

Pagina 1

GOMA; inhoud en betekenis voor de praktijk

Pagina 6

De medisch adviseur in de GVPF

Pagina 11

Diversiteitsbeleid in letselszaken is een best practice

Pagina 13

Inlevingsvermogen en transparantie

Pagina 15

Hoe beleeft een verzekeraar het PIV Tevredenheidsonderzoek?

oktober 2010



1. "Good practice" ...

6. Geef ons de 'functionele eenheid' terug ...

11. Respecteer verscheidenheid aan culturen ...

13. Kernwaarden voor benadeelden ...

15. Een interview ...

Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid

Inhoud en betekenis voor de praktijk

In PIV-Bulletin 2010, 5 is al kort melding gemaakt van de nieuwe "Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid" (GOMA), waarvan het eerste exemplaar op 16 juni 2010 is aangeboden aan demissionair minister van Justitie Ernst Hirsch Ballin. Daarmee bestaat er nu een code voor de wijze van handelen bij incidenten, klachten en schadeclaims in het kader van een medische behandeling. Niet alleen bevat deze nieuwe code aanbevelingen voor medische aansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers van personen met letselschade ten gevolge van een medische fout, maar tevens een aantal belangrijke aanbevelingen voor het doen en laten van zorgaanbieders zelf. Er is derhalve sprake van een veelomvattende gedragscode, waarbij de aangebrachte onderverdeling in een tweetal fasen uniek is te noemen. Indien alle betrokken partijen erin slagen de GOMA daadwerkelijk tot leven te brengen, ook op de 'medische werkvloer', kan de code een belangrijke bijdrage leveren aan een open en transparante wijze van communiceren. Zowel in de fase direct na een incident als in de fase vanaf het moment dat een patiënt besluit een klacht of schadeclaim in te dienen zou dit voor alle partijen tot belangrijke verbeteringen leiden.

Mr. Chr.H. van Dijk en mr. ir. J.P.M. Simons Kennedy Van der Laan Advocaten



In deze bijdrage worden allereerst het doel en de reikwijdte van de GOMA uiteengezet en worden de belangrijkste aanbevelingen uit de code toegelicht. Specifiek worden vervolgens enkele nieuwe verplichtingen die de code met zich meebrengt >

eruit gelicht en wordt nader ingegaan op de betekenis van de code voor de praktijk. Er wordt afgesloten met een korte conclusie.

Doel en reikwijdte

Zoals de volledige titel van de GOMA al suggereert ziet de code zowel op het betrachten van openheid bij medische incidenten door zorgaanbieders als op een verbeterde afwikkeling van klachten en schadeclaims door aansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers. Het uiteindelijke doel van de gedragscode is vierledig, te weten het realiseren van

- open en transparante communicatie met
- een zo goed mogelijk inzicht in het traject voor alle betrokken partijen.
- de voortgang van het proces te bewaken en
- de kosten en de belasting daarvan voor alle partijen te beperken¹.

Uniek hierbij is dat de gedragscode is opgesplitst in twee delen, deel A en deel B. Daarvan is deel A in het kader van het voorkomen van onnodige juridisering geheel gericht op een adequate reactie op incidenten die tot schade hebben geleid of nog kunnen leiden en op de emotionele aspecten die hierbij spelen. Daarmee wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de fase die ligt tussen het moment waarop zich een incident voordoet en het moment waarop de patiënt overweegt een klacht of een schadeclaim in te dienen. Dit kan in belangrijke mate bijdragen aan het tegengaan van onnodige escalatie in de verhouding zorgaanbieder/patiënt en aan een vlotte en voor de patiënt bevredigende afwikkeling van een eenmaal ingediende klacht of schadeclaim. De aanbevelingen met betrekking tot deze periode houden dan ook vooral verplichtingen in voor zorgaanbieders zelf. Deel B ziet vervolgens op de adequate afhandeling van eenmaal ingediende verzoeken tot schadevergoeding. De aanbevelingen in dit deel houden vooral verplichtingen in voor verzekeraars van medische aansprakelijkheid en voor belangenbehartigers van patiënten².

Nu zowel vertegenwoordigers van patiënten³, verzekeraars⁴, zorgaanbieders⁵ en medisch adviseurs⁶ alsook representanten vanuit de wetenschap⁷ en de overheid⁸ actief aan het opstellen van de code hebben bijgedragen en uiteindelijk hebben ingestemd met de definitieve versie, is de GOMA een veelomvattende en tevens breed gedragen gedragscode geworden.

Belangrijkste aanbevelingen uit de GOMA

Samen bevatten deel A en deel B van de code in totaal 19 aanbevelingen evenals een aantal “good practices”. In de inleiding op de GOMA wordt verder een onderscheid gemaakt naar een zevental aandachtsgebieden. Op elk van deze aandachtsgebieden wordt hierna kort inhoudelijk ingegaan, waarbij telkens is aangegeven welke aanbevelingen daarbij van toepassing zijn.

