



Stichting Maatschappij en Onderneming  
Badhuisweg 91, 2587 CE Den Haag / Postbus 87859, 2508 DG Den Haag  
Telefoon 070-3528528\* Fax 070-3522591

## **ZELFREDZAAMHEID IN SLACHTOFFERSITUATIES**

**ACHMEA-RAPPORT, NAJAAR 1999**

Projectleiding:	Dr. J.F. Beek
	Prof.Dr.Ir. W.J. Beek
Second Opinion Praktijk (Amsterdam):	Drs. H.C.M. Coumou
Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV (Amsterdam):	Drs. M. Geldrop
	Drs. A. van Hoek
	Drs. H.J. Korthals Altes
	Drs. M. van Maanen
	Dr. G.J. Slump

## **Voorwoord**

De Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving (Zeist) droeg dit onderzoek in mei 1997 op aan de Stichting Maatschappij en Onderneming.

Deze laatste gaf deelopdrachten aan Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV (Amsterdam) en aan de Second Opinion Praktijk van de arts H.C.H. Coumou.

Aan haar en aan de volgende medewerkers van Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV is SMO veel dank verschuldigd: M. Geldrop, A. van Hoek, H.J. Korthals Altes, M. van Maanen en G.J. Slump.

De door SMO aangestelde projectleiders en eindrapporteurs J.F. Beek en W.J. Beek nemen de eindverantwoordelijkheid voor het gehele rapport.

Den Haag, september 1999

Dr. W.J. de Ridder  
directeur SMO

	<b>pagina</b>
<b>0. Conclusies en aanbevelingen samengevat</b>	<b>4</b>
<b>1. Aanleiding tot en opzet van het onderzoek</b>	<b>9</b>
- Inleiding	9
- Uitgangspunten	9
- Onderzoeksopzet	10
- Vóór- en deelonderzoeken	11
- Rapportage	15
- Begrippen	16
<b>2. Onderzoeksverantwoording</b>	<b>17</b>
- Vooronderzoek	17
- Subsystemen, procedures en aspecten	18
- Responsiegroepen	19
- Bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten	23
<b>3.A Literatuuronderzoek: Slachtoffers door misdrijf en verkeer</b>	<b>25</b>
<b>3.B Literatuuronderzoek: Slachtoffers van onvolkomen medisch handelen</b>	<b>43</b>
Bijlage hoofdstuk 3.B: Richtlijnen inzake klachtprocedures	51
<b>4. Slachtoffers van misdrijven met letsel</b>	<b>52</b>
4.A Slachtoffer-getuigenissen	52
4.B Vrijwilliger-getuigenissen	65
4.C Synthese	81
<b>5. Slachtoffers van verkeersongevallen</b>	<b>92</b>
5.A Slachtoffer-getuigenissen	92
5.B Vrijwilliger-getuigenissen	117
5.C Synthese	124
<b>6. Slachtoffers van onvolkomen medisch handelen</b>	<b>135</b>
6.A Slachtoffer-getuigenissen	135
6.B Professional-getuigenissen	158
6.C Synthese	163
<b>7. Appendices</b>	<b>170</b>
1. Verslag expertmeeting over slachtoffers van misdrijven met letsel (5.2.1998, Zeist)	170
2. Verslag expertmeeting over verkeersslachtoffers (1.10.1998, Zeist)	175
3. Verslag expertmeeting over slachtoffers van onvolkomen medisch handelen (22.9.1999, Zeist)	178
4. Verslag expertmeeting over eindconclusies (22.9.1999, Zeist)	182

## 0. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN SAMENGEVAT

De praktijk leert dat daar waar spoedeisende hulp is geboden, deze hulp over het algemeen goed is georganiseerd. Bij verlening van verdere zorg worden vaker knelpunten ervaren. Daarbij is het niet onbegrijpelijk dat slachtoffers die de indruk hebben dat hun klachten worden genegeerd, protestgedrag ontwikkelen, claims formuleren, aan zelfredzaamheid inboeten en in toenemende mate de rechter inschakelen. Er zijn dan ook morele en praktische redenen om nader onderzoek te doen naar de knelpunten in de dienstverlening aan slachtoffers. Het gaat daarbij om knelpunten in het strafrecht (politie/justitie), civiel recht, verzekeringswezen, de arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, de medische sector en de psychosociale hulpverlening (door ons de subsystemen genoemd).

In drie deelstudies worden slachtoffers van misdrijven met (voornamelijk) letselschade onderzocht, slachtoffers van verkeersongelukken met zaak- en letselschade en slachtoffers van onvolkomen medisch handelen. De vorderingen werden afgestemd met het Achmea projectteam 'kwaliteitsverbetering slachtofferhulp' zodat de bevindingen in samenhang werden geanalyseerd, gevolgd door formulering van (samenhangende) aanbevelingen.

De methode van groepsresponsie werd gevolgd met geselecteerde slachtoffers en met vrijwilligers van Buro's Slachtofferhulp of professionele klachtbemiddelaars in de gezondheidszorg. Voor deelonderzoek 1 werden respectievelijk 5 en 12 respondenten opgenomen, voor deelonderzoek 2 respectievelijk 12 en 8, voor deelonderzoek 3 respectievelijk 12 en 5; daarbij werden in deelonderzoek 3 nog 22 overige patiënten geïnterviewd. De projectleiding heeft streng aan de selectievoorwaarden vastgehouden (zie hoofdstuk 2) om de signalen uit de samenleving niet in ruis te laten ondergaan. Toch blijft de vraag naar de representativiteit van zowel de geselecteerden als hun bevindingen. In afrondingsgesprekken met experts uit het totale systeem, die iedere deelstudie finaliseerde (zie appendices 1, 2 en 3), werd representativiteit dan ook aan de orde gesteld. Toch bleken de experts onze belangrijkste conclusies, zij het soms met een kanttekening, te kunnen onderschrijven.

Wat wij aanmerken als belangrijkste conclusies over knelpunten volgt uit een matrixanalyse van aspecten en procedures, gedefinieerd in de bijlage van hoofdstuk 2 dat de rationaal voor de matrix geeft, terwijl de literatuurstudies van hoofdstuk 3 de nadere bevestiging van deze matrixkeuze geven.

Van de 80 cellen in de matrix bleken er, de in de drie deelonderzoeken gerapporteerde knelpunten voor alle subsystemen beschouwend, uiteindelijk slechts voor 52 cellen knelpunten gemeld te zijn (zie figuur 0.1). Hierbij was relatief vaak (19x) sprake van een zeer beperkt aantal meldingen (1 of 2) per cel. Daar bij een homogene verdeling van de knelpunten over matrices er maximaal 3 knelpunten per cel zouden hebben geresulteerd en statistiek op deze toch kleine steekproef geen kwantitatieve onderbouwing geeft, hebben we vertrouwend op de kwaliteit van de (selectie-)procedure arbitrair gesteld dat voor deelonderzoek 1 en 2 slechts cellen met 7 of meer meldingen aan een nadere beschouwing in dit eindoordeel zouden worden onderworpen. In deelonderzoek 3 zijn ook de knelpunten genoemd door de 22 overige patiënten in de matrix opgenomen (matrix 2, paragraaf 6.C). Daar er derhalve in vergelijking met de eerste twee deelonderzoeken sprake was van een bijna tweemaal zo grote onderzoeksgroep, zijn voor deelonderzoek 3 cellen met 14 of meer meldingen aan een nadere beschouwing onderworpen.

Analyse van figuur 0.1 leidt tot de volgende conclusies:

- Er is een onevenredige concentratie van knelpunten in de procedure 'behandeling'. Daar waar het systeem zelf aan het werk moet voor het belang van de cliënt gaat het het vaakste fout. Dit geldt vrijwel ongeacht het aspect van de behandelprocedure. Of men nu kijkt naar de deskundigheid, de regelgeving, de samenwerking, de bejegening, de duur, de communicatie of de objectiviteit:



minimaal 4 van de 6 subsystemen schieten op deze aspecten tekort. Alleen bij de aspecten kosten, privacy, kosten en toegankelijkheid zijn de problemen minder wijdverbreid.

- Bij de procedure 'behandeling' valt op dat knelpunten vaak zowel door slachtoffers van medisch onvolkomen handelen als door slachtoffers van verkeersongevallen ervaren worden. Vooral in de medische sector treedt deze combinatie systematisch op.
- De door verkeersslachtoffers ervaren knelpunten concentreren zich meer dan dat bij de andere twee slachtoffergroepen het geval is in de procedure 'behandeling'. Dit is met name te wijten aan systematisch ervaren knelpunten in de behandeling van de zaak door de verzekeringssector (zoals ook uit figuur 0.2 blijkt).

In figuur 0.2 zijn onderzoeksresultaten zo uitgezet dat inzicht wordt gegeven in de verdeling van de knelpunten naar subsysteem. Deze figuur laat zien welke aspecten van procedures per subsysteem aanleiding tot bezorgdheid geven, waarbij ook uitspraken te doen zijn over de verschillen die optreden tussen de drie slachtoffergroepen.

Analyse van deze figuur leidt tot de volgende conclusies:

- De door de slachtoffers van medisch onvolkomen handelen ervaren knelpunten concentreren zich in het subsysteem waar de fouten gemaakt zijn en waar zij ook moeten worden opgelost: de medische sector.
- De door de andere twee slachtoffergroepen ervaren knelpunten vertonen een vrijwel totale spreiding over de aspecten en de subsystemen. Met andere woorden, het zijn niet één of enkele aspecten die aanleiding geven tot zorg, maar de subsystemen schieten tekort over de gehele range van kritische factoren in de dienstverlening aan de cliënt. Hierbij valt op dat de in deelonderzoek 2 (slachtoffers van verkeersongevallen) genoemde knelpunten in vergelijking met deelonderzoek 1 (slachtoffers van misdrijven met geweld) in tweemaal zoveel cellen ingedeeld moeten worden. Nadere analyse van de resultaten van de deelonderzoeken leert dat het gemiddeld aantal per respondent genoemde en voor de matrix relevante knelpunten in deelonderzoek 2 ook het hoogst ligt: gemiddeld 7 knelpunten per respondent versus 3 en 4 voor deelonderzoeken 1 en 3. Wanneer er per slachtoffer gekeken wordt is dit verschil nog groter; er worden gemiddeld maar liefst 10 knelpunten per slachtoffer van een verkeersongeval genoemd versus respectievelijk 3 en 4 door slachtoffers van misdrijven met letsel en slachtoffers van medisch onvolkomen handelen.
- Slachtoffers van medisch onvolkomen handelen en van verkeersongevallen ervaren vaak dezelfde knelpunten (14x). Uit de aard der zaak is deze combinatie het sterkst waar te nemen in het medisch subsysteem, een subsysteem waar beide groepen slachtoffers sterk mee te maken hebben. Derhalve lopen zij de grootste kans om juist in het medisch subsysteem tegen knelpunten aan te lopen. Voor de aspecten deskundigheid, samenwerking, bejegening en communicatie & informatie geldt in het medisch subsysteem dat slachtoffers bij veel procedures tegen knelpunten aanlopen (6 of 7 van de 8 procedures).
- De groepen slachtoffers van geweld en verkeersongevallen ervaren ook vaak dezelfde knelpunten (11x), waarbij opvalt dat deze zich concentreren in het subsysteem 'strafrecht' (8x). Alle aspecten van de dienstverlening door dit subsysteem kunnen tot het ervaren van knelpunten aanleiding zijn, waarbij geldt dat dit in 1 tot 4 van de in totaal 8 procedures kan optreden. Het strekt zich dus niet, zoals in het medische subsysteem, over 6 of 7 van de 8 procedures uit.

Zorgvuldigheid jegens de deelnemers aan de groepsgesprekken vereist o.i. dat al hun ervaringen worden beschreven. Daartoe is voor ieder deelonderzoek een synthese geschreven (de paragrafen 4.C, 5.C en 6.C), die aaneengesloten zelfstandig zijn te lezen als opmaat tot deze eindconclusie. Dit maakt dat ten koste van wat meer tekst, de rapportages van de deelonderzoeken ook onafhankelijk van elkaar kunnen worden gelezen.

Deze werkwijze ondervangt o.i. ook de kritiek van enkele experts die uitten dat de onderzoeken meer over de ervaringen met knelpunten handelen dan over zelfredzaamheid. Dat is deels juist, maar

voordat zelfredzaamheid bevorderende maatregelen kunnen worden voorgesteld zal men de knelpunten moeten kennen. Deze kritiek is in de voortgang van het totale onderzoek echter wel ter harte genomen, hetgeen blijkt uit de deelsamenvattingen van de paragrafen 4.C, 5.C en 6.C waarin steeds nadrukkelijker de vraag naar ideeën over zelfredzaamheid bevorderende maatregelen aan de orde is.

Analyseert men nu met de aangegeven werkwijze het gehele onderzoek, dan clusteren de knelpunten rond de bevindingen dat de communicatie en de informatievoorziening in het als geheel verkokerde systeem tekortschieten (in het strafrecht, bij het verzekeringswezen en in de medische sector) en de bejegening als onaangenaam wordt ervaren (in de arbeidssector en in de medische sector). In het verlengde hiervan ligt dat de duur van de behandeling (verzekeringswezen) als knelpunt wordt ervaren.

Dit houdt in dat er in de voorgeschreven procedures en in de gecodificeerde regelgeving geen systeemfouten zijn geconstateerd die op zich knelpunten veroorzaken. Het grote spanningsveld ligt tussen de kennisachterstand bij het slachtoffer (op het moment dat het slachtofferschap ontstaat) en de in zijn ogen geringe inspanning, vooral bij het verzekeringswezen en in de medische sector, om deze achterstand weg te nemen. Dit samengenomen met het vaak ontbreken van een norm voor 'redelijke termijnen' laat bij het slachtoffer het gevoel achter dat de zorg voor een aantal aspecten in de eruit springende subsystemen te weinig wordt bewaakt in zijn belang.

Het valt op dat dit gevoel van een zekere onmacht vrijwel gelijk wordt verwoord door slachtoffers, vrijwilligers bij de hulpverlening en professionele klachtbemiddelaars. De vrijwilligers hebben de wens meer te kunnen professionaliseren tot een meer formeel aanvaard loket om te bemiddelen ten behoeve van hun cliënten. Zouden zij door de overige subsystemen worden erkend als meer volwaardige hulpverleners dan zullen er openingen komen om slachtoffers zelf redelijke oplossingen voor hun problemen te laten aandragen. Dit zou kunnen begunstigen dat de werkwijze van het totale systeem meer probleemoplossend en mensgericht raakt dan dossiergericht. Vrijwilligers gaven veel voorbeelden van creatieve voorstellen van hun cliënten om problemen op te lossen. Vrijwilligers, professionele klachtbemiddelaars en experts melden een aantal initiatieven in het veld die in deze richting gaan.

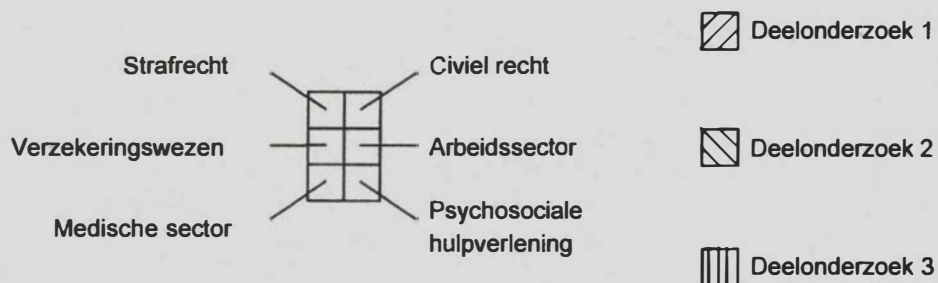
Slachtoffers hebben wij gevraagd ideeën over maatregelen te noemen om knelpunten weg te nemen. Wij hebben deze sec vermeld (paragraaf 4.A, 5.A, 6.A) en deze onderworpen aan een haalbaarheidsoordeel door de vrijwilligers en professionele klachtenbemiddelaars (paragraaf 4.B, 5.B, 6.B). Het uiteindelijk oordeel daarover lieten wij de experts (gecondenseerd in paragraaf 4.C, 5.C, 6.C en in de appendices). De verschuiving in deze trits ging merkbaar van meer regels naar twijfel of daarin de oplossingen liggen. Dit is een behartigenswaardig gegeven, maar vindt zijn oorzaak ook in belangentegenstellingen tussen de aangetreden experts.

De onderzoekers inclusief de projectleiding vrezen gezien de hoofdkarakteristiek van het totale systeem, namelijk het eigenbelang (van professionele macht) op papier veilig te stellen, dat meer opgelegde regels meer van hetzelfde euvel zullen oproepen. Eerder dienen o.i. oplossingen te worden gezocht in zelfregulering om te komen tot een meer actieve interactie in het totale systeem, inclusief hulp- en slachtofferorganisaties. Daarvoor vinden o.i. de volgende suggesties het breedste draagvlak:

- kwaliteitsmanagement en -bewaking voor ieder subsysteem op basis van door hen openbaar gemaakte protocollen;
- aanstellen van case-managers per subsysteem zodat het slachtoffer daar een gezicht voor zijn zaak kent en
- het bevorderen van 'lotgenotenclubs', die sparringpartner zijn bij het komen tot afspraken over zelfregulering in de subsystemen.

In onze mening heeft dit onderzoek, verkennend als het is, blootgelegd dat de geuite frustraties door slachtoffers en hulpverleners misschien (nog) niet een omvang hebben die tot maatschappelijke actie leidt, maar wel (reeds) een impact die een waarschuwing inhoudt. Er is een probleem dat de maatschappelijke cohesie bedreigt en dus reden voor alle subsystemen om aan de geloofwaardigheid van eigen functioneren (in de ogen van hun cliënten) meer aandacht te geven.

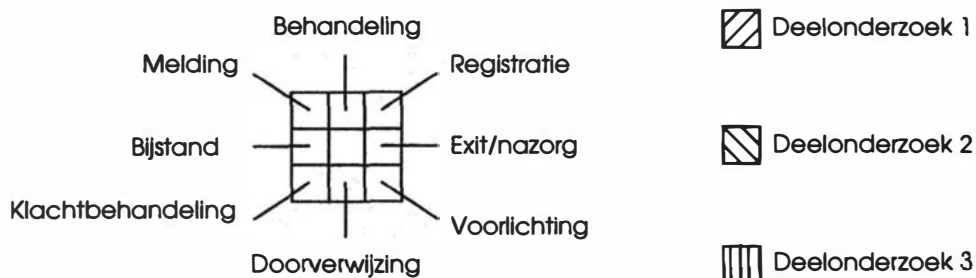
Figuur 0.1 Knelpunten naar procedures en aspecten: totaaloverzicht



PROCEDURES	ASPECTEN									
	Deskundigheid	Regelgeving	Samenwerking	Bejegening	Duur	Communicatie & informatie	Kosten	Objectiviteit	Privacy	Toegankelijkheid
Melding			Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1			Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1
Behandeling	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1
Registratie	Deelonderzoek 3		Deelonderzoek 3		Deelonderzoek 3			Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 3
Bijstand	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1			Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 1
Exit/nazorg	Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 1
Klachtbehandeling						Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 1		
Doorverwijzing	Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1			Deelonderzoek 1		Deelonderzoek 1
Voorlichting	Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 3		Deelonderzoek 3		Deelonderzoek 1				



Figuur 0.2 Knelpunten naar aspecten en subsystemen: totaaloverzicht



ASPECTEN	SUBSYSTEMEN					
	Straf-recht	Civiel recht	Verze-kering	Arbeids-sector	Medische sector	Psycho-sociale hulpvert.
Deskundigheid	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 1
Regelgeving	Deelonderzoek 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2, 3	
Samenwerking	Deelonderzoek 2		Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2, 3	
Bejegening	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2, 3	
Duur	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1
Communicatie & informatie	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 1
Kosten	Deelonderzoek 1				Deelonderzoek 3	Deelonderzoek 2
Objectiviteit	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 3
Privacy		Deelonderzoek 2	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2, 3	
Toegankelijkheid		Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1, 2	Deelonderzoek 1	Deelonderzoek 1, 2, 3	Deelonderzoek 1

## 1. AANLEIDING TOT EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Inleiding, uitgangspunten, opzet, vóór- en deelonderzoeken, rapportage en begrippen

### Inleiding

Slachtoffers van criminaliteit, verkeersongevallen en onvolkomen medisch handelen maken alle een gebeurtenis mee die zowel in praktisch als psychosociaal opzicht diep kan ingrijpen in het persoonlijk leven. Doorgaans is de eerste opvang goed geregeld. Zodra dat mogelijk is moeten de slachtoffers echter proberen het heft weer in eigen hand te nemen. Het komt dan aan op zelfredzaamheid: de weg is geweest, maar het slachtoffer moet hem zélf bewandelen, en de obstakels daarbij ondervonden zélf overwinnen.

Ervaringen van slachtoffers tonen aan dat dit moment van hervinden van zelfredzaamheid voor slachtoffers psychisch zwaar is. Er gaat in praktisch opzicht vaak van alles mis en dat komt op een moment dat men psychisch nog zwak staat.

Indien een slachtoffer vastloopt bij zijn pogingen om weer orde op zaken te stellen en hij zoekt of vindt daarbij geen adequate hulp, dan kan hij opnieuw slachtoffer worden. Hij/zij is dan geen slachtoffer van een delict, ongeval of onvolkomen medische handelen, maar een slachtoffer van 'het' systeem. Dit zogenoemde secundair slachtofferschap is zowel voor de persoon als voor de maatschappij zeer nadelig:

- het slachtoffer lijdt meer schade van de gebeurtenis dan nodig is, en het op orde krijgen van het dagelijks leven wordt onnodig vertraagd;
- de terugkeer van het slachtoffer in het maatschappelijk verkeer wordt onnodig vertraagd. Dit is (bijvoorbeeld voor de werkgever van het slachtoffer) een concrete schadepost.

Er is kortom reden om eens goed te kijken naar de mogelijkheden om de kans op secundair slachtofferschap te verkleinen.

Het idee van dit onderzoeksproject is drie onderscheiden slachtoffergroepen (slachtoffers van criminaliteit, verkeersongevallen en onvolkomen medische handelen) in één onderzoek op te nemen. Tot nu toe worden deze groepen steeds apart onderzocht. Het multidisciplinair werken kent duidelijke voordelen:

- winst in methodiek (de disciplines kunnen van elkaar leren en elkaar adviseren in het gebruik van methoden en technieken);
- winst in diepgang (vergelijking van de resultaten tussen de drie slachtoffergroepen zal leiden tot dieper inzicht in de mechanismen die een rol spelen);
- winst in efficiency (het onderzoeksinstrument dat gebruikt wordt voor de drie slachtoffergroepen hoeft maar één keer ontwikkeld te worden).

Uiteindelijk komt de winst ten goede aan het slachtoffer: die krijgt te maken met verbeterde procedures die het hem/haar makkelijker maken zichzelf te redden en het leven weer op orde te krijgen; het slachtoffer hoeft niet telkens opnieuw hetzelfde verhaal te vertellen en krijgt een beter gevoel over het natraject van de eerste opvang.

### Uitgangspunten

Onder zelfredzaamheid van slachtoffers wordt in dit onderzoek verstaan het vermogen van een slachtoffer om zo om te gaan met de gevolgen van het slachtofferschap dat hij/zij daarmee de gevolgen zoveel mogelijk zelf het hoofd weet te bieden en de daarvoor benodigde activiteiten zelf kan blijven

uitvoeren zonder dat dit het normale, alledaagse functioneren in de weg staat.

Het onderzoek kijkt niet zozeer naar de eerste opvang maar naar de nazorg. Nazorg kan in dat kader worden gespecificeerd tot verlengde nazorg, gericht op praktische verwerking van de gevolgen van slachtofferschap. Optimaliseren van zelfredzaamheid van het slachtoffer is daarbij het uitgangspunt.

De nadruk in de genoemde deelonderzoeken ligt op praktische aspecten van de nazorg en op zelfredzaamheid van slachtoffers. Met deze keuze vormen de deelonderzoeken een aanvulling op reeds door de Stichting Achmea gefinancierd onderzoek naar de effectiviteit van eerste hulp met het oog op reïntegratie van slachtoffers, uit te voeren door de vakgroep Sociale Psychologie van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Het accent ligt in dit onderzoek op de emotionele kant van de verwerking van de slachtofferervaring.

Slachtoffers kunnen te maken krijgen met een diversiteit aan instellingen. Men kan denken aan instellingen op medisch, juridisch, verzekeringstechnisch, psychosociaal, maatschappelijk of praktisch gebied. Deze variatie is terug te voeren op de diversiteit van de nazorg aan het slachtoffer. Het slachtoffer vraagt soms om emotionele opvang, soms om medische opvang, nu eens om praktisch-administratieve opvang en dan weer om juridische bijstand: in veel gevallen gaat het om een combinatie. Er is nooit één instantie die een voorziening levert voor de hele vraag. Voor elke vraag is er een ander loket.

In het onderzoek worden deze gebieden 'subsystemen' genoemd. Daarmee wordt aangegeven dat slachtoffers in de interactie met aanbieders/instellingen binnen deze subsystemen slechts met een deel van de gevolgen van het hen overkomene terecht kunnen. Het slachtoffer moet zijn/haar problematiek (en daarmee de eigen ervaring) als het ware opdelen, tussen de volgende loketten: strafrecht, civiel recht, verzekering, arbeidssector (inclusief sociale verzekering), medische sector en (psychosociale) hulpverlening.

Ter ondersteuning wordt in het onderzoek gebruik gemaakt van een visuele hulpmiddel. Een onderzoeksmatrix waarin de subsystemen worden verwerkt (zie figuur 1.1 als voorbeeld). De cellen van de onderzoeksmatrix zullen gedurende de verschillende fasen van het onderzoek worden gevuld met de resultaten van het onderzoek.

In de nazorg aan de slachtoffers kunnen subsystemen samenwerken of zelfs in elkaar overlopen (denk onder meer aan de keuringsarts voor verzekeraars en de letselschadespecialist). In het onderzoekstraject is beoordeeld waar deze overlap plaatsvindt en welke meerwaarde deze voor de kwaliteit van de geleverde nazorg aan slachtoffers heeft. Ook daar is het uitgangspunt de vraag of daarmee zelfredzaamheid wordt bevorderd.

Het onderzoek omvat niet slachtofferhulp bij rampen, noch hulp aan nabestaanden.

## **Onderzoeksopzet**

Als algemene onderzoeksvragen zijn geformuleerd:

Welke procedures en aspecten voor praktisch/materiële nazorg aan slachtoffers leveren een bijdrage aan een verbeterde, duurzame en afrondende nazorg en het vergroten de zelfredzaamheid van slachtoffers? Wat blijven knelpunten en welke verbeteringen zijn te overwegen?

Figuur 1.1 De matrix: Knelpunten naar procedures en aspecten voor ieder subsysteem (strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector en psychosociale hulpverlening)

		Aspecten									
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid	
A Melding											
B Behandeling											
C Registratie											
D Bijstand											
E Exit/nazorg											
F Klachtbehandeling											
G Doorverwijzing											
H Voorlichting											

Deze onderzoeksvragen worden uitgesplitst in een aantal deelvragen over de matrix:

- Zijn de gekozen subsystemen omvattend genoeg voor praktisch/materiële nazorg aan de drie groepen slachtoffers?
- Zijn de genoemde procedures en aspecten binnen deze subsystemen relevant?
- Welke procedures en aspecten worden positief en welke negatief beoordeeld door de slachtoffers?
- Welke invloed hebben zij op de zelfredzaamheid van slachtoffers?
- Welke mogelijkheden zijn er binnen de subsystemen voor wijziging van procedures en aspectbehandeling ten gunste van zelfredzaamheid van slachtoffers?

Aangezien het onderzoek zich uitstrekt over drie slachtoffergroepen zijn over de deelonderzoeken heen de volgende vragen te stellen:

- Wat zijn de overeenkomsten in procedures en aspecten waar de onderscheiden slachtoffergroepen



- mee te maken krijgen?
- Wat zijn de verschillen in procedures en aspecten waar de onderscheiden slachtoffergroepen mee te maken krijgen?

## **Vooronderzoek**

Om een vergelijking te kunnen maken tussen de drie groepen slachtoffers zijn eerst twee vooronderzoeken verricht. Het eerste vooronderzoek is uitgevoerd door Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV (Amsterdam). Het tweede vooronderzoek is verricht door H.C.H. Coumou van de Second Opinion Praktijk te Amsterdam.

Het eerste vooronderzoek bestaat uit twee delen: een inventariserende literatuurstudie en het vervaardigen van een beschrijving van de subsystemen die in de drie deelonderzoeken van toepassing zijn. Naast inhoudelijke gegevens leverde het vooronderzoek ook materiaal voor de ontwikkeling van de onderzoeksinstrumenten en een eerste opzet voor de samenstelling van de responsiegroepen van slachtoffers (hoofdstuk 2).

Tijdens het vooronderzoek werden hypothesen voor de onderscheiden subsystemen geformuleerd die in de deelonderzoeken getoetst worden (hoofdstuk 3).

Tenslotte is in dit vooronderzoek het onderzoeksprotocol verder ontwikkeld.

De resultaten van het eerste vooronderzoek hebben de verdere methodische en procedurele invulling van de deelonderzoeken bepaald (zie paragraaf 3.A).

Het tweede vooronderzoek is een literatuurstudie naar onvolkomen medisch handelen. Deze studie richtte zich op oorzaken en gevolgen van medische fouten, alsook naar het voorkomen van deze fouten. Daarnaast richtte de studie zich op inventarisatie van redenen voor klachten, klachtenprocedures en behandeling van klachten in de gezondheidszorg (zie paragraaf 3.B).

## **Deelonderzoek 1 - Zelfredzaamheid van slachtoffers van delicten**

In deelonderzoek 1 is een studie verricht specifiek gericht op slachtoffers van criminaliteit. Dit onderzoek is ook uitgevoerd door Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV.

Er is gewerkt met de responsiegroep-methode. Deze methode beoogt om per deelonderzoek meerdere fora van ervaringsdeskundigen (slachtoffers en vrijwilligers bij hulporganisaties) om de tafel te krijgen die met ondersteuning van de onderzoekers met elkaar van gedachten wisselen. Doel van de fora is overzicht te krijgen van ervaringen met de afhandeling van de gevolgen van delicten (praktische aspecten van nazorg) en de eigen rol van de deelnemers daarbij (zelfredzaamheid), alsmede het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop dat doorwerkt in het slachtofferschap (secundaire victimisatie).

De in het vooronderzoek geformuleerde hypothesen zijn getoetst; de onderzoeksmatrix (subsystemen, procedures, aspecten) was leidraad.

Voordat met de responsiegroepen kon worden begonnen is een protocol ontwikkeld aan de hand waarvan de responsiegroepen tot stand kwamen en georganiseerd werden (zie hoofdstuk 2: onderzoekverantwoording).

Het verder uitwerken van de onderzoeksinstrumenten en het werven van deelnemers voor een serie bijeenkomsten is met hulp van intermediaire organisaties zoals de Buro's Slachtofferhulp tot stand gekomen. Bij voorkeur werden wat oudere zaken geselecteerd. Daarmee is voorkomen dat slachtoffers benaderd werden voor wie de verwerking nog te vers was.



Met vertegenwoordigers van intermediaire organisaties zijn itemlijsten en discussiestukken besproken en bijgesteld én selectieprofielen gemaakt. Daarmee is bereikt dat (23) deelnemers aan de responsiegroepen naar de (collectieve) mening van de intermediairs een representatief beeld geven van wat slachtoffers van delicten bij de nazorg tegenkomen.

De responsiegroepen besloegen twee aaneensluitende dagdelen: 's ochtends hun verhaal, 's middags hun suggesties. Van elke bijeenkomst is een verslag gemaakt dat aan de deelnemers is toegezonden. Het verslag kon steeds worden verbeterd en aangevuld. Uiteindelijk is een definitief verslag aan de deelnemers toegezonden, waarop nog een keer schriftelijk kon worden gereageerd. De eerste sessie ging van inventariserend, naar verdiepend, en vervolgens naar concluderend en afrondend.

Om deelnemers gemotiveerd te krijgen en te houden was het van belang dat het praktische nut van het deelonderzoek voor de nazorg aan de groep slachtoffers waartoe de deelnemers behoren duidelijk werd onderstreept. Deelnemers hielpen door hun deelname de nazorg aan toekomstige slachtoffers verbeteren (solidariteit). Tevens kan het hen helpen delen van het (praktische) verwerkingsproces inzichtelijk te krijgen.

Hierop volgend is een tussenrapportage verzorgd, die door een groep experts, werkzaam bij de intermediaire organisaties (coördinatoren van de Buro's Slachtofferhulp, verzekeraars, advocaten, medici, politiemensen en officieren van justitie) van commentaar is voorzien (zie appendix 1).

## **Deelonderzoek 2 - Zelfredzaamheid van verkeersslachtoffers**

Dit onderzoek is eveneens uitgevoerd door Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV.

Slachtoffers van verkeersongevallen hebben deels te maken met andere subsystemen. Te denken valt aan het feit dat het verkeer een eigen rechtsgebied kent (verkeersrecht) en dat bij nazorg in verband met de regeling van schade en andere gevolgen vaak twee verzekeringsmaatschappijen namens betrokkenen onderhandelen. Verkeersongevallen worden, veel meer nog dan dat bij delicten het geval is, nagenoeg geheel afgehandeld door verzekeringsmaatschappijen.

Bij deelonderzoek 2 is een overeenkomstig onderzoekstraject als bij deelonderzoek 1 gevolgd. Slachtoffers zijn geselecteerd waarvan de aansprakelijkheid (althans voor het grootste deel) bij de tegenpartij ligt.

Het verder uitwerken van itemlijsten en discussiestukken alsmede werving en selectie van slachtoffers van verkeersongevallen alsook de werving en selectie van de (20) deelnemers aan de responsiegroepen geschiedde weer via een intermediaire organisatie, zoals de Buro's Slachtofferhulp en de Vereniging voor verkeersslachtoffers. Ook dit onderzoek werd afgesloten met een expertmeeting (zie appendix 2).

## **Deelonderzoek 3 – Zelfredzaamheid van slachtoffers van onvolkomen medisch handelen**

In dit deelonderzoek is een studie verricht specifiek gericht op slachtoffers van onvolkomen medisch handelen. Dit onderzoek is uitgevoerd door Drs. H.C.H. Coumou (eigen second opinion praktijk), in samenwerking met Dr. J.F. Beek.

In dit deelonderzoek zijn twee responsiegroepen gevormd. Een eerste responsiegroep bestond uit (12) patiënten bij wie lichamelijk of psychisch leed voortgekomen is uit onvolkomen medisch handelen. De tweede groep respondenten bestond uit een groep van 5 professionals op het gebied van de

## klachtbemiddeling in de gezondheidszorg.

De deelnemende patiënten werden geselecteerd uit patiënten, die in de periode september 1997 tot december 1998 een consult vroegen in de second opinion praktijk van de onderzoeker. De hierdoor optredende selectie was onontkoombaar, maar geen bezwaar, gezien het explorerende karakter van deze studie.

Het kostte bijzonder veel moeite om patiënten bereid te vinden deel te nemen aan deze studie, ondanks de expliciete garanties voor anonimiteit. In totaal is aan 48 patiënten gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. 13 patiënten weigerden direct deelname -3 van deze patiënten waren verwickeld in een juridische procedure en bezorgd over de herkenbaarheid van hun casus en eventueel misbruik van informatie-. Een tweede groep van 17 patiënten, niet verwickeld in een klachtprocedure en bereid hun ervaringen mondeling mee te delen, wilde het probleem niet schriftelijk vastgelegd zien in dit onderzoek. Ook hier bestond angst voor herkenning met repercussies in de toekomst. Desalniettemin leverde de met deze patiënten gevoerde gesprekken gegevens op voor analyse. Slechts 18 patiënten stemden uiteindelijk in met deelname. Van deze 18 patiënten trokken 5 patiënten, nadat zij reeds hadden deelgenomen aan de eerste gesprekken, zich alsnog terug. Ook deze gesprekken leverden gegevens op voor analyse. Bij 1 patiënt werd na twee gesprekken door de onderzoeker besloten deze casus niet op te nemen, daar het niet mogelijk bleek het verhaal als een samenhangend geheel te reproduceren. 2 casussen werden, na afronding van de gesprekken en goedkeuring van het verslag door de betrokkenen, alsnog niet opgenomen in deze studie. In beide gevallen bleek het niet mogelijk te komen tot een heldere en eenduidige interpretatie van het probleem. Uiteindelijk zijn aldus 10 patiënten overgebleven. Van deze 10 patiënten is de casus opgenomen in de bijlage bij hoofdstuk 6.A: Casuïstiek. Gegeven de relatief geringe grootte van deze groep is besloten een casus op te nemen van een van de initiatoren van dit onderzoek (casus 5), alsook een casus uit zijn directe omgeving (casus 10), zie bijlage bij hoofdstuk 6.A. Zo komt het totaal van respondenten in de patiëntengroep op 12.

Met deze 12 respondenten zijn gesprekken gevoerd over het onvolkomen medisch handelen waardoor schade ontstond. Naar aanleiding van deze gesprekken is een verslag gemaakt, dat ter goedkeuring is voorgelegd aan de betrokkene. Tenslotte heeft iedere respondent, onafhankelijk van de onderzoeker, de volgende vragen beantwoord:

- Waarin heeft het medisch handelen in hoofdzaak tekortgeschoten?
- Wat is uw advies om de ondervonden schade in de toekomst te voorkomen of te vermijden?
- Is overwogen een second opinion te vragen of is deze gevraagd?
- Wat was hiervan het effect?
- Waardoor wordt de verwerking van het gebeurde het meest belemmerd?
- Heeft de deelname aan dit onderzoek bijgedragen aan de verwerking?
- Zou een toekomstig gesprek met de behandelend arts alsnog bijdragen aan de verwerking?
- Is overwogen een klacht in te dienen of is deze ingediend?
- Waarom wel of waarom niet?
- Welke rol heeft uw huisarts voor u gespeeld in de betreffende periode?

De goedgekeurde beschrijvingen van de casussen zijn integraal weergegeven in bijlage hoofdstuk 6.A. Op basis van de beschreven casuïstiek en de schriftelijk gegeven antwoorden is een analyse gemaakt van de knelpunten in het geneeskundig handelen.

Daarnaast is, overeenkomstig de in deelonderzoek 1 en 2 gevolgde methode, een inventarisatie gemaakt van eventuele ervaringen van patiënten met andere subsystemen, zoals het strafrecht, het civiel recht, de verzekeringssector, de arbeidssector en de psychosociale hulpverlening.

De tweede groep respondenten bestond uit 5 direct bij de klachtbemiddeling betrokken professionals in de gezondheidszorg. Bereid tot deelname aan dit onderzoek waren een klachtbemiddelaar in een academisch ziekenhuis (1), een perifere ziekenhuis (2) en een verpleeghuis (3), een secretaris van een klachtenbureau en een klachtencommissie in de eerstelijns, waarbij het gaat om huisartsen, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal raadslieden, thuiszorg, apothekers (4), alsook een klachtbemiddelaar van een Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (5). Gevraagd werd naar hun ervaringen met de zelfredzaamheid en het ontstaan van secundair slachtofferschap. Zij gaven hun visie op de knelpunten in het geneeskundig handelen, leidend tot secundair slachtofferschap. De door de klachtbemiddelaars geformuleerde knelpunten worden in de eerder genoemde categorieën ingedeeld. Ten behoeve van het doen van aanbevelingen werden de volgende twee vragen voorgelegd aan de klachtbemiddelaars:

- Wat moet het meest dringend worden verbeterd in de wijze waarop in de geneeskunde wordt omgegaan met medische onvolkomenheden?
- Wat is het meest dringende advies aan de patiënt teneinde de secundaire schade te beperken en de zelfredzaamheid te behouden?

De gesprekken met patiënten en professionals en de ingevulde vragenlijsten vormden de basis voor de synthese van dit onderzoek. In de synthese zijn twee matrices opgenomen (zie paragraaf 6.C): één voor het ontstaan van het slachtofferschap, één daarna. Deze laatste is gebruikt voor de overkoepelende analyses. Conclusies en aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van de gesprekken met slachtoffers en klachtbemiddelaars én de kennis uit de literatuur. De conclusies en aanbevelingen zijn becommentarieerd door de deelnemende patiënten en professionals.

## **Rapportage**

De rapportage vond in eerste instantie per deelonderzoek plaats. De rapportage van elk deelonderzoek bevat een samenvatting van de sessies van de responsiegroepen (deelonderzoeken 1 en 2) of interviews met de verschillende respondenten (deelonderzoek 3). Aan elk verslag is een korte synthese toegevoegd (paragraaf 4.C, 5.C en 6.C). De reacties uit de expertmeeting op de tussenrapportage zijn afzonderlijk verslagen, in appendices.

In de rapportage van de deelonderzoeken worden de hoofd- en deelvragen uit de probleemstelling beantwoord. De rapportages leveren aanwijzingen hoe procedures en aspecten binnen de verschillende subsystemen zodanig verbeterd kunnen worden dat:

- secundaire victimisatie zoveel mogelijk voorkomen kan worden en
- de zelfredzaamheid van slachtoffers geoptimaliseerd kan worden.

De rapportages voor de deelonderzoeken zijn de basis voor dit eindverslag, dat conclusies trekt en aanbevelingen doet voor de nazorg verlenende instellingen. Voor de slachtoffers resulteert een gebruikersvriendelijker dienstverlening, die meer aansluit bij hun wensen en behoeften. Daarmee pretendeert het onderzoek een bijdrage te leveren aan het beter op elkaar afstemmen van vraag en aanbod, in de onderkende subsystemen.

Deelonderzoek 3 (letsel door onvolkomen medisch handelen) wijkt door zijn aard enigszins af van de eerste twee. Bij dit deelonderzoek staat het subsysteem van de medische sector centraal. Weliswaar worden artsen door vrijwel alle andere subsystemen bevraagd, maar zij houden een zekere afstand daartoe, want voor hen is de vertrouwensrelatie met hun patiënt (ook slachtoffer) terecht primair. Juist daar knelt het vaak in het totale systeem, reden om dit toch in deze onderzoekcontext te onderzoeken; het heeft veel te maken met zelfredzaamheid.

## **Begrippen (zie ook bijlage hoofdstuk 2)**

- aspecten de als probleem ervaren schaduwkanten van een procedure
- nazorg hulp bij het zoeken naar zelfredzaamheid na een geslaagde eerste opvang
- procedures de reeks van stappen te nemen door nazorg instanties
- secundaire victimisatie de beleving bij het slachtoffer in de nazorg in de steek te zijn gelaten
- subsystemen de nazorg instanties en -instellingen, gegroepeerd naar gelijksoortigheid
- vrijwilligers onbezoldigde werknemers, werkzaam bij nazorg instellingen
- zelfredzaamheid het vermogen van een slachtoffer om zelf zijn problemen het hoofd te bieden.



## 2. ONDERZOEKSVERANTWOORDING

Vooronderzoek, subsystemen, procedures en aspecten, responsiegroepen, samenwerking met Slachtofferhulp Nederland, bijlage hoofdstuk 2: procedures en aspecten

In de projectbeschrijving zijn de werkzaamheden voor het vooronderzoek omschreven:

1. Een inventariserende literatuurstudie (apart verslagen als hoofdstuk 3);
2. Het beschrijven van de subsystemen;
3. Formulering van te toetsen hypothesen voor de onderscheiden subsystemen.

Het vooronderzoek beoogt:

4. Het ontwikkelen van het onderzoeksinstrument (vragenlijsten);
5. De opzet voor de samenstelling van responsiegroepen;
6. De uitwerking van het onderzoeksprotocol (onderzoeksopzet).

Op elk van de 6 punten wordt nu ingegaan.

### Vooronderzoek (voor literatuurstudie: zie hoofdstuk 3)

Er zijn circa 40 organisaties benaderd. Na een korte uitleg over de inhoud en het doel van het onderzoek, werd de contactpersoon gevraagd of men bij de betreffende organisatie inzicht had in problemen waar slachtoffers tegen aanlopen bij hun zoektocht naar hulp.

De benaderde organisaties kunnen als volgt worden getypeerd:

- organisaties voor belangenbehartiging van consumenten/cliënten/patiënten/slachtoffers;
- organisaties voor klachtenafhandeling en -bemiddeling;
- toezichthoudende organisaties;
- koepelorganisaties;
- organisaties voor (onderzoek en) documentatie;
- uitvoerende organisaties;
- zelforganisaties van en voor consumenten/cliënten/patiënten/slachtoffers.

Verder is een aantal onderzoeksrapporten opgevraagd via het WODC/Ministerie van Justitie.

De belronde onder de 40 organisaties leverde in hoofdzaak algemeen materiaal op, zoals jaarverslagen. Het materiaal is onderworpen aan een screening. Met uitzondering van de informatie afkomstig van organisaties binnen de strafrechtelijke, civielrechtelijke en verzekeringstechnische subsystemen blijkt uit het toegestuurd materiaal dat er geen of nauwelijks specifieke aandacht wordt besteed aan mogelijke praktische problemen van slachtoffers. In enkele gevallen worden een paar regels gewijd aan klachtenprocedures of klachtenopvang. In het kader van het onderzoek is het meeste materiaal dan ook matig bruikbaar. Uitzondering daarbij vormen de stukken van zelforganisaties van patiënten en slachtoffers (zoals De Whiplash Patiëntenvereniging en de Vereniging voor Verkeersslachtoffers) en van belangenbehartigingsorganisaties als Slachtofferhulp Nederland en de Vereniging van Letselschade Advocaten.

De contacten en/of het schriftelijke materiaal hebben geleid tot de volgende overwegingen:

- Wanneer slachtoffers van misdrijven, verkeersongevallen en medische fouten in een wat latere fase te maken krijgen met praktische problemen, dan is de ondersteuning inderdaad minder goed geregeld. Vormen van belangenbehartiging 'in de breedte', die er wel zijn in de fase van de eerste

- opvang, ontbreken. Ook langer durende, individuele ondersteuning ontbreekt.<sup>1</sup> Beide vormen van hulpverlening worden niettemin soms geleverd door medewerkers van de Buro's Slachtofferhulp.
- Binnen het strafrecht, het civiel recht en het verzekeringsrecht zijn de praktische knelpunten voor slachtoffers uit reeds verrichte evaluatie-onderzoeken redelijk goed in beeld te brengen; een uitwerking ervan staat in het literatuuronderzoek (hoofdstuk 3.A)
  - Hetzelfde geldt voor de emotionele/psychische opvang van bepaalde typen slachtoffers (slachtoffers van agressie en geweld op de werkplek) en/of van bepaalde typen misdrijven (seksueel geweld, overvallen).
  - Datzelfde geldt eveneens voor de medische sector (zie hoofdstuk 3.B).
  - Binnen de andere organisaties is 'slachtofferschap' geen onderscheidend criterium. Slachtoffers worden niet als specifieke (doel)groep gezien. Dit heeft als consequentie dat in eerste instantie niet gezocht is naar zaken waar slachtoffers tegenaan lopen, maar eerder naar problemen waar gebruikers in algemene zin tegenaan lopen bij de dienstverlening door betrokken organisaties.
  - Door de Vereniging van Letselschade Advocaten wordt gewezen op de afnemende toegankelijkheid van rechtsbijstand voor de sociaal zwakkeren. Nagegaan dient te worden in hoeverre slachtoffers om deze reden terugvallen op meer toegankelijke, maar minder deskundige bijstand en in hoeverre dit effect heeft op de zelfredzaamheid.
  - De mogelijkheden voor het indienen en afhandelen van klachten lijken binnen de diverse organisaties nogal te verschillen, evenals hun toegankelijkheid. Uit het onderzoek hieromtrent komen algemene aanbevelingen voort (zoals minimale kwaliteitseisen).

Het vooronderzoek maakt duidelijk dat men name de brede aanpak van de onderzoekopdracht innoverend is. Er is een onderwerp geëntameerd dat - in brede zin - nog weinig aandacht heeft gekregen. Er is op deelgebieden al het een en ander bekend, maar deze informatie is niet eerder samengebracht.

### **Subsystemen, procedures en aspecten**

Een uitwerking van de te onderscheiden subsystemen in de onderzoeksmatrix 'Zelfredzaamheid van slachtoffers praktisch bekeken' is in een bijeenkomst aan alle bij het onderzoek betrokken partijen gepresenteerd. Dit resulteerde in de 6 subsystemen genoemd in het matrix-voorbeeld van figuur 1.1. Verder onderscheiden de betrokkenen 7 procedures, namelijk:

- melding;
- behandeling;
- registratie;
- bijstand;
- exit/nazorg;
- klachtbehandeling;
- doorverwijzing en voorlichting (preventie).

Er werden aan de hulp- en dienstverlening 10 aspecten onderscheiden:

- deskundigheid;
- regelgeving;
- samenwerking;
- bejegening;
- duur;
- communicatie en informatie;

---

<sup>1</sup> Binnen de psychosociale hulpverlening zijn het casemanagement en het cliëntvolgsysteem hiervan voorbeelden.

- kosten;
- objectiviteit;
- privacy;
- toegankelijkheid.

Zie voor de definities de bijlage van hoofdstuk 2.

Aldus is de ingevulde onderzoekmatrix van figuur 2.1 ontstaan.

## **Responsiegroepen deelonderzoek 1 en 2**

Voor de responsiegroepen van deelonderzoek 1 en 2 zijn in eerste instantie kandidaten geselecteerd via de Buro's Slachtofferhulp en de Vereniging voor Verkeersslachtoffers. Hieraan liggen de volgende overwegingen ten grondslag:

- Zij behoren tot de belangrijkste laagdrempelige intermediairs.
- Zij staan een integrale ondersteuning voor (slachtoffers kunnen met alle vragen terecht). Dit sluit aan op de onderzoeksopzet waarin we op zoek zijn naar slachtoffers die op verschillende terreinen aanlopen tegen barrières.
- Het onderzoek kan een meerwaarde opleveren voor hun werkwijze en de eerste opvang.

De keuze om via deze lijn slachtoffers te werven heeft ook nadelen:

- Het aantal kandidaten dat wordt aangeleverd kon niet worden 'besteld'.
- Het type kandidaten dat is aangeleverd kon niet worden gescreend op onze selectiecriteria.

Niet uitgesloten kan worden dat vooral de problemen van minder zelfredzame slachtoffers in beeld zijn gebracht. In hoeverre de onderzoeksresultaten hierdoor onvolledig zijn, kan slechts subjectief worden beoordeeld.

Samenwerking met Slachtofferhulp Nederland.

- Wat de bespreking van het onderzoeksconcept en verkrijgen van medewerking van Slachtofferhulp Nederland is het landelijk Buro benaderd.
- Er zijn 72 Buro's Slachtofferhulp (deze Buro's vormen tezamen 25 Regionale Buro's Slachtofferhulp) aangeschreven met het verzoek om medewerking aan het onderzoek. In het schrijven werd het doel van het onderzoek aangegeven, alsmede de te verwachten opbrengst, ook voor de buro's zelf. Er werd verder ingegaan op de opzet van het onderzoek en de selectiecriteria werden beschreven voor de te werven kandidaten voor de responsiegroepen. Deze zijn als volgt geformuleerd:
  - het slachtoffer moet voldoende ver in de emotionele verwerking zijn om aan een responsiegroep over de praktische gevolgen deel te nemen;
  - het slachtoffer moet in staat zijn de eigen ervaringen te verwoorden;
  - het misdrijf of verkeersongeval heeft voor het slachtoffer meerdere praktische gevolgen gehad;
  - voor het (praktisch) verwerken daarvan hebben zij instellingen op diverse terreinen nodig (gehad);
  - het slachtoffer is reeds enige tijd bezig met de (praktische) verwerking en/of daarmee bijna klaar.

Op deze aanschrijving volgde een positieve reactie van 7 van de 25 Regionale Buro's. Vervolgens zijn alsnog 8 Regionale Buro's telefonisch benaderd om hen aan te zetten tot de werving van kandidaten voor het onderzoek. Selectiecriteria hiervoor waren het bestaan van een apart project verkeersslachtoffers of de ontwikkelingen van een cliëntvolgsysteem c.q. een casemanagement benadering. Informatie hierover was reeds verworven via de 7 voornoemde Buro's. Voor zover de 15 bereid gevonden Buro's nog niet hadden gereageerd, zijn zij (opnieuw) telefonisch benaderd voor de stand van zaken rond de aan te leveren respondenten; uiteindelijk hebben 9 Buro's meegewerkt.

Figuur 2.1 Onderzoeksmatrix - Zelfredzaamheid van slachtoffers praktisch bekeken

	Strafrecht	Civiel recht	Verzekering	Arbeidssector (incl. soc.verz.)	Medische sector	Psychosociale hulpverlening
Aanbieder	politie Openbaar Ministerie rechterlijke macht (algemeen)	advocatuur rechterlijke macht deurwaarder	schadeverzekeraar rechtsbijstand- ongevallen- aansprakelijkheids- verzekeraar	werkgever Arbodienst uitvoeringsorganen (gemeente, bedrijfsverenigingen)	huisarts ziekenhuis paramedisch	RIAGG maatschappelijk werk
Aandael Slachtoffer	aangever getuige benadeelde	benadeelde eiser gedaagde	verzekeringnemer tegenpartij	werknemer arbeidsongeschikte verzeerde uitkeringsgerechtigde	patiënt cliënt	cliënt
Procedures: - melding - behandeling - registratie - bijstand - exit/nazorg - klachtbehandeling - doorverwijzing en voorlichting	melding/aangifte opsporing vervolgning schadebemiddeling voeging strafproces inzageprocedure (rechtsbijstand) vonnis hoger beroep executie (OM/SO) artikel 12 Sv. klacht politie klacht MvJ Nat. Ombudsman	aansprakelijkstelling dagvaarding civiele procedure eigen dossier rechtsbijstand vonnis hoger beroep executie Orde van Advocaten R.v.T. / Ombudsman	schadeformulier/ -melding schadebeperking schadetaxatie repatriëring onderhandelingen medische keuring schadedossier inzageprocedure NVVA tussenpersoon second opinion schade-uitkering Raad van Toezicht Ombudsman	ziekmelding medische controle medische keuring arbeidsdossier ARBO-registratie medisch dossier inzageprocedure vakbond (rechtsbijstand) reïntegratie betermelding ontslagprocedure GAK-goedkeuring	verwijzing intakeprocedure medische behandeling inzageprocedure second opinion medisch ontslag/ medische eindtoestand patiënten-vertrouwenspersoon patiëntenplatform (rechtsbijstand) tuchtrecht  (zie ook civiel)	intake praktische opvang psychosociale opvang verwijzing behandelplan cliëntendossier inzageprocedure vertrouwenspersoon afroendend gesprek interne klachtenbehandeling externe klachtenbehandeling



Aanvankelijk vielen de resultaten van de werving nogal tegen. Vijf respondenten voor deelonderzoek 1, in eerste instantie. Het probleem was vooral gelegen in het vierde selectie criterium (namelijk ervaring met meerdere subsystemen). Hieraan voldoet slechts een beperkte groep cliënten. Dit probleem is met de deelnemende Buro's besproken. De projectleiding wenste dit criterium niet al te zeer te verzwakken. Een aantal coördinatoren van de Buro's vond het niet fraai als hun organisatie onvoldoende respondenten zou kunnen aanleveren en 'concurrerende' belangenbehartigers of zelforganisaties zouden moeten worden aangezocht. De oplossing werd naast een tweede ronde werving met als resultaat nog 6 respondenten voor onderzoek 2 (totaal 12), dat vrijwilligers werkzaam bij de Buro's met hun ervaring ook een responsgroep zouden vormen (voor deelonderzoek 1 een twaalfstal, voor deelonderzoek 2 een achttal).

### **Responsiegroepen deelonderzoek 3**

In de geneeskunde staat het bieden van hulp centraal. Het slachtoffer is daar primair patiënt. De gezondheidszorg heeft als taak zo adequaat mogelijke hulp te bieden. Patiënten leven in de terechte verwachting deze hulp waar nodig ook te krijgen. De ervaring leert dat de moderne geneeskunde niet altijd aan de verwachting van de patiënt kan voldoen (zie paragraaf 3.B: literatuurstudie over dit soort slachtofferschap). Dit vloeit deels voort uit zaken inherent aan de geneeskunde, zoals de diversiteit van ziektebeelden, het ontstaan van nieuwe ziektes en het ontstaan van resistentie, zoals bijvoorbeeld het geval is voor veel antibiotica. Veel ziektes kunnen simpelweg niet genezen worden. Ook kan het zijn dat er sprake is van het risico van complicaties, waarbij de voordelen van behandeling of diagnostiek wel of niet opwegen tegen dit risico. Voor andere ziektes is het economisch niet haalbaar om alle patiënten optimaal te behandelen. Verder zijn diagnostiek en behandeling steeds in ontwikkeling. De 'evidence based medicine' staat nog in de kinderschoenen en als gevolg ontbreekt deels consensus over de 'optimale' behandeling of diagnostiek. Veelal wordt de faalbaarheid van de geneeskunde door de individuele patiënt geaccepteerd indien hij of zij ervan overtuigd is dat al het mogelijke en haalbare is gedaan om hulp te bieden. Echter, daar waar niet de geneeskunde maar het geneeskundig handelen tekortschiet wordt de patiënt daadwerkelijk tekort gedaan en ligt acceptatie veel moeilijker. Zo kan er sprake zijn van het geven van onvoldoende of verkeerde voorlichting, van inadequaat doorverwijzen of van onzorgvuldigheid of nalatigheid bij behandeling of diagnostiek. Zo kan onvolkomen medisch handelen van de patiënt een slachtoffer maken. Een opstelling van de geneeskundige waarbij sprake is van openheid, inlevingsvermogen en - waar dat nog kan - een handelen dat tracht te corrigeren zal veel bijdragen aan een eventuele acceptatie en voorkomt escalatie. Helaas valt dit veel artsen om uiteenlopende redenen moeilijk, zeker daar waar het het toekennen van gemaakte fouten betreft. Daar komt bij dat binnen de beroepsgroep de neiging bestaat collegae de hand boven het hoofd te houden. Zo kan de patiënt zich bij herhaling niet gehoord of begrepen voelen, een krenking die veelal leidt tot verder psychisch lijden.

Voor dit derde deelonderzoek is een eerste responsiegroep van slachtoffers geselecteerd uit de second opinion praktijk van H.C.H. Coumou. Deze responsiegroep bestond uit patiënten bij wie lichamelijk of psychisch leed voortgekomen is uit onvolkomen medisch handelen bij het tijdig hulp zoeken van de patiënt. Zo kan er sprake zijn van inschattingfouten bij de huisarts met inadequate behandeling of doorverwijzing, keuze voor verkeerde diagnostiek of therapie door de specialist, alsook van wachtlijstproblematiek. Getracht is patiënten te vinden bij wie het verloop in de tijd van het slachtofferschap overeenkomsten vertoont met dat van de slachtoffers in deelonderzoeken 1 en 2. Patiënten die in aanmerking kwamen voor dit onderzoek hadden op zeer verschillende wijze schade geleden door onvolkomen medisch handelen. De casuïstiek heeft zich gericht op welomschreven en regelmatig voorkomende medische problemen. Grote fouten als het afzetten van het verkeerde been, waarbij evident is dat er over het optreden van secundair slachtofferschap geen twijfel hoeft te bestaan, zijn niet opgenomen in deze studie. Verder is getracht casussen te selecteren waarbij er ook sprake was

van ervaringen binnen andere subsystemen. Respondenten die hieraan voldeden bleken slechts in beperkte mate te vinden. Daarom zijn twee extra casussen door een van de initiatoren van het onderzoek aangebracht (zie hoofdstuk 1).

De tweede groep respondenten bestond uit een groep van 5 professionals op het gebied van de klachtbemiddeling in de gezondheidszorg. Deze groep is tot stand gekomen door telefonisch overleg met twee academische en twee perifere ziekenhuizen, een huisartsenvereniging, een gezondheidscentrum, een verpleeghuis en een Patiënten Consumenten Platform. Bereid tot deelname aan dit onderzoek waren een klachtbemiddelaar in een academisch ziekenhuis (1), een perifere ziekenhuis (2) en een verpleeghuis (3), een secretaris van een klachtenbureau en een klachtencommissie in de eerstelijns, waarbij het gaat om huisartsen, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal raadslieden, thuiszorg, apothekers (4), alsook een klachtbemiddelaar van een Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (5).

## **Bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten**

### **Procedures**

In het dienstverleningsproces van instanties aan cliënten kunnen een aantal procedures worden onderscheiden. In dit onderzoek worden 7 procedures onderscheiden.

#### **Melding (A)**

Onder melding worden, met uitzondering van registratie, al die activiteiten verstaan die plaatsvinden bij binnenkomst van een cliënt bij een organisatie. Bij medisch handelen ook anamnese en diagnose.

#### **Behandeling (B)**

Onder behandeling wordt een groot en divers scala aan activiteiten betreffende de kernfunctie van een organisatie verstaan, startend na de melding en durend tot aan de exit, voor zover niet nader als andere procedure te specificeren. Het uitkeren van voorschotten valt onder deze procedure.

#### **Registratie (C)**

Registratie betreft het vastleggen van relevante cliënteninformatie op schrift, of in de computer. Deze procedure is ondersteunend aan het dienstverleningsproces als geheel. Registratie vindt veelal plaats aan het begin en het eind van de dienstverlening, maar ook op andere momenten van de dienstverlening.

#### **Bijstand (D)**

Met de procedure bijstand wordt die extra service aan cliënten aangeduid die dient ter ondersteuning van cliënten in hun vraag aan de instelling. Bijstand wordt bijvoorbeeld verleend door een afdeling cliënten/patiëntenzorg van een instelling. Bij medisch handelen ook second opinions.

#### **Exit/nazorg (E)**

Exit duidt de laatste procedure aan in de dienstverlening aan een cliënt en dient ter afronding van de procedure behandeling. Ook uitbetaling, behalve wanneer het een voorschot betreft, valt onder de procedure exit. Soms wordt door een instelling op enig moment na de exit nazorg verleend. Dit betreft een (extra) service aan een cliënt, die buiten de feitelijke dienstverlening valt. Bij medisch handelen ook controle en begeleiding.

#### **Klachtbehandeling (F)**

Bij de meeste instellingen bestaan er procedures voor de afhandeling van klachten van een cliënt over de dienstverlening van een instelling. Dergelijke procedures worden aangeduid als klachtbehandeling.

#### **Doorverwijzing (G)**

Doorverwijzen betreft het doorsturen van cliënten door een instelling, naar een organisatie die (beter) is toegerust voor de behandeling van (de desbetreffende vraag van) een cliënt. Doorverwijzing kan plaats vinden op elk moment van de dienstverlening.

#### **Voorlichting (H)**

Voorlichting betreft de procedure waarmee het publiek wordt geïnformeerd, bijvoorbeeld over (het proces van) de dienstverlening van een instelling of over bepaalde procedures. Onder voorlichting wordt algemene informatie verstaan, die niet is toegespitst op de cliënt in het bijzonder of de specifieke zaak van een cliënt.

#### **Algemeen/overig (X)**

Onderwerpen die niet een specifieke procedure betreffen, maar de organisatie als geheel aangaan worden in deze categorie gerubriceerd, evenals procedures anders dan hiervoor behandeld.

## **Aspecten**

In het onderzoek worden binnen het dienstverleningsproces, naast procedures, 10 aspecten onderscheiden welke dienen ter verbijzondering van de genoemde procedures.

### **Deskundigheid (1)**

Bij dit aspect gaat het om de bekwaamheid waarmee procedures worden uitgevoerd c.q. dienstverlening wordt geboden en om vakbekwaamheid.

### **Regelgeving (2)**

De regelgeving betreft de wettelijke of protocollaire kaders waarbinnen de dienstverlening plaats vindt en procedures worden uitgevoerd.

### **Samenwerking (3)**

Onder dit punt wordt verstaan: de interne professionele of externe organisatie en coördinatie van activiteiten van een medewerker c.q. een afdeling c.q. een instelling met andere medewerkers, afdelingen en/of instellingen ten behoeve van de dienstverlening aan een cliënt.

### **Bejegening (4)**

Bejegening behelst de wijze waarop een cliënt tegemoet wordt getreden door een instelling of door een medewerker van een instelling.

### **Duur (5)**

De duur van een procedure of van het dienstverleningsproces betreft de periode die verstrijkt voordat de procedure of de dienstverlening in zijn geheel is afgerond.

### **Communicatie en informatie (6)**

Onder dit aspect wordt verstaan: de contacten vanuit een instelling, afdeling of medewerker, waarbij, met het oog op (een procedure van) de dienstverlening, gegevens over de zaak van een cliënt over en weer worden uitgewisseld. Het gaat hierbij zowel om de frequentie als om de vormgeving en de inhoud van deze contacten.

### **Kosten (7)**

Dit punt betreft de financiële consequenties voor een cliënt van de dienstverlening, of onderdelen daarvan, door een instelling.

### **Objectiviteit/consequentheid (8)**

Met dit aspect wordt zowel de onbevooroordeeldheid als de eenduidigheid aangeduid waarmee dienstverlening wordt geboden of procedures worden uitgevoerd.

### **Privacy (9)**

Dit aspect betreft de wijze waarop tijdens de dienstverlening wordt omgegaan met zaken die de persoonlijke levenssfeer van de cliënt betreffen.

### **Toegankelijkheid (10)**

Toegankelijkheid betreft de moeite die het een cliënt kost om de gewenste dienstverlening te verkrijgen c.q. om door te dringen tot bepaalde procedures binnen de dienstverlening. Bereikbaarheid houdt verband met toegankelijkheid: het betreft de moeite die het een cliënt kost om in contact te treden met de gewenste instelling c.q. afdeling c.q. medewerker.

[Algemeen/overig (99): Indien geen aspecten kunnen worden onderscheiden, of andere dan hiervoor gespecificeerd, dan is deze categorie van toepassing.]





### 3.A LITERATUURONDERZOEK: SLACHTOFFERS VAN MISDRIJF EN VERKEER

Inleiding, strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector en psychosociale hulpverlening

#### **Inleiding**

##### *Plaatsbepaling*

Slachtoffers van misdrijven en verkeersongevallen krijgen met een veel problemen en instellingen te maken. Ervaringen leren dat op het moment van het hervinden van zelfredzaamheid er in praktisch opzicht van alles mis kan gaan. Wanneer dit ernstige vormen aanneemt treedt secundair slachtofferschap op. Men wordt opnieuw slachtoffer, nu niet van het incident, maar van het (maatschappelijk) systeem.

##### *Onderzoeksvraag*

De vraag die aan de orde komt is:

Welke knelpunten treden op bij de praktische nazorg (na de eerste opvang) en hoe kunnen die worden verbeterd om bij te dragen aan een verbeterde, duurzame en afrondende nazorg en aan het vergroten van de zelfredzaamheid van slachtoffers?

Daarbij maken we een onderscheid naar:

- sectoren in de samenleving (hierna genoemd: subsystemen): strafrecht, civiel recht, medische sector, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector en psychosociale hulpverlening;
- procedures binnen die sectoren (zoals melding, behandeling en klachtafhandeling) en aspecten van procedures (denk aan regelgeving, communicatie en bejegening);
- de mate waarin die procedures de zelfredzaamheid bevorderen en belemmeren.

Er wordt naar drie groepen slachtoffers gekeken (misdrijven, verkeersongevallen en medisch onvolkomen handelen).

De informatie is verzameld in twee ronden:

1. Een telefonische ronde langs actoren en intermediairen in de verschillende subsystemen. Aan de contactpersonen is gevraagd aan te geven of men binnen de organisatie slachtoffers (van misdrijven en verkeersongevallen) als doelgroep onderscheidt en of men schriftelijke bronnen kon noemen. In het geval dat men geen relevante bronnen kon noemen is volstaan met het opvragen van het jaarverslag.
2. Een zifting van de schriftelijke bronnen die de telefonische ronde (onder 1) opleverde, en van aanvullend schriftelijk materiaal.

De informatie is geordend naar subsysteem en aangevuld met aanbevelingen. De meeste informatie die boven tafel is gekomen gaat vooral over de subsystemen strafrecht, verzekeringswezen en de arbeidssector.

In dit hoofdstuk is geen beschrijving te vinden van het verwerkingsproces zelf. Echter alles wat aan praktische knelpunten wordt gesignaleerd en de aanbevolen oplossingen beïnvloeden de verwerking direct. De lange duur, de ontoegankelijkheid van een procedure, de bejegening, de communicatie en de samenwerking binnen een procedure kunnen de verwerking in negatieve en in positieve zin beïnvloeden.

## **Strafrecht**

Voor slachtoffers van misdrijven en verkeersongevallen is de politie vaak de eerste instantie die iets over schade en letsel op papier zet.

Als de politie aangifte heeft opgenomen, wordt een opsporingsonderzoek gestart. Zodra de politie het opsporingsonderzoek heeft afgerond en een verdachte bekend is, kan de zaak naar het openbaar ministerie worden gezonden.

In een aantal (wettelijk vastgelegde) zaken kan de politie de zaak zelf afhandelen. In de andere gevallen dient steeds op zijn minst te worden overlegd met het openbaar ministerie of de zaak ingezonden moet worden. Het openbaar ministerie heeft het vervolgingsmonopolie en beslist over al dan niet vervolgen. Van het moment van inzending ligt de regie van de strafrechtelijke procesgang bij het openbaar ministerie.

### **Slachtoffers van misdrijven en strafwaardige verkeersongevallen**

De informatie over de mogelijkheden voor schadevergoeding via het strafrecht is de laatste jaren verbeterd mede door de invoering van de wet Terwee. Deze wet schrijft onder meer voor dat slachtoffers goed op de hoogte gesteld worden van het verloop van de strafzaak, van schadevergoedingsmogelijkheden en van de rol die politie en het openbaar ministerie daarbij kunnen spelen. De informatievoorziening is met name gericht op mogelijkheden voor schadevergoeding of andersoortige genoegdoening binnen of in de schaduw van het strafrecht. Zo is het mogelijk voor een slachtoffer om zich met zijn/haar schadevordering te voegen in het strafproces; de strafrechter zal daarover gelijktijdig met de uitspraak over de strafzaak een uitspraak doen.

In het geval van verkeersongevallen die vallen onder een strafbepaling (meestal uit de Wegenverkeerswet) zal in veel gevallen de schadevergoeding langs andere weg geregeld worden. De informatiebehoefte bij het slachtoffer kan in dat geval echter net zo groot zijn als bij slachtoffers van misdrijven.

Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat indien een zaak niet wordt vervolgd, het slachtoffer een klacht indient bij het Gerechtshof met het verzoek om de zaak alsnog te vervolgen (artikel 12 Wetboek van Strafvordering).

### **Procedures en aspecten**

De regelgeving in het kader van de wet Terwee houdt het volgende in.

- Het slachtoffer geeft bij aangifte op het slachtofferformulier aan op de hoogte gehouden te willen worden van de voortgang van de zaak.
- Het slachtoffer maakt de wens om zich te voegen kenbaar via een door justitie toegestuurd voegingsformulier. Er is geen maximum aan het te vorderen bedrag. Wel moet de schade eenvoudig te bewijzen zijn; de vordering van het slachtoffer kan worden gesplitst in een eenvoudig te bewijzen deel (te vorderen via het strafrecht) en een niet eenvoudig te bewijzen deel (te vorderen via het civiele recht).
- Als de schadevergoeding wordt toegewezen krijgt het slachtoffer een 'vordering benadeelde partij', waarmee hij naar de deurwaarder kan om het bedrag te innen.
- De rechter kan op vordering van de officier van justitie besluiten een schadevergoedingsmaatregel op te leggen. In dat geval maakt het vergoeden van de schade deel uit van de in het vonnis opgelegde straffen en maatregelen. Justitie (het openbaar ministerie) zorgt dan voor de inning van het bedrag. Ook hier is geen maximum verbonden aan de op te leggen schadevergoeding.
- Als de Officier van Justitie of de (advocaat van de) verdachte van de strafzaak in hoger beroep gaat, gaat de vordering van het slachtoffer op grond van voeging automatisch mee.
- Het slachtoffer kan ook zelf tegen de uitspraak over de vordering op grond van de voeging in hoger

beroep gaan. Dit moet in een civiele procedure gebeuren.

- Tot op het moment van de zitting kan het slachtoffer zich in principe voegen in het strafproces; wel wordt aanbevolen het formulier (voor kennisneming, spoedige en adequate afhandeling) tijdig in te zenden.

De volgende richtlijnen zijn geformuleerd voor politie en justitie, in het verlengde van de wet Terwee:

- De politie dient aandacht te besteden aan de mogelijkheden in de schade tussen verdachte en slachtoffer te bemiddelen.
- Ook bij het openbaar ministerie berust de taak in een zo vroeg mogelijk (voorprocessueel) stadium te bemiddelen in schadevergoeding tussen verdachte en slachtoffer; daartoe zijn onder meer schadebemiddelaars aangesteld bij verschillende parketten.
- Slachtoffers moeten correct bejegend worden. Dat houdt onder meer in dat:
  - het slachtoffer recht heeft op een persoonlijk onderhoud met de behandelend officier van justitie;
  - het slachtoffer op zorgvuldige en tijdige wijze geïnformeerd wordt over het verloop van de zaak en de mogelijkheden voor schadevergoeding;
  - de politie het slachtoffer ook hoort te vragen of het slachtoffer er prijs op stelt op de hoogte gehouden te worden van de ontwikkelingen ten aanzien van de schadevergoeding en daarvan in het proces-verbaal aantekening wenst. Totdat het proces-verbaal naar het parket wordt opgestuurd is de politie hiervoor verantwoordelijk, daarna justitie;
  - de politie het slachtoffer actief behoort te wijzen op de mogelijkheid gebruik te maken van de bijstand en ondersteuning van een Bureau Slachtofferhulp of andere vormen van ondersteuning;
  - het openbaar ministerie het slachtoffer op de hoogte hoort te brengen van zittingsdatum en hem daarvoor uitnodigt.
- Het Openbaar Ministerie hoort het slachtoffer op de hoogte te stellen van zijn wettelijke bevoegdheden.

Tenslotte dient te worden vermeld dat er in navolging op de wet en richtlijn Terwee netwerken gevormd worden om de werkzaamheden op het gebied van slachtofferinformatie en slachtofferzorg (politie en justitie) en slachtofferhulp (hulpverlening) zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

### *Schadefonds Geweldsmisdrijven*

Slachtoffers van geweldsmisdrijven kunnen een beroep te doen op het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Door dit fonds kan zowel materiële als immateriële schade vergoed worden, mits die op geen enkele andere manier verhaald kan worden. De dader van het misdrijf hoeft niet bekend te zijn.

Aan de volgende voorwaarden moet voldaan worden:

- er moet sprake zijn van zwaar lichamelijk of geestelijk letsel;
- alleen letselschade komt in aanmerking, geen zaakschade;
- het slachtoffer is niet draagkrachtig genoeg om de schade zelf te dragen;
- het slachtoffer mag niet medeschuldig zijn aan het gebeurde, dan wordt de uitkering lager of niet toegekend;
- termijn indiening aanvraag: binnen drie jaar na datum misdrijf.

### *Klachten*

Klachten over de politie worden in eerste instantie aangekaart bij de betreffende politiefunctionaris, eventueel via een gesprek met aanwezigheid van een derde (bemiddeling), die zich zo neutraal mogelijk opstelt (informele fase).

Wordt de klacht niet naar tevredenheid afgehandeld, dan geeft het klachtenreglement van het politiekorps in kwestie aan hoe de klacht verder afgehandeld wordt (formele fase, klachtencommissie).

Klachten over justitie worden eerst aangekaart bij de behandelend officier van justitie. Denkbaar is ook



hier dat er een derde persoon aan het gesprek deelneemt (bemiddeling). Daarna kan de klacht formeel kenbaar worden gemaakt bij de hoofdofficier van justitie.

In beide gevallen kan bij ontevredenheid over de formele afhandeling door het slachtoffer een klacht worden ingediend bij de Nationale Ombudsman. Deze kan de klacht in behandeling nemen en advies uitbrengen aan de betrokken dienst en de klacht publiceren.

### **Specifieke procedures en aspecten bij verkeersongevallen**

- De politie zorgt bij verkeersongevallen voor adequate registratie. Dat gebeurt via een zogenaamde registratieset die speciaal voor verkeersongevallen is ontwikkeld.
- Waar het uitsluitend gaat om blikshade of om licht letsel wordt volstaan met deze registratie (blikshaderegeling). Wel wordt aandacht besteed aan de vraag of er bij de aanrijding een verkeersovertreding is begaan.
- Is er sprake van verkeersslachtoffers met zwaarder letsel of dodelijke ongevallen dan wordt de zaak voorgelegd aan de officier van justitie om te beoordelen of de zaak een strafrechtelijk vervolg moet krijgen.

