvoeren. Verder waren hij en zijn vrouw van tevoren niet geweest op de risico's; het zou gaan om een eenvoudige ingreep. Een half jaar later, het is dan eind 1997, meldt de verzekeraar van het ziekenhuis dat de aansprakelijkheid wordt afgewezen; er was sprake geweest van een complicatie, en niet van een fout. Verder had de chirurg weliswaar zijn opleiding nog niet afgerond, maar hij was wel bevoegd de ingreep uit te voeren. Bovendien werd hij bijgestaan door een collega-chirurg in opleiding.

Na overleg volgt er een medische expertise naar het gebeurde. Deze concludeert dat de chirurg in kwestie zorgvuldig heeft gehandeld. De verzekeraar blijft dan ook bij haar standpunt dat er geen aansprakelijkheid is voor het overlijden van mevrouw B. De heer B. neemt hier geen genoegen mee en begint een gerechtelijke procedure tegen het ziekenhuis. Het is dan inmiddels 1999. De rechtbank benoemt een nieuwe medisch deskundige, die constateert dat mevrouw B. een verhoogde kans op trombose had en in verband daarmee een antistollingsmiddel toegediend had moeten krijgen. De embolie was een gevolg van het nalaten daarvan. Op basis van dit rapport achtte de rechtbank het ziekenhuis aansprakelijk voor het overlijden van mevrouw B. Het is dan inmiddels 2001, zes jaar na het overlijden van mevrouw B. De twee jaar daarna onderhandelen de advocaat en de verzekeraar over de schade. Halverwege 2003 wordt de schade definitief geregeld.

## 7. Conclusies

De belangrijkste bevindingen uit de enquête en het dossieronderzoek richten zich op de rol van alle spelers in de keten. Aan de hand van de enquêtegegevens, dossieronderzoek en aanvullende gesprekken met de slachtoffers heeft het onderzoeksteam de volgende conclusies geformuleerd.

### Patiënt

**De patiënt staat op achterstand: de bewijslast ligt bij de patiënt, het bewijs bij de hulpverlener.**

Het blijkt voor de patiënt bijzonder moeilijk om de aansprakelijkheid van de hulpverlener te bewijzen. Dit komt onder meer doordat de bewijslast van de fout bij de patiënt rust, terwijl de kennis over de medische behandeling bij de hulpverlener rust. De hulpverlener is weliswaar gehouden om de patiënt de benodigde informatie te verschaffen, maar feit blijft dat het medisch dossier centraal staat in de bewijslevering. De hulpverlener is degene die het medisch dossier samenstelt; hij is degene die bepaalt wat er wel, en ook wat er niet in komt te staan. Dit betekent dat wat er niet in het dossier staat, ook niet heeft plaatsgevonden. Heeft de patiënt een aanvulling op het medisch dossier, dan wordt dit, wanneer het mondeling is, vaak terzijde geschoven omdat het niet in het medisch dossier staat.

**De patiënt vindt erkenning belangrijker dan schadevergoeding.**

Met de stelling 'Erkenning van de fout door de hulpverlener vind ik belangrijker dan schadevergoeding' is 45% van de geënquêteerden het eens. Ongeveer een kwart geeft aan beide even belangrijk te vinden. Dit beeld wordt bevestigd in het dossieronderzoek.

### Hulpverlener

**De hulpverlener informeert de patiënt tijdens het voorgesprek onvoldoende over het verloop en de risico's van de medische behandeling.**

De patiënt heeft recht op informatie over zijn behandeling en de risico's zodat hij goed geïnformeerd met de behandeling kan instemmen. Dit wordt ook wel "informed consent" genoemd. Uit het onderzoek blijkt dat er teveel schort aan de communicatie tussen hulpverlener en betrokkene voorafgaand aan de behandeling. De patiënt is voor een behandeling dikwijls onzeker en angstig en verkeert in een voor hem onbekende omgeving. Hij heeft behoefte aan duidelijkheid. In gesprekken met de

betrokkenen kwam naar voren dat de mondelinge toelichting onvoldoende was. Het gebrek aan kennis bij de patiënt maakt dat het voor hem niet mogelijk is gerichte en relevante vragen te stellen. Het gebrek aan voorlichting of de miscommunicatie over de risico's van de behandeling leidt achteraf, wanneer er dingen mis zijn gegaan of er complicaties zijn opgetreden tot onbegrip en boosheid bij de patiënt.