Het informeren van de patiënt (aanbevelingen 1 en 3)

In de eerste aanbeveling is de algemene en wettelijk geregelde informatieplicht uit art. 7:448 BW geformuleerd, inhoudende dat de zorgaanbieder de patiënt op zorgvuldige en duidelijke wijze informeert over het onderzoek en de behandeling die hij ondergaat. Na het optreden van een incident met (potentiële) schade voor de patiënt dient de zorgaanbieder daarover uiterlijk binnen 24 uur na ontdekking van dat incident contact op te nemen met de patiënt. Een incident is daarbij gedefinieerd als een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of (nog) kan leiden. Overigens is op dat moment nog lang niet altijd zonder meer duidelijk of het gaat om een complicatie (een onbedoelde gebeurtenis die inherent is of kan zijn aan bepaalde onderzoeken of behandelingen) dan wel een medische fout (onjuist handelen of onterecht nalaten).

Het verzamelen en uitwisselen van medische informatie (aanbevelingen 2, 5, 6, 7 en 14)

Aanbeveling 2 bevat de wettelijke dossierplicht uit art. 7:454 BW, waarbij uitdrukkelijk is opgemerkt dat in het geval van een incident met (mogelijke) gevolgen voor de patiënt tevens alle relevante informatie over dat incident herkenbaar in het dossier wordt opgenomen. De aanbevelingen 5, 6 en 7 bepalen dat een zorgaanbieder onderzoekt hoe het incident heeft kunnen ontstaan en vervolgens ook maatregelen treft, dat de patiënt duidelijk wordt geïnformeerd zodra de toedracht bekend is en dat de zorgaanbieder zich bij schade voor de patiënt - naast het beschikbaar stellen van het dossier - inspant voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten. In de toelichting op aanbeveling 7 worden als voorbeelden benoemd het vastleggen van getuigenverklaringen en het zo nodig vastleggen van de situatie ter plaatse door middel van beeldmateriaal. Aanbeveling 14 houdt ten slotte in dat partijen elkaar over een weer de relevante feitelijke en medische gegevens ter beschikking stellen. Een “good practice” hierbij is dat niet alleen de medisch adviseur, maar met name ook de schadebehandelaars, de letselschade-expert en de juridisch medewerker van de aansprakelijkheidsverzekeraar bevoegd moeten zijn om de medische gegevens in te zien. Reden daarvoor is dat de behandeling van een schadeclaim niet alleen een medische maar ook een juridische beoordeling betreft. Het machtigingsformulier dient er daarom in te voorzien dat de patiënt de zorgaanbieder machtigt om al deze betrokkenen het medische dossier ter hand te stellen.

Het beperken van schade en het erkennen van fouten (aanbevelingen 4 en 8)

Zorgaanbieders dienen eventuele negatieve gevolgen van een incident voor de gezondheid van de patiënt zoveel mogelijk weg te nemen of te beperken. Indien op enig moment blijkt dat er sprake is geweest van een medische fout, dan erkent de zorgaanbieder deze fout en biedt hij de patiënt daarvoor zijn excuses aan. Daarbij is het voor zorgaanbieders wel van belang om duidelijk het hiervoor

al genoemde onderscheid te maken tussen medische fouten enerzijds en complicaties anderzijds. Voorts is het erkennen van een fout of van bepaalde feiten nadrukkelijk niet hetzelfde als het erkennen van aansprakelijkheid of het toezeggen van schadevergoeding. Dat vraagt immers om een juridisch oordeel en is doorgaans voorbehouden aan de aansprakelijkheidsverzekeraar. Met deze aanbeveling 8 is beoogd opnieuw duidelijk het binnen de zorg wijdverbreide misverstand weg te nemen dat zorgaanbieders van hun aansprakelijkheidsverzekeraar geen feiten of fouten zouden mogen erkennen. De aanbeveling sluit daarmee overigens aan bij wat sinds de invoering van het nieuwe verzekeringsrecht al wettelijk is bepaald in art. 7:953 BW.

Het informeren van de patiënt over mogelijke procedures (aanbevelingen 9, 10 en 11)

Zodra duidelijk is dat een patiënt naar aanleiding van een incident een klacht of een schadeclaim wil indienen, informeert de zorgaanbieder de patiënt schriftelijk over de verschillende mogelijkheden daartoe en de daarvoor geldende criteria en procedures. Het ligt voor de hand dat hiertoe - vooral voor zelfstandig of in relatief klein groepsverband werkende beroepsbeoefenaren - handzame en duidelijke brochures worden ontwikkeld, bijvoorbeeld door de betreffende beroepsverenigingen. Heeft de patiënt eenmaal een belangenbehartiger in de arm genomen, dan dient die belangenbehartiger zijn cliënt uitgebreid te informeren over de hierboven al genoemde bijzondere aard van medische aansprakelijkheidszaken en over de daarmee gepaard gaande duur en kosten. Is er (nog) geen belangenbehartiger in beeld, dan neemt de zorgaanbieder deze taak zoveel mogelijk zelf op zich. Daarbij geeft de zorgaanbieder tevens expliciet aan of hij de behandeling van de schadeclaim zal overdragen aan zijn verzekeraar of dat hij die claim zelf zal behandelen. Deze laatste aanbeveling kan van belang zijn in verband met discussies over verjaring en de daarbij soms relevante vraag of de patiënt er redelijkerwijs op mag vertrouwen dat de aansprakelijkheidsverzekeraar de kwestie op zich heeft genomen en derhalve kan worden aangemerkt als vertegenwoordiger van de arts of het ziekenhuis.

