

## **Over Zelfregulering der Artsenij en Aansprakelijkheid in Gevolge.**

Zoals de titel al aangeeft bestaat er een verband tussen de mate van aansprakelijkheid van een arts en zijn (on-) vermogen tot gewenst zelfregulerend handelen. Impliciet staat dit thema in het belang van de bescherming van de patiënt en het aanbieden van een deugdelijke gezondheidszorg conform de grondwettelijke bepalingen. In dit epistel worden daarom twee artikelen uit de eerste helft van 2009 opvolgend behandeld en in vergelijk besproken: 1) Een publicatie van Prof. Mr. A.C. Hendriks in het Leidse Universiteitsmagazine Elsa en 2) De rede van Prof. Mr. Johan Legemaate als voorzitter van de vereniging voor gezondheidsrecht (d.d. 17 april 2009).

Het artikel van Professor Hendriks behandelt onder voorwaarden de medische aansprakelijkheid bij het (niet) naleven van kwaliteitsnormen. En het artikel van Prof. Mr. Legemaate is geschreven met het oog op de komende veranderingen in de medische wetgeving, waarin de veiligheid en de rechtspositie van de zorgconsument verder vorm gegeven moeten worden, en waarin de Professor zijn bezorgdheid uit voor overregulering, waardoor de bescherming en het recht van de patiënt zelfs benadeeld kan worden. Terwijl het ene artikel een gedachtegoed over de aankomende vernieuwingen betreft waarmee de positie van de arts in zelfbeschikking ter discussie staat, behandelt het andere artikel de huidige aansprakelijkheidssetting (inclusief geschiedenis) van medische beroepsbeoefenaars in het onder eigen verantwoordelijkheid handelen met richtlijnen en protocollen als hulpmiddel met een korte beknopte weergave van de ontwikkeling en huidige status van de medische wetgeving. De functionaliteit en integriteit van het zorgsysteem laat zich het beste zien in kritische situaties zoals de beoordeling van (niet-/) verwijtbare schade.

Opvolgend in conjunctie tot elkaar (met referentie naar de tussendoor gemaakte opmerkingen onder de voetnoten) volgt een beschouwing op beide artikelen, met een algeheel commentaar ter afsluiting om de behoefte in de situatie en de status van de zorgconsument kort te beschrijven.

### **Medische aansprakelijkheid bij (niet) naleven kwaliteitsnormen (Prof. Mr. A. Hendriks).**

#### **Inleiding**

De overheid verlangt maatregelen ter bevordering van de Volksgezondheid, aldus de herziening van 1983 betreffende artikel 22 van de Grondwet. Zij bevat ondermeer de wettelijke verplichting zich in te spannen ter verwezenlijking van het stelsel gezondheidszorg dat voldoet aan de eisen van beschikbaarheid, toegankelijkheid, geschiktheid en kwaliteit. Onder wettelijke garantie behoort de overheid als vanouds de kwaliteit van de zorg en de toelating van personen die beroepsmatig zorg aanbieden te bewaken en aan te bieden. Wat onder verantwoorde zorg behoort verstaan te worden wordt vanwege het vergaande specialisme door de beroepsgroep/-beoefenaar echter zelf bepaald, wat ook zijn gelding toont in beoordelingen van medisch handelen achteraf.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vanwege het hoge specialisme is het begrijpelijk dat zij zelve de betekenisgeving over wat er onder verantwoorde zorg verstaan moet worden heeft vormgegeven, maar is dit zonder overheidsbemoeienis in de uitvoering ervan opgebouwd? Is dat dan de reden waarom IGZ slechts selectief incidenteel naar signalen corrigerend toezicht praktiseert? N.B.: Qua arbeidsmarkt werken mensen dan eens voor IGZ en die personen kunnen later of eerder ook in gezondheidszorg zelf werkzaam zijn (geweest)í Dit gegeven is ook van toepassing op het eventueel werkzaam zijn voor het departement WVS. In hoeverre kan er sprake zijn van belangenverstrengeling vanwege verwantschap?

Die medische autonomie is echter niet onbeperkt, er bestaat weldegelijk een aansprakelijkheid voor gemaakte fouten (die leiden tot verwijtbare schade) voor de benadeelde / de zorgconsument. Of de beroepsbeoefenaar te kort is geschoten zal door een overheidsrechter getoetst moeten worden vanwege de grondwettelijke verantwoordelijkheid hiertoe. Maar hoe gaat zo'n rechter dan te werk, en hoeveel gewicht kent hij toe aan de door de beroepsgroep zelf opgestelde kwaliteitsnormen in het al dan niet naleven ervan door de behandelaar in een individuele casus? In het artikel van Professor Hendriks wordt hier nader op ingegaan, waarbij we enkel de kwesties beschouwen waarin de deugdelijkheid van (hulp-)middelen en apparatuur niet ter discussie staan, het voorgelegde geschil betreft uitsluitend de behandelwijze van de aangeklaagde behandelaar.

### Kwaliteit van de zorg.

Op grond van de grondwettelijke verplichting dient de overheid de kwaliteit van de zorg te bewaken en te bevorderen. Aanvankelijk ging met uit van de maakbaarheid van de samenleving met een zelfgeformuleerde formulering met een gecentraliseerde benadering hierover. De Wet Uitvoerende Geneeskunst (WUG) kwam hieruit voort, waar de ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en een veelheid van andere complexe regels uit voort kwamen. De WUG bleek echter weinig effectief, omdat er onvoldoende rekening werd gehouden met zorginhoudelijke ontwikkelingen en zij niet kon inspelen op ontwikkelingen zoals de emancipatie van de patiënt. Dit leidde tot het inzicht dat de partijen in het zorgveld zelf (zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten) meer eigen verantwoordelijkheid moesten nemen en dragen voor het waarborgen van de kwaliteit van de zorg. In 1989 werden in de zogeheten Leidschendam-conferenties in aanwezigheid van de overheid afspraken gemaakt over een gezamenlijk te voeren kwaliteitsbeleid. -Kortetijd hierop werd de wet BIG en de wet KZI geïnstalleerd. De eerste wet was bedoeld om burgers te beschermen tegen onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaars, door de verplichting op te leggen verantwoorde zorg aan te bieden van een goed niveau (art 40), doeltreffend, doelmatig en patiënt gericht afgestemd op de reële behoefte tot zorg (art 2 KZI). Als gevolg hiervan dienden zorgaanbieders (beroepsbeoefenaars en instellingen) vanaf dat moment verantwoorde zorg te bieden, weliswaar gebaseerd op eigen inzichtelijkheid hierover.<sup>2</sup>

Nadat de Hoge Raad in 1990 had bepaald, dat de maatstaf waarmee de aansprakelijkheid van een hulpverlener moest worden beoordeeld in het vergelijk met hoe een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in de zelfde omstandigheden zorgvuldigheid zou hebben betracht, heeft de wetgever hierop de Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst (WGBO) ingesteld, waarin de algemene zorgplicht in de eis tot goed hulpverlenerschap werd vastgelegd.

Deze regeling gaat uit van de plicht van de hulpverlener te handelen conform de voor medici geldende professionele standaard. Met deze verandering van denken over verantwoordelijkheid en de daarop volgende wetgevingsoperaties is de nadruk komen te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van hulpverleners en zorginstellingen voor het waarborgen van goede zorg;

---

<sup>2</sup> N.B.: KZI, de kwaliteitswet zorginstellingen uit 1996 (-de partner van de WGBO in de uitvoering van de patiëntenrechten) legde heel bewust de eindverantwoordelijkheid voor de integrale kwaliteit van de zorg terug bij het bestuur van de zorg. Het bestuur kon geen invulling geven aan zo'n wet, want ze zou ook geen informatie over de instelling hebben van visitatiecommissies. Die KZI wetgeving is echter voor kennisgeving aangenomen kunnen we vernemen uit het hierna te behandelen epistel van prof Legemaate. In -samenwerking met de overheid zelve werd er alsdus sprake van een zekere verwijtbare nalatigheid met duidelijk nadelige gevolgen voor de zorgconsument!

en de overheidsbemoeienis kwam hiermee op enige afstand te staan, alhoewel dit niet betekende dat de overheid hiermee haar handen van de sector af trok. De wet bevat tal van waarborgen in procedurele en materiële normen ter bescherming van de kwaliteit van de zorg en andere beschermwaardige belangen; de *eindverantwoordelijkheid* voor de bewaking en de bevordering van de gezondheidszorg is bij de overheid blijven liggen. De Inspectie voor GezondheidsZorg is hiervoor een toezichthoudende rol toebedeeld; bij wet in het BIG neergelegde wettelijk systeem van tuchtrecht. Een ernstig tekort schietend medisch beroepsbeoefenaar kan verder praktiseren ontzegt worden door het uitschrijven van de betreffende geneeskundige uit het BIG register. De medisch - professionele autonomie blijft (in theorie) een begrensde vrijheid, een voorgestelde of (niet) uitgevoerde behandeling moet de beroepsbeoefenaar altijd zelf kunnen verantwoorden.

