



GOMA 2022

Gedragscode Openheid medische incidenten;
betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid

De Letselschade Raad wil de harmonie en duidelijkheid in de afhandeling van personenschade c.q. letselschade vergroten. Daarom wordt gestreefd naar een betere en meer persoonlijke bejegening van het slachtoffer, alsmede een verbetering van de technische aspecten van de schaderegeling.

De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) wordt gefaciliteerd door De Letselschade Raad en is opgesteld in overleg met vertegenwoordigers van:

- De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG);
- De Patiëntenfederatie Nederland;
- Vereniging van Klachtenfunctionarissen In de Gezondheidszorg (VKIG);
- Het Verbond van Verzekeraars (Centramed, MediRisk, VvAA, Platform Personenschade, Rechtsbijstandsverzekeraars);
- De Branchevereniging van de Nederlandse Letselschade Experts (NLE);
- Stichting Nederlands Instituut Van Register Experts (NIVRE);
- De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
- Vereniging Letselschade Advocaten (LSA).

Als adviseur is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport betrokken geweest.

COLOFON

Uitgave | De Letselschade Raad

Een elektronische versie van de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA) is te vinden op de website van De Letselschade Raad.

Vormgeving | Vipmedia, Breda

Den Haag, februari 2023

Gedragcode

Openheid medische incidenten;
betere afwikkeling Medische
Aansprakelijkheid (GOMA)



Inleiding

VOORGESCHIEDENIS

In 2006 kwam de eerste editie van de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) tot stand. De GBL ziet met name op de vaststelling en regeling van schadevergoeding. Bij de afwikkeling van medische schade gaat de aandacht echter vooral uit naar de vaststelling van de aansprakelijkheid en van het causaal verband, dat in medische zaken complex kan zijn. Om die reden bood de GBL geen oplossing voor de specifieke problemen die zich bij de afhandeling van klachten en schadeclaims in medische aansprakelijkheidskwesties kunnen voordoen. Onder toenemende maatschappelijke en politieke druk tot verbetering kwam, onder auspiciën van De Letselschade Raad, in 2010, specifiek voor medische aansprakelijkheidszaken, de Gedragscode 'Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid' (GOMA) tot stand. De GOMA was niet beperkt tot de afwikkeling van aansprakelijkheidsclaims, maar had ook betrekking op de fase die voorafgaat aan een eventuele aansprakelijkstelling.

GOMA 2022

Sindsdien is de problematiek van ongewenste gevolgen van medisch handelen bij alle betrokkenen meer op de radar gekomen en is er zowel bij zorgaanbieders als bij hun aansprakelijkheidsverzekeraars veel verbeterd. Dat neemt niet weg dat de complexiteit van het omgaan met medische incidenten en de afwikkeling van medische schadeclaims blijvende aandacht vergt en dat op een aantal gebieden nog verdere verbetering mogelijk is. In de jaren na 2010 hebben zich met betrekking tot het terrein waarop de GOMA betrekking heeft verschillende nieuwe ontwikkelingen voorgedaan, zowel in de rechtspraak, de wetgeving als in de praktijk. De belangrijkste daarvan worden hieronder kort genoemd. Een en ander heeft in 2022 geleid tot een aangepaste gedragscode, de GOMA 2022, over het goed omgaan met medische incidenten. Goed omgaan betekent: een adequate aanpak onmiddellijk na (het bekend worden van) het incident, ook in situaties waarin een incident leidt tot (al dan niet juridische) vervolgstappen, zoals het door de patiënt indienen van een klacht of een verzoek om schadevergoeding.

DOEL

De GOMA 2022 beoogt te bewerkstelligen dat op een redelijke, rechtvaardige en voortvarende manier wordt omgegaan met situaties waarin de patiënt wordt geconfronteerd met een medisch incident, door zoveel mogelijk te streven naar een klimaat van wederzijds vertrouwen, transparantie en samenwerking. In het algemeen gesproken zal de patiënt in de situatie van een medisch incident in een ongelijke positie staan ten opzichte van de zorgaanbieder, waar het gaat om de kennis en vaardigheden die nodig zijn om op een goede wijze op een incident te kunnen reageren. Om die reden zal ondersteuning van de patiënt vaak wenselijk en noodzakelijk zijn.

ONTWIKKELINGEN

In de periode na de publicatie van de GOMA 2010 hebben zich, zoals gezegd, tal van ontwikkelingen voorgedaan die aanleiding gaven om de inhoud van de gedragscode aan te passen of aan te vullen. De belangrijkste ontwikkelingen zijn:

1. Beleid van zorgaanbieders inzake openheid in de zorg. Binnen zorgaanbieders zowel groot als klein is de aandacht voor een adequaat beleid betreffende openheid rond incidenten de afgelopen jaren sterk toegenomen. Op verschillende plaatsen zijn ‘best practices’ ontwikkeld waarvan ook andere instellingen kunnen leren. Bij wijze van voorbeeld wordt verwezen naar het project ‘Open in de zorg’, waarin ziekenhuizen zich inspannen om dergelijke ‘best practices’ in kaart te brengen en te verspreiden (www.openindezorg.nl). De GOMA 2022 beoogt aan te sluiten bij deze praktijkontwikkelingen en een kader te scheppen voor het verbreden ervan;

2. Ontwikkelingen in de verzekeringspraktijk. Zorgaanbieders spelen een steeds grotere eigen rol bij het beoordelen en afhandelen van verzoeken om schadevergoeding, in samenspraak met hun aansprakelijkheidsverzekeraar. Er zijn steeds meer zogenaamde ‘zelfregelende ziekenhuizen’, die schadeclaims tot een bepaald bedrag zelf afwikkelen. Veel zorgaanbieders hebben een hoger eigen risico dan voorheen en grotere zorgaanbieders hebben steeds vaker een zogenaamde ‘stop loss-verzekering’ die alleen dekking biedt voor schade die het hoge eigen risico per jaar te boven gaat. Bij zelfstandige of kleinere zorgaanbieders zijn bovengenoemde ontwikkelingen overigens niet of in mindere mate aan de orde;

3. Ontwikkelingen in de wetgeving. Hierbij gaat het vooral om de inwerkingtreding in 2016 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Een belangrijk uitgangspunt van de GOMA, de integrale verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor een goede omgang met medische incidenten, ligt ook ten grondslag aan de Wkkgz. Belangrijk is de klachten- en geschillenregeling van deze wet. Ook andere wetgevingsontwikkelingen zijn van belang, zoals de inwerkingtreding van de AVG en de wijziging van de Wgbo ten gevolge van de Aanpassingswet AVG (beide in 2018). Deze wijziging houdt in dat sneller moet worden voldaan aan een verzoek van een patiënt om inzage en afschrift van zijn dossier. Dat afschrift dient kosteloos te worden verstrekt;

4. Ontwikkelingen in de tuchtrechtspraak. In de jaren na 2010 is in de tuchtrechtspraak de professionele verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren bij het omgaan met incidenten, fouten en klachten nader geaccentueerd en uitgewerkt;

Al deze ontwikkelingen gaven aanleiding de GOMA 2010 kritisch te bezien. Op verschillende punten bleek er aanleiding te zijn de tekst van de GOMA aan te passen of aan te vullen, hetgeen na een zorgvuldig consultatie- en overlegtraject heeft geresulteerd in de GOMA 2022. Wettelijke bepalingen worden in de GOMA 2022 alleen herhaald als dat wezenlijk is voor de integraliteit van deze gedragscode.

Dat neemt niet weg dat het naleven van wettelijke bepalingen die niet worden genoemd een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het behalen van de doelen van de GOMA 2022. Een evident voorbeeld is de op zorgaanbieders rustende wettelijke plicht om een goed patiëntendossier bij te houden.

In de GOMA 2022 zijn voorts enkele relevante elementen uit de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) overgenomen, zodat in het geval van schade door medisch handelen de belangrijkste normen en aanbevelingen in één code te vinden zijn.

DOELGROEPEN

Net als de Wkkgz, die geldt voor alle zorgaanbieders en die zowel van toepassing is op grote en kleine zorgaanbieders als op individuele beroepsbeoefenaren, richt ook de GOMA 2022 zich op alle zorgaanbieders en zorgverleners in de zorg die met een incident als bedoeld in deze code te maken krijgen. De GOMA 2022 is daarom niet alleen relevant voor ziekenhuizen, maar ook voor zorgaanbieders en zorgverleners in andere zorgsectoren, zoals de GGZ, de huisartsenzorg en particuliere klinieken. In navolging van de Wkkgz wordt daarbij in de GOMA 2022 soms onderscheid gemaakt tussen de 'zorgaanbieder' (de instelling of praktijk) en de 'zorgverlener' (de persoon van de medisch specialist, verpleegkundige, huisarts, etc.).