### **Knelpunten**

Uit de geraadpleegde bronnen zijn de volgende knelpunten gedestilleerd.

#### *Ten aanzien van schadevergoeding*

- Actoren in het strafrecht willen het slachtoffer geen valse hoop geven bij pogingen tot schadebemiddeling: er is vaak minder mogelijk is dan waar het slachtoffer op hoopt.
- De officier van justitie besteedt niet altijd en even consequent aandacht aan het voegingsformulier.
- Als een verdachte meerdere misdrijven heeft gepleegd, worden ze soms niet allemaal ten laste gelegd en behandeld, maar ad informandum voorgelegd aan de rechter. De rechter neemt wel kennis van zaken, maar kan niet gevraagd worden in deze zaken schadevergoeding op te leggen. Hoewel de officier van justitie gehouden is om ook bij deze beslissing rekening te houden met de belangen van het slachtoffer gebeurt dat niet in alle gevallen.
- Er is nogal wat discussie over de vraag welke schade nu wel en welke niet meer eenvoudig aan te tonen is; duidelijkheid op dat punt ontbreekt.
- Een schadevergoedingsmaatregel of vordering kan wel opgelegd worden, maar het is maar de vraag of het vastgestelde bedrag ook daadwerkelijk bij de verdachte inbaar is.
- Als het openbaar ministerie nalatig is geweest om het slachtoffer de gelegenheid te geven zich te voegen, wordt door justitie een standaardbedrag van 180 gulden uitgekeerd; dat bedrag is te laag en kan nauwelijks compensatie genoemd worden.

#### *Ten aanzien van de informatieverstrekking*

- De politie zendt de zogenaamde slachtofferformulieren (procesinformatie over de wensen van slachtoffers) niet altijd naar het openbaar ministerie, waardoor de informatievoorziening stagneert.
- Bij het verstrekken van informatie is het soort informatie en het aangeven van de concrete maatschappelijke en persoonlijke (on)mogelijkheden voor het slachtoffer van belang. De aandacht gaat soms teveel uit naar problemen in plaats van naar de mogelijkheden. Door meer aandacht voor dat laatste kan de oordeelsvorming en verwerking van slachtoffers in positieve zin worden beïnvloed.
- Redenen voor ontevredenheid bij slachtoffers zijn vaker dan tot nu toe werd aangenomen gerelateerd aan concrete resultaten. Politie mensen moeten zich meer bewust zijn van de verwachtingen die burgers hebben. Er is goede en duidelijke uitleg nodig door politie. Het niet verstrekken van informatie over de afloop van de zaak leidt tot irritatie.

### *Ten aanzien van de bejegening*

- Verkeersslachtoffers en familie (nabestaanden) geven aan ontevreden te zijn over de strafrechtspleging: de tenlastelegging wordt als onbillijk ervaren of men vindt de bejegening niet serieus en getuigen van onvoldoende respect. Verkeersslachtoffers of hun nabestaanden willen meer betrokken zijn bij de procedure.
- Slachtoffers worden nog teveel gezien als getuigen en als secundaire partij en nog te weinig als belanghebbende; de focus ligt ondanks alle vernieuwing nog altijd op vervolging en berechting van verdachten.

### *Ten aanzien van het Schadefonds Geweldsmisdrijven*

- Hoge letselschades kunnen niet volledig gedekt worden.
- Fonds is vrij onbekend bij publiek en hulpverleners.
- Behandeling duurt zeer lang; er moet veel informatie ingewonnen worden.

### *Overige knelpunten*

- Bij de politie ontbreken gespecialiseerde verkeersafdelingen.
- De verdeling van slachtoffertaken tussen actoren binnen het strafrecht zijn vaak op papier duidelijk, maar laten in de praktijk te wensen over. Bron van onduidelijkheid kan zijn:
  - verschillende definities van doelstellingen;
  - geen uniform registratiesysteem;
  - onduidelijke meetmethoden.

Bron van vertraging kan zijn dat er in verband met capaciteitsproblemen bij actoren de keus wordt gemaakt voor naleving van een deel van de richtlijnen in plaats van het totaalpakket.

Een interessant punt in de geraadpleegde bronnen is het verschil tussen het strafrechtstelsel in Nederland en in Angelsaksische landen. Hier zijn politie en justitie verantwoordelijk gesteld voor slachtofferinformatie en slachtofferzorg (services model), terwijl in Angelsaksische landen is gekozen voor het toekennen van afdwingbare rechten aan slachtoffers (rights model). De knelpunten liggen overwegend in het verlengde van de keuze voor het services model. Of het slachtoffer meer gediend zou zijn met een verschuiving van accenten is daarmee natuurlijk nog niet gezegd.

### **Aanbevelingen**

In de geraadpleegde bronnen hebben we naast de knelpunten ook een aantal aanbevelingen aangetroffen die we hieronder weergeven.

- Informatieverstrekking die opereren binnen een netwerk Terwee moeten goed op de hoogte te zijn van hetgeen de andere netwerkpartners te bieden hebben.
- Er moet worden gewaakt voor het wekken bij slachtoffers van hooggespannen verwachtingen over schadevergoeding.
- De wachttijd vóór de zittingen moet beperkt worden en de wachttijd kan aangenamer gemaakt worden door aanwezigheid van relevante informatie en de inrichting van de wachtruimte.
- Er moet binnen het strafrecht meer aandacht besteed worden aan de privacy van de slachtoffers.
- Actoren binnen het strafrecht moeten zorgen voor optimale bereikbaarheid.
- Schaderegelingen moeten in een zo vroeg mogelijk stadium tot stand gebracht worden.
- Op elk parket moet een schadebemiddelaar worden aangesteld, die het netwerk rond voorprocessuele schadevergoeding coördineert.
- Er moet een Centraal Informatie- en Coördinatiepunt Slachtofferzorg per arrondissement gerealiseerd worden voor informatie aan slachtoffers en alle betrokken organisaties.
- Actoren in het strafrecht moeten via een meetmethode hun doelen inzichtelijk maken; een voorbeeld voor een dergelijke meetmethode is ontwikkeld door het Ministerie van Justitie.

## Civiel recht

### **Procedures en aspecten**

In het civiele recht komen grofweg twee soorten procedures voor die voor slachtoffers van belang zijn: de rechtbankprocedure en het kort geding.

#### *Dading*

Een civielrechtelijke vorm waar de laatste jaren mee is geëxperimenteerd is de dading (inmiddels vaststellingsovereenkomst genoemd). Bij een dading treden slachtoffer en dader (al dan niet met behulp van een advocaat of andere rechtshulpverlener) met elkaar in contact om ter afwenteling van een proces de zaak onderling te regelen. Direct contact tussen dader en slachtoffer is daarbij niet noodzakelijk. De overeenkomst wordt schriftelijk vastgelegd. Bij niet nakoming is het slachtoffer (net als in het hele civiele recht) zelf verantwoordelijk voor executie. Bij het totstandkomen van de overeenkomst kan een voorschot als voorwaarde worden gevorderd.

Bij verkeersongevallen eindigen zeer veel zaken (tussen verzekeringsmaatschappijen, optredend namens slachtoffer én veroorzaker) overigens in een vaststellingsovereenkomst. In het geval van misdrijfschade gebeurt dat zelden, mede door dat tussenpersonen vaak ontbreken.

#### *Kort geding*

Een kort geding kan worden aangespannen indien het slachtoffer een spoedeisend belang heeft. Daarmee kan een belangrijk bezwaar (tijdsverloop) van de normale rechtbankprocedure worden omzeild. Een spoedeisend belang kan zijn gelegen in een contact- of straatverbod voor daders maar ook in het feit dat bijvoorbeeld voor het slachtoffer een nijpende financiële situatie is ontstaan en het slachtoffer voor kosten staat (dure therapie of kosten voor schadeherstel bijvoorbeeld). In zo'n geval kan het slachtoffer een voorschot op de schadevergoeding vragen. Ook het feit dat een spoedige erkenning van het gebeuren schadebeperkend kan werken voor het slachtoffer en bevorderend is voor de verwerking van het gebeurde kan een spoedeisend belang opleveren.

Dagvaarding geschiedt altijd bij de president van de rechtbank; het slachtoffer heeft dan een advocaat nodig. Verder heeft het slachtoffer zogenaamd procesrisico (het risico bij verlies de kosten van de tegenpartij te moeten dragen of zelf met een deel van de proceskosten te blijven zitten, ook als de zaak wordt gewonnen).

Een kort geding verloopt veelal mondeling.

#### *Rechtbankprocedure*

Ook een rechtbankprocedure begint met het uitbrengen van een dagvaarding. De dagvaarding wordt opgesteld door een advocaat (procureur) en aan gedaagde (verdachte) uitgereikt door een gerechtsdeurwaarder. Nadat de zaak op die manier is uitgebracht wordt de zaak op de rol van de rechtbank gezet. Er zijn verschillende 'rondes' in een civiele procedure. Het slachtoffer wordt vertegenwoordigd door een advocaat en hoeft zelf niet aanwezig te zijn op de zitting. Veel van de civielrechtelijke procedure geschiedt schriftelijk.

Voor de executie van het vonnis (het kan in het civiele recht lang duren voordat een vonnis is verkregen) is het slachtoffer zelf verantwoordelijk en ook hier geldt weer het procesrisico.

Van het vonnis kunnen beide partijen in hoger beroep gaan.

#### *Rechtsbijstand*

Voor advisering over de civielrechtelijke mogelijkheden kan een slachtoffer naar een advocaat gaan of naar een Bureau voor Rechtshulp (slachtoffers kunnen hier afhankelijk van de hoogte van het inkomen terecht).

Voor procedurele bijstand zal het slachtoffer een advocaat in de arm moeten nemen. Soms is het eerste



gesprek kosteloos (advies- of 'toga'gesprek).

### *Klachtenregeling advocatuur*

Schriftelijke klachten over de advocatuur kunnen worden ingediend bij de Deken van de Orde van het ressort, waartoe de desbetreffende advocaat behoort.

Bij de indiening moeten naam en adres van klager, naam en adres van advocaat en omschrijving van het feit waarover een klacht bestaat worden aangegeven.

Al naar gelang de wens van het slachtoffer zal de deken proberen tot een schikking te komen, of de klacht doorsturen naar de Raad voor Discipline.

### **Knelpunten**

Knelpunten die in de bronnen zijn gevonden hebben bijna allemaal betrekking op personenschade (na een verkeersongeval, soms specifiek genoemd, of na een geweldsmisdrijf).

Hieronder een overzicht.

- Informatie die wordt verstrekt aan slachtoffers van verkeersongevallen met betrekking tot hun wettelijke rechten is onvoldoende.
- Verkeersslachtoffers en familie zijn in grote mate ontevreden over de civiele rechtspleging.
- Civiele procedure bij letselschade is een jarenlange procedure waarbij het slachtoffer het dubbel zwaar krijgt: het verwerken en aangaan van een juridische strijd (risico van schaderegelingstrauma), waarbij de uitkomst onzeker is (eigen schuld, predispositie, voordeelstoerekening, schadebeperkingsplicht om nog maar te zwijgen van de verhaalbaarheid van de dader) en de rechter het matigingsrecht mag toepassen.
- Bewijsproblemen bij geestelijke letselschade blijven ondanks alle nieuwe regelgeving en schadebundels bestaan.
- Een juridisch casemanager is noodzakelijk voor de vele juridische vragen rond afhandeling van ernstig en veelvoorkomend hoofdletsel
- Objectiviteit bij het vaststellen causaliteitsverdeling en daarop gebaseerde schadevergoeding bij letselschade is een probleem: letselschade-advocaten zijn eerder objectief dan niet-gespecialiseerde juristen.
- In het schaderegelingsproces wordt onderscheid gemaakt in de fase van aansprakelijkheidsstelling en de fase van het schaderegelingsproces. Dat laatste is veel problematischer dan vaak wordt gedacht (de tegenpartij is aansprakelijk, laat het geld nu maar komen).
- Standaardisering in letselschaderegelingen en branche-afspraken tussen verzekeraars en letselschade-advocaten zijn gewenst (meer signalerend dan dat dit zonder meer een knelpunt oplevert).
- Voordat de aansprakelijkheid vaststaat en de schuldvraag is beantwoord moet slachtoffer in principe zelf de kosten dragen.
- Slachtoffer is niet altijd op de hoogte van het feit dat er bij inschakelen van een schaderegelaar in de overeengekomen schadevergoeding een bedrag zit dat naar deze bemiddelaar gaat.
- Een zaak wordt door 'no cure, no pay' advocaten alleen aangenomen als een goede kans op winst wordt ingeschat.
- De afhandeling via een tussenpersoon duurt vaak lang.

Een knelpunt betreft de materiële schadecomponent:

- Het ontbreken van een bundeling van uitspraken op gebied van materiële schadevergoeding.

Een laatste knelpunt gaat over rechtsbijstand bij een civielrechtelijke regeling of procedure:

- De toegang tot de rechtsbijstand (kwaliteit, mogelijkheden van advocaten en allerlei schaderegelingsbureaus: er zijn veel nieuwe toetreders op de markt) is ondoorzichtig; ook met betrekking tot inzicht over de mogelijkheden van het verdere verloop.

## **Aanbevelingen**

Een aanbeveling in dit verband is het zorgen voor inschakelen van een tussenpersoon om de belangen van het slachtoffer met letsel te behartigen. Voor het slachtoffer is de afhandeling vaak emotioneel.

Mogelijkheden:

- rechtsbijstandverzekeraar;
- letselschadeadvocaat.

Het is mogelijk de hulp in te roepen van letselschadebemiddelaars om tot een schikking komen met de verzekeraar van de dader.

Advocaten die hierin gespecialiseerd zijn verenigd in een landelijke organisatie, de LSA. Er zijn letselschadebureaus die werken op basis van 'no cure, no pay'. De aansprakelijkheid van de dader moet in dat geval meestal wel erkend zijn voordat een procedure gestart kan worden!

## **Verzekeringswezen**

### **Procedures en aspecten**

Er kan een onderscheid worden gemaakt in:

- schadeverzekeringen: inboedelverzekering, kostbaarhedenverzekering;
- aansprakelijkheidsverzekeringen: autoverzekering;
- sommenverzekeringen: levensverzekering en ongevallenverzekering;
- dienstenverzekeringen: rechtsbijstandsverzekering, glasverzekering;
- ziektekostenverzekering;
- arbeidsongeschiktheidsverzekering.

De basis voor een verzekering vormt het verzekeringscontract. De klant ontvangt bij afsluiting een polisblad en bijbehorende polisvoorwaarden.

Naast financiële en materiële voorzieningen zouden verzekeraars informatie op juridisch gebied, preventievoorlichting en immaterieel voordeel in de vorm van rust en zekerheid kunnen geven.

### **Schadeverzekeringen**

In geval van het ontstaan van de schade dient een slachtoffer de schade zo spoedig mogelijk te melden bij de verzekeraar. Dat gebeurt via de tussenpersoon waar de verzekering is afgesloten of via een schadecorrespondent bij de verzekering. De tussenpersoon zorgt voor afhandeling van de schade met de verzekering. In het geval van 'direct mailers' (verzekeraars die werken zonder tussenpersoon) wordt de schade direct afgehandeld met de schadecorrespondent.

Tot aan de schademelding heeft het slachtoffer de plicht schade zoveel mogelijk te beperken. Bij grotere schades zal een schadetaxateur worden ingeschakeld om de hoogte van de schade te bepalen.

Vaak wordt van slachtoffers gevraagd aangifte te doen ter staving van de schade.

In het geval van letselschade wordt een verzekeringsgeneeskundige (en eventueel arbeidsdeskundige) ingeschakeld om de letselschade (en inkomensschade) vast te stellen.

Letselschade wordt concreet berekend, op basis van doktersbezoeken, herstelkosten en/of gederfde inkomsten. Een slachtoffer heeft ook recht op immateriële schadevergoeding, smartegeld. Het recht op schadevergoeding ontstaat niet zonder meer op basis van het feit dat er schade wordt geleden. In principe draagt iedereen zijn eigen schade.

De laatste tijd is er bij verzekeraars toenemende aandacht te bespeuren voor de (arbeids)reïntegratie van slachtoffers.

### **Aansprakelijkheidsverzekering**

Op grond van de Wet Aansprakelijkheid Motorrijtuigen is het wettelijk verplicht een motorrijtuig te verzekeren. In de meeste gevallen kan de schade, geleden door een verkeersongeval buiten schuld, verhaald worden op een aansprakelijkheidsverzekering.

### **Sommenverzekering**

Een sommenverzekering komt bij een bepaalde gebeurtenis tot uitkering. Dat is in het geval van een ongevallenverzekering het ongeval; aan de hand van de bepaling van de mate van invaliditeit (%) wordt een uitkering vastgesteld.

In het geval van een levensverzekering wordt aan het eind van de looptijd of bij overlijden tot uitkering overgegaan van het overeengekomen bedrag. Ook komen periodieke uitkeringen voor; de uitkering wordt dan over langere tijd uitgesmeerd.

### **Dienstenverzekering**

Rechtsbijstandsverzekeringen kunnen uitkeringen doen in diensten en in sommen geld. Juristen van de rechtsbijstandsverzekeraar proberen te onderhandelen met de tegenpartij. Lukt dat niet of komt het tot een proces, dan zal een advocaat worden ingeschakeld. Bij de meeste maatschappijen kan men zelf een advocaat kiezen. Voor het vertrouwen van het slachtoffer is vrije advocaatkeuze belangrijk.

De verzekeraar beslist uiteindelijk over inschakeling. Indien een slachtoffer het daar niet mee eens is kan een klacht worden ingediend.

In het geval van een letselschade kan een slachtoffer (indien aangetoond kan worden dat de schuld bij de tegenpartij ligt) ook overwegen de rechtsbijstandsverzekeraar niet in te schakelen.

### **Ziektekostenverzekering**

Een slachtoffer van een geweldsmisdrijf moet voor zover mogelijk de door hem geleden schade claimen bij de eigen ziektekostenverzekeraar en bij de eigen bedrijfsvereniging op grond van de ziektewet.

De rest van de schade kan meestal niet bij de dader zelf gehaald worden, omdat het hem vaak aan middelen ontbreekt. De aansprakelijkheidsverzekering van de dader dekt opzettelijk toegebrachte schade niet.

Een ziektekostenverzekering dekt (de gehele of een percentage van) de kosten voor medische en paramedische zorg. Voor sommige kosten (of voor een hogere dekking) moet extra premie worden betaald (bijvoorbeeld tandartskosten).

Onder een bepaalde inkomensgrens is men verzekerd via het ziekenfonds. Verdient iemand meer, dan moet hij of zij zelf een verzekering sluiten.

Sommige voorzieningen vallen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De verstrekking van deze voorzieningen loopt gewoonlijk via de ziektekostenverzekeraar die de AWBZ-bijdrage int.

### **Arbeidsongeschiktheidsverzekering**

Met het gedeeltelijk wegvallen van collectieve voorzieningen worden in toenemende mate aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aangeboden. Deze verzekeringen dekken inkomensverlies bij (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

### **Gedragsregels voor verzekeraars en verkeersslachtoffers**

Er zijn gedragsregels opgesteld voor verzekeraars in verband met het omgaan met verkeersslachtoffers. Deze regels, opgesteld door de eigen beroepsgroep, verplichten de verzekeraar van de vermeende schuldige aan het ongeval:

- uit zichzelf contact op te nemen met het slachtoffer, direct na aanmelding van het voorval;
- het slachtoffer regelmatig op de hoogte houden van stand van zaken;
- zodra de schuld vaststaat voorschotten uit te keren, ook al is de exacte schade nog niet bekend;



- bij een passieve rechtshulpverlener neemt de schaderegelaar zelf contact op met slachtoffer en stelt hij/zij daarvan de rechtshulpverlener in kennis;
- als meerdere verzekeraars betrokken zijn mogen ze de afhandeling niet laten verzanden maar moet de schuldvraag snel worden opgelost;
- als bij een schade meer verzekeraars tot uitkering moeten komen dan keert onvoorwaardelijk de eerst aangesproken verzekeraar uit.

#### *Overige procedures*

- een slachtoffer kan een beroep doen op de aansprakelijkheidsverzekering van de dader, mits het slachtoffer de schuld van de dader kan aantonen. Opzet wordt in aansprakelijkheidsverzekeringen uitgesloten;
- voor de meeste verzekeraars is er voldoende bewijs als het schadeaangifteformulier door beide partijen is ondertekend;
- andere informatiebronnen die gebruikt worden bij het vaststellen van de schuld zijn processen-verbaal en verklaringen van getuigen;
- begroting letselschade: bij enige twijfel over de toekomstverwachtingen van een slachtoffer met letselschade wordt om een medische rapportage gevraagd.

#### **Klachten**

Voor klachten over het verzekeringswezen, die intern niet bevredigend worden afgehandeld, bestaat een mogelijkheid van beroep bij de Ombudsman voor schadeverzekeringen en bij de Raad van Toezicht (interne klachtafhandeling, o.a. over de gedragsregels/gedrag verzekeraar).

De Ombudsman Schadeverzekeringen raadt het verzekeringswezen aan te zorgen voor een betere interne klachtenafhandeling. Hij droeg hiervoor suggesties aan in zijn jaarverslag van 1995. Ook pleit hij voor het verschaffen van helderheid over de mogelijkheden en beperkingen van een bepaalde polis, zodat de cliënt niet voor onverwachte verrassingen komt te staan.

#### **Waarborgfonds Motorverkeer**

In een aantal gevallen kan een verkeersslachtoffer een beroep doen op het Waarborgfonds Motorverkeer:

1. Identiteit van de aansprakelijke persoon kan niet vastgesteld worden.
2. Het motorvoertuig dat de schade veroorzaakt heeft, is onverzekerd.
3. Het ongeval is veroorzaakt door iemand die zich door diefstal of geweldpleging de macht over het motorrijtuig heeft verschaft.
4. De WAM verzekeraar is failliet.
5. Een vrijgestelde gemoedsbezwaarde die aansprakelijk is, kan de schade niet zelf betalen.

De voorwaarden zijn:

- De schade moet door een motorrijtuig veroorzaakt zijn.
- Er moet burgerrechtelijke aansprakelijkheid voor de geleden schade bestaan.
- Slachtoffer moet aantonen dat hij alle bekende aansprakelijke personen of hun verzekeraars heeft aangemaand en aannemelijk maken dat vergoeding van schade van geen van hen kan worden verwacht.
- Termijn voor indienen van de vordering: 3 jaar.

#### **Knelpunten**

##### *Ten aanzien van bewijsvoering schade*

- De politie stelt een proces-verbaal op als basis voor eventuele strafrechtelijke vervolging. Hierin ontbreekt vaak informatie, die het slachtoffer bij het behartigen van zijn civielrechtelijke en verzekeringsrechtelijke belangen nodig heeft.
- De politie maakt niet altijd in het belang van een slachtoffer met schade een proces-verbaal op; men

gaat uit van de strafrechtelijke schuldvraag, terwijl voor het slachtoffer vooral de civielrechtelijke aansprakelijkheidsregeling van belang is.

- Bewijsproblemen bij geestelijke letselschade blijven ondanks alle nieuwe regelgeving en schadebundels bestaan.

#### *Ten aanzien van tijdsduur, ingewikkeldheid en kosten*

- De verzekeraar heeft een voorsprong in kennis op het slachtoffer, waar de laatste niet altijd tegen opgewassen is. Dit is voor slachtoffers een psychologische (eigen inspanning) en financiële (beroep doen op tussenpersoon of juridisch deskundige) barrière.  
Voorbeeld: verzekeraar verzoekt eindeloos om inzage in het medisch dossier van het slachtoffer om schade te beperken; dit mag officieel niet (zonder toestemming) maar het slachtoffer weet dat niet.
- Het ontbreekt slachtoffers van verkeersongevallen aan initiatief om regelwerk aan te gaan.
- Schade-afwikkeling kan erg lang duren. Als vertragende factoren worden door verzekeraars aangegeven:
  - nalatig gedrag van verzekerden of tussenpersonen aan wie de schade is doorgegeven;
  - slecht ingevulde schadeformulieren;
  - medische rapportage laat langdurig op zich wachten.
- Achterwege blijven van voorschotverstrekking waaruit voorkomende kosten voor verkeersslachtoffers of nabestaanden kunnen worden betaald.
- Ongelijkheid tussen slachtoffers en verzekeringsmaatschappijen.

#### *Ten aanzien van informatie*

- Voorlichting over verzekeringen en dekking laat vaak te wensen over, waardoor slachtoffer voor nare verrassingen komt te staan.
- Registratie van onderhandelings- en procesresultaten ontbreekt vaak: meeste letselschades worden buiten rechte geregeld terwijl slachtoffer zich niet van rechtshulp heeft voorzien; slachtoffer heeft dan geen enkel zicht op onderhandelingsresultaten.

#### *Ten aanzien van dekking*

- Opzettelijk toegebrachte schade wordt in de regel niet gedekt door de aansprakelijkheidsverzekeraar van de dader en is langs deze weg niet te verhalen voor een slachtoffer.
- Verbeteringen in het tariefstelsel en het betalingsbeleid van verzekeringsmaatschappijen zijn gewenst.
- Het ontbreken van bundeling van uitspraken met materiële schadevergoeding is een manco.
- Lump-sum regelingen (uitkering ineens tegen finale kwijting) kunnen nadelig uitvallen voor slachtoffer hoewel emotioneel soms aanlokkelijk.
- Objectiviteit bij vaststellen causaliteitsverdeling en daarop gebaseerde schadevergoeding: specialisten bij verzekeringsmaatschappijen komen eenvoudig tot een bepaalde verdeling door onderling gebruik van lijsten waarin afspraken staan over schadeverdeling bij bepaalde soorten ongevallen; dat gebeurt echter nauwelijks bij letselschade.
- Discussie rond slachtofferbescherming: te ver doorgesloten? Verzekeraars vinden van wel, belangenbehartigers maken zich sterk voor extra slachtofferbescherming. Premieverhoging is soms het gevolg waardoor nieuwe vormen van slachtofferbescherming averechts werken.
- Duidelijke criteria bij het toekennen smartegeld zijn ver te zoeken.
- Bij de eigen ziektekostenverzekeraar kan soms alleen de hoogst nodige medische zorg vergoed worden. Geen implantaten, wel een plaatje als je je tanden kwijt bent bijvoorbeeld. Geen licht afwijkende therapie, wel het RIAGG, met bijbehorende wachtlijsten.

#### *Specifiek ten aanzien van Whiplash en hoofdletsel*

- Ernstig en veel voorkomend hoofdletsel wordt nog altijd slecht gediagnosticeerd en de ernst daarvan onderschat.



- Geharrewar tussen medisch behandelaars, keuringsartsen en verzekeraars door ontbreken van objectieve bevindingen over Whiplash en ander veel voorkomend hoofdletsel resulteert.
- Multidisciplinaire oordeelsvorming en diagnosticering (neuroloog, orthopeed, KNO-arts, neuropsycholoog etc.) blijft vaak achterwege terwijl dit in feite de enige goede grondslag voor zorgvuldige diagnose.
- Juridisch casemanager noodzakelijk voor de vele juridische vragen rond afhandeling van ernstig en veelvoorkomend hoofdletsel.
- Erken Whiplash als medisch probleem in plaats van fraude of luxeprobleem: dit raakt aan de betaalbaarheid van slachtofferbescherming.<sup>2</sup> Duidelijkheid in toekenning smartegeld is vereist.
- Nieuwe vergoedingsregeling fysiotherapie (9 behandelingen, 18 bij aanvullende verzekering) zijn te beperkt voor Whiplash-patiënten.

### **Overig**

- Notitie verkeersaansprakelijkheid (1990): naar één verkeersverzekering of niet? Tussenoplossing is de risico-aansprakelijkheid. Geen definitieve beslissing over afschaffing regresrechten verzekeraars. Voorschotregeling kan verbetering brengen in het verzekeringswezen net als een voorziening voor slachtoffers die thans door gebrek aan informatie of vaardigheid verzuimen van hun aanspraken gebruik te maken. Tussenstap is inmiddels geweest de uitgebreidere bescherming van de zwakke verkeersdeelnemer (omkering van de bewijslast voor deze groepen), een voorstel van de ANWB.

## **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

### **Procedures en aspecten**

#### *Arbeidsongeschiktheid*

De arbeidssector en de sociale verzekeringen komen in de geraadpleegde bronnen waar het gaat om de beschrijving van procedures en aspecten het minst aan bod.

Er wordt volstaan met een summiere beschrijving van de hoofdlijn van het ziekteverzuim/WAO-traject in relatie tot het arbeidstraject, aangevuld met een enkele opmerking over vergoeding van voorzieningen voor slachtoffers met een handicap.

Als een slachtoffer arbeidsongeschikt wordt krijgt hij/zij in eerste instantie te maken met de ziekte(verzuim)verzekering die de werkgever heeft afgesloten. Werkgevers zijn verplicht te voldoen aan de ARBO-wetgeving. Een van de verplichtingen is de ziekte te melden bij de bedrijfsgeneeskundige (grote bedrijven) of (door de werkgever ingehuurde) ARBO-dienst.

Afhankelijk van wat de werkgever heeft geregeld met de ARBO-dienst (contractueel vastgelegd, verschillende 'arrangementen' mogelijk variërend van in- of extensieve controle tot ziektebegeleiding) wordt contact gezocht door de ARBO-dienst (of bedrijfsgeneeskundige). Na 13 weken (voorlopig reïntegratieplan) respectievelijk 26 weken (reïntegratieplan) dient door de ARBO-dienst of bedrijfsgeneeskundige contact te worden gelegd met de bedrijfsvereniging en zicht geboden worden op de oorzaak, aard en duur van het ziekteverzuim.

Als de termijn van 52 weken in zicht komt zal de bedrijfsvereniging via een van de uitvoeringsinstellingen (Cadans, GAK, GUO en andere) een medische keuring laten verrichten om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. Het slachtoffer kan na de beslissing over de mate van arbeidsongeschiktheid een herkeuring aanvragen.

Het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV) is de 'eindverantwoordelijke' organisatie voor de

<sup>2</sup> Staat op de agenda van het Ministerie van Sociale Zaken.

uitvoering van onder meer de WAO.

Tijdens het hele proces is reïntegratie van het slachtoffer in het arbeidsproces belangrijk aandachtspunt.

### *Klachten*

Bij de rechtbank, sector bestuursrecht, kan een klaagschrift ingediend worden onder overlegging van de voor beroep vatbare beslissing.

Termijn: binnen 1 maand na dagtekening van de voor beroep vatbare beslissing. Aan het indienen van een klaagschrift zijn kosten verbonden.

### *Ontwikkelingen*

Uitvoeringsorganisaties gaan er toe over werkgevers aan te bieden tegen een abonnementstarief te zorgen voor regres en verhaal van WAO-schade na arbeidsongeschiktheid bij de tegenpartij (daar merkt een slachtoffer niks van).

Onder andere de uitvoeringsorganisatie Cadans is voornemens het regresrecht van werkgevers en individuele claims van slachtoffers te combineren. Slachtoffers liften dan mee op de rug van de uitvoeringsorganisatie, die het regres doorgesluisd heeft gekregen van de werkgever.

Vanuit het LISV is wat dit punt betreft grote kritiek gekomen op een megadeal die de uitvoeringsorganisaties met verzekeraars over het afregelen van letselschade willen sluiten (daar merkt een slachtoffer wel wat van).

Zegsman (medicus) bij het LISV weet te melden dat het GAK in Amsterdam de uitkering verhaalt op de tegenpartij/dader.

Volgens deze zegsman komen werknemers met letsel zonder 'traumatische voorgeschiedenis' vaak sneller weer aan het werk. Ook vindt hij dat de advocatuur soms een bedenkelijke rol speelt door hoge claims in te zetten en een 'ziekmakende schade-afhandelingsprocedure' te kiezen. Vaak staat de zakelijke afhandeling op gespannen voet met een adequate reïntegratie!!

Verder wijst hij erop dat sinds in 1969 de causaliteitsvraag rond het ontstaan van ziekten en gebreken is afgeschaft in het sociale verzekeringswezen. Daardoor wordt niet meer gekeken naar de oorzaak: dus ook niet of het om een ongeval of misdrijf gaat. Dat was niet meer belangrijk. Nu er meer discussie over het regres ontstaat, moet opnieuw aandacht komen voor de oorzaken.

### Voorzieningen voor slachtoffers met een handicap

Door de gemeente in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten voor:

- vervoersvoorzieningen;
- rolstoelen;
- woningaanpassingen tot f 45.000,--;
- aanvulling inkomen in voorkomende gevallen (bijzondere bijstand).

Door de zorgverzekeraar voor:

- dieetpreparaten;
- hulpmiddelen.

Door de ziekenfondsraad voor:

- onder meer woningaanpassingen boven f 45.000,--.

Door de bedrijfsvereniging voor:

- werkvoorzieningen;
- onderwijsvoorzieningen.

## **Knelpunten**

- Onvoldoende aandacht voor benutten restcapaciteit van Whiplash-patiënt en het niet hoeven verrichten van onnodig zware arbeid bij arbeidsreïntegratie.
- Ontbreken van een protocol voor begeleiding, onderzoek en behandeling van Whiplash-patiënten.
- Juridisch casemanager noodzakelijk voor de vele juridische vragen rond afhandeling van ernstig en veelvoorkomend hoofdletsel.
- Begrip 'passende arbeid' vervangen door 'alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe de werknemer met zijn krachten en bekwaamheden in staat is': daardoor zijn slachtoffers eerder arbeidsgeschikt.<sup>3</sup> Nieuwe regelgeving is inadequaar; vooral de regelgeving rond 'verdien capaciteit' is geen medische grondslag voor reïntegratie.
- Keuring arbeidsongeschikten is ontaard in een administratieve chaos (slechte info, steeds wisselende artsen of arbeidsdeskundigen, meer schatting van restvermogen dan mensen werkelijk en serieus weer aan het werk helpen, volstrekt theoretische beoordelingen)!
- Regresrecht sociale verzekeraars op (verkeers)verzekeraars dreigt systeem van verzekering onbetaalbaar te maken; slachtoffer wil uiteindelijk gewoon schade vergoed zien. Wie draagt de kosten van verkeersslachtoffers; collectieve verantwoordelijkheid (geen regres) of verantwoordelijkheid van individuele verkeersdeelnemers en hun verzekeraars (wel regres): waar zijn slachtoffers uiteindelijk het meest mee gediend? Dilemma van verkeersverzekering of risicoverzekering: wat te zeggen over het conflictueuze karakter van de afhandeling van de schade in beide gevallen?
- Whiplash-letsel nog altijd onvoldoende herkend bij het toepassen van sociale verzekeringen. Dat is in strijd met de sociale verzekeringswetgeving, waarin geen eis staat dat de gevolgen van lichamelijke aard moeten zijn.
- Langdurige arbeidsongeschiktheid als gevolg van Whiplash of veel voorkomend hoofdletsel zou juist niet wettelijk erkend zijn.
- Voor alle procedures geldt dat het slachtoffer nooit zo goed op de hoogte is van het 'hoe en waarom' als de opsteller van de procedures. Dit plaatst het slachtoffer in een zwakke positie. Secundaire victimisatie kan voorkómen worden door meer aandacht voor slachtoffers en een heldere uitleg over de procedures.

## **Medische sector**

### **Procedures en aspecten**

Een slachtoffer zal via de huisarts of via de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis de medische sector binnenkomen. In ernstige gevallen volgt een verwijzing naar een specialist (door huisarts of spoedeisende hulp); in dringende gevallen waarin medisch handelen op korte termijn noodzakelijk is zal tot opname worden besloten.

Verder behoort ook de paramedische zorg tot de medische sector (fysiotherapie, ergotherapie etc.). Een verwijzing naar deze zorg zal door de huisarts, tijdens of in aansluiting op een ziekenhuisopname worden gedaan.

Er kan een onderscheid worden gemaakt in medici die het slachtoffer behandelen en medici die het slachtoffer beoordelen in verband met arbeidsongeschiktheid of voor het vaststellen van de letselschade (verzekeringen).

Medische behandeling vereist op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) (geïnformeerde) toestemming van het slachtoffer.

---

<sup>3</sup> Is in de zoveelste WAO-voorziening nu aan de orde.



Een slachtoffer heeft altijd recht op een second opinion zowel ten aanzien van de behandeling als ten aanzien van de vaststelling van het letsel.

Privacybescherming en inzage recht in medische dossiers is ook geregeld in de WGBO. Voor het slachtoffer is de inzage onbeperkt, tenzij belangen van derden geschaad kunnen worden. Inzage door derden kan pas na toestemming van betrokkene.

### **Klachten**

Sinds oktober vorig jaar bestaan er geschillencommissies ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen zich bij de geschillenregeling aansluiten.

De geschillencommissies kunnen claims van cliënten tot f 7.500,-- afhandelen. Zij doen in principe binnen 3 maanden uitspraak. Grotere claims worden verwezen naar het civiele recht. De geschillencommissies zijn net als zovele geschillencommissies aangehaakt bij de Stichting Geschillencommissies.

Een aantal ziekenhuizen kent klachtencommissies buiten de hiervoor genoemde geschillencommissies om. In veel gevallen zijn deze commissies niet onafhankelijk. Klachtondersteuning/-bemiddeling wordt geboden door patiëntenvertrouwenspersonen (vaak in dienst van het ziekenhuis) of bureaus patiënteninformatie.

Regionale patiënten- en consumentenplatforms (RPCP) bieden ook klachtondersteuning. In een aantal gevallen is aan een dergelijk platform een Informatie- en klachtenbureau gekoppeld waar klachten kunnen worden neergelegd. Zij doen aan klachtbemiddeling en houden registratie daarvan.

Het Medisch Tuchtcollege (dat verder verankerd zal worden in de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg, uitbreiding van de werking naar 8 (paramedische) beroepen) is een college waar een klacht kan worden gedeponereerd. Toetsing vindt plaats op de volgende gronden:

- ondermijning van het vertrouwen in de medische stand;
- nalatigheid waardoor ernstige schade is ontstaan;
- grove onkunde in de uitoefening van het medisch beroep.

Het tuchtcollege kan maatregelen treffen tegen de medicus waartegen een klacht is ingediend. Een klacht moet schriftelijk worden ingediend. Voor een slachtoffer zijn aan de uitspraak van het tuchtcollege geen directe rechten te ontnemen maar het kan wel worden gebruikt in een civiele procedure tegen de arts.

### **Knelpunten**

- Specialisten werken los van elkaar, zonder centraal aanspreekpunt, of coördinatie per patiënt.
- Bij schaderegeling krijgt patiënt met meervoudig letsel te maken met keuringen door verschillende artsen. Dit duurt lang; vaak worden dezelfde vragen gesteld.
- Ernstig en veel voorkomend hoofdletsel wordt nog altijd slecht gediagnosticeerd.
- Multidisciplinaire oordeelsvorming en diagnosticering (neuroloog, orthopeed, KNO-arts, neuropsycholoog) blijft vaak achterwege terwijl het in feite de enige goede grondslag is voor een zorgvuldige diagnose bij Whiplash en veel voorkomend hoofdletsel.
- Second opinion mogelijkheid is niet altijd 'bekend' binnen het medisch circuit.
- Informatie over verschillende onderzoeks- en behandelmogelijkheden bij Whiplash zijn niet altijd door elke arts gegeven.
- Er ontbreekt een protocol voor begeleiding, onderzoek en behandeling van Whiplash-patiënten.
- NSWP-enquête: gemiddeld 40 dagen tussen tijdstip van het ontstaan van Whiplash en constatering (diagnose) door een (huis)arts; zorgwekkend als bedacht wordt dat behandeling in acute fase van essentieel belang is voor het verdere ziekteverloop; wordt door huisarts overigens de laatste jaren



eerder en vaker geconstateerd, maar weer minder vaak als het gaat om een niet-verkeersongeval; veel klachten over rol van artsen en therapeuten in (h)erkenningsproces van Whiplashletsel.

## **Psychosociale en sociaal-maatschappelijke hulpverlening**

### **Procedures en aspecten**

Slachtofferhulp is in de psychosociale opvang de meest laagdrempelige voorziening. Slachtoffers kunnen er zonder verwijzing direct terecht voor eerste opvang en praktische hulp. Een ingewikkelde intakeprocedure is er niet, de hulp wordt dicht bij het slachtoffer aangeboden.

Bij problemen van ernstige aard kan worden verwezen naar Algemeen Maatschappelijk Werk of RIAGG. Een verwijzing naar het Algemeen Maatschappelijk Werk is geïndiceerd als de problemen liggen op het terrein van het welzijn en welbevinden van het slachtoffer. Een verwijzing naar het RIAGG is aan de orde als de problemen te maken hebben met een verstoring of stagnatie van de verwerking. Vaak zal dat niet direct na een misdrijf of verkeersongeval zijn maar na enige tijd.

Algemeen Maatschappelijk Werk en het RIAGG hebben een intakeprocedure waarin tot een indicatiestelling wordt gekomen. Binnen het Algemeen Maatschappelijk werk is discussie gaande om over te gaan naar een vorm van hulpverlening waarin een cliënt maximaal 5 gesprekken wordt geboden (5-gesprekkenmodel).

Zowel bij Algemeen Maatschappelijk Werk (in mindere mate) als bij het RIAGG moet rekening worden gehouden met een wachtlijstproblematiek, hoewel dat per regio verschilt.

Verder is er een aanbod van vrij gevestigde hulpverleners en therapeuten; in sommige gevallen worden deze vergoed door ziektekostenverzekeraars.

Andere verwijzingsmogelijkheden zijn patiëntenverenigingen, zelfhulpgroepen (kwaliteitswaarborg?) en gespecialiseerde opvang voor traumaverwerking (Instituut voor Psychotrauma o.a.)

Op het gebied van sociaal-maatschappelijke voorzieningen zijn vooral thuiszorgorganisaties, kruisverenigingen en belangenorganisaties (patiëntenverenigingen) actief.

Via aanmelding bij een van de thuiszorgorganisaties kan na een intake en indicatiestelling tegen een vergoeding thuiszorg op maat worden gerealiseerd. Die thuiszorg kan bestaan in eenvoudige verzorging (huishouding en/of maaltijdzorg) en intensieve thuiszorg (medische verzorging en/of lichte vormen van Psychosociale ondersteuning).

Bij de kruisverenigingen (en ook via veel thuiszorgorganisaties) kunnen tijdelijke hulpmiddelen tegen een vergoeding worden aangevraagd.

### **Klachten**

Op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector zijn genoemde zorginstellingen verplicht een klachtenreglement op te stellen waarin 3 niveaus van klachtbehandeling vastgelegd moeten zijn:

1. Bespreken klacht door cliënt en zorgverlener op basis van een open relatie tussen beide en een klachtgevoelige houding bij de zorgverlener.
2. Bijstand in de klachtbehandeling door informele ondersteuning of bemiddeling.
3. Formele klachtbehandeling door een door de zorginstelling in te stellen klachtencommissie.

### **Knelpunten**

- Het verschilt per arrondissement wat voor taken slachtofferhulp in het verlengde van slachtofferzorg op zijn bord krijgt. Naar aanleiding van de richtlijnen Terwee wordt deze organisaties gevraagd te

bemiddelen tussen dader en slachtoffer, terwijl ze vaak de belangen behartigen van één van beide. Dat kan botsen.

- Slachtofferhulp is geen erkende doorverwijzer naar eerste en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.
- De (soms lange) wachtlijsten voor hulp en zorg.
- Informatie die wordt verstrekt aan slachtoffers van verkeersongevallen met betrekking tot hulpverlenende instanties is onvoldoende.
- Aan de in de WCKZ voorgeschreven klachtencommissies worden geen eisen of minimumregels gesteld.

## Geraadpleegde literatuur

- ANWB - Special Symposium Verkeersaansprakelijkheid; Verkeersrecht, 38e jrg., nr. 12, december 1990.
- ANWB - Samenvatting notitie Verkeersaansprakelijkheid en diverse commentaren; Verkeersrecht 38e jrg., nr.11, november 1990.
- Bloembergen, A.R. en Wersch, P.J.M van: Verkeersslachtoffers en hun schade; Deventer, Kluwer, 1973.
- Boogaard, J. van den, Wiegman, O.: Voorlichting en verwerking van inbraak - Een praktijkgericht veldexperiment; In: A. Buunk, D. van Kreveld, R. van der Vlist (red.): Toegepaste Sociale Psychologie (deel IV), Lisse, Swets en Zeitlinger, 1990.
- Circon/IBBB: Scholingsprogramma opvang verkeersslachtoffers; Utrecht, Slachtofferhulp Nederland, 1994.
- Duynstee, B.: Het einde van het afpoeiertijdperk - Hoge claims, hoge premies: aansprakelijkheid wordt onverzekerbaar; Intermediair, 21 juli 1995, pp. 5-11.
- Dijk, J.J.M. van e.a. (red.): Criminal Law in Action - An overview of current issues in Western societies, pp. 351 - 437 (Theme 6: Victims of Offences); Arnhem, Gouda Quint, 1988.
- Dijkstra, M.: Stelselherziening in verkeersaansprakelijkheid?; Verkeersrecht, 38e jrg., nr.11, november 1990, pp. 291 - 293.
- Europese Federatie van Verkeersslachtoffers - Doden en gewonden in het verkeer: voorstellen tot verbetering; Genève, februari 1995.
- Fransen van de Putte, A.S./Peeperkoorn, D.: Waar ligt het midden tussen aanvaardbare slachtofferbescherming en betaalbare verzekeringsdekking; Welwezen, december 1995, p. 35-37.
- Geveke, H., Verberk, M.: De organisatie van Slachtofferzorg - Resultaten van een onderzoek naar de uitvoering en werking van de wet en richtlijn Terwee; Den Haag, Ministerie van Justitie, dienst PJR, augustus 1996.
- Groot, G.R.J. de: Schaderegeling bij verkeersongevallen - Impressies van de schaderegelingspraktijk bij drie verzekeringsmaatschappijen; Zwolle, Tjeenk Willink, 1979. Hilkens, H.G.M. en Huijsintveld, J.A.: Memo slachtofferhulp 1996/1997; Deventer, Kluwer, 1996.
- Hofman, M.C., Kleber, R.J., Brom, D.: Psychische schade door verkeersongevallen; Deventer, Van Loghum Slaterus, 1990.
- Ippel, P.C.: Juridisering - Een lied van schijn en wezen; Justitiële Verkenningen, 1997, jrg. 23, nr. 5, 1997, pp. 28-38.
- Legemaate, J.: Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg; Zwolle, Tjeenk Willink, 1996. Ministerie van Justitie, Dienst PJR: Meetmethode Slachtofferzorg; Den Haag, 1996.
- Mulder, R.P.: Wie helpt het slachtoffer - Publieke en particuliere voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven; Rijswijk, Sociaal Cultureel Planbureau, 1989.
- Nationale Ombudsman, de: Jaarverslag 1995; Den Haag, SDU, 1996.
- Nationale Ombudsman, de: Jaarverslag 1996; Den Haag, SDU, 1997.
- Nederlandse Stichting Whiplash Patiënten: Whiplash, wat is dat? (brochure), Maarssen.
- NSWP: Informatieblad; 4e herziene druk, Maarssen, 1994.
- NSWP: Whiplashrapport; 6e jrg., nr. 1, mei 1994, Maarssen.
- NSWP: Whiplashrapport; 6e jrg., nr. 2, december 1994, Maarssen.
- NSWP: Whiplashrapport; 7e jrg., nr. 2, december 1995, Maarssen.
- Ombudsman schadeverzekeringen: Jaarverslagen '91-'95; Den Haag .
- Oosterzee, D. van e.a. (red.): Handboek Slachtofferzorg; Den Haag, Ministerie van Justitie, dienst PJR, oktober 1992.
- Peters, F.: 'Mag het een procentje meer zijn?' - De schadeverdeling bij ongevallen tussen motorrijtuigen en voetgangers; Algemeen Politieblad, nr. 14, 6 juli 1996, pp. 20-22.
- Renckens M. (red.): Schaderegeling voor slachtoffers; Samsom, Alphen aan de Rijn, 1993.
- Roijackers, C.: Schade Verhalen: Een verkenning van de mogelijkheden van schadevergoeding bij letsel; WAO-berichten, nummer 3, november 1990, Landelijk Samenwerkingsverband regionale WAO-platforms, Den Haag.
- Savornin Lohman, P.M. en Slump, G.J.: Zedenalmanak; Den Haag, Ministerie van Justitie/SDU, 1997.

Slachtofferhulp Nederland: Werkboek Verkeer - Ervaringen en aanbevelingen van verkeersprojecten bij Slachtofferhulp Nederland; Utrecht, 1996.

Slachtofferhulp Nederland: Jaarverslag 1995; Utrecht, 1996.

Soetenhorst-de Savornin Lohman, J. (red.): Slachtoffers van misdrijven - Ontwikkelingen in hulpverlening, recht en beleid; Arnhem, Gouda Quint, 1989.

Steinmetz, C.H.D.: Hulp aan slachtoffers van ernstige misdrijven - Effecten van slachtofferhulp en primaire omvang; Arnhem, Gouda Quint, 1990.

Steinmetz, C.H.D. en Baudien, D. (red.) : Ontzet - preventie en behandeling van psychotrauma's; Utrecht, NcGv, mei 1992.

Steinmetz, C.H.D. en Baudien, D. (red.) : Ontzet - preventie en behandeling van psychotrauma's; Utrecht, NcGv, mei 1992.

Steinmetz, C.H.D.: Hulp aan slachtoffers van ernstige misdrijven - Effecten van slachtofferhulp en primaire omvang; Arnhem, Gouda Quint, 1990.

Redactie Terzake Terwee: Stel je voor dat je zelf slachtoffer zou zijn... - Ronde tafelgesprek over de wet Terwee; Terzake Terwee, december 1995, pp. 3 - 9.

Verberk, M., Geveke, H., Leemhuis, F.: Profielen van slachtoffers - Wie zijn er niet tevreden over de politie en waarom?, Algemeen Politieblad, nr. 14, 6 juli 1996, pp. 4-6.

VVS Vereniging Verkeersslachtoffers: Nieuwsbrief jrg. 2, nr. 2 (april 1997).

VVS Vereniging Verkeersslachtoffers: Nieuwsbrief jrg. 2, nr. 3 (juni 1997).

Wemmers, J.M. en Winkel, F.W.: Hulp aan slachtoffers.

In: Cursus Culturele achtergronden van Antillianen, Arubanen en Surinamers, pp. 109 - 125; Zutphen, Stichting Studiecentrum Rechtspleging, najaar 1997.

Zeilstra, M.I., Andel, H.G. van: Informatieverschaffing en schadebemiddeling door de politie - Evaluatie-onderzoek van een experiment bij slachtoffers van misdrijven in Alkmaar en Eindhoven; Arnhem, Gouda Quint, 1990.

Voorts zijn de jaarverslagen gescreend van:

- Centraal medisch tuchtcollege, 1995.
- College van Toezicht Sociale Verzekering (CTSV), 1995.
- FNV Rechtskundige dienst, 1996.
- Inspectiedienst SZW, 1995.
- Inspectie voor de gezondheidszorg, 1995.
- Nederlandse Consumenten en Patiëntenfederatie, werkplan 1997.
- Landelijk Informatiepunt voor Patiënten, 1995 en 1996.
- Tijdelijk Instituut Coördinatie en Afstemming (TICA), 1995.



### **3.B LITERATUURONDERZOEK: SLACHTOFFERS VAN ONVOLKOMEN MEDISCH HANDELEN**

Inleiding, onderzoeken naar medische fouten, oorzaken van fouten, preventie, kwaliteitseisen voor de geneeskunde gezien vanuit de patiënt, bestaande klachtprocedures, redenen voor het indienen van een klacht, optimale behandeling van een klacht, conclusie, geraadpleegde literatuur, bijlage hoofdstuk 3.B: richtlijnen inzake klachtprocedures

#### **Inleiding**

Een allesomvattende term voor onvolkomen medisch handelen bestaat niet. Welke term ook wordt gebruikt, er is bij onvolkomen medisch handelen altijd sprake van het overtreden van een gestelde norm met schade voor de patiënt als gevolg. Zo vallen onder onvolkomen medisch handelen fouten, bijwerkingen, incidenten, iatrogene schade, missers, ongevallen, 'near-accidents', kunstfouten, te voorkomen complicaties, suboptimaal handelen en 'adverse events' (Conradi 1995).

Wat uit het standpunt van een patiënt fout of schadelijk is, hoeft dit echter niet te zijn gezien vanuit de huisarts of de specialist. De patiënt, de huisarts, de specialist, maar ook de (tucht)rechter kunnen verschillende standpunten innemen, afhankelijk van de gehanteerde normen. Een medische fout kan dus uit verschillende perspectieven worden benaderd. Dit onderzoek is gericht op een eerste exploratie uit het perspectief van de patiënt. Voor dit perspectief is gekozen, omdat het medisch 'sub'systeem, weinig geneigd tot het naar buiten brengen van eigen fouten, zeer gebaat is bij goed gefundeerde kritiek van de consument. Omdat de wijze waarop door arts én patiënt wordt omgegaan met onvolkomen medisch handelen zo 'typisch Nederlands' is, hebben wij ons met name gericht op de Nederlandse literatuur. Engelstalige literatuur is waar wenselijk meegenomen. Het literatuuronderzoek is explorerend van karakter zonder de intentie uitputtend te zijn.

In dit literatuuronderzoek wordt onderzocht in hoeverre onvolkomen medisch handelen systematisch wordt geregistreerd, wat de oorzaken zijn en of er inzicht bestaat in de mogelijkheden om onvolkomen medisch handelen te voorkomen. Vervolgens wordt beschreven welke formele klachtmogelijkheden er bestaan voor de patiënt na het oplopen van schade, wat redenen zijn van patiënten om een klacht in te dienen en hoe klachten van patiënten optimaal worden behandeld.

#### **Onderzoeken naar medische fouten**

Men zou verwachten dat, evenals in de industrie en de transportsector, systematisch studie zou zijn verricht naar medische fouten. Niets is minder waar. In vergelijking met het bedrijfsleven besteedt de gezondheidszorg weinig aandacht aan kwaliteitsbewaking: systematisch onderzoek naar medische fouten ontbreekt, zowel naar het vóórkomen van fouten (de epidemiologie van de iatrogene schade) als naar het voorkómen (preventie). De index medicus kent geen duidelijk trefwoord voor medische fouten. Bestaande publicaties zijn casuïstisch van aard of richten zich veelal op juridische en economische facetten van medische fouten (Conradi 1995).

Individuele artsen die in het verleden rapporteerden over onveilige situaties in de geneeskunde en iatrogene sterfte werden besmet verklaard, zoals de anesthesist Smalhout, die in 1972 de potentiële onveiligheid in operatiekamers signaleerde. De Nijmeegse klinisch-fysicus Zelders stelde in 1988 het onnodig verlies van mensenlevens tengevolge van medisch interventies aan de orde. Hij zei dat patiënten in ziekenhuizen risico's lopen bij hun behandeling en dat de grootte hiervan vergelijkbaar is met die van de verkeersdeelnemer. De medische wereld reageerde verbeterd: "Ongenuanceerd,



overdreven en schadelijk voor het aanzien van de gezondheidszorg in Nederland" (Tempelaar 1994).

In 1990 werden de eerste resultaten bekend gemaakt van de Harvard Medical Practice Study, een studie naar het vóórkomen van iatrogene complicaties bij 30.000 opnames in 51 ziekenhuizen in de staat New York. Hieruit bleek dat 1 op de 25 patiënten in het ziekenhuis ernstige iatrogene schade oploopt. Bijna 14% hiervan overlijdt (dat is 0,5% van alle opgenomen patiënten) en 6,5% wordt blijvend invalide. De helft van de iatrogene sterfte bleek vermijdbaar en driekwart van de fouten in diagnostiek en behandeling was te wijten aan nalatigheid. De meest voorkomende complicaties waren bijwerkingen van geneesmiddelen en infecties veroorzaakt door het verblijf in het ziekenhuis. Tussen ziekenhuizen bestond een factor 10 verschil in het vóórkomen van iatrogene complicaties (Brennan 1991, Leape 1991, Localio 1991).

Voor de Nederlandse situatie geldt dat er weinig onderzoek is verricht naar medische fouten. Voor de huisartsgeneeskunde geldt zelfs dat epidemiologisch onderzoek naar iatrogene schade geheel ontbreekt (Verstappen 1997). Verkruisen stelt, op basis van extrapolatie van buitenlandse onderzoekresultaten, dat in Nederland per jaar ongeveer 3000 mensen sterven ten gevolge van medische fouten, die hadden kunnen worden voorkomen en ongeveer 25.000 patiënten onnodig en soms zeer ernstig letsel oplopen in ziekenhuizen. Dit zou betekenen dat er méér mensen sterven door medisch falen dan er sterven in het verkeer (CBS: 1180 verkeersdoden in 1996) (Verkruisen 1997). In 1994 bleek uit onderzoek onder specialisten in Noord-Holland dat 5% van de artsen disfunctioneert. Onderzoeken buiten Nederland laten een zelfde percentage zien. Het disfunctioneren bestond vooral uit medisch-technische beoordelingsfouten, gebrek aan sociale vaardigheden, niet kunnen samenwerken en incompatibilité d'humeur. In de helft van de gevallen ging het om de laatste drie punten, samen te vatten als gebrek aan communicatieve vaardigheden. In een kwart van de gevallen betrof het het medisch handelen (Lens 1994).

In 1997 pleitten Lens e.a. in het boek 'Problemdoctors, a conspiracy of silence' voor openbare publicatie van persoonsgegevens van artsen die medische fouten maken (Lens 1997). In de Verenigde Staten bestaat hiertoe al veel langer een voor ieder toegankelijk gegevensbestand en in Engeland zijn artsen verplicht incompetent collegae 'aan te geven'. Tot voor kort was het in Nederland alleen via de lange weg van het medisch tuchtcollege mogelijk artsen te dwingen tot verandering. Het openbaar worden van de tuchtcolleges in december 1997 heeft verandering gebracht in deze situatie. Deze openbaarheid is een gevolg van het in werking treden van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Deze wet verplicht artsen zich te laten registreren in het BIG-register. Dit register moet zich gaan ontwikkelen tot een landelijk ijkpunt waar gegevens over beroepsbeoefenaren kunnen worden geverifieerd door iedere belanghebbende. Dit register is overigens ook toegankelijk voor de lidstaten van de Europese Unie, waardoor ook internationale controle mogelijk is.

In de meeste gevallen gaat het bij onvolkomen medisch handelen echter niet om disfunctionerende, maar om medisch-technisch competente artsen. Het spreken over het omgaan met medische fouten krijgt echter weinig aandacht in de opleidingen, zodat de aangeleerde beroepshouding in het algemeen leidt tot een goede medisch-technische competentie, maar tot een geringe competentie in zelfreflectie, tot een vrijblijvende onderlinge toetsing en tot een gebrek aan openheid naar de patiënt. In de media, die in toenemende mate bericht over de gevolgen van medische fouten voor patiënten, valt nog steeds een ontkennende, intimiderende, bagatelliserende en bureaucratische houding van artsen op en ook van directies van ziekenhuizen en verzekeringsmaatschappijen (Steenhorst 1993).

In het eindrapport van de visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen 1997, 'Het optimum is nog niet bereikt', wordt een onjuiste attitude van de arts, zowel naar de patiënt als ten opzichte van zijn eigen handelen, gezien als de belangrijkste oorzaak van de dehumanisering van de

gezondheidszorg (Deen 1998). Van de artsen, die zijn gewend eigen functioneren en fouten open te bespreken met de patiënt weten we dat dit eigenlijk nooit negatieve reacties oproept. Een fout moet mogen, een fout kan. Oudere artsen, vaak bij het beëindigen van hun praktijk, roepen jongere artsen op openheid over fouten te betrachten. De reden om dit niet te doen is meestal de angst voor een klacht (Conradi 1995).

## Oorzaken van fouten

Systematische analyse van oorzaken van medische fouten heeft tot nu toe niet plaatsgevonden in Nederland. Wel zijn er hypothesen:

- Als gevolg van kennisuitbreiding en specialisatie is er een explosie van onkunde.
- Er is sprake van een apart medisch taalgebied, waarbinnen nog allerlei dialecten. Artsen kennen de termen van elkaars vakgebied vaak niet.
- Een arts verwacht ziekten te zien. Dat is zijn eerste en waarschijnlijk ook zijn grootste vooroordeel.
- Een arts heeft weinig tijd nodig om een diagnose te stellen, maar daarna moeite om deze los te laten.
- Specialisten van verschillende disciplines, maar ook specialisten binnen één discipline kunnen - en zelfs één specialist kan - situaties verschillend waarnemen (inter- en intra-waarnemervariatie).
- Subtiële gevoelens van sympathie en irritatie zijn van invloed op het oordeel van een arts en kunnen leiden tot een vooroordeel (van Everdingen 1994).
- Een 'slecht' ziekenhuis was vanaf het station moeilijk te traceren, de toegankelijkheid voor voetgangers of invaliden liet te wensen over, de portier wees een- of tweemaal de weg verkeerd, de secretaresse van de betreffende afdeling was niet op de hoogte van je komst (ondanks schriftelijk of telefonisch contact vooraf), de statussen lagen niet klaar en sommige bleken onvindbaar, de wel opgediepte statussen waren onvolledig, chaotisch en slordig, en de binnenlopende specialist toonde geen interesse of zelfs irritatie door je belangstelling. In dergelijke ziekenhuizen bleken de patiënten niet zo best te worden behandeld. Het behoort tot onze goed bewaarde geheimen welke vijf tot tien procent van de ziekenhuizen tot deze categorie behoorde (Wagenaar 1994).
- Ook als doorsnee poliklinisch patiënt kun je tamelijk gemakkelijk de symptomen van onveiligheid waarnemen. De dokter die bij je derde afspraak in twee weken vraagt of je al eerder bij hem bent geweest bouwt kennelijk geen cumulatieve herinnering aan jouw geval op. Dat is niet erg, want het geheugen is nu eenmaal niet perfect. Maar de arts die dit bij zichzelf merkt, dient een goede registratie te maken en die te raadplegen voor de patiënt binnenkomt. Zonder die voorzorg verliest de patiënt het vertrouwen in de werkprocedures van die arts.
- Bij het verlaten van de spreekkamer is de patiënt meer dan de helft van de informatie vergeten. Deze informatie-uitval stijgt en enkele dagen na het consult is nog slechts 2-5% van de informatie over (Eekhof 1994).
- Een mondige patiënt is een belangrijke factor in het vóórkomen van fouten. In het verlengde hiervan ligt het volgende: een mondige huisarts is een belangrijke factor in het voorkomen van fouten. Foutieve bevindingen van de specialist kunnen een gevaarlijke foutenbron zijn voor de huisarts; deze zal de bevindingen te gauw voor waar aannemen (Conradi 1994).

## Preventie

Er bestaat een taboe op medische fouten, wat waarschijnlijk de grootste belemmering vormt voor het ontwikkelen van een goed preventiebeleid. Voor een goede preventie van medische fouten is het noodzakelijk te komen tot beschrijving en classificatie van fouten en opsporing van oorzaken (Vincent 1989). Dit gebeurt tot nu toe onvoldoende systematisch, wat niet wil zeggen dat er geen activiteiten zijn om te registreren en tot preventie te komen. In de huisartsgeneeskunde is ten behoeve van preventiebeleid een Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg Huisartspraktijk, MIP, voorgesteld.



Dit is een commissie, waar huisartsen, al dan niet individueel, al dan niet anoniem, fouten kunnen melden, welke systematisch geanalyseerd kunnen worden (Verstappen 1997). Er is in de huisartsgeneeskunde enige ervaring met toetsingsgroepen (Pelt-Termeer 1995). In de ziekenhuizen spelen necrologiebesprekingen, de geneesmiddelencommissie, de infectiecommissie, de FONA- (Fouten, Ongevallen en Near-Accidents) of FOBO- (Fouten, Ongevallen en Bijna Ongevallen) meldingscommissies en de veiligheidscommissies een rol met betrekking tot registratie en preventie. Wat de FONA-meldingscommissies betreft, in 1970 werd reeds een rapport over de te volgen handelwijze bij fouten en ongevallen uitgebracht door de Nationale Ziekenhuisraad. Pas in 1984 werden deze commissies in ziekenhuizen en verpleeghuizen verplicht gesteld. Tot nu toe is het onvoldoende gelukt via deze commissies inzicht te krijgen in het aantal en de aard van incidenten. Dit komt onder andere doordat er een drempel is voor het melden van incidenten en behandelaars veelal stilzwijgen en 'het omzeilen van bureaucratische rompslomp' verkiezen. Het aantal meldingen wisselt sterk per ziekenhuis en er is een grote variatie in samenstelling en werkwijze van deze commissies. Vanuit de medische staf worden weinig incidenten gemeld. Met name bij specialisten bestaat een gebrek aan vertrouwen in de competentie van de commissies. Hierdoor hebben deze meldingscommissies nauwelijks kunnen bijdragen aan een goed preventiebeleid. Door het ontwikkelen van consensusrichtlijnen en het formaliseren van de werkwijze in de afgelopen jaren moet het werk van deze commissies langzamerhand onderdeel gaan worden van een integraal kwaliteitssysteem. Ook wordt gedacht aan een centrale databank, die de mogelijkheid biedt incidenten die weinig voorkomen te traceren en instellingen zichzelf te laten spiegelen aan het gemiddelde van de andere instellingen (Casparie 1994). Vermeldenswaardig is de in 1997 gestarte landelijke heelkundige complicatieregistratie, bedoeld te gaan functioneren als indicator van de in een kliniek geleverde zorg.

### **Kwaliteitseisen voor de geneeskunde gezien vanuit de patiënt**

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, een samenwerkingsverband van organisaties die belangen van patiënten en consumenten in de gezondheidszorg behartigt, heeft in 1996 'Algemene kwaliteitscriteria, de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief' gepubliceerd (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie 1996). Deze criteria worden gezien als aanvulling op datgene, wat door professionals centraal wordt gesteld. De eisen die een patiënt stelt aan vakbekwaamheid van de arts, aan informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie, accommodatie en evaluatie worden hierin helder omschreven. Een aantal van deze criteria, van belang in het kader van dit onderzoek, worden genoemd: de patiënt moet worden verteld hoe de hulpverlenende organisatie is georganiseerd; hoe de patiënt wensen, twijfels en bezwaren kenbaar kan maken en waar hij eventueel een klacht kan indienen. De inspraak- en klachtprocedures moeten zijn vastgelegd, evenals de overige rechten van patiënten en de wijze waarop deze kunnen worden afgedwongen. Patiënten moeten worden betrokken in de controle op de uitvoering hiervan. Hulpverleners moeten patiënten bijstaan bij het beantwoorden van hun vragen, alsook bij het onder woorden brengen van hun klachten. Verder moeten hulpverleners bevorderen dat de patiënten zoveel mogelijk hun eigen problemen kunnen oplossen en hen, indien mogelijk, samen met hun naasten en verzorgers, voorbereiden op die problemen. Hulpvragenden kunnen vaak niet beoordelen of de organisatie of de individuele hulpverlener jegens hen is tekortgeschoten. Daarom zou niet slechts op klachten moeten worden ingegaan, maar zouden ook degenen die onjuist zijn behandeld moeten worden opgezocht om het probleem te bespreken. Dat vraagt om nog meer openheid, nog meer begrip voor de belangrijke maatschappelijke functie van de gezondheidszorg.

## **Bestaande klachtprocedures**

Sluitstuk van een goed zorgsysteem is een behoorlijke klachtenprocedure. Een klacht betekent dat er - in de ogen van de patiënt - iets mis is met het hulpverlenerschap. Het integraal stelsel voor klachtopvang in de gezondheidszorg vervult drie functies: (1) ondersteuning en bemiddeling, (2) klachtbehandeling resulterend in een niet-bindende uitspraak en (3) klachtbehandeling resulterend in een bindende uitspraak.

### *Ondersteuning en bemiddeling*

Bij het indienen van een klacht kan de patiënt - interne of externe - ondersteuning krijgen. Interne ondersteuning betekent dat een instelling patiënten zelf helpt met het indienen van een klacht. Voor deze functie bestaan verschillende namen: patiëntenservicebureau, patiëntencontactpersoon, klachtenfunctionaris, klachtbemiddelaar enzovoort. Externe ondersteuning wordt gegeven door de regionale Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's), het Landelijk Informatiepunt voor Patiënten (LIP), de Stichting Ombudsman en de Consumentenbond. De regionaal georganiseerde IKG's zijn ondergebracht bij de regionale Patiënten Platforms, het LIP is een initiatief van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, de KNMG (beroepsvereniging van artsen) en de Nederlandse Zorgfederatie (federatie van zorgverzekeraars).

### *Klachtbehandeling resulterend in een niet-bindende uitspraak*

In 1995 is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in werking getreden. Deze wet verplicht alle instellingen in de gezondheidszorg tot een regeling voor een onafhankelijke behandeling van klachten. Klachten moeten formeel worden behandeld en een uitspraak moet worden gedaan over de gegrondheid van de klacht. Dit is geen juridisch bindende uitspraak zoals het opleggen van een straf of het toekennen van een schadevergoeding. De wet eist eveneens dat de aard en de omvang van de klachten moeten worden vastgelegd en dat de verslagen hiervan vóór 1 april van het volgend kalenderjaar in het bezit van de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn. Dit monitoren op afstand betekent dat de Inspectie voor het eerst over gegevens gaat beschikken, die systematisch zijn verzameld (Lucier 1998), hoewel onderzoek nu al aantoonde, dat ook op deze wijze de Inspectie geen inzicht krijgt in alle ingediende klachten. Er is een discrepantie tussen het aantal ingediende en het aantal volgens de wet behandelde klachten. Een belangrijke reden hiervoor is dat de voorkeur wordt gegeven aan persoonlijke klachtbemiddeling. Voor de wettelijke procedure wordt pas gekozen, wanneer de andere vormen van klachtenbehandeling onvoldoende resultaat hebben (Straten 1997). In februari 1999 kwam de Algemene Rekenkamer met een kritisch oordeel over het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg: "Het toezicht op zorginstellingen is verbrokkeld en tamelijk willekeurig en de onderzoeksmethode is eenzijdig. De minister van Volksgezondheid krijgt op basis van de informatie van de Inspectie geen beeld van de kwaliteit van de gezondheidszorg" (Het Parool, 4 februari 1999).

### *Klachtbehandeling resulterend in een bindende uitspraak*

Een voorbeeld van klachtbehandeling resulterend in een bindende uitspraak is het Medisch Tuchtrecht. Het tuchtrecht dient echter een ander doel dan het klachtrecht. Het tuchtrecht is vooral gericht op het handhaven van de normen en kwaliteitsmaatstaven die in de beroepsgroep gelden, het belang van de patiënt speelt daarbij een ondergeschikte rol. Toch kan de tuchtrechter wel degelijk recht doen aan de klacht van de patiënt door een gegrondverklaring van de klacht en het treffen van een maatregel (sanctie, meestal een waarschuwing of berisping). De tuchtrechter kan echter geen schadevergoeding toekennen. Het eisen van een schadevergoeding kan door het aansprakelijk stellen van de hulpverlener voor de gevolgen van zijn handelen. Wanneer de aansprakelijkheid niet wordt erkend door de betreffende verzekeringsmaatschappij, heeft de patiënt de mogelijkheid de rechter in te schakelen. In de praktijk blijkt echter de lange tijdsduur van juridische procedures niet bevorderlijk voor het geestelijk en lichamelijk welbevinden van de patiënt. Deze wordt nogal eens toenemend toeschouwer



van een juridisch steekspel (Fokke 1994). Sinds 1996 bestaat ook de mogelijkheid om een medische schadeclaim tot f 7.500,-- in te dienen bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen, welke overigens nog niet in alle ziekenhuizen bestaat. Het aantal schadeclaims in Nederland is de laatste tien jaar sterk gestegen. Toch wijst onderzoek uit dat patiënten niet zo claimbewust zijn als vaak wordt beweerd (Bouma 1997).

### **Redenen voor het indienen van een klacht**

Over de redenen tot klagen van patiënten is tot op heden weinig bekend. Uit het jaarverslag 1996 van het LIP blijkt het aantal klachten te stijgen, met name klachten over de medische behandeling en de manier waarop artsen omgaan met hun patiënten. Uit de bij het Medisch Tuchtcollege ingediende klachten blijkt vrijwel altijd het ontbreken van een zinvolle communicatie tussen arts en patiënt een oorzakelijke of cruciale rol te spelen (Freriks 1981, van Es 1984). Van Roosmalen stelde recent nog: "Kortom, een menselijke reactie en meer was ook niet nodig" (van Roosmalen 1994). Redenen om een klacht over de huisarts in te dienen bij het Tuchtcollege zijn de volgende: ongeveer een kwart van de gegrond verklaarde klachten betreft de weigering van een huisbezoek door de waarnemend huisarts. Schending van het beroepsgeheim, de positie van de assistente en de praktijkadministratie zijn drie andere belangrijke categorieën (Verstappen 1997). Op grond van een lange ervaring in een groot academisch ziekenhuis stelt van Wijman: "Kijkend naar achtergronden en gedragingen van klagers, valt mij steeds weer op hoe genereus hun begrip is voor het feit dat er spaanders zijn gevallen, hoe groot hun tolerantie en incasservermogen is. Doorgaans overwinnen klagers heel wat eer zij zich er toe zetten een klacht in te dienen. Vaak is het dan niet bij één incident gebleven, maar heeft de klager voor de tweede keer een afwerende of ontwijkende houding ontmoet. Heel vaak komen mensen tot een klacht als zij voor de tweede maal zijn vernederd. Querulanten ben ik in de gezondheidszorg dan ook nauwelijks tegengekomen" (van Wijman 1997).

Uit recent onderzoek van Van Vugt blijkt dat vrouwen vier maal vaker klagen dan mannen over ontbrekende of te geringe interesse van de arts in hun probleem. Mannen veronderstellen vaker incompetentie van de arts. Twee andere conclusies uit hetzelfde onderzoek zijn eveneens interessant: de eerste opvang bij onvrede is cruciaal. Er is sprake van een duidelijke drempel die overschreden moet worden alvorens men gaat klagen (Van Vugt 1994). Gebleken is dat een onzorgvuldige bejegening na een fout een belangrijke rol speelt bij het besluit van de patiënt een juridische procedure te starten (Vincent 1994), "Wanneer de dokter niet antwoordt, zullen zij misschien uiteindelijk proberen hem te dwingen tot een antwoord: zij gaan naar een advocaat" (Treffers 1994). Hieruit blijkt het grote belang voor de patiënt van adequate en zorgvuldige opvang en begeleiding direct na het ontstaan van schade. Daarnaast kan ook de behandelaar lering trekken uit de klacht. Alhoewel iedere behandelaar in zijn eer wordt aangetast als hij een klacht over zijn werk hoort, vooral als hij overtuigd is zijn best te hebben gedaan, doet hij er goed aan geuite kritiek te zien als gratis advies over hoe hij zijn werk toch nog kan verbeteren (Van Vugt 1994).

### **Optimale behandeling van een klacht**

Voor het omgaan met medische fouten zijn door diverse experts regels en richtlijnen opgesteld (zie bijlage 1). Uit al deze adviezen blijkt het belang van een snelle, zorgvuldige en open benadering van de patiënt na het maken van een medische fout. Deze 'menselijke' wijze van reageren op een klacht is behalve menselijk wat Bouma betreft "de goedkoopste vorm van risicobeheersing in de gezondheidszorg" (Bouma 1997). Ook van Wijman benadrukt het belang van directe terugkoppeling en bemiddeling. Hij stelt: "Hoe eerder en hoe 'bemiddelender', des te liever en effectiever." Met directe terugkoppeling en bemiddeling kan kwaliteitswinst worden geboekt. Naarmate de onvrede korter duurt

legt zij een minder zware hypotheek op de klager. Het klimaat om onvrede te uiten zal verbeteren (van Wijman 1997).