In nagesprekken tussen hulpverlener en patiënt kan verwarring over het voorgesprek tot wederzijdse irritaties en onbegrip leiden hetgeen claims in de hand werkt.

**Wanneer bij een medische behandeling een complicatie of fout is opgetreden vindt er niet altijd een gesprek plaats met de behandelaar. Wanneer er wel een gesprek plaatsvindt wordt er dikwijls onvoldoende duidelijkheid geboden.**

De patiënt wil primair weten wat er is voorgevallen tijdens de behandeling en welke gevolgen dit heeft voor zijn of haar functioneren. Dit nagesprek tussen behandelaar en betrokkene vindt over het algemeen mondeling plaats. Later blijkt dat iedere partij een eigen versie heeft van de inhoud van het gesprek. De patiënt denkt dat de fout is 'toegegeven' en start een procedure. Wanneer het ziekenhuis de verzekeraar inschakelt wordt 'aansprakelijkheid' toch een ander begrip. De behandelaar zelf verdwijnt uit het zicht en de kans is groot dat het uitmondt in een juridische strijd tussen belangenbehartiger en verzekeraar is.

**Het medisch dossier dat door het ziekenhuis of de hulpverlener wordt verstrekt is dikwijls onvolledig of verwarrend.**

Als een behandeling niet naar wens is verlopen, wordt door de patiënt en/of belangenbehartiger gezocht naar toetsbare criteria waaraan de vermeende fout kan worden gemeten. Dat zijn het medisch dossier en het protocol.

Uit het onderzoek naar de samenstelling en de inhoud van het medisch dossier komt naar voren dat het dikwijls slordig is bijgehouden en onvolledig is. De leesbaarheid laat in vele gevallen te wensen over. Dit blijkt mede uit de correspondentie tussen de medisch adviseurs en de medisch deskundigen die in meerdere dossiers zijn aange troffen.

Elk ziekenhuis heeft bovendien zijn eigen protocollen. Het verschil in protocollen geeft volop ruimte aan discussies, als een behandeling niet volgens verwachting is verlopen.

### **Belangenbehartiger**

**De belangenbehartiger geeft de patiënt te weinig inzicht in het verloop van de zaak.**

De belangenbehartiger heeft de taak de patiënt te adviseren over diens mogelijkheden en kansen, en hem daar zo nodig in te begeleiden. Hij laat zich op zijn beurt adviseren door een medisch adviseur. Deze extra schakel kost extra tijd. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de belangenbehartiger de zaak regelmatig laat versloffen. Het probleem is dat de belangenbehartiger de patiënt niet voldoende bij de hand neemt en zich beperkt tot corresponderen met de wederpartij en de medisch adviseur. De cliënt/patiënt hoort dan soms maanden niets en vindt dat onbegrijpelijk.

### **Aansprakelijkheidsverzekeraar**

**De patiënt voelt zich gemangeld tussen de hulpverlener en de verzekeraar.**

Een probleem is dat de hulpverlener in de evaluatie na de mislukte behandeling vaak de indruk wekt dat hij toegeeft dat hij een fout heeft gemaakt. Dit blijkt uit de helft van de door ons onderzochte dossiers. De hulpverlener dan wel de verzekeraar heeft echter een andere beleving van zo'n gesprek dan de patiënt en erkent geen aansprakelijkheid. De patiënt voelt zich daardoor gemangeld tussen hulpverlener en verzekeraar. In de dossiers was niet één verslag van een nagesprek te vinden terwijl een dergelijk gesprek wel heeft plaatsgevonden.