### Protocollen

De gezondheidszorg is met de invoering van de wet BIG en KZI in toenemende mate geprotocolleerd. Ze bevatten draaiboeken voor alle bij de zorg betrokken partijen. Er bestaan lokale, regionale en landelijke protocollen met inhoudelijke diversiteit betreffende richtlijnen in behandeling of op organisatorisch, procedureel dan wel veiligheidsvlak, dan wel op bijvoorbeeld financieel vlak, allemaal met min of meer bindend karakter voor de betrokkenen. Hiervoor zijn systematische wetenschappelijk gefundeerde praktijkrichtlijnen opgesteld. Het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO spreekt kortweg in landelijk geldende vakinhoudelijke aanbevelingen over richtlijnen voor optimale zorg.<sup>3</sup> Deze richtlijnen beogen primair de eenvormige aanpak van medische problemen te bevorderen, uitgaande van de beste kansen op een gunstig resultaat, en zij dient als instrument tot zelfregulering voor artsen, bedoeld ter ondersteuning bij het nemen van kwalitatief verantwoorde beslissingen tijdens medische interventies in klinische situaties voor zowel artsen, als ook andere zorgverleners, maar ook patiënten (!). Daarnaast kunnen de richtlijnen ook een economisch doel hebben in de zin van doelgericht medisch handelen.<sup>4</sup> Prof. Hendriks maakt daarbij opmerkzaam dat de richtlijn bovendien beschouwd moet worden met een zekere consensus onder behandelend vakgenoten over de voorgestane behandeling en het tijdsverloop sinds deze richtlijn tot stand is gekomen en voor het laatst geëvalueerd is geweest. De richtlijnen zijn een steeds grotere rol gaan spelen bij de bepaling van de professionele standaard van beroepsbeoefenaars. Zorginstellingen hebben ook een belang bij een goede implementatie en naleving van deze richtlijnen conform de aan hen opgelegde wet KZI (art.2j art.3). Aangenomen wordt dat de richtlijnen en andere instrumenten tot zelfregulering efficiënt en doelmatig medisch handelen bevorderen en het enkel blind opvolgen van richtlijnen tegengaat. Hulpverleners moeten oog blijven houden voor de bijzonderheden van ieder individueel geval en zich rekenschap geven dat behandelingsrichtlijnen ook beperkingen kennen.<sup>5</sup> Richtlijnen ter behandeling kunnen een hulpmiddel zijn bij het vormen van een prognose, een diagnostische of een therapeutische beslissing, zonder dwingend hierin te zijn.

De verantwoordelijkheid voor een klinische beslissing rust bij de individuele beroepsbeoefenaars. Zij moeten hun handelen immers tuchtrechtelijk zowel bij naleving als bij afwijking ervan kunnen verantwoorden.

---

<sup>3</sup> *We kunnen nogal wat organen benoemen die voorbij kunnen zijn gegaan aan vele medische misstanden inclusief de openlijk in zijn bestaan erkende zwijgcultus rond de beoordeling van medisch handelen, nadat letselschade is ontstaan, bewust zijnde van handelen in het nadeel van het slachtoffer: IGZ, NZA, CBO...etc, eh...kwartetten?*

<sup>4</sup> *Het voorkomen van meerkosten in de medische behandeling zou ook de letselschadepraktijk moeten beslaan.*

<sup>5</sup> *Het geen oog hebben voor de patiënten (belang) ongeacht het wel/niet in acht nemen van behandelingsrichtlijnen is een gebrek aan empathie van de zorgaanbieder naar de zorgconsument als individu en beperkt de kwaliteit van de zorg. Een patiënt is méér dan een spreekwoordelijk medisch te behandelen zorgobject der praxis medici.*

## Aansprakelijkheid voor medische fouten.

Prof. Hendriks geeft eerst een uiteenzetting weer van de hoofdlijnen van het medisch aansprakelijkheidsrecht alvorens in te gaan op de status van dergelijke eerdergenoemde richtlijnen die ook bij een *civielrechtelijke* procedure ter beoordeling worden betrokken.

Het in boek 7 opgenomen WGBO bevat nauwelijks normen inzake de aansprakelijkheid van medische hulpverleners voor medische fouten.<sup>6</sup> De wettelijke regeling vereist dat de beroepsbeoefenaar de zorg van een goed hulpverlener in zijn/haar werkzaamheden dient te plegen (art 7;453 BW), daarnaast bestaat er de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis aansluitend op de KZI (art 7;642), het verbod op beperking of uitsluiting van aansprakelijkheden (art 7;463) en de schakelbepaling die wijst op andere rechtsverhoudingen dan in die afdeling (WGBO) zijn geregeld (art 7;464), en (/of anders) krachtens de gemaakte overeenkomst tot behandeling. Als gevolg van de gelaagde structuur van het Burgerlijk Wetboek moet een rechter een (beweerlijke) medische fout (op *de eerste plaats!*) beoordelen aan de hand van de algemene regels van het BW. Medisch aansprakelijkheidsrecht verschilt in wezen niet veel van het gewone civielrechtelijke aansprakelijkheidsrecht: 1) er moet sprake zijn van een toerenkenbare tekortkoming (=medische fout), 2) de benadeelde (patiënt) heeft hierdoor schade geleden, en 3) de schade is het gevolg van de toerekenbare tekortkoming (=causaal verband).

Of de behandelaar aansprakelijk is voor een behandeling gelijke een medische fout is afhankelijk van de vraag of er sprake is van een tekortkoming in de naleving van de overeengekomen behandelovereenkomst (het niet nakomen van de verbintenis); of dat de handelingen zonder een contractuele overeenkomst zijn gepleegd (buitencontractuele of delictueuze aansprakelijkheid); of wel dat de beroepsbeoefenaar hierin oorzakelijk een schuld is te verwijten krachtens de wet of in het verkeer geldende opvattingen (onrechtmatige daad). Dit gemaakte onderscheid in de medische rechtspraak heeft op zich weinig gewicht in belang, immers de beroepsbeoefenaar is ingevolge de schakelbepaling van de WGBO zowel binnen als buitencontractueel gehouden de zorg van een goed hulpverlener te betrachten. Om te bepalen of de =tekortkoming kan worden =toegerekend worden aan de beroepsbeoefenaar is het van belang te bepalen of er sprake is van een eigen =fout van de beoefenaar, dan wel een fout van een hulppersoon, een gebrekkige zaak of organisatiefout die de beroepsbeoefenaar kan worden aangerekend. Ook is van belang om vast te stellen of er sprake is van een overtreding van een verkeers- of veiligheidsnorm. Samengevat is van belang te bepalen of de hulpverlener de zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en redelijk handelende beroepsgenoot heeft betracht (het goed hulpverlenerschap), en of de hulpverlener zich in voldoende mate heeft ingespannen dan wel of het overeengekomen resultaat is uitgebleven zonder dat er sprake was van overmacht (als vergelijk in de inspanningsverbintenis versus de resultaatsverbintenis).<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> De WGBO bevat de regeling omtrent rechten en plichten in de omgang tussen behandelaar en zorgconsument, en niet het vervolgbaar stellen van medisch handelen. Betreft het vervolgbaar stellen van medisch handelen bestaat er geen aparte aanvullende wetgeving. Men zal het moeten doen met feitelijke inhoudelijk benoeming van de daad en gevolg in betekenis met een teleologisch vergelijk van universeel benoemde strafbaarstellingen zoals wederrechtelijk schenden, verduisteren, mishandelen, valsheid in geschrifte en meened plegen etc. Bijkomend probleem is dat de bewijslast geheel op de schouders van het letselslachtoffer komt te liggen, de overheid blijft hierin in gebreke.

<sup>7</sup> Ik stel mij ook een analogie voor in medische handelingen en afspraken in vergelijk met de verkoopwetgeving, de warenwet en de verkeerswetgeving, allen onderhevig zijnde aan de burgerlijke en grondwettelijke bepalingen. Al die wetten zouden vergelijkbaar met elkaar moeten zijn, vanwege de grondwettelijke bepaling van inrichting van staat. Gebreken en leemtes in de medische wetgeving zouden in vergelijk hiermee bestreden en opgelost kunnen worden.

De wet bepaalt expliciet dat slechts schade die het rechtstreekse gevolg is van een gebeurtenis, die kan worden aangemerkt als gevolg van een wanprestatie of een onrechtmatige daad, voor een vergoeding in aanmerking komt. Naast de opgedane (medische) schade is de beroepsbeoefenaar ook aansprakelijk te houden voor -shockschade, emotionele schade en het daaruit voortvloeiend geestelijk letsel, als gevolg van de confrontatie met (de gevolgen van) een ernstig ongeval / voorval. Voor vergoeding komt die schade slechts in aanmerking waar de aansprakelijkheid van de schuldenaar verwijtbaar op rust. Er moet dus een causaal verband bevonden zijn tussen de opgedane schade en de veroorzakende handelwijze, hetgeen een complex vraagstuk is in het bijzonder in medische behandelingen. Ieder persoon is uniek, en kan anders reageren op een medische interventie, hierdoor kan ook de eventuele schade per persoon verschillen. Bij het overtreden van een veiligheidsnorm, die juist diende om een specifiek gevaar te voorkomen, wordt de kans op verwijtbare schade vanwege het overtreden van die veiligheidsnorm ook aanzienlijk vergroot. Als de schade niet het gevolg is van een specifieke gebeurtenis (zoals het overtreden van een veiligheidsnorm welke daardoor ook tot schade leidde), wordt in dat geval aangenomen dat de schade het gevolg is van een combinatie van factoren, en de rechter kan dan ook overgaan tot toekenning van een proportionele of naar ratio schadevergoeding.