## Conclusie

Systematisch onderzoek naar onvolkomen medisch handelen is tot op heden nauwelijks verricht door de medische beroepsgroep. De gevonden studies zijn vooral descriptief van aard en weinig kwantitatief. Duidelijk is dat de laatste jaren, met name onder druk van een aantal wettelijke regelingen, landelijk vorm is gegeven aan de formalisering van klachtprocedures. Alhoewel de voors en tegens van deze procedures geleidelijk meer publicitaire aandacht krijgen, ontbreken gedegen studies over de gevolgen van onvolkomen medisch handelen voor de patiënt en derhalve over secundair slachtofferschap.

## Geraadpleegde literatuur

- Bonke B. Een medische fout, en dan? *Med Contact* 1995;50:91-2.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study 1. *N Eng J Med* 1991;324:370-6.
- Bouma J. Verzekeraars moeten niet zeuren over medische schadevergoeding. *Trouw*, 3 juli 1997.
- Casparie AF, Buruma OJS. Fouten, ongevallen en bijna-ongelukken in het ziekenhuis. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Conradi MH. Fouten van huisartsen [dissertatie]. Boom, Amsterdam 1995.
- Deen NFTh, Stoelinga GBA. Het optimum is nog niet bereikt. *Onderwijsvisitatie geneeskunde en gezondheidswetenschappen* 1997. *Mediator* 1998;9:20-25.
- De Vries J. Hoe behandel ik mijn dokter? *Patiëntenrecht in de praktijk*. Kosmos-Z&K Uitgevers. Utrecht/Antwerpen 1998.
- Dokter HJ, Verhage F. De schuldige dokter. *Huisarts Wet* 1989;32:144-6.
- Eekhof JAH, Everdingen JJE van. Communicatiefouten. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Es JC van. Medisch Tuchtrecht. *Med Contact* 1984;39:1371.
- Everdingen JJE van, Von der Möhlen-Tonino MAM. Hoe stellen artsen een diagnose? In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Everdingen JJE van, Von der Möhlen-Tonino MAM, Heymans HSA. Geneeskunde zonder fouten bestaat niet. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Fokke HE, Everdingen JJE van, Krol LJ. Besmetting met Aids-virus door een verkeerde spuit. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Freriks JP. Omgaan met fouten. *Huisarts Wet* 1981;24:22-4.
- Leape LL, Brennan TA, Laird TA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study 2. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
- Lens P, van der Wal G. Een onderzoek naar disfunctioneren van specialisten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:1127-31.
- Lens P, van der Wal G. *Problem doctors. A conspiracy of silence*. IOS Press, Amsterdam 1997.
- Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study 3. *N Engl J Med* 1991;325:245-51.
- Lucieer J. Het wettelijk instrumentarium van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Med Contact* 1998;33/34:1057-61.
- Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie. *Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Krips Repro, Meppel 1996.
- Pelt-Termeer AMM van, van den Berg FA. Hoe heeft het kunnen gebeuren? *Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsingsgroep*. *Huisarts Wet* 1995;7-9:29.
- Roosmalen J van. Het belang van een spijtbetuiging. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Schuling J, Conradi MH. Hoe gaat de huisarts verder na een fout? *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:3-6.
- Steenhorst R. *Medisch MisHandelen*. Het Spectrum, Utrecht 1993.
- Straten G, Friele R. *Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. *Med Contact* 1997;52:765-7.
- Tempelaar AF. De epidemiologie van de medische fout. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Treffers PE. De schade en schaamte voorbij. In: van Everdingen JJE. *Smetten op de witte jas*. Belvédère/Boom,

- Overveen/Amsterdam 1994.
- Vugt PJH van. De afhandeling van klachten in het ziekenhuis. In: van Everdingen JJE. Smetten op de witte jas. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Verkruisen WG. De medische aansprakelijkheidsexplosie in Nederland: de voorgeschiedenis en het te verwachten vervolg. Ned Juristen Blad 1997;72:846-53.
- Verstappen WHJM, Conradi MH. Fouten en klachten. Practicum Huisartsgeneeskunde. Bunge, Utrecht 1997.
- Vincent C. Research into medical accidents: a case of negligence? Br Med J 1989;299:1150-3.
- Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patiënts and relatives taking legal action. Lancet 1994;343:1609-13.
- Wagenaar WA. Routinefouten. In: van Everdingen JJE. Smetten op de witte jas. Belvédère/Boom, Overveen/Amsterdam 1994.
- Wulff HR. Principes van klinisch denken en handelen. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1980.
- Wijman FCB van. De goede patiënt. De patiënt als klager. Med Contact 1997;31/32:967-9.

### **Bijlage hoofdstuk 3.B: Richtlijnen inzake klachtprocedures**

Voor het omgaan met medische fouten tegenover de patiënt heeft Bonke STEL-regels geformuleerd (Bonke 1995):

Spijt betuigen/excuses aanbieden; steun geven in emotionele zin.

Tegemoettreden van betrokkenen; Tijd ervoor nemen.

Erkennen van de fout; Eerlijk en oprecht zijn.

Luisteren naar het verhaal, laat het er niet bij.

Van Vugt stelt dat een goede klachtenprocedure moet voldoen aan de volgende voorwaarden (Van Vugt 1994):

er moet een snelle reactie komen,

er moet persoonlijk contact zijn,

hoor en wederhoor moeten worden toegepast,

uitleg en toelichting moeten worden gegeven,

bemiddeling moet worden aangeboden,

behandel de klacht zelf.

Door Schuling opgestelde richtlijnen voor het gesprek met de patiënt na een fout of incident in de huisartspraktijk zijn de volgende (Schuling 1998):

neem als arts zelf het initiatief tot het contact,

doe dat op korte termijn,

neem de tijd voor het gesprek en

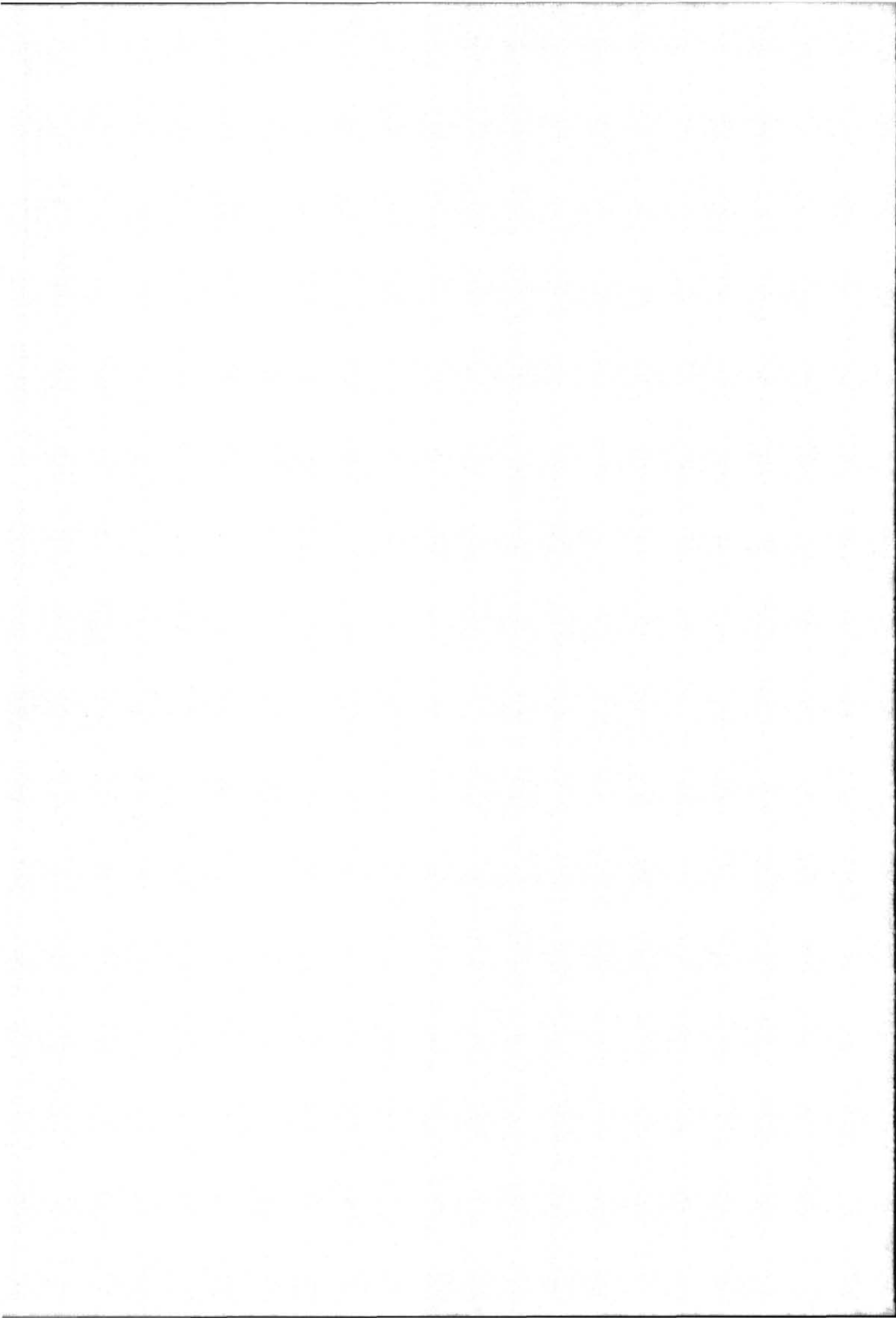
zorg dat er niet wordt gestoord,

luister naar de patiënt en (h)erken diens gevoelens,

betuig uw spijt over de gevolgen voor de patiënt,

neem na enige tijd opnieuw contact op om na te gaan of er bij de patiënt nieuwe vragen zijn gerezen.





## 4. SLACHTOFFERS VAN MISDRIJVEN MET LETSEL

### 4.A Slachtoffer-getuigenissen

Inleiding, strafrecht (politie, Openbaar Ministerie, rechterlijke macht), civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector, psychosociale hulpverlening

#### Inleiding

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de resultaten van een groepsbijeenkomst met slachtoffers van misdrijven. De deelnemers aan deze bijeenkomst zijn geworven via coördinatoren van circa 9 Buro's Slachtofferhulp. Voor de werving van kandidaten werden 4 selectiecriteria opgesteld:

1. Het misdrijfslachtoffer heeft lichamelijk of geestelijk letsel opgelopen.<sup>4</sup>
2. Voor het verwerken van de gevolgen van het misdrijf heeft het slachtoffer contact gehad met instellingen op tenminste twee van de volgende terreinen: strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekering, medische sector, psychosociale hulpverlening.
3. Het slachtoffer heeft het incident in zoverre emotioneel verwerkt dat hij of zij in staat is deel te nemen aan de groepsbijeenkomst over de gevolgen van het traject dat volgde op het misdrijf.
4. Het slachtoffer moet in staat zijn de eigen ervaringen te verwoorden.

De coördinatoren bepaalden zelf op welke wijze zij ons verzoek in de organisatie zouden uitzetten. Ook de eerste selectie van respondenten lag bij de coördinator en de medewerkers van het betreffende Buro. Met de geselecteerde personen hadden de onderzoekers een telefonisch voorgesprek. Het doel van dit gesprek was om feitelijke informatie omtrent het misdrijf en de gevolgen daarvan te achterhalen en om na te gaan in hoeverre de persoon in kwestie voldeed aan de opgestelde criteria. De Buro's leverde uiteindelijk 11 kandidaten op voor het panel met slachtoffers van misdrijven met letsel (zie ook hoofdstuk 2 onder responsiegroepen).

Het groepsinterview bestond uit twee onderdelen. Het eerste diende ter verificatie van hetgeen de kandidaten hadden meegedeeld tijdens het voorgesprek. Het doel was om per persoon te komen tot een overzicht van de zaken die men als knelpunt had ervaren in de dienstverlening door organisaties waarvan men na het misdrijf afhankelijk was. Gecheckt werd of de door het slachtoffer verwoorde knelpunten correct waren weergegeven. Waar nodig werd de deelnemers een toelichting gevraagd. Na afloop werd nagegaan in hoeverre alle kandidaten dezelfde barrières waren tegen gekomen. Tijdens het middagdeel van de bijeenkomst werd gezamenlijk gebrainstormd over mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde problemen. Aan de deelnemers werd de opdracht gegeven uit drie invalshoeken met aanbevelingen te komen:

1. bevordering van de mogelijkheden van het slachtoffer zelf;
2. ondersteuning van het slachtoffers door derden;
3. verbetering van de dienstverlening van instellingen.

De instellingen waar slachtoffers van misdrijven mee te maken krijgen blijken inderdaad in te delen in de volgende 'subsystemen':

- strafrecht;
- civiel recht;

---

<sup>4</sup> Tegelijkertijd werden er slachtoffers van verkeersongevallen geworven. Hun groepsbijeenkomst wordt verslagen in hoofdstuk 5.

- verzekeringswezen;
- arbeidssector inclusief sociale verzekeringen;
- medische sector;
- psychosociale hulpverlening;

Het is duidelijk dat de resultaten zijn gebaseerd op een beperkt aantal respondenten. In de eindrapportage werden de resultaten samengevoegd met informatie van intermediairen (vrijwilligers) over knelpunten bij de ondersteuning van slachtoffers na een misdrijf (zie paragraaf 4.B). Wat door de slachtoffers is ingebracht moet dus worden opgevat als een voorlopige indicatie voor problemen in de 'nazorg'. Hun aanbevelingen zijn 'sec' genoteerd. De toepasbaarheid daarvan is met het expert-panel nader bekeken (appendix 1).

De paragrafen in dit hoofdstuk zijn elk gewijd aan één subsysteem, waarbij telkens eerst wordt ingegaan op de door slachtoffers gesignaleerde knelpunten (zie de matrix voor codering) waarna vervolgens hun aanbevelingen worden weergegeven.

## **Strafrecht**

De belangrijkste actoren binnen het subsysteem strafrecht zijn de politie, het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht.

### **Politie**

#### *Knelpunten*

Bij de politie signaleerden de respondenten vooral knelpunten met betrekking tot de behandeling en de registratie. Daarnaast was er een klacht met betrekking tot de aangifte. Slachtoffers blijken in het algemeen onbekend te zijn met de taken van de politie.

Klachten omtrent de behandeling richten zich enerzijds op de interne communicatie en samenwerking: dat zaken bij de politie door verschillende contactpersonen worden behandeld, wordt door meerdere slachtoffers als negatief ervaren.

Aan de andere kant wordt de informatievoorziening als onvoldoende beoordeeld. Zo werden sommige slachtoffers niet of slecht op de hoogte gehouden van het verloop van hun zaak en andere personen kregen vooraf verkeerde of ontoereikende informatie over hetgeen hen te wachten stond c.q. over de mogelijkheden die zij hadden in een bepaalde zaak.

Er gaat ook wel eens wat mis in het opvragen van informatie bij derden: één slachtoffer gaf aan dat de politie had nagelaten om medische informatie op te vragen bij het ziekenhuis, welke van belang had kunnen zijn bij het onderzoek door de politie.

In twee gevallen waren er problemen in de registratieprocedure: één slachtoffer was van oordeel dat diens proces-verbaal zeer onnauwkeurig en slordig was opgemaakt. Bij een andere persoon heeft het lang geduurd voordat de politie met de zaak aan de slag ging: voordat het uiteindelijke proces-verbaal was opgemaakt kwam de politie verschillende keren terug bij het slachtoffer. Daarbij moest het slachtoffer steeds nieuwe vragen beantwoorden over het gebeurde.

Het feit dat een ander slachtoffer door de politie werd ontraden om aangifte te doen van een mishandeling wekte bij deze persoon weinig vertrouwen in de politie.

Burgers zijn vaak onbekend met de taken en verantwoordelijkheden van de politie. Hierdoor hebben

slachtoffers soms verkeerde of te hoge verwachtingen van deze organisatie, hetgeen in bepaalde gevallen tot teleurstellingen en/of klachten leidt.

### *Aanbevelingen*

Alhoewel niet alle knelpunten met informatievoorziening te maken hebben, menen de respondenten dat een groot aantal knelpunten voorkomen kan worden of verzacht, indien het contact en de informatie vanuit de politie naar het slachtoffer toe beter geregeld zou zijn. Een suggestie is om bij elk korps een service- en/of informatiepunt voor slachtoffers in te stellen, waar slachtoffers met al hun vragen terecht kunnen. Een andere suggestie is het actief beschikbaar stellen aan iedereen die aangifte komt doen van schriftelijk informatiemateriaal, over de taken van de politie, over hetgeen iemand te wachten staat wanneer hij of zij aangifte doet van een misdrijf en over wat de consequenties zijn van het starten van civiel- of strafrechtelijke procedures.

Een andere suggestie voor het verbeteren van informatievoorziening en -vergaring wordt gezocht in protocollering: de politie zou in iedere fase van de behandeling van een zaak, de verplichting moeten hebben om, indien een slachtoffer dat wenst, naar deze persoon terug te koppelen. Verder zou de politie in alle gevallen de mogelijkheid moeten hebben om medische informatie op te vragen bijvoorbeeld bij een specialist in een ziekenhuis en vice versa: met toestemming van het slachtoffer zou de politie relevante informatie moeten doorgeven aan de medische sector. Ondersteuning bij het nakomen van dergelijke procedures en/of afspraken zou kunnen geschieden vanuit Slachtofferhulp.

Een suggestie die werd gedaan in verband met de persoon die werd ontraden om aangifte te doen omdat de politie vreesde voor represailles voor het slachtoffer, betreft de bejegening van het slachtoffer. Op zich vond het slachtoffer de informatie zeer waardevol, maar de wijze waarop dat gebeurt en de timing van een dergelijke mededeling zijn erg belangrijk.

## Openbaar Ministerie

### *Knelpunten*

Voor zover er knelpunten worden geconstateerd bij het Openbaar Ministerie, hebben deze vrijwel allemaal te maken met de kwaliteit van de communicatie en informatievoorziening en met de bejegening van slachtoffers.

Een viertal slachtoffers klaagt over het gebrek aan communicatie: de officier van justitie heeft geen tijd voor een informatiegesprek, een andere Officier van Justitie laat het slachtoffer niets van zich horen; één persoon had graag informatie gewenst van de officier met betrekking tot diens reden om een verdachte niet te vervolgen, het was in het geheel niet mogelijk om met de officier hierover in contact te treden; in het vierde geval verzuimt de officier aan de ouders van een jong slachtoffer de zittingsdatum door te geven.

De interne communicatie verloopt evenmin altijd soepel: één slachtoffer maakt melding van het feit dat één onderdeel van een aanklacht door het parket niet was verspreid naar de rechtbank en advocaat, waardoor dat deel van de aanklacht niet op de zitting maar pas in een later stadium kon worden behandeld.

Voor zover er wél contact is tussen het Openbaar Ministerie en slachtoffers wordt in twee gevallen de kwaliteit van dit contact betreurd. Beide keren voelt het slachtoffer zich niet erkend: in het ene geval stelt de Officier van Justitie vragen bij de rol van het slachtoffer; in het andere geval twijfelt de officier van justitie aan de noodzaak van de hoogte van het schadeverzoek door het slachtoffer.

Het verschaffen van foutieve informatie vanuit het parket wordt door één persoon genoemd: een slachtoffer heeft advies gekregen over de wijze waarop deze kan proberen om een dader te laten



verhuizen naar een andere buurt. Dit advies blijkt niet te kloppen.

Een klacht van geheel andere aard betreft een zedenzaak. Bij deze zaak zag de Officier van Justitie af van vervolging van twee verdachten, ondanks het feit dat de verdachten werden herkend door het slachtoffer; volgens het slachtoffer heeft de Officier van Justitie zich hiertoe laten leiden omdat deze bang was voor een 'valse aangifte'. Net daarvoor hadden de lokale media namelijk uitgebreid bericht over een dergelijk valse zedenzaak.

### *Aanbevelingen*

Om te voorkomen dat het slachtoffer zich miskent voelt, is communicatie met het slachtoffer van belang. Een slachtoffer moet de mogelijkheid hebben een gesprek aan te vragen met de Officier van Justitie over diens beslissingen (bijvoorbeeld om wel/niet te vervolgen). Slachtofferhulp of de politie moeten kunnen worden ingezet ter ondersteuning, om een gesprek met justitie hierover op gang te brengen. Dit is vooral van belang omdat de toegankelijkheid van officieren in sommige gevallen te wensen over laat en men niet altijd open staat voor een dergelijk gesprek

Uit de genoemde knelpunten blijkt dat het slachtoffer te weinig informatie ter beschikking staat. Aanbevelingen zijn dan ook dat justitie een slachtoffer altijd laat weten wat er met een zaak gebeurt. Justitie moet het slachtoffer ook altijd vragen of deze aanwezig zou willen zijn bij een zitting, of hierover informatie zou willen hebben. Het slachtoffer kan ondersteund worden door Slachtofferhulp wanneer deze organisatie er bijvoorbeeld regel van maakt dat het de zittingsdatum checkt en checkt of het voegingsformulier is ontvangen.

Verder wordt aanbevolen dat informatie beschikbaar komt voor slachtoffers over de mogelijkheden die zij hebben of niet hebben in geval van vormfouten.

Meer in algemene zin wordt gesteld dat justitie zich te weinig om het slachtoffer bekommert: net zoals het gebruikelijk is dat de verdachte een pleitbezorger heeft, zou een slachtoffer dat ook moeten hebben. Voorts zou het belang van het slachtoffer niet onderschikt moet worden beschouwd aan dat van de verdachte en ook niet aan dat van een snelle behandeling van een strafzaak.

## **Rechterlijke macht**

### *Knelpunten*

De opmerkingen van de respondenten met betrekking tot de rechterlijke macht en het rechtssysteem als geheel betreffen de hoogte van de strafmaat, problemen met betrekking tot het verhalen van de schade en de bewijsbaarheid van een strafbaar feit.

Twee respondenten vinden dat de straf die de verdachte is opgelegd veel te laag is en zijn daarover zeer teleurgesteld.

Eén slachtoffer werd na de straftoemeting wekelijks geconfronteerd met zijn belager; deze had namelijk een taakstraf gekregen als portier van een revalidatiecentrum. Dit was het centrum waar ook het slachtoffer revalideerde.

Eén verdachte van zware mishandeling meldt dat hij met een groot deel van de schade bleef zitten en zich vooral machteloos voelde toen hij na alle ellende op een gegeven moment ook nog eens werd geconfronteerd met een deurwaarder. Een tweede verdachte meldde dat in zijn zaak de dader niet werd veroordeeld, waardoor het zeer lastig was c.q. onmogelijk om de financiële schade geledigd te krijgen.

In één geval lekte er via de reclassering vertrouwelijke informatie uit naar de verdachte waardoor

bewijsmateriaal verloren ging.

Hetzelfde zedenslachtoffer begreep niet waarom vingerafdrukken wel en DNA-onderzoek niet als bewijsmateriaal te gebruiken is en dus pas mag worden uitgevoerd wanneer besloten is tot vervolging. Volgens deze persoon zou de zaak in dat geval bewezen zijn. Dit was nu niet het geval.

Een ouder van een ander zedenslachtoffer heeft eveneens problemen met het feit dat een onderdeel van de aanklacht niet kon worden bewezen.

### *Aanbevelingen*

Alhoewel dat bij de andere actoren binnen hetzelfde subsysteem ook tot op zekere hoogte een rol speelt, is het vooral bij de rechterlijke macht c.q. het rechtssysteem als zodanig, lastig om een mogelijk slechte kwaliteit van de dienstverlening te scheiden van de beperktheid van juridische mogelijkheden om het slachtoffer tevreden te stellen. Niettemin zijn er enkele maatregelen te bedenken, waardoor het slachtoffer zich tegemoetgekomen zal voelen.

In een aantal gevallen zou het, volgens het slachtoffer voor de gemoedsrust geholpen hebben indien deze uitleg had kunnen krijgen over de overwegingen die leidden tot de uiteindelijke straftoemeting. Slachtofferhulp zou kunnen ondersteunen om een dergelijk gesprek op gang te brengen.

In het geval van de taakstraf waarbij het slachtoffer opnieuw geconfronteerd werd met de dader, had deze situatie voorkomen kunnen worden indien het slachtoffer hiervan tijdig op de hoogte was gesteld.

Indien gepoogd wordt de schade te verhalen op de dader, moet het slachtoffer kunnen aangeven of deze wil weten of dat daadwerkelijk gebeurt. Sommige slachtoffers zullen dat immers wel en anderen willen dat juist niet weten.

Overige aanbevelingen bij het verhalen van de schade zijn de volgende: ten eerste moet het slachtoffer lang volhouden (een lange adem hebben). De politie en Slachtofferhulp zouden het slachtoffer kunnen ondersteunen door het verschaffen van adequate informatie over de mogelijkheden die er wél zijn om de schade te verhalen of om een tegemoetkoming in de kosten te krijgen.

Een laatste maatregel die werd voorgesteld betreft de mogelijkheid voor een al dan niet collectieve verzekering voor het risico op schade ten gevolge van misdrijven. Deze verzekering verhaalt dan in het geval van een bekende dader op deze dader, maar keert tevens uit aan het slachtoffer indien deze diens slachtofferschap aannemerlijk kan maken, ongeacht de dader.

## **Civiel recht**

### *Knelpunten*

Met het civiel recht hebben de slachtoffers niet zoveel te maken gehad. Eén van de twee opmerkingen ten aanzien van dit systeem luidt dat de civiele procedure voor schadevergoeding een langdurige kwestie is.

De andere opmerking betreft de onheuse bejegening van een slachtoffer door de advocaat van de verdachte.

### *Aanbevelingen*

Ten aanzien van de eerste opmerking werd aanbevolen om de duur van de civiele procedure terug te brengen indien deze 'papieren' procedure zou kunnen worden omgezet in een vorm die meer het strafrecht benaderd, waarbij bijvoorbeeld in één zitting tot een uitspraak zou kunnen worden gekomen.

## Verzekeringswezen

### *Knelpunten*

Voor het verzekeringswezen beperken de uitspraken van de respondenten zich tot de ziektekostenverzekeraar en het ziekenfonds. Het gaat om twee hoofdzaken: 1) uitbetaling van de schade laat vaak lang op zich wachten; 2) declaratie van de kosten bij de verzekeraar bleek lastig.

Met betrekking tot het eerste punt: het werd als probleem ervaren dat er door het ziekenfonds geen voorschot werd gegeven; in het andere geval werd gemeld dat uitbetaling pas geschiedde nadat de dader was veroordeeld.

Verder was er in één geval sprake van een aanvankelijke weigering door het ziekenfonds om schade te betalen. In het andere geval was de declaratie van vervoerkosten bij de ziektekostenverzekeraar heel lastig.

### *Aanbevelingen*

Ten aanzien van dit laatste punt kan gemeld worden dat er zeer onlangs plannen zijn opgesteld om deze procedure te vereenvoudigen.

Ten aanzien van de duur van de periode waarna wordt uitgekeerd luidt de aanbeveling om een landelijk fonds in te stellen, via welke tijdige uitbetaling of een voorschot van de verzekeraars geregeld zou moeten kunnen worden.

## Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

### *Knelpunten*

Bij de aanwezige slachtoffers was relatief weinig ervaring met instellingen in de arbeidssector en de sociale verzekeringen. De knelpunten die werden genoemd waren ook van dien aard dat de slachtoffers die de knelpunten noemden zelf ook niet goed wisten hoe deze knelpunten zouden moeten worden opgelost.

De knelpunten hadden overigens bijna allemaal te maken met de bejegening (op de achtergrond speelt hier overigens ook het aspect van regelgeving een rol).

Een slachtoffer gaf aan dat haar een arbeidscontract voor onbepaalde tijd was toegezegd; die toezegging werd ingetrokken toen zij als gevolg van het misdrijf in de ziektewet belandde. Een ander slachtoffer geeft aan dat er bij zijn werkgever weinig interesse en veel onbegrip was voor (de gevolgen van) het geweldsmisdrijf dat hem is overkomen. Weer een ander, reeds minder valide voorafgaand aan het misdrijf, waarbij het letsel door het misdrijf verergerde en leidde tot blijvende invaliditeit, had hoge verwachtingen van (arbeids)reïntegratie door tussenkomst van GAK en bedrijfsvereniging. Zij toonden zich volgens het slachtoffer passief in het hele proces waardoor van reïntegratie weinig terecht is gekomen.

Twee andere knelpunten hebben te maken met de uitvoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Nadat een slachtoffer uit het panel een aanvraag had ingediend bleek het erg lang te duren voordat aanpassingen in huis gerealiseerd konden worden. In de tussentijd werd van de gemeente niets vernomen.

### *Aanbevelingen*

Alleen de laatste knelpunten leidden in het panel tot een aanbeveling. Die aanbeveling heeft betrekking op het instellen van een servicepunt voor de uitvoering van regelingen als die van de WVG: slachtoffers zouden daar met al hun vragen heel gericht terecht moeten kunnen.



## **Medische sector**

### *Knelpunten*

Veruit de meeste klachten die gericht zijn op de medische sector hebben te maken met de wijze van bejegening van (in dit geval) één zedenslachtoffer binnen verschillende afdelingen van een ziekenhuis: de opvang op de afdeling spoedeisende hulp is als slecht ervaren en er is sprake van verlies van bewijsmateriaal door de weigering van een behandeling door een specialist in dat ziekenhuis.

Daarnaast werd het slachtoffer door dezelfde persoon een HIV-test geweigerd. Het slachtoffer heeft een klacht ingediend bij het ziekenhuis via de ombudsman, zowel over de specialist als over opvang op de afdeling de spoedeisende hulp. Alhoewel dit heeft geleid tot berispingen, ervoer het slachtoffer de ombudsman niettemin als partijdig.

Hetzelfde slachtoffer voelt zich daarnaast onvoldoende ondersteund door de huisarts; ook een slachtoffer van mishandeling voelt zich in onvoldoende mate ondersteund door diens huisarts.

### *Aanbevelingen*

De aanbevelingen richten zich op verbetering van de bejegening van het slachtoffer in de medische sector, van regelgeving en protocollering bij de opvang en nazorg aan slachtoffers en de informatievoorziening en samenwerking.

Ten aanzien van de bejegening wordt opgemerkt dat met name de opvang op de afdeling spoedeisende hulp zorgvuldig dient te geschieden: de eerste klap is wat dat betreft een daalder waard. Ook de bejegening in de basiszorg van de huisarts is voor verbetering vatbaar: meer betrokkenheid en verbetering van de deskundigheid ten aanzien van de gevolgen van slachtofferschap zouden de basiszorg kunnen versterken.

De slachtoffers in het panel geven aan dat het heel goed zou zijn als in alle ziekenhuizen, met name op de afdelingen spoedeisende hulp, een opvangprotocol gebruikt zou worden, zodat je als slachtoffer niet alleen afhankelijk bent van de opstelling en werkwijze van individuele werkers. In het protocol zou ruim aandacht besteed moeten worden aan een goede informatievoorziening aan slachtoffers over de gang van zaken.

Aan de protocollering zou deskundigheidsbevordering gekoppeld kunnen worden, zodat werkers ook goed beslagen ten ijs komen.

Mocht het dan toch nog mis gaan dan is het van groot belang dat er een onafhankelijke instantie (ombudsfunctie) in het ziekenhuis is waar slachtoffers terecht kunnen met hun klachten.

Tenslotte wordt uit de gedeelde ervaringen van slachtoffers (niet alleen op het terrein van de medische sector) duidelijk dat goede samenwerking (inclusief afspraken) tussen betrokken actoren bij opvang en nazorg aandachtspunt moet zijn. Uit de uitspraken van het zedenslachtoffer in het panel is af te leiden dat de concrete samenwerking tussen politie en ziekenhuis niet optimaal verliep: aan het feit dat er aan een medisch onderzoek na een zedendelict ook een belangrijk bewijsaspect kan zitten werd in dit geval onvoldoende aandacht besteed door de arts, waardoor bewijsmateriaal verloren is gegaan.

## **Psychosociale hulpverlening**

### *Knelpunten*

De knelpunten die slachtoffers tijdens het panelgesprek noemden hadden betrekking op de lange wachttijden, het vinden van (vergoeding van) betaalbare hulp buiten de reguliere kanalen om (vrij



gevestigde hulpverlening) en de handelwijze in een situatie waarin je als cliënt ontevreden bent over de verleende hulp en twijfels hebt over de deskundigheid van een hulpverlener.

De lange wachttijden blijken op twee momenten een rol te spelen: zowel op het moment van intake als in de fase tussen intake en behandeling. Slachtoffers die aankloppen bij de psychosociale hulpverlening doen dat niet voor niks.

Het komt de motivatie niet ten goede als je dan geconfronteerd wordt met lange wachttijden (genoemd werd 1 maand voor intake en 3/4 jaar voor behandeling).

De mogelijkheid om buiten de gevestigde instellingen om de stap te zetten naar vrij gevestigde hulpverlening kan een mogelijkheid zijn de wachttijden te omzeilen. Slachtoffers in het panel die daar ervaring mee hebben opgedaan stuiten op het feit dat de hulp niet betaalbaar was (slachtoffer wilde de kosten zelf betalen) dan wel dat de hulp niet vergoed werd door de verzekeraar.

Een respondent (moeder van een jeugdig slachtoffer) gaf aan dat zij in de eerste fase van de behandeling grote aarzeling voelde over de deskundigheid van de hulpverlener. In dat geval was het een uitkomst geweest de hulpvragen voor te leggen aan een andere hulpverlener. Zij stuitte op het feit dat een dergelijke second opinion niet viel binnen het vergoedingensysteem.

#### *Aanbevelingen*

Als oplossing voor de lange wachttijden is in het panel aangegeven dat het een kwestie van prioriteit is: hulpvragen van slachtoffers van ernstige misdrijven moeten meer aandacht krijgen. Een idee dat wordt geopperd is om slachtoffers van misdrijven in elk geval een eerste serie gesprekken te gunnen ter overbrugging van een mogelijke wachttijd.

Ook door het slachtoffer beter te informeren over de procedure binnen een instelling kan het slachtoffer meer duidelijkheid worden geboden over wat hij/zij wel en niet kan verwachten. Als er al afspraken gemaakt worden, dan dienen die door de instelling ook te worden nagekomen: een vage toezegging die later wordt herroepen is heel vervelend.

Tenslotte zou volgens het panel in het vergoedingensysteem ruimte moeten zijn om bij twijfel of ontevredenheid over een hulpverlener een second opinion te vragen bij een tweede hulpverlener.

## Bijlage hoofdstuk 4A: Resultaten panel slachtoffers van misdrijven met letsel

Voor de celcoderingen (cel nr.) zie bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten.

Uitspraak / knelpunt	Cel nr.	Aanbevelingen
----------------------	---------	---------------

### Strafrecht

#### Politie

1 Zedenzaak bij politie door verschillende personen behandeld	B3	1) Eén of twee contactpersonen aanstellen bij de politie die van de zaak afweten; 2) Indien meer mensen aan een zaak werken: goed onderling overleg/communicatie
2 Slechte informatievoorziening door politie naar slachtoffer;	B6	1) Eén contactpersoon aanstellen bij de politie die tevens vertrouwenspersoon is; 2) Klantenservice of een service-/informatiepunt voor slachtoffers bij elk korps
3 Vooraf onbekendheid van slachtoffer met taken politie	H99	1) Goed informatiemateriaal met basisinformatie voor slachtoffers; 2) Beschikbaar materiaal (standaard overhandigen, als slachtoffer niet om hoeven vragen); 3) Zie ook aanbevelingen bij 2
4 Politie geeft negatief advies met betrekking tot het doen van aangifte in verband met criminele inslag van familie van dader	X6	Dergelijke informatie moet wél worden overgebracht aan het slachtoffer, maar op objectieve, niet suggestieve zorgvuldige wijze (het goede moment uitkiezen)
5 Wisselende contactpersonen bij politie	B6	Zie aanbevelingen bij 1
6 Proces verbaal slordig en onnauwkeurig in elkaar gezet	C1	Zie aanbevelingen bij 1 en bij 2
7 Slechte informatie bij politie over strafprocedure	H99	Zie aanbevelingen bij 2
8 Politie laat niet actief iets van zich horen aan slachtoffer	B3	Politie heeft de verantwoordelijkheid om, indien gewenst door het slachtoffer, terug te koppelen naar deze persoon
9 Zaak lang blijven liggen bij politie (steeds nieuwe vragen)	C1	Zie aanbevelingen bij 2
10 Politie heeft geen medische informatie opgevraagd	B3	1) Politie moet (de mogelijkheid hebben om) medische informatie op (te) vragen bij het ziekenhuis; wellicht nodig: een protocol; 2) Politie moet met toestemming van het slachtoffer relevante informatie doorgeven aan ziekenhuis; protocol?? 3) Slachtofferhulp moet ervoor zorgen dat dit gebeurt

## Openbaar Ministerie

- |    |   |     |   |
|----|---|-----|---|
| 11 | Geen vervolging dader (zedes) ondanks herkenning door slachtoffer bij confrontatie, met als oorzaak: angst van OvJ voor valse aangifte  | B8  | Een slachtoffer moet de mogelijkheid hebben een gesprek aan te krijgen met de OvJ indien de OvJ twijfelt/besluit niet te vervolgen  |
| 12 | Het was voor het slachtoffer niet mogelijk om hierover (1) uitleg te vragen aan de OvJ; was niet mogelijk met hem in contact te komen; reden om niet te vervolgen heeft slachtoffer te horen gekregen van de politie; | B6  |   |
| 13 | Officier van Justitie heeft geen tijd voor informatiegesprek met ouders van jong slachtoffer  | B6  | 1) SoH informeert actief naar mogelijkheden voor dergelijk gesprek;<br>2) Politie regelt gesprek bij officier;  |
| 14 | Onderdelen aanklacht door parket niet verspreid naar rechtbank en advocaat, waardoor deel van aanklacht niet behandeld kon worden op de zitting (pas later)   | B3  | 1) Informatie naar betrokkenen over mogelijkheden die je hebt bij vormfouten;<br>2) Rechtbank moet belang van slachtoffer niet ondergeschikt maken aan belang dader en snelle behandeling van een strafzaak;<br>3) Slachtoffer heeft pleitbezorger nodig (SOH/advocaat);                                    |
| 15 | Ouders van slachtoffer krijgen zittingsdatum niet door van parket   | B6  | 1) Politie vraagt altijd of slachtoffer bij zitting wil zijn/hierover informatie wil hebben;<br>2) Justitie laat altijd weten wat er met een zaak gebeurt;<br>3) SOH moet dit altijd standaard checken (voegingsformulier/zittingsdatum);<br>4) Verzoeken van slachtoffer moeten altijd gehonoreerd worden; |
| 16 | Officier van Justitie laat niets van zich horen   | B6  | Zie aanbeveling bij 13;   |
| 17 | Officier van Justitie twijfelt aan noodzaak van hoogte schadeverzoek  | B99 | Zie aanbeveling bij 13 en bij 27;   |
| 18 | Officier van Justitie stelt vragen bij eigen rol slachtoffer  | B99 | Zie aanbeveling bij 13 en bij 27;   |
| 19 | Justitie geeft verkeerde informatie aan slachtoffer, namelijk: "start een handtekeningenactie om te zorgen dat de dader uit de buurt gaat verhuizen".   | H6  | -   |

## Rechterlijke macht, algemeen

- |    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 20 | DNA-onderzoek als bewijsmateriaal niet te gebruiken; DNA-onderzoek pas mogelijk bij vervolging van de verdachte; | B2 | Wettelijk veranderen: DNA-onderzoek als bewijsmateriaal moet mogelijk zijn in de periode vóór vervolging; in dit geval zou hiermee namelijk bewezen zijn dat de twee personen die het slachtoffer had herkend als de daders, inderdaad dezelfde waren. |
| 21 | Rechtssysteem gaat slecht om met slachtoffer (niet serieus genomen)  | X4 |  |

22 Bewijsmateriaal verloren door uitlekken vertrouwelijke info via reclassering	C9	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lekken naar belangenbehartiging slachtoffer mag niet;</li> <li>2) Gebeurt dat toch: uitleg achteraf aan slachtoffer hoe dat heeft kunnen gebeuren;</li> <li>3) Indien er sanctie wordt toegepast bij het uitlekken van informatie: het slachtoffer hierover inlichten</li> </ol>
23 'Dwang tot seksuele handelingen met andere kinderen' moeilijk te bewijzen als zijnde een 'strafbaar feit'	B2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verklaringen van kinderen moeten serieuzer worden genomen;</li> <li>2) Kind heeft recht op eigen vertrouwenspersoon</li> <li>3) Netzoals slachtoffers terecht kunnen bij Slachtofferhulp kunnen kinderen terecht bij de kindertelefoon. Daar zou men aan kinderen die slachtoffer zijn geworden gevraagd moeten worden of zij behoefte hebben aan een contactpersoon die hen ook praktisch kan bijstaan als dat nodig is;</li> </ol>
24 Ten gevolge van de taakstraf waarbij dader portier wordt bij revalidatiecentrum waar het slachtoffer wekelijks naar toe gaat, wordt slachtoffer telkens met dader geconfronteerd;	E4	Informatie over de straf moet worden doorgegeven aan het slachtoffer;
25 Familie van slachtoffer is verhuisd als gevolg van misdaad in plaats van dat de dader is verhuisd	X99	-
26 Dader niet veroordeeld, dus veel moeilijker/onmogelijk om schade te verhalen	B2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Politie + SOH geeft goede informatie over mogelijkheden die er wèl zijn om schade te verhalen of om een tegemoetkrijging in de kosten te krijgen;</li> <li>2) Slachtoffer zelf moet volhouden</li> <li>3) Systeem moet slachtoffer wegwijs maken naar andere mogelijkheden om schade te verhalen</li> <li>4) Rigoreuze maatregel: er zou een (al dan niet collectieve) verzekering mogelijk moeten zijn voor het risico op schade t.g.v. misdrijven; deze verzekering verhaalt in geval van een bekende dader op de dader, maar keert hoe dan ook uit aan slachtoffer indien deze diens slachtofferschap aannemelijk kan maken;</li> <li>5) Het slachtoffer moet zelf kunnen aangeven of hij/zij wil weten of de schade daadwerkelijk op de dader is verhaald (sommigen willen dat namelijk juist wel weten (genoegdoening) anderen juist weer niet omdat zij niet via materiële dingen aangeschaft met geld van de dader aan deze persoon herinnerd wensen te blijven)</li> </ol>
27 Daders van mishandeling krijgen slechts paar uur dienstverlening als straf	X99	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Slachtoffer moet indien deze dat wenst uitleg kunnen krijgen over overwegingen m.b.t. straftoemeting door justitie;</li> <li>2) SOH moet kunnen worden ingezet om gesprek met justitie hierover op gang te brengen</li> </ol>
28 Slachtoffer blijft met groot deel schade zitten; en krijgt zelfs deurwaarder op bezoek	X99	Zie aanbevelingen bij 26
29 Minderjarige dader (ernstige mishandeling) slechts veroordeeld tot 20 uur dienstverlening. Zaak is niet eens voor geweest bij rechter	X99	Zie aanbevelingen bij 27



## Civiel Recht

- |    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 30 | Civiele procedure voor schadevergoeding is langdurige kwestie  | X5 | Duur van civiele procedure zou moeten kunnen worden terug gebracht; civiele procedure is nu teveel een papieren gebeuren; indien in een civiele procedure tot een zitting zou kunnen worden gekomen dan zou een zaak veel sneller kunnen worden afgehandeld; er moet voor slachtoffers van te voren meer duidelijkheid zijn over het mogelijke verloop van een civiele procedure |
| 31 | Advocaat van verdediging zegt tegen het slachtoffer van mishandeling: je bent militair, je moet er maar tegen kunnen; het huidige trauma heeft u feitelijk al eerder opgelopen en is niet zozeer het gevolg van het misdrijf | B4 | -  |

## Verzekeringswezen

- |    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 32 | Uitbetaling schade door ziekenfonds pas na veroordeling dader       | E2  | Tijdige uitbetaling/voorschot verzekeraars moet eenvoudig te verkrijgen zijn, bijvoorbeeld via een landelijk in te stellen fonds |
| 33 | Geen voorschot op schade door ziekenfonds                           | B99 | Zie aanbeveling bij 32   |
| 34 | Aanvankelijke weigering ziekenfonds om schade te betalen            | E8  | -  |
| 35 | Declaratie kosten (vervoer) bij ziektekostenverzekeraar heel lastig | B10 | 1) Bemiddelende instantie;<br>2) Coulantie bij uitkerende instantie;<br>3) Voorziening omzeilt slachtoffer bij declaraties       |

## Arbeidssector incl. sociale verzekeringen

- |    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 36 | Een contract voor onbepaalde tijd dat de respondent was toegezegd door de werkgever is ingetrokken toen de respondent in de ziektewet zat a.g.v. het misdrijf | B8  | -  |
| 37 | Desinteresse/onbegrip werkgever voor slachtoffer.   | X4  | -  |
| 38 | GAK/Bedrijfsvereniging pasief in reïntegratieproces van geïnvalideerd slachtoffer.  | B10 |  |
| 39 | WVG-aanvraag voor aanpassingen in huis langdurige kwestie.  | X5  | Ondersteuning door middel van servicepunt. |
| 40 | Gemeente laat bij VWG-aanvraag niets van zich horen.  | B6  | -  |

## Medische sector

- |   |     |   |
|---|-----|---|
| 41 Slechte opvang en zedenslachtoffer op eerstehulp ziekenhuis  | A99 | 1) Zorgvuldige bejegening op eerste hulp bij zedenslachtoffers is gewenst/ deskundigheidsbevordering??;<br>2) Aan slachtoffer moet informatie worden gegeven over de gang van zaken;<br>3) Er moet een opvangprotocol komen |
| 42 Verlies bewijsmateriaal zedenmisdrijf door weigering behandeling gynaecoloog                                   | B10 | Samenwerking tussen medische sector en politie heeft verbetering  |
| 43 Weigering HIV-test bij slachtoffer door gynaecoloog in ziekenhuis  | B10 | In protocol moet worden opgenomen bij zedenzaak: standaard aanbieden HIV-test   |
| 44 Huisarts geen actieve belangstelling voor slachtoffer  | B99 | 1) Huisarts/basisarts moet deskundig zijn ten aanzien van gevolgen van slachtofferschap bij een misdrijf;<br>2) Huisarts moet betrokken zijn bij diens patienten  |
| 45 Zedenslachtoffer: huisarts ontkent probleem en wil medisch onderzoek niet versnellen                           | B10 | -   |
| 46 Klacht ingediend bij ziekenhuis, weliswaar geholpen door ombudsman, partijdige bejegening ombudsman ziekenhuis | F8  | Ombudsfunctionaris ziekenhuis zou onafhankelijk moeten zijn; waarborg hiervoor?   |

## Psychosociale hulpverlening

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 47 Lange wachttijd voor intakegesprek (1 maand)  | A5  | 1) Binnen de hulpverlening moeten wellicht andere prioriteiten worden gesteld en moeten hulpvragen van slachtoffers van ernstige misdrijven meer aandacht krijgen;<br>2) Het slachtoffer moet worden geïnformeerd over de procedure, zodat deze duidelijk is;<br>3) Afspraken vanuit de instelling moeten worden nagekomen;<br>4) Slachtoffers van ernstige misdrijven moeten in ieder geval een eerste (paar) gesprek(ken) kunnen krijgen bij een hulpverleningsinstelling |
| 48 Lange wachttijd voor behandeling (3/4 jaar)   | B5  | Zie aanbevelingen bij 47  |
| 49 Lange wachttijden   | X5  | Zie aanbevelingen bij 47  |
| 50 Buiten het Riagg is geen betaalbare hulp te krijgen   | B7  | Ook slachtoffers die via het ziekenfonds zijn verzekerd, moeten keuzevrijheid met betrekking tot de hulpverleningsinstantie; dat kan indien het vergoedingensysteem ook betrekking zou hebben op vrijgevestigde hulpverlening   |
| 51 Persoon had vrijgevestigde hulp gewild, maar dat wordt niet vergoed   | B12 | Zie aanbevelingen bij 50  |
| 52 Respondent niet tevreden met kinderpsycholoog: kind heeft 1 sessie gehad waarin het een tekening mocht maken; respondent heeft dit als doodoener ervaren; | B99 | Slachtoffers (of ouders van jonge slachtoffers), ook die in het ziekenfonds, zouden recht moeten hebben op een second opinion.  |

## **4.B De vrijwilliger-getuigenissen**

Inleiding, strafrecht (politie, Openbaar Ministerie, rechterlijke macht, algemeen), civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector, psychosociale hulpverlening

### **Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het panel dat in twee sessies is gehouden met vrijwilligers van Buro's Slachtofferhulp. Voor een panel met vrijwilligers is gekozen omdat bleek dat de responsie van slachtoffers via tussenkomst door de Buro's Slachtofferhulp in omvang beperkt was. Omdat vrijwilligers van de Buro's vrij dicht bij de belevingswereld van slachtoffers staan is hen gevraagd in het panel zoveel mogelijk te denken uit het perspectief van de slachtoffers.

In totaal hebben 12 vrijwilligers aan de eerste sessie van het panel deelgenomen. Het betrof vrijwilligers van in totaal 7 regionale Buro's Slachtofferhulp. In de tweede sessie, waarin is ingegaan op de aanbevelingen naar aanleiding van de knelpunten, waren 6 van de vorige 12 vrijwilligers aanwezig, afkomstig uit 6 regionale Buro's Slachtofferhulp.

Na de eerste sessie is gevraagd of de vrijwilligers individueel aanbevelingen op papier wilden zetten. Hiervoor is gekozen omdat niet alle vrijwilligers de tweede sessie konden bijwonen: 9 van de 12 vrijwilligers hebben dat gedaan.

De individuele aanbevelingen zijn voorgelegd tijdens de tweede sessie om daarover tot een gezamenlijke conclusie te komen.

Als aandachtspunt hierbij is gevraagd te letten op wie zich eventuele aanbevelingen richten (op slachtoffers zelf of op organisaties werkzaam binnen de subsystemen) en voor wie een ondersteuningstaak naar slachtoffers toe is weggelegd (slachtofferhulp of andere externe of interne ondersteuning; bijvoorbeeld slachtofferzorg bij politie en justitie).

Een laatste opmerking is dat net als in het panel met slachtoffers van misdrijven het opviel dat vrijwilligers unaniem waren in hun gevoelens van opluchting dat zij de frustraties van hun werk op tafel konden leggen. In de werkzaamheden van vrijwilligers is daar niet altijd gelegenheid voor. Tegelijk gaven de vrijwilligers aan dat het prettig was dat op een manier te doen die het mogelijk maakt een positieve bijdrage te geven tot verbeteringen en aanbevelingen. Blijkbaar was het panel één van de gelegenheden waarbij zij zich als belangenbehartigers van slachtoffers serieus genomen voelden.

### **Strafrecht**

De knelpunten die vrijwilligers noemden ten aanzien van het strafrecht zijn onderverdeeld naar knelpunten bij politie, openbaar ministerie en rechterlijke macht. Deze drie subsystemen worden hieronder in aparte paragrafen uitgewerkt.

#### **Politie**

##### *Knelpunten*

Drie van de genoemde knelpunten hebben te maken met het informatie-aspect. Zowel ten aanzien van de doorverwijzing als ten aanzien van de algemene (strafrechtelijke) gang van zaken (slachtoffers van

seksueel geweld worden specifiek genoemd) valt er volgens de vrijwilligers het een en ander te verbeteren. Ook de verwijzing van slachtoffers op zich loopt niet vlekkeloos.

Andere knelpunten zijn het opmaken van proces-verbaal van 'gevoelige' conflicten zoals burenruzies, huiselijk geweld en conflicten in de uitgaanssfeer en de algehele bejegening van slachtoffers.

De knelpunten liggen met name in de sfeer van verwijzings- en voorlichtingsprocedures.

### *Aanbevelingen*

Het knelpunt rond het verstrekken van goede informatie en doorverwijzing levert als eerste aanbeveling op dat de gezamenlijke informatie en voorlichting door politie en ondersteuner (= slachtofferhulp) verbeterd moet worden.

De medewerkers slachtofferhulp zien dat als een gezamenlijke taakstelling die alles te maken heeft met het intensiveren van de samenwerking tussen politie en ondersteuner.

In de samenwerking zal specifiek aandacht uit moeten gaan naar helderheid. Steeds moet aan slachtoffers door beide instanties worden aangegeven wat het verschil is tussen slachtofferzorg (door politie te leveren) en slachtofferhulp. Die twee lopen veel te vaak door elkaar, waardoor de toegang voor slachtoffers tot een van beide voorzieningen moeilijk wordt.

Een ander punt dat verheldering behoeft in de samenwerking is het verschil in verwachtingen: de politie verwacht van slachtofferhulp met name een insteek op het emotionele vlak terwijl slachtoffers zelf vaak in eerste instantie met hele praktische vragen komen. Dit is iets dat in de samenwerking goed uitgesproken en uitgewerkt moet worden (algemeen).

Bij de samenwerking tussen slachtofferhulp en de politie moeten vooral de lijnen op de werkvloer nadruk krijgen (niet alleen richting korpsleiding dus) en zal nog meer dan nu al het geval is tot een landelijke werkwijze in de samenwerking en verwijzing gekomen moeten worden (algemeen).

Verder moet er onverkort aandacht geschonken worden aan het punt van de schaderegeling. Het gebeurt wel, maar nog veel te incidenteel. In overleg tussen slachtofferhulp, politie en OM moet dit punt verder ontwikkeld worden: wie doet nu eigenlijk wat en hoe vertel je dat ondubbelzinnig aan het slachtoffer. Het uitgangspunt moet zijn dat het slachtoffer in het hele justitieverhaal wordt gezien als benadeelde!

Tenslotte: het moet gaan om een continue, vanzelfsprekende aandacht door de politie.

De aanbevelingen voor een betere informatievoorziening betreffen alle verbeteringen in de procedures bij politie én ondersteuning. Een en ander moet wel beter, met name bij de politie en in de samenwerking tussen politie en slachtofferhulp.

Bij het bespreken van het opmaken van proces-verbaal in gevallen van burenruzies, uitgaansgeweld en huiselijk geweld geven de vrijwilligers aan deze afzonderlijk te willen behandelen.

Ten aanzien van burenruzies:

Het proces-verbaal moet heel zakelijk en zorgvuldig worden opgemaakt (minder subjectief).

De politie moet in deze zaken altijd de mogelijkheid aanbieden van een bemiddelingsgesprek.

Slachtofferhulp valt in deze zaken buiten de boot; het afhandelen van burenruzies valt niet onder de doelgroep van slachtofferhulp. Wel kan ten aanzien van de ondersteuning (= slachtofferhulp) een rol weggelegd zijn voor het laten afreageren van een slachtoffer. Problemen ontstaan dan vaak als er concrete oplossingen worden verwacht.

Het afhandelen van burenruzies hoort thuis bij de wijkagent, een project buurtbemiddeling (wordt nu mee geëxperimenteerd) of het algemeen maatschappelijk werk (daar hoort het vanouds toch al thuis).

Ook moet men de woningbouwvereniging in deze niet vergeten. Zij moeten weten dat een probleem bestaat en een rol spelen in het zoeken naar een oplossing. De woningbouwvereniging heeft mogelijkheden via een maatschappelijke afdeling of uit de verantwoordelijkheid als verhuurder.

Tenslotte: het zal altijd zo zijn dat een aantal zaken niet op te lossen is.



Als mensen niet tevreden zijn moet de politie wijzen op de mogelijkheid een klacht in te dienen. Het blijft, zo concludeert het panel, in de praktijk moeilijke materie waarbij instellingen ertoe neigen het probleem door te schuiven. In feite is dat nu juist wat niet zou moeten gebeuren. Iemand moet de verantwoordelijkheid nemen.

De rol van het slachtoffer (zelfredzaamheid) kan worden versterkt door:

- altijd een folder over het indienen van klachten ter hand te stellen ('Klachten bij de politie', brochure van het Ministerie van Justitie);
- te staan op objectiviteit en zorgvuldigheid van het proces-verbaal en gewoon te zeggen als het niet klopt en wijziging te eisen;
- zich waar nodig te voorzien van ondersteuning die in dit geval zwaarder zou moeten zijn dan slachtofferhulp. Te denken is aan een goede en sociaal vaardige raadsman.

Sommige Buro's Slachtofferhulp geven wel ondersteuning bij burenruzies, andere niet; een inconsequentie bij slachtofferhulp dus. Slachtofferhulp (SOH) helpt overigens in de regel hooguit in de informele fase (bespreken met betrokken agent); wordt het een formele klacht dan zeggen alle aanwezige vrijwilligers dat daar een taak ligt voor een raadsman. Juridische ondersteuning is andere kwaliteit dan de ondersteuning die slachtofferhulp biedt.

Ten aanzien van uitgaansgeweld:

Dit ligt anders dan geweld bij burenruzies. Soms is er sprake van een keten van reacties van geweld.

De taak van de Buro's Slachtofferhulp (SOH) gaat hier verder dan bij burenruzies.

Overigens vinden de vrijwilligers ook hier bemiddeling tussen 'dader' en 'slachtoffer' geen taak van SOH maar van de politie. Vaak is er echter geen dader te vinden.

Verder gelden dezelfde opmerkingen als hiervóór bij burenruzies.

Ten aanzien van huiselijk geweld:

Bij huiselijk geweld gaat de politie naar de ervaring van SOH zorgvuldiger te werk. Samenwerking in ondersteuning is dan gemakkelijker.

Verder idem als boven.

Bij het knelpunt dat aan *zedenslachtoffers* geen informatie over de consequenties van de rechtsgang wordt gegeven gaat het volgens de vrijwilligers vooral om een consequente afhandeling in de tijd. Het komt soms, maar niet altijd, voor dat de politie een informatiesprek heeft met een slachtoffer van seksueel geweld.

Belangrijk is verder dat het bij de politie zaak is voor specialisten. De belangrijkste aanbeveling gaat ook in die richting.

De verwijzing naar verdere ondersteuning is niet uniform geregeld: vrouwenhulpverlening, FIOM, RIAGG, SOH komen alle voor. Sommige korpsen verwijzen standaard naar SOH; andere verwijzen veel diverser, en weer andere standaard naar het AMW.

In de praktijk blijkt dat hoe dichter SOH bij de politie staat is, hoe meer contact er is, ook inzake vragen rond informatie en voorlichting naar slachtoffers toe en het tackelen van de vraag: 'Moet er wel of geen aangifte gedaan worden?'

De vrijwilligers verwezen bij het knelpunt slechte bejegening en het feit dat het slachtoffer niet serieus wordt genomen naar de aanbevelingen over communicatie en samenwerking in de sfeer van voorlichting en behandeling als eerder genoemd.

Een extra opmerking die over de wijze van ondersteunen wordt gemaakt is dat je in feite slachtoffers weerbaarder wilt maken en wilt bevorderen dat ze bij ontevredenheid over de bejegening het gesprek aangaan met de betreffende politieman of -vrouw. SOH heeft hier een stimulerende en versterkende rol. Dat betekent informatie geven over rechtspositie en voorbeeldbrieven verstrekken om tot zo'n

gesprek te komen. Ondersteuning ligt hier op het bord van SOH, waar nodig versterkt door juridische ondersteuning.

De aanbevelingen van medewerkers slachtofferhulp aangaande slechte informatieverstrekking over wat slachtofferhulp kan doen geven aan dat verbetering in de informatievoorziening bij verwijzing een gezamenlijke onderneming moet zijn van politie en slachtofferhulp. Men kan niet zonder elkaar op dit punt. Verbeterde samenwerking moet vooral op de werkvloer gestalte krijgen; de samenwerking aan de basis moet worden versterkt. Hetzelfde geldt overigens voor verwijzing naar slachtofferhulp binnen 48 uur. Het gaat hier om de eerste opvangfunctie binnen de ondersteuning. Ondersteuning is dan per definitie een taak voor de Buro's Slachtofferhulp. Het knelpunt heeft betrekking op deze eerste opvangfunctie. Een punt dat discussie oproept (zijn wij als vrijwilligers wel in staat dit soort aanbevelingen te geven, omdat ze nogal beleidsmatig zijn: kunnen wij dit beoordelen?) is dat de opleiding op de politiescholen op dit punt versterkt zouden moeten worden aangevuld met aanvullende functie-eisen in de functioneringsgesprekken bij de politie (algemeen).

## Openbaar Ministerie

### *Knelpunten*

Bij het Openbaar Ministerie (OM) zijn de meeste knelpunten te vinden in de sfeer van de behandelingsprocedure van de strafzaak.

Een belangrijk deel heeft te maken met de gang van zaken rond schadevergoeding (regelgeving - oplegging van boetes waardoor het slachtoffer vergoeding van de schade misloopt, het ontbreken van een stok achter de deur bij schadevergoeding én tijdsverloop: bijvoorbeeld het te laat toezenden van voegingsformulier en schadevergoedingsmogelijkheden in een snelrechtprocedure -). Na de invoering van Wet en Richtlijn Terwee is de verwachting dat een en ander beter geregeld is; toch worden de knelpunten nog als structureel aangemerkt.

Andere knelpunten die worden genoemd liggen in de sfeer van de registratie en privacy (advocaat verdachte kan informatie over het slachtoffer kopiëren), en de informatievoorziening (melden van vrijkomen dader aan het slachtoffer).

### *Aanbevelingen*

Het eerste knelpunt betreft het te laat toezenden van het voegingsformulier. Op dit moment is de timing van de verzending een groot punt van zorg. Als aanbeveling wordt aangegeven om zo tijdig te verzenden dat het slachtoffer minimaal twee weken (ondergrens) heeft om te reageren. Het OM zou moeten zorgen om dat via een betere planning mogelijk te maken.

Overigens vinden vrijwilligers unaniem dat het een goede zaak is als de formulieren naar de SO's toegestuurd worden en niet naar een Buro Slachtofferhulp; in uitzonderingsgevallen kan dan door slachtofferhulp in overleg met het slachtoffer worden aangegeven dat verzending via slachtofferhulp loopt.

Ondersteuning bij voeging wordt geleverd door Buro's voor Rechtshulp, advocaten en Buro's Slachtofferhulp. Tussen deze instanties moet duidelijkheid bestaan over samenwerking en verwijzing in deze (juridische) ondersteuning.

Een aantal vrijwilligers wijst erop dat per 1-1-1998 een nieuwe opzet bij de administratieve afhandeling van voegingen en voegingsformulieren van start gaat bij de parketten. Er komen -onder meer Terwee-medewerkers bij de rechtbanken (griffie). Misschien dat dit het knelpunt van te weinig tijd kan ondervangen.

Het OM informeert slachtoffers slecht over het vrijkomen van de dader. Deze informatie over het vrijkomen van de dader moet volgens de deelnemers aan het panel niet via de Buro's Slachtofferhulp bij het slachtoffer terechtkomen. Dat stuit op principiële bezwaren (is geen taak voor slachtofferhulp

maar voor de instanties verantwoordelijk voor de strafrechtelijke afhandeling) maar ook op praktische (als een dader na jaren vrijkomt heeft het slachtoffer geen contact meer met slachtofferhulp). OM en/of politie moeten dit gestructureerd en standaard doen. Vraag bij de vrijwilligers is echter of de politie zelf eigenlijk wel altijd op de hoogte is van het vrijkomen van een dader. Dat zou een vereiste zijn!

Het gaat om een vorm van nazorg: vrijwilligers vinden dat de strafrechtelijke instanties die nazorg (interne ondersteuning, slachtofferzorg) zouden moeten bieden aan het slachtoffer.

Bij kleine vergrijpen worden boetes opgelegd en daardoor is er vaak geen schadevergoeding mogelijk. Regelgeving op dit punt zou moeten worden aangescherpt, zodat schadevergoeding altijd als afweging moet worden meegenomen.

Volgens vrijwilligers is dit typisch een punt waarbij de actie vanuit de strafrechtelijke instellingen en interne ondersteuning (slachtofferzorg) moet komen. Daar heeft een Buro Slachtofferhulp niks mee te maken.

Het volgende punt heeft betrekking op het feit dat er geen consequente strafrechtelijke stok achter de deur is bij het innen van schadevergoeding.

Vrijwilligers vinden dat de landelijke regelgeving op dit punt aangescherpt moet worden, zodat dit minder afhankelijk wordt van de behandelende justitiefunctionaris.

Ondersteuning van slachtoffers bij de nakoming van schadevergoedingen is volgens de vrijwilligers overigens een intern-strafrechtelijke aangelegenheid (slachtofferzorg) en niet iets voor de Buro's Slachtofferhulp.

De advocaat verdachte kan informatie over slachtoffers kopiëren.

De vertrouwelijkheid van stukken over het slachtoffer in het strafdossier moet in incidentele gevallen gehonoreerd kunnen worden.

Het verdient volgens vrijwilligers verder aanbeveling om net als bij verdachten bepaalde stukken als vertrouwelijk aan te merken die de advocaat van de verdachte slechts mag inzien en niet kopiëren.

Als het slachtoffer ondersteuning wenst gaat het ook hier om interne ondersteuning (slachtofferzorg).

Een volgend knelpunt is het nadelige karakter van snelrecht voor slachtoffers: men heeft geen tijd schade vast te stellen.

De justitiefunctionaris die kan voorzien dat iets een snelrechtzaak wordt dient slachtoffers hierin ondersteuning te bieden en het slachtofferbelang in het oog te houden. De afdeling slachtofferzorg zou daarvoor de aangewezen afdeling moeten zijn. Ondersteuning en verbetering (standaardafweging van het slachtofferbelang bij bepalen van snelrechtzaken) moet daarvandaan komen.

Ten aanzien van het knelpunt van onzekerheid over aanwezigheid verdachte tijdens zitting kan volgens de vrijwilligers weer een aanbeveling richting de ondersteuningstaak voor slachtofferhulp worden geformuleerd: over die onzekerheid moet je slachtoffers gewoon goed en zorgvuldig informeren. Er is niemand behalve de verdachte die hier overigens verder iets aan kan doen.

## Rechterlijke macht

### *Knelpunten*

Ook over de rechterlijke macht hebben vrijwilligers enkele knelpunten naar voren gebracht. Drie van de vijf knelpunten hebben te maken met de gang van zaken rond schadevergoeding, waarbij de aspecten inconsistentie (bij het opleggen van een schadevergoedingsmaatregel en het willekeurig vaststellen van immateriële schade) en regelgeving (doorverwijzen naar civiel recht ondanks matiging schade door slachtoffer) spelen.



De twee andere knelpunten betreffen het ontbreken van een standaard recht op bijstand tijdens het verhoor door de rechter-commissaris (regeling ontbreekt) en het hardop voorlezen van de personalia van het slachtoffer (privacy).

### *Aanbevelingen*

Het recht op bijstand bij de rechter-commissaris is niet standaard. Het vrijwilligerspanel is van mening dat zij een soortgelijke positie zouden moeten krijgen als een advocaat en standaard toegelaten zouden moeten kunnen worden.

Daarbij wordt door hen echter meteen aangetekend dat het slachtoffer in het strafrecht geen procespartij is. Het strafrecht is primair een zaak tussen het openbaar ministerie als vertegenwoordiger van de staat en de dader.

Dat levert in het gesprek een dilemma op waarna de vrijwilligers de volgende gelaagde aanbeveling formuleren. Er moet een standaardregeling komen voor de aanwezigheid van een medewerker slachtofferhulp (zonder dat deze het woord voert) bij het verhoor van het slachtoffer.

Is zo'n standaardregeling niet haalbaar, bijvoorbeeld om redenen van waarheidsvinding (slachtoffer zal onder ede misschien wat anders verklaren dan aan slachtofferhulp is verteld; aanwezigheid medewerker belemmert slachtoffer dan in haar/zijn verklaring), dan zou de rechter-commissaris daarover informatie moeten geven in de oproepbrief of een bijlage. Dan zou dat op individueel niveau verder uitgelegd kunnen worden, ook als de rechter-commissaris dat weigert. Het slachtoffer heeft in elk geval recht op goede uitleg (de bejegening door de rechter-commissaris kan op dat punt verbeterd worden).

Vrijwilligers wijzen er verder op dat de bejegening door de rechter-commissaris slachtoffervriendelijker zou kunnen zijn door duidelijke informatie te verstrekken over hoe het onderzoek eruit ziet en te letten op hun woordkeus.

De rechter is niet consequent in het opleggen van een schadevergoedingsmaatregel en de immateriële schade wordt zeer willekeurig vastgesteld. Ook hier geven de vrijwilligers aan dat de oplossing zou moeten worden gezocht in meer richtlijnen en regelgeving.

Verder zou meer overleg tussen rechters onderling op dit punt voor consistentie moeten zorgen.

Opvallend is volgens de vrijwilligers dat er een verschil te constateren valt tussen oudere en jongere rechters. Ook hier zou door onderling overleg verbetering mogelijk moeten zijn.

Het feit dat ingewikkelde zaken worden doorverwezen naar het civiel recht ondanks de wens van het slachtoffer met minder genoegen te nemen leidt tot de aanbeveling dat naast aangescherpte regelgeving de Terwee-functionarissen bij het openbaar ministerie, en binnenkort ook aangesteld bij de rechtbank, dit oppakken. Eenduidigheid en afstemming horen gewoon bij de Terwee-taken (waar kan een slachtoffer nu wel en niet van op aan?).

Ondersteuning mag het slachtoffer verwachten van de functionarissen die daartoe binnen het strafrecht zijn aangesteld (slachtofferzorg); slachtofferhulp kan dan zorgen voor directe begeleiding van het slachtoffer.

In strafrechtelijke stukken staan adresgegevens van het slachtoffer waardoor het mogelijk is dat deze hardop worden voorgelezen op de zitting. De vrijwilligers vinden dat het tot de standaard slachtofferzorg van de politie behoort slachtoffers hierop te wijzen.

Ook zou de politie daarop vooruit kunnen en moeten lopen door het verhaal van het slachtoffer waar mogelijk te anonimiseren indien anonimisering in het belang van het slachtoffer is.

Ondersteuning op dit punt moet intern geregeld worden en is dus een taak voor slachtofferzorg.



## Algemeen

### *Knelpunten*

Tenslotte worden vier knelpunten gesignaleerd bij het Schadefonds Geweldsmisdrijven: de lange afhandelingsduur, de voor ouderen bezwaarlijke inkomenstoets en het regelmatig afgewezen worden van aanvragen van slachtoffers van structureel seksueel geweld zonder duidelijke geweldscomponent. Ook het feit dat slachtoffers in de rechtbank lang niet altijd in een aparte ruimte kunnen wachten op de zitting wordt als knelpunt aangemerkt.

De lange behandelingsduur van een zaak in het strafrecht, gecombineerd met de lange duur van de afhandeling in het civiele recht maken dat slachtoffers indien zij juridische stappen willen ondernemen, in bijna alle gevallen een lange adem moeten hebben.

De uitspraken geven aan dat het zwaartepunt van kritiek zich in de behandelingsprocedure bevindt. Bezien naar aspecten ligt het accent met betrekking tot knelpunten voor slachtoffers bij regelgeving, duur en informatievoorziening.

Ten slotte: verreweg de meeste knelpunten liggen binnen het strafrecht. Dat kan natuurlijk worden verklaard uit het feit dat de slachtoffers daar ook meer mee te maken krijgen dan met andere subsystemen. Maar daardoor zijn de verwachtingen ten aanzien van het strafrecht bij slachtoffers ook hoog gespannen.

### *Aanbevelingen*

Als algemeen knelpunt werd aangemerkt dat het strafrecht zo lang duurt. Volgens de vrijwilligers zou met name op dit punt een verbetering van de zelfredzaamheid van slachtoffers te realiseren zijn als er veel meer en veel vaker nadruk zou worden gelegd op het snel regelen van de schade tenzij er sprake is van letsel (te ingewikkeld). De huidige praktijk van schaderegelingen functioneert wat dat betreft niet goed genoeg. Er is meer aandacht nodig bij strafrechtelijke instanties voor het belang van een schaderegeling voor slachtoffers.

Ondersteuning kan hier door een Bureau Slachtofferhulp gegeven worden, zij het in beperkte mate, namelijk bij eenvoudige zaken. Een onvolkomenheid of onduidelijkheid op dit punt in de uitvoering van de Richtlijn Terwee is volgens de vrijwilligers dat de politie die zaken al doet als ze handelen volgens de Richtlijn.

Verder behoort een medewerker slachtofferhulp informatie te geven over goede rechtsbijstand (Bureau voor Rechtshulp, advocatuur), als een schaderegeling te ingewikkeld is voor politie of slachtofferhulp.

Het feit dat er geen gescheiden wachtruimten voor daders en slachtoffers zijn is een knelpunt van praktische aard. Hoewel het probleem volgens de vrijwilligers van structurele aard is blijken zij in de praktijk in de ondersteuning van slachtoffers vindingrijk: zij overleggen soms van tevoren met de griffie over de mogelijkheid in een aparte ruimte te wachten op de zitting; vaak blijkt er dan wel ergens een ruimte of kamer te regelen te zijn.

Ook wordt aangehikt tegen de lange duur van afhandeling door het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Vrijwilligers vinden dat het in het belang van de slachtoffers is de afhandelingsduur aanzienlijk te bekorten.

Verder constateren zij in aanvulling op de lange afhandelingsduur door het Schadefonds Geweldsmisdrijven dat het Schadefonds de laatste tijd opvallend veel aanvragen van slachtoffers van seksueel geweld na een langdurige behandeling afwijst. Dan gaat het met name om die zaken waarin het seksueel geweld gedurende een langere periode heeft plaatsgevonden en waar geen duidelijke geweldscomponent aan te wijzen is. Men vindt het signaal zo belangrijk dat het tijdens de tweede sessie alsnog gemeld werd. Het Schadefonds zou op dit punt wat ruimer moeten beoordelen volgens de

vrijwilligers.

Een ander, heel specifiek knelpunt is dat ouderen hun inkomensgegevens soms niet willen opgeven en daardoor van een aanvraag bij het Schadefonds afzien.

De schriftelijke aanbevelingen richten zich op de ondersteuning; aanvullende opmerkingen zijn hierover niet gemaakt. Het gaat er toch om te proberen vertrouwen te winnen en uitleg te geven over het waarom van het verstrekken van de inkomensgegevens.

Verder blijft er altijd de mogelijkheid om immateriële schadevergoeding te vragen, waar voor geen inkomenstoets voor nodig is.

## **Civiel recht**

### *Knelpunten*

Het civiele recht is een voor slachtoffers van misdrijven ontoegankelijk en onontgonnen terrein. Dat blijkt uit de literatuur op dit punt en ook uit de ervaringen van vrijwilligers bij de Buro's Slachtofferhulp. De knelpunten die het panel noemt, hebben alle te maken met de toegankelijkheid van het civiel recht. Het toegangsprobleem is deels te verklaren uit de duur, de ingewikkeldheid en de kosten die gepaard gaan met een civielrechtelijke procedure.

Opvallend is echter ook volgens de vrijwilligers dat er voor slachtoffers van misdrijven weinig zicht bestaat op (de kwaliteit van) de beroepsgroep van de advocatuur die het civiele recht voor slachtoffers van misdrijven kan (en zou moeten) ontsluiten.

Er is onvoldoende informatie voor slachtoffers over de kwaliteit van de advocatuur, waardoor de stap naar de advocatuur een grote kan zijn.

Dat kan waarschijnlijk niet los gezien worden van de eerder genoemde aspecten die slachtoffers op zijn zachtst gezegd toch al niet motiveren de stap naar een advocaat te zetten.

Alle genoemde knelpunten op het terrein van het civiele recht worden door vrijwilligers aangemerkt als structureel: het civiele recht als grote onbekende voor slachtoffers van misdrijven.

Eerder werd bij de bespreking van knelpunten in het strafrecht al gesignaleerd dat ook in het strafrecht de lange afhandelingsduur volgens vrijwilligers voor slachtoffers problematisch is. Als het slachtoffer al juridische stappen zou willen zetten dan zal hij of zij er al snel van doordrongen moeten zijn dat dat niet met zevenmijlslarzen kan gebeuren.

### *Aanbevelingen*

De schriftelijke aanbevelingen geven tijdens de panelsessie geen aanleiding tot nadere beschouwingen. Volstaan wordt met een weergave van de aanbevelingen en een enkele algemene opmerking.

Allereerst moet er een duidelijker informatievoorziening komen over de mogelijkheden en onmogelijkheden van het civiele recht.

Een andere aanbeveling is dat de mogelijkheden voor schadevergoeding in het strafrecht verruimd zou moeten worden.

Een aantal aanbevelingen raakt de ondersteuning door de advocatuur in het civiele recht (de kosten voor advocatuur):

- de eigen bijdrage voor slachtoffers aanzienlijk verlagen;
- het gratis 'toga-advies' (eerste adviesgesprek) van advocaten verder promoten;
- Buro's voor rechtshulp en/of overkoepelend orgaan van advocaten moeten zicht bieden op kwaliteiten en specialisaties advocatuur;
- er moet een kwaliteitskeurmerk voor advocaten komen.

