

4 ERVARINGEN VAN PATIËNTEN BIJ ONBEDOELDE GEVOLGEN VAN MEDISCH HANDELEN

*Arno Akkermans, Kiliaan van Wees & Lodewijk Smeehuijzen**

INLEIDING¹

De afgelopen jaren bestaat toenemende aandacht voor patiënten die in de gezondheidszorg onbedoeld schade oplopen. De impact van een medisch incident kan in emotioneel, financieel en praktisch opzicht groot zijn. Dat geldt met name als het gaat om ernstige gezondheidsschade of overlijden. Er zijn belangrijke aanwijzingen dat de opvang en bejegening van de patiënt of zijn nabestaanden en de mogelijkheid schadevergoeding te verkrijgen niet steeds op het vereiste niveau liggen. Zo schrijft de Commissie-Lemstra II in haar rapport uit 2010:

‘De commissie is tijdens haar onderzoek gestuit op verschillende problemen rond de behandeling van schadeclaims, die voortvloeien uit het vigerende systeem van de aansprakelijkheidsverzekering. Daarmee zijn deze problemen vermoedelijk niet uniek voor afhandeling van de zaak Jansen, maar gelden meer in het algemeen.’²

De Commissie wijst erop dat voor patiënten onduidelijk is wat zij van het ziekenhuis mogen verwachten, dat schadeafwikkeling een onoverzichtelijk, langdurig traject is, dat de beoordelaar van de claim belang heeft bij een lage schadelast, dat de behandeling door

* Arno Akkermans is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam, Kiliaan van Wees is universitair docent bij de afdeling privaatrecht van de Vrije Universiteit Amsterdam, Lodewijk Smeehuijzen is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De auteurs zijn allen verbonden aan het Amsterdam Centre for Comprehensive Law.

1 Dit artikel is gebaseerd op het onderzoek verricht door de auteurs in samenwerking met anderen, en dat is gepubliceerd in: J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach & L. Hulst, *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, Amsterdam: VU Amsterdam Center for Comprehensive Law 2013. Vrij beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/40290>.

2 Tweede Externe Onderzoekscommissie MST, *Heel de patiënt. Rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving* (rapport Commissie-Lemstra II), 2010, p. 57. De onderzoekscommissie is ingesteld naar aanleiding van het disfunctioneren van de neuroloog Jansen in het Medisch Spectrum Twente.

de verzekeraar als onaangenaam wordt ervaren, dat er onzekerheid is over de kosten en dat de patiënt bovendien een aanzienlijk financieel risico draagt. Eerder, in 2008, oordeelde Stichting de Ombudsman negatief over afhandeling van medische letselschadezaken. Problemen werden onder andere geconstateerd op het gebied van bewijslastverdeling, onvoldoende communicatie na een incident, onvolledige dossiers, belangenbehartigers die te weinig zicht geven op het verloop van de zaak, een lange strijd over aansprakelijkheid buiten het gezichtsveld van de patiënt en medisch adviseurs die niet objectief oordelen.

Voorts lijkt de veronderstelling gerechtvaardigd dat er, waar het de vergoeding van schade betreft aan patiënten die te maken krijgen met een medische fout, sprake is van ondercompensatie. Legemaate constateerde in 2011, door vergelijking van de NIVEL-cijfers over onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen met het aantal schadevergoedingen dat jaarlijks wordt uitgekeerd:

‘Het heeft er (...) alle schijn van dat het huidige systeem ertoe leidt dat een onbekend, maar naar mag worden aangenomen substantieel aantal patiënten, niet krijgt waar hij recht op heeft.’³

Op initiatief van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Slachtofferhulp Nederland (SHN), en gefinancierd door het Fonds Slachtofferhulp (FSH) heeft een multidisciplinaire onderzoeksgroep van het Amsterdam Centre for Comprehensive Law een onderzoek uitgevoerd getiteld ‘Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen’, dat was gericht op mogelijkheden om de opvang van patiënten en de afwikkeling van hun schade na een medisch incident te verbeteren.⁴ Omdat dit onderzoek een praktische doelstelling had, was het als eerste stap belangrijk een scherper beeld te krijgen van de bestaande praktijk. Daarom zijn 45 interviews gehouden met mensen die geconfronteerd zijn geweest met onbedoelde gevolgen van medisch handelen. Het doel van de interviews was een beeld te vormen van de feitelijke gang van zaken na het incident, hoe de patiënt dit heeft ervaren en wat er naar zijn oordeel beter had gekund. Deze interviews hebben samen met een uitgebreide literatuurstudie en een groot aantal gesprekken met nationale en buitenlandse (praktijk)deskundigen de basis gevormd voor gedachte- en hypothesevorming die in verschillende expertmeetings aan praktijkdes-

3 J. Legemaate, *Wikken en wegen. Gezondheidsrecht in beweging* (oratie UvA), Amsterdam: Vossiuspers UvA 2011, p. 15. Vrij beschikbaar op www.dare.uva.nl/document/345179.

4 Zie voor het onderzoeksrapport J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach & L. Hulst, *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, Amsterdam: VU Amsterdam Centre for Comprehensive Law 2013. Vrij beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/40290>. Een beknopte samenvatting is te vinden in: J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach & J.E. Hulst, ‘Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht’, *Nederlands Juristenblad* 2013, 32, p. 2180-2186. Vrij beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/48100>.

kundigen is voorgelegd. Op basis van deze onderzoeksstappen zijn uiteindelijk een aantal aanbevelingen geformuleerd, waarover later meer.

Het onderwerp van het symposium dat aanleiding is voor deze bundel, is ervaringen met het verhaal van schade. Er blijkt echter een duidelijke wisselwerking te bestaan tussen de ervaringen van de patiënten in het schadevergoedingstraject en de fase die daaraan vooraf gaat. Onderzoek suggereert dat wanneer de opvang en bejegening van een patiënt na een medische fout niet naar behoren verlopen, dit een soepele en in goede sfeer verlopende claimbeoordeling en schadeafwikkeling al eigenlijk bij voorbaat onmogelijk maakt. Ook kan de patiënt geneigd zijn om het aansprakelijkheidsrecht aan te wenden om doelen te bereiken ter verwezenlijking waarvan het niet gemaakt is. Met andere woorden: wat in de eerste fase in termen van opvang en bejegening na een medisch incident gebeurt, is mede bepalend voor de beslissing tot en de ervaringen met het verhaal van schade. Het is om die reden onvermijdelijk ook de aandacht te richten op de ervaringen met opvang en bejegening in de eerste fase na het medisch incident.

OPZET EN ANALYSE VAN DE INTERVIEWS

Zoals gezegd werden in het kader van het onderzoek 45 mensen geïnterviewd die geconfronteerd waren geweest met de gevolgen van medische incidenten. Het doel van de interviews was een beeld te vormen van de feitelijke gang van zaken na het incident, hoe de patiënt dit heeft ervaren en wat er naar zijn oordeel beter had gekund. Op basis van eerdere literatuur en interviews met diverse deskundigen en betrokkenen bij de afwikkeling van medische incidenten (psychologen, klachtenfunctionarissen, claimbehandelaars, enz.) is een vragenlijst ontwikkeld rondom een aantal relevante thema's. De interviews hadden een zogenaamd semigestructureerd karakter. Per thema waren een aantal kernvragen en verdiepvragen geformuleerd. Al naar gelang het verloop van het interview werd soms afgeweken van de volgorde van de vragen en werden bepaalde thema's nader uitgediept.

Het eerste inhoudelijke thema betrof een aantal feitelijkheden rondom het medische incident. Er werd onder andere gevraagd naar de aard van het incident, wanneer het incident had plaatsgevonden, wat de lichamelijke, geestelijke en financiële gevolgen waren en of men bepaalde stappen heeft ondernomen naar aanleiding van het incident (bijvoorbeeld het indienen van een klacht of claim).