Opmerking verdient dat het met name voor kleine zorgaanbieders in de eerstelijnszorg een stuk lastiger kan zijn bepaalde aanbevelingen uit de GOMA 2022 na te leven, dan het geval is voor grotere zorgaanbieders. De omstandigheden in een ziekenhuis zijn immers anders dan bijvoorbeeld in een kleine huisartsenpraktijk. Bij de concretisering van de GOMA 2022 in de praktijk kan dan ook rekening worden gehouden met de lokale omstandigheden. Afhankelijk daarvan kunnen er soms goede redenen bestaan af te wijken van bepalingen in deze gedragscode, door daaraan op andere wijze invulling te geven. Uitgangspunt van de GOMA 2022 blijft echter dat de daarin opgenomen aanbevelingen relevant zijn voor alle zorgaanbieders en zorgverleners.¹

De GOMA 2022 richt zich daarnaast ook tot andere personen die betrokken zijn bij incidenten in de zorg en bij het proces dat daarop volgt, zoals schadebehandelaars en medewerkers van verzekeraars van medische aansprakelijkheid en zelfregelende ziekenhuizen.

¹ In het consultatie- en overlegtraject voor de totstandkoming van de GOMA 2022 zijn deze verschillen in de praktijk onderkend. Er is daarom gestreefd naar het vinden van een balans tussen een zo volledig mogelijke gedragscode op hoofdlijnen enerzijds en een zo breed mogelijke praktische toepasbaarheid anderzijds. Binnen de eerstelijnszorg kan er op termijn niettemin behoefte blijken te bestaan aan nadere toespitsing van sommige aanbevelingen uit deze gedragscode op de praktijk.

Belangrijk is ten slotte dat de GOMA 2022 zich, waar mogelijk, tevens richt tot patiënten en hun belangenbehartigers. Ook zij dragen immers een verantwoordelijkheid binnen het domein waarop de GOMA 2022 betrekking heeft. Zo kan de opstelling van de patiënt in belangrijke mate bijdragen aan een goede en vlotte afhandeling van incidenten en klachten. Evenzo kan de houding van belangenbehartigers in de praktijk bepalend zijn voor de voortvarendheid en souplesse waarmee verzoeken om schadevergoeding worden afgehandeld. Van belangenbehartigers mag derhalve worden verwacht dat zij zich professioneel en redelijk opstellen, hetgeen er overigens niet aan in de weg staat dat zij de belangen van hun cliënten vooropstellen.

VERBINDENDHEID VAN DE GOMA

Deze GOMA 2022 is, net als eerder de GOMA 2010, tot stand gebracht op basis van samenwerking door een breed scala aan partijen dat tezamen genomen een hoge mate van representativiteit kan worden toegedacht voor het betreffende maatschappelijke terrein. Zoals hiervoor is opgemerkt, is hij van toepassing op het handelen van verschillende soorten partijen. In de (tucht)rechtspraak pleegt door de (tucht)rechter zonder veel omhaal gebondenheid aan de bepalingen van de GOMA te worden aangenomen. Deze binding kan onder meer worden verklaard doordat representatieve (koepel)organisaties hebben verklaard zich aan de gedragscode te zullen houden (de ‘contractuele route’), doordat de gedragscode kan worden geacht de verkeersopvattingen en/of de maatschappelijke zorgvuldigheid op het betreffende maatschappelijke terrein weer te geven (de ‘buitencontractuele route’), en doordat de wederpartij erop vertrouwt dat conform de bepalingen van de gedragscode zal worden gehandeld (‘gerechtvaardigd vertrouwen’). Dat normen van maatschappelijke regulering zoals deze gedragscode aldus juridisch bindend kunnen zijn is in overeenstemming met de rechtspraak van de Hoge Raad.² Dit was met betrekking tot de GOMA 2010 niet anders.

² Zie HR 13 juli 2018 en 22 feb. 2019 (NVM-meetinstructie I en II) ECLI:NL:HR:2018:1176 en ECLI:NL:HR:2019:269, NJ 2020/7 en 8, en de noot van J.L. Smeehuijzen onder NJ 2020/8.

OPBOUW VAN DE GOMA 2022

De GOMA 2010 hanteerde een nogal scherp onderscheid tussen enerzijds openheid omtrent incidenten (deel A) en anderzijds afwikkeling van medische aansprakelijkheid (deel B). Dit scherpe onderscheid is in de GOMA 2022 losgelaten, op grond van de ontwikkelingen in de praktijk. De GOMA 2022 gaat uit van veel vloeiender overgangen. De indeling van deze gedragscode is als volgt:

0. Enkele begripsomschrijvingen;
1. Uitgangspunten;
2. Signaleren, communiceren en onderzoeken;
3. Herstellen en oplossen;
4. Afhandeling verzoeken tot financiële compensatie.

Enkele begripsomschrijvingen

HET BEGRIP 'INCIDENT'

In deze code speelt het begrip incident een belangrijke rol. Dit begrip wordt in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz als volgt omschreven: “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt”. Bij deze omschrijving past, in relatie tot deze code, de opmerking dat incidenten die tot schade hadden kunnen leiden maar tijdig zijn ontdekt (ook wel ‘near misses’ genoemd) buiten deze code vallen.

HET BEGRIP CALAMITEIT

Een calamiteit is een incident met (zeer) ernstige gevolgen. Het begrip calamiteit in art. 1 lid 1 Wkkgz als volgt omschreven: “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid”.

HET BEGRIP INTERN ONDERZOEK

Een intern onderzoek door de zorgaanbieder naar een ongewenst gevolg van een medische behandeling (calamiteit, incident niet zijnde een complicatie) is gericht op enerzijds het vaststellen van de feiten en anderzijds de kwaliteitsverbetering van de zorgverlening en is niet gericht op het vaststellen van aansprakelijkheid.

DE BEGRIPPEN ZORGAANBIEDER EN ZORGVERLENER

Krachtens de Wkkgz rusten alle verplichtingen met betrekking tot het goed omgaan met incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding op de zorgaanbieder. Dat is in veel gevallen de instelling waar de patiënt in onderzoek of behandeling was. In de dagelijkse praktijk zijn het individuele zorgverleners en andere betrokkenen (klachtenfunctionarissen, juristen van de instelling e.d.) die contacten onderhouden met de patiënt en andere betrokkenen. In deze code ligt de nadruk op het begrip zorgaanbieder. Veel van de hieronder te noemen aanbevelingen richten zich tot de zorgaanbieder, die uiteraard de ruimte heeft te bepalen wie namens hem in concrete situaties de betreffende aanbeveling uitvoert. In een aantal gevallen gaat het om aanbevelingen die specifiek de verantwoordelijkheid van de betrokken individuele zorgverlener betreffen. In die gevallen wordt het begrip zorgverlener gebruikt.

GENDERNEUTRALITEIT

Waar in deze gedragscode 'hij' of 'hem' wordt gebruikt kan ook 'zij' of 'haar' of 'het' of 'die' worden gelezen.

GOMA: de aanbevelingen

1. UITGANGSPUNTEN

Aanbeveling 1 Alle betrokken partijen stellen zich welwillend en voortvarend jegens elkaar op en blijven reflecteren op hun eigen houding hieromtrent.

Aanbeveling 2 Zorgaanbieders en zorgverleners (en hun verzekeraars) dragen bij aan een patiëntvriendelijk en open klimaat voor de afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding. Belangenbehartigers dragen bij aan een coöperatief en transparant klimaat jegens zorgaanbieders en zorgverleners (en hun verzekeraars). Zij beoordelen de haalbaarheid van het verzoek om schadevergoeding van hun cliënten en ondersteunen hen bij een laagdrempelige, spoedige afhandeling van de claim.

Aanbeveling 3 De zorgaanbieder voorziet in mogelijkheden voor begeleiding en ondersteuning van de patiënt gedurende het traject voor de afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding, bij voorkeur door het aanwijzen van één contactpersoon.

Aanbeveling 4 In het geval van een incident, een klacht of een verzoek om schadevergoeding draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat een overzicht van de relevante feiten en omstandigheden voor de patiënt beschikbaar is.

Aanbeveling 5 De zorgaanbieder voorziet in mogelijkheden voor begeleiding en ondersteuning van de zorgverlener bij de afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding.