Betreft de bewijslastverdeling bij medische aansprakelijkheidsclaims geldt dat de patiënt moet stellen en bewijzen dat er sprake is van een fout met schade in gevolge in causaal verband. -Wie stelt bewijstø(art 150 RV). De patiënt kan bij een strikte toepassing van deze regel in bewijsnood komen.<sup>8</sup> Van omkering van de bewijslast (dat de dader de aantijging moet weerleggen) is enkel sprake als een verkeers- of veiligheidsnorm is overtreden. Dit laat onverlet dat de aangeklaagde zorgverlener (ter betwisting van de stellingen van de patiënt) altijd voldoende feitelijke gegevens overlegt.<sup>9</sup> Daarbuiten houdt de rechter ook rekening met het tijdsverloop: indien de medische fout lange tijd geleden heeft plaats gevonden of indien het dossier is vernietigd wegens het verlopen van de bewaartermijn, zal de rechter geen hoge eisen stellen aan het bewijs van de aangeklaagde. In het geval van een medisch-inhoudelijk geschil kan het slachtoffer en/of de rechter verzoeken om een onafhankelijke beoordeling van de beweerdelijke fout.<sup>10</sup> Zoø deskundigenbericht is een middel om de bewijslast van de patiënt (en de rechter) op te lossen, maar kent ook zijn nadelen.

### Rol van protocollen bij vaststellen aansprakelijkheid

Welk gewicht hebben behandelrichtlijnen (-die geen wettelijke status kennen doch een normatieve betekenis-) bij het bepalen van de aansprakelijkheid van een hulpverlener? De richtlijnen bevatten systematisch ontwikkelde en wetenschappelijk gefundeerde aanwijzingen voor medische interventies in specifieke klinische situaties, die bovendien door de beroepsgroep (instellingen, specialisten, instituten) zijn ontwikkeld dan wel geaccepteerd geworden. Het getuigt niet van goed hulpverlenerschap als deze behandelrichtlijnen zomaar ter zijde geschoven kunnen worden door een hulpverlener. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) ótoen nog Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) heeft in het verleden bepaald dat een

---

<sup>8</sup> Letselschadedossier schijnen nogal eens onvolledig op cruciale punten te kunnen zijn (bleek uit onderzoek van de Stichting Ombudsman te Hilversum) om tot een oordeel te kunnen komen, waardoor een inhoudelijke bepaling in causaal verband wordt bemoeilijkt. Terwijl de overheid zelf de normering in de medische sector vanwege het hoge specialisme aan de beroepssector zelf grotendeels overlaat, moet de burger als enkel persoon wel op specialistisch niveau aantonen dat hij/zij schade heeft opgelopen; hetgeen een scheve verhouding betekent met een achterstelling van het slachtoffer in haar rechtsmogelijkheden. De beoordeling van schade en het causaal verband of op zijn minst de ondersteuning van het slachtoffer hierin zou een overheidstaak behoren te zijn, niets meer en niets minder.

<sup>9</sup> Contra-expertise met onderzoek rond letselschadecausaliteit en status is een onontbeerlijk onderzoeksinstrument.

<sup>10</sup> Dr. Kingma erkende eerder al subjectiviteit in de beoordeling ten nadele van het slachtoffer als bestaand gegeven.

hulpverlener slechts in bepaalde situaties noodgedwongen kan afwijken van een protocol, dat door de instelling waarbinnen de hulpverlener werkzaam is geldt als richtlijn. Ook de patiënt kan als zodanig aanspraak maken op de veiligheidsnormering in de aansprakelijkheidsstelling, gelet dat er een causaal verband bestaat tussen het afwijken van een richtlijn en de verwijtbare schade. Het protocol kan aangemerkt zijn als een  $\text{æchte}$ norm waarover binnen de beroepsgroep een breed gedragen overeenstemming bestaat (consensus) over de voorgestane handelwijze, of zij kan louter een norm binnen de instelling zijn, maar het afwijken van welke richtlijnen dan ook -als causaal verband met de opgedane schade- verandert de mogelijke aansprakelijkheidsbepaling niet. Interne richtlijnen zouden hiermee dezelfde status hebben als de landelijke richtlijnen tot medische behandeling, omdat eventuele verschillen juridisch niet relevant zijn? Is in gevolge hiermee een beroepsbeoefenaar per definitie aansprakelijk bij iedere afwijking van ongeacht welke richtlijn, tenzij de aangesprokene er in slaagt te bewijzen dat de schade ook zonder die gedraging zou zijn ontstaan, hetgeen een omkering van de bewijslast zou inhouden? Naleving van verkeers- en veiligheidsnormen moeten in dezelfde mate dwingend zijn als de medisch-inhoudelijke behandelingsrichtlijnen. Van een richtlijn kan in bepaalde gevallen worden afgeweken, waarbij als maatstaf geldt dat de patiënt de zorg behoort te worden verleend die in omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts mag worden verlangd, welke door de behandelaar moet kunnen worden beargumenteerd. Dit betekend óók dat het volgen van een protocol niet zonder meer betekend dat een arts juist gehandeld heeft. De richtlijnen hebben een zekere praktische hanteerbaarheid (interpretatieruimte) van de opstellers gekregen door niet alle gegevens te vermelden, die normaliter aan de betrokken artsen op grond van hun medische kennis en ervaring bekend behoren te zijn. Kortgenomen behandelingsrichtlijnen hebben de status van een hulpmiddel te zijn en geen dictaat. De verantwoordelijkheid voor de (niet-)naleving van behandelingsrichtlijnen blijft bij de individuele beroepsbeoefenaar en zal voor zowel het naleven van een behandelingsrichtlijn als wel het afwijken ervan verantwoord moeten kunnen worden.

### Autonomie van de patiënt

In hoeverre is de medische aansprakelijkheid van de hulpverlener te beperken door zich te beroepen op de toestemming of uitdrukkelijke wil van de zorgconsument? De WGBO scherpt de vereiste tot toestemming van de zorgconsument tot medische behandeling door de zorgaanbieder verder aan (art. 7:450 lid 1 j<sup>o</sup> 7:468 BW), vanwege de gevraagde wilsovereenstemming (art 6:217 BW) tussen behandelaar en patiënt. Een zorgaanbieder's eigen verantwoordelijkheid in medisch handelen gebiedt hem/haar niet blind te kunnen en mogen varen op de wil en de wensen van de zorgconsument vanuit zijn/haar beroepsmatig verplichting tot het aanbieden van een adequate gezondheidszorg en zou zich hiervoor persoonlijk in alle situaties moet kunnen verantwoorden.

### Conclusies

Behandelingsrichtlijnen en andere protocollen zijn in de ontwikkeling van de medische wetgeving een steeds grotere rol gaan spelen (oorspronkelijk bedoeld als kwaliteits- en efficiëntie- instrument) in medische aansprakelijkheidclaims. De richtlijnen kunnen namelijk opgevat worden als uitdrukkingen van de professionele standaard van hulpverleners (art. 7:453 BW). Als gevolg hiervan leidt het afwijken van een richtlijn in het geval van ontstane schade en gezondheidsklachten van de patiënt tot het vermoeden van een medische fout. De richtlijn kan als zwaard dienen (van de patiënt), maar tevens als schild dienen (van de behandelaar) in medische aansprakelijkheidclaims. Het naleven van de behandelingsrichtlijn veronderstelt dat kwalitatief verantwoorde zorg geboden is geworden. Het ontstaan van schade lijkt hiermee dan eerder pech of toeval te zijn? De behandelingsrichtlijn is bovenal een hulpmiddel voor de beroepsbeoefenaar

en de patiënt in het nemen van beslissingen over de meest aangewezen behandeling. Hier mag in bepaalde gevallen van afgeweken worden en soms is afwijking van de richtlijn in het belang van de patiënt geboden. Hulpverleners blijven hun eigen verantwoordelijkheid houden met de aan de uitoefening van een geneeskundig beroep gebonden verplichting, die soms de wil van de patiënt in de weg staat, omdat die laatst genoemde dan strijdig is met de professionele standaard.<sup>11</sup>

### **‘Low Trust’ in de gezondheidszorg (door Prof. Mr. Johan Legemaate).**

Uit het gedachtegoed van de Amerikaanse politicoloog en filosoof Francis Fukuyama komt de term *low trust* en *high trust* society voort. Hij schreef er zelfs een boek over getiteld: *Trust, the social virtues and the creation of prosperity*. Kortgezet komt het in dat thema er op neer dat in een *high trust* society vertrouwen en gedrag is gebaseerd op (het) gezamenlijke (besef van) normen, waarmee de beste voorwaarden voor welvaart en welzijn in de samenleving ontstaan. Een *low trust* society is een systeem wat puur steunt op formele (wettelijk gedefiniëerde) instrumenten, om beleidsdoelen te kunnen realiseren. Volgens Prof. Legemaate is Nederland een *high trust* society en daarentegen zou België een *low trust* society zijn, zichtbaar in bijvoorbeeld onderwerpen uit het gezondheidsrecht, waaronder bijvoorbeeld het tot stand komen van een Euthanasiewetgeving. Door de strikt gedefiniëerde wetgeving heeft de Euthanasie-wetgeving in België langs een heimelijke ontwikkeling pas in 2002 geresulteerd in een wetgeving. In Frankrijk is het thema euthanasie nu nog steeds een erg moeilijk onderwerp. Resumerende bestaat er in de *high trust* society meer ruimte voor zelfregulering met een wetgeving die hier de ruimte toe biedt.<sup>12</sup>

### **Patiëntenrecht.**

Volgens Professor Legemaate voltrekken er zich binnen (de privatisering van) de Nederlandse gezondheidszorg ontwikkelingen, die grote gevolgen met zich mee gaan brengen voor dat rechtsgebied en in het bijzonder voor de hulpverlener-patiënt-relatie, vanwege het expliciet toekennen van rechten aan de patiënt en de kwaliteit en de zorg centraal te stellen, hetgeen hij als een *low trust* ontwikkeling beziet, waarbij de uitwerking ervan fundamentele vragen oproept over het