Het tweede thema dat aan bod kwam, betrof de opvang en bejegening door het ziekenhuis. Hier werd dieper ingegaan op de gesprekken naar aanleiding van het incident met mensen van het ziekenhuis (de arts, andere zorgverleners, klachtenfunctionarissen of klachtenbemiddelaars). Gevraagd werd of er naar aanleiding van het incident (één of meer) gesprekken zijn geweest met de zorgverlener of andere personen van het ziekenhuis, wat in deze gesprekken aan de orde was gekomen, wie daarbij aanwezig waren en hoe men

deze gesprekken heeft ervaren. In dit verband werd ook specifiek gevraagd hoe men – indien betrokken – de rol van de klachtenfunctionaris heeft ervaren. Ook werd in kaart gebracht wat er in de ogen van de deelnemers beter had gekund in de communicatie met en de opvang door zorgverleners en zorginstellingen.

Het derde thema betrof de herstelmaatregelen en schadeafwikkeling. Daarbij werd dieper ingegaan op het verloop van de schadeafwikkeling, op de belastendheid van dit proces, de motivatie voor het indienen van een schadeafwikkeling, eventuele vermijdbaarheid hiervan bij een andere reactie van de artsen/ziekenhuis en de houding van het ziekenhuis/de verzekeraar/de advocaat van de verzekeraar in het kader van de afwikkeling van de schade tegenover betrokkene. Ook werd gevraagd of men verbeterpunten kon aandragen om dit proces van schadeafwikkeling minder belastend te maken.

Het vierde thema dat aan bod kwam, betrof de psychosociale opvang. Er werd in kaart gebracht of men naar aanleiding van het incident professionele hulp of ondersteuning heeft gehad, de frequentie hiervan, en, indien het niet aanwezig was geweest, of men er behoefte aan heeft gehad.

De werving van de 45 te interviewen patiënten verliep via verschillende kanalen, te weten (1) klachtenfunctionarissen,⁵ (2) het NIVEL Consumentenpanel,⁶ en (3) twee verzekeraars van medische aansprakelijkheid (MediRisk en Centramed).⁷ Ten slotte (4) zijn ook zeven patiënten geïnterviewd die zich op eigen initiatief bij de onderzoekers hadden

-
- 5 Klachtenfunctionarissen zijn personen, werkzaam in een zorginstelling, die een wisselende variëteit aan diensten verlenen aan patiënten, waaronder doorgaans ondersteuning bij het indienen van een klacht bij de klachtencommissie (ingesteld op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ), de zogenoemde 'formele procedure') alsmede het zelf trachten af te handelen van klachten (de zogenoemde 'informele procedure'). Omdat het functioneren van een 'derde' bij de opvang en bejegening van patiënten bijzondere aandacht had, moest zeker zijn dat met een substantieel aantal mensen gesproken zou worden bij wier opvang een klachtenfunctionaris betrokken is geweest. Door via de klachtenfunctionarissen te werven, werd deze groep bereikt. Dit heeft tot elf afgenomen interviews geleid.
 - 6 Om een 'open blik' te behouden en niet alleen te werven via kanalen die direct uit de onderzoeksagenda voortvloeiden, zijn ook patiënten benaderd via het NIVEL Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dat is een groep patiënten van wie op voorhand geen bijzondere eigenschappen bekend waren. Dit panel bestaat uit circa zesduizend personen van achttien jaar en ouder. Via een korte vragenlijst werd aan deze personen gevraagd of zij of iemand in hun gezin te maken hadden gekregen met (serieuze) onbedoelde gevolgen van medisch handelen en of zij bereid waren tot een interview in het kader van dit onderzoek. Vervolgens zijn (een aantal van) deze mensen door een onderzoeker benaderd om een afspraak te maken. Deze wervingsmethode heeft tot twaalf afgenomen interviews geleid.
 - 7 In het kader van dit onderzoek was het zaak te spreken met een substantiële groep mensen die een schadeclaim hebben ingediend. Immers, het onderhavige onderzoek had ook tot doel aanbevelingen ten aanzien van schadeafwikkeling te doen. Lang niet alle patiënten diene echter een schadeclaim in. Via de verzekeraars konden patiënten worden gevonden die per definitie een schadeclaim hebben ingediend. Dit heeft tot vijftien afgenomen interviews geleid.

gemeld.⁸ Uitsluitend geïnterviewd zijn patiënten⁹ bij wie (naar het oordeel van de geïnterviewde) sprake was van lichamelijke schade na een medische behandeling in de vorm van een verlengd verblijf in het ziekenhuis, één of meer herstelbehandeling(en) en operaties en/of tijdelijke of blijvende lichamelijke gevolgen (bijvoorbeeld lichamelijke beperkingen, littekens).

Tabel 1 geeft een overzicht van belangrijke kenmerken van de deelnemers. De gemiddelde leeftijd van deelnemers ten tijde van deelname aan het onderzoek was 56,8 jaar (SD=12,0). Van de deelnemers was 42,2% vrouw en 57,8% man. Voorts was 61,7% gehuwd, 14,9% alleenstaand, 8,5% woonde samen met partner, 2,1% was gescheiden en 2,1% weduwe. In de tabel is ook de financiële status van de deelnemers terug te vinden.¹⁰ Te zien is dat de grootste groep deelnemers een lager middeninkomen heeft (N=10).

Tabel 5 Overzicht van algemene kenmerken van de deelnemers (N=45)

<i>Geslacht</i>	N	
Man	19	(42,2%)
Vrouw	26	(57,8%)
<i>Nationaliteit</i>		
Nederlands	45	(100,0%)
<i>Leeftijd</i>		
M (SD)	56,8	(12,0%)
<i>Burgerlijke staat</i>		
Gehuwd	29	(61,7%)
Samenwonend	4	(8,5%)
Alleenstaand	7	(14,9%)
Gescheiden	1	(2,1%)
Weduwe	1	(2,1%)
<i>Netto jaarinkomen (euro)</i>		
< 12.000	4	(10,3%)
12.000-24.000	7	(17,9%)

8 Tien mensen hebben zich uit eigener beweging tot de onderzoekers gewend met het aanbod zich te laten interviewen (bijvoorbeeld omdat zij via de media van het onderhavige onderzoek hadden vernomen). Bij zeven van deze 'zelfmelders' is ook inderdaad een interview afgenomen.

9 In de meeste gevallen vonden de interviews plaats met de getroffen patiënten zelf, al dan niet in aanwezigheid van hun partner. Het is eenmaal voorgekomen dat de ouders zijn geïnterviewd aangezien de gebeurtenis betrekking had op een minderjarige kind. In enkele gevallen zijn nabestaanden geïnterviewd over de medische behandeling van hun naasten (N= 5).

10 Gevraagd is naar het nettojaarinkomen van het hele huishouden (eigen inkomen plus eventueel inkomen van partner).

<i>Netto jaarinkomen (euro)</i>		
24.001-36.000	10	(25,6%)
36.001-48.000	7	(17,9%)
48.001-60.000	5	(12,8%)
> 60.000	6	(15,4%)

Met betrekking tot de spreiding in de tijd van de medische incidenten¹¹ kan gezegd worden dat bij het overgrote gedeelte, 31 van de geïnterviewde patiënten, het medische incident na 2008 plaatsvond. Bij elf geïnterviewde patiënten heeft het incident tussen 2000–2007 plaatsgevonden. Een enkele patiënt rapporteert een medisch incident dat voor 2000 heeft plaatsgevonden.

