

Raadsdag De Letselschade Raad  
13 november 2009 Bomencentrum Baarn

*Prof. mr. A.J. Akkermans*

# De weg naar het schaderegelen van de toekomst loopt via het concretiseren en uitdiepen van de GBL

Over het medisch beoordelingstraject  
en het gezamenlijk behandelplan

## **Het medisch beoordelingstraject bij letselschade**

Ik ben gevraagd wat te zeggen over verbeteringsproject met betrekking tot het medisch beoordelingstraject dat in opdracht van De Letselschade Raad wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Amsterdam. Dat gebeurt onder leiding van mijn collega Johan Legemaate en mijzelf, en met Annelies Wilken als projectleider. Het project is onderverdeeld in vier fasen van ieder een half jaar. Volgens plan zijn wij begonnen met het in kaart brengen en analyseren van de bestaande normering en het ontwikkelen van een doordachte visie op oplossingen. Dit heeft geresulteerd het conceptrapport *'Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen'*. Dit rapport is te vinden op de webpagina van het verbeteringsproject: <http://www.rechten.vu.nl/nl/onderzoek/iwmd/projecten/medisch-beoordelingstraject-bij-letselschade/index.asp> Zoals uit de titel van dit rapport blijkt, bevat dit rapport naast een inventarisatie van bestaande normering eveneens een analyse van knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. We hebben geconstateerd dat er veel onduidelijkheden bestaan, en hier een daar zelfs ronduit tegenstrijdige regelgeving en uitspraken, en dat er twee grote knelpunten zijn waarop veel problemen zijn terug te voeren: de onduidelijkheid over de uitwisseling en het beheer van medische informatie, en de nog steeds maar rudimentair ontwikkelde professionele standaard van de medisch adviseur.

Het conceptrapport is openbaar gemaakt ter consultatie van de personenschadesector en toegestuurd aan allerlei partijen. Op 25 en 27 mei 2009 hebben er expertmeetings plaatsgevonden waaraan 22 professionals uit de letselschadebranche hebben deelgenomen.. Tijdens deze expertmeetings is van gedachten gewisseld over de in het conceptrapport beschreven mogelijke initiatieven ter verbetering van het medisch beoordelingstraject en is de deelnemers de mogelijkheid geboden om commentaar te geven op de inhoud van het conceptrapport. Naast de tijdens de expertmeetings ontvangen inhoudelijke commentaren, hebben wij ook diverse spontane reacties met nuttig inhoudelijk commentaar uit de branche ontvangen.

Inmiddels bevinden we ons in de derde fase van het project. Uiteraard zal het conceptrapport zijn definitieve vorm krijgen: de bevindingen en uitkomsten van de expertmeetings moeten aan het conceptrapport worden toegevoegd en de ontvangen commentaren moeten hierin worden verwerkt. Maar de meeste aandacht gaat in dit stadium uit naar 4 concrete initiatieven:

### **Rapportageformat en vraagstelling**

Het initiatief waaraan prioriteit zal worden gegeven is de ontwikkeling van een rapportageformat en een format voor een vraagstelling aan medisch adviseurs. Reeds in de praktijk ontwikkelde modellen voor dergelijke documenten zijn verzameld en er is een discussienota opgesteld waarin een overzicht is opgenomen van de verzamelde documenten en de reeds in de tuchtrechtspraak ontwikkelde aanknopingspunten voor een rapportageformat en een vraagstelling. Op basis van deze discussienota is een expertgroep geformeerd waarin in beperkte kring zal worden gewerkt aan de vormgeving van een rapportageformat en een format voor een vraagstelling. De verwachting is dat de ontwikkeling van een rapportageformat en een format voor de vraagstelling aan de medisch adviseur de aanzet zal geven tot tal van verbeteringen in het medisch beoordelingstraject. Meer hierover in het conceptrapport. Mede door de toegenomen transparantie en controleerbaarheid die hiermee kan worden bewerkstelligd, zullen deze formats ook verdergaande initiatieven dichterbij kunnen brengen, zoals een pilot waarin door twee medisch adviseurs (op basis van de ontwikkelde vraagstelling en het rapportageformat) één gezamenlijk advies wordt uitgebracht en een pilot waarin door één medisch adviseur wordt gerapporteerd .