Wat tijdens de panelsessie werd onderstreept is dat de ondersteuning in het civiele recht altijd moet komen van de advocatuur, van wie als enige aanbieder een toegankelijke, betaalbare en gekwalificeerde rechtshulp verwacht mag worden. Het beleid rond het eigen-bijdragensysteem van de landelijke overheid is daarvoor van doorslaggevende betekenis.

Verder vragen de medewerkers zich af of er nou echt geen snellere, eenvoudiger procedure mogelijk is in het civiele recht.

Opvallend is dat vrijwilligers relatief weinig zien in en/of te melden hebben over het civiele recht. Bij hen is de aandacht voor de (verbetering van de) mogelijkheden van het civiele recht en de civielrechtelijke procedure minimaal aanwezig is. Zij focussen veel meer op de (verbetering van de) mogelijkheden voor schadevergoeding via het strafrecht.

## Verzekeringswezen

### *Knelpunten*

Slachtoffers van misdrijven met personenschade kunnen te maken krijgen met eigen (particuliere) verzekeraars. Zo is bijvoorbeeld soms in de polisvoorwaarden van de inboedelverzekering opgenomen dat diefstal met geweld op straat meegedeckt is. Ook kan een arbeidsongeschiktheidsverzekering of ongevallenverzekering zijn afgesloten waar een beroep op wordt gedaan.

Uit de uitspraken van vrijwilligers zijn zes knelpunten te ontwaren. De knelpunten hebben voornamelijk te maken met de toegankelijkheid en de informatievoorziening aan slachtoffers. Het knelpunt van de toegankelijkheid van de verzekeringen kan volgens vrijwilligers onder meer worden verklaard uit het feit dat er nogal wat verschillende verzekeringen met verschillende dekkingsvoorwaarden zijn, maar ook uit het feit dat polisvoorwaarden (die toegang moeten bieden) in formele taal gesteld zijn. Niet alle slachtoffers zijn even goed in het lezen daarvan. Het feit dat de mogelijkheid om contact te hebben met een verzekeringsgeneeskundige wordt genoemd als knelpunt zou kunnen wijzen op onduidelijkheid ten aanzien van de mogelijkheden voor service en ondersteuning van slachtoffers door de verzekeringswereld zelf.

Andere knelpunten die genoemd werden raken aan de haperende interne communicatie en samenwerking tussen verschillende afdelingen/verzekeringen binnen een maatschappij en het feit dat wordt gesignaleerd dat verzekeringen niet tot uitkering van voorschotten komen maar wachten met uitkering totdat de strafzaak achter de rug is.

Overigens zijn alle knelpunten als incidenteel van aard aangemerkt en gaf ongeveer de helft van het panel bij de knelpunten aan daar niet echt zicht op te hebben. Mogelijk is er ook een knelpunt in de informatievoorziening tussen de verzekeringswereld en de Buro's Slachtofferhulp.

### *Aanbevelingen*

De aanbevelingen kunnen in twee groepen worden geclusterd. Het eerste cluster is:

- slechte toegankelijkheid verzekeringswezen;
- onduidelijkheid met betrekking tot de dekking, en
- de slechte samenwerking tussen verzekeringen/afdelingen.

Volgens vrijwilligers is hier belangrijke winst te halen door de informatie (inclusief de polissen!) van verzekeringsmaatschappijen voor slachtoffers richter en duidelijker te maken.

Omdat dit ook verschillend is per maatschappij zou een uniforme behandeling (standaardisering) van schadegevallen de duidelijkheid meer nog kunnen vergroten en samenwerking verbeteren. Tenslotte



gaat het ook hier om verbetering van de bejegening door mensen werkzaam binnen de sector. Scholing binnen de sector kan volgens vrijwilligers de slachtoffervriendelijkheid van verzekeraars en de toegankelijkheid voor slachtoffers vergroten (algemeen). Ondersteuning dient hier vanuit de tussenpersoon of contactpersoon bij de verzekeringsmaatschappij (interne ondersteuning/dienstverlening) gegeven te worden. Deze tussenpersoon of contactpersoon zou ook intern voor een soepele communicatie moeten zorgen. De ondersteunende rol van een medewerker slachtofferhulp is meer secundair: het volgen van de zaak, eventueel signaleren en waar nodig adviseren van het slachtoffer. De verzekeringsmaatschappijen zijn voor zover vrijwilligers dat kunnen nagaan wel attent op dit punt en zijn bezig met deze zaken.

Het tweede cluster is:

- geen voorschotten in nog niet afgehandelde strafzaken (letsel), en
- het onbekend zijn van de mogelijkheid om contact te hebben met verzekeringsgeneeskundige (over letsel).

Vrijwilligers verwijzen naar de aanbeveling over verbetering van de informatie van verzekeringen over de (on-)mogelijkheden van verzekeraars in dit soort zaken.

Een andere mogelijkheid die wordt geopperd is om de (voorlopige) afhandeling van de schade standaard op papier te stellen of in een overeenkomst vast te leggen, zodat wellicht eerder tot verstrekking van een voorschot kan worden overgegaan.

## **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

### *Knelpunten*

Binnen de arbeidssector weten de vrijwilligers in het panel één knelpunt voor slachtoffers van misdrijven aan te geven. Het betreft de wijze waarop er op werk of school van het slachtoffer wordt omgegaan met het slachtoffer. Het is een knelpunt dat niet direct met een procedure te maken heeft. Volgens de vrijwilligers ligt dat voor slachtoffers heel gevoelig. Want het vinden van begrip en medeleven in de eigen omgeving, waartoe werk en school behoren, is voor slachtoffers van misdrijven van groot belang om het normale leven te hervinden.

Ook op het gebied van de sociale verzekeringen worden door vrijwilligers niet veel knelpunten genoemd. Gegeven het aantal vrijwilligers dat hier aangeeft niet goed te weten of er knelpunten zijn en hoe vaak de door anderen genoemde knelpunten zich voordoen mag worden aangenomen dat zij weinig te maken krijgen met sociale verzekeringsvragen in hun ondersteuning van slachtoffers van misdrijven.

De beide knelpunten hebben te maken met de specifieke doelgroep van minder valide slachtoffers die voor hun dagelijks functioneren een beroep moeten doen op sociale verzekeringen ter dekking van de voorziening. Niet alle slachtoffers weten de weg te vinden naar de instantie waar ze met hun aanvraag terecht moeten en het is hun niet altijd duidelijk hoe zij de voorziening vergoed moeten krijgen. Het zijn twee knelpunten die te maken hebben met het niet voorhanden zijn van duidelijke informatie bij de meldingsprocedure. Want, zoals de vrijwilligers die dit knelpunt signaleren het verwoorden, het slachtoffer wordt dan van het kastje naar de muur gestuurd.

### *Aanbevelingen*

Er bestaat onbegrip voor de problemen van slachtoffers op school en werk. Vrijwilligers vinden dat hier een belangrijke rol is weggelegd voor ondersteuning vanuit ARBO-diensten, bedrijfsmaatschappelijk werk of vertrouwenspersonen op scholen. Het gaat om ondersteuning voor slachtoffers die in de school- of werksituatie last ondervinden van de negatieve of passieve reacties; ondersteuning moet dan intern en dichtbij school en werk georganiseerd zijn. Slachtofferhulp heeft



hierin een secundaire functie (extern begeleiden, volgen, signaleren en eventueel afstemmen) naar het slachtoffer toe. Wel wordt aangegeven dat ook hier de organisatie of geleding binnen de organisatie die de ondersteuning biedt gevoelig moet zijn voor signalen van slachtoffers.

De instantie waar en de wijze waarop invalide slachtoffers voorzieningen vergoed kunnen krijgen zijn knelpunten binnen de sociale verzekeringen. Vrijwilligers vinden dat het voorlichtingsmateriaal verbeterd moet worden: dat moet leesbaar en inzichtelijk zijn.

De tweede aanbeveling gaat over duidelijke verwijzing en samenwerking bij melding binnen de verschillende organisaties in de uitvoering van de sociale verzekeringen: de diverse loketten moeten goed op de hoogte zijn van elkaars praktische (on-)mogelijkheden, zodat het slachtoffer nooit meer dan één keer aan het verkeerde loket hoeft te staan als blijkt dat de schriftelijke informatie toch niet helemaal duidelijk is geweest.

De derde aanbeveling gaat over de ondersteuning: die moet intern georganiseerd worden. Het actief wegwijs maken van slachtoffers (overigens zal dat ook voor andere cliënten gelden) zou tot de serviceverlening van de sociale verzekeraars moeten horen.

## **Medische sector**

### *Knelpunten*

Drie van de vier knelpunten die vrijwilligers noemen met betrekking tot de medische sector hebben te maken met de eerste opvang/nazorg door de huisarts en eerste hulpafdeling in ziekenhuizen.

De knelpunten zijn nogal divers van aard. Over huisartsen wordt opgemerkt dat het bij huisartsen soms ontbreekt aan deskundigheid om adequaat en deskundig om te gaan met mensen die een traumatische gebeurtenis als een misdrijf hebben meegemaakt.

Ook zouden huisartsen niet aan actieve nazorg doen na een dergelijke traumatische gebeurtenis (hier geeft een aantal vrijwilligers aan dat het in hun beleving om een meer structureel probleem gaat).

De boodschap die hierin besloten kan liggen is dat van de huisarts als eerste aanspreekpunt een actieve en deskundige attitude ten opzichte van slachtoffers van misdrijven mag worden verwacht.

Overigens neemt dat het probleem niet weg dat slachtoffers niet altijd bij hun huisarts als slachtoffer bekend zijn.

Als structureel probleem wordt wel aangemerkt dat een slachtoffer bij de eerste medische opvang in het ziekenhuis slecht wordt geïnformeerd over de mogelijkheden voor verdere nazorg en vervolgoopvang. De informatiemogelijkheden van de betreffende afdelingen laat volgens vrijwilligers te wensen over.

Hoewel een slachtoffer recht heeft op de eigen medische gegevens blijkt bij opvraag van deze gegevens voor de verdere rechtsgang van het slachtoffer door specialisten nogal eens moeilijk te worden gedaan over afgifte daarvan. Ook wat dit punt betreft is een aantal vrijwilligers van mening dat het hier voor slachtoffers om een structureel knelpunt gaat!

### *Aanbevelingen*

Het loskrijgen van informatie bij specialisten door slachtoffers ten behoeve van een rechtszaak is zeer lastig.

Vrijwilligers doen een aantal aanbevelingen die het inzage- en afgifte recht van medische stukken zouden moeten verbeteren. De wettelijke regelingen op dit punt worden blijkbaar niet consequent toegepast.

Allereerst wordt gezegd dat slachtoffers daar zonder meer recht op moeten hebben, zeker na

schriftelijke toestemming.

Verder wordt aangegeven dat tijdsdruk bij de specialist soms belemmerend werkt. Daarom zou het slachtoffer er - intern - op geattendeerd moeten worden vol te houden en te zeggen dat de informatie voor haar/hem van groot belang is.

Twee knelpunten betreffen de rol van de huisarts: huisartsen zijn niet deskundig in opvang na traumatische gebeurtenis en zij doen niet aan actieve nazorg bij trauma.

Er wordt allereerst gemeld dat vrijwilligers van mening zijn dat dit van huisarts tot huisarts verschilt. Voldoende kennis over de opvang na een traumatische gebeurtenis hoort daarmee naar de ervaring van de vrijwilligers niet tot het standaard pakket deskundigheden waarover een huisarts geacht mag worden te beschikken.

De aanbeveling die zij doen is om lokale en regionale huisartsenverenigingen in te schakelen om de deskundigheid op een hoger peil te brengen.

Ook wordt opgemerkt dat voor slachtoffers de toegang tot de medische sector vergroot wordt door melding te doen van het feit dat men slachtoffer is geworden van een misdrijf aan bij de huisarts (algemeen).

Het panel wijst erop dat ook hier de ondersteuning met name intern in de medische sector beter geregeld moet worden.

Die interne ondersteuning worden versterkt door voorlichting en informatieverschaffing door slachtofferhulp.

Vrijwilligers zijn overigens van mening (en hebben soms de ervaring) dat je met voorlichting en informatie moeilijk binnenkomt in de medische wereld. Het is een nogal gesloten wereld.

## **Psychosociale hulpverlening**

### *Knelpunten*

De knelpunten die worden genoemd in de psychosociale hulpverlening kunnen worden verdeeld in knelpunten met betrekking tot de melding, de behandeling, de voorlichting én de doorverwijzing.

Knelpunten in de meldingsprocedures betreffen het feit dat RIAGG's alleen verwijzingen van huisartsen accepteren en niet van een medewerker van een Bureau Slachtofferhulp (verschilt per RIAGG, dus incidenteel wel). De wachtlijsten voor intake (evenals die van behandeling) bij het RIAGG en ook bij de Thuiszorg zijn te lang (aangemerkt als structureel knelpunt) en de 24-uurs bereikbaarheid van de psychosociale hulpverlening is soms niet goed geregeld.

Een aantal vrijwilligers merkt in dit verband op dat de Bureau's Slachtofferhulp juist vaak zelf (noodgedwongen of niet) het gat vullen dat ontstaat door wachtlijsten en niet optimale 24-uurs bereikbaarheid van de hulpverlening.

Knelpunten in de behandeling naast de hiervoor genoemde zijn niet gespecificeerd, namelijk het feit dat het Algemeen Maatschappelijk Werk soms zowel het slachtoffer als de familie van de dader als cliënt heeft (niet alle vrijwilligers kennen dit knelpunt) en het feit dat de vrij gevestigde psychosociale hulpverlening voor slachtoffers met lagere inkomens niet toegankelijk is (in verband met de daarvoor te maken kosten).

Knelpunten in de voorlichting en doorverwijzing zijn dat slachtoffers (structureel) te hoge verwachtingen hebben als zij aankloppen bij een Bureau Slachtofferhulp (heeft te maken met de informatiecomponent in de voorlichtingsprocedures, overigens niet alleen binnen de psychosociale hulpverlening maar ook binnen het strafrecht) of soms helemaal niet weten dat er eerste opvang mogelijk is. Daaruit kan worden opgemaakt dat vraag en aanbod niet altijd optimaal op elkaar zijn

afgestemd.

Het derde knelpunt kan worden afgeleid uit de constatering dat slachtofferhulp het vuilnisvat van het systeem is of dreigt te worden. Het systeem van verwijzingen werkt niet optimaal. Dat heeft deels weer te maken hebben met voorlichting, door de verwijzers.

De vrijwilligers in het panel geven aan dat deze knelpunten voor slachtoffers ook knelpunten opleveren voor de Buro's Slachtofferhulp omdat daarmee een grote (werk)druk op de Buro's Slachtofferhulp komt te staan.

Een laatste knelpunt dat werd genoemd is het feit dat sommige slachtoffers zich overal afgewezen voelen. Een soort restcategorie die door alle vrijwilligers herkend wordt. Aan de ene kant zou er wat voor te zeggen zijn dat dit met deskundigheid in het systeem van psychosociale hulpverlening te maken heeft, maar de meeste vrijwilligers geven toch aan dat dit vaak ook oorzaken heeft die liggen bij de cliënt.

### *Aanbevelingen*

Een opmerking was dat de 24-uurs bereikbaarheid slecht is geregeld. Het gaat hier, zo blijkt uit de schriftelijke aanbevelingen, met name om het feit dat het in een aantal hulpverleningsregio's nog ontbreekt aan goede onderlinge afspraken en een uniforme en duidelijke werkwijze. Er zijn verschillen per regio; het zou de positie van (en de mogelijkheden voor) slachtoffers ten goede komen als er een eenduidige regeling en werkwijze geïntroduceerd zou worden, wat niet wil zeggen dat alles praktisch gezien overal ook hetzelfde georganiseerd moet zijn (algemeen).

Tijdens het panel werden deze aanbevelingen bevestigd.

Het feit dat het RIAGG alleen verwijzingen accepteert van een huisarts leidt tot de aanbeveling dat er samenwerkingsafspraken nodig zijn bij verwijzing en melding.

Misschien moet het in de vorm van een landelijke regeling gebeuren.

Een andere aanbeveling is om bij het RIAGG's iemand een taakaccent 'verwijzingen' te geven, zodat intern gewaakt kan worden over de kwaliteit van de (externe) verwijzingen: dus kennis ter beschikking stellen om de toegang voor slachtoffers te verbeteren.

Knelpunten rond de wachtlijstproblematiek en de toegang tot de vrij gevestigde hulpverlening leiden tot de vraag tot wat voor aanbevelingen dit zou moeten leiden; dat is vrijwilligers niet geheel duidelijk. Wel vinden zij dat de oplossing moet komen vanuit de organisatie zelf of de overheid als financier.

Voor slachtofferhulp als verwijzer en voor slachtoffers zelf levert een wachtlijst een grote frustratie op, zeker als een verwijzing met enige moeite tot stand gekomen is.

De toegang tot de vrij gevestigde hulpverlening is soms een kwestie van geld. Een mogelijkheid is om een fondsvoorziening te creëren om behandeling mogelijk te maken.

Tenslotte is een aantal knelpunten genoemd die met slachtofferhulp zelf te maken hebben. Dat zijn:

- slachtoffers hebben te hoge verwachtingen van slachtofferhulp;
- slachtoffers weten niet dat eerste opvang mogelijk is;
- slachtofferhulp is het vuilnisvat van het systeem.

Bij alle aanbevelingen die hierover zijn gedaan, gaat het in feite om de 'fine-tuning' van het aanbod van slachtofferhulp en de verwachtingen daaromtrent bij verwijzende instanties en bij de slachtoffers die zich hebben gemeld bij slachtofferhulp.

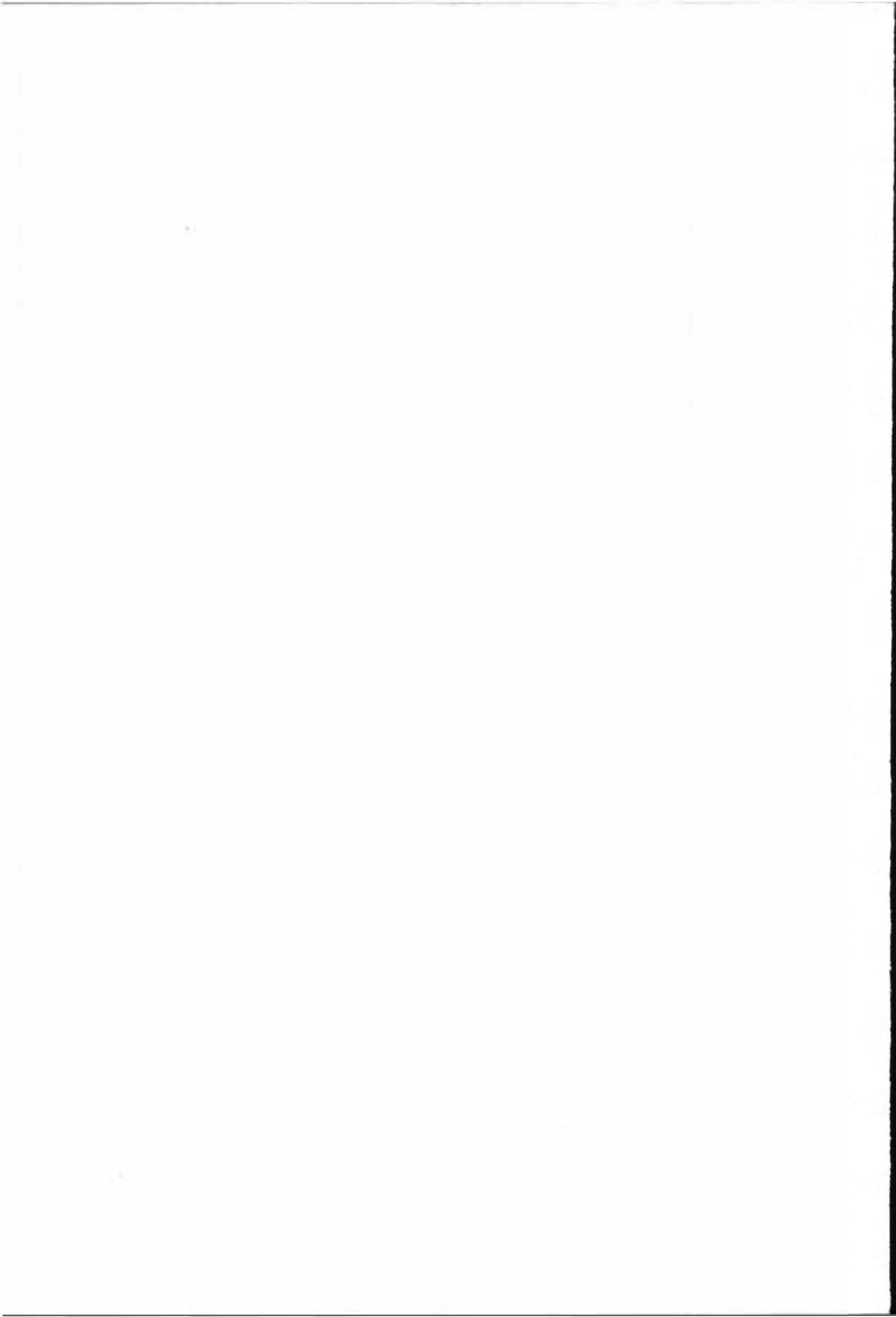
Allereerst kan de (schriftelijke en mondelinge) informatievoorziening van slachtofferhulp naar verwijzers en slachtoffers nog verder verbeterd worden.

Verder moet in aanvulling daarop voorlichting ervoor zorgen dat de informatieverschaffing door

verwijzers beter en adequater gebeurt.

Het inzetten en organiseren van netwerken en samenwerking kan daar bovenop belangrijke diensten bewijzen bij het verbeteren van de kwaliteit van verwijzingen.





## Bijlage hoofdstuk 4B: Door vrijwilligers genoemde knelpunten voor slachtoffers van misdrijven

Voor de celcoderingen (cel nr.) zie bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten.

De letters I en S geven respectievelijk aan of uitspraken incidenteel of structureel gedaan werden.

### Strafrecht

		Cel nr.
1	Geeft geen goede informatie en doorverwijzing	S H99
2	Maakt bij conflicten (buren/uitgaan/huiselijk geweld) subjectief pvb op	I C8
3	Geeft aan zedenslachtoffers geen info over consequenties rechtsgang	I H99
4	Bejegening slecht en slachtoffer niet serieus genomen	I B4
5	Geeft slechte info over wat slachtofferhulp kan doen	S H99
6	Verwijst mensen niet binnen 48 uur naar slachtofferhulp	S G5
7	Voegingsformulier wordt te laat toegezonden	I B5
8	Informeert slachtoffer slecht over vrijkomen dader	S E6
9	Bij kleine vergrijpen boetes opgelegd en daardoor geen schadevergoeding SO	S B2
10	Geen consequente strafrechterlijke stok achter de deur bij schadevergoeding	S B2
11	Advocaat verdachte kan informatie over slachtoffers kopiëren	I C9
12	Snelrecht is nadelig omdat slachtoffer geen tijd heeft schade vast te stellen	S X2
13	Onzekerheid over aanwezigheid verdachte tijdens de zitting	S B6
14	Recht op bijstand bij rechter-commissaris is niet standaard	S D8
15	Niet consequent in het opleggen van schadevergoedingsmaatregel	S B8
16	Immateriële schade wordt willekeurig vastgesteld	S B8
17	Ingewikkelde zaken doorverwezen naar civiel recht ondanks wens slachtoffer om met minder genoegen te nemen	I B2
18	Adresgegevens slachtoffer in stukken waardoor mogelijk is dat deze hardop worden voorgelezen op de zitting	S C9
19	Strafrecht duurt zo lang	S X5
20	Geen gescheiden wachtruimtes voor daders en slachtoffers	S X4
21	Langdurige afhandeling door schadefonds	S B5
22	Ouderen willen inkomensgegevens niet opgeven en zien van beroep op schadefonds af	I X99
22a	Schadefonds Gewelddsmisdrijven wijst opvallend veel vaker aanvragen van slachtoffers van geweld zonder duidelijke geweldscomponent af	S X99
23	Bij oproep als getuige a décharge geen vergoeding voor slachtoffer	I B7

### Civiel recht

24	Slachtoffers beginnen er niet aan omdat het te duur is	S X7
25	Slachtoffers beginnen er niet aan omdat het te ingewikkeld is	S X2
26	Slachtoffers beginnen er niet aan omdat het te langdurig is	S X5
27	Slachtoffers beginnen er niet aan omdat het teveel energie kost	S X10
28	Er is weinig zicht op de kwaliteit van de advocatuur	S H99

### Verzekeringswezen

29	Slechte toegankelijkheid verzekeringswezen	I X10
30	Onduidelijkheid met betrekking tot de dekking	I H99
31	Samenwerking verschillende verzekeringen/afdelingen is slecht	I B3
32	Geen voorschotten in nog niet afgehandelde strafrechtzaken (letsel)	I X99
33	Mogelijkheid om contact te hebben met verzekeringsgeneeskundige is onbekend (letsel)	I H99

## Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

34	Onbegrip voor slachtoffers op school en werk	I	X4
35	Invalide slachtoffers van kastje naar muur gestuurd: waar kan men terecht?	I	H99
36	Idem: hoe krijgt men voorzieningen vergoed?	I	H99

## Medische sector

37	Loskrijgen van info bij specialisten door slachtoffers tbv rechtszaak is lastig	I	C10
38	Huisartsen zijn niet deskundig in opvang na traumatische gebeurtenis	I	X1
39	Huisartsen doen niet aan actieve nazorg bij trauma	I	E99
40	Bij eerste opvang in ziekenhuis slachtoffer slecht geïnformeerd over mogelijkheden vervolgoptvang	S	A6

## Psychosociale hulpverlening

41	24-uurs bereikbaarheid is slecht geregeld	I	X10
42	RIAGG accepteert alleen verwijzingen van huisartsen	I	X2
43	Slachtoffer voelt zich overal afgewezen	I	X99
44	Lange wachttijd intakegesprek	S	A5
45	Lange wachttijd voor behandeling	S	B5
46	Lage inkomens hebben geen toegang tot vrij gevestigde hulpverlening	I	X10
47	Wachlijsten thuiszorg zijn te lang	S	X10
48	Maatschappelijk werk heeft zowel slachtoffer als familie dader als cliënt	I	X99
49	Slachtoffers hebben te hoge verwachtingen van slachtofferhulp	S	H99
50	Slachtoffers weten niet dat eerste opvang mogelijk is	I	H99
51	Slachtofferhulp is het vuilnisvat van het systeem	S	X99

## Overige

52	Nieuwe adresgegevens slachtoffers voor dader makkelijk te achterhalen	I	C9
53	Slachtoffers hebben te hoge verwachtingen van het systeem	S	H99
54	Beroepsethiek van media laat te wensen over	S	X9
55	Systeem is niet in staat miscommunicatie tussen culturen op te lossen	S	X99
56	In rekening brengen kosten bij verlies of diefstal paspoort of rijbewijs	I	B7

## 4.C Synthese

Algemeen, strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector, psychosociale hulpverlening

### Algemeen

Procedures waarmee slachtoffers van misdrijven na de eerste opvang te maken krijgen zijn lang, onbekend, ondoorzichtig en ambtelijk. Daar komt bij dat bepaalde procedures uit de belangen van de verdachte zijn ontworpen, en de belangen van de slachtoffers daarin minder tellen. Dat maakt slachtoffers extra kwetsbaar en kritisch ten opzichte van de procedures.

Echte 'systeemfouten' (momenten in de procedure waarop het wel mis moet gaan) zijn dit het onderzoek niet gebleken. De 'fout' zit vooral in de gebrekkige informatie, communicatie, begeleiding en bejegening door organisaties jegens slachtoffers in de verschillende procedures.

Op deze, ogenschijnlijk simpele, aspecten van procedures kunnen algemene kwaliteitseisen worden losgelaten, d.w.z. eisen die voor elke organisatie geldig zijn. Er bestaan normen en certificaten voor, zoals de Europese norm EN 45011.

Op dit moment voldoet 'het systeem' als complex totaal bij lange na niet aan de eisen van deze norm. Er is, gezien de kwetsbaarheid van de cliënten, alle reden om hard te trekken aan kwaliteitsgroei binnen de verschillende subsystemen. In het onderstaande volgt eerst een samenvatting van de bevindingen (zie ook figuur 4.1 t/m 4.6 hierna) en een indicatie van de beoogde verbeteringen per subsysteem.

### Strafrecht

De procedures van het strafrecht zijn voor geweldslachtoffers en hun hulpverleners qua timing en verslaglegging (registratie) slecht te overzien, waardoor bij hen veel vragen over de behandeling opkomen. Daardoor heerst onzekerheid en voelen slachtoffer en hulpverlener zich vaak verrast. De gevolgen zijn klachten over de samenwerking tussen en binnen de subsystemen en twijfel aan de deskundigheid bij de slachtoffers; zij worden geconfronteerd met een juridische reconstructie van de feiten die hun belevingen niet dekt. Bij de hulpverleners vertaalt zich dit in onmachtsgevoel om tijdig hulp te kunnen bieden die zij voorstaan ten aanzien van het initiatief een klacht in te dienen, hun cliënten voor te lichten en door te verwijzen en adequate bijstand te regelen. De hulpverleners zoeken diepere oorzaken voor dit gevoel van onmacht in een gebrekkige samenwerking bij het strafrechtelijk subsysteem, zijn beperkte toegankelijkheid en zijn omgang met privacy-aspecten. Dat geheel kan raken aan vragen over de deskundigheden bij politie, Openbaar Ministerie, rechterlijke macht en raadsleden voor bijstand.

Een en ander is weergegeven in de matrix van figuur 4.1. De kern daarin is de versnipperde beschikbaarheid van informatie en de geringe geneigdheid tijdig het initiatief te nemen om te communiceren met alle direct betrokkenen. Het strafrecht lijkt meer bezig met de strafrechtelijke bewijslast (de casus en het dossier) dan met het helpen zoeken naar oplossingen die worden aanvaard in plaats van afgedwongen.



## **Civiel recht**

Ten aanzien van het civiel recht bij geweldpleging zijn er geen structurele knelpunten genoemd, zoals bij het strafrecht wel het geval is. Vergelijk figuur 4.1 en figuur 4.2. Wel zijn er door de vrijwilligers (hulpverleners) een aantal suggesties gedaan de werkwijze te verbeteren ten aanzien van duur en toegankelijkheid; dit mede met het doel de bijstandsmogelijkheden te verbeteren. Zie paragraaf 4.B.

## **Verzekeringswezen**

Ook ten aanzien van het verzekeringsgebeuren bij geweldpleging zijn geen grote structurele knelpunten gemeld, al kan er iets gedaan worden tegen de soms lange behandelingsduur en de onleesbaarheid van verzekeringsvoorwaarden door leken. Zie figuur 4.3, die in zeer verzwakte vorm wederom de structuur van figuur 4.1 (strafrecht) toont.

## **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

Empathie met het slachtoffer ten behoeve van reïntegratie, al dan niet met aangepast werk, blijkt niet volgens de respondenten. De bejegening door de arbeidsmarkt en de uitvoeringsinstanties van de sociale verzekeringen (SV) blijkt het meest genoemde knelpunt, dat ons inziens niet is op te lossen met nog meer regelgeving. De uitvoeringsinstanties (SV) zouden hun werkstijl meer cliënt- en oplossingsgericht maken in plaats van dossier - en casus - gericht (net als het strafrecht). Zie figuur 4.4.

## **Medische sector**

Zie figuur 4.5. Het meest in het oog springende knelpunt is het gebrek van de medische sector om sociaalvaardig met getraumatiseerde patiënten om te gaan. Op dit gebied toont men zich vaak ondeskundig. Hieruit komt direct een gevoel voort dat de sector ontoegankelijk is en weinig geneigd tot samenwerking. Ook hierin is ons inziens niet met regels te voorzien, maar wel door een toename van de aandacht voor dit aspect binnen de opleiding en een meer alerte werkstijl.

## **Psychosociale hulpverlening**

Zie figuur 4.6. De knelpunten blijken vooral te zijn: de tijdige beschikbaarheid van de benodigde hulp en de kosten indien men daarin zelf zou willen voorzien. De deskundigheid van deze hulpverlening kwam wel enkele malen kritisch aan de orde, maar onze steekproef bleek niet groot genoeg om dit knelpunt echt te agenderen.

Figuur 4.1 Resultaten van twee responsiegroepen van geweldslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: strafrecht (politie, Openbaar Ministerie, rechterlijke macht)<sup>5</sup>

Procedures	Aspecten									
	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding										
B Behandeling		xxxoo o	xxxx	o	oo	xxxxx xo	o	xoo		
C Registratie	xx							o	xoo	
D Bijstand								o		
E Exit/nazorg				x		o				
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing					o					
H Voorlichting						x				

<sup>5</sup> Meest voorkomende cellen vet omlijnd (minstens 7x genoemd)

Figuur 4.2 Resultaten van twee responsiegroepen van geweldslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: civiel recht

<b>Aspecten</b>										
<b>Proce- dures</b>	<b>1 Deskun- digheid</b>	<b>2 Regel- geving</b>	<b>3 Samen- werking</b>	<b>4 Bejege- ning</b>	<b>5 Duur</b>	<b>6 Communi- catie &amp; informa- tie</b>	<b>7 Kosten</b>	<b>8 Objec- tiviteit</b>	<b>9 Privacy</b>	<b>10 Toegan- ke- lijkheid</b>
<b>A Melding</b>										
<b>B Behande- ling</b>				x						
<b>C Registratie</b>										
<b>D Bijstand</b>										
<b>E Exit/ nazorg</b>										
<b>F Klachtbe- handeling</b>										
<b>G Doorver- wijzing</b>										
<b>H Voor- lichting</b>										

Figuur 4.3 Resultaten van twee responsiegroepen van geweldslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: verzekeringswezen

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding			o							x
B Behandeling										
C Registratie										
D Bijstand										
E Exit/nazorg		x						x		
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing										
H Voorlichting										



Figuur 4.4 Resultaten van twee responsiegroepen van geweldslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding										
B Behandeling						x		x		x
C Registratie										
D Bijstand										
E Exit/nazorg										
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing										
H Voorlichting										

Figuur 4.5 Resultaten van twee responsiegroepen van geweldslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: medische sector

<b>Aspecten</b>										
<b>Procedures</b>	<b>1 Deskundigheid</b>	<b>2 Regelgeving</b>	<b>3 Samenwerking</b>	<b>4 Bejegening</b>	<b>5 Duur</b>	<b>6 Communicatie &amp; informatie</b>	<b>7 Kosten</b>	<b>8 Objectiviteit</b>	<b>9 Privacy</b>	<b>10 Toegankelijkheid</b>
<b>A Melding</b>						o				
<b>B Behandeling</b>										xxx
<b>C Registratie</b>										o
<b>D Bijstand</b>										
<b>E Exit/nazorg</b>										
<b>F Klachtbehandeling</b>								x		
<b>G Doorverwijzing</b>										
<b>H Voorlichting</b>										

Figuur 4.6 Resultaten van twee responsiegroepen van geweldslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: psychosociale hulpverlening

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding					xo					
B Behandeling					xo		x			x
C Registratie										
D Bijstand										
E Exit/nazorg										
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing										
H Voorlichting										

## Een indicatie van de beoogde verbeteringen per subsysteem

### **Strafrecht**

#### **Politie:**

- De informatievoorziening over wat de politie voor het slachtoffer kan betekenen kan beter (de verwachtingen zijn vaak te hoog gespannen).
- De praktische kennis over procedures kan beter (slachtoffers blijken vaker praktische vragen te hebben, dan emotionele, dat vereist praktische kennis, bijvoorbeeld van de wet Terwee).
- Het opnemen van aangifte en proces-verbaal kan niet zorgvuldig genoeg zijn. Voor het slachtoffer is deze stap in de procedure van het uiterste belang voor de verdere afhandeling van de zaak.
- Het doorgeleiden van informatie/formaliteiten naar justitie kan beter, ook daarin is zorgvuldigheid voor het slachtoffer van uiterst belang.

#### **Openbaar Ministerie en rechterlijke macht:**

- Het slachtoffer verdient erkenning als belanghebbende partij, en recht tot participatie aan het proces. OM en RM moeten erkennen dat het voor het slachtoffer net zo van belang is om teruggemeld te krijgen hoe de gang van zaken zal zijn bijvoorbeeld rond de zitting, als voor de verdachte.
- De privacy in wachtruimte en rechtzaal kan beter worden beschermd en de kans op het lekken van informatie over het slachtoffer naar de verdachte (of de omgeving daarvan) moet tot het minimum worden beperkt.
- De bereikbaarheid van de officier (en andere functionarissen die als contactpersoon van belang zijn voor het slachtoffer) kan beter.
- De informatie en begeleiding kan beter (het is haast onontkoombaar dat voor ingewikkelde zaken speciale bemiddelaars worden aangewezen of aangesteld).
- Het slachtoffer zou recht moeten krijgen op een eigen pleitbezorger, zoals de verdachte dat ook heeft.
- Er zou een stok achter de deur moeten komen voor daders die veroordeeld zijn tot schadevergoeding aan het slachtoffer, zodat het geld ook aan het slachtoffer toekomt.
- De informatie over de rechten die het slachtoffer heeft in het geval justitie een fout maakt kan beter, alsook de informatie over het moment waarop de veroordeelde dader weer vrij komt. Deze informatie wordt nu vaak weggelaten, terwijl die voor het slachtoffer van groot belang is.
- De duidelijkheid en eenduidigheid van definities en meetmethoden bij de beoordeling van zaken kan beter en de (schijnbare) willekeur in de vaststelling van strafmaat en schadevergoedingen zou zo veel mogelijk moeten verdwijnen.

### **Civiel Recht**

- Het civiel recht zou toegankelijker moeten worden en procedures minder langdurig en ingewikkeld.
- De informatie over civiele procedures die voor het slachtoffer van belang zijn en over de service die advocaten daarbij kunnen bieden kan beter.
- De kosten van behandeling door advocaten zouden omlaag moeten; een eerste beoordeling en advies zou gratis moeten zijn.
- Er zou een kwaliteitsgarantie moeten kunnen worden geboden voor de service van de advocatuur, bijvoorbeeld door aan certificering te werken en die voor potentiële cliënten herkenbaar te maken.



## **Verzekeringswezen**

- De hele sector zou een toegankelijker taal moeten bezigen, nu wordt de toch al grote kennisvoorsprong van de verzekeraar t.o.v. het slachtoffer nog eens extra (en kunstmatig) vergroot.
- De afwikkelingssnelheid zou omhoog moeten. Verzekeraars zijn vaak afhankelijk van informatievoorziening door anderen, maar kunnen door een betere interne communicatie bijdragen aan het verhogen van de afwikkelingssnelheid.
- Het voorschotbeleid moet verruimen, nu moet het slachtoffer vaak lang wachten en/of krijgt het slachtoffer slechts een beperkt voorschot.
- De openheid over onderhandelingen tussen verzekeraars kan beter (het gebeurt nu te veel 'over de hoofden van slachtoffers heen').
- De overzichtelijkheid van jurisprudentie over verzekeringszaken kan beter.
- De (schijnbare) willekeur in de vaststelling van de schade-uitkering zou zo veel mogelijk moeten verdwijnen (behoefte aan objectiviteit en vaste normen).

## **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

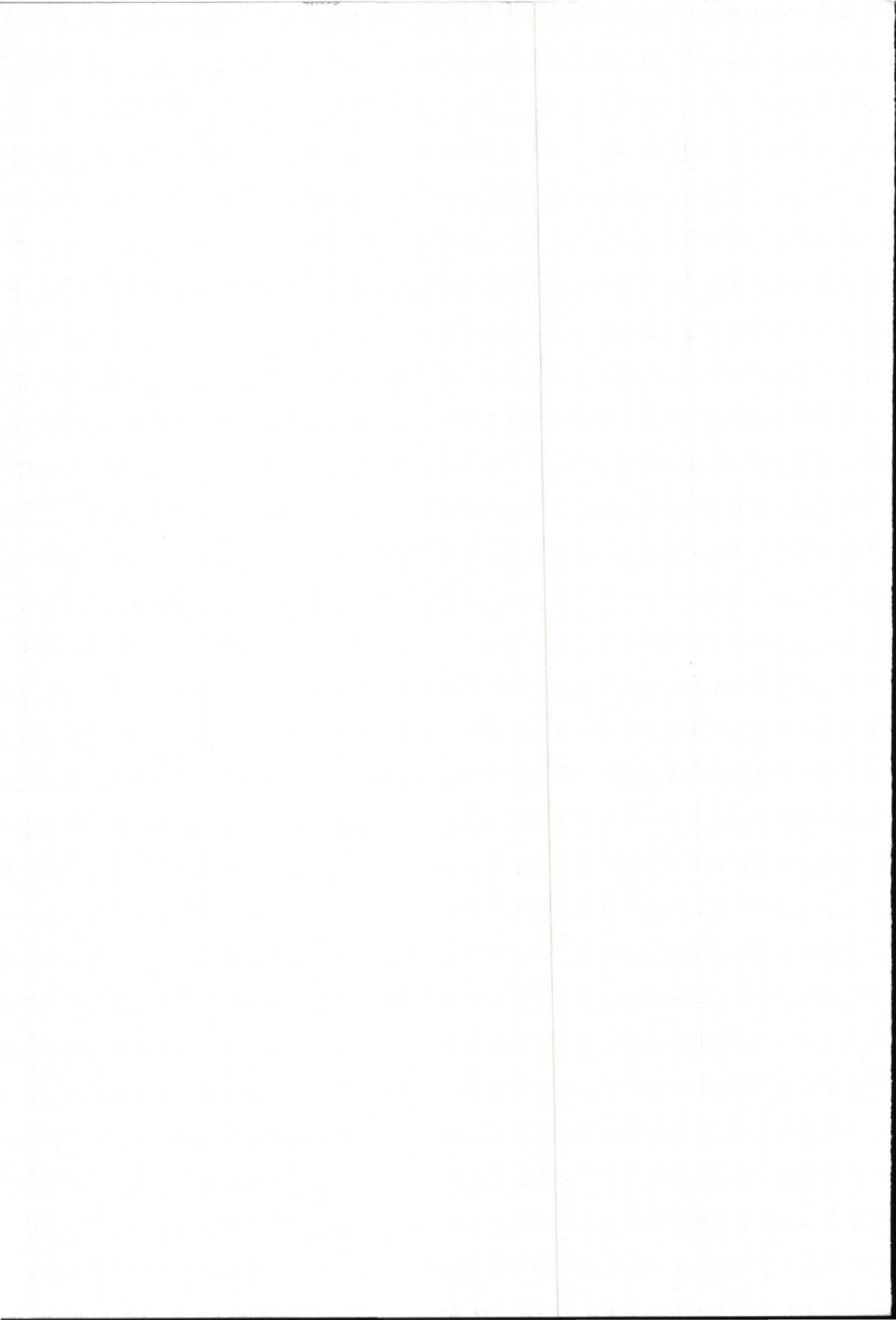
- Er zou betere informatie/uitleg over de (dikwijls ingewikkelde) procedures moeten worden geboden.
- Slachtoffers worden in deze sector als iedere willekeurige andere cliënt gezien en behandeld; er is geen oog voor het specifieke van hun situatie.
- De administratie is rommelig, tenminste dat lijkt zo voor de cliënt.
- De definitie van 'passende arbeid' zou moeten worden verruimd, om uitsluiting van het arbeidsproces te voorkomen.
- Er zou meer oog voor de 'restcapaciteit' van slachtoffers moeten zijn (ook daarin vormen slachtoffers een specifieke groep).
- De procedures voor invaliden zijn vaak extra ingewikkeld en de wachttijd voor aangevraagde voorzieningen (WVG) loopt vaak erg hoog op (waarbij het slachtoffer vaak al die tijd niet optimaal kan functioneren). Voor invaliden en slachtoffers met moeilijk te beoordelen letsel is het aanwijzen of aanstellen van een speciale bemiddelaar onontkoombaar.

## **Medische sector**

- Er zou een opvang- en begeleidingsprotocol voor slachtoffers moeten komen. Met name een opvangprotocol voor de Eerste Hulp wordt gemist.
- Er zou meer samenwerking tussen specialisten moeten komen in gevallen van meervoudig letsel. Nu moet het slachtoffer voor elk letsel naar een andere specialist; overal moet opnieuw worden ingeschreven, gewacht en het verhaal gedaan.
- De sector zou veel meer oog moeten hebben voor de belangen van het slachtoffer bij bepaald onderzoek, in verband met de bewijsvoering. De sector moet veel opener zijn met het medisch dossier wanneer dit gegevens bevat die voor de bewijsvoering van belang zijn.
- Huisartsen hebben te weinig deskundigheid en stellen zich nog niet actief genoeg op in de begeleiding van slachtoffers (zij zouden véél meer voor slachtoffers in de nazorg kunnen betekenen dan ze nu doen).
- Er zou meer oog moeten zijn voor een zorgvuldige en omvattende (al het andere zo veel mogelijk uitsluitende) diagnose van moeilijk te beoordelen letsel, daar dit zeer diep op het verdere leven van het slachtoffer ingrijpt. Daarbij is ook de termijn van de diagnose van belang: als men er lang mee wacht, kan er niet tijdig worden ingegrepen en zijn de gevolgen voor het slachtoffer groter dan nodig is.

## **Psychosociale hulpverlening**

- De erkenning van de rol en bijdrage van de Buro's Slachtofferhulp moet landelijk uniform worden gemaakt.
- Slachtofferhulp zou bevoegdheid tot verwijzing moeten krijgen.
- De verwijzingsprocedures zouden doorzichtiger moeten worden (het is nu zo ondoorzichtig dat slachtoffers bij slachtofferhulp terugkomen om te vragen hoe het werkt).
- De wachtlijsten moeten korter, slachtoffer van misdrijven zouden een hogere prioriteit moeten krijgen en in ieder geval een eerste serie gesprekken op korte termijn moeten kunnen krijgen.
- De informatie over de diverse vormen van hulpverlening kan beter.
- De 24-uurs bereikbaarheid is nog niet overal geregeld.
- Er is geen opvang voor slachtoffers die 'overal zijn afgewezen'.



## **5. SLACHTOFFERS VAN VERKEERSONGEVALLEN**

### **5.A Slachtoffer-getuigenissen**

Inleiding, strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector, psychosociale hulpverlening

#### **Inleiding**

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de resultaten van twee panels met slachtoffers van verkeersongevallen.

De deelnemers aan de twee slachtofferpanels zijn in eerste instantie geworven via coördinatoren van 15 Buro's Slachtofferhulp. Omdat de response beperkt was is het tweede panel samengesteld uit verkeersslachtoffers waarmee via tussenkomst door de Vereniging voor Verkeersslachtoffers contact is opgenomen.

Voor de werving van kandidaten werden dezelfde selectiecriteria aangelegd als voor deelonderzoek 1.

1. Het slachtoffer heeft lichamelijk of geestelijk letsel opgelopen.
2. Voor het verwerken van de gevolgen van het verkeersongeval heeft het slachtoffer contact gehad met instellingen binnen tenminste twee van de in het onderzoek onderscheiden 'subsystemen'.
3. Het slachtoffer heeft het incident dusdanig emotioneel verwerkt dat hij of zij in staat is deel te nemen aan een groepsbijeenkomst over de gevolgen ervan en het traject dat volgde op het verkeersongeval.
4. Het slachtoffer moet in staat zijn de eigen ervaringen te verwoorden.

De coördinatoren bepaalden zelf op welke wijze zij het verzoek om slachtoffers te werven in de organisatie zouden uitzetten. Ook de eerste selectie van respondenten lag bij de coördinator en de vrijwilligers van het betreffende Buro. Twee schriftelijke en meerdere telefonische contacten met de coördinatoren van de geselecteerde Buro's leverde uiteindelijk 10 kandidaten op voor het panel met slachtoffers van verkeersongevallen met letsel. Voor het tweede panel werden door de Vereniging voor Verkeersslachtoffers 8 verkeersslachtoffers geselecteerd.

Met de geselecteerde personen werd een telefonisch voorgesprek gehouden. Het doel van dit gesprek was om feitelijke informatie omtrent het ongeval en de gevolgen daarvan te achterhalen en om na te gaan in hoeverre de persoon in kwestie voldeed aan de opgestelde criteria. Om verschillende redenen vielen zowel voor het eerste panel 3 kandidaten als voor het tweede panel 3 kandidaten af. Er resteerden 12 respondenten.

Met de panels werd een bijeenkomst gehouden, bestaande uit twee onderdelen. Het eerste diende ter verificatie van hetgeen de respondenten hadden meegedeeld tijdens het voorgesprek. Doel was om per persoon te komen tot een overzicht van de zaken die men als knelpunt had ervaren in de dienstverlening door organisaties waarvan men na het verkeersongeval afhankelijk was. Gecheckt werd of de door het slachtoffer verwoorde knelpunten correct waren weergegeven. Waar nodig werd aan de deelnemers een toelichting gevraagd.

Tijdens het tweede deel van de bijeenkomst werd gezamenlijk gebrainstormd over mogelijke aanbevelingen ter verbetering van de gesignaleerde knelpunten. Er kan een onderscheid gemaakt worden in aanbevelingen:

1. ter bevordering van de mogelijkheden van het slachtoffer zelf;



2. ter ondersteuning van het slachtoffers door derden;
3. ter verbetering van de dienstverlening van instellingen.

De paragrafen in dit hoofdstuk zijn elk gewijd aan één subsysteem, waarbij telkens eerst wordt ingegaan op de door slachtoffers gesignaleerde knelpunten (zie de matrix voor de codering) waarna vervolgens hun aanbevelingen worden weergegeven.

## **Strafrecht**

### *Knelpunten*

De knelpunten bevinden zich in belangrijke mate in de behandelingsprocedure. Van de 27 door slachtoffers genoemde knelpunten focussen 7 op het aspect van de communicatie en informatie. De genoemde knelpunten wijzen op de vage en soms onjuiste beantwoording door politie of justitie van informatievragen door het slachtoffer rond de verdere afhandeling van de strafzaak, inzage in de stukken of verhaal van de schade; het niet nakomen van afspraken voor verdere contactlegging ofwel het geheel achterwege blijven van contact ondanks pogingen van het slachtoffer om contact te leggen; ook het achterwege blijven van informatie over de uitspraak werd genoemd. Slachtoffers die opkomen voor hun belangen krijgen nogal eens het gevoel te worden tegengewerkt door politie en justitie. Het ontlokte een van de slachtoffers de uitspraak: "Je voelt je als slachtoffer soms dader."

Binnen de strafrechtelijke behandelingsprocedure worden daarnaast ook knelpunten genoemd met betrekking tot de aspecten deskundigheid (zowel ten aanzien van specifieke strafrechtelijke deskundigheid bij verkeersongevallen als ten aanzien van het ontbreken van aandacht voor de civielrechtelijke kant van verkeersongevallen) en objectiviteit (politie doet uitspraak over schuldvraag, laat na het verhaal van tegenpartij goed te verifiëren en staat getuigen niet toe een verklaring in eigen woorden af te leggen).

Binnen de registratieprocedure valt het aantal knelpunten in de toegankelijkheid van de strafrechtelijke registratie op. Het betreft de weigering om personalia van de tegenpartij te verstrekken, om de eigen verklaring alsnog te mogen wijzigen en het alleen tegen betaling mogen inzien van de eigen afgelegde verklaring.

De andere genoemde knelpunten liggen verspreid over de overige procedures en aspecten. In de knelpunten klinkt door dat de slachtoffers die deze knelpunten naar voren hebben gebracht van mening zijn dat (met name) politie en (in mindere mate) justitie<sup>6</sup> onvoldoende oog hebben voor het slachtofferbelang, met name in verkeerszaken. Slachtoffers van verkeersongevallen worden, wellicht onbedoeld, als lastpakken gezien in een procedure die niet primair is ingericht om hun belangen te bedienen. Dat uit zich bijvoorbeeld in het feit dat de bewijsgaring door de politie voor het slachtoffer en zijn/haar civielrechtelijke belangen onvoldoende kan zijn, de politie soms veel te snel is met het opnemen van slachtofferverklaringen (inclusief inventarisatie schade) en vergeten wordt de noodzakelijke zorg aan het slachtoffer te besteden en hem of haar te wijzen op hulpmogelijkheden.

Tenslotte is door verkeersslachtoffers in de panels meer dan eens gewezen op het feit dat binnen het strafrechtelijk systeem voor hun gevoel de strafmaat bij (strafwaardige) verkeersongevallen soms in geen verhouding staat tot het toegebrachte letsel en ontstane leed bij het verkeersslachtoffer. Tijdens de discussies in de panels op dit punt was opvallend dat met name het ontbreken van een duidelijke

---

<sup>6</sup> Opgemerkt zij dat slechts een klein deel van de verkeersslachtoffers met justitie te maken krijgt, want een beperkt deel van de ongevallen is 'vervolgingswaardig'.

motivatie voor de hoogte van de straf bij verkeersslachtoffers nogal steekt.

### *Aanbevelingen*

Alle politiekorpsen zouden moeten beschikken over een aparte gespecialiseerde ongevallendienst. Binnen dit specialisme zou oog moeten zijn voor de lange termijn gevolgen en met name ook de civielrechtelijke gevolgen voor het slachtoffer. De politie zou een expliciete taak moeten krijgen in de civielrechtelijke bewijsgaring voor het slachtoffer (ondersteuning); de informatieverstrekking aan het slachtoffer moet veel directer zijn.

Wellicht kan worden gedacht aan het ontwikkelen van een protocol waarin een aantal vast omschreven taken is neergelegd waar de politie in elke zaak aandacht aan dient te besteden. Ook zou daarbij aandacht moeten worden besteed aan de onpartijdigheid van bij verkeersongevallen betrokken politiemensen (geen uitspraken doen over schuldvraag, slachtoffer en getuigen alle gelegenheid geven een verklaring in eigen woorden te doen).

Een element is daarbij ook het verbeteren van de toegankelijkheid van de strafrechtelijke registratie voor slachtoffer (zowel het corrigeren van de vastlegging van de eigen verklaring als het daarin betrekken van gegevens voor het schadeverhaal).

De politie zou tenslotte actief zorg moeten besteden aan het verkeersslachtoffer en hem/haar moeten ondersteunen bij het weerbaar opkomen voor zijn/haar belangen. Daartoe kan bijvoorbeeld een vast aanspreekpunt bij de politie worden geboden.

Justitie moet meer tijd en menskracht vrijmaken voor de afhandeling van verkeersongevallen, specialistische Officieren van Justitie inzetten en aan hen kwaliteitseisen stellen. Het verkeersslachtoffer zou recht moeten hebben op alle relevante procesinformatie na het moment van het op de rol nemen van de zaak tot en met de vonniswijzing. De verkeersslachtoffers zijn van mening dat bij de straftoekenning meer rekening gehouden zou moeten worden met het veroorzaakte leed en letsel. Daarbij is ook belangrijk dat er redelijke termijnen aan afhandeling worden gesteld.

Het strafproces moet voor het verkeersslachtoffer volgbaar zijn (als betrokkene); wellicht dat een oplossing gevonden kan worden door het verkeersslachtoffer meer als partij of in elk geval als belanghebbende aan te merken. Tenslotte verwachten de verkeersslachtoffers in het panel van justitie dat men verkeersslachtoffers serieuzer gaat nemen.

## **Civiel recht**

### *Knelpunten*

De betekenis van het civiele recht voor verkeersslachtoffers moet worden gezien tegen de achtergrond van het hierna te behandelen subsysteem van het verzekeringswezen. In de meeste gevallen wordt schadevergoeding voor verkeersslachtoffers geregeld via verzekeringsmaatschappijen (onderlinge regeling, eindigend in een schadevergoeding, al dan niet vastgelegd in een vaststellingsovereenkomst). Uitzondering op deze regel zijn die zaken waarin het schaderegelingsproces stopt dan wel die zaken waarin fietsers of voetgangers verkeersslachtoffer worden. Bij de eerste groep komen slachtoffers na veel getouwtrek in een civiele procedure terecht. De tweede groep wijkt vooral af doordat men zichzelf van rechtshulp/rechtsbijstand moet voorzien om een schaderegelingsprocedure op gang te brengen dan wel te voeren met de (verzekeringsmaatschappij van de) tegenpartij. Soms biedt voor deze laatste categorie een rechtsbijstandsverzekering soelaas.

In deze paragraaf komen vooral die knelpunten naar voren die in het licht gezien moeten worden van deze twee categorieën dan wel die knelpunten die zo algemeen zijn dat ze vooral raken aan de



procedures en mechanismen binnen het civiele recht.

Een paar knelpunten die verkeersslachtoffers noemen zijn vrij globaal van aard. Ze raken niet aan een specifieke procedure of aspect daarbinnen als wel aan het subsysteem van het civiele recht in zijn algemeenheid. Het betreft de bewijspositie van (verkeers)slachtoffers als eisende partij, de daarmee verband houdende volledige afhankelijkheid van getuigen en aanvullend bewijs als ook het ontbreken van ethiek in het civiele recht (slechts juridische middelen om een tegenpartij die een verklaring strijdig met de feiten aflegt van repliek te dienen).

Verder worden als algemene knelpunten genoemd het procesrisico dat iemand als eisende partij draagt bij een civiele procedure en het feit dat (volgens de slachtoffers) ten onrechte wordt uitgegaan van gelijkwaardigheid van partijen (verzekeringsmaatschappijen zijn veel gehaaider).

De andere knelpunten betreffen met name de behandelingsduur in het civiele recht en het aspect van de objectiviteit.

Ten aanzien van de behandelingsduur wordt door verkeersslachtoffers opgemerkt dat het lang duurt voor een civiele rechter tot een uitspraak komt, die soms niet veel meer behelst dan een procedurele opdracht om met aanvullend bewijs te komen (tussenvonnissen). Verder is opgemerkt dat de lange duur van de behandeling in het civiele recht emotioneel zeer belastend is voor een verkeersslachtoffer. In het verlengde daarvan wordt opgemerkt dat wettelijke termijnen voor behandeling in het civiele recht lijken te ontbreken. Dat komt een snelle behandeling, die in het belang van het slachtoffer is, niet ten goede.

Het knelpunt dat van een verkeersslachtoffer soms een zielige opstelling wordt verwacht om de schadeclaim 'hard te maken' richting tegenpartij en het knelpunt dat een rechtsbijstandsverlener teveel meegaat in de eisen van de tegenpartij (teveel het compromis zoekt en te weinig 'staat' voor de belangen van het slachtoffer) raken aan het aspect van de objectiviteit.

De overige knelpunten genoemd zijn verschillend van aard, maar hebben alle betrekking op het optreden van de rechtsbijstand.

Een knelpunt betreft het feit dat de rechtsbijstandsverlener in de eindafrekening met het verkeersslachtoffer niet specificeert hoeveel er aan schadevergoeding wordt uitbetaald en hoeveel daarvan als honorarium wordt achtergehouden (informatie-aspect bij afhandeling). Een ander verkeersslachtoffer meldt dat het als tekortkoming wordt ervaren dat de rechtsbijstandsverlener vergeet het ontstane WAO-gat te verhalen op de tegenpartij (deskundigheid van de rechtsbijstandsverlener). Tenslotte meldt een verkeersslachtoffer dat rechtsbijstand in het kader van een ontslagprocedure door het Bureau voor Rechtshulp is geweigerd omdat hij om andere redenen al een advocaat had.

### *Aanbevelingen*

Een aantal aanbevelingen tendert in de richting van wijziging in de wettelijke regelgeving. Allereerst zouden aan de civiele procedure wettelijke termijnen gesteld moeten worden. Daarbij zou dan de emotionele belasting van een civiele procedure en de zorgvuldigheid van de schaderegeling tegen elkaar afgewogen moeten worden. Daarnaast merken verkeersslachtoffers op dat de bewijslast bij verkeersongevallen anders verdeeld zou moeten worden dan in het civiele recht gebruikelijk. In aanvulling daarop kan de aanbeveling worden gelezen om bij het regelen van verkeersschade meer gebruik te maken van stille getuigen om zo de bewijspositie van verkeersslachtoffers te verbeteren en de afhankelijkheid van getuigen te verkleinen.

Andere aanbevelingen richten zich op de rol en de positie van de rechtsbijstandsverlener. Het optreden van een rechtsbijstandsverlener zou er vooral op gericht moeten zijn het slachtoffer tijdens de schaderegelingsprocedure en een eventueel daarop volgend civiel proces uit de wind te houden. Dat betekent overigens niet dat de advocaat altijd het initiatief neemt. Het is de taak van de

rechtsbijstandsverlener een slachtoffer degelijk te informeren, zodat de uiteindelijke keuze voor vervolgstappen altijd bij het slachtoffer ligt, daarbij op een deugdelijke manier ondersteund door de rechtsbijstandsverlener. Uitgangspunt is daarbij de mondigheid van de cliënt.

Om de kwaliteit van de rechtsbijstand te waarborgen zou door rechtsbijstandsverleners gestreefd moeten worden naar het vergroten van de onafhankelijkheid: zij dienen op te komen voor de belangen van de verkeersslachtoffers en niet te zijn 'gebonden' aan andere belangen.

Ten aanzien van de afhandeling van de schade en het declareren van honoraria wordt opgemerkt dat het uiteindelijke schadebedrag gewoon in zijn geheel aan slachtoffers zou moeten worden overgemaakt, waarna op declaratiebasis de onkosten aan de rechtsbijstandsverlener worden vergoed. Dit vergroot de controleerbaarheid voor verkeersslachtoffers in die gevallen waarin nu onduidelijkheid bestaat over de hoogte van het honorarium. Overigens maakt een deel van de rechtsbijstandsverleners hierover al vooraf duidelijke afspraken met hun cliënten; deze handelwijze zou in de gehele branche gewoonte moeten worden.

Verder wordt de aanbeveling gedaan om te komen tot een collectieve regeling voor een vergoeding van rechtsbijstand aan verkeersslachtoffers tot aan moment van schaderegeling (dus vóór de fase van de vaststelling van de aansprakelijkheid). Daarmee zou het procesrisico voor verkeersslachtoffers kunnen worden beperkt.

Aan de Buro's voor Rechtshulp wordt de aanbeveling gedaan om na te gaan of de procedure voor verwijzing naar advocaten op dit moment optimaal verloopt: een verwijzing die vergezeld gaat van deugdelijke en bruikbare informatie helpt verkeersslachtoffers op de goede weg naar rechtsbijstand en voorkomt bij hen het gevoel eigenlijk afgewezen te worden.

Ten aanzien van het punt van de verhaalbaarheid van WAO-schade (WAO-gat) wordt gezegd dat daar waar de deskundigheid op dit punt bij rechtsbijstandsverleners ontbreekt, deze moet worden vergroot. Daarbij werd tevens de overweging geponeerd om inkomenschade in de toekomst helemaal via het - voor slachtoffers bruikbaar en toegankelijker te maken - civiele recht af te handelen (civiliseren). Momenteel wordt inkomenschade met name via de sociale verzekeringssector afgehandeld en nog weinig verhaald op de schadetoebrenger.

Tenslotte wordt in een aanbeveling een appèl gedaan op de rechtsbijstandsverleners en andere bij het civiele recht betrokkenen om de ethische kant van het vak eens goed ter discussie te stellen, met name ten aanzien van het verdedigen van partijen die verklaringen afleggen die duidelijk en soms opzettelijk strijdig zijn met de feiten!

## Verzekeringswezen

### *Knelpunten*

Allereerst dient te worden opgemerkt dat in de genoemde knelpunten een onderscheid kan worden gemaakt tussen knelpunten in het optreden van de verzekeraar van de tegenpartij en knelpunten in het optreden van de eigen verzekeraar. Daar waar de knelpunten het optreden van de verzekeraar van de tegenpartij betreffen is door de onderzoekers enige discussie gewijd aan de vraag hoe deze knelpunten in het kader van dit onderzoek besproken dienen te worden.

Hoewel verzekeraars van de tegenpartij (voor alle eenvoud even de veroorzakers te noemen) niet direct de belangen van het verkeersslachtoffer in het oog hebben is er in het kader van het onderzoek voor gekozen deze mee te nemen waar ze kunnen worden gerubriceerd als knelpunten in de behandeling van schadezaken/schaderegeling binnen het verzekeringswezen.



Eigen aan deze procedure is dat in het kader van een schaderegeling na een verkeersongeval twee verzekeraars optreden namens betrokkenen. De belangen van twee partijen zijn in het geding. Vanuit de optiek van één van de betrokkenen, het verkeersslachtoffer, kunnen bij deze schaderegeling kanttekeningen gemaakt worden daar waar juist die behandeling voor het verkeersslachtoffer knelpunten oplevert. De zelfredzaamheid van het slachtoffer kan daarbij mede in het geding zijn.

Van de door verkeersslachtoffers genoemde knelpunten richt zich een aanzienlijk deel op communicatie- en informatieaspecten, de duur van behandeling en afhandeling door verzekeringen en op de bejegening door verzekeringen. Een ander deel van de knelpunten is meer algemeen van aard. Bijna alle knelpunten gaan over de procedure van behandeling door het verzekeringswezen.

Allereerst worden de knelpunten behandeld die betrekking hebben op communicatie- en informatieaspecten in de behandeling.

Knelpunten hebben vooral betrekking op de rol van de aansprakelijkheidsverzekeraar van de tegenpartij; door de tegenpartij wordt in het geheel niet gereageerd, er worden voorschotten verstrekt zonder nadere motivatie of toelichting en de aansprakelijkheid wordt slechts voor 75% erkend zonder dat dit verder wordt uitgewerkt.

Knelpunten die vooral het optreden van de eigen rechtsbijstandsverzekeraar of schaderegelaar betreffen raken allereerst aan de wijze waarop er contact is met het verkeersslachtoffer. In twee gevallen wordt er in het geheel geen nader contact opgenomen met of wordt geen informatie verstrekt aan het verkeersslachtoffer. In twee andere gevallen wordt er vooral een 'papier en telefonische' aanpak gekozen die voor het verkeersslachtoffer weinig bevredigend is: er wordt teveel vanuit het dossier gehandeld. Persoonlijk contact werd in die gevallen door de verkeersslachtoffers gewenst.

Verder worden twee knelpunten genoemd die betrekking hebben op het gebrek aan overleg met het verkeersslachtoffer: de ene betreft een verzekeraar die niet alle stukken die van de tegenpartij zijn ontvangen doorstuurt naar het verkeersslachtoffer en de ander een schaderegelaar die zonder het verkeersslachtoffer daarin te kennen een claim op tafel legt bij de tegenpartij.

Twee knelpunten hebben betrekking op het feit dat allerlei keuringsartsen (zonder enige zichtbare afstemming en zonder verdere toelichting) voortdurend letterlijk en figuurlijk trekken aan het verkeersslachtoffer en op het feit dat door 'medische beoordelaars' als ook door verzekeraars nogal ondoorzichtelijke taal wordt gebezigd, waardoor het voor een slachtoffer onmogelijk is te volgen waar het over gaat.

Een tweede categorie knelpunten betreft de duur van de behandeling.

Binnen deze categorie betreft een aantal knelpunten weer het handelen van de verzekeraar van de tegenpartij. Door vier verkeersslachtoffers wordt gemeld dat de tegenpartij met allerlei tactieken het schaderegelingsproces vertraagt. Een ander knelpunt is het feit dat na het vaststellen van een voorschotregeling de betaling door de verzekeraar zeer lang achterwege blijft.

Anderen wijzen niet zozeer een van beide procespartijen als oorzaak voor de vertraging aan, maar stellen de lange duur als zodanig aan de kaak. Door drie verkeersslachtoffers wordt als knelpunt aangegeven dat een definitieve regeling pas na zeer lange tijd (respectievelijk 4½, 5 en 6½ jaar) tot stand komt. Een ander geeft aan dat tijdens het schaderegelingsproces weinig anders gebeurt dan dat beide partijen de hakken in het zand zetten zonder tot resultaten te komen. Ook wordt door een slachtoffer als knelpunt ervaren dat de door de verzekeraar van de tegenpartij aangewezen keuringsartsen pas na 3 respectievelijk 12 maanden een keuring kunnen en willen verrichten.

Een laatste knelpunt bij de lange duur van de behandeling betreft een specifieke procedure in het geval van een buitenlandse veroorzaker. De afhandeling van deze verkeerschade loopt via Buro Motorrijtuigenverzekeraars, die dit uitbesteedt aan een schaderegelingsbureau: het slachtoffer in kwestie merkt op dat de procedure daarmee wel heel erg langdurig en ingewikkeld is.

Een cluster van knelpunten in de behandelingsprocedure van het verzekeringswezen betreft klachten met betrekking tot de bejegening. Twee ervan betreffen de gang van zaken rond de medische beoordeling van de zaak (de keuringsarts of medisch beoordelaar lijkt de zaak niet serieus te nemen). Twee knelpunten hebben betrekking op de wijze waarop de verzekeraar van de tegenpartij naar een verkeersslachtoffer optreedt: in één geval wordt het slachtoffer verweten de schuld te hebben aan het trage verloop van de schaderegeling, in een ander geval richt de verzekeraar van de tegenpartij zich op een verbaal agressieve en dwingende wijze tot het slachtoffer om binnen 1 week een verklaring van eigen schuld te ondertekenen.

Tenslotte is de verzekeraar naar de mening van een slachtoffer onattent geweest bij de schadeafhandeling door het eigen risico bij hem in rekening te brengen in plaats van dit direct te verhalen op de tegenpartij.

Twee knelpunten bij de behandeling hebben te maken met de objectiviteit rond de afhandeling van de schade. In één zaak werd vooral op het verhaal van het slachtoffer 'doorgezaagd', terwijl het verhaal van de tegenpartij nagenoeg intact bleef. In een ander geval werd vooral getwijfeld aan de onpartijdigheid van de door de tegenpartij ingeschakelde medische expert.<sup>7</sup>

Bij twee knelpunten is de privacy van het slachtoffer tijdens de behandeling in het geding: een verzekeringsmaatschappij van de tegenpartij die het slachtoffer liet schaduwen door een detectivebureau dat zich daarbij bediende van een videocamera en een verzekeringsmaatschappij die gegevens bij oude werkgevers en medici van het slachtoffer wilde lichten zonder expliciet duidelijk te willen maken wat de relevantie daarvan was voor de schadeafhandeling.

Een aantal knelpunten heeft betrekking op andere aspecten in de behandeling. In één geval twijfelt het verkeersslachtoffer aan de deskundigheid van een medewerker van een rechtsbijstandsverzekeraar tijdens de schaderegeling (deskundigheid)<sup>8</sup>. In een ander geval wil de rechtsbijstandsverzekeraar niets doen omdat getuigen ontbreken; het verkeersslachtoffer krijgt uiteindelijk toch een advocaat na een beroep op de geschillenregeling.

Twee andere punten betreffen de regelgeving bij de (materiële) schadevergoeding: in één geval vergoedde de verzekeraar van de tegenpartij slechts de dagwaarde van de auto bij total-loss en werd moeilijk gedaan over het vergoeden van een leenauto, in een ander geval weigerde de verzekeraar een vergoeding voor diensten van huisgenoten (extra zorg en thuisverpleging).

Een volgend knelpunt werd aangedragen door een verkeersslachtoffer dat 7 medische keuringen onderging door steeds verschillende keuringsartsen.

Een laatste blok betreft knelpunten die meer algemeen van aard zijn en op de behandeling van de schadezaak door verzekeraars (meer specifiek de verzekeraars van de tegenpartij) betrekking hebben. Twee respondenten wijzen op de dwang die door de verzekeraar van de tegenpartij wordt uitgeoefend om tot een schikkingsregeling te komen (onder dreiging van het inschakelen van een expertisebureau dan wel van een langdurige afhandeling).

Drie respondenten refereren weer aan algemene vertragingstactieken die door verzekeraars worden gehanteerd. Genoemd worden het pas na lange tijd opnemen van de schade, het tijdens een lopende schaderegeling inschakelen van een bemiddelingsbureau en het weigeren van medewerking waardoor de zaak voor de rechter uitgevochten moet worden.

Twee knelpunten verwoorden een en ander iets anders: de verzekeringsmaatschappijen voeren een

---

<sup>7</sup> Dit wordt versterkt door een knelpunt dat stelt dat de onafhankelijkheid van medische experts niet vaststaat voor slachtoffers.

<sup>8</sup> Een ander slachtoffer stelt de deskundigheid bij zijn rechtsbijstandsverzekering ook aan de kaak.



voor het slachtoffer belastend spel van loven en bieden op en het ontbreekt het slachtoffer aan middelen om op deze verdragingsstakiek van verzekeringsmaatschappijen invloed uit te oefenen.

Er resteren twee knelpunten. De één betreft het feit dat de voorschotregeling als zeer minimaal en onbevredigend wordt ervaren. De ander stelt aan de kaak dat redelijke termijnen volledig lijken te ontbreken in het schaderegelingsproces, evenals regels met betrekking tot de erkenning van het slachtofferschap in gevallen waarin getuigen ontbreken (gedoeld wordt op het feit dat met de vaststelling van de aansprakelijkheid het slachtoffer zich eerst 'met recht' gedupeerde mag noemen).

### *Aanbevelingen*

De in de panels geformuleerde aanbevelingen kunnen worden gerubriceerd in aanbevelingen met betrekking tot:

- de informatieverzameling en -voorziening gedurende een schaderegelingsproces;
- het schaderegelingsproces;
- het vergoedingensysteem;
- de belangenbehartiging;
- de medische bewijsvoering en keuringen bij letselschade en
- de bejegening.

Verzekeraars moeten ervoor zorgen dat bij de aanvang van een schaderegelingsproces altijd een tijdige mededeling aan betrokken partijen wordt gedaan; in elk geval moet de melding van het schadegeval worden bevestigd en moet een dossiernummer en contactpersoon bekend gemaakt worden.

In de fase van de aansprakelijkheidsstelling zou zorgvuldig door verzekeraars moeten worden aangegeven op grond van welk materiaal de schuldvraag is vastgesteld (motivatieplicht). Hierbij wordt opgemerkt dat dit ook te maken heeft met de zorgvuldigheid van bewijsverzameling door de politie (zie hiervoor ook de paragraaf strafrecht). Bij de informatieverzameling om tot de vaststelling van aansprakelijkheid te komen (door een aantal slachtoffers ervaren als 'erkenning van het slachtofferschap') dient alle informatie tegen het licht van de 'feiten' te worden gehouden: alle getuigen en partijen moeten gelijkelijk en adequaat worden gehoord.

In het verdere verloop van de schaderegelingsproces of de afhandeling in het kader van een ongevalverzekering zou een verzekeringsmaatschappij het verkeersslachtoffer actief en duidelijk behoren te informeren over wat de mogelijkheden zijn (voorlichting op maat). Ongevalverzekeraars zouden snel en actief tot een uitkering moeten komen en niet moeten wachten op juridische gewaarmerkte informatie over de verhaalbaarheid van de schade op de tegenpartij. De rol van het verkeersslachtoffer zou door een actieve informatievoorziening veel meer die kunnen worden van een direct betrokkene die recht heeft op afschrift van alle stukken uit het schaderegelingsproces. Nogal eens wordt er naar het gevoel van de slachtoffers bij de informatieverzameling voor de vaststelling van de schade inbreuk gemaakt op de privacy van het slachtoffer. Zij pleiten er dan ook voor om in regelgeving het slachtoffer mogelijkheden voor ingrijpen te geven (dan wel bestaande mogelijkheden voor ingrijpen duidelijker te maken). Bij het opvragen van schriftelijk materiaal over het slachtoffer zou altijd een motivatie gegeven moeten worden waarom de gevraagde gegevens noodzakelijk zijn. Een degelijk verzoek voor inzage zou via het slachtoffer of diens onafhankelijke vertegenwoordiger moeten geschieden; verzekeringsmaatschappijen zouden wat terughoudender moeten zijn bij privacygevoelige informatie.

Een gevoelig punt is de inbreuk op de privacy door het laten schaduwen van slachtoffers door detectivebureaus; dat gaat volgens de verkeersslachtoffers veel te ver en vraagt om regelgeving.