Het opstellen van de aansprakelijkstelling (aanbeveling 12)

Indien de patiënt een belangenbehartiger in de arm heeft genomen draagt deze zorg voor een schriftelijke, goed gemotiveerde en onderbouwde aansprakelijkstelling en omschrijft hij de medische en feitelijke gevolgen van de fout. De aansprakelijkstelling bevat minstens

1. een weergave van de relevante feiten;
2. een betoog over hoe de behandeling in de ogen van de patiënt of diens naasten had moeten verlopen; en
3. een omschrijving van wat er volgens hen in het onderhavige geval fout is gedaan of is nagelaten.

Is er namens de patiënt (nog) geen belangenbehartiger bij de zaak betrokken en is de aansprakelijkstelling niet of nauwelijks met relevante argumenten of feiten onderbouwd, dan vraagt de zorgaanbieder (of zijn verzekeraar) de patiënt duidelijk en gemotiveerd de aansprakelijkstel-

ling eerst nader toe te lichten alvorens hij zich een oordeel vormt over de aansprakelijkheid.

Standpuntbepaling door de aansprakelijkheidsverzekeraar (aanbevelingen 13, 15 en 16)

Uiterlijk 2 weken nadat de aansprakelijkheidsverzekeraar de aansprakelijkstelling via de zorgaanbieder heeft ontvangen maakt hij zich als betrokken partij bekend aan de afzender van de aansprakelijkstelling. Hij stuurt daarbij tevens een brochure mee over de verdere gang van zaken. Voorts neemt de aansprakelijkheidsverzekeraar uiterlijk 3 maanden nadat hij de aansprakelijkstelling heeft ontvangen een onderbouwd standpunt in over de aansprakelijkheid. Daarbij geeft hij schriftelijk en gemotiveerd aan wat hij erkent, wat hij afwijst en wat naar zijn mening nog nader onderzoek verdient. Voor zover aan de orde maakt hij daarbij ook zijn standpunt kenbaar over vergoeding van de gemaakte en nog te maken kosten voor rechtsbijstand en eventueel deskundigenonderzoek. Mocht de genoemde termijn van 3 maanden in een individueel geval onverhoopt niet haalbaar blijken, dan wordt de patiënt daarvan onder opgaaf van redenen op de hoogte gesteld en geeft de zorgaanbieder aan wanneer de patiënt alsnog een onderbouwde reactie kan verwachten.

Gang van zaken bij inschakeling van medisch deskundigen (aanbevelingen 17, 18 en 19)

In het geval de aansprakelijkheidsverzekeraar op grond van alle beschikbare informatie niet in staat is een gemotiveerd standpunt in te nemen over de aansprakelijkheid en hij het nodig vindt om wat dat betreft in onderling overleg een medisch deskundige in te schakelen, draagt de verzekeraar daarvan de kosten. Heeft de aansprakelijkheidsverzekeraar wel een goed gemotiveerd standpunt ingenomen maar blijft er op medisch gebied toch een - niet goed verklaarbaar - verschil van inzicht bestaan over de aansprakelijkheid, dan zal eveneens in onderling overleg een deskundigenonderzoek worden gevraagd. In dat geval komen de kosten echter voor rekening van beide partijen, tenzij de verzekeraar de aansprakelijkheid uiteindelijk alsnog erkent of door de rechter aansprakelijk wordt geoordeeld. In alle gevallen communiceren partijen over de totstandkoming van een medisch deskundigenonderzoek open en voortvarend en in onderling overleg.

Nieuwe verplichtingen en betekenis voor de praktijk

Invloed GOMA op de 'medische werkvloer'

Voor ziekenhuizen en andere grote zorginstellingen is het niet altijd eenvoudig om de voor hen uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen voortvloeiende algemene verplichtingen concreet en in voldoende mate over te brengen op de medische staf, zodanig dat die verplichtingen ook op de 'medische werkvloer' ten volle worden nageleefd. Het zal voor veel zorginstellingen dan ook een uitdaging zijn om de GOMA goed onder de aandacht te brengen van het medische en verplegend personeel en ervoor te zorgen dat alle op hen betrekking hebbende aanbevelingen zorgvuldig worden nageleefd. In dit kader is van belang dat naast verzekeraars van medische aansprakelijkheid ook zorgaan-

bieders met het onderschrijven van deze code expliciet erkennen dat er sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid - zowel voor zorginstellingen als voor individuele beroepsbeoefenaren - voor de afhandeling van klachten en schadeclaims nadat er zich een incident heeft voorgedaan. Verder komt het in de praktijk in verband met aanbeveling 11 regelmatig voor dat de te verwachten schade onder het overeengekomen eigen risico blijft. In dat geval rust de verantwoordelijkheid voor de afwikkeling van de claim ook op de zorgaanbieder. Overigens sluiten de aanbevelingen uit de GOMA vrijwel naadloos aan bij al bestaande wet- en regelgeving op dit punt, zoals de bestaande richtlijnen van de KNMG⁹ en bijvoorbeeld ook het recent uitgebrachte Kwaliteitskader van Medisch Specialisten¹⁰.