---

<sup>11</sup> *De beoordeling van medisch handelen is afhankelijk van de omgang met richtlijnen in vergelijking met het handelen van een redelijk vakbekwaam collega onder redelijk vergelijkbare situatie, mede vanwege het gegeven dat de geneesheer alleenstaande in medische interventie tot ingrijpende en direct medische consequenties opwerpende handelingen moe(s)t besluiten. Een ander belangrijk thema wat prof Hendriks hier niet benoemt is de onderkenning van de ervaringsdeskundigheid van de zorgconsument in het besluiten tot het volgen of het afwijken van een zeker protocol, mede in het kader van een goede afstemming in de zorgketen. Gebrek van empathie van een behandelend arts speelt ook een rol in het niet opmerkzaam zijn van leken ervaringsdeskundige informatie. Het rekenschap geven van ervaringsdeskundigheid van de zorgconsument kan een preventief karakter hebben op het veroorzaken letselschade. (Bijvoorbeeld betreft de kennis van ongewenst medicatiecombinaties voor een zeker individu.)*

<sup>12</sup> *De term High Trust, die Prof. Legemaate benoemt is vertekend, en schept de illusie dat een zogenaamde ‘high trust’ society beter zou werken. Maar dit is enkel het geval als er inderdaad sprake is van vertrouwen en gedrag wat nageleefd wordt en gebaseerd is op (het) gezamenlijke (besef van) normen. Om een beleid te kunnen voeren heeft men een bewakingsstelsel van grenzen en normen nodig (strafrecht). Straf is een overheidstaak, en de bepalingen ervan dienen rechtlijnig te zijn zonder dat men (onder zelfregulering subjectief) hier een eigen interpretatie aan kan geven. Om een ‘high trust’ organisatie te zijn heeft men wel een ‘low trust’ referentiekader nodig zou je kunnen stellen. Zo is in België de afhandeling en de beoordeling van letselschadezaken vele malen beter geregeld dan in Nederland. Mensen misbruiken of medisch mishandelen zonder dat er bij bevinding ingegrepen wordt door overheid of collega's is daar ondenkbaar, in Nederland kennen we inmiddels een aantal schokkende voorbeelden van uitwassen van die ‘geroemde vrijheid’ van zelfbeschikking der artsenij ten nadele van de zorgbehoefte.*

instrumentarium binnen de gezondheidszorg om belangrijke beleidsdoelen te realiseren.<sup>13</sup>

Het afschaffen van adviesorganisaties zoals de Raad voor Volksgezondheid heeft de politiek wel meer bestuursbevoegdheid gegeven, maar in dit soort ophanden zijnde beleidswijzigingen heeft het wel afbreuk gedaan aan de consensus en het draagvlak waarmee de implementatie van het nieuwe beleid in de acceptatie ervan door de medische sector had kunnen worden versneld en vergemakkelijkt. Over de geldende wetgeving zijn tal van kritische vragen, waaronder een vraag om aanpassing/bijstelling ervan.

Het is begrijpelijk dat de overheid, nota bene in sterke mate daartoe aangezet door patiënten- en cliëntenorganisaties voorstellen ontwikkelt om de wetgeving op het gebied van de rechten van de patiënt en de kwaliteit van de zorg te actualiseren. Wetgeving is echter een instrument en geen middel om een beleid te realiseren. De overheid streeft ernaar om bestaande wetten te vervangen door nieuwe integrale Wet cliëntenrechten zorg. Het zwakke punt in de hervormingen volgens Prof. Legemaate is dat men niet de vraagstelling maakt om welk probleem het nu gaat, en wat de beste methode is om dat probleem dan te tackelen. Het opstellen van de Wet Geneeskundig Behandel Overeenkomst was de eerste aanzet tot het expliciet formuleren van de rechten van de patiënt en volgens Prof. Legemaate kent de huidige WGBO een duale doelstelling: enerzijds het verduidelijken en versterken van de rechtspositie van de patiënt en anderzijds ook het respecteren van de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder; en de vraag is hoe de wetgeving zal worden ingebed in een breder kader van aanpalende instrumenten en interventies om de recht positie van de patiënt te verbeteren, omdat het voorstel zelf weinig ingebed zou zijn in de rechtsontwikkelingen van de huidige tijd. Er is de laatste tijd veel onderzoek gedaan naar de mogelijke en de onmogelijke juridische interventies in de gezondheidszorg, en de vraag is in welke mate juridisering wenselijk en aanvaardbaar is om een zekere mate van belangen en doelen van zorgconsumenten na te streven. Prof. Legemaate noemt de term 'mondigheid van de patiënt' als een in het wetsontwerp gebezigde mantra, omdat er ook een grote groep om allerlei redenen niet eens de vaardigheid hebben daartoe; er wordt weinig ingegaan op de mogelijke effectiviteit en werkbaarheid van de voorgestelde maatregelen, en hij beschouwd de ontwikkeling eerder als een bedreiging van de rechtspositie van de patiënt dan een verbetering ervan. De wetgeving probeert zoveel mogelijk gaatjes te dichten met extra regelgeving. Als voorbeeld hiervan wordt genomen om een onafhankelijke geschillencommissie het recht te geven om kwaliteitsregisters van zorgaanbieders in te zien indien het vermoeden bestaat dat informatie daaruit ten onrechte niet is opgenomen in een patiëntendossier. Dit is dan een gecodificeerde 'low trust'. Professor Legemaate verbaasde zich ook over de nogal passieve houding van patiënten-organisaties in het traject van hervormingen. Juist zij zouden als eerste bezorgd moeten zijn of de voorstellen werkelijk aan de belangen van hun cliënten ten goed komen, en of het beoogde stelsel uiteindelijk en vooral een (nog verder gaand) 'lawyers paradise' blijkt te zijn.

---

<sup>13</sup> Gezondheidszorg is er voor de patiënt en om die reden nemen de rechten van de patiënt van oudsher binnen het gezondheidsrecht een centrale positie in, ondanks het gegeven dat de patiënt zelf als zorgconsument slechts de laatste partij van geuit belang is in de uitvoering ervan. In 2006 benoemde professor Legemaate ook het bestaan van de zwijgcultus rond de beoordeling van letselschade na een medisch ongeval. Het is het schoolvoorbeeld van een maatschappij die wel degelijk een zekere 'low trust'-regulering behoeft. (De uitwassen van de zwijgcultus strekken van misbruik met voorbedachten rade tot aan secundaire victimisatie met schending van maatschappelijke belangen van het slachtoffer door het achterwege blijven de onderkenning van het ontstaan van letselschade. Secundaire victimisatie van slachtoffers behoort volgens de gedragscode in het behandelen van slachtoffers zelfs tegen gegaan te worden.) Een 'high trust society' is eerder een ideologie. Een samenleving behoeft een formulering van uiterste grenzen met een uitgesproken onbetwistbare regelgeving ter bewaking ervan, om daarbinnen in een zelfregulerend (zelf-) verantwoordelijk 'high trust'-bestaan te kunnen laten gelden (onder een zeker toezicht).

De wet cliëntenrechten staat nog niet in het staatsblad, aldus er is nog aan te sleutelen naar een evenwichtiger en efficiënter wetsvoorstel dat gebaseerd is op wetenschappelijke en empirische inzichten over wat wel en wat niet in beleid realiseerbaar is, gericht op het stimuleren van -High Trust- in plaats van het codificeren van -Low Trust-ontwikkelingen.

### Kwaliteit van de zorg.

De kwaliteit van de zorg is een deelthema binnen het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg, wat een geheel eigen dynamiek heeft gekregen. Ten gevolge van diverse in de media breed uitgemeten incidenten, waarvan enkel zelfs decennia lang onder stilzwijgen gaande waren (-MST-), is er een uitvoerige discussie ontstaan over de verantwoordelijkheden van de uitvoerende partijen die in dat kader een rol spelen (: specialisten, raden van bestuur en toezicht en externe toezichthouders (waaronder IGZ)), zij allen hebben steken laten vallen. De kwaliteitswet zorginstellingen KZI uit 1996 (-de partner van de WGBO in de uitvoering van de patiëntenrechten-) legde heel bewust de eindverantwoordelijkheid voor de integrale kwaliteit van de zorg terug bij het bestuur van de zorg. Het bestuur kon geen invulling geven aan zo'n wet, want ze zou ook geen informatie over hun instelling hebben van visitatiecommissies. De wetgeving is voor kennisgeving aangenomen. En het komt er op neer dat medisch specialisten en raden van bestuur van ziekenhuizen zichzelf en elkaar hebben toegestaan om onvoldoende verantwoordelijkheid te nemen voor de kwaliteit van de zorg en de verantwoordelijkheden onvoldoende op elkaar af te stemmen. We treffen disfunctionerende raden van bestuur en specialisten aan, al dan niet in combinatie met elkaar.