Veel aanbevelingen die ten aanzien van het verzekeringswezen werden gedaan vragen om een

grondige herziening van het schaderegelingsproces in het belang van het slachtoffer. Daarbij worden zaken genoemd als: sneller, efficiënter, duidelijker, een snellere eindregeling en meer samenwerking en afstemming tussen betrokken personen en functionarissen. De verkeersslachtoffers in het panel geven aan dat daarbij meer moet worden meegewogen dat zij niet om hun slachtofferschap hebben gevraagd en dat het bij het regelen van de schade om mensen gaat.

Door de respondenten wordt aangegeven dat er ook wettelijke termijnen zouden moeten komen voor de afhandeling van letselschade door verzekeraars. Zolang die er niet zijn zou via afspraken tussen of richtlijnen voor verzekeraars (rol voor het verbond van verzekeraars) termijnen moeten worden vastgelegd. Voor het verkeersslachtoffer zouden deze termijnen ook afdwingbaar moeten zijn door een beroeps- of arbitrageprocedure.

Verder zou er volgens de deelnemers een soort ethische code (gedragsregels) moeten komen voor en door verzekeraars; als die ethische code er al is (branche-afspraken) dient die te worden aangescherpt.

Ten aanzien van de voorschotregeling wordt opgemerkt dat voorschotten gespecificeerd verstrekt zouden moeten worden; een (voor slachtoffers handzame) manier zou kunnen zijn een systeem in te voeren waarbij de door het verkeersslachtoffer te maken onkosten op declaratiebasis (vooraf declaratieposten vastleggen) vergoed worden. De belangenbehartiger van het verkeersslachtoffer zou daarbij een intermediaire rol kunnen vervullen. In dat geval zou een overzicht kunnen worden geboden via een nog te ontwikkelen schadestaat.

Verder zou volgens de respondenten in het verzekeringsrecht de verplichting tot het treffen van een voorlopige financiële regeling moeten worden vastgelegd.

Ten aanzien van de afhandeling van schade veroorzaakt door een buitenlandse automobilist door het Buro Motorrijtuigen merken verkeersslachtoffers op dat het streven erop gericht zou moeten zijn 'schijven' in de afhandeling van de schade tegen te gaan; het Buro zou zelf schadezaken zoveel mogelijk moeten afhandelen. Overigens merken zij op dat het goed is dat er een dergelijke voorziening is.

Een aantal aanbevelingen richt zich op verbeteringen van elementen binnen het vergoedingensysteem zoals dat door verzekeraars wordt gehanteerd. Allereerst wordt verzekeraars gewezen op de benodigde coulantie ten aanzien van de eigen risico problematiek: in plaats van het verschuldigde eigen risico in rekening te brengen bij het slachtoffer zou deze bij een aansprakelijke tegenpartij dienen te worden verhaald. Wellicht dat daarvoor een betere communicatie tussen verschillende afdelingen bij verzekeringen noodzakelijk is.

De regeling rond vergoeding van autoschade (vergoeding op basis van restwaarde en het feit dat er soms lastig wordt gedaan over een vervangende (huur-)auto) zou door verzekeraars nog eens moeten worden doorgelicht en verbeterd; daarbij zou een verkeersslachtoffer de mogelijkheid moeten hebben op een contra-expertise. Duidelijke en actieve informatie op dit punt is gewenst.

Ook het feit dat door verzekeraars moeilijk gedaan wordt over het verstrekken van een vergoeding van diensten van huisgenoten (thuisverpleging, extra zorg) is voor verbetering vatbaar.

Vertegenwoordigers van de eigen verzekering dienen zich volgens verkeersslachtoffers veel meer op te stellen als belangenbehartigers en moeten het slachtoffer zoveel mogelijk 'uit de wind' houden. In dat verband wordt ook het belang van een onafhankelijke belangenbehartiger onderstreept die de zaak 'vertaalt' voor het slachtoffer. In die zin is een belangenbehartiger voor het slachtoffer een informatiemakelaar.

Een ander punt betreft zaken waarin een rechtsbijstandsverzekeraar niks wil doen voor een slachtoffer in verband met de (ver)haalbaarheid van de claim: in gevallen van onenigheid zou een slachtoffer altijd recht moeten krijgen op een second opinion door een advocaat, op kosten van de rechtsbijstandsverzekeraar; de geschillenregeling van rechtsbijstandsverzekeraars zou op dat punt verruimd



kunnen worden.

Naar aanleiding van de gemelde negatieve ervaring met de deskundigheid van medewerkers bij rechtsbijstandsverzekeraars wordt aanbevolen de functie-eisen van deze medewerkers bij te stellen en aan te scherpen.

Tenslotte zou er volgens verkeersslachtoffers meer persoonlijk contact moeten zijn in een schaderegelingsprocedure tussen belangenbehartiger (verzekeringsvertegenwoordiger of ingeschakelde schaderegelaar) en het slachtoffer om daarmee de mogelijkheden voor het slachtoffer om invloed uit te oefenen op en te reageren naar de belangenbehartiger te vergroten.

Er zou volgens de verkeersslachtoffers een onafhankelijk instituut van (gespecialiseerde) keuringsartsen moeten komen. De vraag daarbij is wie daarvoor zou moeten zorgen: de verzekeraars zelf (afspraken) of de overheid (regelgeving). Daarbij zou ook moeten worden voorzien in een beroepsmogelijkheid om tegen de beoordeling in beroep te gaan.

Tevens werd aangegeven dat artsen soms lijken 'bij te schnabbelen' als keuringsarts, wat zou moeten worden voorkomen: er moet worden gewaakt voor de kwaliteit van de keuringen. Een vraag die in dat verband boven komt is of de tarieven wel interessant genoeg zijn om te specialiseren als keuringsarts. Slachtoffers geven aan dat het voor hen belangrijk zou zijn als zij bij de keuringen ook altijd iemand mogen meenemen; het betreft weer een roep om controleerbare objectiviteit.

De keuringen dienen verder aan redelijke termijnen (bijvoorbeeld maximaal 1 maand na aanvraag) te worden gebonden; vertraging op dit punt moet worden voorkomen.

Ook het aantal te verrichten medische keuringen in het kader van de vaststelling van de schade zou een maximum moeten worden gebonden; te denken is aan het bundelen van noodzakelijke keuringen. Ook zou een oplossing kunnen zijn om voor het schaderegelingsproces één medisch dossier voor alle betrokkenen te maken vanaf het moment van het ongeval.

Een laatste punt van verkeersslachtoffers: wat is nu wel en niet medisch/verzekeringstechnisch noodzakelijke en relevante informatie? Op dit punt zou er meer dan nu duidelijkheid moeten komen door afspraken of regelgeving. Slachtoffers krijgen in de huidige situatie soms het gevoel dat zij teveel in hun privacy geschonden worden doordat verzekeraars zeer uitgebreid informatie over medisch- en arbeidsverleden inwinnen.

Ten aanzien van de bejegening wordt door slachtoffers opnieuw het belang aangegeven van een persoonlijke benadering; voor slachtoffers kan zo'n benadering voor het herstelproces heel belangrijk zijn.

Om die bejegening te verbeteren zouden verzekeraars er volgens slachtoffers goed aan doen om via het trainen van medewerkers een gedrags- of houdingsverandering na te streven. In aanvulling daarop bevelen zij aan dat door verzekeraars een gezamenlijke code zou moeten worden opgesteld voor de bejegening van bij schaderegelingen betrokkenen.

Het inzetten van al te onervaren krachten bij verkeersslachtoffers met letsel wordt ontraden. Volgens de respondenten zouden onervaren krachten tijdens een inwerkperiode door een ervaren kracht (mentor) moeten worden bijgestaan; daarmee zou aan slachtoffers die zich bij de verzekeraar melden goede diensten worden bewezen.

Ook zou het volgens verkeersslachtoffers een goed idee zijn als verzekeraars cliëntenpanels zouden instellen. Naast bejegeningaspecten zouden in deze panels ook andere zaken aan de orde kunnen komen.

### **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

#### *Knelpunten*

De door verkeersslachtoffers geformuleerde knelpunten binnen de arbeidssector en sociale verzekeringen zijn met name te vinden in de behandelingsprocedure. Opvallend is daarbij het grote

aantal knelpunten dat verband houdt met bejegening.

De knelpunten die te maken hebben met bejegeningaspecten kunnen worden verdeeld in knelpunten ten aanzien van de werkgever, knelpunten ten aanzien van medische begeleiding gedurende de ziekteperiode en knelpunten ten aanzien van uitvoeringsinstanties en keuringsartsen.

Een knelpunt betreft het feit dat een leidinggevende van een verkeersslachtoffer zich zeer resoluut opstelt. De leidinggevende toont geen begrip, doet het letsel af als een probleem van het slachtoffer en eist onmiddellijke hervatting de werkzaamheden door het slachtoffer.

Een tweede knelpunt betreft het feit dat de werkgever na hervatting van de werkzaamheden door een verkeersslachtoffer niet wenst mee te werken aan flexibele inroostering van werkuren; deze flexibele inroostering was voor het slachtoffer noodzakelijk voor reïntegratie.

Drie keer werd als knelpunt genoemd dat de bedrijfsarts of ARBO-dienst een verkeersslachtoffer te weinig tijd gunt voor herstel. In één geval werd het verkeersslachtoffer weer aan het werk gestuurd direct na eerste controle, in een ander geval werd het slachtoffer onder dreiging met korting op de ziekte-uitkering gedwongen aan het werk te gaan.

Een ander knelpunt betreft het feit dat een verkeersslachtoffer zich door de ARBO-dienst onder druk gezet voelde om aan traumabegeleiding te gaan doen.

Verder leverde het feit dat een ARBO-arts een verkeersslachtoffer op krukken uitnodigde op een kantoorbezoek een knelpunt. Een huisbezoek was passender geweest.

De houding van een uitvoeringsinstelling ten opzichte van verkeersslachtoffers leverde vier knelpunten op. Twee ervan betreffen het feit dat de Whiplashklachten in het geheel niet serieus genomen werden, hetgeen in een geval leidde tot een afkeuring voor minder dan 15%.

Een ander verkeersslachtoffer meldt dat de algehele bejegening door het GAK als onplezierig en niet passend werd ervaren.

Weer een ander kreeg van een uitvoeringsinstelling letterlijk te horen dat men ervan uitging dat hij de boel belazerde.

Een knelpunt dat daarop aansluit is dat een verkeersslachtoffer bij een andere uitvoeringsinstantie zeer grote achterdocht ten aanzien van het letsel ontmoette.

Twee knelpunten betreffen het optreden van keuringsartsen die werkzaamheden verrichtten in het kader van de uitvoering van de sociale verzekeringen. In het ene geval stelde de keuringsarts zich onattent op en werden wederom de klachten van het verkeersslachtoffer niet serieus genomen: de keuringsarts legde tijdens het gesprek niks schriftelijk vast en na de eerste beoordeling was een telefonisch herkeuring voldoende voor het vaststellen van een ander percentage arbeidsongeschiktheid.

In het andere geval werd het verkeersslachtoffer door de keuringsarts behandeld alsof zijn verhaal helemaal niet waar zou zijn.

De overige knelpunten hebben bijna alle betrekking op uitvoeringsinstanties en keuringsprocedures voor de sociale verzekeringen.

Drie ervan raken aan verschillende tijdsaspecten in de behandeling:

de wachttijd bij bezoeken aan de betreffende uitvoeringsinstelling zijn erg lang, de uitvoeringsinstelling zorgt door een enorme administratieve rompslomp (na veel tijd voor plaatsing van een verkeersslachtoffer op een gewenste cursus; de keuring door de bedrijfsvereniging vindt pas na 15 maanden plaats).

Vier knelpunten betreffen het aspect van de objectiviteit tijdens de behandelingsprocedure.

Tweemaal is als knelpunt genoemd dat de bedrijfsvereniging of uitvoeringsinstelling (schriftelijke) beloften over herintreding en arbeidsbemiddeling niet nakomt. Eenmaal wordt als knelpunt aangemerkt dat de uitvoeringsinstelling de rapporten en oordelen van medisch specialisten van het slachtoffer negeert en een oordeel velt dat bijna contra is aan het oordeel van die specialisten.

Bij één knelpunt is de objectiviteit van de ARBO-dienst in het geding: het verkeersslachtoffer heeft het gevoel dat de ARBO-dienst in feite niet geïnteresseerd is in zijn verhaal, dat verhaal niet meeneemt en daardoor ook niet objectief werkt.

Drie knelpunten richten zich op samenwerkingsaspecten in de behandeling. In een geval is het voor een verkeersslachtoffer vervelend dat er steeds wisselende medewerkers zijn bij de uitvoeringsinstelling. In een ander geval werken de medewerkers volledig langs elkaar heen. Het derde geval betreft een verkeersslachtoffer aan wie de WAO/AAW-uitkering (in verband met 2 verschillende betrekkingen) op 2 plekken wordt uitgekeerd en deze daardoor niet goed loopt.

Het aspect van communicatie/informatie tijdens de behandeling levert twee knelpunten op. In één geval wordt op basis van de aanvraag van een aanpassing van een huis slordig, slecht en indirect gecommuniceerd: de beoordeling geschiedt op grond van indirecte informatie, op basis van ervaring zonder dat informatie van de aanvrager wordt betrokken bij de beoordeling waardoor bij voortduring verkeerde vragen worden gesteld.

Het tweede knelpunt betreft de beoordelingen door een uitvoeringsinstantie: deze zijn volgens het verkeersslachtoffer in kwestie steeds ongefundeerd: nooit worden argumenten gegeven voor de betreffende beslissingen.

Daarop sluit het knelpunt aan dat de beoordeling van een uitvoeringsinstantie als ondeskundig wordt aangemerkt. Tijdens de beoordeling blijkt dat de betreffende arbeidsdeskundige geen relevante ervaring heeft voor de functie en slechts kan oordelen op berichten van medici.

Resteren drie knelpunten in de behandeling die meer algemeen van aard zijn.

- de medische keuring verloopt heel slordig en wordt steeds verschoven in verband met tijdgebrek;
- de uitkeringsinstantie verhaalt de kosten voor de uitkering niet op de tegenpartij terwijl dat voor het verkeersslachtoffer in kwestie belangrijk zou zijn;
- de betaling van de uitkering verloopt stroef (het verkeersslachtoffer moet elke maand bellen).

Twee van de resterende knelpunten raken vooral aan het aspect van regelgeving. Voor een verkeersslachtoffer leidde de uiteindelijke herkeuring voor de AAW tot een arbeidsongeschiktheidspercentage van 80-100% voor het oorspronkelijke beroep, maar voor minder dan 25% voor de overige beroepen, waarmee de uitkeringsverplichting verviel.

Een ander heeft het verkeersslachtoffer erg wrang gevonden in verband met het bezit van een eigen huis.

Twee andere knelpunten gaan over de slechte bemiddeling door de uitvoeringsinstantie bij pogingen tot herintreding (met name deskundigheid) en het feit dat herintreding met een ziekte moeizaam verloopt: begeleiding daarbij ontbreekt volgens het slachtoffer in kwestie vrijwel geheel.

Ten aanzien van de registratie bij een uitvoeringsinstelling wordt opgemerkt dat deze zeer rommelig en gebrekkig was; de informatie was zeer onvolledig waardoor medewerkers steeds dezelfde vragen stelden.

Verder levert ten aanzien van de melding volgens één van de slachtoffers het ontbreken van één loket bij de bedrijfsvereniging in de uitvoering een knelpunt op.

### *Aanbevelingen*

Volgens de paneeldeelnemers kunnen de procedures rond ziekmelding worden verbeterd: de afspraken in het kader van ziekmelding (en herstel) moeten nog eens tegen het licht worden gehouden en worden geprotocolleerd.

Een aanbeveling die daarop aansluit richt zich op ARBO- en bedrijfsartsen: er zou meer oog moeten zijn voor de belangen van verkeersslachtoffers. Zo kan meer tijd dan door de werkgever gewenst nodig zijn voor reïntegratie. Ook de werkgevers zouden coöperatiever kunnen zijn en medewerking verlenen aan het opstellen van een reïntegratieplan samen met de ARBO- of bedrijfsarts en het verkeersslachtoffer.



Ook bedrijfsverenigingen en uitvoeringsinstellingen zouden meer dan nu actief betrokken moeten zijn bij en werk moeten maken van pogingen tot arbeidsreïntegratie, outplacement en het bemiddelen bij cursussen. Daarover zouden in breder verband afspraken gemaakt moeten worden.

Om de herintreding van individuele verkeersslachtoffers verder te verbeteren zouden contacten tussen ARBO-diensten, uitvoeringsinstellingen, huisarts en behandelend medisch specialisten gelegd moeten worden.

De deskundigheid bij uitvoeringsinstellingen en keuringsartsen over Whiplash/hoofdletsel en ander ingewikkeld letsel zal volgens de paneldeelnemers moeten worden vergroot, evenals deskundigheid over het begrip 'restcapaciteit' na hoofd- en nekletsel.

Op het individuele niveau van de verkeersslachtoffers moet steeds worden gestreefd naar een goede medische diagnosticering van het lichamelijk letsel en zou onnodige psychologisering van lichamelijk letsel (met name hoofd- en nekletsel) moeten worden voorkomen. Daartoe is vergroten van deskundigheid als hiervoor genoemd noodzakelijk.

Het realiseren van één aanspreekpunt voor bedrijfsverenigingen en uitvoeringsinstellingen zou de toegankelijkheid volgens verkeersslachtoffers vergroten.

Ook binnen uitvoeringsinstanties zal moeten worden gewerkt aan het vergroten van de toegankelijkheid en de inzichtelijkheid. Uitvoeringsinstelling zouden moeten zorgen voor één dossier en één of hooguit twee contactpersonen per verkeersslachtoffer.

Het bestaande medische dossier van een verkeersslachtoffer zou als een uitgangspunt/basis voor het te vormen dossier kunnen worden genomen; het medische dossier zou dan steeds gemotiveerd een rol dienen te spelen bij de argumentatie van een beoordeling.

Verder zou moeten worden gestreefd naar onafhankelijke keuringen en keuringsartsen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het zou inzichtelijk gemaakt moeten worden wat een medische rapportage in het kader van de sociale verzekeringen precies inhoudt (standaardisering), zodat deze voor verkeersslachtoffers te volgen is. Slachtoffers zouden bij de keuringen recht moeten hebben op inzage en wijziging via een second opinion/beroepsmogelijkheid. Beslissingen van uitvoeringsinstellingen zouden beter dan nu gebeurt beargumenteerd moeten worden; en tegenstrijdige interne oordelen moeten worden voorkomen.

Over gedrags- en houdingsaspecten merken de paneldeelnemers op dat de betrokkenheid van keuringsartsen bij de problematiek van verkeersslachtoffers kan worden verbeterd: de keuringsarts kan het slachtoffer beter informeren en steun verlenen.

Bij medewerkers van uitvoeringsinstellingen zou een gedrags/houdingsverandering moeten plaatsvinden door training. Ook zou de deskundigheid ten aanzien van de problematiek van verkeersslachtoffers moeten worden vergroot om zo een achterdochtige en defensieve houding te voorkomen. Daarbij werd ook opgemerkt dat er meer aandacht moet zijn voor het gevoel van schaamte om een uitkering aan te vragen.

Slachtoffers moeten door actoren in de arbeidssector en de sociale verzekeringen als volwaardig worden beschouwd en niet worden gekleineerd; dat vraagt van alle actoren een open en servicegerichte houding.

Uitvoeringsinstellingen zouden van de paneldeelnemers meer werk mogen maken van het regresrecht. De wetenschap dat de schade uiteindelijk bij de veroorzaker wordt verhaald speelt soms een



belangrijke rol in de verwerking.

Een en ander leidde ook tot de vergaande aanbeveling dat wellicht zou kunnen worden nagedacht over de suggestie om alle verkeersschade via civiele/verzekeringsrecht af te handelen: één regeling voor alle schade van het verkeersslachtoffer waarbij 'de vervuiler betaalt'.

Tenslotte zou de gang van zaken rond aanpassingen in verband met invaliditeit kunnen worden verbeterd: het realiseren van één loket en het zorgen voor één dossier en één contactpersoon zou zeer welkom zijn.

## **Medische sector**

### *Knelpunten*

Binnen de medische sector betreft het grootste deel van de knelpunten de behandelingsprocedure. Opvallend is dat een deel van de genoemde knelpunten nogal praktisch van aard is.

Drie knelpunten in de behandelingsprocedure betreffen de samenwerking tijdens de medische behandeling. In één geval is de samenwerking en overdracht tussen specialisten in een ziekenhuis aan de orde: het door de neurochirurg op grond van geconstateerd nekletsel gegeven oordeel wordt genegeerd door andere specialisten (pas na 1 jaar vindt revalidatie plaats). In een ander geval krijgt het verkeersslachtoffer met twee wedijverende specialisten aan bed te maken die beide de operatie willen verrichten.

Het derde knelpunt betreft een tijdens het vervoer naar het ziekenhuis niet gehonoreerde ziekenhuiskeuze van een verkeersslachtoffer.

Drie knelpunten gaan over de bejegening tijdens de behandeling: in twee gevallen wordt door een specialist de lichamelijke klacht (Whiplash respectievelijk dystrofie) niet serieus genomen. In het derde geval is geen oog voor het feit dat het verkeersslachtoffer voor revalidatie recht tegenover de plaats van overlijden van zijn bij het ongeval betrokken echtgenote komt te liggen.

Twee knelpunten raken aan het deskundigheidsaspect bij medische behandeling. Bij een verkeersslachtoffer wordt een preventieve trombosebehandeling vergeten (2 weken bedlegerigheid). Een ander verkeersslachtoffer wordt door de huisarts naar huis gestuurd zonder dat er aandacht besteed is aan klachten over nekletsel.

Er zijn twee knelpunten genoemd die betrekking hebben op communicatie en informatie bij de behandeling. In één geval miste het verkeersslachtoffer informatie vooraf over twee (achteraf toegepaste) behandelmethoden voor gecompliceerd beenletsel.<sup>9</sup> In een ander geval werd de operatie zonder nadere informatie aan het slachtoffer verzet van de middag naar de avond.

Een knelpunt dat hierop aansluit en meer de objectiviteit aan de kaak stelt is de inconsequentheid in visies op de behandeling van Whiplash: de ene behandelaar adviseert het slachtoffer in kwestie een warme doek om de nek te dragen terwijl een ander een zak met ijs voorschrijft.

De andere knelpunten ten aanzien van de behandeling zijn de lange wachttijden zonder adequate informatie aan betrokkene (duur), het feit dat een slachtoffer op behandeling door een Whiplashteam drie maanden moet wachten (toegankelijkheid), het ontbreken van privacy in het ziekenhuis en de

---

<sup>9</sup> Uiteindelijk leidt de behandeling daarvan tot langdurige ingrepen van drie specialisten en een negatief resultaat.

maximale huurperiode voor medische hulpmiddelen bij de kruisvereniging (regelgeving).

De knelpunten die verder zijn genoemd hebben betrekking op:

- de procedure voor bijstand (ontbreken van aandacht voor eerste psychosociale opvang van verkeersslachtoffer en de opvang van familie door het ziekenhuis);
- de klachtprocedure (specialist reageert niet op klachtbrief verkeersslachtoffer met een toelichting op diens visie op de behandeling en de feiten);
- de verwijzingsprocedure (specialist weigert verkeersslachtoffer voor revalidatie te verwijzen).

Tenslotte worden nog twee knelpunten genoemd waarin de lange wachttijden in het ziekenhuis en de slechte gehele informatieverstrekking door het ziekenhuis worden geïdentificeerd.

### *Aanbevelingen*

In de aanbevelingen klinkt vooral door dat binnen ziekenhuizen de communicatielijnen moeten worden verbeterd. Het praktische gaat daarbij enerzijds om de externe communicatie: er moet aan verkeersslachtoffers (en patiënten in het algemeen) duidelijke informatie worden verstrekt over allerlei aspecten van de behandeling, het beschikbaar zijn van verschillende behandelmethoden (ook als dat door een andere arts of in een ander ziekenhuis moet gebeuren). Ook over praktische zaken zoals het verschuiven van het tijdstip van operaties en de wachtlijstproblematiek dient duidelijke informatie voorhanden te zijn.

Anderzijds bevelen verkeersslachtoffers (die nogal eens met verschillende specialisten te maken hebben) aan om de interne communicatie te verbeteren. De behandelend specialisten dienen elkaar op de hoogte te houden van de verschillende behandelingen. Ook zouden specialisten bij ingewikkeld letsel waar nodig, in elk geval veel vaker dan nu gebeurt, een collega-specialist moeten raadplegen. In aanvulling op deze aanbevelingen geven verkeersslachtoffers aan dat zowel de interne communicatie als de externe communicatie naar de patiënt gebaat zou zijn met het komen tot één (zorgvuldig bijgewerkt) medisch dossier per patiënt (en niet per behandeling of behandelaar). Patiënten zouden recht moeten hebben op inzage in en op afschrift of van (delen van) dit dossier, ook indien zij voor behandeling naar specialisten elders willen.

Een ander aspect van de externe communicatie betreft de aanbeveling dat, zeker bij ingewikkeld letsel, de huisarts altijd direct geïnformeerd moet worden over aard en gevolgen van het letsel. Dat letsel zou eventueel ook persoonlijk (telefonisch) besproken moeten worden met de huisarts.

De huisarts zou voor een verkeersslachtoffer een vertrouwenspersoon moeten zijn en daarom goed geïnformeerd.

Verkeersslachtoffers geven aan dat in die situaties waarin specialisten lichamelijke klachten van slachtoffers niet serieus nemen of weigeren te behandelen er altijd de mogelijkheid zou moeten zijn van een hernieuwde verwijzing door de huisarts. Ook daarin komt de vertrouwenspersoonfunctie van de huisarts voor verkeersslachtoffers naar voren.

De paneldeelnemers zijn van mening dat als een specialist een verwijzing weigert voor een revalidatie het voor verkeersslachtoffers altijd mogelijk zou moeten zijn buiten de specialist om een revalidatieconsult te krijgen.

Een aanbeveling is verder dat de arts- en ziekenhuiskeuze van slachtoffers altijd gehonoreerd zou moeten worden. Ten aanzien van de artskeuze zou duidelijke informatie beschikbaar moeten zijn over de mogelijkheden.

Ook zou er volgens verkeersslachtoffers meer rekening gehouden moeten worden met de privacy in ziekenhuizen; bij een verblijf dat langer duurt dan bijvoorbeeld één week zou een één- of tweepersoonskamers beschikbaar moeten zijn.

Een andere aanbeveling van verkeersslachtoffers is dat er in alle ziekenhuizen een opvangprotocol zou moeten zijn voor (verkeers)slachtoffers waarin aandacht wordt besteed aan onder meer psychosociale nazorg en zorg voor de praktische gevolgen thuis doordat een slachtoffer in het ziekenhuis is beland.

Er moet volgens verkeersslachtoffers specifiek voor mensen met een Whiplash een centrum komen voor Whiplash-patiënten waaraan psychologen, fysiotherapeuten, en verschillende specialisten verbonden zijn. Dat centrum zou vooral moeten functioneren als een kenniscentrum. Volgens de verkeersslachtoffers is een rol voor patiëntenverenigingen weggelegd om zich daarvoor hard te maken. Verder zou het voor 'spoedeisende' verkeersslachtoffers met een Whiplash altijd mogelijk moeten zijn door het reeds bestaande Whiplashteam bij voorrang behandeld te worden; een wachtlijst van 3 maanden is in die gevallen te lang.

### **Psychosociale hulpverlening**

#### *Knelpunten*

Op dit terrein zijn door verkeersslachtoffers verreweg de minste knelpunten geformuleerd. Het soort knelpunten doet echter vermoeden dat de psychosociale opvang van verkeersslachtoffers in zijn algemeenheid voor verbetering vatbaar is want weinig toegankelijk.

Ook over de Buro's Slachtofferhulp is een aantal knelpunten geformuleerd, die in dit kader toch het vermelden waard zijn. Een verkeersslachtoffer meldt dat het Buro Slachtofferhulp nooit contact heeft opgenomen terwijl dat zeer gewenst was. Een ander geeft aan dat er een gebrek aan voorlichting is over de mogelijkheden van slachtofferhulp. Ook wordt door een verkeersslachtoffer aangegeven de indruk te hebben dat bij een aantal Buro's Slachtofferhulp sprake is van een gebrek aan kennis van zaken op het terrein van de opvang van verkeersslachtoffers, die wezenlijk anders is dan de opvang van slachtoffers van misdrijven.

De knelpunten die werden genoemd ten aanzien van de psychosociale sector zijn in feite alle een indicatie voor de gebrekkige psychosociale opvang van verkeersslachtoffers.

Eén verkeersslachtoffer heeft het volledig ontbreken van psychosociale opvang gedurende de eerste 6 maanden na het ongeval als knelpunt ervaren; een ander slachtoffer kreeg pas na jaren naar aanleiding van de dood van een familielid ook voor het verkeersongeval psychosociale begeleiding. In dat geval weigerde de huisarts eerder medewerking om het verkeersslachtoffer (met hersenletsel) te verwijzen naar een gedragstraining.

Een vierde knelpunt betreft het volledig ontbreken van aandacht voor de psychosociale gevolgen van allerlei praktische regelzaken waar een verkeersslachtoffer mee te maken krijgt.

Het vijfde knelpunt betreft het feit dat een instelling voor algemeen maatschappelijk werk zich niet aan de afspraken houdt: nadat een eerste afspraak werd afgezegd is door het verkeersslachtoffer nooit meer iets van de maatschappelijk werker vernomen.

#### *Aanbevelingen*

Slachtofferhulp zou zich meer moeten profileren als eerste opvangmogelijkheid voor verkeersslachtoffers en informatie over de Buro's Slachtofferhulp zou standaard aan alle verkeersslachtoffers moeten worden verstrekt. Slachtofferhulp zou actief contact moeten zoeken met verkeersslachtoffers; als hulp niet direct gewenst is zou bijvoorbeeld een afspraak gemaakt kunnen worden om na een maand nog eens terug te bellen.

Verder zouden de Buro's Slachtofferhulp meer oog moeten hebben voor de grenzen aan eigen deskundigheid. In elk geval vraagt opvang van verkeersslachtoffers volgens de deelnemers om een specialisatie en zouden de Buro's veel meer een intermediaire functie kunnen vervullen naar andere deskundigen.

Daarbij zou de koppeling kunnen worden gelegd met de hierna te noemen professionele basisvoorziening. De Buro's zouden daarnaar kunnen verwijzen; verkeersslachtoffers zouden te allen tijde ook zelf terecht moeten kunnen bij deze professionele basisvoorziening.

Een aanbeveling uit de panels wijst in de richting van een professionele basisvoorziening voor de psychosociale opvang van verkeersslachtoffers. De huisarts zou voor de toegang tot die basiszorg een belangrijke rol moeten vervullen als vertrouwenspersoon; de huisarts dient ook in dit verband weer direct te worden ingeschakeld en goed geïnformeerd te zijn als iemand uit zijn/haar eigen huisartsenpraktijk verkeersslachtoffer wordt.

De aanbeveling is verder dat binnen de basisvoorziening aandacht moet zijn voor zowel de lichamelijke, psychosociale als ook de praktische gevolgen van een verkeersongeval en voor de onderlinge samenhang in deze gevolgen.



## Bijlage hoofdstuk 5A: Resultaten panels met verkeersslachtoffers

Voor de celcoderingen (cel nr.) zie bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten. Eerste panel:

Uitspraak / knelpunt	Cel nr.	Aanbevelingen
----------------------	---------	---------------

### Strafrecht

1 Frustratie in verband met niet afgerond zijn strafzaak na twee jaar	B2	Ernstig verkeersongeval moet zorgvuldig en in redelijke termijn afgehandeld worden
2 Advocaat verdachte en OvJ erg gefixeerd op positie en situatie verdachte	X4	Recht op weerwoord slachtoffer (meer dan toeschouwer). OvJ moet zorgvuldige rechtsgang actief bevorderen & weerwoord leveren (waar nodig) op betoog verdediging
3 OvJ blaast drie dagen voor hoger beroep zitting af	B99	Zo'n beslissing moet veel eerder -en gemotiveerde- beide partijen (VD+SO) bereiken + wat je daar eventueel aan kunt doen
4 Brief Nationale Ombudsman n.a.v. klacht over justitie, na twee maanden nog geen reactie	B3	Snel bericht van ontvangst + informatie geven over verdere procedure
5 Politie werkt SO in vervolcontact alleen nog tegen en geeft ondanks verzoek geen vervolginformatie	B3	Politie behoort schadelijgende partij(en) alle medewerking te geven die nodig is voor schadeverhaal (maar wel onpartijdig, zie aanbeveling bij 11)
6 Politie wil personalia tegenpartij niet afgeven	C10	Zie aanbeveling bij 5
7 Politie maakt te snel schadestaat op (al op ziekbed)	A5	Zie aanbeveling bij 12
8 Politie wijst niet op (gewenste) hulpmogelijkheden	H99	Politie hanteert standaardprocedure met verplichte af te werken punten (W.O. SOH-verwijzing) + bij geen bezwaar SO - SOH in seince + standaard antwoordkaart + check na paar dagen op meer punten
9 Politie verleent ter plekke van het ongeval geen bijstand aan slachtoffer (fietser)	B4	Eén van de eerste zorgen van de politie ter plekke moet uitgaan naar betrokkenen en ook de verkeersveiligheid -zorg voor betrokkenen- Proces-verbaal minst belangrijk direct na ongeval
10 Politie staat getuigen niet toe verklaring in eigen woorden te doen	C8	Politie dient altijd uit te gaan van eigen verklaring getuige en niet te sturen (evt. schriftelijke verklaring of opname geluid)
11 Politie doet uitspraak over schuldvraag ten gunste van tegenpartij	B8	Mag de politie nooit doen, goede uitleg over wat hun rol is (nl. vaststellen verkeersovertreding)
12 Politie neemt te snel (in ziekenhuis) verklaring slachtoffer af	A5	Politie checkt bij ziekenhuis - SO bij verpleging of SO verklaring kan afleggen + wijst op herzieningsmogelijkheid (ondertekening pas achteraf)
13 Inzien eigen verklaring bij politie kost geld	C10	SO zou altijd recht moeten hebben op inzage en wijziging eigen verklaring
14 SO mag van politie eigen afgelegde verklaring niet meer wijzigen zitting (pas later)	C10	Zie aanbeveling bij 13. Door SO aangedragen info toevoegen aan dossier of gemotiveerd aangeven waarom niet relevant

15 Politie geeft op informatievragen van SO zeer vage antwoorden

B6 Politie moet zorgvuldig met informatievragen SO omgaan + adequaat beantwoorden. Bereikbaarheid: vast aanspreekpunt, eventuele checkmogelijkheid bij verbalisant als dat aanspreekpunt een ander is.

## Civiel Recht

16 SO krijgt geen hulp bij ontslagbrief door bureau voor rechtshulp, want (om andere redenen) al advocaat

D10 BvR had SO veel geïnformeerder terug kunnen verwijzen naar advocaat

## Verzekeringswezen

17 Schaderegelaar tegenpartij houdt zaak lang aan het lijntje

B5 Grondige herziening van het schadereglingsproces: sneller, efficiënter, dienstverlening, duidelijkheid, snelle eindregeling, adequate belangenbehartiging, minder conflict, meer samenwerking, voorkomen (onnodige) leedtoevoeging, SO's vragen hier niet om, het gaat wel om mensen!

18 Eigen ongevallenverzekeraar geeft slachtoffer geen informatie

B6 Verzekeringsmaatschappij behoort actief te informeren over wat ze kunnen (alle polissen nagaan) Ongevallenverzekering idem (actief) + snelle afhandeling (niet wachten op verhaal + partij)

19 Aansprakelijkheidsverzekering tegenpartij ligt dwars; niks loopt soepel (vb1: pas na 8 maanden schade aan auto opgenomen; vb2:weigert ziekenhuisdeclaratie te erkennen; vb3: geeft geen duidelijkheid over afhandeling letselschade)

B99 Zie aanbeveling bij 17

20 Verzekering tegenpartij vergoedt slechts dagwaarde auto bij total-loss en doet moeilijk over leenauto

B2 Landelijke regeling moet nog eens overwogen worden (mogelijkheid van onderhandelen met schade-expert + mogelijkheid van contra-expertise - in elk geval actieve info)

21 Rechtsbijstandsverzekeraar: eerste contact met zeer onervaren jurist, onkundig over mogelijkheden

A1 Oppassen met inzet onervaren krachten bij VO met letsel (mentorsysteem?)

22 Aansprakelijkheidsverzekeraar tegenpartij: ligt voortdurend dwars en houdt via bemiddelingsburo alles tegen

B99 Zie aanbeveling bij 17

23 Rechtsbijstandsverzekeraar nalatig en nooit meer iets van vernomen

B6 Zie aanbeveling bij 17

24 Aansprakelijkheidsverzekeraar tegenpartij is heel traag in behandeling schade

B5 Zie aanbeveling bij 17

25 Aansprakelijkheidsverzekeraar geeft weinig informatie: o.a. voorschotten zonder specificatie

B6 Specificatie voorschotten altijd of op declaratiebasis onkosten declareren (veel duidelijker) via eigen belangen behartiger, overzicht bieden via een schadestaat.

- |    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| 26 | Rechtsbijstandsverzekeraar is weinig betrokken: alles gebeurt schriftelijk en telefonisch moeilijker/onmogelijk om schade te verhalen                                | B6 | Persoonlijke benadering voor SO heel belangrijk, bevordert herstelproces   |
| 27 | Aansprakelijkheidsverzekeraar tegenpartij werkt tegen en vertraagt procedure (vb: wil voorlopig alleen voorschotten uitbetalen)                                      | B5 | Zie aanbeveling bij 17   |
| 28 | Aansprakelijkheidsverzekeraar erkent zonder nadere toelichting slechts 75 % aansprakelijkheid  | B6 | Vaststellen schuldvraag zorgvuldig, inzichtelijk + aangeven op grond van welk materiaal; heeft ook te maken met zorgvuldigheid opstellen PvB door politie. Zorgvuldigheid. |
| 29 | Eigen verzekering is onattent in schadeafhandeling (eigen risico onterecht in rekening gebracht)   | B4 | Bij letselschade SO coulantie over eigen risico op WA-verzekering (fietsen); rekening houden met verhaalbaarheid eigen risico op tegenpartij.                              |
| 30 | Aansprakelijkheidsverzekeraar tegenpartij is agressief en dwingend: binnen 1 week en herhaald daarna brief met verzoek tot tekenen verklaring eigen schuld (fietser) | B4 | Atijd onterecht, correcte bejegening moet code voor zijn of komen.   |

### Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

- |    |   |     |  |
|----|---|-----|--|
| 31 | Bedrijfsvereniging komt schriftelijke belofte over herintreding en arbeidsbemiddeling niet na   | B8  | Betrokkenheid bedrijfsvereniging   |
| 32 | Bedrijfsvereniging: keuring pas na 15 maanden   | B5  | Zie aanbeveling bij 31   |
| 33 | Keuringsarts: onattente houding en klachten niet serieus genomen (vb1: schrijft niets op papier; vb2: telefonische (!) herkeuring leidt zonder problemen tot hoger percentage arbeidsongeschiktheid | B4  | Betrokkenheid keuringsarts moet verbeteren + ook denken vanuit beleving SO (steun geven + goed informeren), standaardregistratie (leesbaarheid/ondubbelzinnig) + mogelijkheid inzage/wijziging |
| 34 | GAK komt beloften over bemiddeling en vinden van werk niet na   | B8  | Duidelijke afspraken maken   |
| 35 | GAK neemt klacht (Whiplash) niet serieus: afkeuringspercentage minder dan 15%   | B4  | Deskundigheid over Whiplash/hoofdletsel/dystrofie e.a. specifieke aandoeningen vergroten (in begrijpelijke taal voor SO). Deskundigheid over restcapaciteit na whiplash vergroten              |
| 36 | WW-betaling loopt stroef: SO moet elke maand bellen   | B99 | Moet gewoon goed lopen. Mag niet voorkomen   |
| 37 | Ontbreken van 1 loket bedrijfsvereniging/ uitvoeringsinstelling   | A6  | Eén aanspreekpunt (overzicht bieden van mogelijkheden) pure noodzaak voor toegang, continuïteit waarborgen   |
| 38 | Steeds wisselende medewerkers bij uitvoeringsinstelling (reorganisatie)   | B3  | Gemakkelijk excuus   |
| 39 | WAO/AAW-uitkering (i.v.m. dubbele baan) loopt niet: uitkeringsinstanties op 2 plekken   | B3  | Afstemming/ één loket/ koppeling   |
| 40 | GAK neemt klacht (whiplash) bijna direct niet serieus   | B4  | Eerst eens goed contact maken met ARBO, specialist en huisarts over klachten SO  |

- |    |   |     |   |
|----|---|-----|---|
| 41 | Zorgvoorzieningen Nederland communiceert slordig. slecht en indirect (vb1: aanvraag beoordeeld o.g.v. indirecte informatie; vb2: doet uitspraken op basis van ervaring in plaats van op basis informatie aanvrager; vb3: stellen bij voortdurende verkeerde vragen) | B6  | Eén dossier + één contactpersoon voor alle vragen rond aanpassingen   |
| 42 | Ondanks positieve ervaring met arbodienst gevoel onder druk gezet te zijn om traumabegeleiding via TLD/Verkeersinstituut te gaan doen (door dwang negatief oordeel over TLD/Verkeersinstituut)  | B4  | Psych. behandeling om niet dwars te liggen, wegnemen druk 'psychische' diagnostisering whiplash + andere langdurig letsel. Fysieke klachten serieus nemen. Geen psychologisering + goede medische diagnostisering. Richtinggevend gevoel meer: wat wil betrokkene?  |
| 43 | Dwingende chef: direct aan de slag, het letsel is jouw probleem   | B4  | Onafhankelijke medische keuring, SO zelf de gelegenheid geven zijn mening zelf op papier te zetten. Medische (tussenontwikkeling) rapportage: Zoveel mogelijk in eigen woorden SO. Beroepsmogelijkheid (sec. op) bij keuring bedrijfsarts, active info daarover! Creëren van ruimte en tijd om vertrouwen te winnen en echt te luisteren  |
| 44 | Bedrijfsarts dwingt SO na eerste controle direct aan het werk te gaan   | B4  | Zie aanbeveling bij 43  |
| 45 | Hoofd interne medische dienst luistert niet naar SO, wil dat hij direct aan de slag gaat en dreigt met korting op ziekte-uitkering  | B4  | Zie aanbeveling bij 43  |
| 46 | Medische keuring verloopt heel slordig en steeds verschoven of geen tijd  | B99 | SO zou recht moeten hebben op eigen tijd om medische keuring aan te vragen (incl. second opinion)   |
| 48 | Medische dienst plus Arbodienst in bedrijf waar SO werkt: gevoel dat men niet objectief werkt/ SO verhaal niet kwijt kan  | B9  | Zie aanbeveling bij 43 - 45   |
| 48 | Werkgever niet flexibel in inroostering werkuren SO   | B4  | Arbo arts moet veel meer oog hebben voor belangen SO bij werk (meer tijd gunnen waar nodig voor reïntegratie). Werkgever moet actief en coöperatief zijn in het opstellen van een reïntegratieplan ism ARBO   |
| 49 | Arbo-arts handelt onnadenkend door uitnodiging kantoorbezoek SO op krukken  | B4  | Stukken lezen / dossier kennis, als je SO uitnodigt. Arbo-arts moet kunnen beoordelen en begeleiden   |
| 50 | Idem: kan/wil SO niet meer tijd gunnen nodig voor herstel   | B4  | Zie aanbeveling bij 47.<br>Klachten procedure bedrijfsvereniging veel te voorgekookt en gestroomlijnd, weinig mogelijkheden om zinvol met klachten om te gaan en te weinig toegankelijk. Erkenning fouten nauwelijks mogelijk. Procedures ziekmelden - protocollen + afspraak. Goede archivering (één dossier, beschikbaar). Reïntegratie in uitvoering op gespannen voet met privacy (info) werkgever) |



## Medische sector

- |  |   |
|--|---|
| 51 Ziekenhuis neemt klacht (whiplash) niet serieus...<br>"SO kan naar huis en kan gewoon werken"   | B4 Ziekenhuisspecialist consulteert waar nodig altijd collega-specialist, slachtoffer gedegen te informeren over toekomstige (on)mogelijkheden en stelt huisarts schriftelijk op de hoogte (evt. persoonlijk contact) en medische gegevens waar nodig bespreken met huisarts. |
| 52 Slechte informatieverstrekking ziekenhuis   | X6 Communicatielijnen binnen ziekenhuis moeten worden verbeterd om patiënt goede informatie te kunnen verstrekken. Mogelijkheid klacht in te dienen op deze gronden.  |
| 53 Lange wachttijden ziekenhuis zonder informatie hierover   | B5 Communicatielijnen binnen ziekenhuis verbeteren; duidelijke informatie en afhandelen wachtlijsten in volgorde van binnenkomst, behoudens spoedgevallen.  |
| 54 Plaats van revalidatie recht tegenover plaats van bij zelfde overleden echtgenote na ongeval  | B4 Andere behandelruimte op verzoek; persoonlijke aandacht voor dergelijke zaken  |
| 55 Operatie zonder nadere informatie verzet van middag naar avond  | B6 Kan gebeuren; maar communicatielijnen binnen ziekenhuis verbeteren; duidelijke informatie op dit punt.   |
| 56 Specialist bagataliseert dystrofieklachten  | B4 Zie aanbeveling bij 59. Melden bij huisarts en eventueel terug- of opnieuw verwijzen   |
| 57 Specialist weigert voor revalidatie te verwijzen  | G4 Het moet mogelijk worden altijd een revalidatieconsult te krijgen waarbij aanbevelingen aan specialist gedaan kunnen worden. Communicatielijnen binnen ziekenhuis verbeteren   |
| 58 Specialist reageert niet op klachtbrief met toelichting op ware feiten van slachtoffer  | F6 Kun je wat anders dan een klacht indienen?   |
| 59 Algemeen: inconsequentheid in visies over Whiplash/patient verdwaalt (vb1: ziekenhuisarts doet whiplash af met advies dragen warme doek en kraag, terwijl chiropractor adviseert ijs op de nek te dragen) | B8 Er moet een centrum komen voor whiplashpatienten met psychologen, fysiotherapeuten, specialisten etc. Een kenniscentrum dus. Rol ook voor patiëntenverenigingen  |
| 60 Whiplashteam: wachtlijst van drie maanden   | B10 Zie aanbeveling bij 58. Soms voorrang kunnen geven aan 'spoedeisende' patiënten   |
| 61 Slechte samenwerking en overdracht tussen specialist en ziekenhuis (vb1: negeren oordeel neurochirurg door andere specialisten; vb2: door slechte samenwerking pas na 1 jaar revalidatie ingezet)         | B3 Zie aanbeveling bij 52.  |

## Psychosociale hulpverlening

- |  |  |
|--|--|
| 62 AMW houdt zich niet aan afspraken: afgezegd, nooit meer iets vernomen | B6 Klacht indienen of via huisarts spelen? |
|--|--|

## Tweede panel met verkeersslachtoffers:

Voor de celcoderingen (cel nr.) zie bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten.

<b>Strafrecht</b>	<b>Cel nr.</b>
1 Politie laat na gefingeerd verhaal tegenpartij over toedracht ongeval goed te verifiëren	B8
2 Politie laat na allerlei relevante gegevens (o.a. opnemen getuigenverklaringen, fasediagram verkeerslichten) bij procesverbaal te voegen	C1
3 Politie heeft geen oog voor civielrechtelijke kant ongeval bij feitelijke en administratieve afhandeling, schadeverhaal SO wordt daardoor belemmerd (veel teveel focus op opsporing/openbare orde)	B1
4 Politie wist ten behoeve van doorstroming verkeer essentiële sporen op de plek van het ongeval	B99
5 Verkeersschouten opereren ondeskundig en tonen gebrek aan kennis	B1
6 Justitie weigert nader juridisch onderzoek te (laten) doen na verzoek van SO	B99
7 Justitie doet zaak naar SO af via simpel telefoontje en komt toezegging voor persoonlijk gesprek niet na	B6
8 Justitie informeert SO niet (schriftelijk) over sepot en verdere mogelijkheden	B6
9 SO van kastje naar de muur gestuurd om te weten te komen of veroorzaker is veroordeeld en wordt niet uitgenodigd voor zitting	B6
10 Justitie geeft geen toelichting op/motivatie voor uitspraak	B6
11 Veel onduidelijkheid bij justitie over procedure om inzage/afschrift van proces-verbaal en vonnis te krijgen (onjuiste toezeggingen)	B6
12 OvJ doet niet terzake doende, onterechte en onjuiste uitspraken over civielrechtelijke mogelijkheden van het slachtoffer	B6

## Civil recht

13 Je moet zelf allerlei dingen gaan bewijzen en je voelt je zelf schuldig terwijl het ongeval je als SO gewoon overkomt	X99
14 Schaderegelaar SO gaat teveel mee in eis tegenpartij tot (schikkings-)regeling onder dreiging procedure	B8
15 Schaderegelaar vraagt van SO heel zielige opstelling tbv schaderegeling; aarzeling bij de zuiverheid van de schaderegeling	B8
16 Schaderegelaar SO vergeet te denken aan verhaal WAO-gat op tegenpartij	B1
17 Schaderegelaar SO specificeert niet wat er uitbetaald wordt aan SO en wat er als 'vergoeding' wordt achtergehouden	E6
18 Grote afhankelijkheid van SO/eisende partij in verkeer van getuigen	X99
19 Als SO draag je in eerste instantie alle financiële risico's	X7
20 Civiele recht gaat uit van gelijke partijen, terwijl verzekeringsmaatschappij veel gehaaider is dan SO	X10
21 Zaak komt voor de rechter: pas na 2 1/2 jaar tussenvonnis	B5
22 Redelijke termijnen voor behandeling in de wet ontbreken	B2
23 Ethiek ontbreekt: ook als advocaat tegenpartij weet dat cliënt liegt hoeft schuld niet erkend te worden	X99
24 Door ellenlange procedure wordt het emotioneel herstel van het slachtoffer belemmerd	B5

## Verzekeringswezen

25 Aansprakelijkheidsverzekeraar tegenpartij (bromfiets) laat geheel niets van zich horen	B6
26 Letselschadespecialist en verzekeraar tegenpartij zetten beide hakken in het zand en er gebeurt behalve briefwisselingen verder niets	B5
27 Verzekeringsmaatschappij tegenpartij schendt privacy slachtoffer	B9
28 Buitenlandse automobilist: zaak afgehandeld door Buro voor Motorrijtuigenverzekeraars, uit handen gegeven aan schaderegelingsbureau, heel ingewikkeld en langdurig	B5
29 Voorschotverstrekking zeer minimaal en onbevredigend	B99
30 Allerlei keuringsartsen trekken voortdurend letterlijk en figuurlijk aan SO	B6
31 Slechte bejegening door vertegenwoordigers van verzekeraars	X4
32 Definitieve schade-uitkering laat 6 1/2 jaar op zich wachten	E5

- |    |  |     |
|----|--|-----|
| 33 | Tegenpartij wijst 2 keuringsartsen aan die zeggen pas na 3 respectievelijk 12 maanden een keuring kunnen verrichten  | B5  |
| 34 | Tegenpartij vertraagt het schaderegelingsproces enorm  | B5  |
| 35 | Keuringsarts negeert SO geruime tijd in wachtkamer zonder toelichting  | B4  |
| 36 | Verzekeringsmaatschappij wil gegevens bij oude werkgevers en medici slachtoffer lichten zonder duidelijk te maken wat relevantie voor ongeval en schadeafhandeling is                            | B10 |
| 37 | Verzekering tegenpartij dreigt met (langdurige) afhandeling schade voor rechtbank als SO niet meewerkt aan (schikkings)regeling  | B99 |
| 38 | Medisch beoordelaar tegenpartij kijkt niet serieus naar de zaak  | B4  |
| 39 | Het schaderegelingsproces duurt ongelooflijk lang: definitieve regeling pas na 5 jaar  | E5  |
| 40 | Verzekeraars en beoordelaars bezigen veel ondoorzichtige taal: gevoel bij SO dat alles over het hoofd heen geregeld wordt  | B6  |
| 41 | Verhaal van getuige van SO wordt doorgezaagd, terwijl verhaal tegenpartij ongeschonden blijft  | B8  |
| 42 | Verzekeraar tegenpartij weigert alle medewerking waardoor SO zaak voor de rechter moet brengen   | B99 |
| 43 | Eigen rechtsbijstandsverzekering wil niks doen omdat getuigen ontbreken; uiteindelijk advocaat gekregen via beroep op geschillenregeling   | B10 |
| 44 | Ondeskundig handelen medewerker rechtsbijstandsverzekering   | B1  |
| 45 | Verzekeraar tegenpartij vertraagt schaderegelingsproces enorm  | B5  |
| 46 | Verzekeringsmaatschappijen voeren voor SO zeer belastend spel van loven en bieden  | X99 |
| 47 | Verzekeringsmaatschappij geeft SO de schuld van traag lopend schaderegelingsproces   | B4  |
| 48 | het ontbreekt SO aan middelen om iets aan vertragingstactiek verzekeringsmaatschappij te doen en daarop invloed uit te oefenen (X99)   |     |
| 49 | Verzekeringmaatschappij weigert vergoeding voor diensten huisgenoten (verpleging, extra zorg) (B99)  |     |
| 50 | 7 keer gekeurd door steeds verschillende artsen (B3)   |     |
| 51 | Ondoorzichtig of keuringsartsen werkelijk onafhankelijk zijn (X8)  |     |
| 52 | Verzekeraar tegenpartij schakelt expertisebureau in en zet SO onder druk om accoord te gaan met voorstel tegenpartij (B99)   |     |
| 53 | Eigen verzekeraar wisselt niet alle stukken uit met SO/houdt stukken achter (B6)   |     |
| 54 | Schaderegelaar/verzekeraar SO legt schadeclaim op tafel zonder SO erin te kennen (B6)  |     |
| 55 | Na accoord tegenpartij met voorschotregeling blijft betaling ervan heel lang uit (B5)  |     |
| 56 | Schaderegelaar handelt teveel vanuit dossier zonder SO werkelijk te spreken (B6)   |     |
| 57 | Definieue regeling pas na 4 1/2 jaar (E5)  |     |
| 58 | Medische expert ingeschakeld door tegenpartij analyseert niet 'onpartijdig' (B8)   |     |
| 59 | Redelijke termijnen ontbreken volledig in schaderegelingsproces, evenals duidelijke regels met betrekking tot de erkenning van het slachtofferschap, met name wanneer er geen getuigen zijn (X2) |     |

## Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 60 | AAW-uitkering (zelfstandige): uiteindelijke herkeuring arbeidsongeschiktheid: 80 - 100 % voor oorspronkelijke beroep, minder dan 25 % voor overige beroepen: uitkeringsverplichting vervalt (X2) |  |
| 61 | Slechte bemiddeling door GAK bij herintredingspogingen (D1)  |  |
| 62 | Solliciteren met een ziektegeschiedenis verloopt zeer moeizaam; nagenoeg ontbreken van begeleiding in vinden van nieuw werk (D99)  |  |
| 63 | Slechte bejegening door het GAK (B4)   |  |
| 64 | Geen uitkering want eigen huis: voelt in een situatie van SO-schap heel wrang (X2)   |  |
| 65 | GMD behandelt SO alsof het verhaal helemaal niet waar is (B4)  |  |
| 66 | GAK-medewerkers werken langs elkaar heen (B3)  |  |
| 67 | Lange wachttijd bij bezoek aan GAK (B5)  |  |
| 68 | Zeer grote achterdocht bij behandelend medewerkers (B4)  |  |
| 69 | Beoordeling GAK zeer ondeskundig: arbeidsdeskundige heeft geen relevante ervaring voor functie maar oordeelt op berichten van medici (B1)  |  |
| 70 | Beoordeling GAK ongefundeerd: nooit argumenten gegeven voor beslissingen (B6)  |  |
| 71 | Rommelige dossiervorming GAK: gebrekkige informatieverzameling waardoor medewerkers steeds dezelfde vragen stellen (C99)   |  |
| 72 | GAK negeert rapporten en oordelen van medisch specialisten SO en oordeelt bijna contra (B8)  |  |
| 73 | SO wordt letterlijk te verstaan gegeven dat GAK ervan uitgaat dat hij de boel belazert (B4)  |  |
| 74 | WAO-uitkeringsinstantie verhaalt kosten voor uitkering niet op tegenpartij terwijl dat voor het slachtoffer heel belangrijk was (B99)  |  |

75 GAK zorgt door enorme administratieve rompslomp pas na heel veel tijd voor plaatsing SO op cursus (B5)

### **Medische sector**

- 76 SO wil naar ander ziekenhuis buiten regio, ambulance brengt SO naar ziekenhuis binnen regio, zonder te overleggen (B3)
- 77 Ontbreken van informatie over twee behandelmethoden voor gecompliceerd beenletsel (werd het slachtoffer pas veel later duidelijk (B6)
- 78 Twee artsen aan bed in ziekenhuis die beide operatie willen doen (B3)
- 79 Zeer langdurige behandeling van een gecompliceerde beenbreuk door verschillende specialisten leidt uiteindelijk voor slachtoffer tot negatief resultaat (B99)
- 80 Achterwege blijven van behandeling trombose ondanks 14 dagen ziekenhuisbed (B1)
- 81 De maximale huurperiode van medische hulpmiddelen bij de kruisvereniging is tekort (B2)
- 82 Ontbreken van aandacht voor de eerste psychosociale/emotionele opvang en opvang familie in het ziekenhuis (D1)
- 83 Plaatsvervangend huisarts stuurt na klachten over nekletsel SO gewoon naar huis ("kijk maar hoe het gaat") (B1)
- 84 Lange wachttijden in ziekenhuis (X5)
- 85 Gebrek aan privacy bij langdurig ziekenhuisverblijf (B9)

### **Psychosociale hulpverlening**

- 86 Volledig ontbreken van psychosociale ondersteuning eerste 6 maanden na ongeval (B99)
- 87 Geen aandacht voor psychosociale gevolgen van alle praktische regelzaken (X1)
- 88 Huisarts weigert te verwijzen voor gedragstraining SO met hersenletsel (G4)
- 89 SO wordt pas jaren na ongeval psychisch opgevangen (na dood moeder) (X99)



## **5.B Vrijwilliger-getuigenissen**

Inleiding, strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector, psychosociale hulpverlening

### **Inleiding**

Vrijwilligers staan vrij dicht bij de belevingswereld van slachtoffers. Net als bij het deelonderzoek dat zich richt op slachtoffers van misdrijven is in dit deelonderzoek een panel samengesteld uit 8 vrijwilligers van in totaal 7 regionale Buro's Slachtofferhulp. Zij zijn gevraagd zoveel mogelijk te reageren en te denken uit het perspectief van de slachtoffers. Als voorbereiding op het panel is gevraagd of zij de belangrijkste knelpunten wilden noteren waarmee slachtoffers van verkeersongevallen worden geconfronteerd en wat mogelijke aanbevelingen zijn ter verbetering van de genoemde problemen. Tijdens het vrijwilligerspanel is alleen op die knelpunten ingegaan die in het (eerste) panel met vrijwilligers over slachtoffers van misdrijven nog niet aan de orde waren gekomen. Aangezien het subsysteem strafrecht geen nieuwe knelpunten opleverde blijven daar ook de aanbevelingen achterwege.

### **Strafrecht**

#### *Knelpunten*

Net zoals in de panelgesprekken met verkeersslachtoffers zelf naar voren kwam, noemen de medewerkers van Buro's Slachtofferhulp met betrekking tot het strafrecht veel knelpunten op het gebied van 'communicatie en informatie'. Zowel politie als justitie is onachtzaam in het verstrekken van informatie over het verloop van een zaak aan het slachtoffer of aan diens vertegenwoordiging (Slachtofferhulp). Voorts wordt vermeld dat politie-medewerkers soms slecht bereikbaar zijn voor het slachtoffer indien deze informatie wenst over zijn zaak. Ten aanzien van de registratie wordt aangegeven dat deze ofwel veel tijd in beslag neemt: aangiftes zouden vaak lang blijven liggen; ofwel dat de inzage in het proces-verbaal voor het slachtoffer lastiger te verkrijgen is dan voor (de advocaat van) de tegenpartij.

Verder zou de politie niet consequent zijn in het doorverwijzen naar Slachtofferhulp.

### **Civiel recht**

#### *Knelpunten*

De knelpunten die aan de orde komen met betrekking tot dit subsysteem betreffen een aantal, tijdens het onderzoek al eerder opgetekende, meer of minder algemene, klachten: het civiel recht is een te langdurig en een te onzeker traject; slachtoffers hebben geen idee van de kosten die hen mogelijk te wachten staan binnen een civiele procedure; de kosten van een civiele procedure zijn te hoog.

Daarnaast wordt een drietal knelpunten genoemd die nog niet eerder aan de orde kwamen. Het eerste raakt aan de toegankelijkheid van het civiel recht: omdat slachtoffers 'verhaal halen' te weinig als hun goed recht beschouwen, laten zij het, vaker dan wellicht gewenst is, na om een civiele procedure te starten. Dit knelpunt zou vooral spelen binnen kleinere gemeenschappen en indien slachtoffer en veroorzaker bekenden van elkaar zijn.

Het tweede raakt eveneens de toegankelijkheid van dit subsysteem, maar dan in twee zeer specifieke situaties: de betrokkenheid bij een verkeersongeval, hetzij als veroorzaker, hetzij als slachtoffer, van

stateloze burgers. In dit geval betreft het een incident dat zich voordeed op het terrein van een asielzoekerscentrum: het verkeersslachtoffer leed grote schade maar kon, aangezien de veroorzaker een stateloze burger was, geen verhaal halen.

Het derde knelpunt is, evenals het eerstgenoemde, niet zozeer een tekortkoming van het subsysteem als zodanig, maar heeft wel betrekking op de positie van slachtoffers binnen civiele procedures: sommige slachtoffers worden niet adequaat bijgestaan omdat zij hun zaak toevertrouwen aan onvoldoende ter zake kundige juristen of zelfs aan niet-professionals.

### *Aanbevelingen*

Ten aanzien van het knelpunt 'bekend zijn met het recht op het halen van verhaal' wordt het volgende aanbevolen: Slachtofferhulp heeft een taak om het slachtoffer hierin goed te informeren. Aan cliënten van de Buro's moet duidelijk worden gemaakt dat het verhalen van schade een zakelijke aangelegenheid is en gerechtvaardigd, ook al gaat het om een bekende.

Als mogelijke oplossingen voor het verhaal- en het aansprakelijkheidsprobleem bij stateloze burgers wordt gesuggereerd:

- Stel van overheidswege, niet per asielzoekerscentrum maar landelijk of per gemeente, een fonds in: vergelijkbaar met het waarborgfonds, maar dan met een ruimere clausule.
- Zorg als overheid voor een collectieve verzekering voor alle stateloze burgers.

Om te voorkomen dat slachtoffers zich binnen het civiel recht laten bijstaan door ondeskundige personen moet de voorlichting worden verbeterd:

- Slachtoffers kunnen worden gewezen op de onlangs opengestelde Nationale Letsel Telefoon.
- Slachtoffers moeten worden gewezen op het belang van deskundige bijstand en bijvoorbeeld op het bestaan van gespecialiseerde letselschade-advocaten.

## Verzekeringswezen

### *Knelpunten*

Door vrijwilligers gesignaleerde knelpunten binnen dit subsysteem betreffen veelal het verzekeringswezen als geheel of de procedure 'behandeling' in zijn volle breedte.

Rangschikking van de door de deelnemers genoemde knelpunten naar aspecten toont een brede overeenkomst met het type knelpunten dat door de slachtoffers zelf werd genoemd. Zo wordt een naar verhouding groot aantal knelpunten aangegeven op het gebied van de informatievoorziening aan het slachtoffer: in de eerste plaats zijn de polisvoorwaarden te lang en te ingewikkeld; verder wordt de afstand tussen de verzekeringsmaatschappij en het verzekerde slachtoffer in zijn algemeenheid te groot geacht; daarnaast wordt tijdens de behandeling van de zaak van het slachtoffer met hem of haar te weinig contact gehouden over het verloop van het proces; ook is vaak onduidelijk hoe het geheel zal worden afgehandeld.

Een knelpunt dat nog niet eerder naar voren is gekomen betreft de communicatie met verzekeringsmaatschappijen via tussenpersonen. In een bepaalde situatie bleek dat de tussenpersoon het slachtoffer verkeerd had geïnformeerd: het slachtoffer bleek van de verzekeringsmaatschappij geen vergoeding te krijgen van de door hem gemaakte kosten, dit in tegenstelling tot wat hem was meegedeeld. De tussenpersoon nam voor de gemaakte fout geen verantwoordelijkheid. Het slachtoffer draaide op voor de kosten.

Net zoals bij de slachtofferpanels komt ook de duur van de behandeling en afhandeling, al dan niet in samenhang met de termijn waarbinnen uitbetaling (van voorschotten) plaats vindt, ter sprake. De

afhandeling van zaken duurt naar mening van de respondenten vaak veel te lang. Ook voor de tegenovergestelde situatie, tevens genoemd door slachtoffers zelf, wordt gewaarschuwd: een tegenpartij die de eindafdoening te snel, dat wil zeggen voordat er duidelijkheid bestaat over de 'medische eindtoestand', wil regelen. Het is voor het slachtoffer van groot belang bij de raming van de (letsel-)schade dat hij de mogelijkheid gebruikt om op schrift vast te leggen later nog eens op de zaak terug te kunnen komen. Het komt regelmatig voor dat bepaalde soorten letsel, gevolgen of aandoeningen zich pas vele jaren na dato manifesteren; zelfs een termijn van 16 jaar is in het panel als mogelijkheid genoemd.

Voor wat betreft de moeite die het kost om, vooral bij kleine schadebedragen, uitgekeerd te krijgen waar het slachtoffer recht op heeft wordt een verband gelegd met de objectiviteit of consistentie die door het verzekeringswezen in onvoldoende mate wordt getoond. Een andere zaak die aan dit onderwerp raakt betreft een geval waarin, ondanks het recht op een 50%-claim bij aanrijding van fietsers of voetgangers, door de verzekeraar van de veroorzaker niet werd uitgekeerd, waar het slachtoffer op dat moment recht op had.

Daarnaast wordt ook door de vrijwilligers gewaarschuwd voor het risico op schending van de privacy van het slachtoffer: maatschappijen vragen soms meer (medische) gegevens op over het slachtoffer dan strikt noodzakelijk, terwijl het bovendien in het midden wordt gelaten uit wiens naam deze informatie wordt opgevraagd. In het door een vrijwilliger genoemde geval werd door de tegenpartij aan het slachtoffer een verzoek tot ondertekening van bepaalde stukken gedaan, waarbij het slachtoffer in de veronderstelling was dat hij moest tekenen en eigenlijk niet wist voor wie hij tekende:

- de medisch adviseur van de verzekeraar van de tegenpartij;
- de medisch adviseur van de verzekeraar van het slachtoffer.

Een dergelijke situatie is extra hachelijk wanneer dader en slachtoffer bij dezelfde verzekeringsmaatschappij zijn verzekerd.

De knelpunten genoemd door het vrijwilligerspanel zijn wat algemener geformuleerd dan die genoemd door de slachtoffers zelf. Daarnaast wordt door de vrijwilligers van de Buro's Slachtofferhulp het onderscheid tussen de verzekeraar van de tegenpartij en die van het slachtoffer, zoals dat naar voren komt in de panels met verkeersslachtoffers, minder vaak gemaakt.

### *Aanbevelingen*

De eerste aanbeveling luidt:

- Bevorder dat slachtoffers met letselschade zich wenden tot gespecialiseerde letselschade-bureaus; dit ter voorkoming van overrompeld te worden door de verzekeraar van de tegenpartij, en om het slachtoffer erop te wijzen dat hij gerechtigd is bij de schaderegeling bij het begrip 'medische eindtoestand' het begrip 'voorlopig' toe te voegen.

De tweede aanbevelingen betreft de situatie waarin meer medische gegevens worden opgevraagd dan noodzakelijk is en de identiteit van degene die de gegevens opvraagt onduidelijk is.

Aanbevelingen:

- Machtig wanneer er sprake is van letsel, als slachtoffer, niemand tot het opvragen van medische gegevens behalve de eigen letselschade-advocaat.
- Het verzekeringswezen moet zichzelf ertoe verplichten dat in de contactlegging met het slachtoffer de identiteit (tegenpartij of eigen partij) van de contactpersoon duidelijk is.

Met betrekking tot het knelpunt aangaande de communicatie met verzekeringsmaatschappijen via tussenpersonen worden meerdere aanbevelingen gedaan:

- Stimuleer, via de Nederlandse Vereniging van Assurantietussenpersonen, deskundigheidsbevordering aan tussenpersonen.



- Zorg er voor, als slachtoffer of als ondersteuner van het slachtoffer, dat alles, zoals bijvoorbeeld uitspraken van tussenpersonen, schriftelijk wordt bevestigd.

## **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

### *Knelpunten*

De knelpunten die vrijwilligers voor dit subsysteem noemen bevestigen wel de signalen die werden afgegeven door verkeersslachtoffers zelf. Een voorbeeld: de bejegening zowel door de werkgever als door de medische vertegenwoordiger van de werkgever schiet naar het oordeel van de vrijwilligers vaak te kort. Slachtoffers moeten te snel weer aan het werk of stuiten op onbegrip bij de werkgever, over de tijd die het kost om weer volledig in het arbeidsritme terug te komen.

In het bijzonder vermeldenswaard is de constatering van vrijwilligers over de sterke invloed van Arbo-organisaties. De werkgever is in de situatie dat een bedrijfsarts en een huisarts het met elkaar oneens zijn, volgens de vrijwilligers eerder geneigd om de adviezen van de eerste dan van de tweede op te volgen. Dit is nadelig voor het slachtoffer, omdat die zich gedwongen voelt om eerder in het arbeidsproces terug te komen dan medisch verantwoord is.

### *Aanbevelingen*

Door de vrijwilligers werden voor de beschreven knelpunten geen aanbevelingen gedaan.

## **Medische sector**

### *Knelpunten*

De genoemde knelpunten binnen dit subsysteem betreffen in de meeste gevallen het ziekenhuiswezen en in een enkel geval de huisarts en de keuringsarts. Vrijwel alle knelpunten genoemd door vrijwilligers hebben direct of indirect te maken met informatievoorziening aan slachtoffers, dan wel met de toegankelijkheid van geregistreerde informatie. De algehele conclusie luidt dat er te weinig informatie wordt verstrekt aan het slachtoffer of aan degene die de belangen van het slachtoffer behartigt.

### *Een voorbeeld:*

Het is lastig om een inzicht te krijgen in iemands volledige medische dossier, ook voor het slachtoffer zelf. Dit geldt des te meer wanneer een slachtoffer op verschillende afdelingen heeft gelegen van een ziekenhuis of bij verschillende specialisten onder behandeling is geweest.

Door huisartsen wordt (aan verzekeraars) soms teveel informatie gegeven over het slachtoffer, waardoor de privacy van het slachtoffer in het geding komt.

Een klacht die ook door verkeersslachtoffers zelf is geuit betreft de gebrekkige emotionele eerste opvang in ziekenhuizen, niet alleen van het slachtoffer zelf, maar ook van diens familie.

### *Aanbevelingen*

Met betrekking tot de moeite die het kost om inzicht te krijgen in het volledige medische dossier van een slachtoffer worden de volgende aanbevelingen gedaan:.

- Informeer verplicht verzekerden dat zij het recht hebben op inzicht in hun schadegegevens en adviseer aan de koepel van ziekenfondsverzekeraars (KLOZ) dat notaverstrekking aan de patiënt standaardpraktijk wordt, of tenminste, dat het recht op inzage in nota's actief bekend wordt gemaakt aan verzekerden.



- Laat de afdeling patiëntenzorg van het ziekenhuis een rol spelen in de informatievoorziening rondom het medisch dossier.
- Onderzoek de mogelijkheid om huisartsen dergelijke gegevens te laten verzamelen, in opdracht van het slachtoffer.
- Informeer slachtoffers over het feit dat hun eigen medisch adviseur of letselschade-advocaat toegang heeft over hun medische gegevens.

### **Psychosociale hulpverlening**

#### *Knelpunten*

Over dit subsysteem zijn de vrijwilligers kort en algemeen: de eigen bijdrage is te hoog, de drempel voor dit type hulp is voor ouderen te hoog, de wachtlijsten (bij het Riagg) zijn te lang en de thuiszorg voldoet vaak niet aan de vraag van het slachtoffer. Het laatste knelpunt betreft overigens niet de positie van het slachtoffer maar van de organisatie Slachtofferhulp: Slachtofferhulp wordt door beroepskrachten in deze hulpverlening als verwijzende instantie niet echt serieus genomen.

#### *Aanbevelingen*

Ten aanzien van de positie van Buro's Slachtofferhulp wordt opgemerkt dat het landelijke Buro Slachtofferhulp zich, veel meer dan tot nu toe het geval is, zou moeten beraden op de positie van de organisatie. Er moet worden ingezien dat de organisatie uit de pioniersfase is en men zou een meer bedrijfsmatige aanpak moeten gaan volgen, waarbij aandacht moet zij voor de positionering van de organisatie binne het veld van alle andere partijen.

## Bijlage hoofdstuk 5B: Door vrijwilligers genoemde knelpunten voor verkeersslachtoffers

Voor de celcoderingen (cel nr.) zie bijlage hoofdstuk 2: Procedures en aspecten.

De letters I en S geven respectievelijk aan of uitspraken incidenteel of structureel gedaan werden.

### Strafrecht

		Cel nr.
1	Politie verwijst niet altijd door naar een Buro Slachtofferhulp	S G8
2	Het verkrijgen bij de politie van gegevens rond een ongeval is vaak lastig	S C10
3	Bij een ongeval moet een slachtoffer overal zelf achteraan	S X99
4	Justitie laat vaak na om het slachtoffer de uitspraak van een zaak toe te sturen	E6
5	Aangiftes blijven te lang liggen; het opmaken, op schrift stellen, van proces-verbaal duurt veel te lang	S C5
6	Slachtoffer wordt door politie slecht op de hoogte gehouden van het verloop van de zaak	S B3
7	Verbalisant(en)/ agenten zijn slecht bereikbaar voor een slachtoffer	I/S E10
8	Vaak wordt nagelaten om de datum van een zitting door te geven aan slachtofferhulp	S B6
9	De gedane belofte om op korte termijn een gesprek met getroffen en te hebben, wordt nagelaten	S X4
10	Slachtoffers willen ook graag het proces-verbaal ontvangen. Waarom krijgt een advocaat van veroorzaker dit wel? Niet op tijd opsturen van registratie set / PV	S B6

Aanbeveling: eventueel BSH als gemachtigde de mogelijkheid geven dit op te vragen.