De interviews werden opgenomen en woordelijk uitgetikt. Interviews werden ‘within case’ en vervolgens ‘across case’ geanalyseerd. Dat wil zeggen dat uitspraken eerst per deelnemer in de context van het interview werden geïnterpreteerd om vervolgens de uitspraken van verschillende deelnemers met elkaar te vergelijken.¹² Ieder relevant tekstfragment kreeg een code toegekend die betekenisvol was voor de inhoud van dat fragment. De codes werden gebaseerd op de interviewvragen uit het interviewschema. Het coderen van de 45 interviews werd door twee onderzoekers parallel uitgevoerd. Tijdens het proces van het lezen en coderen van de transcripten werd bezien of de toegekende labels overeenkwamen en of aanpassing of verfijning wenselijk was. Dit heeft tot enkele wijzigingen in de codering geleid.¹³

OPVANG EN BEJEGENING DOOR ARTS EN ZIEKENHUIS

De deelnemers aan de interviews is gevraagd hoe zij de communicatie met de zorgverlener of andere personen van het ziekenhuis hebben ervaren. Er werd gevraagd of er naar hun gevoel voldoende naar hen was geluisterd, of er correct met hen was omgegaan en of zij voldoende uitleg hebben gekregen over het incident, de oorzaak en de mogelijke gevolgen.

11 Hierbij wordt uitgegaan van het medische ‘hoofdincident’ in het geval er meerdere medische incidenten hebben plaatsgevonden.

12 Zie L. Ayres, K. Kavanaugh & K.A. Knafl, ‘Within-case and across-case approaches to qualitative data analysis’, *Qualitative Health Research* 2003, 13, p. 871-883.

13 Hiernaast is een zogenoemde ‘monstertabel’ opgesteld waarin de belangrijkste kenmerken uit de 45 patiënteninterviews zijn opgenomen, zoals het type incident, hoe/wanneer de (vermeende) fout aan het licht is gekomen, de lichamelijke en geestelijke gevolgen, de communicatie met de zorgverlener en het ziekenhuis, de betrokkenheid en waardering van de klachtenfunctionaris, (motieven voor) door de patiënt ondernomen stappen, en de eventuele schadeafwikkelingsprocedure. Het doel was om meer inzicht te verkrijgen in de groep deelnemers en de mogelijke verschillen of verbanden tussen groepen.

Het beeld dat uit de interviews oprijst, is zeer wisselend. Opvallend is dat wanneer het initiatief voor een gesprek vanuit de arts of de klachtenfunctionaris zelf kwam, dit positieve reacties opleverde. Ook het open en eerlijk bespreken van het incident komt naar voren als positief punt.

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie):

‘Ja, ik weet nog goed toen ik bijkwam, dat ze zeiden ja, er is gewoon echt een fout gemaakt, dit had niet hoeven. Dus ja, dan baal je wel ontzettend. (...) De volgende dag of twee dagen later, stond er gelijk iemand van de klachtenprocedure aan mijn bed, met uitleg en dat soort dingen. Dus daar heb ik ook een gesprek mee gehad. (...) Ik lag nog in het ziekenhuis, dus ik ben met bed en al naar zijn kantoor gereden en dat was wel. Ja, [arts] heeft gewoon uitgelegd wat er in die operatie is gebeurd en dat soort dingen. Ook dat hij volledig wilde meewerken aan een schadevergoeding en dat soort dingen, dus dat vond ik wel heel fijn.’

Een open en eerlijke houding, serieus genomen worden, meelevendheid en proactiviteit zijn belangrijke steekwoorden. Interview 16 (operatiefout aan hart):

‘Ja, menselijk. Zij toonde ook emotie. Zo van nou, je kon echt zien aan haar dat ze het echt heel erg vervelend vond. Bij mij werkt dat dan wel.’

Interview 19 (door gemiste diagnose twee jaar pijn en darmklachten gehad):

‘Ja, maar het meest prettige vond ik, dat ze eerlijk waren om daar gewoon zelf mee te komen en niet te wachten.’

Een groot aantal deelnemers is echter van mening dat de opvang na het incident op dit terrein tekortschoot. Vaak is het contact met de zorgverlener niet erg bevredigend. Veel deelnemers vinden dat onvoldoende openheid wordt betracht, dat er onvoldoende is geluisterd, dat er onvoldoende wordt uitgelegd hoe een en ander heeft kunnen gebeuren, dat onvoldoende wordt toegegeven dat er iets is fout gegaan en dat er onvoldoende naar een oplossing wordt gezocht.

Men begrijpt dat er fouten gemaakt kunnen worden, maar dat de arts daar vervolgens niet eerlijk en open over is, kan men niet accepteren. Interview 25 (tijdens het verwijderen van een orgaan is de alvleesklier geraakt waarbij schadelijke sappen in buikwand terecht zijn gekomen):

‘En dan denk ik bij mijn eigen, wees daar dan eens gewoon eerlijk in. Het is toch geschied, ik bedoel, daar kunnen we niks meer aan herstellen. Maar voor je eigen gemoedsrust, je eigen gevoel, de frustratie die je op hebt gelopen. Neem het dan weg. En dat is niet zo dat we daar geld voor moeten hebben of dat we daar nou, maar gewoon de eerlijkheid van zo’n arts. En daar gaat het ons eigenlijk om.’

Opvallend in dit verband was dat een substantiële groep deelnemers rapporteerde dat de houding van de arts en/of het ziekenhuis wijzigde als duidelijk werd dat er mogelijk een claim zou volgen (of juist duidelijk werd dat een claim achterwege zou blijven). Interview 4 (operatiefout aan oog met blindheid als gevolg):

‘Ik was enorm in mijn sas toen die dokter zei van, nou ja, daar hebben wij dus een fout gemaakt. Ja, toen ze zeiden van, ik weet van niets, toen knapte er bij mij iets en toen heb ik anderhalf jaar echt als een wilde gelopen en mijn gezin uitgescholden en dag en nacht (...) toen ik later kwam praten en toen ik er een letselschadeadvocaat op afstuurde, kon hij zich die uitspraken niet meer herinneren. Dat stond ook niet in het dossier. Dan is het afgelopen. Toen heb ik echt een flinke klap gekregen, psychisch en verder geldt dat interesseert me niet, tenminste.’

Interview 6 (dwarslaesie door bloeding bij katheter in de rug):

‘Ja, toen gaven ze alles ruitertlijk toe. Ze zaten een beetje te polsen van, wat willen jullie nu. Precies. Eerst had je het gevoel dat ze een beetje benauwd voor ons waren. Dat waren ze ook. Later werd het wat ontspanner. (...) Ik denk dat ze allang blij waren dat wij zeiden van, we gaan hier niet verder mee. Toen we dat eigenlijk gezegd hadden, werden ze ook veel opener op dat moment.’

Deelnemers klaagden ook over het feit dat er onvoldoende naar ze geluisterd werd en/of dat ze niet serieus genomen werden. Interview 16 (operatiefout aan hart):

‘Maar ik werd eigenlijk steeds zo bekeken als één grote aansteller. Van joh, wat doe je hier, je houdt een bed bezet. Ik denk ja, doe even normaal, door jullie lig ik hier.’

Ook klaagden ze over de wijze van bejegening waarbij veelal het woord ‘arrogant’ in de mond werd genomen. Interview 26 (tijdens operatie aan de baarmoeder is arts door de baarmoederwand en endeldarm geschoten):

“Ik ben God, ik doe niets verkeerd”. Ja. Dat klopt gewoon niet.’