En zij staan niet tot elkaar als dader-óslachtoffer, maar zonneklaar als partners in crime. Dit is ook bevonden door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, maar aanbevelingen van hen om hier iets aan te doen schieten ook te kort.<sup>14</sup> De raad signaleert een nijpend probleem, maar komt op basis van onvolledige analyses tot oplossingen die een -low trust- klimaat in ontwikkeling in de gezondheidszorg verder zal stimuleren. Zo is bijvoorbeeld de toelatingseis voor specialisten als ondernemer niet de juiste plaats om verantwoordelijkheden met een meer collectieve dimensie te regelen. Het instellen van een publiekrechtelijke beroepsorganisatie (PBO) evenmin, het kan er voor zorgen dat de eigen verantwoordelijkheid van de zorgpartijen juist verder weggelegd wordt. Prof Legemaate stelt meer een soort landelijke overkoepelende kwaliteits-CAO - een collectieve regeling voor waarbinnen op individueel niveau toelatings- of arbeidsovereenkomsten (onder voorwaarden) afgesloten worden. De wetenschappelijke vereniging van medisch specialisten is zich wel bewust van het belang van een goede integratie van de medische specialistische en de ziekenhuisverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. Een optie is dat specialisten in/als vereniging vanwege het hoge specialisme (transparant?) hun eigen groep controleren.

Maar natuurlijk gaat het om veel meer dan enkel kwaliteitsvisitaties. De gezamenlijke verantwoordelijkheden van specialisten en ziekenhuisbestuur voor de plicht tot een goede integrale zorg omvat veel meer aspecten dan het niveau van professionaliteit van specialisten. Het afstemmen van een goede samenwerking tussen verschillende hulpverleners onderling vanuit verschillende zorggebieden onderling is zo'n aspect wat aandacht behoeft.

De minister van VWS wil ook de relatie tussen raad van bestuur en interne toezichthouders bij wet vast leggen het geen het klimaat van -low trust- oversterkt. De ervaring leert dat wettelijke regelingen zonder effect blijven omdat de verantwoordelijke partijen de bepalingen van de wet miskennen of negeren, waarmee Professor Legemaate stelt dat een gedetailleerde wetgeving

---

<sup>14</sup> Begin met het codificeren van strafbaarstelling (ontslag of vervolging) in het niet naleven van wetten en afspraken.

zelden de oplossing brengt.<sup>15</sup>

Het vertrouwen van overheid en samenleving (burgerij) is duidelijk afgenomen volgens Professor Legemaate, doordat de zorgsector zelf haar verantwoordelijkheid neemt voor de problemen rond de kwaliteit van de zorg; zelfregulering is te lang samen gegaan met vrijblijvendheid.

Maar tegenover de incidenten als negatief gevolg van de zelfregulering staan ook de innovaties vanuit de zorg juist ook op het gebied van kwaliteit en veiligheid, en de overheid zou er goed aan hier stimulerend op te richten. Volgens Professor Legemaate valt hier meer van te verwachten dan van rigide wetgevingsarrangementen en andere verticale interventies. Als zelfregulering leidt tot vrijblijvendheid, dan is hard en repressief extern toezicht gerechtvaardigd; en dat roept de zorgsector dan zelf over zich af. *(Deze uitspraak toont de grandeur van Professor Legemaate!)*

### Ter afsluiting.

De ervaringen en rechtsontwikkeling binnen het gezondheidsrecht geven aanleiding om de effectiviteit ervan te wantrouwen met aanzienlijke risico's op een toename van formele en bureaucratische verhoudingen in de zorg -en van top-down arrangementen- waar het gaat om het waarmaken van de kwaliteit van de zorg en de hierop rustende verantwoordelijkheden, wat tot heden al vrij lang niet (altijd) is waargemaakt geweest. Partijen in de gezondheidszorg zullen op meer organisatorisch onderling -internøverband op hun verantwoordelijkheden aangesproken moeten kunnen worden. Wetgeving en andere vormen van regulering kunnen hierin een ondersteunende functie vervullen. In het kader van een -high trustø society moet beschouwd worden hoe de betrokken partijen het geschonden vertrouwen kunnen herwinnen, en hoe zij daarin gesteund kunnen worden (door aanspreekbaar te zijn).<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Op 20 november TK 27 27-2135 antwoordde de staatssecretaris WVS op kamervragen van mevrouw Van Blerck – Woerdman (VVD) over de klachtbehandeling en de informatievoorziening van de Inspectie, dat bij tuchtrecht en strafrecht de genoegdoening van de benadeelde niet voorop staat, maar het algemeen belang, hetgeen betekent dat het niet gezegd is dat de benadeelde zich hier ook effectief van kan bedienen. Er is wel een oorzaak hiervoor aan te wijzen: Vanwege het hoge specialisme en de zelfregulering van de arts in zijn medische handelwijze, ontstaan veel gebieden ook ter bepaling van de beroepssector zelf zijn, ook als het gaat om onvolkomenheden en stelselmatige problemen rond letselschade. In het artikel van Prof. Hendriks wordt hier nader op ingegaan... In de beleidsnota 'Veilig Melden' van de KNMG 2007 werd te kennen gegeven door de minister van Justitie dat (voorlopig) medische oneigenlijkheden nog steeds niet vervolgd behoeven te worden! Na een implementatie van een nieuwe wet zou het een en ander misschien mogen veranderen. Deze minister gaf in 2008 aan dat er een gedragscode voor het omgang met letselschadeslachtoffers opgesteld moet worden, terwijl de universele code voor de omgang met slachtoffers al in 2006 bestond. Hiermee kunnen wij het relaas van Prof. Legemaate omdraaien, met een dergelijk beleid er eerder sprake is van een 'high cheat' society dan een 'high trust' society. En ook als men ruimte geeft voor een eigen verantwoordelijkheid ter bepaling, dan nog geldt dat er sprake moet zijn van handhaving, maar kennelijk is de overheid 'mede partner in crime'...Men kan dan inderdaad regels maken wat men wil, en bestaande wetten zouden al moeten voldoen, maar ze worden gewoonweg naar willekeur nageleefd, doordat de overheid niet de eis tot naleving strikt handhaaft. Een wettelijk stelsel behoeft een bewaking van omschreven waarden en normen met een wetgeving die daar mogelijkheden toe schaft (dat is de functie van strafrecht); en daar is niets 'low trust' aan!

<sup>16</sup> Het openbaar toezien op de naleving van de wetgeving en het volledige transparantie zijn in medische kwesties doet geen afbreuk aan het principe van High Trust. Low Trust betekent dat voor alles vooraf en achteraf direct verantwoording dient afgelegd te worden, hetgeen het meegroeien met ontwikkelingen van de zorgmarkt ook bemoeilijkt, alsmede de op maat geboden zorgaanbieding van het individu. De plicht tot volledige transparantie in combinatie met medisch zelfreguleringrecht zou het beste van twee werelden kunnen combineren. Om vrij in vertrouwen te mogen handelen moet men ook transparant de vraag naar een inzage in die handelingen kunnen beantwoorden; immers als er niets te verbergen is, is er geen reden om over te gaan tot Low Trustregulering. De overheid behoort haar corrigerende taak daadwerkelijk uit te oefenen. Zolang dit niet gebeurt maakt het zelfs niet eens uit of we spreken van een High Trust of Low Trust Society.

## **Aansluitend commentaar op ‘Low Trust in de Gezondheids`zorg’ en ‘Medische aansprakelijkheid bij het (niet) naleven van kwaliteitsnormen voor de zorgconsument.**

Aansluitend op de beschouwing van beide artikelen met een verwijzing naar de daarbij geplaatste voetnoten kom ik terug op het kernthema van het belang van het centraal stellen van de veiligheid van de patiënt in zowel de medische behandeling als in de medische aansprakelijkheid hierover. (Op [www.dimitri.nu](http://www.dimitri.nu) en [www.paranormaalblog.nl](http://www.paranormaalblog.nl) staat een beschouwing naar aanleiding van een artikel hierover uit het New English Journal of Medicine (NEJM), vanwege een wet die de destijds senatoren Mw. Hillary Rodham Clinton en Dhr Barack Obama betreffende installeerden.) In deze onderstaande tekst zal achtergrond informatie gegeven worden en er zal ook aandacht besteed worden aan de wensen van de zorgconsument op medisch en juridisch vlak, en dan met name betreft de perikelen rond de beoordeling van letselschade. Want juist in dat gebied bemerkt de patiënt als slachtoffer wat zijn / haar rechten werkelijk betekenen. Immers, deugdelijkheid en functionaliteit van een organisatie toont zich in de mate dat het in staat is om te kunnen gaan met ongewenstheden. Is men in organisatieverband wel in staat om problemen met open ogen te aanschouwen en het hoofd te bieden of sluit men de ogen en zet men de deur open voor verder vergrijp met afglijden van de oorspronkelijke norm zoals deze gehandhaafd zou moeten worden?

Juist de ontwikkeling van de mondigheid van de zorgconsument en het ontstaan een expliciete rechtspersoon als consument als gevolg van de privatisering van de zorgmarkt maakt dat er een nieuwe zorgbranche kan ontstaan met meer democratische waarden en normen in de uitvoering ervan, waarin recht wordt gedaan aan alle partijen. De zorgaanbieder heeft een eeuw nodig gehad om te veranderen van een overheersend gesloten dogmatisch wereldje van geleerden die zich boven zijn medemens waande naar een meer open en menselijkere vorm in de omgang.