### Civiel recht

11	Te langdurige weg / langdurig traject voordat zaak voor komt	S X5
12	traject is te onzeker voor slachtoffers	S X99
13	Het niet aansprakelijk kunnen stellen van statenloze burgers (azielzoekers)	I X10
14	De kosten van een civiele procedure zijn voor veel slachtoffers te hoog	S X7
15	Slachtoffers hebben geen van te voren vaak geen notie van de kosten die hen te wachten (kunnen) staan bij een civiele procedure	I/S H99
16	Er zijn bureau's en organisaties die klanten binnenhalen zonder dat men gespecialiseerd is in letselschade	I/S D1
17	Slachtoffers er niet altijd toe over om "verhaal te halen", omdat zij dit vaak onvoldoende als hun goed recht zien	I/S X99

### Verzekeringswezen

18	Langdurige afhandeling / tijdsduur van afwikkeling ernstige zaken / tijdsduur, vaak veel te lang	S B5
19	Het doorschuiven van de ene verzekering naar andere verzekering / Als inzittende - speelbal voor verzekeringen	S X3
20	Relatie contactpersoon - verzekerde - verzekeraar	S X6
21	Polisvoorwaarden: te lang en te ingewikkeld	S H6
22	Verzekeraar vaak moeilijk bereikbaar voor client	S X10
23	Onbegrip bij verzekeraars voor positie slachtoffers	S X4
24	Grote afstand in communicatie tussen verzekeraar en slachtoffer	S X3
25	in te vullen schadeformulieren: te lang en te ingewikkeld en te veel	S C10
26	Ondanks de regel 50% claim bij aanrijding van fietsers/voetgangers wordt door verzekeraar niet in alle gevallen uitgekeerd	S X8
27	Medewerkers van buro's slachtofferhulp worden door verzekeraars vaak onvoldoende serieus genomen als gesprekspartner	S X3
28	Er wordt aan het slachtoffer vaak veel te weinig informatie verstrekt over het verloop van het hele proces, met name bij rechtsbijstandsverzekeraars	S X6
29	Maatschappijen zijn slecht in het betalen van voorschotten; daar moet vaak lang op worden gewacht	S B5
30	Informatie over de procedure 'afhandeling' schiet in veel gevallen te kort	S E6

31	Opvragen door verzekeraar (van tegenpartij) van meer medische gegevens dan noodzakelijk is	S	B9
32	Aanvankelijk niet uit willen keren waar slachtoffer recht op heeft (ook) bij kleine schadebedragen	S	B8
33	Tegenpartij wil de eindafdoening vaak snel regelen, dat wil zeggen voordat de medische eindtoestand is afgewacht	S	E5

### Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

34	Te snel weer aan het werk moeten (bedrijfsarts)	S	B4
35	Onbegrip bij werkgever na ongeval	S	X4
35	Moeizame ondersteuning indien nodig	S	D99
36	Werkgever weigert gesprek met medewerker van Buro Slachtofferhulp	S	D3
37	Objectiviteit Arboretgeving: bij tegenstrijdige adviezen van bedrijfsarts en eigen arts volgt de werkgever altijd de bedrijfsarts	I	B8

### Medische sector

38	Moelijk om van ziekenhuisspecialisten van verschillende afdelingen een totaal overzicht te krijgen van je eigen zaak	S	C10
39	Er worden vaak onvoldoende inlichtingen gegeven aan de client	S	X6
40	Ziekenhuizen verlenen vaak geen medewerking wanneer een medewerker van Buro Slachtofferhulp over een client wil praten	S	X3
41	Er wordt door huisartsen aan verzekeraars soms meer informatie gegeven over het slachtoffer dan met betrekking tot het ongeval noodzakelijk is	I/S	C9
42	Keuringsartsen maken aan het slachtoffer hun identiteit vaak niet voldoende bekend (zijn ze er voor de tegenpartij of voor het slachtoffer zelf)	S	B3
43	De emotionele opvang in ziekenhuizen laat te wensen over, dat geldt zowel voor slachtoffers als voor familieleden	I/S	D1
44	Afhankelijk van ziekenhuis/arts worden er aan het slachtoffer ten behoeve van de verzekering geen of te weinig gegevens geleverd	I/S	C10

### Psychosociale hulpverlening

45	Te lange wachttijden / wachtlijsten bij RIAGG	S	X5
46	Eigen bijdrage is voor veel slachtoffers te hoog	S	B7
47	Te hoge drempel, vooral ouderen	S	A10
48	Medewerkers van Buro's Slachtofferhulp worden als verwijzer door beroepskrachten in de hulpverlening vaak niet serieus genomen	S	G10
49	Thuiszorg voldoet vaak niet aan aanvraag van het slachtoffer	S	X99

## 5.C Synthese

Algemeen, strafrecht, civiel recht, verzekeringswezen, arbeidssector inclusief sociale verzekeringen, medische sector, psychosociale hulpverlening

### Algemeen

Allereerst is het verleidelijk om de in het voorgaande verkregen resultaten voor de doelgroep 'verkeersslachtoffers' op hoofdlijnen te vergelijken met die voor slachtoffers van misdrijven. Zie paragraaf 4.C, waarin wordt geconcludeerd:

'Procedures waarin slachtoffers van misdrijven na de eerste opvang mee te maken krijgen zijn vaak lang, onbekend, ondoorzichtig en ambtelijk.

Slachtoffers moeten zelf door die procedures heen zien te komen, en dat in een wereld waarmee zij vóór het incident meestal nooit te maken hebben gehad, én op een moment dat zij extra kwetsbaar zijn. Het is voor de organisaties waar slachtoffers mee te maken krijgen niet makkelijk om het goed te doen. Doordat slachtoffers zich kwetsbaar voelen, kan de geringste fout, vertraging, of onduidelijkheid het slachtoffer al uit het lood slaan'.

Deze conclusie is onverkort eveneens van toepassing op verkeersslachtoffers. Gebleken is, dat het aantal instanties (subsystemen) waar het slachtoffer mee te maken krijgt, bij verkeersslachtoffers meestal groter is dan bij slachtoffers van misdrijven. Met name de verzekeringssector en de arbeidssector, die in de eerste tussenrapportage minder in beeld kwamen dan hier, hebben in het deelonderzoek over verkeersslachtoffers veel nadruk gekregen. Ook deze subsystemen hanteren procedures welke cruciale momenten bevatten waarop de slachtoffers knelpunten ondervinden. Zulke knelpunten zijn bijvoorbeeld: de lange duur van de procedure, gebrek aan informatie over de behandeling en het gevoel onheus bejegend te worden.

De tussenrapportage vervolgt: 'echte 'systeemfouten' (momenten in de procedure waarop het bijna wel mis moet gaan als het slachtoffer niet heel goed de weg kent/gewezen wordt) zijn uit het onderzoek tot nu toe niet gebleken'.

Heeft het onderzoek onder verkeersslachtoffers hier nu verandering in gebracht? In feite nauwelijks. 'Systeemfout' is een zwaar woord, maar wanneer men onder 'fouten' ook momenten verstaat waarop de kans op struikelen voor het slachtoffer groot is, moeten hier twee procedures genoemd worden:

- de aansprakelijkheidskwestie in het schaderegelingsproces van verzekeraars;
- het ontbreken van regels voor 'redelijke termijnen' waarbinnen civiele procedures behandeld dienen te zijn.

De eerste 'fout' komt erop neer, dat het slachtoffer pas als slachtoffer erkend wordt, wanneer er duidelijkheid is over de aansprakelijkheid. Dit is voor een slachtoffer veelal onverteerbaar en zorgt voor veel spanning en onvrede.

De tweede 'fout' betekent voor het slachtoffer: lang wachten, niet weten hoe lang het nog zal duren, en al die tijd een kwellende onzekerheid.

Andere subsystemen hanteren voor procedures wèl een 'redelijke termijn'. Dit blijkt voor slachtoffers uitermate belangrijk. Er is een tijdhorizon aan het wachten gegeven, dat maakt het wachten dragelijk. Laatste algemene conclusie:

De 'fout' zit vooral in de gebrekkige informatie, communicatie, begeleiding en bejegening door de organisaties tijdens de gang die slachtoffers maken door de verschillende procedures'.

Deze conclusies zijn onverkort van toepassing op verkeersslachtoffers. De aspecten 'bejegening' en 'duur' springen er in het bijzonder uit als 'cruciaal'.

Ook het aspect 'communicatie en informatie' moet genoemd worden als cruciaal. Paragraaf 4.C stelt: 'Op de, ogenschijnlijk simpele, aspecten van procedures kunnen algemene kwaliteitseisen worden losgelaten, dat wil zeggen eisen die voor welke organisatie ook geldig zijn. Er bestaan normen en



certificaten voor, zoals de Europese norm EN 45011.

Op dit moment voldoet 'het systeem' als totaal niet aan de eisen van deze norm. Er is, gezien de kwetsbaarheid van de cliënten waar het hier om gaat, reden te over om hard te trekken aan kwaliteitsgroei binnen verschillende subsystemen'.

Deze oproep tot kwaliteitszorg geldt even luid voor verkeersslachtoffers. Daarbij rijst soms de vraag, in hoeverre slachtoffers een specifieke doelgroep van het cliëntenbestand vormen, die extra gevoelig is voor knelpunten, of dat het om een meer algemeen kwaliteitsprobleem gaat, dat het gehele cliëntenbestand van het betreffende subsysteem omvat. Zou het laatste het geval zijn, dan is het probleem aanmerkelijk groter dan hier gesignaleerd. Instrumenten voor kwaliteitsverbetering zouden dan veel breder moeten worden ingezet dan alleen voor de deelgroep 'slachtoffers'.

Onderstaand wordt net als in paragraaf 4.C een samenvatting van de bevindingen gegeven (zie figuur 5.1 t/m figuur 5.6 hierna en per subsysteem een medicatie van de na te streven verbeteringen.

### **Strafrecht**

De samenvatting kan verwijzen naar wat in paragraaf 4.C is gesteld. Figuur 5.1 geeft de matrix die dit bevestigt, zij het dat de gevolgen van falende communicatie en informatie voor slachtoffer en hulpverlener minder frequent zijn dan figuur 4.1 toont.

### **Civiel recht**

De knelpunten genoemd in het civiel recht (figuur 5.2) blijken vooral samen te hangen met de verzekeringspraktijk, die de rechtsgang kan doen slepen en een proactieve bijstand voor het slachtoffer bemoeilijkt. Dit opent ruimte voor ondeskundige bijstand. Toch kan niet worden gesteld dat de vigerende regelgeving knelpunten in de procedure veroorzaakt, ook al beleven slachtoffers het wel zo. Knelpunten voortkomend uit de interactie tussen de subsystemen verzekeringswezen en civiel recht als duur en bewijslast (namelijk 'hij die eist, bewijst') zijn wellicht wel met aanvullende regelgeving op te lossen.

### **Verzekeringswezen**

Zie figuur 5.3. Problemen met informatie aan het slachtoffer, duur en bejegening (en ook wel objectiviteit) hangen samen met het feit dat slachtoffer en veroorzaker niet rechtstreeks met elkaar worden geconfronteerd in de procedure, maar hun wederzijdse verzekeraars. De praktijk zoals deze daardoor is gegroeid is begrijpelijk, maar leidt tot een behandeling die slachtoffers weinig bevredigt. Dat luidt tot veel aanbevelingen hoe verzekeringsmaatschappijen de klantgerichtheid van de behandeling van hun cliënten zouden kunnen verbeteren zonder de eigen rechtspositie te schaden.

### **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

Zie figuur 5.4. De bejegening door werkgever en uitvoeringsinstanties van de sociale verzekeringen worden als het grootste knelpunt opgevoerd. Ze zoeken de voordeligste positie die wettelijk is te verdedigen eerder dan maatschappelijk aanvaardbare oplossingen (de uitvoeringsinstanties schromen betrokken te raken bij arbeidscontractuele implicaties). Zo wordt het dossier belangrijker geacht dan de mens daarachter.

## **Medische sector**

Zie figuur 5.5. Net als in deelonderzoek 1 is de doorzichtigheid van de behandeling van het slachtoffer een knelpunt, waardoor vragen ontstaan over objectiviteit, privacy-bescherming en (interne) samenwerking in de sector, alle leidend tot klachten over de bejegening.

## **Psychosociale hulpverlening**

Zie figuur 5.6. Het geringe aantal knelpunten genoemd bij deze hulpverlening maakt het trekken van enigszins onderbouwde conclusies onmogelijk, maar laat de indruk achter dat deze hulpverlening, alhoewel (vaak) gezocht, voor slachtoffers en andere hulpverleners, nog geen herkenbare vorm heeft gevonden.

Figuur 5.1 Resultaten van twee responsiegroepen van verkeersslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: strafrecht (politie, Openbaar Ministerie, rechterlijke macht)<sup>10</sup>

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding					xx					
B Behandeling	xx	x	xxo	x		xxxxx xxoo		xx		
C Registratie	x				o			x	xxxo	
D Bijstand										
E Exit/nazorg						o				o
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing								o		
H Voorlichting										

<sup>10</sup> Meest voorkomende cellen vet omlijnd (minstens 7x genoemd)

Figuur 5.2 Resultaten van twee responsiegroepen van verkeersslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: civiel recht

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding										
B Behandeling	x	x			xxx			xx		
C Registratie										
D Bijstand	o									x
E Exit/nazorg						x				
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing										
H Voorlichting										



Figuur 5.3 Resultaten van twee responsiegroepen van verkeersslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: verzekeringswezen

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding										
B Behandeling	x	xx	x	xxxx	xxxxx xxxxx o	xxxxx xxxxx x		xxo	xo	xx
C Registratie										o
D Bijstand										
E Exit/nazorg					xxxo	o				
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing										
H Voorlichting						o				

Figuur 5.4 Resultaten van twee responsiegroepen van verkeersslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: arbeidssector inclusief sociale verzekeringen

Aspecten										
Proce- dures	1 Deskun- digheid	2 Regel- geving	3 Samen- werking	4 Bejege- ning	5 Duur	6 Communi- catie & informa- tie	7 Kosten	8 Objec- tiviteit	9 Privacy	10 Toegan- ke- lijkheid
A Melding			xx	xxxxx xxx		xx			x	
B Behande- ling	x		x	xxxxx xo	xxx	x		xxxo		
C Registratie										
D Bijstand	x		o							
E Exit/ nazorg										
F Klachtbe- handeling										
G Doorver- wijzing										
H Voor- lichting										

Figuur 5.5 Resultaten van twee responsiegroepen van verkeersslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: medische sector

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding										
B Behandeling	xx	x	xxxo	xxx	x	xx		x	x	x
C Registratie									o	oo
D Bijstand	xo									
E Exit/nazorg										
F Klachtbehandeling						x				
G Doorverwijzing				x						
H Voorlichting										

Figuur 5.6 Resultaten van twee responsiegroepen van verkeersslachtoffers (x) en één groep van vrijwilligers (o)  
Knelpunten naar procedures en aspecten: psychosociale hulpverlening

Aspecten										
Procedures	1 Deskundigheid	2 Regelgeving	3 Samenwerking	4 Bejegening	5 Duur	6 Communicatie & informatie	7 Kosten	8 Objectiviteit	9 Privacy	10 Toegankelijkheid
A Melding										o
B Behandeling						x	o			
C Registratie										
D Bijstand										
E Exit/nazorg										
F Klachtbehandeling										
G Doorverwijzing	x									o
H Voorlichting										



## Een indicatie van de beoogde verbeteringen per subsysteem

---

### **Straf- en civiel recht**

Geen toevoegingen naast de beoogde verbeteringen genoemd in paragraaf 4.C.

### **Verzekeringswezen**

- De verzekeraar zou het slachtoffer als slachtoffer moeten erkennen ook als de aansprakelijkheidskwestie nog niet is opgelost.
- De deskundigheid van tussenpersonen ten aanzien van behandelingsprocedures zou op een hoger peil moeten worden gebracht, of zij zouden structureel af moeten zien van een rol op dit vlak (zich beperken tot verkoop van polissen).
- De nuttige rol en functie van letselschade-experts voor slachtoffers van verkeersongevallen met letsel zou duidelijker uit de verf moeten komen (directere doorverwijzing). Zie verder paragraaf 4.C.

### **Arbeidssector inclusief sociale verzekeringen**

Uit paragraaf 4.C:

- Er zou veel betere informatie en uitleg over de (dikwijls ingewikkelde) procedures moeten worden geboden.
- Slachtoffers worden in deze sector als iedere willekeurige andere cliënt gezien en behandeld, er is geen oog voor het specifieke van hun situatie.

Deze knelpunten zijn uit het onderzoek bij verkeersslachtoffer gekomen. Achtergrond daarvan is dat de slachtoffers van verkeersongevallen vaker zodanig zwaar letsel hebben opgelopen dat hun toekomst op de arbeidsmarkt in gevaar is.

Het zou goed zijn nogmaals stil te staan bij de mogelijkheden om in de bejegening van cliënten (en slachtoffers in het bijzonder) verbetering te brengen.

### **Medische sector**

Uit paragraaf 4.C:

- 'Er zou meer samenwerking tussen specialisten moeten komen in gevallen van meervoudig letsel. Nu moet het slachtoffer voor elk letsel naar een andere specialist, overal opnieuw inschrijven, wachten, verhaal doen, enzovoort'.

Dit knelpunt is zeer nadrukkelijk ook bij verkeersslachtoffers naar voren gekomen. Achtergrond daarvan is dat het bij verkeersongevallen vaker om meervoudig letsel gaat dan bij misdrijven. Het zou goed zijn nogmaals stil te staan bij de mogelijkheden om in de samenwerking en communicatie tussen medici verbetering te brengen.

Knelpunten, die uit het onderzoek onder verkeersslachtoffers naar voren kwamen (maar die wellicht breder van toepassing zijn):

- het slachtoffer zou meer overzicht moeten krijgen van de medische specialisten over de behandelingen waar hij aan onderworpen is geweest;
- het slachtoffer zou zelf een overzicht moeten krijgen van de bedragen en vergoedingen die voor zijn geval aan de orde zijn geweest, de afwikkeling van de schades van zijn letsel zouden niet meer zo sterk buiten hem om moeten gaan.

## **Psychosociale hulpverlening**

Punten genoemd in paragraaf 4.C zijn in dit onderzoek niet benadrukt.

### **Slotwoord**

Na het eerste onderzoek zijn aan een expert meeting de volgende vragen gesteld:  
(zie appendix 1)

- Zijn de gesignaleerde knelpunten herkenbaar?
- Zijn concrete kwaliteitsverbeteringen realiseerbaar?
- Wie zou deze moeten aankaarten?
- Hoe kan dit het handigst (met meeste kans op succes) worden aangepakt?

Ook voor de expert meeting was dit lijstje de leidraad (zie appendix 2).

De vraag 'Hoe kan dat het handigst?' (de vraag naar de oplossingen) hield bij de voorgaande expert meeting de gemoederen het meeste bezig. In de expert meeting over dit deelproject is daarom de rol van het slachtoffer bij het bedenken van oplossingen meer centraal geplaatst met andere woorden de gedachte samen met de slachtoffers zelf aan de slag'. Dat had tot gevolg dat de verslaglegging van de tweede expert meeting (appendix 2) verschilt van de eerste (appendix 1). Slachtoffers blijken heel creatief in het formuleren en soms in het zelf uitvoeren van oplossingen. Een voorbeeld van een bijna 'zelfdragende' oplossing voor en door slachtoffers is het oprichten van 'lotgenotengroepen'. Dit soort initiatieven zijn beiden nieuwe mogelijkheden om de zelfredzaamheid van slachtoffers op te voeren. De vraag daarbij is of dit het handigst per subsysteem kan worden georganiseerd (bijvoorbeeld in de vorm van een klantenpanel), per slachtoffergroep of voor het systeem en zij slachtoffergroepen als totaal. In de werkwijze voor de voorliggende studies zijn de aanbevelingen door slachtoffers gedaan, gefilterd door de respons van de vrijwilligerspanels, om koren van het kaf te scheiden. Wellicht zijn daardoor oplossingsrichtlijnen gemist.

## **6. SLACHTOFFERS VAN ONVOLKOMEN MEDISCH HANDELEN**

### **6.A Slachtoffer-getuigenissen**

Inleiding, door patiënten ervaren knelpunten in de medische sector, ervaringen van patiënten in andere subsystemen, aanbevelingen van patiënten, bijlage hoofdstuk 6.A: casuïstiek

#### **Inleiding**

Dit hoofdstuk is gebaseerd op de resultaten van interviews met slachtoffers van onvolkomen medisch handelen. De deelnemende patiënten werden geselecteerd uit patiënten, die in de periode september 1997 tot december 1998 een consult vroegen in de second opinion praktijk van de onderzoeker. De hierdoor optredende selectie was onontkoombaar, maar geen bezwaar, gezien het explorerende karakter van deze studie. Patiënten die in aanmerking kwamen voor dit onderzoek hadden op zeer verschillende wijze schade geleden door onvolkomen medisch handelen. De casuïstiek heeft zich gericht op welomschreven en regelmatig voorkomende medische problemen. Grote fouten als het afzetten van het verkeerde been, waarbij evident is dat er over het optreden van secundair slachtofferschap geen twijfel hoeft te bestaan, zijn niet opgenomen in deze studie. Verder is getracht casussen te selecteren waarbij er ook sprake was van ervaringen binnen andere subsystemen. Respondenten die hieraan voldeden bleken slechts in beperkte mate te vinden.

Het kostte bijzonder veel moeite om patiënten bereid te vinden deel te nemen aan deze studie, ondanks de expliciete garanties voor anonimiteit. In totaal is aan 48 patiënten gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. 13 patiënten weigerden direct deelname -3 van deze patiënten waren verwickeld in een juridische procedure en bezorgd over de herkenbaarheid van hun casus en eventueel misbruik van informatie-. Een tweede groep van 17 patiënten, niet verwickeld in een klachtprocedure en bereid hun ervaringen mondeling mee te delen, wilde het probleem niet schriftelijk vastgelegd zien in dit onderzoek. Ook hier bestond angst voor herkenning met repercussies in de toekomst. Desalniettemin leverde de met deze patiënten gevoerde gesprekken gegevens op voor analyse. Slechts 18 patiënten stemden uiteindelijk in met deelname. Van deze 18 patiënten trokken 5 patiënten, nadat zij reeds hadden deelgenomen aan de eerste gesprekken, zich alsnog terug. Ook deze gesprekken leverden gegevens op voor analyse. Bij 1 patiënt werd na twee gesprekken door de onderzoeker besloten deze casus niet op te nemen, daar het niet mogelijk bleek het verhaal als een samenhangend geheel te reproduceren. 2 casussen werden, na afronding van de gesprekken en goedkeuring van het verslag door de betrokkenen, alsnog niet opgenomen in deze studie. In beide gevallen bleek het niet mogelijk te komen tot een heldere en eenduidige interpretatie van het probleem. Uiteindelijk zijn aldus 10 patiënten overgebleven. Van deze 10 patiënten is de casus opgenomen in de bijlage. Gegeven de relatief geringe grootte van deze groep is besloten een casus op te nemen van een van de initiatoren van dit onderzoek (casus 5), alsook een casus uit zijn directe omgeving (casus 10), zie de bijlage. Zo komt het totaal van respondenten in de patiëntengroep op 12.

Met deze 12 respondenten zijn gesprekken gevoerd over het onvolkomen medisch handelen waardoor schade ontstond. Naar aanleiding van deze gesprekken is een verslag gemaakt, dat ter goedkeuring is voorgelegd aan de betrokkene. Tenslotte heeft iedere respondent, onafhankelijk van de onderzoeker, de volgende vragen beantwoord:



Waarin heeft het medisch handelen in hoofdzaak tekortgeschoten?

- Wat is uw advies om de ondervonden schade in de toekomst te voorkomen of te vermijden?
- Is overwogen een second opinion te vragen of is deze gevraagd?
- Wat was hiervan het effect?
- Waardoor wordt de verwerking van het gebeurde het meest belemmerd?
- Heeft de deelname aan dit onderzoek bijgedragen aan de verwerking?
- Zou een toekomstig gesprek met de behandelend arts alsnog bijdragen aan de verwerking?
- Is overwogen een klacht in te dienen of is deze ingediend?
- Waarom wel of waarom niet?
- Welke rol heeft uw huisarts voor u gespeeld in de betreffende periode?

De goedgekeurde beschrijvingen van de casussen zijn integraal weergegeven in de bijlage. Op basis van de beschreven casuïstiek en de schriftelijk gegeven antwoorden is een analyse gemaakt van de knelpunten in het geneeskundig handelen, ingedeeld in een aantal categorieën, te weten: medisch-technisch handelen en vakbekwaamheid (de deskundigheid), organisatie en samenwerking, bejegening, informatie en communicatie, kosten, duur, privacy en zelfstandigheid, regelgeving, objectiviteit en toegankelijkheid.

Daarnaast is, overeenkomstig de in de andere deelonderzoeken (zie hoofdstuk 4 en 5) gevolgde methode, een inventarisatie gemaakt van eventuele ervaringen van patiënten met andere subsystemen, zoals het strafrecht, het civiel recht, de verzekeringssector, de arbeidssector en de psychosociale hulpverlening. De aan deze inventarisatie ten grondslag liggende gedachte is te kunnen komen tot subsysteem overkoepelende aanbevelingen.

### **Door patiënten ervaren knelpunten in de medische sector**

Een overzicht wordt gegeven van de door de patiënten ervaren knelpunten in het medisch handelen, die kunnen leiden of hebben geleden tot secundair slachtofferschap. De knelpunten, ingedeeld in categorieën, worden hieronder globaal beschreven. Een cijfer geplaatst tussen haakjes verwijst naar de betreffende casus zoals vermeld in de bijlage. In deze bijlage zijn ook de casussen aangestipt van de 5 patiënten die in tweede instantie liever niet hun casus opgenomen zagen. (In matrix 1 en 2 van de synthese wordt een volledig overzicht van de genoemde knelpunten gegeven. De letter/cijfer-combinaties in de tekst verwijzen naar cellen van de eerste matrix.)

#### *Medisch-technisch handelen en vakbekwaamheid: de deskundigheid*

Het medisch-technisch handelen blijkt in de casuïstiek veelvuldig suboptimaal of fout en een collectief gebrek aan kritische reflectie op het eigen medisch-technisch handelen en op dat van collegae moet worden vastgesteld. Binnen dit onderzoek wordt melding gemaakt van fouten op het vlak van het stellen van de diagnose, de keuze voor een behandeling en de uitvoering van een behandeling. Een diagnose wordt te traag A1: (5) of te snel A1: (4, 10) gesteld om daarna, zonder excuus en met schade voor de patiënt, te worden gewijzigd A1: (4). Op het vlak van de behandeling de volgende voorbeelden: een operatieve interventie wordt niet volgens de bestaande richtlijnen uitgevoerd, met als gevolg dat een onjuiste operatietechniek wordt gebruikt en een tweede operatie moet volgen B1: (1). Fouten bij het voorschrijven van medicijnen worden regelmatig vermeld: noodzakelijke hormoonsubstitutie wordt niet voorgeschreven B1: (8), de noodzaak van een geleidelijke afbouw wordt door de arts niet onderkend B1: (9), kritische reflectie van de patiënt op het medicijnvoorschrift met behulp van de bijsluiter wordt niet geaccepteerd (11). Slordig en onhygiënisch wordt omgegaan met onderzoeks- en verbandmateriaal D1: (5). Hoewel schijnbaar weinig opzienbarend, blijkt de collectieve omgang met medisch-technische informatie alsook het informeren van en het toestemming vragen aan de patiënt uitzonderlijk onzorgvuldig plaats te vinden. Dat dit punt ook hier wordt



besproken - zie ook onder de hoofdjcs 'samenwerking en organisatie' en 'informatie en communicatie' - heeft te maken met onze opvatting dat het onzorgvuldig omgaan met informatie over, van en aan de patiënt gekenschetst moet worden als niet vakbekwaam gedrag. Overdrachten geschieden onzorgvuldig, klakkeloos wordt door artsen en paramedici informatie van elkaar overgenomen, zonder kritisch naar de patiënt te luisteren en te kijken om tot een eigen oordeel te komen C1: (10, 11, 12). Dit betreft zowel mondelinge als al of niet in de status vastgelegde informatie. Het fenomeen van het klakkeloos overnemen van een diagnose of therapie treedt eerder op wanneer de informatie komt van een meer gespecialiseerde collega D1: (1). Is er één zwakke schakel in de keten D1: (7) én is de informatie fout, dan ontstaan Kafka-achtige situaties D1: (7, 12). Zoals steeds bij gegevensverwerking geldt: "Onzin erin = onzin eruit". Dat de status zelden wordt bestudeerd voorafgaand aan het consult D1: (3) werkt het gevaar van overnemen van eerder gemaakte fouten in de hand. Daar komt nog bij dat het niet van tevoren bestuderen van de status door de patiënt als neerbuigendheid geduid kan worden B4: (3). Dit gevoel van neerbuigendheid wordt tevens ervaren door patiënten en familieleden die onvoldoende geïnformeerd worden: organen worden ongevraagd weggenomen H1: (8, 12), leidend tot symptomen, welke begrepen hadden kunnen worden wanneer de patiënt op de hoogte was gesteld (12) en ook bij orgaandonatie worden organen weggenomen, waarvoor geen toestemming is gegeven H1: (6).

### *Organisatie en samenwerking*

Ongevraagde artsenwisseling D3: (3, 12), op zich al bijzonder storend voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie, gecombineerd met een slordige informatieoverdracht D3: (7, 10), leiden er toe dat de arts onvoldoende op de hoogte is: "Voortdurend kreeg ik een andere gynaecoloog in plaats van de eigen gynaecoloog en de chirurg kwam ik bij toeval tegen in de gang, zodat ik hem gauw nog wat kon vragen" (12). Daar komt bij dat artsen nogal eens een voor de patiënt tot verwarring leidend verschil van mening kunnen hebben D3: (1, 4, 7, 9, 10). Hierover wordt de patiënt geen of onvoldoende uitleg gegeven. Uit bovenstaande blijkt al dat ook op het vlak van organisatie en samenwerking informatieoverdracht een cruciale rol speelt. Centraal binnen de informatieoverdracht staat de kwaliteit van de status en het als behandelaar in voldoende mate bestuderen van deze status. Hier gaat het vaak fout. De status is veelal een rommeltje en incompleet C3: (7, 10, 12). Afspraken met de patiënt worden niet opgeschreven (7), een uitslag (7) of verslagen van overleg ontbreken (10), de te verrichten ingreep wordt onvolledig beschreven, met als gevolg dat heroperatie noodzakelijk is C3: (1) of de arts heeft zelfs de verkeerde status voor zich en refereert aan een eerdere ontmoeting, terwijl de patiënt deze arts niet kent (7). Onder het vorige hoofdje is al gesproken over het belang van het doornemen van de status. Naast de informatieoverdracht binnen een praktijk of instelling loopt soms ook de overdracht van de ene naar de andere instelling moeizaam: gegevens worden niet, ondanks herhaalde verzoeken, doorgestuurd van ziekenhuis naar ziekenhuis (7) en goede afspraken over opvang en begeleiding ontbreken wanneer meerdere instanties een gedeelde verantwoordelijkheid hebben D3: (6). Tenslotte is op het vlak van de samenwerking van belang te vermelden dat er bij niet doorverwijzen niet erg lovenswaardige motieven een rol kunnen spelen C3: (10). Zo kan hier een overdreven eigendunk aan ten grondslag liggen, een niet erkennen van de kennis en kunde van collegae, rancune ten opzichte van collegae of simpelweg financieel gewin. Dit alles heeft niets van doen met het beste voor hebben met de patiënt. Hierbij kan het zijn dat door huisartsen (9) en door medisch specialisten (10) wordt gehandeld in strijd met de vrije artsenkeuze.

### *Bejegening*

De volgende uitspraken zeggen veel over de negatieve wijze waarop respondenten zich soms bejegend voelden: "Ik ben geen ding" D4: (2), "Alsof je een klomp vlees bent" D4: (4), "Patiënten zijn gevallen" D4: (3), "Alsof het om een auto gaat" (3). "Artsen hebben te weinig tijd en aandacht voor de patiënt" D4: (4), "Nemen de patiënt onvoldoende serieus" D4: (5, 11), "Luisteren niet goed" (11), "Het overleggen ging onzorgvuldig" (9) en "Ongevraagd wordt 'je' en 'jij' gezegd" D4: (7). Artsen zijn zich onvoldoende bewust van de consequenties van hun uitspraken (3) en van hun handelen voor de patiënt

D4: (7, 9, 10). Het achterhouden van informatie of een ongelooftwaardige uitleg zijn aanleiding tot grote achterdocht H4: (1, 12). Gemaakte afspraken worden niet nagekomen D4: (6), een operatie wordt, in strijd met de afspraak, verricht door een andere operateur D4: (1), een operatie wordt, in strijd met de afspraak, verricht door de assistent chirurg zonder supervisie (7). Na een gemaakte fout blijft de verantwoordelijke arts buiten beeld (4), zodat de patiënt niet via een gesprek op de medische fout terug kan komen. Een verzoek tot een gesprek over het medisch handelen wordt afgewezen door de arts en leidt tot het indienen van een klacht bij het Medisch Tuchtcollege (11). Soms laten artsen zich tegenover de patiënt kritisch of onheus uit over collegae. Tenslotte worden organisatorische of administratieve fouten soms afgewenteld op de patiënt (7). Wanneer de patiënt kritisch reageert op een gemaakte fout, worden de opmerkingen van de patiënt gewoon genegeerd (5) of wordt de patiënt ten onrechte niet in het gelijk gesteld (7).

#### *Informatie en communicatie (ná de komst van de WGBO)*

De WGBO verplicht artsen informatie te geven over aard, doel, gevolgen en risico's van onderzoek of behandeling, over andere in aanmerking komende mogelijkheden en over de prognose. Ondanks het wettelijk vastgelegd zijn van deze plicht is het ook vandaag de dag nog slecht gesteld met de kwaliteit van de informatieverstrekking. Bewuste of onbewuste onzorgvuldigheden in de informatieverstrekking blijken een van de belangrijkste knelpunten te zijn in het geneeskundig handelen. Te vaak wordt de patiënt niet expliciet gevraagd naar zijn persoonlijke behoefte aan informatie en zijn wensen omtrent deelname aan de besluitvorming H6: (2). De voorlichting van artsen aan de patiënt wordt omschreven als verkeerd, karig of onvoldoende H6: (2, 8, 12), de uitleg is niet zorgvuldig H6: (6, 9), de communicatie is gebrekkig (alle casussen) en veel artsen bouwen geen cumulatieve herinnering op aan de patiënt H6: (3). Zelfs het moedwillig geven van valse informatie komt voor H6: (1). Het regelmatig elkaar tegenspreken van artsen compliceert de toch vaak al onduidelijke situatie aanmerkelijk voor patiënten (3). Het jezelf goed op de hoogte stellen van de literatuur (1) (3) of het meenemen van literatuur naar het consult met de arts (3) leidt tot afwijzing. Hetzelfde geldt wanneer de patiënt zijn eigen diagnose stelt (11). "Artsen borduren liever voort op elkaars diagnose" H6: (11). Een volwaardige communicatie wordt ook in de weg gestaan door het bij artsen en patiënten ingeburgerde idee dat de arts het zelf het beste weet (3). Qua deskundigheid is dit natuurlijk vrijwel altijd ook het geval. Echter, dit idee staat het welgeïnformeerd zelf beslissen door de patiënt na verkregen advies in de weg. Vaak wordt, gemakshalve of uit praktische overwegingen, aan de plicht tot informeren voorbij gegaan. Zo werden bij 3 van de 12 patiënten (25%) ongevraagd en dus zonder toestemming organen weggenomen, waarbij melding achteraf ook nog eens achterwege bleef (6) (8) (12). Bovenstaande kan het beste als volgt worden samengevat: het ontbreekt in de geneeskunde veelvuldig aan een menselijke benadering.

#### *Kosten*

Op dit vlak zijn door de respondenten weinig misstanden gemeld. Een nabestaande ontvangt alle rekeningen van de medische handelingen, verricht in verband met orgaandonatie, waarvoor geen toestemming is gegeven C7: (6). Omdat de huisarts een huisartsgeneeskundige handeling niet wil uitvoeren, moet de patiënt elders deze regelmatig terugkerende behandeling zelf zoeken en betalen D7: (9). Eén van de respondenten was zeer positief: de behandeling in het buitenland werd zonder dat de polis daartoe verplichtte geheel vergoed door de verzekering (10).

#### *Privacy en zelfstandigheid*

Er wordt slordig omgegaan met privacy gevoelige informatie A9: (3), B9: (4) en de behoefte van de patiënt aan privacy wordt gebagatelliseerd, zelfs wanneer de patiënt de arts hierop attendeert B9: (8). Ook tijdens collegiaal overleg in waarneemgroepen wordt onvoldoende de privacy en de door de patiënt in vertrouwen gegeven informatie gerespecteerd: "Een vertrouwelijke relatie wil ik hebben met mijn huisarts, niet met de hele waarneemgroep" D9: (8). In het ziekenhuis wordt de patiënt zijn zelfstandig handelen ontnomen (4) en onvoldoende vertrouwen van de arts in zelfstandig handelen van



de patiënt wordt ervaren als een inbreuk op de kwaliteit van leven B9: (9). Opmerkelijk is dat het tegenovergestelde ook aan de orde kan zijn: de patiënt moet zelf beslissen of er wel of niet geopereerd wordt, zonder dat de chirurg een helder advies wil geven (10).

#### *Regelgeving, duur, objectiviteit, toegankelijkheid*

Om de uitkomsten van deze studie te kunnen vergelijken met die van deelstudie 1 en 2, is ervoor gekozen geformuleerde knelpunten te ordenen in overeenkomstige categorieën: zie matrices hoofdstuk 6.C. Knelpunten ten aanzien van regelgeving, duur, objectiviteit en toegankelijkheid zijn weinig expliciet geformuleerd door de deelnemers:

Regelgeving: bij alle deelnemers ontbreekt het aan de wettelijk verplichte voorlichting, de WGBO wordt veelvuldig niet uitgevoerd, H2. Bij 2 patiënten worden bestaande richtlijnen niet opgevolgd (1) (6).

Duur: voor de meeste casussen geldt dat het traject van aanmelding tot afronding te lang duurt. Gezien de ernst van de aandoening is eenmaal sprake van een te traag diagnostisch proces A5: (5).

Objectiviteit: vier maal is onvoldoende sprake van objectief medisch handelen B8: (7,14), G8: (9, 10).

Toegankelijkheid: een patiënt ondervindt de nadelen van de veel voorkomende kartelvorming van huisartsen: binnen een waarnemgroep bestaat de afspraak geen patiënten van elkaar over te nemen G10: (9).

#### **Ervaringen van patiënten in andere subsystemen**

Van de 12 patiënten hebben 6 patiënten geen contact gehad met andere subsystemen. De ervaringen van de overige 6 patiënten en van 2 in tweede instantie uitgevallen patiënten (zie ook de bijlage) met de genoemde subsystemen worden beschreven.

#### *Strafrecht*

Eenmaal wordt de begeleiding door een letselschade advocaat als zeer positief ervaren (11).

#### *Civiel recht*

Hoewel een civielrechtelijke procedure wordt gewonnen, laat de afhandeling daarvan door de rechter zeer te wensen over. Deze rechter wordt kort na deze procedure op non-actief gesteld (1).

#### *Verzekeringssector*

Een jurist van de ziektekostenverzekering van de patiënt durft geen standpunt in te nemen inzake de afspraken onder huisartsen over het niet overnemen van patiënten van elkaar, hetgeen in strijd is met de wettelijke vrije artskeuze (9). Niet voor de tegenpartij bedoelde informatie komt in handen van deze tegenpartij, die dezelfde verzekeraar heeft als het slachtoffer (patiënt A, zie bijlage). Ook een positieve ervaring worden gemeld. Eén patiënt krijgt alle kosten voor behandeling vergoed terwijl de polis de verzekeraar hier niet toe verplichtte (10).

#### *Arbeidssector*

Bij de ARBO-dienst ontmoet men iedere drie maanden weer een andere arts, slechts een deel van de betrokken artsen blijkt werkelijk geïnteresseerd in de patiënt (1). Twee deelnemers, beide zelfstandig ondernemer, verliezen (veel) arbeidstijd door gemaakte medische fouten en dus ook inkomen (4) (patiënt E, zie bijlage). Een werkgever weigert de herstelde patiënt terug te nemen in dienst, een - zeer bevriende - collega blijkt de plaats van de patiënt te hebben ingenomen. Dit komt regelmatig voor, met name wanneer het gaat om aandoeningen als kanker en aids. Een juridische procedure tegen deze werkgever wordt gewonnen, de kosten van de advocaat moeten zelf worden betaald (7). Ook een positieve ervaring worden gemeld. Eén patiënt krijgt alle ruimte van haar werkgever en de keuring voor arbeidsongeschiktheid verloopt zonder bijzonderheden (10).

### *Psychosociale hulpverlening*

Een psycholoog kiest uiteindelijk de kant van de specialist, distantieert zich daarmee van het slachtoffer en stopt de behandeling (1). Twee goede ervaringen met het maatschappelijk werk worden gemeld (4) (11): "Begeleiding op een gebied waarop je niet bekend bent" (4). Eén patiënt participeert in een praatgroep onder begeleiding van een psychotherapeut (10).

### **Aanbevelingen van patiënten**

Vanzelf spreekt dat de bovengenoemde, door de patiënten vastgestelde, knelpunten in het medisch handelen tevens aanbevelingen zijn voor verbetering van dit handelen, ter voorkoming van secundair slachtofferschap en bevordering van zelfredzaamheid. Met een vragenlijst is aan de slachtoffers gevraagd aanbevelingen te doen ter voorkoming van secundair slachtofferschap:

Wat is uw advies om de ondervonden schade te voorkomen of te beperken?

De antwoorden van de twaalf respondenten op deze vraag zijn letterlijk weergegeven.

- Patiënt 1: "Deze schades zijn niet te voorkomen of te beperken, zolang de instelling van de artsen niet verandert. De meesten zien de patiënt als ding of als een massa vlees. Praten helpt niet. Artsen klagen dat patiënten niet goed luisteren. Evenzo geldt dit voor artsen."
- Patiënt 2: "Een second opinion of het alternatieve circuit."
- Patiënt 3: "De arts moet zich goed voorbereiden, zodat pijnlijke gegevens niet steeds door de patiënt opgerakeld hoeven te worden."
- Patiënt 4: "De arts moet tijd houden en vrijmaken voor de patiënt."
- Patiënt 5: "Verbetering van de instelling van de hulpverlener."
- Patiënt 6: "Een open gesprek."
- Patiënt 7: "Expliciteren van de bevoegdheden van een assistent(chirurg) in opleiding. Vastleggen welke bevoegdheden een overleg tussen beoefenaren van verschillende specialismen heeft."
- Patiënt 8: "Voor een operatie of andere behandeling een goed en uitgebreid gesprek met behandelend specialisten eisen."
- Patiënt 9: "Betere voorlichting, duidelijker! Door een goede (met de problematiek bekend zijnde), onafhankelijke dienst."
- Patiënt 10: "Bestrijden egocentrisme, arrogantie, traagheid in de diagnostiek en gebrekkige informatieverstrekking. Beter de vakliteratuur bijhouden, erkenning van de kennis en kunde van anderen, bereidheid om door te verwijzen."
- Patiënt 11: "Het gebeuren in de openbaarheid brengen, zodat andere mensen deze nachtmerrie bespaard blijft."
- Patiënt 12: "Zorgvuldiger omgaan met de informatie, die de patiënt geeft. Alles wat de specialist doet, moet zorgvuldig worden doorgenomen met de patiënt."

*Is overwogen een second opinion te vragen of is deze gevraagd? Wat was hiervan het effect?*

De vijf patiënten die een second opinion vroegen bij een tweede specialist beoordeelden dit als een positieve en geruststellende ervaring. Eenmaal leidde dit tot het afzien van een voorgestelde operatieve interventie (7) en eenmaal tot een waarschijnlijk levensreddende behandeling (10). Twee patiënten hadden zo vaak te maken gehad met een wisseling van artsen, dat het nut van een second opinion werd betwijfeld (11) (12): "Er wordt voortborduurd op datgene wat de voorganger heeft gezegd" (11). Eén patiënt wist niet hoe een second opinion te vragen (9). Door 4 patiënten werd een second opinion niet overwogen.

Aanbeveling: op duidelijke indicatie kan de second opinion bijdragen aan het voorkomen van



secundair slachtofferschap en het hervinden van de zelfredzaamheid.

*Waardoor wordt de verwerking van het gebeurde het meest belemmerd?*

Door het ontbreken van erkenning van de problemen en het gebeurde door behandelaars en door hun meewarige reacties (10). Deze uitspraak is representatief voor de mening van alle deelnemers.

Aanbeveling: openheid en eerlijkheid en communicatie.

*Heeft deelname aan dit onderzoek bijgedragen aan de verwerking?*

Het serieus genomen worden (1) (3) en het erover kunnen praten met een arts (2) (12) wordt belangrijk geacht voor de verwerking: "Praten over diep verdriet doet goed (8) en helpt je op weg om het gebeuren een plaats te geven in je leven" (11). "Dat ik door deelname alsnog goede uitleg heb gekregen en medische brieven heb kunnen doornemen, helpt bij de verwerking" (12). Ook het feit dat dat wat de patiënt heeft meegemaakt wordt gedocumenteerd (2) en "er iets wordt gedaan aan het gemakzuchtig handelen van artsen" (3) wordt als belangrijk ervaren. Eén patiënt was ambivalent over de deelname aan dit onderzoek: "Ja en nee. Nee omdat je het diep probeert weg te stoppen. Ja omdat wegstoppen niet goed is" (1). Een patiënt gaf aan dat deelname aan dit onderzoek niet heeft bijgedragen aan de verwerking, zij had het gebeurde reeds verwerkt (10), evenals twee andere patiënten (5) (7).

Aanbeveling: het vertellen over en het geregistreerd worden van het onvolkomen medisch handelen draagt positief bij aan het hervinden van de zelfredzaamheid; praten over ondervonden schade heeft veelal een gunstige invloed op de verwerking.

*Zou een toekomstig gesprek met de behandelend arts alsnog bijdragen aan de verwerking?*

Twee patiënten zien dit als een goede mogelijkheid de ondervonden schade te verwerken: "Ja omdat ik er jaren mee zit en hij niet. Het vreet je totaal op, het eindigt niet en wordt erger. Het maalt elke dag en nacht door je hoofd" (1). "Wanneer de behandelend arts van toen in staat is zich in te leven in mijn gevoelens van machteloosheid en zijn (wellicht onbedoeld) aandeel daarin, gepaard aan een empathische (dus oprechte) verontschuldiging, dan acht ik dit mogelijk" (9). Zes patiënten hebben hieraan geen behoefte. "Ik acht de kans klein dat dit voor de destijds betrokken hulpverleners nut zou hebben. Hulpverleners bleken tijdens de diagnosestelling en behandeling weinig gevoelig voor kritiek. Er moet naar andere methoden gezocht worden om bij dit type hulpverlener tot een attitudeverandering te komen" (5). Een andere patiënt stelde: "Ik ben vastbesloten mij nooit meer in het betreffende ziekenhuis te laten opereren" (7). Eén patiënt zei aanvankelijk hierin geen vertrouwen te hebben en dit bovendien niet aan te kunnen. Na deelname aan dit onderzoek besloot zij alsnog de verantwoordelijke specialist te bezoeken, met als positief effect dat eindelijk een einde kwam aan haar gevoel van woede. De specialist had haar kritiek aanvaard en zijn verontschuldiging geuit (2). Eén patiënt stelde haar huisarts voor samen te praten over wat was gebeurd. De huisarts wees dit af. "Daarmee was voor mij de maat vol." De patiënt besloot tot het indienen van een klacht bij het Medisch Tuchtcollege (11). Eén patiënt heeft getracht middels een brief een dialoog aan te gaan met de chirurg die verkoos haar niet te behandelen voor een levensbedreigende tumor terwijl elders bleek dat behandeling nog wel mogelijk was (10). Ook zijn wijze van communiceren werd in deze brief aan de orde gesteld. Zij kreeg een antwoord, hetgeen op zich positief was, met de volgende strekking: "Ik betreur het dat u zich zo voelt maar ik kan met wat u schrijft niets want ik was niet uw behandelend arts." Een en ander deed haar later beseffen dat het verschil tussen een niet behandelend arts en een niet behandelend arts groot kan zijn.

Aanbeveling: het is zinvol om als patiënt de verantwoordelijke arts of andere hulpverlener op de hoogte te stellen van de wijze waarop men het gebeuren heeft ervaren, ook na lange tijd!

*Is overwogen een klacht in te dienen of is deze ingediend? Waarom wel of waarom niet?*

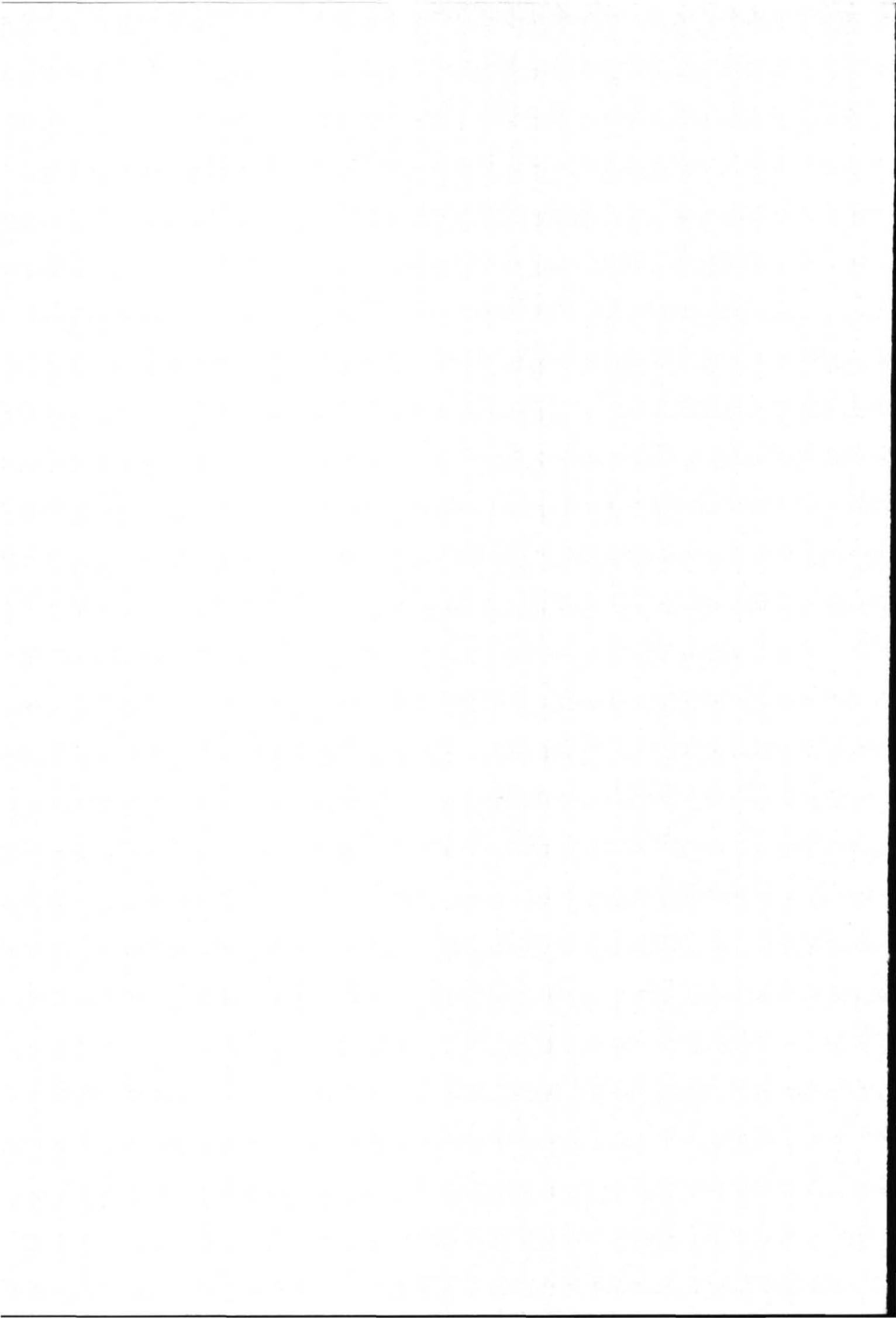
Eén patiënt heeft niet overwogen een klacht in te dienen (7). Eén patiënt heeft een klacht ingediend na weigering van een gesprek door de huisarts (11). De overige patiënten hebben allen overwogen een klacht in te dienen. Eén patiënt voelt zich hiervoor niet sterk genoeg (1). Een ander stelt: "Ik heb toch geen poot om op te staan, alles is toch 'goed' gegaan? Niemand heeft een fout begaan is de algemene opvatting. Mijn denkraam deugt kennelijk niet!" (2). Voor patiënt (5), arts en opgenomen in het ziekenhuis waarin werkzaam, vormde het spanningsveld tussen het indienen van een klacht en gevoelens van collegialiteit een belemmering. Eén patiënt vindt een officiële klacht een te zwaar middel (9). Voor patiënt (10), die met meerdere specialisten te maken had die fouten maakten, was van belang dat de internist zijn excuses maakte voor het gebeurde en adequaat trachtte door te verwijzen toen eenmaal de diagnose was gesteld. De betrokken chirurg werd beoordeeld als communicatief ongeneeslijk ziek. Tenslotte durft een patiënt geen klacht in te dienen omdat ze dezelfde artsen in de toekomst nog nodig kan hebben (12). Zeven patiënten overwegen inmiddels niet meer om een klacht in te dienen (2) (3) (4) (5) (6) (8) (10).

Aanbeveling: de bijdrage van het indienen van een klacht aan de verwerking van opgelopen schade is niet eenduidig te definiëren en verschilt van persoon tot persoon.

*Welke rol heeft uw huisarts voor u gespeeld in de betreffende periode?*

Zes patiënten hebben geen steun (5) of weinig begrip van de huisarts gekregen en ervoeren dit als gemis (1) (8) (9) (11) (12). "Ik heb alles zelf moeten uitzoeken en regelen en dat vond ik uiterst teleurstellend; dat je zo aan je lot wordt overgelaten en moet gaan 'leuren' met je probleem in de hoop dat er iemand per ongeluk een luisterend oor voor je heeft" (9). "Geen enkele keer is het initiatief van haar kant gekomen" (11). Twee patiënten zijn gesteund door hun huisarts en zij hebben dit als zeer positief ervaren (2) (6). "De huisarts was verbolgen over de gang van zaken en werd bevestigd in zijn bedenkingen tegen orgaandonatie" (6). Bij twee patiënten heeft de huisarts geen rol (5) of geen rol van betekenis gespeeld (10) zonder dat dit als een gemis werd ervaren.

Aanbeveling: bij ondervonden schade in het ziekenhuis kan de huisarts een actieve en cruciale rol spelen bij de verwerking.



## Bijlage hoofdstuk 6.A: Casuïstiek

Vijf patiënten –betrokken in een klachtenprocedure- trokken zich, na aanvankelijke bereidheid en deelname aan gesprekken, alsnog terug vanwege de angst voor negatieve repercussies. De casussen worden onder aangestipt:

- Casus A: Na het optreden van een zeer ernstige complicatie (de aard hiervan mag niet worden vermeld) bij een operatieve ingreep van de wervelkolom van een gehandicapt kind, beginnen de ouders een langdurige, strafrechtelijke procedure. Hoewel zij aanvankelijk hun ervaringen door middel van deze studie in de openbaarheid willen brengen, besluiten zij naderhand anders. Zij hebben slechte ervaringen met informatie, die ongewild bij de tegenpartij is terechtgekomen. Hun belangen en de belangen van de tegenpartij worden behartigd door dezelfde verzekeraar.
- Casus B: Meerdere operatieve ingrepen aan een knie, eindigend in een reflexdystrofie, hebben bij een man van 30 jaar geleid tot chronische invaliditeit.
- Casus C: Na een vaginale operatie ten behoeve van een verzakking is het een vrouw van 45 jaar niet meer mogelijk gemeenschap te hebben.
- Casus D: Een waarnemend huisarts komt niet op huisbezoek bij een jongen van 15 jaar met hoofd- en nekpijn. De ouders gaan zelf naar het ziekenhuis. Er blijkt sprake te zijn van meningitis.
- Casus E: Een buitenlandse vrouw van 35 jaar is drie maal in korte tijd geopereerd aan een myoom (een zogenaamde vleesboom) in de baarmoederwand. Een vierde operatie is noodzakelijk vanwege de snelle groei van dit myoom, dat steeds weer onvoldoende blijkt te zijn verwijderd. De vele medische aspecten, waarop zij en haar partner grote kritiek hebben, wil de man graag naar buiten brengen. De vrouw durft dit niet aan omdat zij opnieuw moet worden geopereerd door dezelfde gynaecoloog.

Van 12 patiënten wordt de casus integraal gegeven. Onder elke casus wordt een opsomming gegeven van de verwijzingen naar de matrix van paragraaf 6.C op basis van het casusverslag. Hieraan is soms een enkele verwijzing naar de matrix toegevoegd op basis van informatie die niet apart is opgenomen in het casusverslag.

### Casus 1

Op grond van reeds jaren bestaande klachten van onregelmatig vaginaal bloedverlies werd bij Mevrouw K, 51 jaar, een curettage uitgevoerd door gynaecoloog A. De uitslag: atypische hyperplasie, een premaligne afwijking van het slijmvlies in de baarmoeder. Op grond van deze uitslag werd Mevrouw K geadviseerd de baarmoeder en de eierstokken operatief te laten verwijderen.

Zij hoorde toevallig op de televisie over de laparoscopische operatietechniek en vertelde dit gynaecoloog A. Deze zei hier nog niet van te hebben gehoord, maar hierover graag meer van haar te horen. Zij belde een aantal ziekenhuizen in Nederland, in een van deze bleek het mogelijk haar aandoening te behandelen met de laparoscopische operatietechniek. Met de betreffende gynaecoloog B werd een afspraak gemaakt. Het consult liep naar wens. Gynaecoloog B wilde de operatie uitvoeren, op voorwaarde dat de baarmoeder én de eierstokken zouden worden verwijderd. Ook stelde hij expliciet de operatie zelf te verrichten. Hij vroeg K toestemming om een maand te wachten, hij moest zelf een kleine operatie ondergaan. Tot slot vroeg hij toestemming voor de aanwezigheid van toeschouwers tijdens de operatie. Ook gynaecoloog A zou worden uitgenodigd om de operatie bij te wonen.

Opname volgde. Tijdens het gesprek met de anaesthesist, de middag voor de operatiedag, werd K meegedeeld dat gynaecoloog C de operatie zou uitvoeren. K was zeer ontsteld, dit was niet overeenkomstig de afspraak, ze had speciaal een maand gewacht om te worden geholpen door gynaecoloog B, de gynaecoloog met ervaring in de laparoscopische operatietechniek. Een arts-assistent van haar afdeling, die op haar verzoek navraag deed, verzekerde haar later in de middag dat ze zich niet ongerust hoefde te maken, het was 100% zeker dat de operatie zou worden uitgevoerd door gynaecoloog B. De operatie volgde. Door een foutieve behandeling op de uitslaapkamer kwam K pas na 10 uur op haar afdeling terug, waar zij, met een maximum aan morfine, zelf op de fout moest wijzen. Ook op de afdeling werd de verkeerde behandeling voortgezet, ondanks druk van de familie. De familie vroeg de dienstdoende gynaecoloog om een gesprek over de toestand van K. Vanwege de drukte had deze gynaecoloog geen tijd.

De 1e dag na de operatie had gynaecoloog B een vluchtig gesprekje met K, waarin hij meedeelde dat zij de volgende dag naar huis kon. De verantwoordelijke verpleegkundige bleek het hiermee niet eens te zijn en schreef in de verpleegkundige status: "Mevrouw wil niet naar huis." K was hiervan aanvankelijk niet op de hoogte, maar vond zelf ook dat ze, gezien haar conditie, inderdaad niet naar huis kon.

De 2e dag na de operatie keek K in haar verpleegkundige status en las de naam van de operateur, gynaecoloog D (arts-assistent). D kwam de 3e dag na de operatie met een co-assistent bij haar. K vertelde wat ze had gelezen. Gynaecoloog D



- ontkende dat hij de operatie had uitgevoerd, hij was die dag zelfs niet aanwezig geweest in het ziekenhuis. D vertelde, dat in het operatieverslag stond vermeld, dat de operatie was uitgevoerd door gynaecoloog C. De co-assistent, die de operatie had bijgewoond, bevestigde dat de operatie noch door gynaecoloog B, noch door gynaecoloog D was uitgevoerd. In hetzelfde gesprek deelde K mee dat ze last had van opvliegers en schreef dat toe aan het verwijderen van de eierstokken. Gynaecoloog D: "Hoezo de eierstokken eruit, die zijn niet verwijderd." K vertelde dat gynaecoloog B het absoluut noodzakelijk had gevonden ook de eierstokken te verwijderen. De co-assistent bevestigde dat de eierstokken niet waren verwijderd. Gynaecoloog D zegde toe navraag te doen bij gynaecoloog B en K mocht drie
- B6 dagen later, op maandag, bellen voor de uitslag. Gynaecoloog D zei tot slot het niet eens te zijn met het door gynaecoloog B voorgestelde snelle vertrek naar huis. Thuisgekomen belde K op: op maandag,.... op dinsdag (op deze dag kreeg zij te horen dat gynaecoloog D op dinsdag nooit in het ziekenhuis was, wat bevestigde dat hij de operatie inderdaad niet kon hebben uitgevoerd), ....op woensdag: gynaecoloog D was niet bereikbaar. Op donderdag kreeg zij, na drie pogingen, het advies om 5 uur 's-middags te bellen. Om 2 uur 's-middags belde echter gynaecoloog B, op verzoek van gynaecoloog D. Gynaecoloog B deelde de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek mee: 'atypische hyperplasie'. Hij vroeg hoe het met haar ging. K vertelde zeer ontstemd te zijn over de volgende zaken: Zij was door een andere gynaecoloog geopereerd, ondanks zijn toezegging, ondanks dat zij speciaal een maand had gewacht en ondanks de garantie, de dag voor operatie. De eierstokken waren niet verwijderd, terwijl B dit absoluut noodzakelijk had gevonden. Ze moest, in slechte conditie, de derde dag na operatie naar huis. Ondanks haar toestemming was gynaecoloog A niet uitgenodigd de operatie bij te wonen. Gynaecoloog B reageerde als volgt (de gesprekken zijn geregistreerd op band): als reden voor het niet zelf uitvoeren van de operatie noemde hij de operatieve ingreep, die hij zelf had ondergaan. K deelde mee dat hij dat de dag voor de operatie reeds moest hebben geweten. Dit beaamde hij. "Wat dacht u, ze gaat toch onder narcose, dus ze merkt het niet?" Hij had literatuur bestudeerd, waaruit bleek dat het niet nodig was in haar geval de eierstokken te verwijderen. Verontschuldigend: als hij alles op een rijtje zette, was er veel fout gegaan. Op de opmerking dat gynaecoloog A niet was uitgenodigd reageerde hij niet. Een half uur later belde gynaecoloog B opnieuw: "Ik zei 'atypische hyperplasie', maar ik vertrouw het niet helemaal." K zei het merkwaardig te vinden eerst de ene uitslag te horen en dan weer een andere. B zei dat dit wel vaker voorkwam. K moest de paasdagen in onzekerheid doorbrengen. Na de paasdagen belde K gynaecoloog B met de vraag wat de definitieve uitslag was. B deelde haar mee dat de uitslag nog wel een week op zich liet wachten. Hij had wel getracht een collega, hoogleraar gynae-oncologie in een naburig academisch ziekenhuis, te raadplegen over het niet verwijderen van de eierstokken. Dit was niet gelukt vanwege Goede Vrijdag en Pasen. Twee uur later belde gynaecoloog B opnieuw. De uitslag was 'carcinoom' en het collegiale overleg bevestigde dat het niet verwijderen van de eierstokken een goede beslissing was geweest. Een schriftelijk verslag van de gang van zaken zou hij naar gynaecoloog A sturen, maar pas na een gesprek met K. K weigerde dit en kreeg de toezegging dat A direct op de hoogte zou worden gesteld.
- B2 K zocht hulp bij de telefonische hulp- en infolijn Kankerbestrijding. Zij hoorde dat bij atypische hyperplasie, volgens internationaal protocol, de baarmoeder én de eierstokken moeten worden verwijderd. De mogelijkheid werd geopperd een second opinion te vragen. Dit besprak zij met gynaecoloog A, die onderschreef dat in haar geval de eierstokken verwijderd hadden moeten worden, zoals hij ook oorspronkelijk had voorgesteld, "maar wie ben ik, als mijn collega-hoogleraar zegt dat dit niet nodig is, dan zal dat wel zo zijn." Hij adviseerde K een afspraak te maken met gynaecoloog B om de hele gang van zaken nog eens te bespreken. Dit gesprek vond plaats in aanwezigheid van een juridisch medewerkster van het Patiënten Klachten Bureau van het betreffende ziekenhuis. K stelde dat alle betrokken deskundigen eenstemmig waren geweest over de verwijdering van de eierstokken bij haar aandoening. Gynaecoloog B: "Hoe is dit toch mogelijk geweest." Hij sprak van een hiaat in zijn kennis.
- C1 Tijdens het kijken in de medisch status ontdekte hij slechts 'hysterectomie' (operatieve verwijdering van de baarmoeder) te hebben opgeschreven. De operatie was dientengevolge onvolledig uitgevoerd. Hij bood zijn excuus aan en zei het emotioneel niet aan te kunnen haar opnieuw te opereren, tenzij K er op stond. K wilde zich beraden en vroeg om de literatuur, op grond waarvan hij had gemeend dat de verwijdering van de eierstokken niet noodzakelijk was geweest. Hij zegde toe dit aan haar te sturen. De volgende dag ontving zij de literatuur, een artikel uit 1992\*, waarin werd geadviseerd tot verwijdering van baarmoeder én eierstokken bij premaligne afwijkingen van het baarmoederslijmvlies. Tevens ontving zij het operatieverslag, waarin als operateurs de namen van de gynaecologen B, C en D werden vermeld, terwijl B en D
- C6 niet aanwezig waren geweest. Gynaecoloog A was van harte bereid een second opinion te regelen bij een ter zake deskundige hoogleraar in een ander academisch ziekenhuis. Omdat dit contact niet tot stand kon komen, belde K zelf 4 academische ziekenhuizen en kreeg van een hoogleraar gynaeologie de naam van een collega met expertise op het betreffende gebied. Ze kon zeer snel terecht voor een afspraak. Deze gynaecoloog E deelde mee dat een advies om de eierstokken te laten zitten ondenkbaar was. Hij adviseerde de tweede operatie zo snel mogelijk uit te voeren, eveneens laparoscopisch, omdat de eerste operatie ook op die wijze was uitgevoerd. De laparoscopische techniek was echter niet gebruikelijk bij een aandoening als de hare. De gangbare opnameduur zou een week zijn, 2 a 3 dagen was naar zijn mening te kort. Gynaecoloog E zou de operatie niet zelf

uitvoeren, maar hierbij wel aanwezig zijn. De tweede operatie werd, volgens afspraak en zonder complicaties, uitgevoerd.

Trope C, Lindahl B. Premalignant lesions of the endometrium: clinical features and management. In: Coppleson M. Gynaecologic Oncology. Fundamental Principles and Clinical Practice; 1992, 2.

Toegevoeg aan matrix 1: B1, B2, B3, B4, B6, C1, C3, C6, D1, D3, D4, D6, E4, E6, H2, H4, H6.

## Casus 2

De arts denkt bij zijn besluitvorming in termen van morbiditeit en mortaliteit, de patiënt denkt veeleer vanuit zijn kwaliteit van leven en aan de gevolgen van de medische ingreep voor zijn dagelijkse activiteiten. Deze verschillen in perceptie van een medisch probleem kunnen aanleiding geven tot grote misverstanden en gebrek aan overeenstemming tussen patiënt en arts.

Mevrouw L, 63 jaar, had klachten van een verzakking van blaas en baarmoeder. Ze besloot een gynaecoloog te raadplegen. Deze stelde een operatieve ingreep voor en liet om die reden een preoperatief onderzoek verrichten.

Bij dit onderzoek werd op de röntgenfoto van de longen een welomschreven afwijking in de linkerlong gevonden. Een snelle verwijzing naar de longarts volgde, die meedeelde dat de kans op kwaadaardigheid zeer groot was, 98%. Om die reden werd 8 dagen later een bronchoscopie verricht. De uitslag: geen aanwijzingen voor kwaadaardigheid. 5 dagen later volgde een longpunctie, wederom geen afwijkingen. 1 dag later volgde een mammografie: geen afwijkingen. 6 dagen later werden de lymfklieren operatief verkend via een snede in de hals: geen afwijkingen.

Op grond van het feit dat geen uitzaaiingen werden gevonden, kreeg L het advies het afwijkende deel van de long operatief te laten verwijderen. Hoewel lamgeslagen, vatte zij de moed een second opinion te vragen bij een chirurg met ervaring in de oncologie en op het gebied van alternatieve geneeswijzen. Deze ondersteunde het operatievoorstel en gaf adviezen over het gebruik van ondersteunende homeopathische middelen.

Een week na het laatste onderzoek volgde de operatie: volgens protocol werd een kwart van de linker long verwijderd. L moest na de operatie enkele dagen op de intensive care doorbrengen. Ze had een groot litteken van 35 cm, vanaf de rugzijde tot onder de linkerarm. Een week na de operatie werd L gefeliciteerd door de longarts: "Gefeliciteerd, u hebt geen kanker." Aanvankelijk overrompeld, werd ze geleidelijk woedend, wat niet werd begrepen en niet werd geaccepteerd, noch door de artsen, noch door de verpleging: hoe kon ze nu woedend zijn, terwijl er alle reden was tot blijdschap.

Een week later werd ze ontslagen. Uit een vervolgesprek met de longarts bleek dat er sprake was geweest van een granulomateuse ontsteking, wat in 2% van de gevallen voor kon komen. Op een röntgenfoto was dit onderscheid moeilijk te maken. Het wegnemen van een kleiner deel van de long was ook voldoende geweest of eigenlijk bleek de gehele operatie achteraf overbodig.

De emotionele reactie van L op het gebeuren, haar woede en verbijstering, werd naar haar mening gebagatelliseerd en genegeerd. Zij was en is nog steeds woedend over de pedanterie en de arrogantie, waarmee haar probleem werd afgedaan, onder ander door de longarts: "Er zijn ergere dingen." 9 maanden later volgde de gynaecologische ingreep, welke naar wens verliep.

L: "Artsen hebben een kankerneurose en daarvan ben ik het slachtoffer, daarom moest ik worden geopereerd." L voelde zich in de kou gezet door de geneeskunde: in een tijd van drie weken moest zij besluiten over een operatie en werd bij haar besluitvorming in geen enkel opzicht ondersteund.

NB.

Mevrouw L besloot enige tijd na haar deelname aan dit onderzoek alsnog een gesprek te voeren met de longarts. Zij vertelde hem over het effect van de gang van zaken op haar gemoedsstemming en dat zij veel meer informatie had willen ontvangen en betrokken had willen worden in de besluitvorming over de operatie. De arts begreep haar en bood zijn verontschuldiging aan over het feit, dat hij haar als patiënt verkeerd had ingeschat. Zij had een voor hem uitzonderlijke behoefte aan informatie. Bij de gemiddelde patiënt in zijn praktijk was hier in het geheel geen sprake van. Hij legde uit dat hij het besluit tot operatie had genomen na zorgvuldig overleg met collegae. Ook in de toekomst zou hij hetzelfde advies blijven geven in overeenkomstige situaties, gegeven het (kleine) risico op kwaadaardigheid. L voelde zich door dit gesprek erkend in haar klachten. Voor het eerst voelt zij geen woede meer, ze kan deze ziekenhuisperiode achter zich laten.

Toegevoegd aan matrix 1: B4, B6, B9, D4, D6, D9, H1, H2, H6, H9.



### Casus 3

Om redenen van privacy wordt het specialisme in deze casus niet genoemd.

- G3 Martin, 16 jaar, VWO-er, bezocht enige malen per jaar, vergezeld door zijn moeder, meerdere specialisten in verband met een erfelijke aandoening. Zijn vader was 15 jaar daarvoor overleden aan deze aandoening. Zijn contact met meerdere specialisten had te maken met zijn leeftijd, met specialistische verwijzingen, maar meestal met wisselingen van artsen.
- C1 Dit laatste nooit in overleg met M overigens. M: "Artsen stellen domme vragen. Terwijl de afspraak tevoren bekend is, is er tot nu toe geen specialist geweest, die zich had voorbereid op mijn bezoek door het lezen van de status. Oneindig veel keren zijn de gesprekken met de specialisten, ook wanneer wij voor een tweede keer kwamen, als volgt verlopen:
- A1 "Wat heb je? Komt het in de familie voor? Vervolgens geeft de specialist uitleg over de werking van het betreffende orgaan, wat ik natuurlijk allang weet." Of: "De specialist pakt de status en bladert deze door waar je bij zit: "Eens
- A4 even kijken, je vader, die is overleden." Of: "De specialist komt binnen: "Ja, ik neem het even over van dokter ....", waarna de status wordt doorgebladerd en tegelijkertijd aan de hand van vragen het hele verhaal weer moet worden verteld
- A6 door M en zijn moeder. Steeds worden vragen gesteld over zaken, die als bekend mogen worden verondersteld en duidelijk in de status staan beschreven. "Stambomen zijn al minstens 10 keer gemaakt. De artsen beginnen het gesprek onvoorbereid, ze 'bereiden zich voor' op het gesprek door ons alles opnieuw te laten vertellen, ook wanneer de arts mij al vaker heeft gezien. Artsen stellen domme vragen, alsof je voor de lol komt."
- M vindt het een groot probleem dat artsen elkaar voortdurend tegenspreken*
- Specialist: "Doe je genoeg aan sport?" M (een groot liefhebber van tennissen): "Nee, ik sport niet meer."
- Specialist: "Waarom niet?" M: "Dat mag ik niet meer."
- Specialist: "Van wie niet?" M: "Van dokter ....."
- Specialist: "Oh ja, maar je moet wel wat aan je conditie doen."
- M weet nog steeds niet duidelijk wat hij mag doen aan sport en tot hoever hij mag gaan. De ene specialist zegt dat hij moet sporten, de ander dat dit niet is toegestaan.
- M: "Geen sport, wel sport, ik leer geleidelijk aan op mezelf af te gaan en mijn eigen gang te gaan, maar het vervelende is dat je zo anders reageert in de spreekkamer, je bent afhankelijk."
- "De arts betreft je er niet bij! Onderling gebabbel onder artsen!"*
- M: "Artsen betrekken je er niet bij, je ligt er maar tijdens een onderzoek. Het gesprek is zakelijk en onpersoonlijk, waar je bij bent als onmondig wezen."
- Vraag van moeder aan de arts: "Kan deze klacht erger worden en overgaan in... (een levensbedreigende situatie)?"
- De arts geeft geen antwoord, maar vraagt aan de assistent: "Heeft hij last van ....?"
- Assistent: "Nee, hij heeft geen last van ....."
- Moeder en M krijgen vaak het gevoel alsof het over een ding gaat, over een auto, waarvan de kleppen stuk zijn.
- M: "Dat gebabbel met elkaar tijdens het echo-onderzoek: "Wat zullen we doen met die....?"
- "Oh, hier zie ik weer een ....."
- "Moet je kijken, hier is er weer een."
- Of: de een komt er niet uit: "Doe jij dat eens."
- De ander: "Nee, dat heeft geen zin."
- De een: "Oh ja."
- Of: de assistent doet het echo onderzoek, de specialist komt twee minuten binnen: "Die .... Was de vorige keer toch niet te zien?"
- Assistent: "Ja, dat klopt, maar nu wel."
- Of: de specialist tijdens het echo-onderzoek: "Ik zie niets, geen...." (een levensbedreigende afwijking). M en zijn moeder zijn erg verheugd over deze boodschap. Het volgende bezoek kondigt dezelfde specialist tijdens het echo-onderzoek aan wel de betreffende afwijking te zien. Moeder vraagt hoe dat kan, omdat het vorige echo
- H1 onderzoek niets uitwees. De specialist: "Ja, maar dit is nieuwe apparatuur, dat kon ik niet zo precies zien met die oude apparatuur." Geen woord over het effect van deze mededeling. M: "Dan is het goed, dan is het weer niet goed. Patiënten zijn geen mensen, het zijn gevallen. Artsen denken niet 'Hoe komt het over'.
- "De arts weet het zelf het beste!"*
- M en zijn moeder vroegen een second opinion bij een expert op het betreffende gebied en namen Amerikaanse medische literatuur mee over de behandelingsmogelijkheden van de betreffende aandoening.
- De arts: "Hoe komt u daaraan?" De moeder vertelde hoe zij deze informatie had gekregen (o.a. via internet). De arts reageerde geprikkeld en zei dat deze behandelingsmogelijkheden niet in aanmerking kwamen voor M, dat hij net zo veel wist als zijn collegae in Amerika en deed daarmee de kous af. De moeder voelde zich behandeld als een dom meisje. "Voor de arts is het vreemd te worden geconfronteerd met mensen, die er iets van af weten, daar kunnen ze niet tegen. Het probleem is alleen dat je in het gesprek met een arts nooit je zelf bent, er slaat iets dicht, je bent verdoofd, terwijl ik toch mans genoeg ben om iets te vragen. Maar je voelt je zo afhankelijk, ik weet niet wat ik daarmee aan moet." Ieder bezoek aan de specialist is opnieuw een bezoeking, vooraf en achteraf.
- Het gebruik van moeilijke termen*

Moeder: "Je denkt dat je het begrijpt, maar krijgt de indruk dat de arts je door het gebruik van moeilijke termen wil duidelijk maken dat je er niets van begrijpt."