Ook misten sommige deelnemers dat er een meer tastbaar gebaar werd gemaakt, bijvoorbeeld in de vorm van een bos bloemen. Interview 40 (onnodige operatie waarbij een verkeerde volgorde bij anesthesiemedicatie is toegepast):

‘Als je het zo bekijkt vanuit hun kant, hebben ze al heel veel gedaan. Alleen het is niet wat ik als patiënt verwacht. Als ze misschien alleen maar binnen waren gekomen met een bos bloemen en gezegd hadden goh mevrouw, wat vreselijk, het spijt ons verschrikkelijk, kijk eens, alstublieft en ze hadden geen gesprek gevoerd van een half uur, dan was ik misschien wel meer tevreden geweest. Dat is natuurlijk ook van, maar iedereen zit ook anders in elkaar. Je kunt natuurlijk ook niet aanvoelen wat een patiënt verwacht. Ik heb toen wel die twee dagen naar de deur, bij wijze van spreken, liggen kijken van, wanneer komen die bloemen.’

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was):

‘Ik bedoel, er is ook geen één die zeggen, redden jullie het of kan ik een keer honderd euro geven of dit of dat? Er is er geen eentje die vraagt van, kunnen jullie het rondbreien? We redden onze kont, maar we hebben het niet breed.’

HET BELANG VAN OPENHEID EN EXCUSES

Uit de interviews sprak soms heel duidelijk de behoefte aan een proces van openheid, waarin de patiënt zich serieus genomen voelt en waarin medeleven wordt getoond, waarbij fouten worden toegegeven en zo nodig excuses worden gemaakt en waarbij wordt getracht de gevolgen voor de patiënt zo veel als mogelijk ongedaan te maken. Interview 31 (operatiefout tijdens heupoperatie):

‘Een excuus weegt heel veel zwaarder dan de centen die ze gegeven hebben. Een excuses. Dat je zegt van nou, mevrouw, ik heb u heel wat aangedaan, want ik heb veel fouten gemaakt. Want het zijn veel fouten.’

Interview 33 (complicatie na heupoperatie met zenuwbeschadiging tot gevolg):

‘Wat ik zou willen en dan haal je misschien weer een heleboel overhoop, maar eens gezamenlijk een bijeenkomst en daarover te kunnen praten.’

Interview 36 (gemiste diagnose breuk, twee hersteloperaties):

‘Ja. Dat vond ik inderdaad wel een gemiste kans, want ze hebben nu wel de aansprakelijkheid erkend, maar ik had wel iets van nou ja goed, dat is één. Maar dat krijg je dan via de verzekeraar van het ziekenhuis komt dat dan weer via mijn rechtsbijstandsverzekering bij mij. Dan denk ik van ja, daar kun je toch ook meer mee doen.’

Interview 37 (gemiste diagnose en experimentele herstelbehandeling met ongewenst resultaat):

‘Ja, en gewoon kijken van jongens, hoe kunnen we dit samen oplossen. Als zij het niet op kunnen lossen, wie kan het dan wel oplossen?’

‘OPEN DISCLOSURE’¹⁴ IS EEN PROCES

Uit de interviews spreekt ook duidelijk dat een adequate opvang van patiënten geen kwestie is van een incidenteel goed gesprek, maar noodzakelijk het karakter heeft van een voortdurend proces. Meerdere deelnemers geven aan kort na het incident emotioneel nog niet klaar te zijn voor andere zaken dan het omgaan met en verwerken van de directe gevolgen van het incident. Dit geldt in het bijzonder voor het eventueel nemen van stappen zoals het indienen van een klacht of claim. Ook kwam het voor dat mensen in eerste instantie tevreden waren over de wijze waarop de arts en het ziekenhuis op het incident hadden gereageerd (in termen van openheid, geven van inlichtingen, enz.), maar na verloop van tijd bijvoorbeeld de behoefte voelden opkomen aan een (nader) gesprek met de arts, aan psychosociale opvang of aan het ondernemen van bepaalde stappen zoals het indienen van een claim.¹⁵ Interview 5 (gemiste diagnose gecompliceerde breuk in arm, meerdere hersteloperaties nodig):

‘Ja, want dat is heel vlug geweest dat ze, hè, nog aanbood om met de behandelende artsen die hij toen had te spreken, maar dat hebben we toen afgewezen omdat de emoties toen nog veel te hoog waren.’

14 ‘Open Disclosure’ is in de internationale literatuur de gangbare term voor het proces van openheid bij onbedoelde uitkomsten van medisch handelen (‘adverse events’).

15 Voorts zochten deelnemers mogelijkheden tot verbetering in de opleiding van artsen, een proactieve opstelling van de klachtenfunctionaris, een betere verslaglegging van gesprekken en het bieden van een vast aanspreekpunt ter ondersteuning van de patiënt.

Interview 16 (operatiefout aan hart):

‘Ja, misschien is één gesprek niet genoeg. Dat je dan toch even, zeker als het redelijk qua tijd er dicht bovenop zit, dan zit je er ook nog middenin.’

Interview 40 (onnodige operatie waarbij door een fout van de anesthesist de patiënt dacht te stikken):

‘Misschien is het gewoon goed om het de tijd te geven, dat je pas na zes weken erop terugkomt met iemand die dus de klacht of de fout. Maar dan moet je ook niet wachten op de patiënt. Dan moet je dus zeggen, jongens er is een fout gemaakt, we hebben een tussenpersoon, we melden de fout en de tussenpersoon gaat in gesprek na één, twee, drie, vier maanden met diegene van, wilt u hier iets mee. Kunnen wij hier iets mee? (...) Doe dat desnoods een jaar lang. Elke drie maanden, hoe is het nu met u? Hebt u er nog last van? Of stuur een briefje, maar laat even weten van, want bij mij kwam het pas na een jaar dat ik er iets mee wilde. Ik heb het een jaar lang de tijd gegeven om er overheen te komen, om er geen last van te hebben. Dan merk je dat een jaar, dan heb je toch zo’n soort verjaardag van het gebeuren en als het dan niet meer opspeelt, dan kun je ook zeggen nou joh, het is een jaar geleden, het is klaar. Dan kun je misschien iets afsluiten. Maar daar tussendoor denk ik dat zo’n functionaris heel goed kan aanvoelen bij een gedupeerde, wat is er nodig, hoe speelt het nog. Schakel een psycholoog in met iemand. Geef ze een gesprek met.’

MOTIEVEN VOOR HET INDIENEN VAN EEN SCHADEVERGOEDINGSCLAIM

Waar het de afwikkeling van schade betreft, deden zich verschillende situaties voor. In enkele gevallen werd door het ziekenhuis (min of meer) uit eigen beweging een bedrag ter vergoeding van schade aangeboden. Het betrof patiënten waarbij een ondeugdelijke heupprothese was geplaatst (N=3). Een andere deelnemer was vanuit het ziekenhuis de mogelijkheid geboden gebruik te maken van een speciaal (door het ziekenhuis opgericht) fonds dat voorzag in een financiële tegemoetkoming voor juridische bijstand.

In de overige gevallen ging het initiatief uit van de patiënt in de vorm van het besluit een claim in te dienen tegen het ziekenhuis. Deze claims hadden zowel betrekking op materiële als op immateriële schade. De fase waarin zich de schadeafwikkelingsprocedure bevond, liep sterk uiteen. Met name voor deelnemers die meer recent een claim hadden ingediend gold dat men veelal (nog) geen indicatie kon geven van het te vorderen bedrag (N=13). Voor zover men wel in staat bleek bedragen te noemen liepen deze uiteen van

€ 2.500 tot € 314.000. In veruit de meeste gevallen werd de claimbehandeling overgenomen door de verzekeraar van het ziekenhuis. In een drietal gevallen is het tot een procedure voor de civiele rechter gekomen.

Gevraagd naar de motieven voor het instellen van een claim bleek lang niet altijd compensatie voor geleden schade voorop te staan.