Wie zijn geschiedenis niet kent is gedoemd te herhalen! Begin vorige eeuw heerste zelfs nog de opvatting dat minderwaardigen geëlimineerd dienden te worden. Met name de psychiatrie hield zich hiermee bezig als overheersinggereedschap gesteund als werktuig van diverse regeringen / politieke partijen (ruim een halve eeuw voordat dit gedachtegoed zou uitmonden in de holocaust). De opvattingen in rangen en standen van sociale klassen en burgerij lagen toen geheel anders. Landwerkers werden anders behandeld omdat ze lager stonden dan bijvoorbeeld een ambtenaar; een dorpsdokter stond in aanzien hoger dan de burgemeester. Na de tweede wereldoorlog kwam de ommezwaai mede met dank aan de ontwikkeling van de moderne communicatiemiddelen en het bereikbaar maken van scholing voor iedereen, waardoor ook de burgerlijke verschillen in sociale afstanden verkleind werden. Ook een beweging als de flowerpower heeft een invloed in het veranderen van (maatschappelijk) denken gehad. In zijn totaliteit hebben de veranderingen bewerkstelligt dat ook de medicus van nu van een heel andere inborst is dan de medicus van toen. Maar, dit is wel onder een zekere dualiteit. Psychiatrie en Neurochirurgie hebben een verwantschap in opvattingen, daar kunnen we nog wat van de sfeer en opvattingen proeven die vroeger vrij algemeen gebezigd werden. Onder de groep neurochirurgen is men kennelijk ook niet vies van een (heimelijk?) experimentje naar vernemen. Vanaf 2002 worden met dank aan minister Borst psychiatrisch brainshocken ook weer toegepast, met enkel schade voor het slachtoffer, terwijl de medische curatieve zin ervan geheel niet vaststaat. Laten we wel wezen, psychiatrie gaat uit van een biochemisch disfunctioneren in de hersenen, maar kan deze niet meetbaar maken met bloedproeven. De werking van een medicijn is een kwestie van trial en error! Het DSM óIV model is stevig uitgegroeid, als het handboek voor de psychiater: voor veel ontwikkelde medicijnen (!) werd er een ziekte bijgezocht. Naast de veranderingen bestaan er ook scheve situaties. De Eed van Hypocratus kende intern een geheime code, de Eed van HypoCrytus?

Het door Dr. Aukes benoemde gebrek aan empathie van zorgaanbieders is ook een erfenis uit die verleden tijden. Er is al een omslag in mentaliteit verworven als we spreken over de kwaliteit van contact tussen de zorgaanbieder en de zorgconsument, maar de situatie aangaande geschillen betreffende medisch handelen loopt hierop nog achter. In het geval van ontstane letselschade door (verwijtbaar) medisch handelen kan (naast de openlijk in zijn bestaan erkende zwijgcultus rond medisch handelen) verhulling (door onvolledigheid in geschrifte van het medisch dossier en zelfs valsheid in geschrifte tot aan beeldfraude met scans toe) zich voordoen, als instrumenten van de zwijgcultus. Die zwijgcultus had van oorsprong een verzekeringstechnische reden met een gebod van de beroepsverzekeraar om te zwijgen over het ontstaan van letselschade. Immers een rechter zal eerst uitspraak moeten doen over de aansprakelijkheid. Deze schendende regelgeving maakte vele misstanden mogelijk, terwijl het geldelijk belang enkel bij de beroepsverzekering lag van de zorgaanbieder. Het ziekenhuis als centraal aansprakelijke wordt niet geldelijk belast, er bestaat naar vernemen zelfs een verzekering tegen medisch oneigenlijk handelen / experimenteel misbruik als casus op het moment dat het slachtoffer wel in staat blijkt haar casus te bewijzen. Een tweede partij die belang kan hebben bij verhulling kunnen medisch onderzoekers zijn dus, die graag buiten de zwaardere wetgeving om betreffende medisch experimenteel handelen hun werk zouden willen doen (,en zonder medeweten en toestemming van het zorgobject / de patiënt). Hier zien we dan nog uitwassen van de -bilaterale-oude cultuur der artseneij. Enerzijds was er de curatieve intentie, terwijl anderzijds -elimineerbare- gebruikt mochten- worden voor medische experimenten, die bovendien lang niet altijd een wetenschappelijk karakter hadden in werkwijze.

Advocaten zijn vanwege de zwijgcultus beperkt in hun mogelijkheden, en een gefinancierde rechtszaak duurt jaren terwijl een pro deo zaak zelfs riskeert dood te kunnen bloeden na een eerste juridische -ronde- Zo beschreef Paul Ruijs in -Medische Missers, Juridisch Gesjoemel- hoe een letselschade slachtoffer door advocaten van beide partijen in conjunctie benadeeld werd. Nederland is een schikkingland, er zal eerder geschikt worden, dan dat een beroepsuitoefenaar uit de reguliere zorg aangepakt wordt vanwege echt kwalijk medisch handelen. (Ook de recente zaak Janssen Steur gaat moeizaam van start.) Overigens zouden naar vernemen de uitspraken van het Tuchtrecht gewoon voor kennisgeving aangenomen kunnen worden zonder echte consequenties.

Thans is het zo, zoals we vernamen, dat de beroepsgroep zelf oordeelt over het handelen van een zorgaanbieder; in vergelijking met wat een redelijk vakbekwaam collega in alle redelijkheid onder dezelfde omstandigheden had gedaan. Op zich is dat begrijpelijk, immers de zorgaanbieder moest vaak vanuit een solitaire positie zorgbeslissingen nemen met het specialisme op de achtergrond als kennisgebied van handelen. De benadeelde heeft niet hetzelfde niveau als de specialist, maar de bewijslast voor de opgedane schade ligt bij het slachtoffer ondanks de zwijgcultus in gevolge. Het moge duidelijk zijn dat hier een taak voor de overheid ligt eisen te stellen aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van een medisch dossier om de causaliteit van letselschade te kunnen duiden.

Zolang de overheid haar verantwoordelijkheid niet neemt in het aanspreekbaar zijn over kwalijke situaties in de medische zorg, en de voortstrekking ervan niet bestrijdt op maatschappelijk en juridisch vlak, zal er niets veranderen aan die kwalijke situaties die zich ongeacht de wet tonen. Zoals op de eerste Europese dag van de rechten van de patiënt werd gemeld door Mr. Rijken KNMG in samenspraak met de andere deskundigen: "De huidige wetten volstaan, nieuwe wetten dragen niets bij aan de situatie, want mensen maken de maatschappij. (Een bevestiging dat de wet niet goed nageleefd wordt.) Op [www.kankerpatient.net/viewtopic.php?f=26&t=3992](http://www.kankerpatient.net/viewtopic.php?f=26&t=3992) kunt u een nagenoeg letterlijk citaat van die eerste dag gehouden in Nederland inhoudelijk vernemen. Mr. Rijken gaf aan dat we óók oog moeten houden voor de mooie en goede dingen in de zorg!

Het is eigenlijk contrasterend dat het juist de KNMG (Genootschap der medici) is, die feitelijk uitspraken doet in het belang van zorgconsument, alle belangenbehartigingsorganisaties voor patiënten ten spijt. (Zitten zij er kennelijk voor hun eigen geld, reden waarom de NPCF niet van WVS maar van de zorgverzekerings-branche haar inkomen wenst te ontvangen? Letselschade betekent vaak meer-schade voor de zorgverzekeraar, die deze doorgaans ook in stilte draagt.)

Om een High Trust Society te zijn, waar de burger vertrouwen in stelt en respecteert, dient men ongewenstheden te beschrijven met een strafrechtelijke grensbewaking, die in haar uitvoering dan geen High Trust beleid profileert, maar zaken grondig onderzoekt en corrigerend optreedt waar dat wenselijk is. In juist medische kwesties schort het aan daadkracht omdat een zekere belangenverstrengeling mogelijk is gemaakt door de gehele uitoefening en de beoordeling ervan neer is gelegd bij die beroepsgroep, terwijl op papier de overheid de eindverantwoordelijkheid draagt. De WGBO, KZI etc., inclusief zorgprotocollen kunnen bestaan onder een High Trust regulering, maar bij signalering van ongewenstheden dient een andere koers gevaren te worden. Zorg hoort bereikbaar, veilig en van professioneel niveau te zijn, daar is iedereen het over eens, maar wat als er ergens in het zorgproces iets fout gaat, en er letselschade ontstaat? Dan wordt een kwalijke zijde zichtbaar met macht uitoefeningen om belangen te bewaken. Inderdaad zal er in vergelijk met het handelingsprotocol en hoe een ander vakbekwaam collega in alle redelijkheid onder dezelfde omstandigheden gewerkt zou hebben een beoordeling gemaakt. Pas als er sprake is van verwijtbaar medisch handelen is er sprake van een medische (aan-)klacht. Maar binnenin de behandeling van een klacht schort het op een aantal vlakken ten nadele van het slachtoffer. Onderstaande ga ik hier nader op in bezien vanuit de wensen van de zorgconsument, om aan te voeren dat het coördineren van letselschadeprocedures een overheidstaak behoort zijn.