M: "Ik denk maar: als ze moeilijke woorden gebruiken, dan zal het wel niet zo veel te betekenen hebben. Maar moeilijke woorden wekken de indruk alsof er iets heel ergs aan de hand is. Ik wil nu ook zelf weten wat die woorden betekenen."

- H4 Tijdens de second opinion zei de cardioloog: "De sterftkans op jouw leeftijd is 0%, dat kan ik van jou niet zeggen." Na afloop trok de moeder de arts-assistent aan zijn jasje: "Dit kunnen jullie niet maken, zo kun je hem niet naar huis sturen." De assistent nam de tijd om M alles nogmaals duidelijk uit te leggen. M: "De assistenten zijn meestal aardig, ze verplaatsen zich in je, vragen bijvoorbeeld wat je doet."

*De omgang met privacy gevoelige informatie*

M moest een onderzoek ondergaan buiten de afdeling van het ziekenhuis. Hiervoor kreeg hij apparatuur mee.. Na afloop bracht hij de apparatuur met daarin zijn persoonlijke registratiegegevens en zijn naam terug naar de afdeling in het ziekenhuis. Hij sprak een assistent aan en vroeg waar hij deze apparatuur moest afgeven.

- A9,H9 De assistent, bezig in een openbare kleedkamer, zei: "Oh, leg daar maar ergens neer." Verontwaardigd vanwege het feit, dat er op deze wijze werd omgegaan met vertrouwelijke informatie van een patiënt, besloot hij later op de dag te informeren om zeker te weten dat hij dit onderzoek niet voor niets had ondergaan.

- A4,H4 M: "Steeds weer wordt gevraagd: "Wat heb je?", "Komt het in de familie voor?"

Toegevoegd in matrix 1: A1, A4, A6, A9, B4, C1, D1, D3, D4, G3, H1, H2, H4, H6, H9.

#### Casus 4

R, 37 jaar, viel tijdens het skiën. Hij liep letsel op aan zijn duim, die pijnlijk werd en gezwollen. De skileraar bracht een drukverband aan, maar thuisgekomen in Nederland besloot R voor de zekerheid de EHBO te bezoeken, waar een röntgenfoto van de duim werd gemaakt. Hierop werden geen afwijkingen gevonden. Wel noemde de dienstdoende arts de duim instabiel. Geadviseerd werd om de orthopeed te raadplegen, hetgeen na een paar dagen mogelijk was.

Orthopeed A stelde vast dat de duim instabiel was en vond een operatie op korte termijn noodzakelijk: het gescheurde kapsel zou worden gehecht. Het preoperatieve onderzoek was niet afwijkend en een dagopname werd gepland, een week later. De dag voor operatie vond er een gesprek plaats met de anaesthesist. R kon kiezen tussen een lichte narcose of een injectie in arm- en okselgebied, hij koos voor het laatste. Op de dag van operatie, 's-morgens om 8 uur, werd R operatieklaar gemaakt: haartjes verwijderen, joderen en in bed stoppen. Tegen dit laatste protesteerde hij, hij was immers kerngezond en had alleen last van zijn duim. Zijn protest hielp niet, hij werd door twee verpleegkundigen in bed gelegd. Wachtende 'in de file' voor de operatiekamer, viel het hem op hoe personeel vertrouwelijke informatie met andere patiënten uitwisselde, terwijl iedereen deze gevoelige informatie ("heel wat gevoeliger dan een zere duim") kon verstaan. De verdoving werd toegediend en R werd de O.K. binnengereden, waar hij niets meer zelf mocht doen. Zich verplaatsen van zijn bed op de operatietafel was niet toegestaan, dit moesten de verpleegkundigen doen. Orthopeed A kwam en onderzocht de duim: "Hoe lang geleden bent u bij mij geweest?", vroeg hij. Dat was een week eerder. Orthopeed A riep orthopeed B, die de duim onderzocht en zei:

- H1 "Die duim wordt niet geopereerd, daar doen we niets aan." Voordat een en ander was doorgedrongen, was R  
H4 weer op de afdeling en moest zich aankleden. Dezelfde dag werd zijn hand voorzien van gips tot ver over zijn vingers. Op R's verzoek werden zijn vingers weer vrijgemaakt, zodat hij deze kon blijven gebruiken.

Na zes weken kwam hij voor controle bij orthopeed B. Deze zei lachend bij binnenkomst: "Dat was me wel een verhaal, hè." Na een week vond een tweede controle plaats bij orthopeed B. De duim was erg stijf en er was een bewegingsbeperking ontstaan. R kreeg 15 fysiotherapeutische behandelingen. De fysiotherapeut stelde vast dat de gipsbehandeling nadelig was geweest voor de duim en de problemen daardoor waren toegenomen.

De bewegingsbeperking van de duim is blijven bestaan. Nu, na een jaar, is R nog steeds niet te spreken over de gang van zaken. Door de verpleging werd hij, kerngezond en tot alles in staat, gedwongen in bed te gaan liggen. Vertrouwelijke informatie over ernstiger aandoeningen dan een duim werd door personeel openlijk en voor iedereen hoorbaar besproken met patiënten. Verontschuldigen over de onnodige belasting preoperatief onderzoek, preoperatieve verdoving, een dag vrij moeten nemen zijn niet gemaakt. R voelt zich niet waardig behandeld, "alsof je een klomp vlees bent." Hij had zich voorgenomen bij de controle de eerste orthopeed te zeggen dat hij vond dat deze te weinig tijd had genomen voor het stellen van een goede diagnose. Het eerste consult was naar zijn mening te snel verlopen. Deze orthopeed heeft hij echter nooit teruggezien.

Toegevoegd aan matrix 1: B3, B7, B9, D1, D3, D4, H1,H2, H4, H6.



## Casus 5

Man, 33 jaar, krijgt overdag pijn in zijn linker arm. Hij slaapt 's-nachts slecht vanwege de pijn, maar gaat de volgende dag toch naar het werk. De toenemende hevigheid van de pijn en het ontstaan van doorbloedingsstoornissen in de arm maken dat hij 's-ochtends toch naar de EHBO van het ziekenhuis gaat. Tussen 10.00 u. en 12.30 u. wacht hij op de EHBO en op de Röntgenkamer. Onderzoeken aldaar leveren niets op. Besloten wordt een echo te maken van de arm. Tussen 12.30 u. en 17.30 u. wacht patiënt op de echokamer en verslechtert zijn toestand zienderogen zonder dat er naar hem wordt omgekeken. Uiteindelijk wordt de echo gemaakt nadat de reguliere planning is afgehandeld. Het onderzoek is pijnlijk, de arm is zeer drukgevoelig geworden, en patiënt geeft aan niet in staat te zijn alleen naar de EHBO terug te kunnen gaan.

A4 De reactie op de echokamer is: "Kijk maar hoe je er komt, want wij gaan je echt niet brengen. Wij gaan nu naar huis." Op eigen kracht komt patiënt uiteindelijk weer bij de EHBO alwaar nogmaals getracht wordt een diagnose te stellen. Dit lukt niet direct en de dienstdoend arts stelt voor om toch maar naar huis te gaan. Hierop stelt de patiënt, hij is zelf arts, dat hij zich nog niet eerder zo ziek heeft gevoeld, en dat hij ervan overtuigd is dat er iets ernstigs aan de hand is. Naar huis gaan lijkt hem ronduit gevaarlijk. Hij dringt aan op nader onderzoek en uiteindelijk wordt in overleg besloten een punctienaald in de arm te zetten. Aansluitend kan de diagnose worden gesteld. Er is sprake van een diepe ontsteking van de arm. Opname volgt, alsook een intraveneuze behandeling met twee breedspectrum antibiotica. De microbiologen van het ziekenhuis zijn gealarmeerd en de patiënt wordt verpleegd in omgekeerde isolatie. Deze aanpak beperkt de kans op infectie van anderen. De kweek is ingezet en zo wordt duidelijk dat het gaat om een streptococce myositis gaat, in de volksmond wel de 'vleesetende bacterie' genoemd. Ondanks de antibiotica verslechtert de toestand van de patiënt verder, de arm raakt geheel ontstoken en de toxines geproduceerd door de bacterie maken dat de patiënt ernstig ziek is. Om te voorkomen dat de arm en het leven van de patiënt verloren gaan is een operatie noodzakelijk. Voor de operatie wordt nog een echo gemaakt. De patiënt wordt naar de echokamer gebracht want deze echo's worden om onduidelijke organisatorische redenen alleen op de echokamer gemaakt en als gevolg moet de isolatie opgeheven worden. De opstelling op de echokamer is zeer curieus. De patiënt moet weer wachten op de echokamer, ditmaal 1 ½ uur en in bed. Wanneer patiënt vraagt of er een plasfles is op de afdeling, hij moet zeer nodig, is het antwoord: "Die hebben we wel maar die krijg je niet want dan wordt hij vies." Als eindelijk het onderzoek start worden verschillende echokoppen geprobeerd om een goed beeld te krijgen. De patiënt is moe en verzwakt. Hij let in eerste instantie niet goed op maar merkt op een gegeven moment dat de echokoppen die op de nattende, geïnfecteerde arm zijn gezet gewoon in het rek bij andere echokoppen worden teruggehangen. Hij meldt dat het om een ernstige infectie gaat en dat de microbiologen zich ernstig zorgen maken om verspreiding van deze infectie en dat derhalve verpleegd wordt in omgekeerde isolatie. Is het wel zo verstandig de gebruikte echokoppen terug te hangen, klaar voor volgend gebruik? Dit commentaar wordt genegeerd.

's-Avonds, op de derde dag na opname, wordt geopereerd waarbij de arm wordt opengelegd om de spanning te ontlasten en dood weefsel weg te snijden. De wond wordt niet gehecht, hetgeen normaal is bij zo'n ontsteking, maar wordt wel verbonden. 's-Ochtends tegelijk met het ontbijt komt een chirurg de wond inspecteren. De patiënt meldt dat een en ander zeer pijnlijk is. Vrij ruw wordt het verband verwijderd en zonder commentaar verdwijnt de chirurg weer. De patiënt is uitgeput en valt in slaap. Om 17.30 uur komt het eerste bezoek. Het oude verband ligt nog in het bed naast de wond, het bed is vies van het bloed en het debris uit de wond, en de wond is niet opnieuw verbonden. Er is geen medische opleiding voor nodig om te weten dat het hier om slordig, zelfs nalatig medisch handelen gaat.

B1 De weken na de operatie blijft de patiënt opgenomen, waarbij er frequent sprake is van 'onvolkomen medisch handelen' en na geuite kritiek ook van een veranderde bejegening. Zo kon de verpleging slecht omgaan met op- en aanmerkingen. Een apart probleem in de betreffende periode was de verbandwisseling. In de open wond op de blootliggende spieren moest dagelijks een soort op maat geknipt matje gelegd worden. Het zorgvuldig uitknippen was van groot belang: een te klein matje bedekte de wond onvoldoende en een te groot matje lag op de wondrand, hetgeen de patiënt een dag extra pijn bezorgde. Bij sommige verpleegkundigen ging het altijd goed, bij anderen ging het meestal fout. Dit opmerken leidde tot het toespreken van de patiënt door een speciaal daarvoor langskomend groepje bestaande uit het hoofd van de verpleging, het subhoofd en een van de verpleegkundigen. De strekking was dat de patiënt, al was hij arts, zich niet met de behandeling diende te bemoeien. "De patiënt was geworden tot probleem toen bleek dat hij zich mondig opstelde." Daar patiënt opgenomen was in het ziekenhuis waar hij ook werknemer was, werd hem gevraagd een dagboek bij te houden voor publicatie in het personeelsblad van het ziekenhuis. De redactie besluit gegeven het ziekteverloop en de ervaringen af te zien van publicatie. Patiënt gaat twee maanden na de operatie weer aan het werk, de wond is dan nog open maar wel schoon. Na drie maanden is de wond gesloten en in de loop van deze tijd besluit de patiënt, naar zijn idee "zoals dat zo vaak gaat", maar geen officiële klacht in te dienen.

Toegevoegd aan matrix 1: A1, A3, A4, A5, B1, B4, D3, D4, E4, H2, H6.

## Casus 6

Mevrouw L kwam thuis en vond haar man bewusteloos liggend in de gang. Zij belde direct om hulp. Reanimatie mocht niet baten en haar man werd met de ambulance vervoerd naar de afdeling eerste hulp in het ziekenhuis. Zij was zelf al gearriveerd aldaar en zag de ambulance aankomen zonder zwaailichten, ze begreep wat dit betekende.

Kort na aankomst van haar man werd haar gevraagd of zij erin wilde toestemmen dat de nieren van haar man werden gebruikt als donornieren. Zij moest snel beslissen en gaf toestemming: "Mijn man kennende, die zou het hemd van zijn lijf afstaan, die zou dat zeker doen." Haar man werd naar de afdeling neurologie gebracht, waar hij bediend werd door een priester. L zat aldaar op de gang te wachten, haar aanwezigheid werd niet opgemerkt. Vanwege de tijdsdruk moest haar man snel van de afdeling neurologie naar de intensive care. Een broeder op de afdeling neurologie vroeg haar bij vertrek: "Wilt u weten waar de organen gebleven zijn?" Zij sprak af dat deze informatie naar haar zoon zou worden gestuurd.

Weken later kreeg L een brief thuis met daarin de mededeling, dat de organen van haar man niet bruikbaar waren geweest voor transplantatie, uitgezonderd het hoornvlies en de huid. Leeftijd, geslacht en land van herkomst werden genoemd van degenen, voor wie de hoornvliezen waren gebruikt. De huid was naar het Rode

B9 Kruis Ziekenhuis in Beverwijk gegaan. L schrok. Dit was niet volgens afspraak: de brief zou worden gezonden aan haar zoon en bovendien, zij had alleen toestemming gegeven voor het uitnemen van de nieren.

Kort daarna kreeg ze de ene rekening na de andere van het ziekenhuis, een rekening van de neuroloog, van de internist, van de anaesthesist, van de microbioloog, van de opname in het ziekenhuis en in verband met een gemaakte scan. Zij dacht dat dit misschien gebruikelijk was en betaalde de rekeningen, die ze moest betalen op

C7 grond van haar eigen risico. De overige rekeningen stuurde zij naar haar verzekering.

C3 Maar waarom een rekening voor de opname in het ziekenhuis? Zij belde de afdeling opname van het ziekenhuis hierover. Haar man had niet in het ziekenhuis gelegen, hij had alleen organen gedoneerd. Zij vroeg voor de zekerheid ook nog even of het normaal was dat je zelf de rekeningen moest betalen, wanneer je organen doneerde. De man van de afdeling opname schrok en zei dat dit niet hoorde. De administratie van het ziekenhuis hoorde de rekeningen apart te houden, maar had blijkbaar deze opdracht niet gekregen van Eurotransplant. Hij stelde voor om de rekeningen terug te sturen in een envelop zonder postzegel, dat was het enige wat hij voor haar kon doen.

En waarom een rekening van de anaesthesist? Zij belde Eurotransplant met deze vraag en kreeg geen duidelijke uitleg hierover, haar vraag werd naar haar gevoel niet zorgvuldig beantwoord. Na al haar ervaringen in en met het ziekenhuis had ze er helemaal genoeg van.

Haar huisarts kreeg enige tijd later een telefoontje van Eurotransplant met de vraag of de Heer L een vrouw had. Met Oud en Nieuw 1995/1996, anderhalf jaar later, kreeg L een kaart van Eurotransplant. Zij werd bedankt voor haar medewerking. Terugkijkend vindt zij dat te weinig zorg wordt besteed aan nabestaanden, die de zo moeilijke beslissing moeten nemen over orgaandonatie. Zij snapt dat dit voor het ziekenhuis een grote en extra belasting is, maar wie A zegt, moet ook B zeggen. Zelf moest zij ook B zeggen: ze kon niet op de gebruikelijke wijze afscheid nemen van haar man.

Naderhand zag zij meerdere malen het reclamespotje op de televisie, waarin uitvoerig, vooraf en achteraf, met nabestaanden wordt gesproken over het geven van toestemming voor orgaandonatie. Wat een schrijnend verschil met de praktijk: van een gesprek of begeleiding tijdens en na het gebeuren was geen enkele sprake geweest, men had zich niet gehouden aan de afspraak alleen de nieren uit te nemen, ze mocht zelf de rekeningen betalen en kreeg anderhalf jaar later een kaart van Eurotransplant om haar te bedanken. Een tijd lang heeft zij schuldgevoel gehad over de gang van zaken, zij had namens haar man het besluit genomen en hem daarna alleen gelaten.

Toegevoegd aan matrix 1: B2, B9, C1, C3, C7, D1, D3, D4, E1, H1, H2, H6.

## Casus 7

Mevrouw M, 47 jaar, voelde op de dag voordat zij met vakantie zou gaan, een knobbeltje in een van haar borsten en besloot direct de huisarts te raadplegen. Haar huisarts was met vakantie, wat ze niet betreurde, omdat deze niet geneigd was snel een verwijzing te geven. De waarnemer verwees haar, na onderzoek, direct naar het ziekenhuis, waar de volgende dag, vrijdag, mammografie werd verricht. Chirurg A beoordeelde ter plekke de mammografie en een röntgenfoto van de borstkas en vond afwijkingen in de betreffende borst. De maandag daarop werd een punctie verricht, waarna op grond van de uitslag een afspraak werd gemaakt voor operatie, anderhalve week later. De operatie zou worden verricht onder algehele narcose door een assistent chirurgie, onder toezicht van de chirurg A. Tijdens de operatie zou het definitieve besluit worden genomen over een borstsparende behandeling of een amputatie van de borst. M gaf toestemming.

B1 Kort na de operatie, M was nog niet terug op haar afdeling, kwam de assistent langs. Deze vertelde de operatie alleen te hebben verricht, het had wat lang geduurd, maar het was een kleine ingreep geweest. Er was een stukje weefsel verwijderd en daarbij was het gebleven. M, die het allemaal nog niet erg goed begreep, vertelde dit, op weg naar de afdeling, aan twee verpleegkundigen. "Lang geduurd, hoezo?", vroegen zij zich af. In de lift kwamen zij de assistent tegen. De verpleegkundigen vroegen hem nogmaals aan M uit te leggen wat er was gebeurd, omdat kort na een operatie



nogal wat informatie langs de patiënt heen ging. Hij herhaalde wat hij eerder had gezegd: het was een kleine ingreep geweest en het had wat lang geduurd. De verpleegkundigen waren verbaasd, zij begrepen niet wat er was gebeurd. De volgende ochtend kwam de assistent weer bij M. Als verklaring voor de gang van zaken tijdens de operatie deelde hij mee, dat hij "een naar gevoel" had gekregen tijdens de operatie en de operatie om die reden had stopgezet. Dezelfde dag kwam ook chirurg A en vroeg M: "Kunt u mij vertellen wat er gebeurd is?" M vertelde wat ze had gehoord. De chirurg: "Kunnen wij geen foto's meer lezen?" Hij was woedend over het feit dat, in plaats van de afgesproken operatie, alleen een biopsie was verricht.

Vanwege een aangetoonde kwaadaardige afwijking werd M 6 dagen later opnieuw onder narcose gebracht, nu voor het uitvoeren van de noodzakelijke operatie door de assistent, in aanwezigheid van de chirurg. Opnieuw was de afspraak dat tijdens de operatie het definitieve besluit zou worden genomen over de procedure, maar de eerste optie was een borstsparende ingreep met okselkliertoilet. Dit bleek mogelijk: de borst werd gespaard, 9 lymfeklieren werden verwijderd. En toen ging chirurg A met vakantie.

De uitslag van de onderzoeken kwam twee weken later, in die tijd bleef M in het ziekenhuis vanwege een ontsteking bij de drain. Zij wilde het gesprek over de uitslag voeren in aanwezigheid van haar man. Dit kon dezelfde avond plaatsvinden. Gesprekspartners waren Mevrouw en de Heer M, de assistent en een verpleegkundige.

De assistent vertelde dat de snijvlakken schoon waren en er één afwijkende klier was gevonden. Het behandelingsadvies in het oncologenoverleg was een bestraling van 38 dagen en een chemokuur van een half jaar. Het gesprek verliep 'netjes', M moest de informatie maar laten bezinken en kon de volgende dag alsnog vragen stellen.

Na dit gesprek werd M ongevraagd geadviseerd door twee verpleegkundigen om toch vooral een behandeling te starten met homeopathie en een dieet, omdat dit absoluut zou helpen. Zij was ontsteld over dit ongevraagde advies op het moment dat zij zo'n moeilijke beslissing moest nemen.

B4 Twee dagen later kwam de assistent bij M, trok het gordijn dicht, ging zitten op haar bed en pakte haar hand:  
B3 "Moet je horen" (voor het eerst sprak hij haar met 'je' aan), "ik kom toch tot een ander advies. We hebben er  
H4 nog eens over gepraat en ik stel toch een amputatie voor. Denk er goed over na dit weekend en als je het wilt, zeg het dan snel, dan kan het dinsdag al (vier dagen later)." De assistent verdween na deze korte mededeling, het gordijn bleef dicht.

M kreeg een black-out. Haar buurman, al lang werkzaam in de geneeskunde, had het gesprek gehoord en riep: "M, dit moet je niet pikken." Een verpleegkundige kwam en haalde het gordijn weg om het bed. M vertelde wat haar was meegedeeld. "Wel godverdomme", riep de verpleegkundige, rende weg, maar de assistent was al verdwenen en had niets opgeschreven in de status. Bovendien was het gesprek gevoerd zonder aanwezigheid van een verpleegkundige.

M dacht voortdurend: "Misschien moet ik het maar doen, als hij het zegt, moet ik het maar doen." Ze was geheel haar eigen vermogen tot het vormen van een oordeel kwijt. Haar man kwam op bezoek en trof haar verslagen aan. Hij kalmeerde haar en zei eerst maar eens even af te wachten.

Een verpleegkundige uitzendkracht kwam 's-avonds bij M zitten en vroeg of het wel goed ging met haar. Op dat moment realiseerde zij zich pas werkelijk wat er met haar was gebeurd. De verpleegkundige zou de volgende dag de assistent aanspreken over de gang van zaken, adviseerde M om niet te snel zijn excuus te aanvaarden en hem duidelijk te maken wat de uitwerking van zijn mededeling was geweest.

Maandagmorgen kwam de hoofdverpleegkundige. Deze had een gesprek gehad met de assistent, die had toegegeven dat wat was gebeurd niet juist was. 's-Middags zou een gesprek hierover plaatsvinden met de assistent, de hoofdverpleegkundige, een co-assistent en M en haar man. In dit gesprek gaf de assistent toe dat hij verkeerd had gehandeld en bood zijn excuus aan. M vroeg waarom hij tot een ander advies was gekomen. De assistent zei na het oncologenoverleg gesproken te hebben met de chirurg B uit de maatschap. Deze had de assistent duidelijk gemaakt dat, wanneer hij aanwezig was geweest bij dit oncologenoverleg, hij bij M een borstamputatie verricht zou hebben. Dit vanwege de smalle marges van de 'schone' snijvlakken. De assistent had dit advies overgenomen.

G3 M wilde een second opinion bij de oncoloog in hetzelfde ziekenhuis. Dit bleek, na enig verzet van de assistent,  
D3 de volgende dag mogelijk. De oncoloog werd 'pissig' over de gang van zaken: "Hoezo amputatie, ik zit toch niet voor niets in het oncologenoverleg. Ons advies is gebaseerd op een uitgebreide database, waar wij over beschikken en ik geloof niet, dat chirurgen daar toegang toe hebben, hoewel al die gegevens wel zijn gepubliceerd. Ik zal wel eens even met .. (de assistent) praten."

M kreeg onverwacht een vertegenwoordigster van de patiëntenvereniging voor borstkankerpatiënten bij haar bed, die met alle goede bedoelingen een 'lingerieshow' gaf en vertelde zelf ook een borstamputatie te hebben ondergaan. M had hierom in het geheel niet gevraagd, de informatie 'dat het reuze meevalt en niemand er iets van ziet' bagatelliseerde op dat moment haar hele situatie.

De fysiotherapeut kwam dagelijks op de zaal en riep steeds: "M, morgen kom ik langs, we moeten oefeningen doen." Hij is nooit geweest.

De volgende dag, M was weer thuis, belde zij de assistent. Zij had het nummer van zijn pieper gekregen om hem snel te kunnen bereiken. De portier: "Hebt u het nummer van zijn pieper gekregen?" Dit kon volgens de portier niet. Zij vertelde dat de assistent dit haar zelf had gegeven.

De assistent: "Dag M, wat heb je besloten?" M: "Ik doe het niet." De assistent: "Dat had ik al begrepen." Hij had contact

gehad met de oncoloog. Een afspraak werd gemaakt voor twee dagen later. Tijdens dit gesprek deelde de assistent mee dat hij, na overleg met zijn chirurg/opleider A, die net terug was van vakantie, akkoord ging met haar beslissing, op voorwaarde dat er opnieuw een mammogram werd verricht en een MRI scan. Terwijl hij dit zei, verscheen chirurg A in de deur en zei: "Ik heb het allemaal gehoord en vanaf nu zal ik u weer zelf volgen. U kunt over twee weken een afspraak met mij maken, dan krijgt u de uitslag van mij."

M ging naar de balie van de afdeling chirurgie voor het maken van de afspraak over twee weken. "Dat kan niet", zei de assistente, "dan is dokter A met vakantie." M: "Maar hij is er." Assistente: "Dat kan niet."

M vertelde dat ze net die afspraak met dokter A had gemaakt. "Dat is nou altijd met die man, dan is ie er wel, dan is ie er niet...", zei de assistente. Na veertien dagen zou de chirurg er toch echt niet zijn en ze kon voor de uitslag een afspraak maken met een andere chirurg uit de maatschap. M voelde zich hierover verontrust en vroeg of ze dan op z'n minst kon rekenen op een goede overdracht. De assistente: "Weet u wat u doet, belt u een dag van te voren nog even op, dan regel ik dat." M belde een dag van tevoren om te vragen of een overdracht van alle informatie had plaatsgevonden. Zij hoefde zich niet ongerust te maken, dit was besproken. M zat de volgende dag in de spreekkamer met haar man. Een voor haar onbekende chirurg kwam binnen, begroette haar hartelijk en zei: "Daar zien we elkaar weer. U kijkt me aan alsof we elkaar nog nooit hebben gezien." M had de chirurg inderdaad nog nooit gezien. De chirurg ging zitten, pakte het dossier en zei: "Ik heb voor u een prettige mededeling, ik heb net nog met de reumatoloog gesproken en u hoeft niet te worden geopereerd aan uw rechter hand. Hoe is het trouwens met uw handen?" M begon, van schrik, vreselijk te lachen, haar man werd kwaad, maar wist niet zo snel wat te zeggen. M: "U hebt niet de goede patiënt voor u." De chirurg: "Dat kan niet, u bent M, u bent geboren op ...." M: "Dat ben ik niet" (de achternaam klopte, de geboortedatum niet). M zag voor het eerst wat de uitdrukking 'hij zweette peentjes' betekende, pareltjes zweet stonden op het voorhoofd van de chirurg. Woest riep hij de balieassistente en gaf haar de schuld: "Waar zijn die stukken, ga ze nu halen", schreeuwde hij. De status werd gehaald. Er was geen uitslag!! De chirurg bood zijn excuus aan voor de gang van zaken: "Dit had niet mogen gebeuren, kan ik nog iets voor u doen?" M's man kon zijn woede niet meer de baas: "Doet u maar een paar kroketten, het lijkt hier wel de Febo." Ondertussen kwam de assistente binnen met de nog niet door de röntgenoloog beoordeelde foto. De chirurg zei dat de foto er goed uitzag, amputatie was niet nodig. Hebt u al een afspraak voor bestraling?" Er was nog geen afspraak. De chirurg belde zijn collega oncoloog: "He Jaap, met Jan, Mevrouw M is hier. Wanneer kan zij terecht voor.... Over veertien dagen....?" Tot M: "Nou, u hebt het gehoord, over veertien dagen kunt u terecht. Bij de balie interne geneeskunde kunt u een afspraak maken." Balie interne geneeskunde: "Ik kom voor een afspraak met dokter ...." De balieassistente: "Dat kan niet." M: "Dat heeft de chirurg net gezegd." M richtte zich tot haar man: "Ja toch H, dat zei Jaap toch tegen Jan, dat hij mij wilde zien?" Deze opmerking bleek afdoende, de afspraak was geen probleem meer.

Enige weken later vond de bestraling plaats in een ander, gespecialiseerd centrum in dezelfde stad. Terugkijkend heeft M uitsluitend goede ervaringen met dit tweede centrum, de begeleiding, de nadruk op het meenemen van naaste familieleden, de aandacht voor deze familieleden, de steun voor haar zelf, het was allemaal onvoorstelbaar na de slapstick, de Kafka-achtige situatie in het eerste ziekenhuis.

Minstens 10 schriftelijke verzoeken zijn er uitgegaan van het tweede ziekenhuis naar het eerste om haar gegevens door te sturen. Dit is tot op heden niet gebeurd. Het onvoorstelbaar grote verschil in bejegening en organisatie maakt, dat zij nooit meer met het eerste ziekenhuis te maken wil hebben.

M vraagt zich overigens af waarom zij de vele buitenlandse vrouwen, die zij tijdens haar opname in het eerste ziekenhuis zag vanwege dezelfde aandoening, geen van allen terug zag bij de bestraling en de chemotherapie. Bij de bestraling en chemotherapie waren er geen hoofddoekjes en shawltjes meer, daar waren vrouwen 'blond en met blauwe ogen'. Wordt aan buitenlandse vrouwen eerder een borstamputatie voorgesteld? Misschien gaat ze deze vraag nog voorleggen.

Wat het werk van M betreft:

Wat M vertelde tijdens een groepsgesprek met andere patiënten in het tweede ziekenhuis, werd door de sociaal verpleegkundige bevestigd: aan de lopende band komt het voor dat mensen met kanker of met aids (behandeld met de nieuwste medicijnen) bij de terugkeer naar hun werk een koude douche kregen. Collegae, die aanvankelijk zeer meelevend zijn, blijken bij terugkomst de betreffende functie te hebben overgenomen. M: "De werkgever had kennelijk besloten mij niet meer terug te nemen in mijn oude functie en weigerde te zeggen welke functie wel mogelijk was. Mijn vrouwelijke collega, met wie ik jarenlang nauw vriendschappelijk had samengewerkt, schaarde zich aan de kant van de werkgever." Uiteindelijk werd een lang lopend conflict tussen M en haar werkgever in haar voordeel beslist door de kantonrechter. De advocaat, die haar hierbij hielp, kostte haar een paar duizend gulden. M heeft elders een baan.

M realiseert zich dat door haar assertiviteit en de hoge opleiding van haar en haar man de vele 'schadelijke' gebeurtenissen in ziekenhuis 1 gecorrigeerd konden worden en zij hierdoor uiteindelijk niet het slachtoffer was geworden van de hele gang van zaken.

Toegevoegd aan matrix 1: B1, B3, B4, B6,B8, C1, C3, D1, D3, D6, G3, H1, H2, H4, H6, H9.



## Casus 8

Mevrouw R, 64 jaar, kreeg drie kinderen, waarvan de bevallingen moeilijk verliepen in verband met een bekkenvernaauwing en in het ziekenhuis onder leiding van gynaecoloog A plaatsvonden.

Op haar 37ste jaar had zij klachten van hevig vaginaal bloedverlies en een verzakking van de baarmoeder. Zij wilde niet meer naar gynaecoloog A, omdat tijdens het gynaecologisch onderzoek regelmatig andere mensen binnen waren gekomen in de spreekkamer, wat zij als zeer kwetsend had ervaren en er toe leidde dat zij steeds meer ging opzien tegen deze consulten. Zij had tijdens een van de gynaecologische onderzoeken zich hierover wel uitgesproken, maar dit was in haar ogen gebagatelliseerd.

Gynaecoloog B stelde haar ter behandeling van haar klachten een baarmoederverwijdering voor. Vanwege een vertraagd postoperatief herstel duurde de opname 17 dagen. Ook gynaecoloog B bleek regelmatig het gynaecologisch onderzoek te onderbreken, zelfs voor telefoongesprekken. Aan R werd in die gevallen niets gevraagd, zij moest ontkleed en liggend op de gynaecologische stoel blijven wachten. Zij ontwikkelde geleidelijk een grote angst voor artsen, zelf spreekt ze van een fobie.

Kort na de verwijdering van de baarmoeder kreeg zij klachten van opvliegers en nachtzweeten. Zij durfde hiervoor niet terug te gaan naar gynaecoloog B.

Tien jaar later, A was 47 jaar, kreeg zij klachten van pijn tijdens de gemeenschap en opnieuw een verzakking. Zij bezocht noodgedwongen wederom een (andere) gynaecoloog C in hetzelfde ziekenhuis. Gynaecoloog C deelde haar mee, kijkend in de status, dat zij 10 jaar eerder een zware operatie had ondergaan: de baarmoeder, anderhalve eierstok en de blindedarm waren verwijderd, de blaas was opnieuw opgehangen en de schede was vernauwd. Hormoonsubstitutie had zij niet gekregen. Zij noch haar man, huisarts, waren van deze gang van zaken op de hoogte geweest.

Gynaecoloog C schreef haar de hormoonpleister voor en stelde in verband met de klachten van pijn bij de gemeenschap voor om de ingang van de schede operatief te verwijderen. Na de operatie had R spijt van haar instemming met deze ingreep, zij was niet tevreden met het resultaat: zij vond de opening van de schede te wijd geworden, wat er ook toe leidde dat de verzakking verergerde. Dit gaf grote problemen met het zitten. Zij durfde ook gynaecoloog C echter niet meer te bezoeken en liet het voor wat het was.

Op haar 65ste jaar vond een operatieve ingreep plaats van een anale verzakking, waarbij een ernstige wondinfectie optrad, leidend tot vier weken bedrust. De continëntie voor ontlasting geeft sindsdien aanleiding tot problemen, met grote gevolgen voor haar sociale leven.

Mevrouw R heeft na deze en vele andere ziekenhuiservaringen (onder andere in verband met een schildklieraandoening en blaasklachten, ontstaan na de baarmoederverwijdering) een fobie ontwikkeld voor artsen. Zij is zeer verdrietig en kwaad over de wijze waarop artsen de patiënt bejegenen. Bovendien ziet zij haar slechte ervaringen met artsen als een bevestiging van de indruk, dat er bij de behandeling van gezinsleden van artsen vaker dan normaal iets mis gaat. Behalve haar eigen ervaring speelt haar regelmatige aanwezigheid bij het overleg van haar man met zijn collegae uit de waarneemgroep ook een rol in het verlies van vertrouwen in artsen. Vertrouwelijke en persoonlijke informatie van patiënten aan artsen wordt naar haar mening te gemakkelijk gecommuniceerd. Zij is kopschuw geworden en durft een arts niet meer in vertrouwen te nemen.

Eigenlijk zou ze een eigen huisarts moeten nemen, haar man is met pensioen. Dit durft ze echter niet.

De baarmoederverwijdering heeft ze ervaren als het moment in haar leven, waarop haar haar jeugd werd afgenomen.

Toegevoegd in matrix 1: A4, B1, B4, B6, B9, D4, D6, H1, H2, H6.

## Casus 9

Mevrouw H, 46 jaar, gebruikt sinds 10 jaar lithium in verband met manisch-depressieve klachten. De lithium werd voorgeschreven door een psychiater van het RIAGG, waar zij ook therapeutische begeleiding kreeg. Zij kwam in conflict met deze psychiater vanwege zijn onzorgvuldige medicijnvoorschrift: zij moest één medicijn afbouwen en met een ander medicijn beginnen. De psychiater bouwde deze medicijnen echter niet geleidelijk af, zoals bij deze medicijnen bleek nodig te zijn. Prompt kreeg H een hevige allergische reactie, haar beide benen en dijen raakten exorbitant opgezet. Ze begreep uit de bijsluiters wat er aan de hand was, belde, zeer verontrust, haar therapeute en zei, dat ze haar psychiater wilde zien. Ze mocht komen. Aangekomen bij haar therapeute om 2 uur 's-middags, hoorde ze dat haar psychiater haar om 5 uur wilde ontvangen. H werd woest (tijdens haar bezoeken aan de psychiater had ze het vele malen geaccepteerd, dat het gesprek met haar werd onderbroken, nu had zij hem ook direct nodig). Ze zei tegen de therapeute: "Je gaat hem nu roepen, hij moet meteen kijken." De psychiater kwam direct. Hij keek en zei: "Zou je niet overleggen met de huisarts, ik wil dat je overlegt." De psychiater belde de huisarts.

De huisarts, op de hoogte gesteld, vroeg of H langs kon komen. H kwam met moeite vanwege haar dikke benen bij de huisarts en dacht: "Waarom niet even gedacht aan de mogelijkheid om een receptje per fax naar de apotheek te sturen en de medicijnen thuis te laten bezorgen?" Ze viel met de deur in huis bij de huisarts: "Wat een zootje bij het RIAGG, ik wil

daar weg." De huisarts gaf haar gelijk, hij had al vaker meegemaakt dat een patiënt niet door het RIAGG werd voorgelicht over het feit dat je, wanneer je last hebt van bijwerkingen, je naar de huisarts moet. De huisarts schreef plaspillen voor gedurende 10 dagen. Na de 10 dagen was het de keuze tussen zwachtelen of 'strijken' (masseren). H koos voor het laatste. De klachten verdwenen zeer geleidelijk in de loop van twee maanden.

Omdat H niet meer terug wilde naar het RIAGG, vroeg zij haar huisarts, allopatisch en alternatief werkend (homeopathie, acupunctuur enz.), of hij haar in de toekomst de lithium wilde voorschrijven. Zij voelde zich goed in staat haar medicatie zelf te regelen. De huisarts wilde dit niet op persoonlijke gronden, hij had in het verleden een slechte ervaring opgedaan met de begeleiding van een patiënt met lithiumgebruik. H vroeg hoe ze dan aan haar recept moest komen en werd verwezen naar een vrijgevestigde psychiater in de buurt, met wie ze een afspraak maakte. Deze psychiater hield zich echter niet bezig met de begeleiding van langdurige, chronische aandoeningen en wist tijdens het telefonisch vooroverleg, dat hij H eigenlijk niet kon helpen. Omdat hij echter merkte, dat H een ervaren patiënt was (ze kon zelf haar medicatie goed regelen), ontving hij haar toch. Tijdens het gesprek legde hij uit wat hij deed, besloot haar niet te begeleiden, maar verwees haar niet naar een collega. Thuisgekomen realiseerde H zich dat ze nog steeds niemand had om haar medicijnen voor te schrijven. Ze stelde haar huisarts hiervan op de hoogte, die geen initiatief nam om haar verder bij te staan.

Van de zoon van een vriendin, die ook lithium gebruikte, kreeg zij de naam van zijn psychiater, die bekend stond om zijn grote ervaring met manisch-depressiviteit. Bij deze psychiater vond ze eindelijk onderdak voor haar medicijnvoorschrift. Toch bleef ze het met deze oplossing niet eens, omdat ieder bezoek aan de psychiater haar een eigen bijdragen kostte van f 20,- en moest dus op zoek naar een andere huisarts.

Zij besprak met de huisarts, die geen lithium wilde voorschrijven, haar volgende kritiek op hem:

- De huisarts houdt mij in het psychiatrische circuit, waar ik uit wil, door mij niet te willen behandelen.
- De weigering van de huisarts om lithium voor te schrijven kost mij een eigen bijdrage van f 20,- voor een psychiatrisch consult. Dit vind ik niet redelijk en, gezien mijn WAO inkomen, bovendien een financiële belasting.
- De huisarts respecteert mij niet in mijn overtuiging zelf mijn medicatie te kunnen regelen. In mentale zin heeft dit een nadelige invloed op mijn kwaliteit van leven.
- Wanneer de huisarts een behandeling niet wil uitvoeren, is hij wettelijk verplicht (WGBO) ervoor zorg te dragen dat de patiënt deze behandeling van een collega krijgt. Dit liet de huisarts na. Bij huisartsen is er sprake van kartelvorming, de (wettelijke) vrijheid van artsenkeuze wordt beperkt: ik kon niet terecht in andere huisartspraktijken, die in de waarneemgroep van mijn huisarts zaten. De onderlinge afspraak in deze waarneemgroep is dat geen patiënten van elkaar worden overgenomen.
- Ik ben het niet eens met de gehanteerde postcodegrens: je kunt niet in een huisartspraktijk terecht, wanneer je niet binnen een bepaalde regio woont, tenzij de huisarts het hiermee eens is. Ook hier heeft de arts dus weer het laatste woord!

Uit nood belde ze een aantal huisartspraktijken, beginnend met de vraag of deze in de waarneemgroep van haar huisarts zaten. De assistent van haar huidige huisarts antwoordde: "Oh, dat zouden we niets eens willen." Zij bracht een kennismakingsbezoek aan haar huidige huisarts, die instemde met haar verontwaardiging. Een zorgzame, empatische huisarts. Hij schrijft de lithium voor, dit kost haar geen eigen bijdrage.

H, opgegroeid in een socialistische gezin ("vragen staat vrij"), kan onrecht slecht verdragen. Ze belde de juridische afdeling van haar ziektekostenverzekering en sprak een jurist over de gang van zaken bij de huisartsen. Met omtrekkende bewegingen werd op haar kritiek gereageerd, een juridisch standpunt over de kartelvorming van de huisartsen kreeg ze niet.

Toegevoegd aan matrix 1: B7, B9, D1, D3, D4, D7, E4, E6, G2, G3, G8, G10, H1, H2, H4, H6, H9.

## Casus 10

Mevrouw I, 35 jaar, krijgt buikklachten waarvoor in eerste instantie Zantac en, bij aanhouden van de klachten, 4 maanden later een gastroscopie waaruit blijkt dat het maagvlies geïrriteerd is. Verder levert dit onderzoek geen bijzonderheden op. In de zesde maand na het aanvangen van de klachten volgt wegens persisteren van de klachten een echoscopie van de buik waarop een troebele galblaas geconstateerd wordt. Kort daarop krijgt patiënt een galaanval met braken van gal; de huisarts constateert dat de galblaas gezwollen is en schrijft onder andere pijnstilling voor. Dit helpt onvoldoende, de patiënt wordt geel, heeft veel pijn, en er volgt opname voor verwijdering van de galblaas door een chirurg. Voor de operatie is de communicatie met de chirurg moeizaam omdat hij geen duidelijk advies wil geven of er wel of niet geopereerd moet worden. Hij wil de keuze geheel aan de patiënt laten. Uiteindelijk wordt besloten de galblaas laparoscopisch te verwijderen. Na de operatie wordt door de chirurg medegedeeld dat er sprake is van een onsteking van de hals van de galblaas en dat de snijvlakken vrij zijn van kanker. Er ontstaat een grote bloeduitstorting op de rug en alhoewel er in eerste instantie een afname is van de geelzucht wordt de patiënt later toch weer geel. Er wordt nog een echo gemaakt waarop gestuwde galwegen gezien worden. Een aantal malen worden ter behandeling van de geelzucht endoscopisch buisjes geplaatst in de galwegen om de afvoer van de gal mogelijk te maken. Inmiddels is de patiënt verteld dat het om secundaire scleroserende cholangitis zou gaan. Patiënt vraagt wat voor ziekte dat is, maar dit kon haar niet worden uitgelegd. Wel wordt er gezegd



dat deze aandoening vroeger vaker gezien werd, toen er soms nog gewacht werd met het opereren van een ontsteking van de galblaas. Het is vooral de oudere specialist die het beeld kent. Duidelijk is dat het gaat om een diagnose die gesteld wordt bij uitsluiting van andere aandoeningen. Derhalve vraagt de patiënt of er dan geen extra onderzoek moet worden gedaan, zoals een CT-scan of een punctie, waarop zij het antwoord krijgt dat dat niet nodig is. De internist stelde nogmaals dat hij niet dacht dat het om kanker ging. Verder zei hij: "Mocht het nodig zijn dan kan er in ieder geval geopereerd worden of anders is er altijd nog een levertransplantatie mogelijk." De behandeling met buisjes wordt door de internist met de nodige problemen voortgezet.

Tien weken na de operatie gaat patiënt naar het ziekenhuis om opnieuw buisjes te laten plaatsen, maar tijdens het onderzoek blijkt dat het aan de geelzucht ten grondslag liggende proces is voortgeschreden. De internist meldt dat hij niet weet wat het is maar dat hij vindt dat het proces zich kwaadaardig gedraagt. Er volgt ziekenhuisopname en behandeling met antibiotica. Al eerder is aan kanker gedacht en dit is ook in het behandelteam besproken. Tijdens de endoscopieën voor het plaatsen van de buisjes zijn de galwegen steeds geborsteld, een routine techniek waarbij, indien er sprake is van kanker van de galwegen, 60% van deze carcinomen wordt gediagnostiseerd. Anders gezegd, indien dit onderzoek negatief is sluit je daarmee kanker niet uit. De chirurg komt weer langs en hij overvalt de patiënt met zijn bericht. Hij stelt dat zoals het er nu uitziet er niet meer geopereerd kan worden, of het nu om scleroserende cholangitis of kanker gaat: "Verdere diagnostiek heeft geen zin, een punctie sluit niets uit en het zit toch al bij de aderen dus het is niet meer te opereren." Patiënt ligt alleen en is blij dat haar man halverwege het gesprek binnenkomt. Vervolgens is er een gesprek met de internist en gastroenteroloog. Deze afspraak was al op een eerder moment gemaakt. Tijdens dit gesprek is er discussie over of het wel of geen kanker zou zijn en uiteindelijk stelt de gastroenteroloog dat er een punctie moet komen om een diagnose te stellen. Op haar vraag of er, indien het om kanker gaat, nog behandeling mogelijk is, is het antwoord dat dan genezing niet meer mogelijk is, alleen palliatie zal nog mogelijk zijn. Enige dagen later volgt de punctie, een week daarna de uitslag, die negatief is. Er is sprake van een kwaadaardig gezwel van de galwegen dat langs de galgangen doorgroeit naar de lever. De internist heeft uitgebreid onderzocht of behandeling buiten Nederland wél mogelijk is, en geeft aan dat het tamelijk hopeloos lijkt maar noemt dat "één buitenlandse kliniek misschien nog een levertransplantatie zou willen uitvoeren."

Patiënt heeft zich inmiddels uitgebreid ingelezen en geeft aan dat zij liefst een minieme kans op genezing benut, waarbij een hoog operatierisico voor lief wordt genomen. Het alternatief is het starten van een palliatieve behandeling die zou bestaan uit het verder plaatsen van radioactieve buisjes, waarmee de galwegen doorgankelijk gehouden kunnen worden en de groei van de tumor geremd kan worden, echter zonder kans op genezing. Dit is voor haar geen optie, mede daar deze behandeling voor dit type tumor slechts een relatief korte overleving kent. De patiënt weet nog diezelfde dag een second opinion aan te vragen binnen Nederland en gaat in de week aansluitend op consult bij twee buitenlandse centra, waaronder het door de internist genoemde centrum. Bij dit centrum blijkt zij nog wel voor een operatie in aanmerking te komen waarbij geen levertransplantatie uitgevoerd hoeft te worden. Zij wordt dan ook geopereerd, waarbij het uitgangspunt genezing is. In Nederland wordt zij nabehandeld met chemotherapie. Inmiddels is patiënt ruim twee jaar vrij van tumor en het is heel wel mogelijk dat zij inderdaad blijvend genezen is.

In retrospect stelt patiënt dat zij veel geluk heeft gehad dat uiteindelijk een van de specialisten stond op het stellen van een diagnose. Eigenlijk gebeurde dit enige maanden later dan strikt noodzakelijk. Zij heeft waardering voor haar internist kunnen opbrengen, die, toen eenmaal duidelijk was dat het om een kwaadaardige aandoening ging, zijn excuses maakte voor het voorafgaande beleid, en duidelijk zijn best deed om te kijken of behandeling elders toch nog mogelijk was. Dit deed hij onder andere door te faxen naar de buitenlandse kliniek waar uiteindelijk ook succesvol geopereerd werd. De fax die teruggezonden werd was wel interessant: al op voorhand was het bericht dat een levertransplantatie waarschijnlijk niet nodig zou zijn en dat deze tumor in dit vergevorderde stadium toch gewoon verwijderd kon worden. Patiënt meldt verder dat in het Nederlandse ziekenhuis waar zij de eerste maanden onder behandeling stond het beleid is patiënten met deze tumor alleen te behandelen als het kwaadaardig proces nog niet de lever is ingegroeid. Ondanks deze selectie is de overleving in de groep die geopereerd wordt en aansluitend met radiotherapie behandeld wordt slechts 9% is. Het buitenlandse ziekenhuis waar uiteindelijk behandeld is opereert ook patiënten met een tumor die wel de lever is ingegroeid waarbij de overleving aanzienlijk beter is: 27% bij een ervaring van 10 jaar. Hun resultaten in een groep van 250 patiënten met genoemd overlevingspercentage zijn enkele jaren geleden ook gepubliceerd in de internationale literatuur. Schandalig genoeg leken de onderzoekers van het Nederlandse ziekenhuis deze studie in eerste instantie niet te kennen. In betreffend Nederlandse ziekenhuis is veel ervaring opgedaan met het plaatsen van buisjes voor het doorgankelijk houden van de galwegen. Dit is dan ook voor veel patiënten de behandeling die wordt aangeraden. Dat dit beleid ver wordt doorgevoerd blijkt uit het volgende. Een andere patiënt met dezelfde tumor die al geruime tijd behandeld werd middels de plaatsing van buisjes had gehoord over de succesvolle behandeling van mevrouw I in het buitenland, en hij wilde graag met haar in gesprek komen. Ondanks haar bereidheid hiertoe heeft de behandelend specialist geprobeerd de patiënt van dit gesprek af te houden. Uiteindelijk heeft de patiënt toch contact kunnen leggen en ook hij is voor een second opinion afgereisd naar het deskundige buitenlandse centrum. Deze patiënt is exploratief geopereerd, waarbij bleek dat curatieve operatie niet meer mogelijk was. Tenslotte, wat het punt van deskundigheid en oog voor de successen van andere behandelmethodes betreft, nog de volgende anecdotes. Een betrokken geweest zijnde internist spreekt een klein jaar na behandeling toevallig met de psychotherapeut van een praatgroep waar mevrouw I deel van uitmaakt. Op een goed moment is duidelijk dat zij allebei mevrouw I kennen, het verhaal wordt compleet, waarop hij zegt: "Maar die is toch allang overleden?" Een radiotherapeut

hoort van het therapeutisch succes. Hij stelt dat dat succes waarschijnlijk veroorzaakt is door de chemotherapeutische nabehandeling.

Een ander punt is het adviseren van de patiënt en het helpen in het maken van de afweging operatierisico versus kans op succes. In Nederland is vooral gesproken over de kans op complicaties en de kans op afname van de kwaliteit van leven in de resterende levensperiode. In het buitenlandse centrum was de reactie dat de patiënt nog een kans had en dat indien een operatie niet succesvol zou zijn, de patiënt na de operatie een goede kans had het ziekenhuis lopend te verlaten.

Tenslotte is vermeldenswaardig dat patiënt later verzocht heeft haar medisch dossier in te zien met als doel te onderzoeken op welk moment voor het eerst gedacht werd aan kanker en of deze gedachte direct kenbaar was gemaakt. Dit dossier bleek een grote ramp te zijn: van veel consulten en van het meeste overleg ontbraken aantekeningen. Wel waren er de nodige brieven naar buiten opgenomen in het dossier. De patiënt schrok van de onvolledigheid. Toen betrokken artsen hierop werden aangesproken was het simpele antwoord: "Daar is geen tijd voor."

De internist die eerder zijn excuses maakte heeft als enige getoond oog te hebben voor het behandelingsucces van het buitenlandse centrum. Hij gaf toe dat het niet goed is dat er zo laks wordt omgesprongen met het informeren over behandelmogelijkheden en eventueel doorsturen van patiënten.

Toegevoegd aan matrix 1: B1, B9, C1, C3, D1, D3, D4, D6, G3, G4, G6, G8, H1, H2, H4, H6, H8, H9.

## Casus 11

"Ik had mijn eigen diagnose gesteld. Ze walsten er allemaal over heen."

Mevrouw C, 34 jaar, had altijd al menstruatieklachten, maar geleidelijk werden deze klachten erger. Ze had tijdens de menstruatie hevige buikpijn en bloedverlies bij de ontlasting. Zij bezocht hiervoor de huisarts, die haar onderzocht en zei dat een wat dieper liggende aambeï waarschijnlijk de oorzaak was van het bloedverlies. Zij hoefde zich geen zorgen te maken. De klachten namen echter alleen maar toe en ze besloot de huisarts voor een tweede keer te bezoeken en nam wat ontlasting mee in een potje. Een collega, met wie haar huisarts de praktijk deelde, vond het niet nodig haar ontlasting te onderzoeken en een lichamelijk onderzoek was al eerder verricht door haar eigen huisarts. Omdat darmkanker op haar leeftijd niet of nauwelijks voorkwam, hield ook deze huisarts het op een aambeï.

C besloot te stoppen met de pil, omdat zij zwanger wilde worden. Haar menstruatieklachten verergerden wederom, ze had veel buikpijn, diarree met slijm en bloedverlies. Op een dag las ze in de pauze op haar werk een stukje over endometriose in de Libelle. Het leek haar alsof ze dat stukje zelf had geschreven, alle symptomen klopten: het bloed bij de ontlasting, de hevige buikpijnen enz. Zij besloot de endometriose patiëntenvereniging te bellen, waar ze informatie vroeg. Ze hoorde dat het niet zo best was, wanneer je endometriose op de darmen had, omdat dit moeilijk was te behandelen. Ze kreeg de naam van een gynaecoloog met veel ervaring op het gebied van endometriose. Kort daarop kreeg ze weer buikpijn en diarree en begon ze hevig te spugen, dag en nacht door, om het kwartier. Ze belde de huisarts, die haar zou terug bellen. De assistente van de huisarts belde haar om door te geven dat er op dat moment een buikgriep heerste. Dat zou wel de oorzaak zijn van haar klachten, die in 10 tot 12 dagen moesten over zijn. Tegen de misselijkheid en het spugen zouden zetabletten worden voorgeschreven.

H8 Nadat haar man de zetabletten had gehaald bij de apotheek, las C de bijsluiters, waarin stond dat de zetabletten niet mochten worden gebruikt bij een darmafsluiting. Omdat ze, ondanks dat ze diarree had, ook het gevoel had verstopt te zitten, belde haar man de huisarts om dit voor te leggen. De huisarts adviseerde de bijsluiters weg te gooien: "Daar wordt je alleen maar ongerust van." Het braken was niet te stuiten en C nam een zetablet, die echter direct weer naar buiten kwam vanwege de diarree. Opnieuw werd de huisarts gebeld. De collega van C's huisarts kwam en onderzocht C. Ook zij hield het op een buikgriep en zei dat het ergste voorbij was. C zei dat die diagnose niet kon kloppen en vroeg in hoeverre haar klachten met haar baarmoeder of eierstokken te maken konden hebben. De huisarts ontkende dit en bleef bij haar diagnose.

C werd zieker en zieker en vroeg haar man haar naar het ziekenhuis te brengen. 's-Nachts kwamen ze aan op de afdeling eerste hulp van het ziekenhuis, waar men haar niet wilde helpen, omdat er geen sprake was van een ongeval. Ze moest weer naar huis. De volgende ochtend werd opnieuw de huisarts gebeld. Omdat het in het weekend was, kwam er een collega, die haar onderzocht. Deze stelde opnieuw een maagdarminfectie vast. C maakte opnieuw duidelijk dat het geen maagdarminfectie kon zijn, die had ze al eens eerder gehad en daar was

A1 je niet zo ziek van. "Wat denk je dan dat het is?" C vertelde wat ze zelf dacht. De arts bleef bij zijn diagnose.  
A8 Zo bezochten in drie weken tijd vier huisartsen haar, die steeds op elkaars diagnose voortborduurden, ondanks het feit, dat zij allen van haar eigen vermoedens op de hoogte stelde. Ze was inmiddels 14 kg afgevallen.

Op de trouwerij van haar broer na die drie weken was ze ceremoniemeester en deed wat ze kon. 's-Nachts moest ze opnieuw braken. Het braaksel rook nu naar ontlasting en er zat een spoor bloed in. Ze dacht: "Nu moet er iets gebeuren." Het was zaterdag en een waarnemend huisarts kwam, die haar adviseerde maandag haar huisarts te bellen, die dan kon zorgen voor opname. Ze weigerde dit en zei direct naar het ziekenhuis te willen. Met tegenzin werd een opname geregeld. Ze moest met eigen vervoer naar het ziekenhuis.



G1 In het ziekenhuis werd onderzoek verricht, waarbij behalve wat verwijde darmen niets bijzonders werd gevonden. Ze kreeg een infuus. C bleef braken met bloed erbij en voelde zich steeds zieker. Woensdagnacht vroeg ze de verpleegster iets te regelen, omdat ze het niet meer vol hield. Op donderdagochtend kreeg ze een maagsonde en opnieuw werd een foto gemaakt van de darmen, met contrast. Ook deze tweede foto gaf niet veel duidelijkheid. De volgende dag werd wederom een darmfoto gemaakt en nu begon men afwijkingen te zien. De internist besloot direct een coloscopie te verrichten. Tijdens de coloscopie was de darm slechts 20 cm toegankelijk, verder gaan was niet mogelijk. Besloten werd direct een chirurg er bij te roepen.

De chirurg kwam samen met de behandelend internist bij C kijken. De internist zei terloops te denken aan endometriose, hij had dit beeld in zijn lange carrière slechts twee keer eerder gezien. C, hoe ziek ook, ging rechtop zitten in haar bed. "Zie je wel, M, dat is het", zei ze tegen haar man, "Ik zeg zeker al een half jaar dat ik dat heb." De internist keek haar verbaasd aan en vroeg haar hoe ze dit wist. Ze vertelde dat ze over endometriose had gelezen in de Libelle en zeker wist dat zij dit had. De diagnose was gesteld! Besloten werd direct te opereren. De volgende dag drong pas echt tot C door wat er aan de hand was, toen zij op haar buik een zakje voelde en een groot litteken met 29 hechtingen. Ze had een stoma.

De chirurg kwam bij haar bed en vertelde haar dat de darm was afgesloten geweest door endometriose, dat de kans op het krijgen van kinderen nihil was en het stoma slechts tijdelijk was. Na 3 of 6 maanden zou dit worden hersteld. Drie dagen na de operatie begon C weer te spugen en kreeg weer een maagsonde. Een week bleef ze erg ziek en had hoge koorts, maar knapte toch geleidelijk op en mocht na drie weken naar huis.

Na haar thuiskomst hield zij koorts en een week later kreeg C het gevoel alsof er een harde tennisbal in haar buik zat. De koorts liep op tot 39,5 °C en C besloot de huisarts te bellen. Tijdens dit bezoek barstte C in tranen uit en vertelde hoe ze het haar huisarts en diens vervanger(s) kwalijk nam dat er niet naar haar was geluisterd en haar klachten niet serieus waren genomen. De huisarts gaf toe fout te zijn geweest en bood haar excuses aan. C kreeg antibiotica en afgesproken werd om in een later stadium nog eens samen te praten.

De volgende ochtend bleek een enorme bult te zijn ontstaan op het litteken, C belde een waarnemend arts. Tijdens diens bezoek barstte het litteken open, waar een enorme hoeveelheid pus uit stroomde. Na controle in het ziekenhuis werd besloten de wond thuis, met hulp, te verzorgen. Het herstel duurde 8 weken.

Twee maanden na de eerste operatie onderging C een galblaasverwijdering vanwege een galsteen. Hiervan herstelde ze vlot.

7 maanden na de operatie, waarbij een stoma was aangelegd, bezocht C wederom de chirurg voor controle. Een hersteloperatie werd overwogen, maar een darmonderzoek wees uit dat het beter was nog even te wachten. Twee maanden later vond de chirurg een hersteloperatie verantwoord. Hij wilde de operatie samen met een gynaecoloog uitvoeren, zodat ook de doorgankelijkheid van de eileiders kon worden gecontroleerd. C werd opgenomen en moest twee dagen laxeren. Ze had het gevoel dat ze op de een of andere manier voor niets in het ziekenhuis lag, dat de operatie niet goed zou gaan en ze met het stoma de rest van haar leven moest leven. "Er gaan dingen gebeuren waar ik niet blij mee ben." De chirurg had haar gezegd haar niet te kunnen garanderen dat het lukte. Dit maalde door haar hoofd. Ondanks dit alles, bleef ze.

Na de operatie ontwaakte ze vroeger dan ze had verwacht en begreep onmiddellijk, dat het niet goed zat. Ze voelde, het zakje zat er nog. Wat was er mis gegaan? C wilde de chirurg spreken en belde haar man, die bij het gesprek aanwezig moest zijn. Voordat haar man arriveerde, was de chirurg er al. Hij trok het gordijn om haar bed dicht en stak van wal. Het stoma bleek niet te herstellen vanwege de vele verklevingen in de buik. Het was een keuze uit het levenslang leven met een stoma of een hersteloperatie met het risico van naadlekkage op de aan elkaar gehechte darmdelen. Gekozen was voor de minst levensbedreigende oplossing. De linker eierstok en de baarmoeder bleken verschrompeld, de rechter eierstok bleek uitgezet.

C dacht tijdens dit gesprek: "Dit gaat niet over mij." De chirurg zei: "Wat doe je koeltjes." "Misschien is dit mijn manier van overleven.", zei C. Haar man kwam en barstte in snikken uit, toen hij alles hoorde. C zei tegen hem dat ze hem wel door deze afschuwelijke tijd heen zou slepen en hoorde het zichzelf zeggen: "Alsof ik niet de patiënt was."

De chirurg bezocht haar na 6 dagen en vroeg of ze het al een beetje had verwerkt. "Hoe kan ik dit in godsnaam verwerken in zes dagen. Verwerken doe ik het nooit, ik zal het een plaats geven", was C's antwoord.

Ze vroeg een second opinion bij een gynaecoloog in een academisch ziekenhuis, die, na het maken van een inwendige echo, de mogelijkheid van een zwangerschap niet uitsloot, eventueel met behulp van IVF. Dit gaf haar, ten onrechte, opnieuw hoop.

C besloot een nieuwe huisarts te nemen en belde haar huisartspraktijk voor een afspraak, zij wilde de patiënt-huisarts relatie op de voor haar juiste wijze afsluiten. De assistente vroeg waarom ze belde. C zei dat ze haar papieren kwam halen en wilde laten weten waarom ze besloten had van huisarts te veranderen. De assistente zei dat de huisarts daarop geen prijs stelde. C zei in dat geval direct haar papieren te komen halen. Na dit telefoongesprek besloot C een advocaat in te schakelen ten behoeve van een procedure voor het medisch tuchtcollege. Ze had het gevoel dat de huisarts haar had geloosd en geen interesse meer had in haar situatie. Een laatste gesprek was de huisarts blijkbaar teveel. Vervolgens schreef C de huisarts een brief om zo haar verdriet en teleurstellingen van het jaar daarvooraf duidelijk te maken. "Ik had niet besloten tot het indienen van een klacht, wanneer de huisarts was ingegaan op mijn verzoek om een laatste 10 minuten gesprek!"

Toegevoegd aan matrix 1: A1, A6, A8, B1, B4, B6, B8, C1, D3, D4, D6, G1, H1, H2, H4, H6, H8, H9.

## Casus 12

Mevrouw S, 47 jaar, kreeg acute buikpijnlachten, waarvoor de huisarts haar direct verwees naar de chirurg. In de ambulance zei de verpleger, die S begeleidde, dat hij het vreemd vond dat de huisarts geen briefje had meegegeven voor de chirurg. Hij had bovendien de indruk dat haar klachten van gynaecologische aard waren.

In het ziekenhuis aangekomen, besloot de chirurg na onderzoek direct te opereren. Twee uur na de operatie sprak de man van S de chirurg, die meedeelde dat de linker eileider ontstoken was, de rechter eileider was verwijderd in verband met een cyste en de buik was gespoeld. De gynaecoloog had een deel van de operatie verricht en alles was naar wens verlopen.

S lag drie dagen op de intensive care, ze had een groot litteken van boven de navel tot aan het schaambeentje. Omdat zij niet helemaal goed begreep wat er precies was gebeurd, vroeg ze aan de verpleging of het nu haar eierstok of haar eileider was, die was weggenomen. De chirurg had de rechter eileider weggenomen, zo zei de verpleging.

Na een week kwam S op de gang de chirurg tegen en schoot hem aan. Ze zei dat ze eigenlijk niet goed wist of alles nu in orde was. De chirurg zei dat de operatie goed was verlopen en ook alle uitslagen goed waren.

D1, H1 S kreeg na de operatie echter regelmatig 'warmteaanvallen' en weet dit aan haar zwakte.

Twee weken na de operatie kwam de huisarts op bezoek, die bevestigde dat de rechter eileider was verwijderd, hoewel hij nog niet alle gegevens had ontvangen van de chirurg. Een week later kon S bellen voor de definitieve uitslag: ook een week later bevestigde de huisarts, dat de rechter eileider was verwijderd.

Vier weken na de operatie bezocht S de gynaecoloog voor controle. Dit was niet de gynaecoloog, die de operatie had uitgevoerd. Ze vertelde haar klachten (pijn, hitteaanvallen). De gynaecoloog zei dat die hitteaanvallen normaal waren

C3

wanneer een eierstok was verwijderd. "Een eierstok", vroegen S en haar man verbaasd, "Wat is het nou, de eileider of de eierstok?" De gynaecoloog keek in de papieren en vond het wat verwarrend opgeschreven door haar collega; de rechter eierstok én eileider bleken te zijn verwijderd, wat haar hitteaanvallen – opvliegers – verklaarde. S vertelde dat ook de huisarts had meegedeeld dat alleen de eileider was verwijderd. De gynaecoloog deelde mee dat de ontsteking aan de linker eileider mogelijk was veroorzaakt door het spiraaltje en het jammer was, dat men niet had geweten dat ze deze had, zodat tijdens de operatie ook het spiraal verwijderd had kunnen worden. (S had bij opname echter meegedeeld dat ze een spiraal had, bovendien was dit vastgesteld tijdens het maken van de echo. Dit was blijkbaar niet duidelijk in de papieren terechtgekomen).

H2

Drie weken later kreeg S een blaasontsteking. Een waarnemend huisarts kwam langs, omdat S hoge koorts kreeg. Deze waarnemer zei dat hij de brieven over S uit het ziekenhuis had gelezen en er ook wel een en ander was gebeurd, dit en dat. .... en de blindedarm. .... "Wat blindedarm?", S schoot rechtop in haar bed. "Is de blindedarm er ook uitgehaald?" De waarnemer ging, door haar reactie, ineens aan zichzelf twijfelen, misschien had hij het niet goed gelezen. Hij zou het opnieuw nazien en S kon later op de dag bellen. De waarnemer controleerde de papieren, ook de blindedarm bleek te zijn verwijderd.

B3

Vanwege aanhoudende buikpijn en koortsklachten maakte S opnieuw een afspraak met de gynaecoloog, weer een andere gynaecoloog. Deze vroeg niet hoe het ging met S, keek op de kaart en zei: "De spiraal gaat er uit." S, die erg opzag tegen het verwijderen van de spiraal en wilde dat dit door haar eigen gynaecoloog werd gedaan, zei: "Maar niet door u." De gynaecoloog: "Dan ga ik dr. .... halen." S: "Maar daar kom ik helemaal niet voor, ik heb klachten." "Maar de spiraal moet er toch uit?" S: "Nee, ik heb klachten, de spiraal gaat er uit wanneer ik weer menstrueer." De gynaecoloog haalde zijn vrouwelijke collega, die S onderzocht. De eerste gynaecoloog kwam weer binnen en hoorde van zijn vrouwelijke collega: "Jij bent ook een mooie, S komt niet voor het spiraaltje."

S vertelde beide gynaecologen dat ze had gehoord dat ook de blindedarm was verwijderd en dat zij en haar man daarvan niet op de hoogte waren gesteld. De papieren werden nagekeken en uitgelegd werd, dat dit vaker werd gedaan bij een grote buikoperatie. De kans op verklevingen was dan groot en uit voorzorg werd de blinde darm verwijderd, zodat een operatie in de toekomst voorkomen werd. S zei dat ze het allemaal een vreemde zaak vond: eerst wist ze niet van die eierstok, niemand had haar opvliegers serieus genomen of verklaard. daarna hoorde ze van de blinde darm (ze voelde zich inmiddels erg achterdochtig, wie weet wat er nog meer was verwijderd zonder dat ze het wist). de betrokken artsen/verpleegkundigen hadden de foute informatie van elkaar overgenomen. De beide gynaecologen 'schudden' wat met hun hoofd en zeiden "ja, ja. ...." Ze gingen niet in op haar opmerking dat ze de gang van zaken erg 'raar' vond. Enige

B7

tijd later kreeg S een rekening thuis van de chirurg, waarop 'appendicitis' stond (blindedarmontsteking), maar dat had zij niet of hadden ze nog meer informatie achtergehouden? Zij vroeg hiernaar in een volgend consult bij de gynaecoloog. Deze zei dat dit te maken had met het feit, dat de specialist maar één handeling in rekening mocht brengen. .... ?

Toegevoegd aan matrix 1: A1, B3, B4, B6, B7, C1, C3, D1, D3, E4, E6, H1, H2, H4, H6.



## 6.B Professional-getuigenissen

Inleiding, door professionals ervaren knelpunten in de medische sector, aanbevelingen van professionals

### Inleiding

De tweede groep respondenten bestond uit 5 professionals op het gebied van de klachtbemiddeling in de gezondheidszorg. Deze groep is tot stand gekomen door telefonisch overleg met twee academische en twee perifere ziekenhuizen, een huisartsenvereniging, een gezondheidscentrum, een verpleeghuis en een Patiënten Consumenten Platform. Bereid tot deelname aan dit onderzoek waren een klachtbemiddelaar in een academisch ziekenhuis (1), een perifeer ziekenhuis (2) en een verpleeghuis (3), een secretaris van een klachtenbureau en een klachtencommissie in de eerstelijns, waarbij het gaat om huisartsen, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal raadslieden, thuiszorg, apothekers (4), alsook een klachtbemiddelaar van een Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (5). Gevraagd werd naar hun ervaringen met de zelfredzaamheid en het ontstaan van secundair slachtofferschap. Zij gaven hun visie op de knelpunten in het geneeskundig handelen, leidend tot secundair slachtofferschap. De door de klachtbemiddelaars geformuleerde knelpunten worden in de eerdergenoemde categorieën ingedeeld. Ten behoeve van het doen van aanbevelingen werden de volgende twee vragen voorgelegd aan de klachtbemiddelaars:

- Wat moet het meest dringend worden verbeterd in de wijze waarop in de geneeskunde wordt omgegaan met medische onvolkomenheden?
- Wat is het meest dringende advies aan de patiënt teneinde de secundaire schade te beperken en de zelfredzaamheid te behouden?

### Door professionals aangegeven knelpunten in de medische sector

Hierna volgt een overzicht van de door de professionele klachtbemiddelaars vastgestelde knelpunten in de medische sector, die kunnen leiden tot secundair slachtofferschap. De knelpunten worden ingedeeld in dezelfde categorieën als bij de onderzoeksgroep bestaande uit patiënten. In tegenstelling tot bij de deelnemende patiënten – de meeste slachtoffers hebben géén formele klacht ingediend - gaat het bij de deskundigen om formele, geregistreerde klachten. Voordat we ingaan op de inhoud van de geregistreerde klachten, ordenen we deze in categorieën van meest naar minst voorkomend (de indeling in categorieën is niet landelijk gestroomlijnd), zie tabel 1.

#### *Medisch-technisch handelen en vakbekwaamheid: de deskundigheid*

Door de klachtbemiddelaars genoemde, regelmatig voorkomende klachten stemmen geheel overeen met de informatie van de slachtoffers: operatiecomplicaties (1) (2) (5), een (vermeende) behandelingsfout (1) (2) (4) (5), onjuiste of verwisselde medicijnen (1) (2) (4) (5), de arts is niet meer in staat tot opereren (1), verkeerde inschatting van een ziektebeeld (5), het missen van een diagnose of het stellen van een verkeerde diagnose (4) (5), telefonisch verkeerde inschatting van een probleem (5), geen of te late doorverwijzing naar de specialist (4).

Tabel 1: Rangordening klachtcategorieën door de vijf klachtbemiddelaars

	Medisch-technisch handelen en vakbekwaamheid	Organisatie en samenwerking	Bejegening	Informatie en communicatie	Overige
1. Academisch ZH	3 (12%)	1 (36%)	2 (24%)	-	4 (28%)
2. Perifeer ZH	4	-	2	1	3
3. Verpleeghuis	3	4	1	2	-
4. Eerstelijnszorg	2 (24%)	1 (40%)	3* (13%)	3* (13%)	4 (10%)
5. IKG	1	3	2	4	5

NB. Bij de eerste vier klachtbemiddelaars komen de klachten over medisch-technisch handelen en vakbekwaamheid op de derde of vierde plaats. Bij het onafhankelijke Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) staan de klachten over de vakbekwaamheid op de eerste plaats. 3\*: bejegening en communicatie delen de derde plaats.

#### *Organisatie en samenwerking*

Voorbeelden: de arts is drie keer afwezig, patiënt komt voor niets (1). Lang wachten: de patiënt moet drie uur wachten voor zijn afspraak, vijf uur wachten voor een injectie (1). Arts is telefonisch onbereikbaar (5). Het dossier is zoek (1). De operatie is op het laatste moment uitgesteld: de anaesthesie is al gegeven, maar er komt een verbod vanwege de beschikbare ruimte op de intensive care (1). De patiënt raakt zijn gebit kwijt (1). Drukte in het ziekenhuis (2), discontinuïteit in roosters (2). Het is niet schoon in het ziekenhuis (toiletten o.a.) (2). Verkeerde afstemming tussen disciplines (3). Eerstelijns: niet terechtkunnen bij de eigen huisarts (4). Antwoordapparaten (5). Huisarts wil niet langs komen (5). Het voortborduren op een foute diagnose van een ander (5), onduidelijkheid over wie er nu eigenlijk verantwoordelijk is of wat er is afgesproken (5). Ook ten aanzien van de organisatie en samenwerking blijken de geregistreerde klachten overeen te komen met hetgeen is gemeld door de slachtoffers.

#### *Bejegening*

Voorbeelden: de arts doet uit de hoogte (1), de arts is ongeduldig (2), de arts heeft onvoldoende tijd (5), de arts is boos (2), de arts wordt ervaren als onbeschoft (5). De arts-assistent moet zich waarmaken en doet arrogant (1), de baliemedewerkster is onvriendelijk (1). Het thuisfront (verpleeghuis) wordt niet op waarde geschat, heeft echter al een lange periode achter de rug met de patiënt en is vaak specialist m.b.t. kleine, maar belangrijke zaken (3). Gebrek aan klantvriendelijkheid (5), verlies van vertrouwen (1), niet serieus worden genomen (4) (5). Huisarts kijkt op de computer bij het afnemen van de anamnese (4).

#### *Informatie en communicatie*

Voorbeelden: onvoldoende voorlichting en uitleg (alle), gewekte verwachtingen worden niet waargemaakt (2), de ontslagbrief aan de huisarts klopt niet (2), foutieve overdracht van ziekenhuis naar verpleeghuis, waardoor patiënt onnodige onderzoeken moet ondergaan (3). Voldoende informatie over de behandeling, maar schiet tekort over de alternatieven(WGBO) (5). Informatie aan familieleden schiet tekort (5). Inzage in het dossier wordt geweigerd (5).

#### *Duur*

Voorbeelden: lang wachten (1). Onvoldoende duidelijk of en zo ja, op wat voor termijn de patiënt terug moet komen, indien de klachten aanhouden (4). De huisarts wacht (te) lang met verwijzing (4) (5). Wat betreft klachtenprocedures zit bijna iedereen tegen de maximale termijn aan die in de



reglementen wordt beschreven, maar over het algemeen loopt dit redelijk (5).

#### *Kosten*

Voorbeelden: hoogte gedeclareerde bedrag, onterechte incasso, rekening voor niet geleverde diensten, in rekening brengen van een zeer kort telefonisch consult (4). Uitvoering ziekenfondswet (5). Kosten van consulten bij alternatieve genezers (5).

#### *Toegankelijkheid*

Voorbeelden: afspraken in waarneemgroepen van huisartsen belemmeren de vrije artskeuze (5). Over problematiek van wachtlijsten wordt opvallend weinig geklaagd (5).