**De discussie over de aansprakelijkheid wordt buiten het gezichtsveld van de patiënt gevoerd.**

De verzekeraar en de belangenbehartiger gaan met elkaar een (langdurige) strijd aan over de aansprakelijkheid, waarbij de patiënt langzamerhand uit beeld raakt. Uit de enquête blijkt dat ruim 40% van de medische aansprakelijkheidszaken na twee of drie jaar nog niet is afgerond. Een kleine 20% is binnen het jaar afgehandeld. Dit beeld wordt bevestigd in het dossieronderzoek. Daarin wordt ook duidelijk dat er soms meer dan een jaar voor de patiënt niets zichtbaars gebeurt. Vooral het opvragen, verstrekken en interpreteren van medische informatie kan vele maanden in beslag nemen. De doorlooptijd van een medische claim is te lang.

**Hoe hoger de geschatte schade, hoe langer de discussie over de aansprakelijkheid duurt.**

De enquêteresultaten laten een lineair verband zien tussen de geschatte schade en de duur van de discussie over de aansprakelijkheid. 'Kleinere' schades (< € 5.000,-- ) zijn in eenderde van de gevallen binnen het jaar afgewikkeld; 4,5% is na drie jaar nog niet afgerond. Schades boven de ton zijn in 23,5% van de gevallen binnen het jaar afgewikkeld, terwijl ruim 50% na drie jaar nog niet is afgerond.

**Medisch adviseurs**

**De medisch adviseurs zijn een verlengstuk van hun opdrachtgever.**

Het aansprakelijkheidsconflict tussen de patiënt enerzijds en de hulpverlener c.q. de zorginstelling anderzijds is in de kern juridisch van aard. Beide partijen laten zich in dit juridische conflict bijstaan, door een belangenbehartiger respectievelijk door de aansprakelijkheidsverzekeraar. Deze laten zich op hun beurt adviseren door een medisch adviseur. Uit de dossierstudies blijkt dat de medische adviezen vrijwel altijd op het juridische belang van de opdrachtgever aansluiten.

**Onafhankelijke medisch deskundigen**

**De onafhankelijke medische deskundige doet niet waar hij voor wordt ingehuurd, namelijk een einde maken aan de discussie.**

De onafhankelijke externe medisch deskundige vervult een belangrijke rol in medische aansprakelijkheidszaken. Zijn bevindingen staan gelijk aan een bindend advies over de medische aspecten van de aansprakelijkheidszaak, en bepalen daarmee voor een belangrijk deel de uitkomst van de zaak. Dit betekent dat er hoge eisen gesteld moeten worden aan de totstandkoming van zijn oordeel, en aan de inhoudelijke kwaliteit daarvan. In de praktijk blijkt echter vaak dat de ene medisch deskundige de andere niet is; het lijkt wel of er voor elk gewenst oordeel een medisch deskundige is te vinden. De medisch deskundigen dragen daardoor niet bij aan een oplossing van het juridische conflict terwijl dat wel hun taak is.

Uit de enquête en ook uit het dossieronderzoek kwam naar voren dat voor de patiënt niet duidelijk is welke functie en taken een medisch deskundige heeft ten opzichte van de medisch adviseurs.



## **Rechter**

### **Het verschil in expertise tussen advocaat en rechter op het gebied van medische aansprakelijkheid is soms groot.**

In de advocatuur heeft zowel van de kant van de patiënt als van de kant van de medische aansprakelijkheidsverzekeraar verregaande specialisatie plaatsgevonden. De rechterlijke macht blijft hierbij achter. Dit verschil ondergraaft de positie van de rechter als ultieme geschillenbeslechter in medische aansprakelijkheidszaken.

Door zich alleen te baseren op het oordeel van de advocaten kan rechtsongelijkheid in de hand worden gewerkt.