Inspanningsplicht zorgaanbieders tot verzamelen gegevens

In de toelichting bij aanbeveling 7 uit de GOMA is bepaald dat zorgaanbieders zich in geval van een incident waardoor de patiënt schade oploopt, in aanvulling op het ter beschikking stellen van een volledig medisch dossier, inspannen voor het verzamelen van andere gegevens en verklaringen die behulpzaam kunnen zijn bij de vaststelling van de feiten. Zoals gezegd wordt daarbij bijvoorbeeld gedacht aan het vastleggen van getuigenverklaringen en het zo nodig ook vastleggen van de situatie ter plaatse door middel van beeldmateriaal.

Voorts roept aanbeveling 5 voor zorgaanbieders een onderzoeksplicht in het leven naar de oorzaak van het incident en legt aanbeveling 2 zorgaanbieders de verplichting op om informatie over de aard en de toedracht van het incident in het medisch dossier op te nemen. Hoewel deze verplichtingen op het eerste oog mogelijk nieuw lijken, zijn ook zij grotendeels in lijn met andere regelingen op dit gebied waarin verplichtingen van zorgverleners zijn vastgelegd¹¹. Bovendien sluiten deze aanbevelingen grotendeels aan bij art. 24 van het wetsvoorstel Cliëntenrechten Zorg. Ook daarin is bepaald dat vooral de aard en de toedracht van een incident in het dossier moeten worden opgenomen. De analyse naar de diepere oorzaken van een incident en de vraag of er sprake is van een gebrek dat ook bij andere patiënten heeft plaatsgehad, vallen echter niet onder de reikwijdte van dit artikel. Die gegevens worden beschermd door het in art. 11 van het wetsvoorstel vastgelegde systeem van 'veilig melden'¹². In het bijzonder de suggestie tot het opnemen van volledige getuigenverklaringen in het medische dossier lijkt echter iets verder te gaan dan het enkel vermelden van feitelijke informatie over de aard en de toedracht van het incident. Het zou dan ook niet verbazen indien op dit specifieke punt nog een nadere discussie zal plaatsvinden.

Harde termijnen aansprakelijkheidsverzekeraars

Heel concreet zijn de voor verzekeraars van medische aansprakelijkheid in de code opgenomen termijnen. In zekere zin zijn verzekeraars voor het naleven van deze termijnen afhankelijk van de zorgaanbieder. Weliswaar houdt de eerste termijn slechts de verplichting in om - uiterlijk twee weken na het via de zorgaanbieder ontvangen van de aansprakelijkstelling - een eerste korte reactie te geven, maar

indien de zorgaanbieder er eerst maanden overheen laat gaan alvorens een aansprakelijkstelling door te zenden aan de aansprakelijkheidsverzekeraar, zal die laatste daar doorgaans toch op worden aangesproken. Voor de tweede termijn, het in beginsel binnen drie maanden na ontvangst van de aansprakelijkstelling innemen van een gemotiveerd standpunt betreffende de aansprakelijkheid, zijn aansprakelijkheidsverzekeraars niet alleen veel sterker afhankelijk van de betrokken zorgaanbieder, maar ook van het formuleren van een goed onderbouwde aansprakelijkstelling. Immers, eerst nadat een volledig en kwalitatief goed medische dossier aan de verzekeraar is overgelegd en die verzekeraar tevens de kans heeft gehad met de betrokken beroepsbeoefenaren over het incident van gedachten te wisselen, kan de verzekeraar een aanvang maken met de beoordeling van de aansprakelijkheid. Ook die beoordeling zelf kan vervolgens nog geruime tijd in beslag nemen, bijvoorbeeld omdat de medisch adviseur zich over een bepaalde kwestie zelf eerst nader dient te informeren. Wanneer zorgaanbieders onvoldoende snel de relevante informatie verstrekken of die informatie van onvoldoende kwaliteit is, zal het voor aansprakelijkheidsverzekeraars al gauw bijzonder lastig worden nog voor het verstrijken van de genoemde termijn een goed gemotiveerd standpunt in te nemen. Hoewel in de toelichting op aanbeveling 15 is opgenomen dat drie maanden in de praktijk in de meeste zaken een haalbare termijn blijkt, vragen wij ons uit eigen ervaring af of dat op dit moment wel echt het geval is. Het is in ieder geval duidelijk dat de bij de code betrokken aansprakelijkheidsverzekeraars hiermee hun nek hebben uitgestoken.

Gestandaardiseerde machtigingsformulieren voor medische gegevensuitwisseling

Volgend op de toelichting bij aanbeveling 14 (met betrekking tot het over en weer aan elkaar ter beschikking stellen van de relevante feitelijke en medische gegevens) wordt aan de hand van enkele "good practices" uitgebreid ingegaan op de verschillende manieren waarop het traject van uitwisseling van medische informatie geoptimaliseerd kan worden. Daarbij is nadrukkelijk rekening gehouden met de bepalingen uit de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen. In een van de bedoelde "good practices" wordt een oproep gedaan aan verzekeraars en zorgaanbieders om gezamenlijk een gestandaardiseerd machtigingsformulier op te stellen. Deze oproep verdient zeker navolging. Onzes inziens zou het echter nog beter zijn indien het punt van gestandaardiseerde medische machtigingen centraal zou worden opgepakt, waarbij ook medische machtigingen voor andere dan medische aansprakelijkheden binnen de letselschadewereld worden meegenomen. Daarmee wordt bewerkstelligd dat niet alleen verzekeraars en zorgaanbieders, maar ook alle andere betrokken partijen - zoals vooral medisch adviseurs en vertegenwoordigers van patiënten en slachtoffers - hierover worden gehoord. Tevens kan er op die manier over de gehele breedte van het veld van personenschades tot eenduidige en op elkaar afgestemde afspraken worden gekomen¹³.