#### *Regelgeving*

Regelgeving: de 5 klachtbemiddelaars geven allen aan dat het veelvuldig ontbreekt aan de door de WGBO voorgeschreven voorlichting.

#### *Objectiviteit*

Eenmaal wordt de objectiviteit van de arts genoemd als reden om een klacht in te dienen (5). Er wordt bijvoorbeeld voortborduurd op de (foute) diagnose van een collega.

### **Aanbevelingen van de klachtbemiddelaars**

*Wat moet het meest dringend worden verbeterd in de wijze waarop in de geneeskunde wordt omgegaan met medische onvolkomenheden?*

#### *Klachtbemiddelaar 1: academisch ziekenhuis*

Aan het indienen van een klacht gaat praktisch altijd een cumulatief proces vooraf: meestal is er niet één aanleiding, maar heeft de patiënt meerdere keren een slechte ervaring opgedaan of zijn kop gestoten. Artsen moeten een grotere inspanning leveren en werkelijk luisteren, wanneer een patiënt een klacht heeft (een klacht valt niet af te kopen met een bos bloemen). Werk de klacht af in kort tijdsbestek. Informeer zelf actief, laat de patiënt uitgebreid vertellen. Wees eerlijk.

#### *Klachtbemiddelaar 2: perifeer ziekenhuis*

De ervaring leert dat erkenning van de klacht en een gesprek veruit het belangrijkste zijn. Het dagelijks uitvoeren van de WGBO is van groot belang: geef inhoudelijk goede voorlichting aan patiënten. Dit wordt binnen diverse specialistenverenigingen zeer serieus genomen, maar voor een goede implementatie van deze voorlichting in het dagelijks werk is een volgende stap nodig: een structuur ter ondersteuning, zodat goede informatieve middelen op het juiste moment op de juiste plaats zijn. De patiëntenvoorlichting heeft hierin een belangrijke taak.”

#### *Klachtbemiddelaar 3: verpleeghuis*

Meer preventieve maatregelen nemen en borging middels een kwaliteitssysteem (ISO) met betrekking tot specifieke aandoeningen van de patiënt. Een grotere openheid met betrekking tot onvolkomenheden (voor een ieder inzichtelijk met naam en toenaam). Een onafhankelijke klachtencommissie met sanctionele bevoegdheden.

#### *Secretaris klachtenbemiddeling en klachtenbureau 4: eerstelijnszorg*

Veel klachten hebben te maken met gebrek aan communicatie, dan wel onvoldoende serieus nemen van de patiënt. Het is voor patiënten van belang dat er een opening tot een gesprek wordt geboden. Initiatief vanuit de arts/hulpverlener wordt vaak erg op prijs gesteld. Afzien van contact, omdat vernomen is dat de klager boos is, werkt over het algemeen averechts. Gebrek aan uitleg kan vaak

oorzaak zijn van en. In dat geval is van belang dat die uitleg alsnog wordt geboden. Zoveel mogelijk openheid betrachten over wat is gebeurd werkt vaak het beste. Cliënten krijgen dan niet het gevoel dat iets verdoezeld wordt. Dit vergt overigens een niet-defensieve houding van de hulpverlener.

#### *Klachtbemiddelaar 5: Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg*

Het cliché 'een klacht is een gratis advies' mag men nog wel wat serieuzer nemen. Angst voor schadeclaims en arrogantie leiden er nogal eens toe dat een arts niet bereid is excuses aan te bieden, met als gevolg dat cliënten verder de loopgraven in moeten dan nodig is. Een goed gesprek leidt vaak tot veel meer dan juridische procedures. Klachtbemiddelaars zouden los van instellingen moeten opereren/worden betaald. Klachtencommissies zouden onafhankelijker moeten zijn en een patiëntenvertegenwoordiger moeten hebben. Meer openheid is het devies.

*Wat is het meest dringende advies aan de patiënt teneinde de secundaire schade te beperken en de zelfredzaamheid te behouden?*

#### *Klachtbemiddelaar 1: academisch ziekenhuis*

Wat je als patiënt doet, wanneer je een klacht hebt, moet bij je passen! Je moet zo boos zijn, dat je er wat aan wilt doen. Je moet het aankunnen en er energie voor hebben. Laat je goed voorlichten over de mogelijkheden en bepaal stapsgewijs wat je wil. Ga met klachten om op basis van vertrouwen. Een klacht is een gratis advies. In het academisch ziekenhuis wordt een kort formulier ontwikkeld, dat in de toekomst actief verspreid gaat worden onder bezoekende patiënten, waarin gevraagd wordt om commentaar. Gewaarborgd wordt dat er aandacht aan wordt besteed en eventuele maatregelen worden genomen. In een enkel ziekenhuis in Nederland is reeds sprake van een dergelijk actief beleid. De ervaring leert dat het indienen van een klacht geen negatieve repercussies heeft. Integendeel!

#### *Klachtbemiddelaar 2: perifeer ziekenhuis*

Mondigheid! Als iets mis is gegaan, doe iets. Neem eigen verantwoordelijkheid. Schrijf eigen vragen op. Kom op voor jezelf. Zie een klacht als een kwaliteitsinstrument.

#### *Klachtbemiddelaar 3: verpleeghuis*

Mondigheid! Om de verpleeghuisgeneeskunde verder te ontwikkelen en inhoudelijk te verdiepen zijn meer en betere gegevens nodig over de verpleeghuispatiënten en de aandoeningen die zij hebben. Veel verpleeghuispatiënten hebben chronische aandoeningen met ernstige validiteitstoornissen. Bovendien komen dikwijls meerdere aandoeningen tegelijk voor. Dit betekent veelal een aanzienlijke lichamelijke en psychische afhankelijkheid van zorg en begeleiding. Bundeling van krachten door middel van cliëntenraden en het bespreekbaar maken van hun specifieke problemen ten aanzien van zelfredzaamheid in verpleeg- en verzorgingshuizen is mijns inziens het meest dringend. De generatie patiënten, die nu in deze instellingen verblijft is door diverse bekende omstandigheden nog niet mondig genoeg. Hoop doet leven!

#### *Secretaris klachtbemiddeling en klachtenbureau 4: eerstelijnszorg*

Het is van belang dat cliënten met een klacht niet te lang wachten het probleem aan te kaarten. Na een aantal jaren (het komt regelmatig voor dat mensen zo lang wachten) kan de hulpverlener zich vaak niet meer herinneren wat er is gebeurd. Het is raadzaam allereerst te proberen het probleem met de hulpverlener zelf te bespreken. Veelal leidt uitleg, persoonlijk contact, soms excuses, tot oplossing van het probleem. Ook is het van belang dat klagers zich realiseren wat ze willen bereiken met het indienen van hun klacht. Overigens heeft ook de instelling zelf hierin een informatieve taak. Bij ons is hiervoor speciaal een klachtenbureau ingesteld, het IKG doet ook veel nuttig werk op dit gebied. Willen cliënten uiteindelijk alleen schadevergoeding, dan heeft een gesprek met de hulpverlener weinig zin. Willen cliënten van de hulpverlener zelf excuses horen, dan is de klachtencommissie niet de meest aangewezen procedure. Sommige cliënten gebruiken de klachtencommissie als toetssteen

voor een schadeprocedure of een medische tuchtprocedure. Ik ben hier geen voorstander van. Cliënten onderschatten doorgaans het effect van procedures voor de hulpverlener. Velen ervaren een klachtbehandeling bij de klachtencommissie als zwaar. Een medische tuchtprocedure telt als een tropenjaar.

*Klachtbemiddelaar 5: Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg*

Eigenlijk heb ik aan de klant hetzelfde advies als aan de arts: meer openheid. Zeg en leg voor wat je te zeggen hebt. Een arts kan niet raden wat je nodig hebt. Als je niet gerust bent op de diagnose, meldt dat dan, vraag eventueel een second opinion. Vraag steun en handel snel. Een actieve opstelling, niet teveel vanuit de slachtofferrol, helpt.

## 6.C Synthese

Algemeen, resultaten, conclusies, aanbevelingen

### Algemeen

Een patiënt kan geleidelijk, meestal door een opeenstapeling van gebeurtenissen tijdens de behandeling, in een slachtofferrol terecht komen waarvan hij langdurige, soms blijvende psychische en/of lichamelijke gevolgen kan oplopen. Er is slechts weinig systematisch onderzoek verricht naar onvolkomen medisch handelen en nog minder weten we over de gevolgen hiervan voor de patiënt. Dit onderzoek heeft deze gevolgen geëxploreerd met behulp van interviews met slachtoffers van onvolkomen medisch handelen en met professionals op het gebied van de klachtbemiddeling. Hierbij is met name getracht inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaken voor het verlies van de zelfredzaamheid en het ontstaan van secundair slachtofferschap. De beschreven knelpunten in het geneeskundig handelen maken de persoonlijke problematiek, waarin het slachtoffer ongewild terecht komt, duidelijk. De geneeskunde, weinig geneigd tot het naar buiten brengen van fouten, is naar onze mening gebaat bij gefundeerde kritiek van de consument.

In dit hoofdstuk zijn de opvattingen weergegeven van 12 slachtoffers van onvolkomen medisch handelen en van 5 professionals op het gebied van de klachtbemiddeling in de gezondheidszorg. De opvattingen van slachtoffers en professionals over de bestaande knelpunten in de gezondheidszorg, met name op het gebied van vakbekwaamheid, organisatie en samenwerking, bejegening, informatie en communicatie en voorlichting naar de patiënt blijken opvallend overeen te stemmen. Voor de 12 geïnterviewde slachtoffers ligt in deze knelpunten dan ook een belangrijke oorzaak van hun slachtofferschap. Het gebrek aan tijd en aandacht voor (de beleving van) de patiënt, de onzorgvuldige procedures inzake mondelinge en schriftelijke informatie en communicatie tussen professionals onderling en van de arts naar de patiënt en een gebrek aan open en kritische reflectie op het eigen handelen staan centraal in de discussie rondom onvolkomen medisch handelen.

### Resultaten

Voor de meeste slachtoffers binnen dit onderzoek geldt dat er niet sprake is van een specifiek moment waarop het slachtofferschap ontstond. Dit feit maakt een duidelijk verschil uit met beide eerste deelonderzoeken! Veelal was er sprake van een cumulatief proces. Toch hebben de onderzoekers getracht knelpunten in procedures en aspecten voor en na het ontstaan van slachtofferschap te inventariseren. De resultaten worden gegeven in respectievelijk matrix 1 en 2. Zou men het gehele medisch proces van de onderzoeksgroep willen beschouwen dan dienen beide matrices tezamen te worden gezien. In de eerste matrix zijn de knelpunten gerubriceerd die voorafgingen aan het slachtofferschap zoals ervaren door de 12 patiënten waarvan de casus is opgenomen in de bijlage van hoofdstuk 6.A. In de tweede matrix zijn knelpunten gerubriceerd die in tweede instantie zijn opgetreden, na ontstaan van het slachtofferschap, zoals geformuleerd door respectievelijk genoemde 12 patiënten, de 17 patiënten die hun casus niet schriftelijk vastgelegd wilden zien in deze studie, de 5 patiënten die zich na de eerste gesprekken alsnog terugtrokken en door de 5 professionals op het gebied van de klachtbemiddeling.



**Matrix 1:**

**Knelpunten naar procedures en aspecten in het medisch handelen vóór het optreden van slachtofferschap bij 12 deelnemende patiënten (voor de nummering van de casussen zie bijlage hoofdstuk 6.A)<sup>11</sup>**

ASPECTEN										
PRO- CE- DU- RES	1 Deskun- digheid	2 Regel- geving WGBO, Richtl.	3 Samen- werking & orga- nisatie	4 Beje- gening	5 Duur	6 Commu- nicatie & infor- matie	7 Kosten	8 Objec- tiviteit	9 Privacy & zelfstan- digheid	10 Toegan- kelijk- heid
A Melding 1.anamn	3			3,8		3				
2.diagn.	3,4,5, 10,11,12		5	3,5,8	5	3, 11		11	3	
B Behan- deling	1,5,7,8, 9,10,11	1,6	1,4,7,12	1,2,3,5, 7,8,11, 12		1,2,7,8 11,12	4,9,12	7,11	2,4,6,8, 9,10	
C Regis- tratie (status)	1,3,6,7, 10,11,12		1,6,7,10, 12			1	6			
D Bege- leiding Controle	1,3,4,5, 6,7,9,10, 12		1,3,4,5, 6,7,9,10, 11,12	1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,10,11		1,2,7,8, 10,11	9		2,8	
E Nazorg	6			1,5,9,12		1,9,12				
G Verwij- zing	11	9	3,7,9,10	10		10		9,10		9
H Voor- lichting	2,3,4,6, 7,8,9,10, 11,12	1,2,3,4,5 6,7,8,9, 10,11,12		1,3,4,7, 9,10,11, 12		1,2,3,4, 5,6,7,8, 9,10,11, 12		10,11	2,3,7,9 10,11	

P.S.: Knelpunten van patiënten in andere subsystemen:

- Strafrecht : geen
- Civiel recht : 1 (B1)
- Verzekeringssector : 2 (B8)
- Arbeidssector : 1 (B3), 2 (B1), 2 (B3)
- Psychosociale hulpverlening : 1 (B8)

<sup>11</sup> Meest voorkomende cellen vet omlijnd (minstens 7 x genoemd)

## Matrix 2:

**Knelpunten naar procedures en aspecten in het medisch handelen na het optreden van slachtofferschap zoals gemeld door alle geïnterviewde patiënten en professionals <sup>12</sup>**

ASPECTEN										
PRO- CE- DU- RES	1 Deskun- digheid	2 Regel- geving WGBO, Richtl.	3 Samen- werking & orga- nisatie	4 Beje- gening	5 Duur	6 Commu- nicatie & infor- matie	7 Kosten	8 Objec- tiviteit	9 Privacy & zelfstan- digheid	10 Toegan- kelijk- heid
A Melding	<u>2,6,14, 16</u>		<u>15</u>	1,9 <u>10,13,14 15,16</u>		<u>10,13,14 15,16</u>		9		
B Behan- deling	3,5,9 B E <u>3,12</u> P4,P5	3	5 <u>9,11</u> P1,P4	1,5,8,11, 12 B C D <u>1,5,8,9, 12,13,17</u> P1,P2, P3,P5	A D	1,4,5,8, 11,12 B C D <u>1,3,5,8,9 12,13,17</u> P2,P3	7	5 A <u>8,9,16</u>	8 A <u>13</u>	
C Regis- tratie (status)	<u>8,17</u>	10 <u>9</u>	1,6,7 <u>6,17</u>					5		<u>8,9</u>
D Bege- leiding Controle	8,9,10 7		7 4	1,6,8,10, 12 E 4		1,6,8,10, 12 E 4			7,8,10	
E Nazorg	9,10,11		7	1,10,11 <u>7</u>		1,4,10, 11 7				
G Verwij- zing	1,10		7							
H Voor- lichting	1,10 E <u>4,7</u>	12		10 C		4,10 C				

1 t/m 12 = het nummer van de casus van de deelnemende patiënten (bijlage 6.A).

A t/m E = de 5 patiënten, die na aanvankelijke deelname zich terugtrokken.

1 t/m 17 (onderstreept) = de 17 patiënten, die geen toestemming gaven tot schriftelijke verslaglegging van hun casus in deze studie.

P1 t/m P5: de 5 professionals op het gebied van de klachtbemiddeling:

P1: academisch ziekenhuis

P2: perifeer ziekenhuis

P3: verpleeghuis

P4: eerstelijns gezondheidszorg

P5: IKG (Informatie en Klachtenbureau Gezondheidszorg)

<sup>12</sup> Meest voorkomende cellen vet omlijnd (minstens 14x genoemd)

## Conclusies

- Er bestaat een grote angst voor repercussies en represailles bij het uiten van klachten over onvolkomen medisch handelen. Slechts een beperkt aantal patiënten gaf toestemming voor deelname aan én het opnemen van hun casus in deze studie; een grote groep zag af van deelname om bovengenoemde redenen, hetgeen heeft geleid tot een selectie van patiënten voor dit onderzoek.
- Standpunten, ingenomen in de bestudeerde literatuur en geformuleerd door de deelnemende patiënten én de professionals komen met elkaar overeen wat betreft de reële kans op schade ten gevolge van fouten, met name in het medisch-technisch handelen, in de organisatie en de samenwerking van professionals en in de bejegening van, de informatie aan en de communicatie met de patiënt.
- Grote vakkennis en vakmanschap kan nooit het gebruik van onjuiste of onvolledige informatie goedmaken! De casuïstiek maakt duidelijk dat foute of onvolledige informatie(uitwisseling) vergaande consequenties heeft voor zowel het medisch-technisch handelen als voor de organisatie, alsook voor de bejegening van en de communicatie met de patiënt. Deze aspecten van het medisch handelen blijken onlosmakelijk met elkaar verbonden. Een aanvankelijk kleine fout zich als een olievlek kan verspreiden, één zwakke schakel in het geheel kan een keten van misverstanden en onzorgvuldigheden in gang zetten.
- De WGBO verplicht de arts tot het geven van informatie over aard en doel van onderzoek of behandeling, over gevolgen en risico's, over andere in aanmerking komende keuzemogelijkheden en over de prognose. Pas hierna kan de patiënt toestemming geven, het 'informed consent'. De voorlichting aan de patiënt is veelvuldig onvoldoende. Om één van de meest verstrekkende voorbeelden te noemen: nog steeds worden operatief organen weggenomen zonder toestemming vooraf of zonder mededeling achteraf. In deze studie gebeurde dit bij een kwart van de deelnemers.
- Veel is nog voor verbetering vatbaar, getuige de conclusie van de visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen 1997: een onjuiste attitude van de arts, zowel naar de patiënt als ten opzichte van zijn eigen handelen, wordt gezien als de belangrijkste oorzaak van de dehumanisering van de gezondheidszorg.
- Standpunten, ingenomen in de bestudeerde literatuur en geformuleerd door de deelnemende patiënten én de professionals komen met elkaar overeen wat betreft belangrijke oorzaken voor het ontstaan van secundair slachtofferschap en voor verlies van zelfredzaamheid.
- Na het maken van een medisch-technische, een organisatorische of een communicatieve fout blijkt het veelal bijzonder moeilijk voor de patiënt om gehoor te vinden voor de persoonlijke gevolgen. De ervaring leert dat hulpverleners en organisaties zich zelf tracht te verschonen, de patiënt op zichzelf wordt teruggeworpen en soms wordt aangewezen als de oorzaak van de problemen. Eén van de belangrijkste oorzaken komt voor rekening van de geneeskunde en heeft te maken met de '(conspiracy of) silence', een stilzwijgen wat overigens ook dwingend kan worden opgelegd aan artsen door de verzekeraar. Al is er de laatste jaren op grond van nieuwe wetgeving duidelijk sprake van verbetering, nog steeds tonen artsen een gebrek aan openheid over gemaakte fouten. In de beschreven casuïstiek betekent een gemaakte fout nogal eens het einde van de 'menselijke' communicatie tussen betrokkenen. Op deze wijze wordt aan het lijden van de patiënt lijden toegevoegd.
- Eveneens van invloed op het ontstaan van 'secundair' slachtofferschap is de wijze waarop de patiënt reageert na een medische fout. Patiënten zwijgen vaak nadat zij het slachtoffer zijn geworden van onvolkomen medisch handelen of er blijkt sprake van een cumulatief proces: pas wanneer de patiënt meer dan eenmaal zijn neus heeft gestoten en hierover kan niet open worden gepraat, krijgt hij de behoefte een klacht in te dienen. Voor het indienen van een klacht moet dus duidelijk een drempel zijn gepasseerd.  
Een - groot? - deel van de patiënten heeft nog altijd de indruk dat het uiten van kritiek negatieve repercussies heeft. De deelnemende professionals benadrukken dat toenemend sprake is van een

zorgvuldige afhandeling van medische klachten en de angst voor negatieve repercussies ongegrond is.

- Aanbevelingen in de bestudeerde literatuur en geformuleerd door de deelnemende patiënten én de professionals komen met elkaar overeen wat betreft het voorkomen van 'secundair' slachtofferschap en het behoud van de zelfredzaamheid van de patiënt nadat er medische schade is ontstaan.
- Richtlijn voor de arts: klantvriendelijk = klachtvriendelijk. De zelfredzaamheid van de patiënt wordt zo veel mogelijk behouden, wanneer de arts adequaat reageert na het maken van een -ook kleine- medische fout.

"Hoe eerder en hoe 'bemiddelender', des te liever en effectiever."

Met directe terugkoppeling en bemiddeling kan kwaliteitswinst worden geboekt. Naarmate de onvrede korter duurt, legt zij een minder zware hypotheek op de klager. Het klimaat om onvrede te uiten zal verbeteren (van Wijman 1997).

Het dieper de loopgraven in moeten, de lange duur van juridische procedures, de emotionele belasting en de kans dat de patiënt in toenemende mate toeschouwer wordt van een juridisch steekspel zijn zwaarwegende argumenten om er alles aan te doen juridisering van het probleem te voorkomen door direct na het ontstaan van schade actief en empatisch te reageren. Wanneer de dokter niet antwoord, vergroot hij hiermee de kans dat de patiënt hem zal dwingen tot een antwoord via een advocaat.

- Richtlijn voor de geneeskunde als organisatie: hulpvragenden kunnen vaak niet beoordelen of de organisatie of de individuele hulpverlener jegens hen is tekortgeschoten. Daarom zou niet moeten worden gewacht tot het moment waarop de patiënt zelf een klacht presenteert, maar zouden ook degenen die onjuist zijn behandeld actief moeten worden benaderd. Ook zouden bezoekers van instellingen gevraagd moeten worden om commentaar op de gang van zaken, met de garantie dat daaraan aandacht wordt besteed. Hiervoor zijn in sommige instellingen reeds stappen gezet. Deze toename in openheid kan veel 'lijden in stilte' voorkomen en klachten in een vroeg stadium wegnemen.

Instellingen moeten eveneens de patiënt, reeds bij binnenkomst, actief wijzen op zijn rechten: zijn recht op informatie, op een second opinion, op kritisch commentaar en op klagen. Transparant moet zijn bij welke ter zake deskundige hulp kan worden gevraagd. Klachtenbemiddelaars, patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen zijn veelal goed georganiseerde en gemakkelijk toegankelijke instanties die ondersteuning kunnen bieden. Wanneer zij onvoldoende ondersteuning kunnen geven, bijvoorbeeld in zeer gecompliceerde situaties of bij een geringe draaglast van de patient, zou een case manager een bemiddelende en begeleidende rol kunnen vervullen, zowel in het belang van de patiënt als in het belang van de betrokken hulpverlener.

- Richtlijn voor de patiënt: de patiënt moet voor zichzelf bepalen hoe hij wil reageren op gemaakte fouten. Afwachten werkt meestal averechts. Zelf actief handelen door vragen te stellen en voor zichzelf op te komen, door het vragen van hulp of een second opinion blijkt effectief bij het voorkomen van secundair slachtofferschap.

## **Aanbevelingen**

Aanbevelingen -aan de arts, aan de geneeskunde als organisatie én aan de patiënt- worden gedaan door de deelnemende slachtoffers en professionals. Deze aanbevelingen zijn gericht op het voorkomen van secundair slachtofferschap en op het behoud van de zelfredzaamheid van het slachtoffer van onvolkomen medisch handelen.

De opvattingen van de slachtoffers en de professionals over de mogelijkheden om na het oplopen van schade secundair slachtofferschap te voorkomen en de zelfredzaamheid te behouden, komen eveneens opvallend overeen en komen samengevat op het volgende neer. Uitgangspunt is dat slachtoffers van



onvolkomen medisch handelen zelf hun leven weer op orde moeten zien te krijgen, de draad weer op moeten pakken, met de gevolgen om leren gaan en het gebeurde een plaats geven, al dan niet met professionele hulp. De patiënt moet zijn kritiek uiten, liever vroeg dan laat en op een wijze die bij hem past.

Mondigheid van de patient moet een plaats krijgen in het medisch systeem. Patiënten moeten goed voorgelicht worden over hun recht op openheid op grond van de Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De patiënt moet weten dat hij recht heeft op een second opinion. Die moet liefst getimed zijn voor of uiterlijk op het moment van beginnend slachtofferschap. Dan kan de second opinion een belangrijk middel zijn om een opeenstapeling te vermijden van ongewenste gebeurtenissen, die de patient definitief in een slachtofferrol zouden kunnen drukken.

Helder is dat veel leed voorkomen zou kunnen worden wanneer de in 1995 ingevoerde Wet inzake de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst beter zou worden gehandhaafd, vooral wat betreft de verplichte informering over aard en doel, gevolgen en risico's van onderzoek of behandeling. Helaas moet geconstateerd worden het gros van de patiënten volstrekt onvoldoende wordt voorgelicht terwijl volgens de WGBO deze voorlichting ook dient te worden gegeven wanneer de patiënt hier niet expliciet om vraagt. De nodige attitude verandering heeft zich kennelijk nog onvoldoende ingezet. Naar verwachting zou handhaving van deze wet al een grote stap voorwaarts betekenen wat betreft verkleining van de kans op slachtofferschap en verbetering van de zelfredzaamheid.

Om zelfredzaamheid mogelijk te maken moeten hulpverleners die destijds bij de behandeling betrokken waren en verantwoording dragen voor onvolkomenheden in de behandeling open staan voor een gesprek en voor de inhoud van de klacht. De professional moet zich realiseren dat aan het indienen van een klacht praktisch altijd een cumulatief proces vooraf gaat. Meestal is er niet één aanleiding, maar heeft de patiënt meerdere keren een slechte ervaring opgedaan. De arts ..... hij moet opener en actiever reageren in situaties van onvolkomen medisch handelen. De klacht moet liefst in kort tijdsbestek afgehandeld worden, de patiënt moet de gelegenheid krijgen uitgebreid vertellen en de arts moet de patiënt eerlijk tegemoet treden. Het vergt een grondige houdingsverandering bij het gros van de hulpverleners om elke klacht te leren zien als een gratis advies. Zij moeten bovendien fouten leren toegeven en zien af te komen van de angst dat het luisteren naar klachten tot procedures zou leiden. Het omgekeerde is namelijk waar: juist als een hulpverlener niet luistert, loopt hij de kans aangeklaagd te worden. Middelen, die van grote waarde kunnen zijn voor zelfredzaamheid en herstel zijn: het vragen van een second opinion, een actieve begeleiding van de huisarts wanneer het gaat om schade in de tweede lijn en het (veelvuldig) kunnen praten over hetgeen men heeft meegemaakt. De bijdrage van het indienen van een formele klacht aan de verwerking van opgelopen schade is niet eenduidig te definiëren en verschilt van persoon tot persoon.

De patiënt moet geattendeerd worden op de mogelijkheid contact opnemen met de betrokken patiëntenvereniging om zich te laten voorlichten en waar mogelijk met raad en daad te laten bijstaan. Voor een deel van de patiëntenverenigingen zal dat de noodzaak tot verdere professionalisering kunnen betekenen, omdat zij op dit moment nog te veel op vrijwilligers draaien om de geschetste rol naar behoren te kunnen vervullen. Daarnaast kunnen via de patiëntenverenigingen lotgenoten gevonden worden. Het uitwisselen van ervaringen en het steun vinden bij elkaar zal veelal de zelfredzaamheid verhogen. Wel dient beseft te worden dat verschillen tussen de patiëntenverenigingen qua apparaat en professionaliteit enorm zijn. De LeverDarmStichting, Nierstichting of Hartstichting kun je onmogelijk over een kam scheren met een klein groepje lijdens aan een zelfdzame ziekte die een club vormen.

In zware gevallen en/of in gevallen van een geringe draagkracht moet de patiënt de hulp van een 'case manager' kunnen invoeren. Een case manager zou een professional moeten zijn die tussen de partijen

staat, het systeem als geen ander kent en die bemiddelt tussen de patiënt en alle relevante instanties. Wel dringen zich de vragen op wie kan en moet beoordelen of er sprake is van een zwaar geval of geringe draagkracht en wie de rol van case manager zou kunnen vervullen? De eigen huisarts of een andere huisarts? Dat moet dan wel een medische duizendpoot zijn, die tijd en mandaat heeft om zich te verdiepen in de specialismen waar het slachtoffer mee te maken heeft en die het hele dossier kan doorploegen (waarvan we weten dat het vaak incompleet is). Vanuit welke competentie zou deze huisarts vervolgens de betrokken hulpverleners kunnen aanspreken? Het gevaar bestaat dat een case manager niet echt in de positie is om tussen patiënt en hulpverlener te gaan staan. De aanbeveling een case manager aan te stellen kan dan ook niet 1 op 1 gecopieerd worden uit de aanbevelingen voor de andere twee slachtoffergroepen. Daar zijn de gebeurtenissen, de systemen en de procedures eenduidiger en mogelijk ook minder emotioneel beladen. Je kan daar als case manager makkelijker op een zakelijke basis aan de slag.

Het hoeft niet zo te zijn dat een case manager alleen in het belang van de patiënt handelt, maar er kan ook in het belang van de hulpverlener gehandeld worden. Een case manager kan uitwassen van mondigheid in helpen dammen. De case manager behoedt de hulpverlener er dan voor dat een bepaalde diagnose of therapie door de patiënt wordt afgedwongen. Zo zou een case manager kunnen voorkomen dat patiënten kiezen voor de weg van een formele klachtenprocedure. Deze zelfde functie kan het vragen van een second opinion hebben. Bij sommige patiënten denkt de hulpverlener: "Laat hem alsjeblieft een second opinion vragen. Dan zal hij zien en voelen dat een ander er net zo over denkt."

Aanbevelingen zoals het bevorderen van zelfhulpgroepen en het aanstellen van case managers staan naast een reeks aanbevelingen die gericht zijn op het zo voorkomen van slachtofferschap. Deze aanbevelingen beogen een verbeterde deskundigheid, bejegening, communicatie, administratie en informatie te bewerkstelligen. Het is de hoop van de onderzoekers dat de uitkomsten van deze explorerende studie vakbroeders en andere betrokkenen zal prikkelen meer alert te zijn op het voorkomen van secundair slachtofferschap en het vergroten van de zelfredzaamheid van slachtoffers.

## 7. APPENDICES

### Appendix 1

#### **Verslag expertmeeting Achmea-deelonderzoek 1 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'**

Datum en plaats: 5 februari 1998, Zeist

#### Aanwezigen:

- dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'
- dhr. W.J. Beek, voorzitter en supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'
- mw. M. Cornelissen, Bureau voor Rechtshulp Arnhem
- mw. H.C.H. Coumou, Second Opinion Praktijk
- dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea
- dhr. P.M. van der Fluit, Spectra BV
- mw. M. Geldorp, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- dhr. C. de Graaf, Regiopolitie Zaanstreek-Waterland
- dhr. R. van Hal, GGZ Nederland
- dhr. Heerkens, Slachtofferhulp Nederland
- mw. A. van Hoek, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- dhr. J.G. Jonge Poerink, Regiopolitie IJsselland
- dhr. S.W.A. Kelterman, Ombudsman Schade
- dhr. F.A. Kleine, Rechtsbijstandsverzekeraars DAS
- dhr. H.J. Korthals Altes, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- dhr. Th. Kremer, Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars
- mw. S.S.L. Mol, Universiteit Maastricht, Fac. Huisartseneeskunde
- dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea
- dhr. G.J. Slump, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- dhr. R. van Velsen, Spectra BV
- mw. C.M. Verschuren, Arbo-dienst De 12 Provinciën
- dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten
- dhr. F. W. Winkel, Vrije Universiteit Amsterdam

Na een kort openingswoord door de voorzitter wordt de opzet van het onderzoek uiteen gezet door dhr. H.J. Korthals Altes. De heer G.J. Slump doet kond van de eerste, voorlopige, resultaten en verzoekt de aanwezigen te reageren op de bevindingen zoals weergegeven in hoofdstuk 4. Het commentaar van de aanwezigen wordt hieronder kort weergegeven.

#### **Civiel recht**

mw. C.M. Verschuren, Arbo-dienst De 12 Provinciën

- meldt, naar aanleiding van hetgeen op het onderzoekverslag over de ARBO vermeldt, dat de ARBO-wet per 1 januari 1998 voor werkgevers enorm belangrijk is geworden. De rapportage zou voor zover het gaat over het civiele recht behoorlijk kunnen worden uitgebreid.

dhr. Th. Kremer, Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars

- meent dat het met de toegankelijkheid van het civiel recht best mee valt. Het is volgens hem meer een 'verhaalkwestie': je moet een dader hebben en diens bekentenis of bewezen schuld. De dader



moet vervolgens -zeker in geval van een grote financiële schade- een dekkende verzekering hebben. Bij verkeerszaken is de toegang volgens deze spreker geen probleem.

dhr. G.J. Slump, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV

- merkt op dat het voorgaande wellicht als een afzonderlijk aandachtspunt dient te worden opgenomen in de rapportage.

dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- is het niet met de heer Kremer eens en meldt dat geen enkel slachtoffer op eigen houtje een procedure start. De praktijk wijst uit dat de drempels gewoon te hoog zijn. Ook de kosten die civiele procedures met zich meebrengen zijn vaak onbekend bij het slachtoffer.

## **Verzekeringswezen**

dhr. Th. Kremer, Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars

- wijst erop dat binnen het verzekeringswezen een onderscheid wordt gemaakt tussen een drietal typen verzekeringen:
  - objectverzekeringen (brand- en reisverzekering);
  - aansprakelijkheidsverzekeringen;
  - rechtsbijstandsverzekeringen.
- Verder merkt hij op dat wanneer het gaat om de verbetering van de ondersteuning aan slachtoffers, het geen slecht idee zou zijn om rechtshulpverleners van een keurmerk te voorzien, aangezien er veel kaf tussen het koren zit.

dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- meldt dat hulp aan slachtoffers inderdaad door 'de markt' is ontdekt. Positief is dat er, met betrekking tot doorverwijzing en terugrapportage, samenwerkingsafspraken op stapel staan tussen LSA en Slachtofferhulp Nederland. Deze zullen naar verwachting binnen een paar maanden gerealiseerd zijn.

mw. M. Cornelissen, Bureau voor Rechtshulp Arnhem

- vult aan dat ook de bureaus voor rechtshulp een startfunctie vervullen bij doorverwijzing naar goede letselschade-advocatuur.

## **Medische sector**

dhr. R. van Hal, GGZ Nederland

- reageert op punt 3, medische sector: 'De sector zou veel meer oog moeten hebben voor de belangen van het slachtoffer bij bepaald onderzoek i.v.m. de bewijsvoering. De sector moet veel opener zijn met het medisch dossier wanneer dit gegevens bevat die voor de bewijsvoering van belang zijn.' en meldt dat de oorzaak van hetgeen hier gesteld wordt is gelegen in het feit dat de diagnostiek wordt geschreven 'ter bevordering van het herstel' van de patiënt en niet zozeer primair is gericht op de oorzaak van het letsel. Aangezien de informatie welke gedekt wordt door ziektekostenverzekeringen vaak niet hetzelfde is als de informatie welke nodig is ten behoeve van een rechtszaak, is op dit punt sprake van een lacune.



dhr. P.R.Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- meldt dat de ervaring van het LSA is dat er onder huisartsen een geringe bereidheid bestaat om een verslaglegging te reproduceren ten behoeve van de advocatuur of schaderegelingen.

mw. C.M. Verschuren, Arbo-dienst De 12 Provinciën

- merkt op dat omgekeerd ook geldt dat de communicatie naar huisartsen toe bij misdrijven nog wel eens wordt vergeten.

dhr. J.F. Beek, AMC

- constateert dat er naar zijn ervaring in de hele medische sector onzorgvuldig met slachtoffers wordt omgegaan; ook in de opleiding wordt daar nauwelijks aandacht aan besteed.

mw. C.M. Verschuren, Arbo-dienst De 12 Provinciën

- meent in tegenstelling tot datgene wat eerder werd geconstateerd dat, juist vanwege hun betrokkenheid bij gezinnen die getraumatiseerd raken door een incident, sommige huisartsen moeite hebben met verslaglegging aan derden.

dhr. R. van Hal, GGZ Nederland

- merkt op dat er momenteel al een overvloed aan protocollering bestaat. Zijns inziens kan een dergelijke problematiek dan ook niet met protocollering kan worden opgelost. Deze deelnemer meldt voorts dat er onlangs een nieuw handboek van het Instituut voor Psychotrauma is verschenen, over de opvang bij rampen.

dhr. J.F. Beek, AMC

- merkt op dat protocollering (richtlijnen in de geneeskunde) voor diagnose en behandeling voor te veel ziekten ontbreekt.

mw. S.S.L. Mol, Universiteit Maastricht

- meent dat slachtoffers zelf ook helderder moeten formuleren wat de achtergrond is van hun problemen; anders kan de arts er niets mee.

dhr. Th. Kremer, Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars

- merkt op dat de ervaring in het verzekeringswezen is dat de medische sector vertraging veroorzaakt bij de afhandeling van praktische zaken, ook in het verzekeringswezen. De werkwijze van de medische sector heeft dus gevolgen voor de behandeling van zaken door het verzekeringswezen. De deelnemer voorziet dat dit probleem in de toekomst alleen maar omvangrijker zal worden en suggereert dat je wellicht toe zou moeten naar een specialisatie voor medici, zoals trauma-medici of letsel-medici.

dhr. P.R.Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- haakt in op de vorige spreker en meldt dat een dergelijke ontwikkeling al is ingezet. Er bestaat bijvoorbeeld reeds een 'rugletselbank'. Spreker wijst op het risico van verharding van het schaderegelingsproces als gevolg van deze ontwikkeling. Het gevaar bestaat dat het slachtoffer hierbij terecht komt tussen elkaar bevechtende specialisten en nog minder zeggenschap krijgt over het traject waarin een aantal zaken moeten worden afgehandeld.

Geconstateerd wordt dat in een dergelijk proces de rol van een onafhankelijke derde cruciaal is.

## **Psychosociale hulpverlening**

dhr. R. van Hal, GGZ Nederland

- wijst erop dat een overzicht van de mogelijkheden binnen de psychosociale hulpverlening bemoeilijkt wordt - en hiermee eveneens de toegang - doordat de hulpverlening zo verdeeld is: naast 1e en 2e lijnsvoorzieningen bestaat er immers ook een 3e lijn. In de rapportage wordt een dergelijk onderscheid nagelaten, hetgeen de werkelijkheid teveel vereenvoudigt, aangezien de diverse vormen diverse financieringsbronnen hebben. Voorts bestaat er binnen de hulpverlening 'concurrentie' tussen de verschillende typen cliënten zoals slachtoffers aan de ene kant, daders aan de andere kant en als derde groep degenen die uit het arbeidsproces het hulpverleningstraject ingaan. Ook wordt opgemerkt dat de toegankelijkheid van het systeem voor groepen slachtoffers (slachtoffers van

rampen) beter is dan voor individuele slachtoffers. Dit laatste wordt overigens tegengesproken door mw. Verschuren.

## Algemeen

dhr. P.M. van der Fluit, Spectra BV

- stelt de aanwezigen op de hoogte van het samenwerkingsmodel voor de (eerste) opvang van slachtoffers, dat bij wijze van proef wordt ontwikkeld in de regio IJsselland. De vraag wordt gesteld of uit het onderzoek ook naar voren komt dat de verkoking voor slachtoffers een barrière vormt in de afhandeling van praktische zaken na een incident. De onderzoekers melden dit inderdaad te zijn tegen gekomen. Hiervan zijn voorbeelden te vinden voor wat betreft de informatievoorziening en communicatie tussen de diverse actoren in het strafrecht, tussen de medische sector en het verzekeringswezen en tussen de medische sector en partijen binnen het strafrecht.

mw. C.M. Verschuren, Arbo-dienst De 12 Provinciën

- beaamt dat een dergelijke afstemming erg belangrijk is en merkt op dat bij rampen de ervaring is dat de pers en andere media aan afstemming geen boodschap hebben en overal dwars doorheen struinen, met de nodige nadelige gevolgen voor het slachtoffer of diens naasten.

dhr. Th. Kremer, Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars

- is van mening dat slachtoffers baat hebben bij een soort van juridische case-manager.

mw. C.M. Verschuren, Arbo-dienst De 12 Provinciën

- meent dat slachtoffers veeleer een case-manager kunnen gebruiken die organisatorisch een en ander van hen overneemt.

dhr. F.W. Winkel, Vrije Universiteit Amsterdam

- wordt gevraagd te reageren op het idee van een case-manager vanuit zijn (voormalige) betrokkenheid bij Slachtofferhulp Nederland. Hij geeft aan dat een vrijwilliger als case-manager bijvoorbeeld vanuit Slachtofferhulp, geen reële optie is. Wat namelijk nodig is, is een duizendpoot, die van allerlei organisaties op de hoogte is van de interne en externe procedures. Bovendien moet een dergelijke case-manager, om iets voor elkaar te krijgen, een behoorlijke stok achter de deur hebben bij de diverse organisaties. Hiervoor ben je bij vrijwilligers niet aan het juiste adres.

dhr. Heerkens, Slachtofferhulp Nederland

- heeft 3 opmerkingen naar aanleiding van lezing van het rapport. Hij mist een 'weging' van de punten die worden genoemd in de rapportage. Daarnaast mist hij iets van een tijdstraject: op welke momenten komen de slachtoffers waar terecht? Tot slot geeft hij aan dat hij de titel 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties' absoluut de lading van het onderzoek c.q. de rapportage niet vindt dekken.

dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- ook voor wat betreft de informatievoorziening dóór het slachtoffer kan een en ander nog gestroomlijnd worden. Je ziet momenteel dat slachtoffers een x-aantal keer hetzelfde verhaal moeten vertellen aan verschillende instanties of aan verschillende medewerkers van dezelfde instantie. Het zou een winstpunt zijn indien het slachtoffer zijn verhaal maar één keer hoeft te doen. Ook vanuit het oogpunt van de efficiëntie valt hier winst te behalen.

mw. S.S.L. Mol, Universiteit Maastricht

- vervolgt en vraagt zich af of er bij Spectra is gedacht aan een kaart die door het slachtoffer wordt 'meegedragen' en die kan worden overhandigd aan degenen aan wie het slachtoffer - opnieuw - zijn verhaal moet doen.

dhr. J.G. Jonge Poerink, Regiopolitie IJsselland

- ziet ook wel iets in een dergelijk concept. Hij beaamt dat slachtoffers vaak door een woud aan organisaties moet worden geleid.

Dhr. F.A. Kleine, Rechtsbijstandsverzekeraars DAS

- benadrukt dat de 'zuiverheid' van de informatie hierbij essentieel is. En dit is bijvoorbeeld op het

moment dat een slachtoffer aangifte komt doen niet goed vast te stellen, aangezien het een situatie is waarbij het slachtoffer niet altijd even helder is. Het gevaar dreigt dat één losse-flodder-opmerking van het slachtoffer wordt genoteerd en blijft genoteerd en op een dergelijke kaart wordt megedragen naar alle subsystemen, hetgeen juist tégen het slachtoffer kan werken.

dhr. R. van Hal, GGZ Nederland

- stelt dat één van de knelpunten bij deze suggestie is dat een slachtoffer in de verschillende systemen vaak niet als zodanig binnenkomt, maar als cliënt, patiënt, iemand die aangifte komt doen, etc.

dhr. Heerkens, Slachtofferhulp Nederland

- doet melding van de 'slachtofferverklaring' waar SOH momenteel mee bezig is. De verklaring is gemotiveerd vanuit de strafrechtelijke positie van het slachtoffer. Het idee is dat het slachtoffer zelf een verklaring opstelt met ondersteuning van een nog nader te bepalen persoon.

mw. M. Cornelissen, Bureau voor Rechtshulp Arnhem

- maakt op twee punten bezwaar tegen een dergelijk slachtofferverklaring. In de eerste plaats meldt ze dat een aangifte al een weergave is van de feitelijkheden zoals deze worden gemeld door het slachtoffer. In de tweede plaats meent zij dat een slachtoffer op het moment dat een dergelijke slachtofferverklaring moet worden opgesteld vaak nog niet kan overzien welke feiten of gedachten na verloop van tijd in de hele gang van zaken belangrijk zullen worden.

dhr. F.W. Winkel, Vrije Universiteit Amsterdam

- acht de keerzijde van een dergelijke verklaring, waarvan de informatie van het slachtoffer kan worden aangevuld met informatie van hulp- of dienstverleners dat het jargon van deze organisaties tot gevolg kan hebben dat een slachtoffer zich in -oorspronkelijk- zijn eigen verklaring niet meer kan herkennen.

dhr. W.J. Beek, voorzitter en supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- concludeert dat er niet zozeer veel informatie rondom het slachtoffer moet worden verzameld, maar dat ervoor gezorgd moet worden dat hun vragen beantwoord worden. Goede informatievoorziening lijkt hem, mede gegeven de voorlopige resultaten van het onderzoek, het meest belangrijk.

dhr. F.W. Winkel, Vrije Universiteit Amsterdam

- waarschuwt dat voorkomen moet worden dat aan slachtoffers boekwerken met informatie worden meegegeven.

Het officiële gedeelte van de bijeenkomst wordt hiermee afgesloten.



## Appendix 2

### Verslag expertmeeting Achmea-deelonderzoek 2 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

Datum en plaats: 1 oktober 1998, Zeist

Aanwezigen:

- dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'
- dhr. W.J. Beek, voorzitter en supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'
- mw. H.C.H. Coumou, Second Opinion Praktijk
- dhr. S.G. van Dijk, Stichting Ombudsman
- dhr. F.A. Kleine, Rechtsbijstandverzekeraars DAS
- dhr. H.J. Korthals Altes, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- mw. M. Kramer, Slachtofferhulp Nederland
- dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea
- dhr. G.J. Slump, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- mw. Smit, Whiplash Stichting
- mw. M. Top, Nysingh Advocaten
- dhr. F.W. Winkel, Vrije Universiteit Amsterdam

### Verkennend onderzoek in verantwoording

Mevrouw Kramer stelt een vraag over de gevolgde methode van respondentenselectie. Kan de selectie als representatief worden bestempeld? De heer Korthals Altes licht toe dat de methode van selectie past bij het verkennende karakter van het onderzoek. Het optreden van een eventueel selectiemechanisme (bijvoorbeeld nadruk op de zwaardere gevallen en/of ontevreden) is dan niet erg. Het gaat erom dat er een omvattend beeld ontstaat van de knelpunten die slachtoffers op hun weg door instanties kunnen ondervinden. Dat beeld is er nu (voor twee van de drie slachtoffergroepen).

### Strafrecht

De advocatuur zou zijn toegankelijkheid kunnen verbeteren. Nu gaat de dader vrijuit als de 'redelijke' termijn is overschreden (2 jaar, op grond van Europese regelgeving over 'Undue Delay').

De dader staat centraal, die kan makkelijker bij het dossier dan het slachtoffer. Er is weliswaar regelgeving naar aanleiding van het slachtofferbelang, bijvoorbeeld de wet Terwee, maar die heeft het karakter van een papieren tijger. Voor verkeersslachtoffers loopt de procedure vaak anders dan volgens het boekje, vaak is er geen aangifte/intakeprocedure.

Uit de groep wordt dit krachtig ondersteund:

- "Ze halen je rijbewijs uit je zak en je hoort nooit meer wat."
- "Je weet niet wie de agent was."
- "Niemand weet of er een proces-verbaal is opgemaakt, zelfs niet als er een dode is."
- "Ze willen niet noteren dat er letsel was, uit angst een medische beoordelingsfout te maken waar ze last mee krijgen."

Er zijn volgens Slachtofferhulp twee stromingen binnen de politie:

1. boeven vangen: "Ik ga niet voor de verzekering werken."
2. belang slachtoffer voorop, dus wel aangifte opnemen en zichtbaar letsel noteren.



Registratie gebeurt niet centraal. Dat heeft veel nadelen, een instantie zoals VVN kan óók geen statistiek bedrijven.

Het Politie Verkeers Instituut is bezig met dit knelpunt. Maar door de bank genomen is er te weinig erkenning van het belang van goede registraties. In het belang van het slachtoffer dienen deze zorgvuldig, helder en eenduidig te zijn.

Voorlichting aan instanties is nodig. Het proces loopt nu vaak vast, maar de fout zit vaak veel eerder in de procedure, bijvoorbeeld het ontbreken van een goede aangifte. Slachtoffers worden dan 'lastpakken' (blijven bellen) of raken gefrustreerd. Om hoeveel slachtoffers gaat het eigenlijk?

SOH meldt dat er 340.000 verkeersslachtoffers met letsel zijn waarvan zich er 20.000 melden bij SOH. Bij slachtoffers die zwaar gewond/bewusteloos zijn zou er een andere procedure (brief achteraf van politie) moeten zijn. Het zou goed zijn om daarvoor een protocol op te stellen.

## **Civiel recht**

Onderzoek om tot objectivering van de schade te komen is bijvoorbeeld nodig bij Whiplash. Gaat het bij de klachten om beleving of zijn deze ook te objectiveren? Een omgeving die over de ernst badineert is net zo erg als het letsel zelf. Een neuroloog in een 1/2 uur een Whiplash laten beoordelen is onmogelijk, toch is dat wat er gevraagd wordt. Je zou voor zulke klachten multidisciplinair moeten werken, maar dat is volgens de experts te vergelijken met 'sjorren aan een kar met vierkante wielen'. Een ander middel om klachten te beoordelen is het instellen van 'pijngroepen' zoals dat bijvoorbeeld in het Sophia Ziekenhuis in Zwolle gebeurt. Patiënten met overeenkomstige pijnklachten worden door een vast team van medici behandeld. Dit levert goede resultaten op. Ook in bepaalde revalidatiecentra wordt met succes met deze methode gewerkt.

Onderzoek naar Whiplash dat uitgevoerd werd door de Universiteit Maastricht was nuttig maar is helaas voortijdig gestopt doordat de financiën voor vervolg niet rond kwamen (ook bij de Stichting Achmea was het verzoek om vervolgfianciering aangekaart).

Second Opinion is ook een bijdrage aan de oplossing: minimaal werkt dit als check of de procedure netjes gevolgd is. Lotgenotengroepen kunnen daarbij bemiddelen.

Deskundigheidsbevordering artsen zou moeten kunnen worden aangepakt: van 100 verschillende Whiplashvormen kennen medici er gemiddeld twee. Dat is te mager. Protocollen kunnen verbeterd worden. Experts ter zake benoemen en deze inschakelen bij twijfel.

Het Nationaal Platform Personenschade is in dit verband een belangrijke instanties.

Bewuste vertraging speelt meer in de beleving van slachtoffer dan dat het tactiek is, maar de lange duur is wel vaak zonder grond. De begeleiding kan beter, elke maand een briefje van de kant van de belangenbehartiger doet veel goed en voorkomt verergering van de klacht. De DAS heeft een systeem met rappel (elke drie werken) als er geen beweging is bij de tegenpartij, maar de aansprakelijkheidsverzekeraar is vaak onnodig traag. Zoets als redelijke termijn is bij subsysteem civiel recht en het medisch subsysteem moeilijker dan bij het strafrecht. Je moet vaak het herstel enige tijd aankijken, voordat duidelijk is wat de schade/restschade is. Het Verbond van Verzekeraars heeft een bedrijfsregeling (code 15), maar die regeling bevat slechts 'zachte' termen.

Men stelt: 'Als je maar met je leven verder kunt', waarmee bijvoorbeeld bedoeld wordt dat het slachtoffer een eigen zaak niet hoeft te verkopen, in afwachting van de uitspraak. De bevoorschotting is beter te regelen, dan wordt aan die eis van 'verder kunnen' voldoende voldaan.

Over redelijke termijnen: men zou als slachtoffer een arbitrageprocedure in gang kunnen zetten.

Daarmee dwingt men een verzekeraar om het dossier weer op te nemen. De kosten daarvoor zijn wel hoog voor het slachtoffer. In het civiel recht bestaat een 'verkort regime procedure'. In 4 maanden kan er een vonnis liggen. Het gebruik van deze mogelijkheid kan beter; daaraan zou meer bekendheid moeten worden gegeven door voorlichting.

'Meditation' heeft ook toekomst. De afwikkeling gaat snel. Het is een keuze van het slachtoffer zelf of

hij wel/niet tot een vonnis wil komen. Soms is dagvaarding al voldoende om de zaak weer aan het rollen te krijgen. Het is voor het slachtoffer van belang om naar een goede belangenbehartiger te verwijzen. De Whiplash Stichting heeft strakke criteria voor wat een goede belangenbehartiger is (bijvoorbeeld niet tegelijkertijd óók voor een verzekeringsmaatschappij mogen werken en een minimum aantal jaren inzet voor slachtofferbelangen).

Aangegeven wordt dat het Netwerk Specialisten Belangbehartiging Whiplash een onderdeel is van de Vereniging van Letselschade Advocaten.

## **Arbeidssector**

Het is in het belang van het slachtoffer om in een vroeger stadium te beginnen met het aanzwengelen van een arbeidsdeskundigenonderzoek, dat wil zeggen een onderzoek dat aangeeft voor welke typen arbeid het slachtoffer na zijn herstel geschikt mag worden geacht. Van even groot belang is om actief daarmee verder te gaan, dat wil zeggen na te gaan wat in de concrete arbeidsmarktsituatie de mogelijkheden zijn, en in hoeverre die in overeenstemming zijn met de capaciteiten van het gerevalideerde slachtoffer. Er zou gestreefd moeten worden naar integratie met het verzekeringstraject.

## **Medische sector**

Eén dossier maken waarin alle informatie over de patiënt is opgeslagen, zoals vanuit het onderzoek sterk gewenst wordt, is in de praktijk moeilijk ondanks de computertechnologie. Het elektronische dossier is vaak onvolledig en minder actueel dan de statusmap. Door de nieuwe WGBO is daar al wel verbetering in opgetreden. Artsen hechten nu ook meer belang aan goede dossiervorming in verband met toenemende kans om aansprakelijk gesteld te worden voor fouten.

Er is voor wat betreft de kwaliteit van de bejegening een AMC-project. De norm voor bejegeningkwaliteit ligt echter laag. 'Je moet wel een hele grote lomperik zijn om uit de opleiding te worden gezet', maar de intentie achter het project is goed.

## **Psychosociale hulpverlening**

Opgemerkt wordt dat de tekst in de rapportage zo gelezen kan worden dat de informatievoorziening door SOH slecht zou zijn; de suggestie is onterecht, het gaat om de kwaliteit van de informatie die slachtoffers in dit subsysteem de weg zou moeten wijzen.

Met een 'Basisvorming' zoals in de rapportage is aangegeven wordt niet bedoeld een voorziening in 1e lijn, dus in aansluiting op het aanbod van de Bureaus SOH.

Het gaat erom dat een slachtoffer niet altijd automatisch bij het RIAGG zou hoeven aankloppen.

RIAGG weet weinig van specialistische gevallen, zoals psychosociale klachten bij Whiplash-letsels.

Begeleiding is bij die groep slachtoffers van zeer groot belang, niet alleen van het slachtoffer zelf maar ook van diens familie.

Wanneer in politieregio's een case manager aangesteld zou worden, zou die misschien de doorverwijzing naar specialisten kunnen verzorgen.

SOH heroverweegt zijn aanbod aan verkeersslachtoffers. De hulp aan verkeersslachtoffers loopt sowieso langer door dan voor andere slachtoffers.

Slechte bejegening is een veel gehoorde klacht ten aanzien van dit subsysteem. Deze geluiden komen niet uitsluitend uit de hoek van verkeersslachtoffers. Het patroon hierin is: hoe vager je klacht, hoe groter je kans op problemen in deze sector. Dat speelt niet alleen verkeersslachtoffers parten maar ook bijvoorbeeld ME-patiënten en lijdens aan andere niet erkende ziekten.

## Appendix 3

### Verslag expertmeeting Achmea-deelonderzoek 3 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

Datum en plaats: 22 september 1999, Zeist

#### Aanwezig:

- dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'
- dhr. W.J. Beek, voorzitter en supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'
- mw. H.C.H. Coumou, Second Opinion Praktijk
- dhr. H. van Dijk, Rechtsbijstandverzekeraars DAS
- dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea
- dhr. P.M. van der Fluit, Spectra BV
- dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachtovang Gezondheidszorg
- dhr. B. van der Goes, Rechtsbijstandverzekeraars DAS
- dhr. S.W.A. Kelterman, Ombudsman Schade
- dhr. H.J. Korthals Altes, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV
- mw. Y. van der Meer, Arrondissementsparket 's-Gravenhage
- dhr. J.L.M. Misana, Stichting PIV
- mw. S.S.L. Mol, Universiteit Maastricht, Fac. Huisartsengeneeskunde
- dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea
- mw. Smit, Whiplash Stichting
- dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

Na een kort openingswoord door de voorzitter wordt de opzet van het onderzoek uiteen gezet door mevr. H.C.H. Coumou.

Mevr. Coumou presenteert de bevindingen van deelonderzoek 3: 'Slachtoffers van onvolkomen medisch handelen'. Zij stelt als centrale vraag in haar onderzoek: 'Wat doe je na een medische fout en hoe voorkom je verlies van zelfredzaamheid van het slachtoffer in een dergelijke situatie?' In haar commentaar op haar onderzoek zoals weergegeven in hoofdstuk 6 stelt zij dat de populatie van slachtoffers klein is, waardoor het onderzoek het karakter heeft van een exploratief onderzoek. Het resultaat hiervan geeft een sterke aanwijzing van de situatie waarin slachtoffers zich bevinden. Enkele van haar bevindingen zijn:

- De WGBO wordt niet nageleefd. Deze wet die artsen verplicht om informatie te geven over aard, doel, gevolgen en risico's van onderzoek of behandeling, functioneert niet.
- Veel artsen maken na een fout zelfs geen excuus. Er is te weinig daadkracht in de medische sector om op een systematische wijze vermijdbare medische fouten te voorkomen om zo het in de literatuur vermelde aantal van 3.000 mensen die jaarlijks in Nederland sterven als gevolg van vermijdbare medische fouten omlaag te brengen.
- Medici werken slecht samen in hun eigen netwerken.
- De oorzaak van dit gedrag van medici is niet duidelijk. Het is noodzakelijk om artsen het resultaat van deze studie inclusief het persoonlijke relaas van de slachtoffers onder de aandacht te brengen, in de hoop zo bij sommige behandelaars een attitudeverandering te bewerkstelligen.
- Veelal is sprake van een gebrekkige informatie aan de patiënt, de inschatting van de patiënt dat er sprake is van onvoldoende deskundigheid bij de behandelaar of eventuele onvolkomenheden in de organisatie, waarbij dit alles kan resulteren in het hiertegen stelling nemen door de patiënt. Het



uitblijven van een adequate reactie van de behandelaar(s) gaat meestal gepaard met het door de patiënt ervaren van een onvriendelijke bejegening.

De heer J.F. Beek dankt mw. Coumou voor haar uiteenzetting en verzoekt de aanwezigen te reageren op de bevindingen. Het commentaar van de aanwezigen wordt hieronder kort weergegeven.

## **Algemeen**

dhr. P.M. van der Fluit, Spectra BV

- vraagt om verdere verduidelijking van de opzet van het onderzoek.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- geeft aan dat het belangrijk is te onderkennen dat bij deelonderzoek 1 en 2 sprake is van een moment waarop het misdrijf werd gepleegd of het verkeersongeluk plaatsvond. Bij slachtoffers van onvolkomen medisch handelen is het veel moeilijker aan te geven wanneer het slachtofferschap ontstond. Voor de meest patiënten in deelonderzoek 3 geldt dat er sprake is van een optelling van vele kleine onvolkomenheden die maken dat zij slachtoffer werden.

dhr. H.J. Korthals Altes, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV

- merkt op dat juist door die optelling en het vervolgens geen gehoor vinden bij de behandelaar(s) patiënten aan zelfredzaamheid inboeten.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- geeft aan dat deze situatie kan leiden tot het indienen van een klacht, waarbij de mensen niet primair uit zijn op geld. In dit kader is het interessant dat 50% van de klachten gegrond wordt verklaard en dat slechts 30% van de patiënten die een gegrond verklaarde klacht hebben ingediend tevreden is over de afhandeling. Dit zit hem vooral in het ook na het indienen van een klacht geen gehoor vinden bij de behandelaar(s).

## **Informatie aan patiënten en het bewerkstelligen van een attitude verandering**

mw. S.S.L. Mol, Universiteit Maastricht, Fac. Huisartsengeneeskunde

- vindt de uitspraak dat de WGBO niet wordt uitgevoerd kras en vraagt zich af of deze uitspraak wel voldoende kwantitatief onderzocht is.

dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea

- vraagt voor de duidelijkheid aan te geven wat de kern van de WGBO is.

mw. H.C.H. Coumou, Second Opinion Praktijk

- geeft aan dat een kernpunt van de WGBO het informeren van patiënten is, opdat zij zelf de gedachten kunnen bepalen over gewenstheid van diagnostiek en behandeling. Frappant is dat eigenlijk alle patiënten aangeven onvoldoende geïnformeerd te zijn.

mw. Smit, Whiplash Stichting

- geeft aan dat artsen veelal geen tijd hebben of maken voor het informeren van patiënten.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- stelt dat er consensus lijkt te zijn over het tekortschieten van communicatie en niet empathisch reageren door de behandelaars na het ontstaan van een klacht. Hij merkt op dat het een goede zaak is dat het AMC nu extra aandacht besteed aan deze punten binnen de opleiding. Vervolgens vraagt hij de aanwezigen wat naar hun idee verder gedaan kan worden om ten aanzien van deze knelpunten verbeteringen te bewerkstelligen.

dhr. J.L.M. Misana, Stichting PIV

- vraagt zich af of in deze systeem van risicoaansprakelijkheid denkbaar is een praktijk van schuld en boete. Hij pleit voor aandacht voor communicatieve vaardigheden en het omgaan met een



klacht binnen het post-academisch onderwijs.

dhr. S.W.A. Kelterman, Ombudsman Schade

- vraagt zich af waarom het behandelaars moeite kost patiënten goed te bejegenen. Ook hij pleit voor verdere oefening en scholing.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- vraagt of verzekeringsmaatschappijen in deze ook een rol zouden kunnen spelen.

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- stelt dat de verzekeringsmaatschappijen een groot belang hebben bij het verminderen van het aantal medische fouten en dat zijns inziens verzekeringsmaatschappijen mogelijk een rol zouden kunnen spelen. Evenwel moet onderkend worden dat verzekeraars nog niet gewend zijn om in deze sfeer te denken, zo wordt opgemerkt.

dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea

- vraagt zich af waar de pull & de push zit. Hij oppert dat de patiëntenverenigingen een rol zouden kunnen spelen.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- kan zich hier niet in vinden. Zijns inziens kunnen de patiëntenverenigingen geen rol van betekenis spelen omdat zij geen sancties kunnen opleggen. Ook kan een patiëntenvereniging haar patiënten niet verbieden bepaalde behandelaars te consulteren. Wel is het zo dat bijvoorbeeld hartpatiënten hun eigen lijstjes bijhouden.

dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea

- stelt niet te kunnen accepteren dat, zoals uit het literatuuronderzoek naar voren kwam, 3000 dodelijke slachtoffers per jaar vallen ten gevolge van te voorkomen medisch fouten. Het moet mogelijk zijn dit aantal omlaag te brengen.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- geeft aan dat de genoemde 3000 dodelijke slachtoffers per jaar wel eens eerder een te laag dan een te hoog aantal zou kunnen zijn, een uitspraak die de heer Misana onderschrijft.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- kan zich voorstellen dat alhoewel er geen sancties opgelegd kunnen worden door de patiëntenverenigingen er mogelijk een positief effect zou kunnen uitgaan van een dialoog tussen de patiëntenverenigingen en sommige maatschappen van specialististen. Aangegeven wordt dat meestal redelijk goed bekend is bij welke artsen vaker dan gemiddeld sprake is van onvolkomen medisch handelen.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- benadrukt het belang van Fobo meldingen en registratie. Sommige collegae nemen het initiatief tot een melding niet in dank af. In vergelijking met de Amerikaanse praktijk waar prestaties en wanprestaties van behandelaars als statistiek beschikbaar zijn op internet is het Nederlandse systeem nog tamelijk vriendelijk.

dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- geeft aan dat we die kant zeker niet op moeten gaan. Engelgeer advocaten is eens 'als publiciteitsstunt' een dergelijke site begonnen en het is maar goed dat dit initiatief is doodgebloed.

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- merkt op dat in de praktijk nauwelijks sprake is van een vrije keuze van de patiënten voor verschillende artsen.

dhr. S.W.A. Kelterman, Ombudsman Schade

- geeft aan dat het uitreiken van een handout voordat er problemen ontstaan enorm kan bijdragen aan voorkoming van escalatie in het tweede traject.

mw. H.C.H. Coumou, Second Opinion Praktijk

- geeft aan dat zij in de regio Amsterdam in samenwerking met de zorgverzekeraar patiënteninformatie heeft ontwikkeld die binnenkort aan vrijwel iedere inwoner van Amsterdam wordt toegezonden. Ook artsen krijgen hierover de beschikking. Deze informatie sluit aan bij de resultaten van haar onderzoek.

## **De mogelijke rol van een case manager in de gezondheidszorg**

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- benadrukt dat case managers in de gezondheidszorg anders van aard zijn dan de case managers die bij misdrijven of verkeersongevallen ingezet zouden kunnen worden. De case manager in de gezondheidszorg moet eigenlijk een duizendpoot zijn die ook op medisch gebied een ruime kennis heeft.

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- suggereert dat de eigen huisarts of eventueel een andere huisarts deze rol zou kunnen vervullen.

dhr. J.L.M. Misana, Stichting PIV

- vraagt zich af of de functie van case manager is op te hangen aan de goed functionerende traumateams.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- geeft aan dat de taken van een case manager die van een trauma-team overstijgen. Probleem is wie moet bepalen of het wenselijk is een case manager aan te stellen voor een bepaalde patiënt. Mogelijk dat de eigen huisarts hier een rol in zou kunnen spelen. Ideaal zou zijn als de patiënt op een goed bereikbaar punt, bijvoorbeeld naast de receptie van het ziekenhuis, een algemeen infodesk vindt waar ook informatie beschikbaar is over de eventuele rol die een case manager zou kunnen spelen alsmede informatie over het indienen van een klacht.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- brengt in dat uitgekeken moet worden niet het wiel opnieuw uit te vinden. De klachtenfunctionaris is hiervoor aangesteld.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- stelt dat de klachtenfunctionaris in veel gevallen eigenlijk al een brug te ver is, hetgeen wordt beaamd door de heer H.J. Korthals Altes. In de praktijk blijken klachtenfunctionarissen in algemene ziekenhuizen door de patiënten niet altijd als case manager te worden beschouwd.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- stelt dat deze functie goed verzorgd kan worden door de Regionale Patiënten Platforms, waarna een verhelderende gesprek volgt over de functie en landelijke opzet van deze platforms. Aangegeven wordt dat deze instellingen wel beperkt door hun budgettaire mogelijkheden.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- geeft nogmaals aan dat het laagdrempelig zijn van het eerste contact essentieel is hetgeen maakt dat wat dit punt betreft eerder mogelijkheden liggen in de ziekenhuizen.

dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- vraagt zich af of de patiënten vertrouwenspersoon een rol kan spelen.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- merkt op dat deze vertrouwenspersonen alleen in de GGZ werkzaam zijn. Het is denkbaar dat een vergelijkbare functie elders in de zorg van betekenis kan zijn.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- tot slot wordt opgemerkt dat patiënt en behandelaar groot voordeel kunnen hebben van het in overleg overstappen van de patiënt naar een collega behandelaar. Zo kan een negatieve spiraal doorbroken worden en de wenselijkheid om een case manager aan te stellen komen te vervallen .

Besloten wordt te pauzeren en verder commentaar en suggesties te bewaren voor na de pauze waarbij zal worden teruggeblikt op de gehele studie.

## Appendix 4

### Verslag expertmeeting Achmea- 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties': terugblik op de gehele studie

Datum en plaats: 22 september 1999, Zeist

Aanwezigen: zie aanwezigheidslijst appendix 3

Ter inleiding van de discussie over de resultaten van de drie deelonderzoeken, geeft de heer W.J. Beek als ruwe conclusie dat de eerste opvang van slachtoffers in ons land naar behoren is geregeld. Serieuze problemen doen zich voor in het vervolgtraject. De nazorg gaat niet mank aan regelgeving, maar is verkokerd en meer dossier- dan klantgericht. Dat is vooral de reden voor een gevoel van onmacht bij slachtoffers in het natraject van zorg. Ten behoeve van meer zelfredzaamheid moet dit gevoel worden weggenomen. Uit het onderzoek volgt dat er behoefte is aan de volgende maatregelen:

1. Kwaliteitsmanagement en -bewaking op basis van protocollen voor ieder subsysteem.
2. Aanstellen van case-managers per subsysteem zodat het slachtoffer gezichten bij zijn zaak kent; dit hem ten dienste staand netwerk is met elkaar bekend via een te ontwikkelen 'help-desk'.
3. Het bevorderen van 'lotgenotenclubs' die sparring partner zijn bij het komen tot afspraken over zelfregulering in de systemen.

De heer Beek nodigt de aanwezigen uit te reageren op deze voorstellen en vraagt of er ideeën zijn hoe deze suggesties te implementeren.

### Algemeen

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- stelt dat het wenselijk lijkt verschillende subsystemen aan elkaar te knopen en noemt dat binnen het project dat wordt uitgevoerd door Spectra BV hiermee een eerste ervaring is opgedaan.

dhr. W.J. Beek, voorzitter en supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- stelt dat op vrijwel alle punten pilots in het veld worden verricht en hij vraagt zich af hoe deze kennis en projecten bij elkaar te brengen.

mw. S.S.L. Mol, Universiteit Maastricht, Fac. Huisartsengeneeskunde

- vraagt zich af of reeds is aangetoond of de suggesties die uit het onderzoek voortkomen zullen bijdragen.

dhr. W.J. Beek, voorzitter en supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- reageert in algemene bewoordingen.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- stelt vervolgens dat binnen het onderzoek niet is aangetoond of de suggesties daadwerkelijk zullen bijdragen. Dit was ook niet het doel van het onderzoek. Eventuele effectiviteit zal pas kunnen blijken na het in de praktijk brengen van de voorstellen.



## **Kwaliteitsmanagement en -bewaking op basis van protocollen voor ieder subsysteem**

dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea

- stelt dat in de conclusie in het parallel lopende Achmea-project te Zwolle ook sterk wordt gepleit om te werken op basis van protocollen, omdat op deze wijze de in de praktijk opgedane ervaring het beste kan worden overgedragen.

dhr. P.M. van der Fluit, Spectra BV

- vult aan dat gebleken is dat het zoeken naar de 'best practice' een goede strategie is om te komen tot verbeteringen. De 'best practice' kan dan als voorbeeld dienen voor anderen.

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- merkt op er al veel winst geboekt zou worden als ziekenhuizen patiënten als klanten zouden zien in plaats van als patiënten.

dhr. H.J. Korthals Altes, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV

- illustreert het belang van protocollering aan de hand van een voorbeeld: recent moesten ouders van een slachtoffer uit de krant vernemen dat er in verband met het misdrijf een aanhouding was verricht. Dit soort missers zijn met behulp van goede protocollen te voorkomen.

dhr. P.R. Wery, Vereniging van Letselschade Advocaten

- stelt dat het in het zakelijk verkeer gebruikelijk is de spelregels vast te leggen in Algemene Voorwaarden. Zo is door de Vereniging van Letselschade Advocaten een afspraak gemaakt met Slachtofferhulp Nederland dat een slachtoffer tenminste eens per drie maanden bericht krijgt over de stand van zaken, ook als er niets gebeurd is.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- komt terug op het belang van het verstrekken van een folder bij het eerste contact zodat de mensen weten wat zij wel en niet kunnen verwachten.

dhr. J.L.M. Misana, Stichting PIV

- voegt toe dat in zo'n folder informatie over de case manager opgenomen moet zijn.

mw. Smit, Whiplash Stichting

- geeft aan niets te zien in een foldertje en pleit voor het opstellen van richtlijnen.

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- onderschrijft het belang van richtlijnen maar constateert tevens dat het Nederlands Genootschap voor Huisartsen slechts 50 tot 60 richtlijnen heeft opgesteld.

## **Aanstellen van case managers per subsysteem zodat het slachtoffer gezichten bij zijn zaak kent; dit hem ten dienste staand netwerk is met elkaar bekend via een te ontwikkelen 'help-desk'**

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- merkt op dat het verschijnsel case manager niet onbekend is. Bij de pogingen om de reïntegratie van werknemers te verbeteren, worden door verzekeraars in voorkomende gevallen case managers aangesteld die het reïntegratieproces begeleiden.

dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea

- vult aan dat de eerstelijns hulpverleners die in het parallel lopende Achmea-project te Zwolle als 'poortwachters' worden genoemd, ook als case managers kunnen worden beschouwd.

dhr. S.W.A. Kelterman, Ombudsman Schade

- merkt op dat het idee van 'salvage'-coördinatoren inmiddels ingang heeft gevonden rond Eindhoven via de Stichting Salvage, gefinancierd door de verzekeringsmaatschappijen. Het betreft hier case managers van de gezamenlijke schadeverzekeraars die na een brand de regie op zich nemen van de herstelwerkzaamheden en de schadeafwikkeling.

dhr. W.A.J. van Duin, bestuurslid Stichting Achmea

- geeft aan dat dit een erg goed en succesvol initiatief is dat leidt tot een enorme reductie van de schadelast.



## **Het bevorderen van 'lotgenotenclubs' die sparring partner zijn bij het komen tot afspraken over zelfregulering in de subsystemen**

dhr. H.J. Korthals Altes, Van Dijk, Van Soomeren en Partners BV

- merkt op dat via de Stichting Correlatie is achterhaald dat er 3000 patiëntenverenigingen zijn en 25000 lotgenotenclubs.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- er moet worden onderkend dat lotgenotenclubs in vele vormen hun entree hebben gemaakt. Groepen patiënten die een informeel netwerk vormen voor het uitwisselen van informatie, wisselen af met groepen die over professionele begeleiding en informatie beschikken. Daarnaast is van belang dat er patiëntenverenigingen zijn met 50000 leden maar ook met slechts 10 leden.

mw. Smit, Whiplash Stichting

- stelt dat professionele begeleiding van het grootste belang is. Van het meehuilen met de wolven in het bos zal niemand wijzer worden.

dhr. W.J. de Ridder, Stichting Maatschappij en Onderneming en bestuurslid Stichting Achmea

- stelt dat er behoefte is aan een professionele helpdesk, virtueel, toegankelijk op welke manier dan ook, waar een inventarisatie te vinden is van toegewijde clubs om zo verbinding te kunnen maken met lotgenoten. Een informatieve en goed doorverwijzende site in combinatie met het sterker worden van patiëntenverenigingen werkt in de richting van de opkomst van goed geïnformeerde netwerken van patiënten die ook in de dialoog over de werkwijze van medisch specialisten een plaats zullen opeisen.

dhr. P.O.H. Gaeverts, Stichting Ondersteuning Klachttopvang Gezondheidszorg

- geeft aan dat de Nederlandse Patiënten Federatie wat dit aspect betreft al in belangrijke mate patiënten van informatie voorziet.

dhr. J.F. Beek, AMC, supervisor onderzoek 'Zelfredzaamheid in slachtoffersituaties'

- geeft aan dat er wel degelijk sprake kan zijn van een toegevoegde waarde door het opzetten van genoemde helpdesk en site daar informatie nu moeilijk te achterhalen is en elke verbetering op dit vlak zeer welkom is.

De voorzitter sluit de bijeenkomst af met de constatering dat er veel suggesties zijn gedaan om verder over na te denken. Er zijn duidelijk al veel initiatieven ontplooid maar er is behoefte aan een informatiesysteem waarin deze initiatieven en andere informatie terug te vinden zijn. Afsluitend wordt geconcludeerd dat de gepresenteerde voorstellen brede ondersteuning van de aanwezigen hebben gekregen.

De heer van Duin, bestuurslid Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving, bedankt de aanwezigen voor hun inbreng. Achmea staat bekend om haar coöperatieve karakter en middels de stichting wil Achmea mede invulling geven aan haar maatschappelijke betrokkenheid. Het doel van de stichting is initiatieven te ondersteunen die een bijdrage leveren die te implementeren is. De heer van Duin nodigt de aanwezigen uit kennis te nemen van het jaarverslag van de stichting en eventuele suggesties of ideeën waar gewenst in de toekomst voor te leggen aan het bestuur.