## **Maatschappij**

### **De maatschappelijke gevolgen van een medische fout zijn niet zichtbaar.**

De maatschappelijke kosten als gevolg van (vermeende) medische fouten kunnen aanzienlijk zijn. Tweederde van de respondenten meldt dat de (vermeende) fout gevolgen heeft gehad voor zijn of haar werk. Van hen geeft meer dan 40% aan na de (vermeende) fout een arbeidsongeschiktheidsuitkering te hebben ontvangen. Ook was er aanvullende medische zorg nodig in de vorm van operaties en/of revalidatie. Dit aspect is door Stichting De Ombudsman niet verder onderzocht.

## 8. De aanbevelingen

Op basis van de uitkomsten van de enquête en het dossieronderzoek naar knelpunten in de medische aansprakelijkheid en de expertmeeting doet Stichting De Ombudsman de volgende aanbevelingen aan patiënten, (rechts)hulpverleners, ziekenhuizen en verzekeraars met als doel de procesgang voor de patiënt (slachtoffer) te verbeteren.

### **1. Hulpverleners dienen hun verplichting na te komen en de patiënt tijdens het voorgesprek goed te informeren over verloop en risico van de behandeling.**

Om de communicatie tussen hulpverlener en betrokkene voorafgaand aan de behandeling te verbeteren en de risico's van een behandeling voor de patiënt inzichtelijker te maken is niet alleen een mondelinge maar ook een schriftelijke toelichting uiterst belangrijk.

De aandacht voor voorlichting in ziekenhuizen is de laatste jaren toegenomen, zowel qua inhoud als tijdstip. Wanneer het gaat om veelvoorkomende operaties, zoals knie- en heupoperaties worden er reeds voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Dit wordt als zeer positief ervaren door patiënten. Dezelfde technieken kunnen worden benut bij behandelingen die minder massaal voorkomen. Praktische hulpmiddelen zijn het werken met informatiefolders waarin op mogelijke risico's en complicaties van de behandeling wordt gewezen. Aan de hand van een standaardvragenlijst kan de patiënt de behandeling met de hulpverlener/arts vervolgens bespreken. Tevens wordt aangeraden om binnen het ziekenhuis communicatief vaardige deskundigen in te zetten die ingewikkelde medische handelingen, begrijpelijk en in een voor de patiënt toegankelijke taal, overbrengen.

### **2. Wanneer bij een medische behandeling een complicatie of fout is opgetreden, dient in een nagesprek de hulpverlener de patiënt klaarheid te brengen over wat er is gebeurd en met welke gevolgen.**

De patiënt wil primair weten wat er is voorgevallen tijdens de behandeling en welke gevolgen dit heeft voor zijn of haar functioneren. Dit nagesprek tussen arts en betrokkene zou standaard plaats moeten vinden. Dat is nu niet altijd het geval. Om later misverstanden zoveel mogelijk uit te sluiten wordt aanbevolen om het verloop van de behandeling op schrift te stellen waarbij ook aandacht is voor het toedienen van medicijnen en het verloop van de nazorg. Dit verslag kan een belangrijke rol spelen als bewijsstuk bij de vraag of er tijdens de behandeling fouten zijn gemaakt of dat er sprake was van een complicatie.

**3. In de opleiding moeten behandelaars en andere hulpverleners meer worden getraind in het communiceren met patiënten wanneer er sprake is van een complicatie of fout.**

Niet ieder mens heeft de gave om ingewikkelde processen helder over het voetlicht te krijgen. Neemt niet weg dat een verantwoordelijke behandelaar zich wel bewust moet zijn van zijn of haar plicht de patiënt in simpele bewoordingen het verloop van de behandeling en de mogelijke complicaties te verduidelijken. Ook na een behandeling vindt de patiënt het belangrijk goed te communiceren met de arts. Het inroepen van de hulp van een gespecialiseerde verpleegkundige die wel communicatievaardig is kan een optie zijn.

**4. Zorgverzekeraars dienen te worden gemotiveerd meer diensten aan te bieden aan hun verzekerden en de patiënt te ondersteunen in het achterhalen van de oorzaak van medische fout.**

Wanneer er sprake is van een veronderstelde medische fout, staat de patiënt er alleen voor. De zorgverzekeraar kan hier een belangrijke rol spelen, omdat er een gemeenschappelijk belang is, te weten het verbeteren van de kwaliteit in de zorg. Ook heeft de zorgverzekeraar verhaalsrecht.