2. SIGNALEREN, COMMUNICEREN & ONDERZOEKEN

- Aanbeveling 6** Zorgverleners nemen hun verantwoordelijkheid als zich een incident voordoet en melden het incident op de binnen de organisatie geëigende wijze.
- Aanbeveling 7** De betrokken zorgverlener brengt de patiënt zo snel mogelijk, bij voorkeur binnen 24 uur, op de hoogte van een geconstateerd incident en van de (mogelijke) gevolgen daarvan voor de gezondheidssituatie van de patiënt.
- Aanbeveling 8** De zorgaanbieder onderzoekt de aard en toedracht van een incident en betreft daarbij de inbreng van de patiënt en naaste(n).
- Aanbeveling 9** De verantwoordelijke zorgverlener informeert de patiënt zo spoedig mogelijk over de uitkomsten van het in aanbeveling 8 bedoelde onderzoek en over de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken.
- Aanbeveling 10** De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat gesprekken met de patiënt over (de gevolgen van) een incident goed worden voorbereid en plaatsvinden onder de juiste omstandigheden.
- Aanbeveling 11** De zorgaanbieder biedt de patiënt aan het calamiteitenrapport betreffende een op de patiënt betrekking hebbende calamiteit samen te bespreken; de patiënt ontvangt desgewenst een schriftelijke samenvatting van het rapport.

3. HERSTELLEN & OPLOSSEN

Aanbeveling 12 In gevallen waarin er sprake is van een fout of tekortkoming in de verleende zorg betuigt de zorgverlener medeleven en biedt hij, waar nodig en gepast, excuses aan.

Aanbeveling 13 In het geval van een incident, een daaraan gerelateerde klacht of een verzoek om schadevergoeding bespreekt de zorgaanbieder met de patiënt het proces van afhandeling en inventariseert hij diens behoeften op dat gebied. Hij informeert de patiënt over de te ondernemen stappen en onderhoudt op eigen initiatief periodiek contact.

4. AFHANDELING VERZOEKEN TOT FINANCIËLE COMPENSATIE

Aanbeveling 14 Waar dit in het belang van de patiënt kan zijn, wijst de zorgaanbieder hem op de mogelijkheid een gekwalificeerde belangenbehartiger in te schakelen.

Aanbeveling 15 De belangenbehartiger laat zich leiden door de gerechtvaardigde belangen van de patiënt, informeert de patiënt over zijn taak en de mogelijkheden en voorziet de patiënt van de correspondentie tussen hem en de zorgaanbieder of verzekeraar.

Aanbeveling 16 In reactie op een verzoek om schadevergoeding biedt de zorgaanbieder in beginsel de patiënt en diens belangenbehartiger een gesprek daarover aan; de zorgaanbieder kan zich in dit gesprek laten vertegenwoordigen door zijn verzekeraar.

Aanbeveling 17 Zodra een belangenbehartiger wordt ingeschakeld, gaat deze na of het in aanbeveling 16 bedoelde gesprek is aangeboden. Zo niet, dan spant de belangenbehartiger zich er voor in dat dit gesprek alsnog plaatsvindt.

Aanbeveling 18 Bij de behandeling van een verzoek om schadevergoeding letten zorgaanbieder, verzekeraar en belangenbehartiger erop dat ook eventuele daarmee samenhangende andere behoeften van de patiënt de aandacht blijven krijgen die zij verdienen.

Aanbeveling 19 In het geval van een verzoek om schadevergoeding wisselen partijen onderling alle relevante feitelijke en medische gegevens uit. Ten behoeve van de medische en juridische beoordeling zijn de medisch adviseur, de schadebehandelaar/ jurist van de aansprakelijkheidsverzekeraar of het zelfregelend ziekenhuis bevoegd om de medische gegevens in te zien met toestemming van de patiënt.

Aanbeveling 20 Voor zover dat in hun mogelijkheden ligt, dragen partijen ervoor zorg dat verzoeken om schadevergoeding, beslissingen daaromtrent en bezwaren tegen dergelijke beslissingen in beginsel in voldoende mate zijn onderbouwd.

Aanbeveling 21 Zo nodig verschaffen partijen elkaar met betrekking tot een verzoek om schadevergoeding nadere informatie.

Aanbeveling 22 Indien de zorgaanbieder, de verzekeraar of (een belangenbehartiger namens) de patiënt inschakeling van een medisch deskundige noodzakelijk acht, draagt hij daarvan de kosten.

Aanbeveling 23 Bij een blijvend verschil van inzicht op medisch gebied vragen partijen zo mogelijk gezamenlijk een deskundigenonderzoek aan en communiceren zij daarover open en voortvarend met elkaar. Zij delen de kosten in gelijke mate.

Aanbeveling 24 Duurt de afhandeling van een verzoek om schadevergoeding langer dan de uit de wet voortvloeiende of met de patiënt afgesproken termijnen, dan informeren partijen elkaar daarover, gaan zij na wat daarvan de oorzaak is en zoeken zij vervolgens samen zo spoedig mogelijk naar een oplossing.

Aanbeveling 25 De zorgaanbieder of diens verzekeraar draagt zorg voor een adequate inhoud van een eventuele vaststellingsovereenkomst.

Aanbeveling 26 Overweegt een patiënt juridische vervolgstappen te nemen tegen een afwijzend besluit van de zorgaanbieder, zoals het inschakelen van een geschilleninstantie als bedoeld in de Wkkgz, dan verschaft de zorgaanbieder hem daarover informatie.



Toelichting

AANBEVELING 1:

Alle betrokken partijen stellen zich welwillend en voortvarend jegens elkaar op en blijven reflecteren op hun eigen houding hieromtrent.

TOELICHTING: *Deze gedragscode heeft in meer of mindere mate betrekking op de rollen, behoeften en verantwoordelijkheden van alle partijen die betrokken zijn bij medische incidenten en de eventueel daaruit voortkomende klachten en claims. Het gaat niet alleen om de zorgverlener, de zorgaanbieder en de patiënt, maar ook om de belangenbehartiger van de patiënt en om de aansprakelijkheidsverzekeraar. Wanneer het gaat om incidenten, klachten en claims in de gezondheidszorg spelen emoties niet zelden een belangrijke rol, zowel bij de patiënt als bij de zorgverlener. Dit kan er gemakkelijk toe leiden dat tussen de betrokken partijen afstand ontstaat en dat er sprake is van boosheid of onvriendelijke/onheuse bejegening. Belangrijk is dan dat alle partijen ernaar blijven streven om respectvol en zo welwillend en voortvarend mogelijk met elkaar om te gaan. Daarbij gaat het zowel om de omgangsvormen als om de informatie-uitwisseling over en weer. Doen zich op die gebieden problemen voor, dan mogen partijen elkaar daar op gepaste wijze op aanspreken.*

Met de opdracht om te 'blijven reflecteren' wordt bedoeld dat partijen zich met enige regelmaat afvragen of de wijze waarop ze zich opstellen bijdraagt aan een redelijke, rechtvaardige en voortvarende wijze van omgaan met (de gevolgen van) een medisch incident.

AANBEVELING 2:

Zorgaanbieders en zorgverleners (en hun verzekeraars) dragen bij aan een patiëntvriendelijk en open klimaat voor de afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding. Belangenbehartigers dragen bij aan een coöperatief en transparant klimaat jegens zorgaanbieders en zorgverleners (en hun verzekeraars). Zij beoordelen de haalbaarheid van het verzoek om schadevergoeding van hun cliënten en ondersteunen hen bij een laagdrempelige, spoedige afhandeling van de claim.

TOELICHTING: Deze aanbeveling heeft als achtergrond dat het niet alleen gaat om reacties van zorgaanbieders en zorgverleners op een specifiek incident of een concrete klacht, maar ook om het beleid en de cultuur in algemene zin: Worden patiënten en hun naasten geïnformeerd over hun rechten en mogelijkheden en gestimuleerd ongenoegen dat zij ervaren bespreekbaar te maken? Zijn medewerkers bereid over incidenten en fouten te communiceren en hebben zij de vaardigheden om dat te doen? Zijn er mogelijkheden om patiënten en/of medewerkers te ondersteunen? Is er een duidelijk beleid met betrekking tot het reageren op en afhandelen van incidenten, fouten en klachten? Daarbij gaat het dus niet alleen om de houding en de vaardigheden van individuele beroepsbeoefenaren, maar ook om de door de zorgaanbieder te creëren mogelijkheden en randvoorwaarden. De optelsom daarvan wordt ook wel een 'open disclosure'-beleid genoemd. Het is belangrijk dat zorgaanbieders een dergelijk beleid ontwikkelen en kenbaar maken.

AANBEVELING 3:

De zorgaanbieder voorziet in mogelijkheden voor begeleiding en ondersteuning van de patiënt gedurende het traject voor de afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding, bij voorkeur door het aanwijzen van één contactpersoon.