Voor een aantal personen gold dat er min of meer een financiële noodzaak bestond om een claim in te stellen, bijvoorbeeld omdat ze niet langer in staat waren een inkomen te verwerven.

Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie):

‘Ons eigen inkomen staat stil. Dat staat helemaal stop. Wij kunnen niets meer genereren. Nee.’

Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels):

‘Het gaat er mij wel om dat ik hier wil blijven wonen en dat ik vind dat hun daar medeschuldig aan zijn.’

Ook wenste men niet zelf financieel te boeten voor de gevolgen van een fout waarvoor een ander verantwoordelijk is.

Interview 24 (nabestaande van overledene na gemiste diagnose van kanker):

‘Er is geen enkel moment echt rancune geweest, van [naam overledene] helemaal niet. Kijk, maar dat is ook weer mijn zakelijke redenering, het ziekenhuis heeft iets fout gedaan, dat hebben ze erkend, oké. Er zijn mogelijkheden om daar iets tegenover te stellen, het ziekenhuis is ervoor verzekerd. Oké, dan moet het ook aangesproken worden. Dat was dan mijn zakelijke benadering.’

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie):

‘Ja, inderdaad, toch ook qua studie en wat voor kosten het allemaal met zich mee heeft gebracht, dat wil ik toch wel een beetje vergoed zien. Dat maakt het niet goed, maar het is misschien wel een beetje verzachtend of zo.’

Maar bij verschillende deelnemers stonden andere motieven dan compensatie voorop, zoals erkenning (van de fout), het voorkomen dat het een ander overkomt en het ter verantwoording roepen van de arts.

Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg):

‘Ja, het was meer mijn gekrenkte eigenwaarde. Van, ik heb verdomme gelijk, hij heeft iets fout gedaan en ik vind dat hij fout heeft gedaan, er is mij onrecht aangedaan. Dat was mijn inzet en dat wilde ik recht gezet krijgen en dat erkend krijgen.’

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was):

‘Gewoon dat ze de fout toegeven. Dat hij zijn fout toegeeft, dat hij nalatig is geweest. Dat is het enige, dat is het enige. Dat hij anders had moeten handelen in die zes weken.’

Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels):

‘Ja, wat is mijn motivatie om dit te doen? Als wij te hard rijden over de weg of als wij iets verkeerd doen, dan kunnen we ook gelijk schuld bekennen en dan worden we er ook op aangesproken. En het lijkt wel of hun oppermachtig zijn. Oké, ik weet, het zijn ook gewoon mensen en die doen ook hun best, maar die mogen ook weleens op de vingers getikt worden, toch?’

Interview 37 (gemiste diagnose en experimentele herstelbehandeling met ongewenst resultaat):

‘Ik had zoiets van ja, je kunt het wel laten zitten, omdat het zo lang duurt, maar ik vind gewoon, ze moeten aangepakt worden. En zeker artsen die hun patiënten niet voldoende informeren en dan in het ongeluk storten en dan ook nog denken dat ze hiermee weggkomen.’

De deelnemers werd ook gevraagd of ze door een andere reactie van de arts of andere mensen binnen het ziekenhuis, van het instellen van een claim zouden hebben afgezien. Een aanzienlijk deel van de respondenten gaf aan dat dit het geval is. Interview 9 (verkeerde diagnose met als gevolg verwijdering van gezond orgaan):

‘Gewoon een nette brief met excuses dat het zo gelopen is enzovoort.’

Interview 11 (gemiste diagnose heupfractuur na verkeersongeluk):

‘Excuses en mevrouw, heeft u onkosten gehad. Ja, dan waren ze er met een paar honderd euro vanaf geweest. Nu heb ik, ik heb er zoveel weet van gehad, van de onmacht en van niet goed, het gevoel dat er niet naar mij geluisterd werd, dat ik nu ook schadevergoeding heb gevraagd voor emotionele schade. Dat had allemaal naar mijn idee, daar was ik in eerste instantie niet op uit. Maar door de niet echt medewerking, laat ik het zo zeggen.’

Interview 12 (gemiste diagnose van een heupfractuur):

‘Na dat gesprek met [arts] is eigenlijk pas die claim, die beslissing genomen om een claim in te dienen.’

Interview 31 (operatiefout tijdens heupoperatie):

‘Als hij was gekomen en zei, ik heb een fout gemaakt en ja, ik kan het verder niet goedmaken, maar u wordt verder goed behandeld enzovoorts, enzovoorts. Maar nogmaals, er is helemaal geen menselijkheid voor de dag gekomen. Zijn hoofdzaak was er alsjeblieft geen strafzaak van maken. Want anders ben ik mijn baan kwijt. Daar ging het bij hem hoofdzakelijk over en niet over de patiënt.’

HET SCHADEAFWIKKELINGSPROCES

De deelnemers werd ook gevraagd of en in welke mate zij het proces van schadeafwikkeling belastend vonden en hoe zij het gedrag van de verzekeraar van het ziekenhuis hebben ervaren. De schadeafwikkelingsprocedure werd door de meeste deelnemers als (zeer) belastend ervaren. Sommige deelnemers stellen dat dit ook invloed heeft op hun gezondheid. Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was):

‘Ach, daar word je ziek van. Bij alle narigheid die je al hebt, daar word je echt ziek van, ja.’

Deelnemers ervaren het proces als emotioneel belastend, mede als gevolg van het feit dat het ze steeds opnieuw confronteert met het gebeurde. Interview 23 (geopereerd aan heupdysplasie, achteraf bleek dat patiënt dit niet had):

‘Ja, en zo’n claim is ook zwaar hoor. Mijn god, mijn god. Dan komt er weer zo’n rapport binnen, ik heb er net ook weer een binnengekregen. Dat ligt daar nog. Ik heb zoiets van, oh nee, nog niet. Even niet lezen (...) Iedere keer komt er zo’n rapport binnen en dan moet je dat lezen en dan komt heel die toestand weer terug.’

Ook de administratieve last die ermee gepaard gaat, werd als belastend ervaren. Interview 43 (technische fout tijdens oogoperatie, blind aan één oog):

‘Ja. Wat ik zei, ondanks dat de advocaat veel doet, komt er weer een brief van die advocaat. Nou, dan moet ik hem openmaken, daar heb ik al moeite mee. Dan: “Ja, het spijt me, maar wilt u dit en dit en dit nog op een rij zetten. Kunt u nog facturen vinden van dit en kunt aantonen dat...”’

Het meest genoemd werd echter de traagheid van het afwikkelingsproces. Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was):

‘Of het met de postduif moet. Echt, ik vind het schandalig, ik vind het echt schandalig. Dat het zo moet, dat het zo gaat. Het kan wel anders, maar het gaat zo. Het kan makkelijk een beetje tempo achter gezet worden. Het moet allemaal maanden duren. Het is dik anderhalf jaar geleden en wat zijn we opgeschoten? Nog helemaal niks. Maar ze denken zeker van, ze geven het wel op.’

Interview 9 (verkeerde diagnose met als gevolg verwijdering van gezond orgaan):

‘Maar het is echt heel erg geweest, ook want je hebt de repliek en weer repliek en dan mag je nog een keer. En het is ook niet, want ik heb echt heel veel geschreven en ik ben ook op punten van de advocaat ingegaan enzovoort. Maar ja, het heeft gewoon weinig zin en heel veel, er haken zoveel mensen af daarom. Ook omdat het vaak, kijk, ik was niet lichamelijk ziek. Want heel veel patiënten die te ziek zijn of zo, die kunnen dat niet eens.’