Verplichtingen voor belangenbehartigers

Ten slotte wijzen we er nogmaals op dat de code ook een aantal verplichtingen inhoudt voor belangenbehartigers van patiënten. Zo wordt van belangbehartigers verwacht dat zij de patiënt (tevens hun cliënt) grondig informeren over de bijzondere aard van medische aansprakelijkheidsprocedures en de daarmee gepaard gaande duur en kosten van het traject¹⁴. Hiermee kan op voorhand worden voorkomen dat patiënten teleurgesteld raken na het starten van acties die wellicht niet nodig zijn of waarvan zij de consequenties op dat moment nog niet geheel overzien. Besluit een patiënt eenmaal om over te gaan tot het aansprakelijk stellen van een zorgaanbieder, dan ziet de belangbehartiger erop toe dat de aansprakelijkstelling goed gemotiveerd en onderbouwd is en dat de medische en feitelijke gevolgen van de veronderstelde fout zo goed mogelijk worden omschreven¹⁵. Een “good practice” hierbij is dat de belangbehartiger tijdens het medisch dossier opvraagt, tegelijkertijd andere relevante informatie verzamelt en dat die gegevens na de aansprakelijkstelling worden gedeeld met de verzekeraar¹⁶. Wordt er op enig moment overgegaan tot het vragen van een medisch deskundigenonderzoek, dan wordt (ook) van de belangbehartiger verwacht daarover open en voortvarend te communiceren¹⁷. Kortom: door deze aanbevelingen zoveel mogelijk na te leven kunnen juist ook belangenbehartigers een belangrijke rol vervullen bij het verbeteren van de met de GOMA nagestreefde doelen.

Conclusie

De GOMA heeft veel in zich om tot een belangrijke verbeteringsslag te komen bij de gang van zaken na het optreden van incidenten tijdens of na een medische behandeling en de op grond daarvan door patiënten eventueel ingediende klachten of letselschadeclaims. Zoals gezegd ligt er aan de zijde van patiënten zelf al een aantal mogelijkheden tot verbetering van de situatie. Vooral de positieve rol die belangenbehartigers in het gehele traject kunnen vervullen kan een belangrijke bijdrage leveren. Daarnaast kunnen medische aansprakelijkheidverzekeraars hierin een bepalende rol vervullen door de code actief toe te gaan passen. Zeker nu zij zelf hebben bijgedragen aan de totstandkoming van de GOMA en zij al de nodige initiatieven hebben ondernomen om de code ook bij hun eigen verzekerden onder de aandacht te brengen, valt hiervan veel te verwachten. Een andere belangrijke verbeteringsslag lijkt te kunnen worden gerealiseerd door praktische toepassing van de aanbevelingen uit de GOMA op de ‘medische werkvloer’. Eerder is in dit kader al opgemerkt dat de GOMA een breed gedragen gedragscode is en dat de in deel A van de code opgenomen aanbevelingen grotendeels aansluiten bij bestaande wet- en regelgeving in de zorg. Toepassing van de relevante aanbevelingen in de medische praktijk wordt derhalve ook vanuit andere invalshoeken al flink gestimuleerd. Ten slotte bestaan er naar verluidt plannen voor het instellen van een Permanente Commissie GOMA bij De Letselschade Raad. Deze commissie zal jaarlijks een aantal keren bijeenkomen en fungeren als klankbordgroep voor De Letselschade

Raad. De commissie gaat zich daartoe bijvoorbeeld richten op het lezen en becommentariëren van voorlichtingsteksten voor slachtoffers, maar ook op de manier waarop de GOMA dicht bij de werkvloer kan worden gebracht. Ook daarvan kan derhalve de nodige sturende werking worden verwacht.

(Voor een meer uitputtende bespreking van de GOMA zie Van Dijk en Simons in TVP 2010, 3)

¹ GOMA, Inleiding, p. 8, www.deletselschaderaad.nl.

² Deel B komt daardoor meer overeen met het doel en de strekking van de al langer bestaande GBL.

³ NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) en daarnaast als adviseurs ASP en LSA.

⁴ MediRisk, CentraMed, Rechtsbijstandverzekeraars, PIV.

⁵ KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst).

⁶ GAV (Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken).

⁷ Vrije Universiteit Amsterdam, Erasmus Universiteit Rotterdam.

⁸ Ministeries van Justitie en VWS.

⁹ Zie bijvoorbeeld het document *Omgaan met incidenten, klachten en fouten - Wat mag van artsen worden verwacht?*, Utrecht: KNMG, 2007.

¹⁰ ‘Kwaliteitskader van medisch specialisten. Richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur’ van de Orde van Medisch Specialisten, 2010.

¹¹ Zie bijvoorbeeld het al genoemde ‘Kwaliteitskader van medisch specialisten. Richtlijnen voor medisch specialisten en raden van bestuur’ van de Orde van Medisch Specialisten, waarin bij de toelichting op onderwerp 8 (p. 21) wordt gesteld dat de patiënt recht heeft op eerlijke en tijdige informatie over de aard en de toedracht van incidenten met voor hem merkbare gevolgen.