TOELICHTING: In deze gedragscode wordt waar nodig met 'patiënt' ook bedoeld: diens naasten of eventuele (wettelijk) vertegenwoordiger. De ervaring leert dat patiënten informatie en ondersteuning nodig hebben in gevallen waarin het tijdens de zorgverlening niet gaat zoals de bedoeling was en dat het belangrijk is dat regelmatig contact blijft bestaan tussen de zorgaanbieder en de patiënt. Het is sterk aan te bevelen dat dergelijke contacten zoveel mogelijk worden onderhouden door één vaste contactpersoon. Dat kan bijvoorbeeld de klachtenfunctionaris zijn. Aanbeveling 3 betreft een aanbod tot begeleiding of ondersteuning; de patiënt bepaalt of, en zo ja in welke mate hij hieraan behoefte heeft. Het is van belang een en ander zo praktisch mogelijk aan te pakken, bijvoorbeeld door waar nodig de patiënt thuis te bezoeken. Het belang van deze aanbeveling is vooral dat partijen over en weer van elkaar weten hoe de vlag erbij hangt; dit kan onnodige vertraging, misverstanden en verkeerde verwachtingen voorkomen.

AANBEVELING 4:

In het geval van een incident, een klacht of een verzoek om schadevergoeding draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat een overzicht van de relevante feiten en omstandigheden voor de patiënt beschikbaar is.

TOELICHTING: Wanneer er sprake is van een incident, een klacht of een verzoek om schadevergoeding speelt de beschikbaarheid van informatie een belangrijke rol. Door het uitblijven van informatie kunnen verhoudingen tussen partijen verharden of juridiseren. Alle partijen hebben er baat bij dat de relevante informatie zo tijdig en zo volledig mogelijk beschikbaar is.

Zorgaanbieders kunnen zelf bepalen hoe zij aan deze aanbeveling invulling geven: door in een gesprek met de patiënt uitleg te geven, door gemotiveerd te reageren op een klacht, door het op adequate wijze bijhouden en aan de patiënt ter inzage geven van het dossier, door de patiënt een afschrift te geven van een calamiteitenrapport e.d.

Het is niet de bedoeling van deze aanbeveling dat voor zorgaanbieders, in aanvulling op de zojuist genoemde manieren, allerlei nieuwe verplichtingen ontstaan om informatie te geven. Dit laat onverlet dat van zorgaanbieders mag worden verwacht dat zij meewerken aan redelijke verzoeken van of namens een patiënt. Te denken valt aan het verzoek om een (nadere) verklaring over een kwestie die niet of slechts summier in het dossier aan de orde komt.

AANBEVELING 5:

De zorgaanbieder voorziet in mogelijkheden voor begeleiding en ondersteuning van de zorgverlener bij de afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding.

TOELICHTING: De laatste jaren wordt steeds vaker erkend en ervaren dat (ernstige) incidenten en (tucht)klachten niet alleen op de patiënt, maar ook op zorgverleners een grote impact kunnen hebben. De zorgverlener wordt dan ook wel als 'second victim' aangeduid. Begeleiding en ondersteuning van zorgverleners is wenselijk en soms zelfs noodzakelijk om die impact te verkleinen. Het behoort tot het goed werkgeverschap dat zorgaanbieders voorzien in mogelijkheden om zorgverleners te begeleiden en te ondersteunen, door middel van 'peer support' of vergelijkbare methoden.

Begeleiding en ondersteuning van een zorgverlener is niet alleen van belang bij het verwerken van de impact van een gebeurtenis, maar ook waar het gaat om de wijze

waarop de zorgverlener het beste met de patiënt kan communiceren. Ook daarbij kan coaching of ondersteuning van groot belang zijn. Dit is niet alleen in het belang van de zorgverlener, maar uiteindelijk ook in dat van de patiënt.

AANBEVELING 6:

Zorgverleners nemen hun verantwoordelijkheid als zich een incident voordoet en melden het incident op de binnen de organisatie geëigende wijze.

TOELICHTING: *Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van een zorgverlener om in het geval van een incident het 'juiste' te doen, zowel waar het gaat om het informeren van de patiënt (zie hierna Aanbeveling 7) als om het melden en bespreekbaar maken van het incident binnen de eigen organisatie. Deze verantwoordelijkheid vloeit voort uit de bepalingen van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) inzake omgaan met incidenten, uit de tuchtrechtspraak (waarin het niet melden van incidenten als tuchtrechtelijk verwijtbaar wordt gezien) en uit de relevante richtlijnen en gedragsregels van beroepsorganisaties (waaronder de in 2018 geactualiseerde KNMG-Handreiking 'Omgaan met incidenten en klachten: wat wordt van artsen verwacht'?).*

AANBEVELING 7:

De betrokken zorgverlener brengt de patiënt zo snel mogelijk, bij voorkeur binnen 24 uur, op de hoogte van een geconstateerd incident en van de (mogelijke) gevolgen daarvan voor de gezondheidssituatie van de patiënt.

TOELICHTING: *Deze aanbeveling vloeit voort uit art. 10 lid 3 Wkkgz en heeft betrekking op incidenten die voor de patiënt merkbare gevolgen hebben of nog kunnen hebben. Waar art. 10 lid 3 Wkkgz bepaalt dat de patiënt "onverwijld" over het incident moet worden geïnformeerd, specificeert deze aanbeveling dat de informatieverstrekking zo snel mogelijk en bij voorkeur binnen 24 uur dient te geschieden. Deze termijn is overgenomen uit de GOMA 2010 maar iets verzacht ('bij voorkeur'), omdat informeren binnen 24 uur niet altijd mogelijk is.*

Op het moment dat de zorgverlener de patiënt informeert, zullen de precieze aard en toedracht van het incident en de eventuele gevolgen daarvan niet altijd bekend zijn. In veel gevallen zal het incident eerst moeten worden onderzocht en geanalyseerd. Dit is zeker zo bij een incident dat tevens een calamiteit is. De zorgverlener dient de patiënt te informeren over de wijze waarop de analyse of het onderzoek zal plaatsvinden en over de tijd die daar (naar verwachting) mee gemoeid zal zijn.

AANBEVELING 8:

De zorgaanbieder onderzoekt de aard en toedracht van een incident en betreft daarbij de inbreng van de patiënt.

TOELICHTING: *Deze aanbeveling ligt in het verlengde van Aanbeveling 7. Elk gemeld incident dient te worden geanalyseerd of onderzocht. De wijze waarop dat gebeurt zal afhangen van de aard en ernst van het incident. Veruit de meeste incidenten worden geanalyseerd door incidentencommissies binnen (afdelingen van) zorginstellingen. Met betrekking tot incidenten die tevens een calamiteit zijn, bestaan vaak specifieke analyse- en onderzoekstrajecten. Waar het gaat om calamiteiten is reeds algemeen aanvaard, mede naar aanleiding van standpunten van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), dat patiënten wordt gevraagd of zij willen bijdragen aan het onderzoek. Dat is mogelijk door de patiënt daarover te bevragen, maar ook door rekening te houden met punten die een patiënt, in relatie tot het calamiteitenonderzoek, uit eigen beweging ter sprake brengt. Ook bij incidenten die geen calamiteit zijn zal acht geslagen moeten worden op vragen en opmerkingen van de patiënt en kan diens bijdrage van toegevoegde waarde zijn.*

AANBEVELING 9:

De verantwoordelijke zorgverlener informeert de patiënt zo spoedig mogelijk over de uitkomsten van het in aanbeveling 8 bedoelde onderzoek en over de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken.

TOELICHTING: *Zodra de analyse van of het onderzoek naar het incident is afgerond, kan de zorgverlener, in aanvulling op hetgeen tot dat moment reeds met de patiënt is besproken, voldoen aan de in art. 10 lid 3 Wkkgz neergelegde verplichting om de patiënt te informeren over de aard en toedracht van het incident. Het ligt voor de hand daarbij ook aan te geven welke maatregelen zullen worden getroffen om herhaling van het incident te voorkomen. Algemeen bekend is dat patiënten vaak besluiten een klacht in te dienen (mede) om te voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. Die klachten kunnen mogelijk worden vermeden door patiënten waar mogelijk nadrukkelijk over verbetermaatregelen te informeren. Waar het gaat om mogelijkheden om de gevolgen van een incident weg te nemen of te beperken, kan worden gedacht aan een herstelbehandeling, maar ook aan het bieden van andere (ondersteunende) of herstelgerichte voorzieningen.*

De mogelijkheid bestaat dat een patiënt zich door een incident 'overweldigd' voelt en daarover (nog) niet wil praten. Dan is het belangrijk dat de zorgaanbieder wel contact

houdt en op gezette tijden informeert of de patiënt inmiddels wel behoefte heeft aan een gesprek.

AANBEVELING 10:

De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat gesprekken met de patiënt over (de gevolgen van) een incident goed worden voorbereid en onder de juiste omstandigheden plaatsvinden.