**5. Er moet een tegemoetkoming plaatsvinden in de bewijslast waarmee de betrokkene zich geconfronteerd ziet.**

Tekenend voor de zware bewijspositie is bijvoorbeeld dat in zijn algemeenheid is aangetoond dat veel (bijvoorbeeld laparoscopische) ingrepen letselschade veroorzaken die zijn terug te voeren op onervarenheid van de hulpverlener. Per individuele zaak is het echter bijna onmogelijk om hiervoor voldoende bewijs te leveren. Een idee kan zijn om ziekenhuizen verplicht te stellen aan bepaalde kwaliteits- en kwantiteitseisen te voldoen. Bijvoorbeeld dat een hulpverlener alleen dan een (laparoscopische) ingreep mag verrichten, indien hij aantoonbaar een minimaal aantal van deze ingrepen heeft verricht in een bepaalde periode. Kan de hulpverlener/het ziekenhuis dit bewijs niet leveren, dan brengt dat een omkering van de bewijslast met zich mee: er wordt vanuit gegaan dat de letselschade is ontstaan als gevolg van het niet voldoen aan deze norm. De hulpverlener/het ziekenhuis heeft dan de mogelijkheid om tegenbewijs te leveren. Algemeen: als de hulpverlener/het ziekenhuis niet aan algemene kwaliteits-/kwantiteitseisen voldoet, wordt vermoed dat letselschade die daarmee verband houdt, is ontstaan als gevolg van het niet voldoen aan die eisen.

**6. Medisch adviseurs van de bij het geschil betrokken partijen dienen te streven naar eenstemmigheid in de keuze van onafhankelijke medisch deskundigen.**

Uit het dossieronderzoek komt naar voren dat onenigheid over de keuze van een onafhankelijk medisch deskundige een vertragende factor is in het afwikkelen van een medische letselschadezaak.

**7. Er dient een ‘deskundigenregister’ te komen van onafhankelijke medisch deskundigen.**

Het is moeilijk een terzake deskundig en onafhankelijk oordeel te verkrijgen om een einde aan het geschil te maken. Het opstellen van een register van medisch deskundigen kan een oplossing bieden. De deskundigen kunnen vanuit de medische beroepsverenigingen worden aangewezen. Bovendien wordt gepleit om bij complexe medische geschillen waarbij een aanzienlijk belang is gemoeid voor de patiënt een commissie van drie medici te belasten met het oordeel over het handelen van de aansprakelijk gestelde arts. Vergelijkbaar met de tuchtrechtspraak, waarbij het oordeel in handen ligt van twee juristen en drie artsen-beroepsgenoten.

**8. De medisch adviseurs en deskundigen moeten onder de gefinancierde rechtsbijstand (de toevoeging) worden gebracht.**

Een oordeel van een medisch adviseur is duur maar noodzakelijk. Omdat het niet onder de toevoeging valt moet de patiënt de kosten zelf dragen. Dit vormt voor de patiënt vaak een hindernis om een procedure te kunnen starten of door te kunnen zetten. Om de toegankelijkheid van het recht te vergroten dient zowel de medisch adviseur als de medisch deskundige onder de toevoeging te worden gebracht.

**9. De onafhankelijk medisch deskundige moet verplicht op de zitting verschijnen.**

Op die manier kunnen hem door de medisch adviseurs van beide partijen, en door de rechter, vragen worden gesteld. Dit schept direct duidelijkheid en kan ook voor de erkenning van de patiënt van belang zijn.

**10. De bevoegdheid van de geschillencommissie ziekenhuizen moet worden verruimd**

Wanneer het gaat om relatief eenvoudige zaken zouden patiënten, met een claim tot € 25.000,- terecht moeten kunnen bij de geschillencommissie ziekenhuizen. Dit in navolging van de recent ingestelde Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken waar deze grens reeds wordt gehanteerd. De geschillencommissie is een toegankelijke instantie en daarnaast leidt de procedure niet tot torenhoge kosten voor de patiënt.