Het motief waarom een patiënt besluit over te gaan tot het voeren van een (juridische) procedure is met name het gesloten afwijzend gedrag van zorgverleners vanaf het moment dat een fout is opgetreden (het niet aanspreekbaar zijn). Het direct open overleg voeren bij het ontstaan van een letselschade kan escalatie van een geschil tegengaan. Als de mogelijkheid tot herstelbehandeling bestaat zonder dat deze behandeling een significant risico op meerschade zou betekenen, dan zou deze per definitie aangeboden behoren te worden, hetgeen tevens een oplossing van het probleem geeft en een voorkomen van een verdere procedure zou kunnen betekenen. Benadeelden willen graag herhaling voor een ander voorkomen en niet dat de kwestie binnenskamers blijft. Het tuchtrecht is primair bedoeld als instrument van de beroepsgroep om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen, maar hiermee is de genoegdoening van de benadeelde nog niet bediend als er sprake is van medische schade, hiervoor zal zij zich tot een geschillencommissie of het civiel recht moeten wenden. Is men van mening dat er crimineel gehandeld is, dan zal dit met tweevoudig onafhankelijk bewijs gepresenteerd moeten worden bij Justitie met verzoek tot een gerechtelijk vooronderzoek en strafvordering. De inbreng van de persoon met klachten is hierin gering ondanks de mogelijkheid tot een actieve participatie in het proces. Justitie kan daarbij ook criminele politiekøplegen in het belang van de wederpartij. De geschillencommissie daar en tegen is laagdrempelig en stelt geen eisen, en kan ook als voorportaal dienen voor opvolgende procedures, mits deze echt onafhankelijk van het ziekenhuis zou zijn. Het grootste probleem in klachtenbehandeling is het onvolledig kunnen zijn van medische dossiers (tot aan valsheid in geschrifte en beeldfraude toe) op cruciale punten om (niet) tot een inhoudelijk oordeel te kunnen komen; dit in combinatie met het niveauverschil in medische kennis tussen de klager en de wederpartij. Immers de bewijslast ligt bij de benadeelde als leek over het handelen van een specialist op dat gebied, en een medisch adviseur van een advocate doet hier ook niets aan af. Reden ook waarom de overheid zelf een objectief orgaan hiervoor dient te installeren.

Tegenwerping hierop is dat een dergelijk orgaan toch weer met dezelfde leden wordt bezet als een tuchtorgaan. De privatisering van de zorgmarkt kan dat euvel tegen gaan, omdat men privaats een contra-expertise als second opinion kan inwinnen. Echter ook deze kan in het geval van een beoordeling van letselschade net zo subjectief in het nadeel van het slachtoffer gedaan worden. Het slachtoffer (of de representant ervan) zal zelf ook de nodige kennis moeten verwerven, om een juiste gang van zaken in het onderzoek te kunnen bewaken, en om enige uitspraken te kunnen vragen in de expertise (de opdrachtgever is dan namelijk minder makkelijk te bedotten), ook al zou de visie van een ervaringsdeskundige minder zwaar wegen. Het wordt namelijk lastiger om verhullend commentaar te blijven geven in zo'n onderzoek. Omgekeerd beschouwt geldt dan: als een zorgconsument kan zich inleren (let wel niet iedere burger is daartoe in staat,) dan kan een geschikt overheidspersoon dit ook, waarmee de onaantastbare status van de beroepsgroep zelve ook als kennismonopoly niet langer exclusief is. Op zich is er niets op tegen als de beroepsgroep zelf over de kwaliteit en de veiligheid van medisch handelen oordeelt, mits dat transparant verifieerbaar onder opvraagbaar openbaar toezicht geschiedt op basis van volledige dossiers. Maar preferableer is dat er een autonoom overheidsinstituut komt, wat dit gehele domein rond letselschade gaat coördineren en inhoudelijk gaat registeren ook ten behoeve van preventie.

Schade vertaalt zich in gevolge in materiële schade (opgedane arbeidsbeperkingen) en in een significant verlies van levenskwaliteit in de dagelijkse ervaring van de schade aan den lijve met daarbij komend psychologische schade op immaterieel vlak. De overheid is zich hiervan bewust en benoemt het voorkomen van secundaire victimisatie, maar mist in de praktijk haar daadkracht. Nieuwe klachten zouden adequaat en direct onderzocht moeten worden, en onder oude gevallen zou onderzocht moeten worden op welke manier mensen die jarenlang met een klacht zitten toch een oplossing geboden kan worden. (Het gaat hier dan vooral om blijvende klachten gaan als gevolg van niet-adequate medische behandeling í (of helaas ook zelfs bewuste mishandeling).)

In het geval letselschade heeft het slachtoffer de volgende wensen op medisch vlak:

Medische dossier behoren zonder obstructie inzichtbaar te zijn. Het dossier hoort goed leesbaar, toegankelijk en compleet te zijn. (Het EPD behoort ook overeen te stemmen ermee.) Er moet meer integriteit komen in de medische sector, en er moet erkenning zijn van gedane fouten met tevens een recht op herstelbehandeling in alle redelijkheid. Artsen moeten hun verantwoordelijkheid durven te nemen en klachten van cliënten serieus te nemen; het ontbreekt nogal eens aan empathie. Er moet een juiste bezetting zijn van kundig oordelend personeel ten aanzien van de evaluatie van medisch handelen. De externe deskundigheid behoort in verslag als contra-expertise toe te voegen te zijn aan het oorspronkelijk medisch dossier, ware het alleen al, dat zij inzicht kan geven in de ontwikkeling van een pathologie en de (eventueel) opgedane letselschade. Externe expertise zou het dossier ook kan aanvullen op onvolledigheden in rapportage en/of diagnostiek. Medisch personeel en/of de patiënt zouden bij constatering van grove vormen van beroepsdeformatie, zoals misbruik en bewust grove nalatigheid in behandeling aangifte moeten kunnen doen bij de Politie of het OM voor een strafrechtelijk onderzoek. Als een klacht in die procedure wél gegrond wordt verklaard, dan moet er ook een corrigerende maatregel op volgen.

De laatste tijd is de gehele materie rond medische fouten en de zwijgcultus veelvoudig in het nieuws met diverse kwalijke voorvallen, hetgeen een belastende smet werpt op de beroepsgroep, die niet rechtvaardig is. Er gaat heel veel goed in de zorg, en veel mensen waaronder verplegend personeel doen hun werk met toewijding. Waar het om gaat is ernstig verwijtbare nalatigheid die tot schade leidt aan de patiënt als wel het misbruiken van patiënten te bestrijden. Tevens behoort er een degelijk compensatiesysteem te bestaan, waar alle partijen werkelijk mee bediend zijn.

Mede met de komst van de privatisering, waarmee de patiënt een rechtspersoon werd, kwam de vraag om een betere klachtenregeling in beweging tegen de invloed van de zwijgcultus in. Maar uit onderzoek van NIVEL bleek dat er slechts geringe vooruitgang geboekt was bij de formele klachtbehandeling. Ik denk dat de oorzaak in het gegeven ligt, dat de beroepsgroep zelve over haar eigen fouten oordeelt, én toezicht van overheidsinstanties in gebreke bleef, waardoor een zekere belangenverstrengeling zich voordeed. Als de veiligheid van de patiënt wettelijk op de eerste plaats wordt gesteld zal dit de gewenste consequenties hebben voor de klachtbehandeling. De verdere uitwerking van de klachten regeling zal er baat bij hebben, en ook de zorgsector kan nonchalance ermee bestrijden. De enige vraag die dan open blijft is hoe men met niet verwijtbare schade omgaat. Er is daarom veel te zeggen voor het no fault compensation plan wat in België wordt toegepast. In het geval van letselschade wordt een patiënt meteen overgeplaatst naar een ander ziekenhuis voor verdere (herstel-)behandeling en een objectief causaal onderzoek volgt. De patiënt valt dan medisch niet tussen wal en schip vanwege een zwijgcultus rond letselschade.

Er zijn twee klacht behandelingsprocedures: zijnde een informele en een formele procedure. Op informele klachtbehandeling tussen behandelaar en klager zal toezicht en registratie behoren te zijn, omdat in combinatie met het buitengerechtelijk afhandelen (zonder externe contra-expertise) het slachtoffer / de klager anders riskeert in een informele procedure nogmaals benadeeld te worden onder de vlag van de zwijgcultus, waarna de zaak dan alsnog formeel ingediend wordt. De communicatie in de onderhandeling en de interactie tussen de betrokken partijen buiten de gerechtelijke geschilbeslechting om is bepalend voor de effectiviteit van de klachtenafhandeling. Het informeel afhandelen van klachten kan de procedure versoepelen, maar het nadeel ervan is dat er (nog) geen toezicht op de afhandeling ervan en er ook geen algemene gegevensregistratie van bestaat waardoor de omvang ervan ook niet zichtbaar is ter controle. Maar ernstige kwesties behoren niet onderhands afgehandeld te worden met een eventuele schikking, deze moeten beslist extern afgehandeld worden. Een interne klachten bemiddelaar zou een dergelijke kwestie dan ook verplicht extern moeten melden. (En medische misdrijven behoren extern echter niet als klacht doch direct als strafzaak onderzocht te worden.) De formele behandeling is een extern proces buiten de instelling, waarbij ook begeleiding van slachtoffers en registratie ervan wenselijk is.

#### Wat cliënten verwachten als zij een klacht hebben ingediend betreffende medisch handelen:

Er wordt door veel cliënten veel waarde gehecht aan de wijze waarop er met een klacht wordt omgegaan, maar in de praktijk wordt er niet adequaat gereageerd op een gedane klacht. Cliënten willen met hun klacht serieus genomen worden. Second opinion onderzoeken behoren serieus op hun waarde bekeken te worden. Een ingediende klacht moet onpartijdig en zorgvuldig behandeld worden, met een volledig onderzoek naar de klacht, waarna op basis van het onderzoek inclusief inbreng van de benadeelde een uitspraak gedaan moet worden. Mensen die een klacht indienen moeten ook een zekere tevredenheid hebben over de gevolgde procedure. Als een klacht gegrond is verklaard moet daar ook iets mee gedaan worden in preventief karakter, en indien er zich ernstige strafbare feiten hebben voorgedaan, dan moet daar tegen de verwijtbare persoon ook wat mee gedaan worden. En cliënten verwachten dat als de klacht erkend wordt, dat de hierop aangesproken behandelaar arts ook excuus aanbied en uitlegt hoe dat zo heeft kunnen gebeuren. Als een klacht niet terecht zou zijn, dan moet daar ook een goede toelichting over gegeven zijn. Zorgconsumenten met een klacht zouden graag begeleiding van een onafhankelijk orgaan in hun klacht willen hebben, een partij die werkelijk voor hun belangen opkomt en bemiddeld, want ondanks de diverse organisaties etc bestaat die niet als zodanig. Patiëntenorganisaties zijn hoofdzakelijk actief op beleidsvlak als overheid gerelateerde organisatie, zij werken op macroniveau en het individu is er in zijn casus op microniveau niet mee geholpen.