TOELICHTING: Het zorgvuldig omgaan met (de gevolgen van) een incident houdt ook in dat gesprekken daarover met de patiënt goed worden voorbereid en plaatsvinden onder de juiste omstandigheden. De praktijk wijst uit dat het eerste gesprek het belangrijkste is; dat is vaak bepalend voor de latere verhouding tussen partijen. Belangrijk is te letten op elementaire elementen van het gesprek: iedereen voorstellen, een duidelijke agenda, taalgebruik afgestemd op het bevattingsvermogen van de patiënt e.d. Relevant in dit kader is ook de vraag wie aan het gesprek met de patiënt deelnemen. Soms kan het nuttig zijn dat een jurist van de zorgaanbieder aanwezig is, maar in andere gevallen kan dat juist contraproductief zijn. Bij het plannen van het gesprek is goede afstemming met de patiënt vereist. Wordt de patiënt gevraagd naar de zorgaanbieder te komen, hetgeen fysiek of emotioneel belastend kan zijn, of wordt het gesprek bij de patiënt thuis gevoerd? Het laatste kan onder omstandigheden aangewezen zijn. Voorts kan het raadzaam zijn dat de patiënt wordt geadviseerd zich tijdens het gesprek te laten bijstaan door een persoon die hij vertrouwt. Dat kan ertoe bijdragen dat een betere communicatie tot stand komt. Als de patiënt te kennen geeft het gesprek te willen opnemen, is dat geen probleem.³

³ Zie ook de KNMG-handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten 2017. Deze handreiking heeft betrekking op arts-patiënt contacten in het kader van de behandeling, maar kan naar analogie ook in GOMA-situaties worden toegepast.

AANBEVELING 11:

De zorgaanbieder biedt de patiënt aan het calamiteitenrapport betreffende een op de patiënt betrekking hebbende calamiteit samen te bespreken; de patiënt ontvangt desgewenst een schriftelijke samenvatting van het rapport.

TOELICHTING: *In het geval van incidenten die tevens een calamiteit zijn, is sprake van een bijzondere situatie. Calamiteiten behoren door de zorgaanbieder bij de IGJ te worden gemeld. De standaardprocedure is dat de zorgaanbieder de calamiteit zelf onderzoekt (op een geprotocolleerde wijze) en het calamiteitenrapport ter beoordeling aan de IGJ voorlegt. In het kader van het onderzoek van de calamiteit dient de zorgaanbieder de patiënt te horen, tenzij deze daar geen prijs op stelt. De afgelopen jaren zijn steeds meer zorgaanbieders ertoe overgegaan de patiënt een exemplaar te geven van het aan de Inspectie toegezonden calamiteitenrapport. De verwachting is dat deze trend doorzet. In het kader van de door de zorgaanbieder in acht te nemen openheid (zie onder meer art. 10 lid 3 Wvkgz, de KNMG-Handreiking Omgaan met incidenten en klachten 2018 en de tuchtrechtspraak) ligt dat ook voor de hand.*

Een mondelinge toelichting en/of samenvatting van het rapport kan worden verstrekt. Wel mag worden verlangd dat de patiënt rekening houdt met gerechtvaardigde belangen van zorgaanbieders en zorgverleners, waaronder de privacy van alle betrokkenen. Zie ook aanbeveling 1.

AANBEVELING 12:

In gevallen waarin er sprake is van een fout of tekortkoming in de verleende zorg betuigt de zorgverlener medeleven en biedt hij, waar nodig en gepast, excuses aan.

TOELICHTING: *Patiënten hechten zeer aan erkenning van hetgeen hen door een incident is overkomen; dat geldt te meer als gesproken moet worden van een fout. In gevallen waarin van een fout moet worden gesproken, is het belangrijk dat ruiterlijk te erkennen, en de fout niet te ontkennen of te maskeren. Het is belangrijk dat de zorgverlener in dergelijke gevallen adequaat reageert, door waar nodig een luisterend oor te bieden, begrip uit te spreken, medeleven te betuigen of excuses aan te bieden. Hier is een menselijke reactie veel belangrijker dan formele regels. Er wordt wel eens gezegd dat excuses beter achterwege kunnen blijven, omdat daarin een erkenning van aansprakelijkheid besloten ligt. Dit is in de Nederlandse rechtsverhoudingen niet aan de orde. Er zijn geen juridische belemmeringen om excuses te maken. Zowel*

zorgverleners als patiënten dienen er waar nodig dan ook tijdig door hun juridisch adviseurs of belangenbehartigers op te worden gewezen dat het maken van excuses niet gelijk staat aan erkenning van aansprakelijkheid of aan toezegging tot betaling van een schadevergoeding. De inhoud van Aanbeveling 12 is primair gericht op situaties waarin er (uiteindelijk) gesproken moet worden van een fout of tekortkoming ('apology of responsibility'), maar kan ook relevant zijn in situaties waarin dat niet het geval is. Ook dan is het belangrijk om passend te reageren op de (emoties van de) patiënt ('apology of sympathy').

AANBEVELING 13:

In het geval van een incident, een daaraan gerelateerde klacht of een verzoek om schadevergoeding bespreekt de zorgaanbieder met de patiënt het proces van afhandeling en inventariseert hij diens behoeften op dat gebied. Hij informeert de patiënt over de te ondernemen stappen en onderhoudt op eigen initiatief periodiek contact.

TOELICHTING: *Deze aanbeveling ligt in het verlengde van de algemene uitgangspunten die zijn neergelegd in de Aanbevelingen 1 en 2. Het gaat hierbij om de zorgplicht van de zorgaanbieder met betrekking tot een adequate afhandeling van incidenten, klachten en verzoeken om schadevergoeding. Belangrijk is dat de zorgaanbieder het belang van het inventariseren van de behoeften van de patiënt en het onderhouden van contact over de voortgang onderkent. Contact kan ook nuttig zijn in gevallen waarin er even niets te melden valt, ook om verkeerde verwachtingen tegen te gaan. Over de frequentie van contact kunnen met de patiënt afspraken worden gemaakt. De patiënt kan uiteraard aangeven dat hij (tijdelijk) geen contact wil.*

Informatie over de te ondernemen stappen kan er in het geval van een verzoek om schadevergoeding ook uit bestaan dat de zorgaanbieder de patiënt laat weten dat het verzoek zal worden beoordeeld door de aansprakelijkheidsverzekeraar. Is er sprake van directe contacten tussen deze verzekeraar en de patiënt of zijn belangenbehartiger, dan informeert de zorgaanbieder de patiënt erover dat de verzekeraar namens de zorgaanbieder handelt. Maar ondanks de betrokkenheid van een verzekeraar blijft contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt belangrijk. De zorgaanbieder behoudt de (eind)verantwoordelijkheid voor voldoende geïnformeerd houden van de patiënt. De zorgaanbieder of verzekeraar kan de mogelijkheid overwegen uit eigen beweging kosten die de patiënt in verband met het incident heeft gemaakt te vergoeden, dan wel de patiënt proactief een schadevergoeding aan te bieden.

Doorgaans zal het zo zijn dat de zorgaanbieder een verzoek om schadevergoeding afwacht en beoordeelt, en daarna eventueel een vergoeding uitkeert. Met die beoordeling kan enige tijd gemoeid zijn. Er zijn situaties denkbaar waarin de negatieve gevolgen van een incident zo evident zijn, dat het redelijk is de patiënt al een vergoeding te geven voordat een verzoek om schadevergoeding is ingediend of een ingediend verzoek volledig is beoordeeld. Die vergoeding is dan een voorschot op een later nog vast te stellen schadevergoeding, dan wel een coulance-betaling los van een tekortkoming of fout, bijvoorbeeld vanwege de aard van het incident en de daaruit voor de patiënt voortvloeiende kosten.

Te verwachten valt dat zorgaanbieders van deze mogelijkheid terughoudend gebruik zullen maken, maar onder omstandigheden kan het reëel zijn dat de zorgaanbieder op eigen initiatief een vergoeding aanbiedt. Daardoor kan soms ook onnodige escalatie worden voorkomen.

Ook kan door de zorgaanbieder bij in aanmerking komende gevallen worden ingezet op een snelle schikking in plaats van een langduriger strijd tussen partijen.

AANBEVELING 14:

Waar dit in het belang van de patiënt kan zijn, wijst de zorgaanbieder hem op de mogelijkheid een gekwalificeerde belangenbehartiger in te schakelen.

TOELICHTING: *De positie van de patiënt die een verzoek om schadevergoeding doet, is geen eenvoudige. In termen van deskundigheid en (financiële) mogelijkheden is er sprake van een ongelijke positie tussen patiënt en zorgaanbieder. Zeker in situaties waarin er sprake is of zou kunnen zijn van schade van enige omvang of complexiteit heeft de patiënt er groot belang bij dat hij deskundig advies krijgt, zowel over de haalbaarheid van zijn verzoek om schadevergoeding als om de inhoud en de aanpak daarvan. Een belangenbehartiger (al dan niet in samenwerking met een medisch adviseur) kan daarbij een belangrijke rol spelen, ook waar het gaat om het onderhouden van contacten met de zorgaanbieder en/of diens aansprakelijkheidsverzekeraar. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieder de patiënt in dergelijke situaties wijst op de mogelijkheid een belangenbehartiger in te schakelen. De patiënt bepaalt zelf of hij daartoe overgaat. Zolang aansprakelijkheid niet vaststaat komen de kosten van een belangenbehartiger vooralsnog voor diens rekening.*

AANBEVELING 15:

De belangenbehartiger laat zich leiden door de gerechtvaardigde belangen van de patiënt, informeert de patiënt over zijn taak en de mogelijkheden en voorziet de patiënt van de correspondentie tussen hem en de zorgaanbieder of verzekeraar.