**11. Het samenstellen van medisch dossiers moet gebeuren aan de hand van een protocol.**

Het medisch dossier speelt een centrale rol in de waarheidsvinding. Daarvoor is het nodig dat dossiers volledig en goed gedocumenteerd zijn. Net als in een aantal andere landen het geval is, kan er een zogenaamd pre-actionprotocol ingesteld worden, waarin wordt vastgelegd waaruit een medisch dossier moet bestaan, zoals verslaglegging van gesprekken, video-opnamen en de behandelingen.

**12. Medische letselschadezaken moeten door gespecialiseerde, deskundige rechters worden behandeld.**

Om de vaak zeer complexe materie te kunnen behandelen, gaat de voorkeur uit naar specifiek deskundige rechters. Ook wordt aanbevolen deze geschillen te laten behandelen door een meervoudige kamer, met drie rechters in plaats van één.

**13. Het verdient de voorkeur dat de patiënt, de arts en de verzekeraar met elkaar om tafel gaan, in een zo vroeg mogelijk stadium van de aansprakelijkstelling.**

De patiënt, de belangenbehartiger, de arts dan wel het ziekenhuis en de verzekeraar gaan met elkaar in gesprek, waarbij alle partijen zich inzetten om een plan van aanpak te bepalen en een oplossing te bereiken. Hierin kan een vorm van 'regiezitting' een belangrijke rol spelen. Tijdens dit gesprek wordt duidelijkheid gecreëerd over het onderwerp van geschil en wordt bekeken in hoeverre een schikking mogelijk is. Dit gesprek dient als voorportaal voor een gerechtelijke procedure. In de huidige rechtspraktijk komt dit voor in de vorm van de verplichte comparitie na conclusie van antwoord. Gebleken is dat daardoor de schikkingbereidheid toeneemt. Aanbevolen wordt om tot een oplossing te komen in het stadium vóór de procedure aanhangig wordt gemaakt, dus voordat de dagvaarding uitgaat.

**14. Meer openheid en communicatie tussen patiënt en rechtshulpverlener voorkomt polarisatie.**

De rechtshulpverlener is vaak meer gericht op de wederpartij dan op de patiënt. Deze zou meer tijd moeten vrijmaken om op begrijpelijke wijze zijn cliënt te informeren over het verloop van de procedure. Het is van cruciaal belang dat beide partijen over dezelfde informatie beschikken en zo een eigen oordeel kunnen vormen over de relevantie van het materiaal. Meer openheid in de communicatie kan uitsluiting van de patiënt en polarisatie voorkomen.

**15. Het verdient aanbeveling dat de medische letselschadeverzekeraars zich committeren aan de huidige Gedragscode Behandeling Letselschade.**

## Literatuurlijst

### Boeken:

- H. Kuijer, “Knopen tellen: lotgevallen, hartenkreten en tips van een patiënt”, Bosch & Suykerbuyk Trainingscentrum BV, 2007.
- mr. P.P.M. Ruijs, “Medische missers, juridisch gesjoemel”, Uitgeverij Aspekt, 2007.
- A. Fuldauer, “Hoe overleef ik de zorg?”, Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker, 2007.
- Prof. Mr. J. Legemaate e.a. “Veilig Incident Melden, context en randvoorwaarden”, Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- M. Barendrecht e.a., “Gedragscode behandeling letselschade”, Tilburg 2006.
- J. De Bekker, “Patiënt en Incident, de MIP in 100 vragen” Maarssen: Elsevier Ge gezondheidszorg, 2006.
- Prof. mr. dr. D.P. Engberts en mr. L.E. Kalkman-Bogerd “Gezondheidsrecht”, Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- C. Wagner, G. van der Wal en S. Tuijn, “Patiëntveiligheid in Nederland, verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg”, Assen: Van Gorcum, 2005.
- Mr. R. van Dort, “Het verhaal van letselschade, wegwijs in de juridische jungle”, Meppel: Pica, 2004.
- H. Buijssen en S. Buis, “Uit de Praktijk: Indringende ervaringsverhalen van artsen en een gids voor nazorg na incidenten”, TRED en de Stiel, 2003
- P. Lens en P. Kahn, “Over de Schreef, over functioneren en disfunctioneren van artsen”, Utrecht: Van der Wees, 2001.
- Mr. A.B. van Lomwel and Mr. E.B. van Veen, “De WGBO: De betekenis voor de hulp verleners in de gezondheidszorg”, Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.
- Prof. mr. J. Legemaate, “Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg”, Zwolle: Tjeenk Willink, 1996