¹² Zie hierover de noot van A.J. Van bij Rechtbank Arnhem 11 maart 2009, JA 2009/85.

¹³ Een poging hiertoe zal worden ondernomen in het kader van het project ‘Het medisch beoordelingstraject bij letselschaden’. Zie daarover met name A.J. Akkermans, J. Legemaate en A. Wilken, *‘Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en oplossingsrichtingen’*, 14 mei 2009, <www.rechten.vu.nl>, alsmede A.J. Akkermans en A. Wilken, ‘Het medisch beoordelingstraject bij letselschadezaken: de stand van zaken’, PIV-Bulletin 2010, 1; zie ook J.P.M. Simons, ‘Personenschade en toepassing van de WBP: kans of bedreiging?’, TVP 2010, 2.

¹⁴ Aanbeveling 10.

¹⁵ Aanbeveling 12.

¹⁶ Zie onder aanbeveling 14.

¹⁷ Aanbeveling 19.

De medisch adviseur in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen: een onbegrijpelijke regeling voor het omgaan met medische gegevens



Mr. E.J. Wervelman en Mr. E.J.C. de Jong

KBS advocaten

In het zesde nummer van het PIV-Bulletin besteedde Wervelman aandacht aan de beslissing van 11 mei 2010¹, waarin het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) een voor de praktijk belangrijke uitspraak heeft gedaan over het antwoord op de vraag welke medische gegevens de medisch adviseur werkzaam bij een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar aan de arbeidsdeskundige ter hand mag stellen. Zoals aangekondigd gaan wij in deze bijdrage dieper op deze problematiek in. Daarbij betrekken wij vooral ook de nieuwe Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen² (verder “de gedragscode”).

Omgaan met medische gegevens en geheimhouding

De medisch adviseur bij een particuliere verzekeringsmaatschappij moet steeds meer een toonbeeld zijn van een onberispelijke arts. Het CTG maakt dat in de genoemde beslissing duidelijk; ook uit eerdere jurisprudentie van de tuchtcolleges bleek dit al. Het CTG neemt als uitgangspunt dat een redelijk bekwame beroepsuitoefening van een geneeskundig adviseur werkzaam in de particuliere verzekeringssector met zich brengt dat hij zich onafhankelijk opstelt, zijn advies zorgvuldig en inzichtelijk opmaakt op deugdelijke en objectieve motieven. Voorts dient hij ten opzichte van de betrokkene de nodige zorgvuldigheid te betrachten, de rechten van de betrokkene te respecteren

en zorg te dragen voor een adequate voorlichting. Verderop in de uitspraak van het CTG wordt daar nog aan toegevoegd dat het op de weg van een medisch adviseur ligt om een betrokkene te informeren over het inzage- en correctierecht.

Ook in de gedragscode worden aan een medisch adviseur werkzaam bij een financiële instelling (een bank of een verzekeraar) hoge eisen gesteld. De medisch adviseur wordt verantwoordelijk gemaakt voor alle verwerkingen van persoonsgegevens over iemands gezondheid en voorts is het ter beoordeling en verantwoordelijkheid van de medisch adviseur om vast te stellen welke gegevens betreffende iemands gezondheid ten behoeve van het nemen van een beslissing door de financiële instelling strikt noodzakelijk zijn en mogen worden verstrekt. Ook bij die beoordeling is een medisch adviseur aan grenzen gebonden, zoals blijkt uit de uitspraak van het CTG. Het CTG oordeelt immers dat in casu de medisch adviseur niet het integrale dossier van de betrokken verzekerde aan de arbeidsdeskundige had mogen verstrekken, zelfs niet indien uitgegaan wordt van de gedachte dat de arbeidsdeskundige tot de functionele eenheid van de medisch adviseur beschouwd zou kunnen worden. De arts had ten behoeve van de arbeidsdeskundige een advies moeten opstellen waarbij slechts die medische gegevens worden verstrekt die nodig zijn voor de beantwoording van de door de arts in zijn onderzoeksopdracht geformuleerde vraag, aldus het CTG.

De gedachte achter al deze verplichtingen voor een medisch adviseur is ongetwijfeld dat zorgvuldig moet worden omgegaan met medische gegevens van iemand die ofwel contractueel ofwel feitelijk een relatie heeft met een financiële instelling, in het bijzonder een verzekeringsmaatschappij. Dat geldt wellicht nog meer in geval het gaat om een feitelijke, niet-contractuele relatie waarin bijvoorbeeld een verkeerslachtoffer zelf niet heeft gekozen voor de plotseling ontstane relatie met een verzekeringsmaatschappij. Dat ligt anders bij bijvoorbeeld een (contractueel gebaseerde) claim van een verzekerde op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekeraar.

De centrale rol die aan een medisch adviseur wordt gegeven zal gebaseerd zijn op twee gedachten. De eerste is dat een medisch adviseur een geheimhoudingsplicht heeft, de tweede dat hij of zij arts is en zodoende een bepaalde deskundigheid heeft. Dit laatste zal overigens sterk afhankelijk zijn van de opleiding die de medisch adviseur heeft genoten; iedere arts kan medisch adviseur worden. De feitelijke deskundigheid kan per medisch adviseur verschillen. Dit blijkt ook wel in de praktijk.