### **Regels voor omgang met medische informatie**

Een tweede initiatief betreft de ontwikkeling van een set afspraken en regels tussen slachtoffer, belangenbehartiger en verzekeraar rondom de omgang met en uitwisseling van medische informatie (waaronder de ontwikkeling van een ‘medische machtiging’). De vorm en inhoud van deze afspraken en regels zal echter sterk afhankelijk zijn van de definitieve inhoud van de nieuwe versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen die momenteel door het Verbond van Verzekeraars wordt ontwikkeld (de huidige versie van de Gedragscode is in februari 2008 verlopen). Het ontwerp voor de nieuwe versie van de Gedragscode ligt inmiddels ter inzage bij het College Bescherming Persoonsgegevens (CPB) [http://www.cbpweb.nl/documenten/med\\_20090810\\_ontw-gedragscode\\_fin.shtml?refer=true&theme=purple](http://www.cbpweb.nl/documenten/med_20090810_ontw-gedragscode_fin.shtml?refer=true&theme=purple) Bij het laatste stadium van de totstandkoming van dit ontwerp zijn wij nauw betrokken geweest. Op dit ontwerp zijn verschillende reacties binnengekomen en het is nog niet duidelijk of en zo ja, wanneer de nieuwe Gedragscode in werking zal treden. In ieder geval zullen de uitkomsten van de procedure bij het CBP moeten worden afgewacht voordat kan worden besloten wat het beste plan van aanpak is voor de ontwikkeling van regels en afspraken rondom de omgang met en uitwisseling van medische informatie.

### **Beroepscode medisch adviseurs**

Uit het conceptrapport komt duidelijk naar voren dat de beperkte ontwikkeling van de professionele standaard van medisch adviseurs in letselschadezaken – naast de uitwisseling van en omgang met medische informatie – één van de kernproblemen in het medisch

beoordelingstraject bij letselschade is. Het is goed hier op te merken dat er in dit kader positieve ontwikkelingen zijn ingezet.

Zowel door de GAV als door de WAA wordt momenteel aan de ontwikkeling van beroepscode gewerkt: de GAV is bezig met herziening van de Beroepscode GAV en de WAA ontwikkelt een nieuwe beroepscode voor haar arts-leden. De WAA heeft deze code enige tijd geleden ter beoordeling aan de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging van de VU voorgelegd en ongeveer tegelijkertijd heeft de GAV haar code voorgelegd aan de KNMG.

Aan beide organisaties is bericht dat het – in overeenstemming met de bevindingen in conceptrapport – niet goed denkbaar is dat er binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs twee (inhoudelijk) verschillende beroepscode zouden gaan gelden. Net zoals de KNMG de GAV heeft bericht, heeft de Projectgroep van de VU de WAA in een uitgebreide reactie op hun concept-beroepscode in overweging gegeven om te onderzoeken of de beroepsgroep van medisch adviseurs in zijn geheel wellicht tot één beroepscode zou kunnen komen. Inhoudelijk gezien is het ook niet nodig dat voor medisch adviseurs van slachtoffers een andere beroepscode zouden gaan gelden dan voor medisch adviseurs van verzekeraars: qua kernpunten van hun professionele standaard hebben medisch adviseurs van slachtoffers en medisch adviseurs van verzekeraars meer gemeen dan hen onderscheidt. Dit geldt met name voor hun gedeelde behoefte aan een versterking van hun autonome positie als arts ten opzichte van hun opdrachtgever. Indien daaraan behoefte bestaat zullen wij van harte een faciliterende rol spelen bij de totstandkoming van een gezamenlijke beroepscode.

### **Digitaal medisch dossier**

Uit de expertmeetings is naar voren gekomen dat veel winst wordt gezien in de ontwikkeling van een digitaal medisch dossier en digitale uitwisseling van medische informatie. Dit niet alleen met het oog op tijdswinst maar ook in verband met de mogelijkheid dat medische gegevens in beheer blijven bij (de medisch adviseur van) het slachtoffer, en slechts op ‘read only’ basis aan (de medisch adviseur van) de verzekeraar ter beschikking worden gesteld. Er zijn reeds een aantal commerciële organisaties die zich met de ontwikkeling van dergelijke digitale applicaties bezig houden. De inhoud en vormgeving van een digitaal medisch dossier hangt echter sterk samen met de ontwikkeling van regels en afspraken rondom de omgang met en uitwisseling van medische informatie. Pas als duidelijk is op welke wijze informatie moet worden uitgewisseld en welke regels gelden voor de omgang met medische informatie, zal inhoudelijk vorm kunnen worden gegeven aan een digitaal medisch dossier en daarbij behorende applicaties. Zoals hierboven beschreven is momenteel het wachten op de definitieve vorm van de nieuwe Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en de toelichting daarbij.

Ook op technisch niveau speelt dat er verschillende aanbieders zijn van digitale systemen die zich lenen voor een digitaal medisch dossier, zonder dat sprake is van één algemene marktstandaard waardoor elke applicatie met elke applicatie kan communiceren. Hoewel van een digitaal medisch dossier aanzienlijke verbeteringen kunnen worden verwacht, worden de mogelijkheden tot het initiëren van een pilot sterk beïnvloed door de ontwikkelingen op het bredere punt van de digitale systemen voor de afwikkeling van letselschades. Op 18 december 2009 zal een oriënterende bijeenkomst worden gehouden met de initiatiefnemers achter diverse initiatieven met digitale dossiers.