**Tijdschriften:**

- C. De Feijter, "Patiëntveiligheid in de huisartsenpraktijk", 2007  
In: Huisarts In Praktijk, november 2007, pp. 20-22
- I.P. Leistikow, G.B. Blijham, "Nieuw licht op incidenten, een methode voor risico-analyse in de patiëntenzorg", Medisch Contact 2004;59;1022-4
- A. Molendijk, K. Borst, R. van Dolder, "Vergissen is menselijk. Blamefree melden doet transparantie toenemen", Medisch Contact 2003;58;1658-61

**Rapporten:**

- Inspectie voor de Gezondheidszorg, "Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming", Den Haag 2007
- Inspectie voor de Gezondheidszorg "Patiënt en recht: de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?", Den Haag: 2006
- TNS NIPO Henk Foekema en Carolien Hendrix, "Fouten worden duur betaald: een onderzoek naar medische overdrachtsfouten (deel 2)", 2004
- Stichting De Ombudsman, "Letselschaderegeling, onderhandelen met het mes op tafel een zoektocht naar de redelijkheid", Hilversum: 2003.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, "Basisset Prestatie-indicatoren 2003", Den Haag, 2003.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, "Kwaliteitsverbetering van medische apparatuur in ziekenhuizen: verbeteringen noodzakelijk", Den Haag: 2002.



## Colofon

### Deelnemers expertmeeting

Universiteit van Tilburg (voorzitter expertmeeting)	De heer prof. mr. J.M. Barendrecht
Beeradvocaten	De heer drs. J.H. Schumacher
Beeradvocaten	De heer mr. M. Zwagerman
Gerechtshof Arnhem	Mevrouw mr. R.A. Dozy
Kramer Bijkerk & Steenberghe advocaten	Mevrouw prof. mr. W.R. Kastelein
MediRisk	De heer mr. H.P. Henschen
Nederlandse Vereniging van GAV	De heer drs. H.N.G. Ooms
PI-advice	De heer mr. G.H.J. Hulsbergen
Ruijzendaal Boelens en Nolet Advocaten	De heer mr. P.H. Ruijzendaal
Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars	De heer mr. F.Th. Kremer
Stichting Unive Rechtshulp	De heer mr. T. Ostendorf
Van Dort Letselschade	De heer mr. R. van Dort
Verbond van Verzekeraars	Mevrouw mr. W.H. Quaadvlieg-Meijer
Werkgroep Artsen Advocaten	Mevrouw drs. C.M. Hömann-Felder
Werkgroep Artsen Advocaten	Mevrouw mr. J.J. Mos
Stichting De Ombudsman	Mevrouw E. Prins
Stichting De Ombudsman	Mevrouw mr. R. Righolt
Stichting De Ombudsman	De heer mr. R.G. de Haan
Stichting De Ombudsman	De heer J.M. van Daalen Buissant des Amorie bc

### Dit is een uitgave van Stichting De Ombudsman

Tekst:	Stichting De Ombudsman, mr. Rogier de Haan, mr. Rieke Righolt, Jeroen van Daalen Buissant des Amorie bc., Els Prins
Medisch advies:	drs. Alice Ester, MBA
Vormgeving:	Ben Gross
Druk:	Drukkerij De Toekomst

Hilversum, mei 2008