TOELICHTING: *Deze aanbeveling is geïnspireerd door Gedragsregel 1 van de Gedragscode behandeling letselschade (GBL, versie 2012). Waar de GBL-formulering uitvoeriger is en zich vooral richt op de financiële voorwaarden waaronder de belangenbehartiger zijn diensten aanbiedt, heeft Aanbeveling 15 vooral het oog op de inhoudelijke relatie tussen de belangenbehartiger en de patiënt. Het is belangrijk dat de patiënt zowel een goed beeld krijgt van de rol die de belangenbehartiger kan vervullen als van de rol van eventuele andere betrokkenen.*

AANBEVELING 16:

In reactie op een verzoek om schadevergoeding biedt de zorgaanbieder in beginsel de patiënt en diens belangenbehartiger een gesprek daarover aan; de zorgaanbieder kan zich in dit gesprek laten vertegenwoordigen door zijn verzekeraar.

TOELICHTING: *Deze aanbeveling is een aanvulling op Aanbeveling 7 toegespitst op de situatie waarin er door of namens de patiënt een verzoek om schadevergoeding is ingediend. Het is niet de bedoeling dat een cumulatie van gesprekken ontstaat. Afhankelijk van de omstandigheden zal moeten worden bekeken hoe het beste met de Aanbevelingen 7 en 10 kan worden omgegaan. Is een verzoek om schadevergoeding een eerste uitingsvorm van een klacht, dan ligt het bijvoorbeeld voor de hand dat het gesprek de inhoud krijgt als bedoeld in Aanbeveling 7 en tevens de inhoud als bedoeld in Aanbeveling 10. In het in Aanbeveling 10 bedoelde gesprek kan (tevens) aan de orde komen welke partij het verzoek om schadevergoeding zal gaan afhandelen en beoordelen (de zorgaanbieder zelf of, namens hem, diens verzekeraar), wat de te verwachten tijdsduur van de afwikkeling is en door wie en met welke frequentie contact zal worden onderhouden met de patiënt of zijn belangenbehartiger. In een aantal gevallen zal reeds op dit moment te voorzien zijn dat de beoordeling van het verzoek meer tijd zal vergen dan de wet (art. 17 lid 1 Wkkgz) daarvoor biedt. Er kan dan overeenstemming met de patiënt worden bereikt over een afhandelingsduur die langer zal zijn dan de wettelijke termijn. Vaak is dit niet te vermijden.*

AANBEVELING 17:

Zodra een belangenbehartiger wordt ingeschakeld, gaat deze na of het in aanbeveling 16 bedoelde gesprek is aangeboden. Zo niet, dan spant de belangenbehartiger zich er voor in dat dit gesprek alsnog plaatsvindt.

TOELICHTING: *Het in Aanbeveling 16 bedoelde gesprek kan in belangrijke mate bijdragen aan het zo goed mogelijk houden van de verhoudingen tussen partijen, aan een vlotte afhandeling van het traject betreffende de beoordeling van het verzoek om schadevergoeding en aan het managen van verwachtingen terzake (aan de kant van zowel patiënt als zorgaanbieder/verzekeraar). Uiteraard kan dit gesprek het ook makkelijker maken om voortgangcontacten te onderhouden. Om deze redenen is het belangrijk dat een belangenbehartiger die constateert dat het gesprek bedoeld in Aanbevelingen 12 en 16 nog niet heeft plaatsgevonden, het initiatief neemt dit gesprek alsnog plaats te laten vinden. In een dergelijk geval kan worden afgesproken dat de kosten van een belangenbehartiger tot een bepaald maximum worden vergoed. De van de belangenbehartiger gevraagde inspanning betreft niet alleen het plaatsvinden van het gesprek, maar ook de beoogde inhoud daarvan. Het gesprek beoogt immers bij te dragen aan de realisatie van het voor alle partijen geldende uitgangspunt van Aanbeveling 1.*

AANBEVELING 18:

Bij de behandeling van een verzoek om schadevergoeding letten zorgaanbieder, verzekeraar en belangenbehartiger erop dat ook eventuele daarmee samenhangende andere behoeften van de patiënt de aandacht blijven krijgen die zij verdienen.

TOELICHTING: *Voor een patiënt is de beoordeling van een verzoek om schadevergoeding vaak een element van een breder spectrum van zaken die hem bezighouden. Wellicht dat de patiënt ook nog behoefte heeft aan een gesprek, een klacht wil bespreken of indienen, of uitleg, begeleiding of bemiddeling behoeft naar aanleiding van een incident. Het is belangrijk om na de ontvangst van een door of namens de patiënt ingediend verzoek om schadevergoeding de verdere gang van zaken niet tot dat verzoek te 'verengen', maar ook oog te houden, binnen redelijke grenzen, voor andere wensen en behoeften van de patiënt. Zie ook Aanbeveling 8 van deze gedragscode en Gedragsregel 5 van de GBL: partijen streven naar passende oplossingen in de persoonlijke omgeving van de patiënt, door zich te verdiepen in diens persoonlijke situatie, behoeften en mogelijkheden.*

In dit kader kan het van groot belang zijn dat er af en toe ook rechtstreeks contact is tussen de patiënt en de zorgaanbieder of de aansprakelijkheidsverzekeraar, dit met medeweten van de belangenbehartiger. Verklaringen van een patiënt in het kader van dergelijke contacten kunnen hem vanzelfsprekend niet binden. Zorgaanbieder of verzekeraar zorgen voor verslaglegging van het contact en verstrekking van een afschrift daarvan aan de belangenbehartiger.

AANBEVELING 19:

In het geval van een verzoek om schadevergoeding wisselen partijen onderling alle relevante feitelijke en medische gegevens uit. Ten behoeve van de medische en juridische beoordeling zijn de medisch adviseur, de schadebehandelaar/jurist van de aansprakelijkheidsverzekeraar of het zelfregelend ziekenhuis bevoegd om de medische gegevens in te zien met toestemming van de patiënt.

TOELICHTING: *Zowel het opstellen als het beoordelen van een verzoek om schadevergoeding valt of staat met de beschikbaarheid en volledigheid van de relevante feitelijke gegevens. De patiënt en zijn belangenbehartiger zullen deze gegevens in belangrijke mate kunnen verkrijgen door inzage in en afschrift van het dossier (of: de dossiers) van de patiënt. De mogelijkheden voor een patiënt om zijn dossier, of belangrijke delen daarvan, digitaal te raadplegen nemen steeds meer toe. Partijen moeten over en weer kunnen verzoeken om aanvullende informatie, mits deze relevant is voor de beoordeling van het verzoek om schadevergoeding (zie ook Aanbeveling 3). Tijdige en volledige verstrekking van relevante informatie draagt bij aan het vertrouwen tussen partijen en komt de snelheid van het beoordelingsproces ten goede. Krachtens de geldende wetgeving heeft de patiënt er recht op dat de zorgaanbieder hem kosteloos een kopie van zijn medisch dossier verstrekt. Art. 12 lid 3 van de AVG regelt de termijn waarbinnen de patiënt de kopie behoort te ontvangen.*

De rechtsgrond voor het over en weer verstrekken van informatie is gelegen in de expliciete toestemming van de patiënt door of namens wie het verzoek om schadevergoeding is ingediend. Belangrijk is dat de patiënt daartoe een machtiging ondertekent waarin is gespecificeerd (1) welke informatie mag worden opgevraagd en uitgewisseld, (2) bij en door wie dat mag gebeuren en (3) wie deze informatie mag inzien. Met betrekking tot punt 3 zal het in elk geval moeten gaan om de schadebehandelaar namens de zorgaanbieder of, indien de zorgaanbieder de schadebehandeling overlaat aan de verzekeraar, aan de schadebehandelaar van die verzekeraar.

AANBEVELING 20:

Voor zover dat binnen hun mogelijkheden ligt, dragen partijen ervoor zorg dat verzoeken om schadevergoeding, beslissingen daaromtrent en bezwaren tegen dergelijke beslissingen in beginsel in voldoende mate zijn onderbouwd.