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie):

‘Ik heb afgelopen oktober een gesprek gehad met de verzekeraar van het ziekenhuis, dus die [verzekeraar] en met mijn advocaat en mijn vader erbij. Toen heb ik mijn hele verhaal moeten doen. Daar zouden ze een verslag van gaan maken en mijn advocaat zei, dat duurt één, twee maanden. Maar goed, we zijn nu

februari en ik heb nog steeds niets gehoord. Dus ik heb wel zoiets van nou, daar gaan we weer, maar.’

Ook ervaren de deelnemers de verweren van de verzekeraars als niet reëel en verwijten ze de verzekeraar op alle slakken zout te leggen. Interview 12 (gemiste diagnose van een heupfractuur):

‘Nu komt de verzekering met een irrealistisch tegenbod door te zeggen dat ik een hobby heb, want ik heb een zeilboot, dat vraagt nogal een beetje onderhoud één keer per jaar. Eigenlijk het hele jaar door en die hobby die zou eigenlijk niet gepast zijn gezien mijn beperking nu.’

Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels):

‘Maar nou gooien ze het op de suiker. Omdat ik lang diabeet ben. Ze doen nou net alsof alle diabeten die al langer diabeet zijn, allemaal een amputatie krijgen.’

Interview 22 (gemiste diagnose waardoor amputatie van lichaamsdeel noodzakelijk was):

‘Terwijl hun het er nou eigenlijk beetje mee afdoen van ja, het had er toch van gekomen. Zo doen ze dan net. Het had er toch van gekomen. En dat doet mij dan het meeste zeer, eigenlijk.’

Deelnemers ervaren dit bovendien als een bewuste tactiek. Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg):

‘Traineren, Traineren, Traineren. Ik denk dat ze weten dat wij dit particulier bekostigen en ze willen je gewoon, ja zo voelt dat, ze willen je gewoon kapot maken. Ze willen gewoon dat je op een gegeven moment opgeeft.’

Interview 21 (gemiste diagnose van beschadigde rugwervels):

‘Alleen wat zo stom is, toen in het begin zat ik er echt bovenop en nu ben ik al zo van. Gek, hè? Dan las ik echt alles en zat ik er echt diep in. Nu weet ik amper nog waar het zit. Dus dat is ook wel een hele slimme tactiek van hun, om er zolang over te doen. Heeft u het gevoel dat het bijna bewust gedaan wordt? Ja, natuurlijk.’

Interview 23 (geopereerd aan heupdysplasie, achteraf bleek dat patiënt dit niet had):

‘Ik heb een hele mooie brief van de directeur van de [ziekenhuis], waar hij zijn oprechte excuses aanbiedt en ook zegt van nou, we zullen zorgen dat in ieder geval financieel we de zaak voor u goed afhandelen. Maar ja, dan komen die gehuide advocaten om de hoek kijken. Dan wordt het wel een ander verhaal, hè.’

Interview 43 (technische fout tijdens oogoperatie, blind aan één oog):

‘Dat is een onderdeel van een proces, wat die verzekeraar ook gewoon weet, want ik ben niet anders dan anderen. Dus als het maar lang genoeg duurt, dan zeggen ze op den duur wel van, maakt me niet uit wat ik krijg, als ik het maar achter me heb. Dan accepteer je misschien iets wat te laag is.’

SUGGESTIES VAN PATIËNTEN VOOR VERBETERING

De deelnemers werd in de interviews expliciet gevraagd naar wat zij dachten dat er veranderd zou kunnen worden om de schadeafwikkelingsprocedure minder belastend te maken. Daarnaast kunnen uit de interviews aanvullende verbeterpunten worden gedestilleerd. Genoemd kunnen worden: meer verantwoordelijkheid voor en een proactieve benadering door het ziekenhuis inzake schadeafwikkeling, een omkering van de bewijslast en een verkorting van de looptijd van de procedure. Interview 1 (onbehandelde complicatie met verlamd lichaamsdeel tot gevolg):

‘Ik zou zeggen van, dat ze veel dicht bij de kern moeten blijven. Dat ze niet zo moeten uitzwaaien naar weet ik veel wat. Gewoon dicht bij die kern blijven. Wat is er aan de hand en wat is de klacht in feite? Maar niet dat er van alles bijgehaald wordt. Want dat alles erbij halen, dat kost ook weer 3, 4 jaar. En zoiets kan volgens mij als je bij de kern blijft, dus echt heel dicht bij de kern blijft, dan moet het binnen twee of drie jaar klaar kunnen zijn. Dan heb je ook die emotionele belasting van die volgende zeven, acht jaar, die loopt dan niet zo hoog op, denk ik.’

Interview 15 (zenuwbeschadiging tijdens operatie):

‘Zeggen van jongens, wat is de schade, wees even reëel en zeggen van nou, dat is het verlies van verdienvermogen en die zelfwerkzaamheid en het pensioen.’

Want het pensioen daar gaat het nog over, ik kan nu niet meer aan mijn pensioen wat doen. Hoe loopt dat allemaal? Dus als je daar wat eerder in bent, dan kun je dat allemaal veel sneller afhandelen, volgens mij. Maar ja, dat is vanuit mijn optiek. Plus dat je dan ook minder psychische schade oploopt, want nu duurt het en het duurt en het duurt. En brieven schrijven, brieven schrijven over en weer. Die advocaat die vaart er ook wel bij natuurlijk.’

Interview 24 (nabestaande van overledene na gemiste diagnose van kanker):

‘Maar goed, het ziekenhuis heeft deze mensen in dienst, het ziekenhuis zegt, ik ben hiervoor verzekerd. Dus op het moment dat geclaimd wordt, dan kan ik wat. Maar dan denk ik ja, op het moment dat er geclaimd wordt. Hoeveel mensen claimen er? En bij welke zaken blijven jullie achterover leunend heerlijk weg? Nou ja, daarvoor zeg ik, het is de omgekeerde wereld, het zou andersom moeten zijn (...). Het ziekenhuis is verantwoordelijk, hoe je het wendt of keert. En die bedient zich van een verzekeraar. Althans, die legt het neer bij een verzekeringsmaatschappij en die verzekeringsmaatschappij die bedient zich van een advocaat. Dan denk ik, in dat hele proces moet een ziekenhuis als verantwoordelijk voor de medische misser, om het dan zo maar uit te drukken, die moet ook meer verantwoordelijkheid nemen. En die zou niet moeten willen dat een advocaat het op die manier behandelt.’

Interview 29 (operatiefout tijdens darmoperatie):

‘Ja, ik vind dat het wel sneller moet kunnen. Ik weet vanuit mijn studie dat het lang duurt en dat het veel tijd kost, maar ik heb zoiets van, het zou me wel rust geven als er gewoon ook echt even een punt achter komt te staan en dat het gewoon klaar is.’

Interview 36 (gemiste diagnose breuk, 2 hersteloperaties):

‘Ja, ik denk toch vooral, het tempo en de communicatie, vooral een stukje reactie van de verzekering van de tegenpartij, want ik krijg teruggekoppeld van mijn verzekeraar dat de tegenpartij nog niet heeft gereageerd. Dan denk ik van, reageer dan wel, maar zeg dat je nog geen nieuws te brengen hebt, maar reageer dan tenminste.’

Interview 37 (gemiste diagnose en experimentele herstelbehandeling met ongewenst resultaat):

‘Je moet niet sorry zeggen, maar sorry doen.’

Interview 42 (gemiste diagnose van breuk hetgeen functieverlies heeft veroorzaakt):

‘Wat absoluut een tip zou kunnen zijn, wat je in een onderzoek zou kunnen verwoorden, dat als er een aansprakelijkheidsstelling is en er worden dossierstukken opgevraagd, laat die niet op de standaardbalie belanden en de routing. Die moeten met voorrang op een hoge prioriteit stapel belanden. Het moet niet eens een stapel zijn. Dat moet op dagverwerking naar de verzekeraar verzonden worden. Dat soort dingen. Ben inderdaad correct naar degene die het overkomen is. Dat was dan wel een iets meer gepaste reactie.’