Voor wat betreft de geheimhoudingsplicht van een medisch adviseur merken wij allereerst op dat die plicht ongetwijfeld bestaat. De medisch adviseur is lang niet meer de enige met een dergelijke verplichting. Sinds de inwerkingtreding van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) geldt immers dat iedereen die gezondheidsgegevens betreffende een persoon verwerkt gebonden is aan een verplichting tot geheimhouding, ofwel op basis van de aard van zijn beroep ofwel op basis van een contractuele verplichting. Zodoende geldt er binnen bijvoorbeeld een verzekeringsmaatschappij geen bijzondere situatie meer voor een medisch adviseur; ook andere medewerkers van een verzekeringsmaatschappij zullen geheimhouding moeten betrachten betreffende een verzekerde of slachtoffer. Het grote verschil is echter wel dat het handelen van een arts persoonlijk kan worden getoetst, terwijl dit voor vele anderen niet het geval is. De mogelijkheid van toetsing is echter niet van invloed op de aard van de verplichting tot geheimhouding, die is voor iedereen vergelijkbaar.

Vanuit dit perspectief bezien kan men zich afvragen waarom bijvoorbeeld in de tuchtrechtelijke jurisprudentie en in de gedragscode zo erg de nadruk gelegd wordt op de centrale rol van een medisch adviseur bij het verzamelen van medische gegevens en het zo nodig verstrekken ervan aan anderen. In de hier besproken uitspraak van het CTG wordt aangegeven dat de medisch adviseur aan de arbeidsdeskundige die door hem werd ingeschakeld een advies had moeten opstellen waarbij slechts die medische gegevens werden verstrekt die nodig waren voor de beantwoording van de onderzoekopdracht. In de aan de uitspraak van het CTG ten grondslag liggende uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege wordt aangegeven dat het niet aan een arbeidsdeskundige is *“om de medische rapporten te lezen en te analyseren om vervolgens aan de hand daarvan de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen”*.

Een dergelijke verplichting tot terughoudendheid van een medisch adviseur is eerder door het CTG naar voren gebracht³. De gedachte was toen (ook) dat medische gegevens slechts door een medicus kunnen worden beoordeeld en zodoende niet aan een niet-arts moeten worden verstrekt, omdat anders het gevaar bestaat dat deze verkeerd geïnterpreteerd worden. Die gedachte kan geen stand houden, omdat het bijvoorbeeld in de dagelijkse juridische praktijk gemeengoed is dat medische gegevens ook worden bestudeerd door bijvoorbeeld rechters en advocaten. Daar bestaat ook helemaal geen bezwaar tegen. Sterker

nog: het zal vaak gewoon nodig zijn, bijvoorbeeld als een civielrechtelijke claim of een aanspraak op een sociale voorziening gebaseerd wordt op de medische situatie van betrokkene. Ook in het strafrecht en in het medisch tuchtrecht worden vele medische gegevens zonder een door een medisch adviseur aangelegd filter door niet-artsen bestudeerd. Desondanks houdt het CTG vast aan de gedachte dat een medisch adviseur bij een verzekeringsmaatschappij terughoudend moet zijn bij het verstrekken van medische gegevens aan niet-artsen, mede vanwege het vermeende onvermogen van niet-artsen om dergelijke gegevens te beoordelen. Wie kan lezen komt echter een heel eind.

Functionele eenheid - medische staf

Het voorgaande speelt ook een rol bij de beantwoording van de vraag welke gegevens een medisch adviseur zonder concrete toestemming van de betrokkene aan anderen mag verstrekken. In het bijzonder als het gaat om direct betrokkenen, soms ook wel aangeduid als de functionele eenheid, is gegevensuitwisseling vaak noodzakelijk. In de uitspraak van het CTG wordt de vraag of de arbeidsdeskundige tot de functionele eenheid van de medisch adviseur behoorde niet concreet beantwoord. Wij zouden toch primair willen bepleiten dat de arbeidsdeskundige wel degelijk deel uitmaakt van de functionele eenheid, althans behoort tot die personen die zich bezig houden met de beoordeling van aanspraak⁴. Het CTG acht het antwoord op deze vraag van minder belang. Immers, zelfs indien daarvan wel uitgegaan kon worden, zo vervolgt het CTG, dan nog levert het ter beschikking stellen van het integrale dossier van betrokkene zonder haar toestemming een schending van de geheimhoudingsplicht door de medisch adviseur op. Het CTG stoelt dat op het feit dat de arbeidsdeskundige niet over al die gegevens hoefde te beschikken.

Anders dan in de oude gedragscode⁵ is het begrip ‘functionele eenheid’ in de huidige gedragscode niet te vinden. De gedragscode spreekt wel over een ‘medische dienst’ of ‘staf’. Aangegeven wordt dat het opvragen van aanvullende gegevens betreffende de gezondheid van een verzekerde/slachtoffer alleen door de medisch adviseur of *“mensen uit zijn medische dienst of staf”* gebeurt. Voorts wordt aangegeven dat het verwerken van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door een financiële instelling om een advies te kunnen uitbrengen over de medische beoordeling van een verzekerde/slachtoffer, voorbehouden is aan de medisch adviseur en de personen die onder zijn verantwoordelijkheid betrokken zijn bij dat advies. Datzelfde geldt voor het uitbrengen van advies over het medisch handelen. Wij betreuren deze wijziging. Zo is niet duidelijk of de genoemde personen dezelfde personen zijn als zij die deel uitmaken van de medische dienst of staf. Uit het een en ander zou kunnen worden afgeleid dat er kennelijk toch nog wel iets als een functionele eenheid bestaat, maar erg duidelijk is dat zeker niet.