TOELICHTING: *In het kader van deze aanbeveling wordt onder 'partij' afwisselend verstaan: de belangenbehartiger van de patiënt, de zorgaanbieder en de verzekeraar van de zorgaanbieder. Uitgangspunt van deze aanbeveling is dat alle partijen belang hebben bij zo goed mogelijk onderbouwde verzoeken om schadevergoeding. Voor belangenbehartigers geldt dat zij zorgdragen voor een goed onderbouwde aansprakelijkstelling en winnen daartoe in beginsel medisch advies in.*

De Wkkgz beoogt een zo informeel en proactief mogelijke afhandeling van klachten, ook als die een verzoek tot schadevergoeding bevatten. Uit het systeem van de Wkkgz vloeit voort dat de zorgaanbieder in gevallen waarin een verzoek om schadevergoeding voor het eerst wordt ingediend een eigen onderzoeksplicht heeft. Om deze redenen mogen aan een eerste verzoek om schadevergoeding geen al te formele of inhoudelijke eisen worden gesteld, zeker niet als het verzoek afkomstig is van een patiënt die (nog) geen belangenbehartiger heeft. Het verzoek zal wel voldoende gegevens moeten bevatten om een eerste beoordeling door de zorgaanbieder mogelijk te maken. In latere stadia van de behandeling van een verzoek om schadevergoeding neemt het belang van goede onderbouwingen echter toe. Dan is het wenselijk dat reacties en stellingnames zoveel mogelijk worden onderbouwd. Goede motiveringen en onderbouwingen zullen bijdragen aan een vlotte afhandeling van het verzoek. Van professionele partijen en belangenbehartigers mag op dit punt uiteraard meer worden verwacht dan van de patiënt zelf.

De Aanbeveling spreekt van het onderbouwen "in voldoende mate". Daarbij gaat het zowel om de relevante feitelijke, medische en juridische omstandigheden, als om de onderbouwing of weerlegging van de aan orde zijnde of beweerdelijke schade (aard en/of omvang). Onder omstandigheden (zoals bij evidente of eenvoudig te begroten schade) moeten aan die onderbouwing geen strengere eisen worden gesteld dan nodig is. Heeft de patiënt geen belangenbehartiger, dan is het niet onredelijk dat de zorgaanbieder of de verzekeraar een extra inspanning leveren om de patiënt 'op weg te helpen'. Dit kan een argument zijn om de patiënt te adviseren een belangenbehartiger in te schakelen (zie Aanbeveling 14).

Aanbeveling 14 heeft wat dat betreft dezelfde strekking als Gedragsregel 6 van de GBL.

AANBEVELING 21:

Zo nodig verschaffen partijen elkaar met betrekking tot een verzoek om schadevergoeding nadere informatie.

TOELICHTING: *Is een partij van mening dat voor het beoordelen en/of reageren op een ingebracht stuk als bedoeld in Aanbeveling 13 nadere informatie nodig is, dan kan zij de andere partij daarom verzoeken. Dergelijke verzoeken dienen redelijk en proportioneel te zijn; het moet gaan om informatie die noodzakelijk is voor de beoordeling van het verzoek om schadevergoeding. Aangegeven dient te worden welke relevantie de aanvullende informatie voor de vragende partij heeft. 'Fishing expeditions' zijn niet toegestaan (zie ook de toelichting bij Gedragsregel 5 van de GBL).*

AANBEVELING 22:

Indien de zorgaanbieder, de verzekeraar of (een belangenbehartiger namens) de patiënt de inschakeling van een medisch deskundige noodzakelijk acht, draagt hij daarvan de kosten.

TOELICHTING: *Het kan vanwege de aard of complexiteit van een verzoek om schadevergoeding nodig zijn de zaak voor te leggen aan een medisch deskundige, teneinde te beoordelen of in casu is afgeweken van de professionele normen. In het verlengde van het geldende recht formuleert deze aanbeveling, waar het gaat om de kosten van een dergelijk onderzoek, de hoofdregel: de opdrachtgever betaalt. Dat wordt pas anders wanneer aansprakelijkheid is komen vast te staan (artikel 6:96 lid 2 sub b BW). Van die hoofdregel kan, indien aangewezen, worden afgeweken.*

Het is wel zo praktisch en in de geest van deze gedragscode om een dergelijk door een van de partijen wenselijk geacht deskundigenonderzoek in overleg met de andere partij te initiëren. Daarmee komt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een adequate afwikkeling tot uitdrukking en kan worden bewerkstelligd dat het deskundigenrapport ook van waarde kan zijn voor de partij die niet de opdrachtgever is. Het in onderling overleg tot stand gekomen deskundigenrapport geldt immers als een sterk bewijsmiddel en kan om die reden bijdragen aan een soepele schadeafwikkeling.

AANBEVELING 23:

Bij een blijvend verschil van inzicht op medisch gebied vragen partijen zo mogelijk gezamenlijk een deskundigenonderzoek aan en communiceren zij daarover open en voortvarend met elkaar. Zij delen de kosten in gelijke mate.

TOELICHTING: Deze aanbeveling is een verbijzondering van de situatie waarop Aanbeveling 16 het oog heeft. Als tussen partijen een blijvend verschil van inzicht op medisch gebied blijft bestaan, kan het raadzaam zijn dat partijen een gemeenschappelijk deskundigenonderzoek vragen, waarbij de kosten daarvan in gelijke mate worden gedeeld (ook hier kan men uiteindelijk uitkomen bij artikel 6:96 lid 2 sub b BW). Van een 'blijvend verschil van inzicht' is sprake nadat partijen enkele malen hebben getracht overeenstemming te bereiken. Een eerste gemotiveerde afwijzing van een verzoek om schadevergoeding door de zorgaanbieder of diens verzekeraar staat niet gelijk aan een blijvend verschil van inzicht.

AANBEVELING 24:

Duurt de afhandeling van een verzoek om schadevergoeding langer dan de daarvoor uit de wet voortvloeiende of met de patiënt afgesproken termijnen dan informeren partijen elkaar daarover, gaan zij na wat daarvan de oorzaak is en zoeken zij vervolgens samen zo spoedig mogelijk naar een oplossing.

TOELICHTING: De afhandeling van een verzoek om schadevergoeding bestaat uit twee fasen: het innemen van een standpunt op het verzoek en, bij erkenning van aansprakelijkheid, het bepalen en vergoeden van de schade. Met betrekking tot de eerste fase regelt de Wkkgz dat de zorgaanbieder binnen maximaal 10 weken (6 + 4) een gemotiveerd oordeel geeft over een verzoek om schadevergoeding. Met instemming van de patiënt kan deze termijn worden verlengd. Dat laatste zal bij complexere situaties vaak niet te vermijden zijn. In de gevallen waarin er meer tijd nodig is, zoals bij de rechtvaardige verdraging in de overdracht van de claim aan de verzekeraar, kan de termijn van drie maanden uit de GOMA 2010 een oriëntatiepunt vormen. Het is wel belangrijk om de doorlooptijd van een beoordelingstraject altijd zo kort mogelijk te houden. Dit vergt voortdurende monitoring door alle partijen. Blijkt meer tijd nodig te zijn dan aanvankelijk afgesproken, dan ligt het voor de hand dat partijen daarover overleg plegen en nagaan of de duur van het traject zoveel mogelijk kan worden beperkt. De aanbeveling sluit aan bij de Gedragsregels 8 en 9 van de GBL. Ook hier is het toverwoord: regelmatige voortgangsinformatie.

Erkent de zorgaanbieder aansprakelijkheid dan zal de omvang van de schade moeten worden vastgesteld en de vastgestelde schade moeten worden vergoed. Hieromtrent zijn in de wet geen termijnen opgenomen. Het is uiteraard wenselijk ook deze fase zo voortvarend mogelijk te laten verlopen.

AANBEVELING 25:

De zorgaanbieder of diens verzekeraar draagt zorg voor een adequate inhoud van een eventuele vaststellingsovereenkomst.

TOELICHTING: *Op enig moment kan het zo zijn dat tussen de patiënt en de zorgaanbieder een vaststellingsovereenkomst wordt gesloten. Een dergelijke overeenkomst kan inhouden dat de zorgaanbieder tegen finale kwijting een vergoeding betaalt aan de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zich terdege bewust is van de gevolgen van het tekenen van een overeenkomst waarin een bepaling inzake finale kwijting is opgenomen. Onder omstandigheden kan het afsluiten van een vaststellingsovereenkomst met een patiënt die niet wordt bijgestaan door een juridisch raadsman aan de zorgaanbieder verwijtbaar zijn, met name wanneer er bijvoorbeeld sprake is van ernstig lichamelijk en psychisch letsel als gevolg van een serieuze medische fout, of wanneer de schade op jonge leeftijd is ontstaan en er sprake is van vele parameters, waarbij een kleine verschuiving tot grote consequenties kan leiden.*

Bij een patiënt die geen belangenbehartiger heeft kan het beter zijn om geen vaststellingsovereenkomst met finale kwijting voor te stellen, maar waar dat om goede redenen wel gebeurt, wijst de zorgaanbieder hem op het karakter van finale kwijting en benadrukt hij (nogmaals) het belang van het inwinnen van deskundig advies (zie ook Aanbeveling 14).