UITKOMSTEN OVER DE BEHOEFTE VAN PATIËNTEN NA EEN INCIDENT

De interviews bevestigen wat uit de internationale literatuur bekend is over de behoeften en ervaringen van patiënten na een incident.¹⁶ Die behoeften kunnen als volgt worden samengevat:

1. informatie en goede communicatie. Dat wil zeggen openheid over het incident, wat is er gebeurd, hoe is het gebeurd, en voor zover nog niet alles bekend is, wanneer is die duidelijkheid er wel, hoe wordt het uitgezocht;
2. als er een fout is gemaakt: erkenning van die fout, het nemen van verantwoordelijkheid daarvoor, het maken van excuses;
3. duidelijkheid over de gevolgen voor de gezondheid van de patiënt, de mogelijkheden voor herstelbehandelingen;
4. maatregelen ter voorkoming van de fout in de toekomst;
5. vergoeding van eventuele financiële schade.

Patiënten hebben behoefte aan openheid, een verklaring met betrekking tot het gebeurde, erkenning van de fout als daarvan sprake is en excuses, dat maatregelen worden genomen om herhaling te voorkomen en dat wordt getracht de gevolgen voor de patiënt zo veel mogelijk te beperken of ongedaan te maken. De resultaten bevestigen ook de vaststelling dat in de praktijk aan deze behoeften slechts beperkt tegemoet wordt gekomen.

¹⁶ Zie het onderzoeksrapport J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach & L. Hulst, *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, Amsterdam: VU Amsterdam Centre for Comprehensive Law 2013.

UITKOMSTEN OVER DE SCHADEAFWIKKELING

Voorts sluiten de resultaten naadloos aan bij het uit andere onderzoeken bekende beeld dat bij de motieven van patiënten om een schadeclaim in te dienen, financiële motieven lang niet altijd voorop staan.¹⁷ Erkenning (van de fout), het voorkomen dat een ander hetzelfde overkomt en het ter verantwoording roepen van de arts worden steevast als motieven genoemd. Een andere reactie van het ziekenhuis zou volgens een aantal patiënten tot gevolg hebben gehad dat zij geen claim hadden ingediend. Ook laten deze interviews, net als in andere onderzoeken, zien dat de meeste deelnemers die een claim hadden ingediend het schadeafwikkelingsproces als (zeer) belastend of zelfs als herstelbelemmerend ervaren. De traagheid van het proces, het feit dat ze door het proces steeds opnieuw met het gebeurde worden geconfronteerd en het als traineren of tegenwerken ervaren gedrag van de aansprakelijkheidsverzekeraar maken dit proces voor veel deelnemers emotioneel uitputtend.

Als uit de interviews naar voren komende verbeterpunten kunnen worden genoemd: meer verantwoordelijkheid voor en een proactieve benadering door het ziekenhuis inzake schadeafwikkeling, een omkering van de bewijslast en een verkorting van de looptijd van de procedure. Deze uitkomsten dwingen na te denken over een andere inrichting van het afwikkelingsproces, zoals het zelf afdoen door ziekenhuizen van geringere claims of het zich aansluiten bij een geschillencommissie zoals momenteel wordt voorgesteld in het wetvoorstel van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).¹⁸

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Bij de weging van de bovenstaande resultaten dienen wel de beperkingen van het onderzoek in ogenschouw genomen te worden. In de eerste plaats betreft het hier een kwalitatief onderzoek. De uitkomsten kunnen dan ook niet worden gegeneraliseerd. Ten tweede is een onzuiverheid in de steekproef van de populatie mogelijk. Dit is echter actief tegengegaan door het gebruik van verschillende selectiekanalen zoals de klachtenfunctionarissen,

17 Zie de overige bijdragen aan deze bundel, en eerder o.a. A.J. Akkermans & K.A.P.C. van Wees, 'Het letselschadep proces in therapeutisch perspectief', *TVP* 2007, p. 103-118 (vrij beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/15261>); R.M.E. Huver, K.A.P.C. van Wee, A.J. Akkermans & N.A. Elbers, *Slachtoffers en aansprakelijkheid. Een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht. Deel I Terreinverkenning*, Den Haag: WODC 2007 (vrij beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/15418>), W.A. Eshuis, M.H. Schaapman, N.J. Philipsen, J.R. Popma, G. van der Laan, J.G. Bakker, A.P. Nauta & B. Sorgdrager, *Leerzame Schadeclaims, leren van 'worst case scenario's als opstap naar effectieve interventie en preventie rond beroepsziekten*, Amsterdam: Hugo Sinzheimer Instituut 2009; J. Mulder, 'Hoe schadevergoeding kan leiden tot gevoelens van erkenning en gerechtigheid', *NJB* 2012, p. 293-296.

18 *Kamerstukken II* 2012/13, 32 402.

medische verzekeraars, zelfmelders en het NIVEL-panel. Het is verder opvallend dat alle deelnemers van Nederlandse afkomst zijn. Ten slotte blijft het een mogelijkheid dat selectieve herinneringen of effecten over tijd van het geheugen van invloed zijn geweest op de rapportage van de deelnemers.

AANBEVELINGEN NAAR AANLEIDING VAN HET ONDERZOEK

Zoals gezegd was het doel van de interviews een beeld te vormen van de feitelijke gang van zaken na het incident, hoe de patiënt dit heeft ervaren en wat er naar zijn oordeel beter had gekund. In het onderzoek 'Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen' waarvan deze interviews deel uitmaken, hebben zij samen met een uitgebreide literatuurstudie en een groot aantal gesprekken met nationale en buitenlandse (praktijk)deskundigen de basis gevormd voor gedachte- en hypothesevorming die in verschillende expertmeetings aan praktijkdeskundigen is voorgelegd. Op basis van deze onderzoeksstappen zijn uiteindelijk de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. Binnen ziekenhuizen wordt actief gewerkt aan een klimaat waarin openheid na een ernstig incident de norm is.
2. De zorgverlener wordt vanuit de instelling actief begeleid in het proces van *open disclosure* na een ernstig incident. Hij krijgt daartoe toegang tot een *disclosure coach*.
3. Na een ernstig medisch incident wordt iemand aangewezen die de regie over de open *disclosure* voert en iemand die als vaste contactpersoon voor de patiënt fungeert. Het ligt voor de hand die functionaliteiten in één persoon te verenigen.
4. Na een ernstig incident wordt de patiënt gevraagd of hij behoefte heeft aan betrokkenheid van de klachtenfunctionaris. De klachtenfunctionaris heeft tot taak de patiënt te helpen in zijn communicatie met de arts, zo nodig te bemiddelen en praktische bijstand te verlenen.
5. Zo nodig worden de patiënt na een ernstig incident, naast betrokkenheid van de klachtenfunctionaris, de volgende alternatieve en/of aanvullende opties geboden:
 - i. toegang tot een retrospectieve second opinion;
 - ii. betrokkenheid van een medicus als externe bemiddelaar;
 - iii. betrokkenheid van een niet-medicus als externe bemiddelaar;
 - iv. toegang tot een interne formele klachtenbeoordelingsprocedure;
 - v. toegang tot bijstand door een externe derde.
6. Er moet een verplicht te volgen opleiding worden ontwikkeld voor degenen die vanuit de instelling een geïnstitutionaliseerde betrokkenheid hebben bij de uitvoering van *open disclosures*.