### ***Alles komt neer op openheid en integriteit.***

De oplossing is vrij simpel: stel ten eerste de veiligheid van de patiënt centraal in de behandeling van de patiënt als wel in de wettelijke aansprakelijkheid betreffende medisch handelen. Installeer een overheidsorgaan wat letselschade registreert, wat bemiddeld in letselschadezaken ten behoeve van een vlotte afhandeling, en wat preventief op basis van kennis van andere medische kwesties met advies letselschade kan helpen te voorkomen. In de USA heeft men dit als zodanig wettelijk geïnstalleerd, omdat na onderzoek bleek dat dit inderdaad de oplossing voor iedereen betekende. Als men in Nederland een dergelijk systeem niet installeert en weigerachtig is strafbaarheid van kwalijk medisch handelen vorm te geven in daadkracht met haar wettelijk systeem, dan is er sprake van een kleine groep die hun belangen laten domineren boven die van de meerderheid. De meerderheid is zorgconsument; en zij hoort recht gedaan te worden vanuit democratisch belang. Als we over letselschade en de afhandeling ervan in de beoordeling tot verhaal beschouwen zijn er een aantal wensen van de benadeelde patiënt te benoemen. Geldelijke compensatie is niet het algemeen primaire doel van slachtoffers. Een directe open communicatie zal escalatie van geschil zelfs tegen gaan en werkt tijd en kosten besparend. Tegelijkertijd zouden slachtoffers elders wel medisch verder geholpen moeten worden om niet als gevolg van de zwijgcultus tussen wal en schip te geraken met hun medische (herstel-) behandeling.

Een overheid die de veiligheid van de patiënt niet centraal wenst te stellen, geeft ruimte voor het schenden van de burger als patiënt. Misschien wenst men zoveel mogelijk menselijke proefdieren voor de wetenschap te laten gebruiken, of zit men gewoon voor eigen geld wat interessant te doen en de wet voor kennisgeving te laten voor wat die is? Feit blijft dat de reeks mondige slachtoffers gestaag groeit. Vroeger kon men iemand makkelijker nog de mondsnoeren, zekere kafkaïaanse toestanden sluit ik dan ook niet uit. En juist vanwege een verder ontwikkelende cultuur in communicatie komen deze zaken meer en meer aan het licht. Internet bleek de grootste zegen voor de burgerij als we spreken over informatie verspreiding en vergaringí Door deze cultuur van expositie zal de overheid moeten kiezen of zij constructief de zorgmarkt wil verbeteren of dat zij definitief als subjectief oordelend orgaan over de zorgsector neergezet wil worden.

Vanwege het gegeven dat veel mensen vanuit een roeping in de zorg zijn gaan werken, houdt men geen rekening met het gegeven dat criminaliteit ook daar kan bestaan, terwijl wantoestanden tevens een smet werpen op diegenen die vanuit een roeping juist in de zorg zijn gaan werken. Letselschadebureau's zullen u doorgaans een verhaal ophouden over tuchtrecht en civiel recht. Strafrecht op medisch gebied is een gebied wat gemeden wordt. Een strafzaak bij hun indienen met het verzoek op bijstand zal vaak geweigerd worden. Op zich is dat begrijpelijk, straf is een overheidstaak, die de overheid ook te vaak laat liggen op medisch gebied. Het excuus dat er anders niemand meer in de zorg wil werken is valselijk van aard, want dit soort kwalijkheden beschadigen juist het elan van de zorg. Medisch misbruik en bewuste grove nalatigheid moeten mede daarom juist vervolgd worden. Geef uitwerking aan het aspect van kwalijk strafbaar medisch (mis-)handelen, omdat thans de neiging bestaat om helemaal geen vervolg te willen instellen. Stel strafbaar vanuit teleologisch standpunt, op basis van oogmerken in eindbevinding van onderzoek naar een casus. Verdere vormgeving van medische wetten kan wel in analogie vergelijk zijn met andere wetten, zoals de verkeerswet, de verkoop- en de warenwetgeving etc, want allen richten zich op de grondwet. Als dit allemaal niet gebeurt, dan gaan belangen boven recht en is er sprake van bewuste schending van de burger. Het centraal stellen van de veiligheid (en daarmee in gevolge het bieden van kwalitatieve zorg) werkt tevens als een kompas om het parcours te kunnen duiden in de implementatie van een nieuwe wetgeving. Siegfried van Hoek.

## Bronnen<sup>17</sup>:

2009 Ervaringen van mensen met klachten over de Gezondheidszorg, NIVEL  
2009 Medische aansprakelijkheid bij (niet) naleven kwaliteitsnormen Prof Hendriks, ELSA LU  
2009 Expositie: Een Industrie des Doods, NCRM  
2009 Preadvies 2009 Gezondheidsrecht en Europees recht Prof Hendriks, Ver Gezondh. Recht  
2009 Voorzittersrede vereniging voor gezondheidsrecht Prof Legemaate, Ver Gezondh. Recht  
2009 Van Tevredenheid naar kwaliteit: een meetinstrument voor slachtofferzorg, UVT  
2008 Hirsch Ballin's speech aansprakelijkheid slachtoffers d.d. 7 november 2008 NPP  
2007 Toezicht op preventief medisch onderzoek Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ  
2007\_Beleidsdocument\_veilig\_melden KNMG, KNMG  
2007 1534\_volledige\_tekst\_tcm44-148886 deel I en II SO en LS aansprakelijkheid, VU  
2007 Medische aansprakelijkheid door de ogen van de patiënt, Reflector november 2007  
2006 Patiëntveiligheid en patiëntenrechten VU Oreade van Prof Legemaate, VU  
2006 GedragscodeBehandelingLetselschadeVersie1.0 2006, UVT  
1997 HAN6516 antwoorden rijksbegroting 1998 d.d. 20 november 1997, Kamerhandeling stuk  
Capita Strafrecht, WGBO, KZI, Grondwet en het Verdrag van Mensenrechten, hoorcolleges varia.  
Het beslissingsmodel van 348/350 SV. F.A.J. Koopmans 10<sup>e</sup> druk Kluwer uitgeverij  
Diverse eigen veldonderzoekjes over de periode 2005-2009 met diverse instanties en organisaties  
Enige eigen online geschriften zijn:  
<http://www.mensenrechten.org/opinie.php?oid=14> Trias Politica voor de zorg  
[http://www.dimitri.nu/site/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5823&Itemid=67](http://www.dimitri.nu/site/index.php?option=com_content&task=view&id=5823&Itemid=67)  
Beschouwing artikel NEJM over wetsinstallatie van Hillary Rodham Clinton en Brack Obama  
<http://www.dimitri.nu/site/content/view/6347/67/> Verzoek de overheid haar grondwettelijke  
verantwoordelijkheid te nemen.  
Een aantal van deze stukken zijn ook op [www.paranormaalblog.nl](http://www.paranormaalblog.nl) te lezen.

De genoemde onderzoeken zijn ook te gebruiken om iets over slachtofferervaringen te lezen.

---

<sup>17</sup> (Opvallend aan bovenstaande vermelde onderzoeken die verricht werden van de VU, UVT, en NIVEL was, dat al de geïnterviewden mensen uit de kwantitatieve groep een klachtenprocedure succesvol hadden doorlopen.

*Ik begrijp dat het bijna ondoenlijk is om onderzoek te doen onder de groep mensen die geen klachtenprocedure (succesvol) hebben doorstaan, vanwege de grote reeks terecht afgewezen gevallen. Het aantal voorvallen slachtoffers ligt feitelijk hoger dan als is gemeld in deze onderzoeken. De kleinere belangrijke groep van zeer kwalijke medische klachtafhandelingen wordt hierdoor gemist. Juist deze groep zou inzichtelijk maken in hoeverre er sprake is van scheve verhoudingen en obstructie in het klachtproces. Ik begrijp dat het onderzoek van NIVEL strikt over de klachtafhandeling ging, maar een onderscheid in de ernst van de klacht had wel iets meer inzicht gegeven over de cijfermatige verhouding met een differentiatie tussen ernstige klachten en minder ernstige klachten in het onderzoek.*

*Het NIVEL onderzoek ging over de vraag hoe vaak medische fouten voorkomen en vervolgens hoe de medische zorg hierop dan reageert. In de focusgroep van NIVEL zaten ervaringsdeskundigen, waarvan het merendeel zelfs nog bezig was met het voeren van een klachtenprocedure –vaak met veel tegenwerking-. Eén persoon was zelfs al 33 jaar bezig met een terechte schadeletsel klachtenprocedure! Dit terwijl de kwantitatieve groep allemaal mensen betrof die wel een klachtenprocedure hadden afgerond, waarbij inhoudelijk geen onderscheid gemaakt was betreffende de ernst van de casus. Het maakt namelijk nogal uit of een klacht onachtzaamheid betreft, zonder blijvende medische schade, of dat de klacht medisch handelen betreft met blijvende schade. De eerste groep zal eerder tevreden zijn dan de tweede groep, want die tweede groep kreeg/krijgt te maken met een stevige zwijgcultus, onvolledige dossiers en waarheidsaantasting van de kwestie.*