AANBEVELING 26:

Overweegt een patiënt juridische vervolgstappen te nemen tegen een afwijzend besluit van de zorgaanbieder, zoals het inschakelen van een geschilleninstantie als bedoeld in de Wkkgz, dan verschaft de zorgaanbieder hem informatie daarover.

TOELICHTING: *Patiënten die niet tevreden zijn over de manier waarop hun verzoek om schadevergoeding is behandeld, kunnen zich wenden tot de geschilleninstantie waar de zorgaanbieder bij is aangesloten. Geschilleninstanties doen uitspraak bij bindend advies. Het bindend advies is een bijzondere vorm van de vaststellingsovereenkomst (art. 7:900 BW). Dat betekent dat het daarna in beginsel niet mogelijk is om op de daarin gemaakte afspraken terug te komen. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de wilsovereenstemming vooraf. Het bindende karakter van de geschilbeslechting veronderstelt dat partijen elkaar over en weer volledig informeren over de rechten die zij daarmee prijsgeven. De zorgaanbieder zal daarvan in de regel een vollediger beeld hebben dan patiënten. Voor veel patiënten zal vooraf niet (altijd) duidelijk zijn dat zij na de geschillenprocedure geen beroepsmogelijkheid meer hebben. Het is daarom de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de patiënt te informeren over de aard en consequenties van de geschillenprocedure, waaronder de bevoegdheid van de Geschillencommissie om een schadevergoeding van maximaal € 25.000 toe te wijzen. De zorgaanbieder dient de patiënt tevens te wijzen op mogelijke alternatieven voor de Geschillencommissie. De zorgaanbieder kan dit bijvoorbeeld doen door informatiemateriaal te ontwikkelen of gebruik te maken van informatiemateriaal van anderen (zoals een door een branche- of consumentenorganisatie ontwikkelde folder). De zorgaanbieder zal er vooraf niet altijd van op de hoogte zijn dat een patiënt een geschil wil voorleggen aan de geschilleninstantie. Het is daarom belangrijk dat de zorgaanbieder de patiënt proactief voorlicht. In de algemene voorlichting over de klachtenbehandeling wordt informatie over de juridische gevolgen van de geschillenprocedure opgenomen. Heeft een patiënt een belangenbehartiger, dan zal de zorgaanbieder met deze algemene informatie kunnen volstaan. Zo niet, dan is het aangewezen de patiënt ook mondeling te informeren.*



Addendum bij aanbeveling 23

Een belangrijke voorwaarde voor een geslaagd beroep op Aanbeveling 23 is dat er sprake dient te zijn van een verschil van inzicht op medisch vakinhoudelijk gebied. Het gaat daarbij om de medisch vakinhoudelijke interpretatie van (vaststaande) feiten. Te denken valt aan een verschil van inzicht tussen (de medisch adviseurs van) partijen over de mate waarin het handelen van een zorgverlener op het moment van handelen voldeed aan de professionele standaard, terwijl zij zich voor hun oordeel op dezelfde feiten baseren. Dat is iets anders dan een verschil van inzicht over de relevante feiten zelf en/of de mate waarin die feiten vaststaan, dan wel over de juridische interpretatie daarvan.

Zo'n verschil van inzicht zou op basis van de goed onderbouwde aansprakelijkstelling en de daaropvolgende goed gemotiveerde afwijzing door de verzekeraar in een eerder stadium in principe al aan het licht moeten zijn gekomen. Essentieel is dat het ontbreken van overeenstemming over bepaalde (medische) feiten in het voortraject nadrukkelijk wordt benoemd. Van zo'n gebrek aan overeenstemming is bijvoorbeeld sprake wanneer de ene partij stelt dat een bepaalde medische behandeling heeft plaatsgevonden op dag 'X+1' en dat er daardoor sprake is van een delay van 2 dagen, terwijl de andere partij stelt dat de behandeling al heeft plaatsgevonden op dag 'X' waardoor er slechts sprake is van een delay van 1 dag. Door een dergelijk verschil van inzicht over de feiten expliciet te benoemen, kan allereerst worden beoordeeld of partijen eigenlijk al wel toe zijn aan het vragen van een medische expertise. Op basis van hetgeen door de ene partij wordt gesteld en door de andere wordt weersproken, kunnen de betrokken juristen bepalen waar de verschillen zitten en op wie de bewijslast rust voor onduidelijkheid met betrekking tot bepaalde feiten en omstandigheden. Komt men daar niet uit, dan kan op dat moment alsnog worden besloten gezamenlijk een deskundige in te schakelen en op welke wijze met het voorgaande in de vraagstelling rekening wordt gehouden. De benoemde deskundige zou bijvoorbeeld expliciet kunnen worden verzocht zich uit te laten over de verwachte gevolgen in beide gestelde situaties, dus zowel uitgaande van een delay van 1 dag als een delay van 2 dagen.

Een andere voorwaarde voor een geslaagd beroep op Aanbeveling 23 is dat er geen sprake mag zijn van een klassieke scholenstrijd. Daarvan is binnen het medische aansprakelijkheidsrecht sprake wanneer de ene groep medisch specialisten in een gegeven situatie zou kiezen voor een bepaalde optie, terwijl de andere groep medisch specialisten in vergelijkbare omstandigheden juist zou kiezen voor een andere optie, terwijl voor beide opties geldt dat er in principe is gehandeld binnen de grenzen van de professionele standaard. Voorbeelden daarvan zijn het wel of niet toepassen van wervelkolomchirurgie bij lage rugklachten, of de keuze voor een tangverlossing dan wel een vacuümextractie bij een niet vorderende bevalling. De reden voor deze voorwaarde ligt voor de hand. Indien er sprake is van een klassieke scholenstrijd is de discussie hierover in principe immers nooit afgerond. De uitkomst wordt in dat geval (te) sterk bepaald door de keuze van de persoon van de deskundige. De vraag of er in een bepaalde situatie sprake is van zo'n klassieke scholenstrijd zou indien nodig – en waarschijnlijk tegen relatief geringe kosten – wellicht kunnen worden voorgelegd aan de betreffende beroepsvereniging. Overigens speelt deze vraag in de praktijk zelden een rol. Waar het om gaat is, zoals gezegd, of het handelen van een zorgverlener een schending betreft van de op dat moment geldende professionele standaard.

MEDISCHE ADVIEZEN

Waar mogelijk dient te worden gestreefd naar een gespecialiseerd medisch advies. Daaraan zijn mogelijk in eerste instantie hogere kosten verbonden, maar een dergelijk advies kan in latere fasen veel voordeel (qua tijd en kosten) opleveren.

In de praktijk leidt het bij belangenbehartigers (en patiënten) soms tot argwaan indien verzekeraars de medische adviezen die zij gebruiken om tot een standpunt te komen over het medisch handelen van de aangesproken zorgverlener, om hen moverende redenen niet in kopie aan de patiënt overleggen. Om binnen de grenzen van hetgeen praktisch mogelijk is toch zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de wederzijdse belangen, kan de volgende handelwijze mogelijk een oplossing bieden:

Indien aan de zijde van de patiënt en zijn belangenbehartiger, na overleg met de eigen medisch adviseur, gereede twijfel resteert omtrent de onderbouwing van het standpunt van de verzekeraar of het ziekenhuis en/of de kwaliteit van het onderliggende medisch advies, dan wel de vraag rijst of door de verzekeraar

of het ziekenhuis überhaupt wel een medisch adviseur is geraadpleegd, zal de verzekeraar of het ziekenhuis zijn gemotiveerde standpunt op verzoek van de belangenbehartiger of de patiënt mede door de geraadpleegde medisch adviseur voor akkoord laten ondertekenen. Vice versa geldt overigens hetzelfde: indien juist aan de zijde van de verzekeraar of het ziekenhuis na overleg met de medisch adviseur gerede twijfel resteert omtrent deze aspecten, zullen ook de patiënt en zijn belangenbehartiger hun gemotiveerde standpunt op verzoek van de verzekeraar of het ziekenhuis – indien zij niet bereid zijn een afschrift van het medisch advies te verstrekken – mede door de geraadpleegde medisch adviseur “ik heb in dezen geadviseerd” laten ondertekenen.

De Letselschade Raad, februari 2023
Bezuidenhoutseweg 60, 2594 AW Den Haag
Postbus 93309, 2509 AH Den Haag
T (088) 3322555
E info@deletselschaderaad.nl
www.deletselschaderaad.nl