7. De relevante partijen uit de sector stellen een protocol op waarin geregeld wordt hoe na een ernstig medisch incident in termen van opvang en bejegening van de patiënt gehandeld moet worden.
8. Ziekenhuizen moeten schades tot een hoger bedrag dan nu gebruikelijk is, zelf afwikkelen. Opgemerkt zij dat dit alleen een verbetering is als ziekenhuizen die schadeafwikkeling op de juiste wijze doen. Dat betekent onder andere dat zij tegenover de patiënt nadrukkelijk verantwoordelijkheid nemen voor het gebeurde.
9. Geschillenbeslechting over vorderingen tot schadevergoeding wegens medische fouten moet plaatsvinden door een college waarin de vereiste medische deskundigheid is geïntegreerd. Voor vorderingen tot € 25.000 verdient het voorstel uit de Wcz¹⁹ voor een geschilleninstantie navolging. In de zaken die door de civiele rechter worden beoordeeld, dienen aan de civiele kamers van rechtbanken en gerechtshoven medisch deskundigen te worden toegevoegd.
10. Met name in zaken waarin de aansprakelijkheid vaststaat, moet worden gepoogd het geschil zo voortvarend mogelijk door middel van een passende vorm van conflictoplossing op te lossen.
11. Door middel van een pilot wordt onderzocht of en in hoeverre het een goede oplossing is om de thans onder de vleugels van Slachtofferhulp Nederland functionerende casemanagers ook op het gebied van ernstige medische incidenten beschikbaar te laten komen.
12. De effectiviteit van het voorgestelde beleid en de voorgestelde interventies wordt gemeten. Op het terrein van letselschadeafwikkeling vindt een jaarlijks terugkerende analyse van een reeks aselechte individuele dossiers plaats.

Een nadere toelichting van deze aanbevelingen gaat de opzet van deze bijdrage te buiten. Daarvoor zij verwezen naar het onderzoeksrapport.²⁰

NADERE BESPIEGELINGEN OVER HET DOEN VAN INTERVIEWS ONDER RECHTZOEKENDEN

Hierboven is geconstateerd dat de resultaten uit de interviews met patiënten in zekere zin naadloos aansluiten bij het beeld uit andere onderzoeken. In zoverre zou men misschien kunnen zeggen dat de uitkomsten niet verrassend zijn, al maakt de specifieke context van medische incidenten zonder meer dat er belangrijke bijzonderheden uitkomen ten opzichte

¹⁹ Inmiddels gaat het hier om de Wkkgz.

²⁰ J.L. Smeehuijzen, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach & L. Hulst, *Opvang en schadeafwikkeling bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen*, Amsterdam: VU Amsterdam Center for Comprehensive Law 2013. Vrij beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/40290>.

van de elders in deze bundel beschreven ervaringen van andere groepen personen die een beroep op het juridische systeem doen om hun schade te verhalen. Steeds blijken de behoeften, motivaties en ervaringen van rechtzoekenden een veel breder spectrum te beslaan dan traditioneel in beeld is binnen de juridische discipline. En voor zover het juridische systeem wel aan die behoeften tegemoetkomt, gaat dat gepaard met veel bezwaren. Het is treffend hoe eenvoudig het eigenlijk is om aan het licht te brengen hoe beperkt het juridische systeem zijn ‘klanten’ soms tegemoetkomt in waar het hen werkelijk om gaat, en hoe weinig ‘gebruikersvriendelijk’ het soms is: men hoeft alleen maar de moeite te nemen om het henzelf te vragen. Te hopen valt dat dergelijk ‘klantonderzoek’ een vaste plaats krijgt in de juridische wetenschappelijke methode. Niet uitgesloten is dat men dan voortdurend geprikkeld wordt om zich af te vragen in hoeverre het juridische systeem kan worden aangepast om gebruikersvriendelijker te zijn en een breder spectrum van menselijke behoeften en motivaties te omarmen. Daar zal stellig de vraag tegenover worden gesteld in hoeverre het recht en juridische procedures zich daar wel voor lenen. De toekomst zal het leren.

Zelf denken wij dat de ontwikkelingen best wel eens snel zouden kunnen gaan. Ter illustratie daarvan sluiten wij af met twee citaten uit uitspraken die naar ons idee enkele jaren terug niet zo zouden zijn gedaan, één van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg over Open Disclosure en één van de Rechtbank Den Haag over excuses.

Het Centraal Tuchtcollege:

‘In het geval van een ernstig incident mag van de arts een open en proactieve houding jegens de patiënt of, in een casus als deze, diens vertegenwoordiger worden verwacht. Dit behoort tot de zorgplicht van de arts. Het Centraal Tuchtcollege wijst ter zake onder meer op de KNMG-richtlijn “Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?” uit 2007. De arts dient zelf het initiatief te nemen om tot een gesprek met de patiënt of diens vertegenwoordigers over het incident te komen. Een dergelijk gesprek behoort zorgvuldig te worden voorbereid en plaats te vinden onder omstandigheden die bevorderlijk zijn voor een goed verloop van het gesprek. De anesthesioloog heeft kort na het incident in dit opzicht juist en betrokken gehandeld, door op 25 mei 2010 klagers zo goed mogelijk te informeren. In de weken daarna heeft hij hen enkele malen opgebeld, om te informeren naar de toestand van hun zoon en om een gesprek aan te bieden. In die fase maakten klagers duidelijk daar nog niet aan toe te zijn. Toen klagers na enkele weken te kennen gaven wel een gesprek te willen, is dit weliswaar door de anesthesioloog op korte termijn gerealiseerd, maar was de organisatie ervan gebrekkig en heeft de anesthesioloog tevoren de verwachtingen van klagers met betrekking tot de inhoud van het gesprek onvoldoende geverifieerd. Deze gebrekkige voorberei-

ding heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat het gesprek op 23 juni 2010 is geëscaleerd. Dit klemt te meer nu het ging om het eerste gesprek over het incident tussen klagers (beide ouders), de anesthesioloog en de chirurg. De anesthesioloog heeft tijdens het gesprek op 23 juni 2010, maar ook tijdens de mondelinge behandeling van de tuchtklacht, te kennen gegeven de miscommunicatie op 23 juni 2010 zeer te betreuren. Dit laat onverlet dat het Centraal Tuchtcollege, gelet op het grote belang van zorgvuldige communicatie na een ernstig incident, dit klachtonderdeel gegrond acht.²¹

En de Rechtbank Den Haag:

‘Uit de verklaringen van de betrokken artsen en de uitspraak van de klachtencommissie blijkt weliswaar dat er bij de behandeling van [verweerster] fouten zijn gemaakt, maar hieruit volgt niet reeds de conclusie dat ook civielrechtelijke aansprakelijkheid bestaat. (...) Het maken van verontschuldigingen door een ziekenhuis wordt door patiënten als heel belangrijk ervaren en dient strikt te worden gescheiden van het erkennen van aansprakelijkheid, omdat ziekenhuizen anders deze voor patiënten zo belangrijke verontschuldigingen achterwege zullen laten.’²²

Beide uitspraken laten zien hoe recent opgekomen inzichten in de niet-materiële behoeften van – in dit geval – patiënten, hun weg weten te vinden naar het juridische systeem. Wij juichen deze ontwikkelingen toe. Wij denken dat het type onderzoek naar de ervaringen van rechtzoekenden dat in deze bijdrage en in deze bundel centraal staat, een belangrijke katalysator is voor dit soort ontwikkelingen. Daarvan hopen wij nog veel meer te zien. Wat ons betreft is dit nog maar het begin.

21 CTG 10 september 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:102.

22 Rb. Den Haag 25 oktober 2012, ECLI:NL:RBSGR:2012:BY2540, JA 2013/29, m.nt. Zwart-Hink.