## **Toevoegen van een medische paragraaf aan de GBL**

Dit alles zal uiteindelijk uitmonden een aantal gedragsregels en goede praktijken voor het medisch traject bij letselschade. Deze gedragsregels zullen worden neergelegd in (een aanvulling op of bijlage bij) de Gedragscode Behandeling Letselschade en zullen ook worden voorzien van een toelichting.

## **Pleidooi voor het gemeenschappelijk behandelplan**

Tot slot zou ik in het kader van het thema van vandaag een lans willen breken voor het gemeenschappelijk behandelplan. Zoals bekend zijn de normen van de GBL nogal algemeen van aard. Ja, er staat in dat het slachtoffer centraal moet staan, en dat er constructief overleg moet worden gevoerd. Maar de kunst is natuurlijk om die idealen om te zetten in concrete gedragingen. Ik denk dat ik geen blijk geef van een overdreven pessimistische visie als ik constateer dat het daarvan in de praktijk nog te weinig is gekomen. Minder in elk geval, dan we hadden gehoopt. De praktijk blijkt in veel opzichten weerbarstiger dan de leer. Dat is op zichzelf geen schande, want dat komt wel vaker voor, maar het is wel reden om extra vastberaden door te pakken.

Ik denk dat het daarvoor nodig is om prioriteit te geven aan het beginsel dat de schadebehandeling wordt gepland en onderling afgestemd. Volgens mij gaat het hier om een kernpunt van de GBL. In de 'oude' praktijk – die waar we vanaf willen – is het mogelijk dat partijen ieder voor zich, zich opstellen als 'eigenaar' van hun eigen problemen. Afwikkelen is dan vooral het opgeruimd houden van het eigen bureau. Mede door grote werkdruk is het verleidelijk om in een dossier primair de correspondentie gaande te houden, zonder steeds voldoende prioriteit te geven aan het innemen van (voorlopige) standpunten en het aangaan van de discussie daarover, zodat de finish daadwerkelijk dichterbij wordt gebracht. Het is vooral de binnenkomende post die de agenda stuurt. Partijen kunnen het zich tot op zekere hoogte veroorloven om achterover te leunen, en het initiatief bij de ander te laten.

De kerngedachte van de GBL is echter dat partijen zich opstellen als gemeenschappelijke probleem-eigenaar met betrekking tot alle stappen die in het afwikkelingstraject moeten worden gezet. Niet achterover leunen, maar voorover, naar elkaar toe. Het instrument bij uitstek om deze andere houding vaste vorm te geven is het gemeenschappelijk behandelplan. Daarin worden de uit te zoeken vragen geïnventariseerd, de problemen gedefinieerd, wordt in kaart gebracht welke stappen moeten worden gezet om vooruit te komen, wie daartoe het initiatief neemt, wat partijen afspreken over termijnen, voorschotten, en wat al niet. Het is niet langer vooral de binnenkomende post die de agenda stuurt, maar de vooraf afgesproken – en eventueel gaandeweg bijgestelde – planning.

Als je dat alles dan ook nog eens digitaal maakt, en het slachtoffer door een wachtwoord via internet toegang geeft, dan creëer je bovendien een enorm krachtig instrument voor empowerment van het slachtoffer, dat telkens alles binnen handbereik heeft (eenvoudig inloggen) om op de hoogte te zijn van alle aspecten van de afwikkeling van zijn schade en grip te houden op zijn zaak.

Ik weet dat er op de werkvloer hier en daar veel aarzeling bestaat over het digitaal behandelplan, omdat het de eigen werkzaamheden veel transparanter en controleerbaar maakt.

Iedereen kan zien dat jij het bent die al twee weken doet over het reageren op een briefje, je kunt je niet meer achter de wederpartij verschuilen. Dat slachtoffer kon weleens lastig worden met de vraag waar de reactie blijft. Daar schrikt men op de werkvloer voor terug. Het is mijn overtuiging dat we op dit punt absoluut moeten doorpakken. Die weerstand is voor een deel koudwatervrees, zo wijzen bijvoorbeeld de ervaringen met dossier online uit, dat slachtoffer valt prima uit te leggen dat een doordachte reactie soms de nodige tijd vraagt. En voor zover er reële problemen ontstaan door digitale behandelplannen, moeten we daarvoor reële oplossingen ontwikkelen.

Als wij willen dat mensen die al jarenlang letselschadezaken afwickelen, dat werkelijk op een andere manier gaan doen dan voorheen, dan moeten we ze niet alleen teksten met idealen geven, maar ook concrete instrumenten om die idealen te implementeren. Het gemeenschappelijk behandelplan, bij voorkeur digitaal en toegankelijk voor het slachtoffer, is zo'n instrument bij uitstek. De aarzeling hierover is begrijpelijk, maar moet toch gewoon worden doorbroken. Het gaat hier volgens mij om de kern van de GBL. *Failure is not an option*: komt het niet van het gemeenschappelijk behandelplan dan betekent dat volgens mij uiteindelijk het falen van de GBL.