Dat de functionele eenheid in ieder geval wel bestaat volgt ook uit een eerdere uitspraak van het CTG, waarin deze

functionele eenheid zelfs niet gebonden bleek aan een bepaalde instelling, maar ook een extern deskundige kon omvatten⁶. In die zaak had een medisch adviseur (in een verkeerszaak) zonder toestemming van het slachtoffer advies gevraagd aan een neuroloog en vervolgens was diens rapport door de verzekeringsmaatschappij in de procedure bij de rechtbank in het geding gebracht. Het CTG overwoog dat de neuroloog in casu tot de functionele eenheid van de medisch adviseur behoorde en dat toestemming van het slachtoffer voor het verstrekken van zijn gegevens aan de neuroloog niet nodig was.

Of het CTG dit standpunt nog steeds inneemt betwijfelen wij. Mede ook omdat het CTG kennelijk van mening is dat een medisch adviseur de betrokkene op diens rechten moet wijzen. Dat impliceert dat een medisch adviseur met die rechten ook bekend moet zijn. Maar dat is niet zo eenvoudig als het lijkt. Een belangrijk recht is het blokkeringsrecht op grond van art. 7:464 lid 2 aanhef en sub b BW. Dit recht zorgt bij juristen al voor zoveel hoofdbrekens dat naar onze overtuiging van een medisch adviseur niet (in ieder geval niet zonder meer) mag worden verwacht dat hij een verzekerde/slachtoffer inhoudelijk juist op dit recht wijst⁷. Het blokkeringsrecht is bovendien niet van toepassing op claims uit hoofde van lopende verzekeringen (bijvoorbeeld arbeidsongeschiktheid- en ongevalverzekeringen), maar wel bij claims op basis van onrechtmatige daad (bijvoorbeeld bij WAM). Dat betekent dat een neuroloog die door een medisch adviseur wordt ingeschakeld in het eerste geval geen rekening hoeft te houden met een blokkeringsrecht, maar in het andere geval wel. In het eerste geval zouden dan wellicht wel via de band van de functionele eenheid vrijelijk gegevens mogen worden uitgewisseld, maar in het andere geval niet. Het onderscheid is wel te begrijpen, maar bepaald niet eenvoudig. Dat wordt nog erger als men zich de vraag stelt of het blokkeringsrecht, indien al van toepassing, door betrokkene ingeroepen kan worden tegen de medisch adviseur of tegen de arts die op verzoek van een medisch adviseur aan hem rapporteert. Overigens is het blokkeringsrecht in ieder geval niet bedoeld voor dergelijke situaties, maar de Hoge Raad denkt er nu eenmaal anders over⁸.

De opmerking van het CTG dat het op de weg van een medisch adviseur ligt om een betrokkene te informeren over het inzage- en correctierecht is ook moeilijk te volgen. Voor zover er al een correctierecht zou bestaan, kan dit op grond van de WBP slechts worden ingeroepen tegen de verzekeringsmaatschappij, niet tegen de medisch adviseur zelf.

Ondertussen staat in art. 7:457 lid 2 BW nog steeds dat patiëntgegevens zonder toestemming van die patiënt mogen worden uitgewisseld, indien dit geschiedt tussen personen die rechtstreeks bij de behandeling van patiënt betrokken zijn. Nu de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) tot bepaalde hoogte ook van toepassing is op situaties waarin geen sprake is

van een behandelingsovereenkomst, kan worden bepleit dat de gegevensuitwisseling binnen een functionele eenheid nog steeds tot de mogelijkheden moet behoren. De gedragscode noch de wet verhindert dit. Ook het CTG heeft het niet uitdrukkelijk verboden. Wij komen op de al dan niet vereiste toestemming later terug. Eerst nog even een andere kwestie.

In de jurisprudentie van de Regionaal Tuchtcolleges en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg lijkt weinig begrip te worden getoond voor het feit dat een medisch adviseur linksom of rechtsom toch niet geheel onafhankelijk is. Zeker niet bij een loondienstverband. De stelligheid waarmee de tuchtcolleges steeds naar voren brengen dat een medisch adviseur volledig onafhankelijk moet zijn, is daarom niet geheel op zijn plaats. Temeer ook niet, omdat bedacht dient te worden dat een verzekeraar die - al dan niet contractueel - met een claim wordt geconfronteerd ook rechten heeft. Bijvoorbeeld moet het haar vrij staan om zelf advies in te winnen, bijvoorbeeld van een arts en/of een advocaat, en met hen vrijelijk overleg te voeren. Gegevensuitwisseling is dan onvermijdelijk. Het recht op een vrije gedachtewisseling ter bepaling van het standpunt dat op de claim zal worden ingenomen zou beperkt kunnen worden door de thans met enige regelmaat gepresenteerde wens van een claimende om het advies van de medisch adviseur te mogen inzien. Dit recht zou echter ook geobstrueerd kunnen worden als aan een medisch adviseur de regel zou worden opgelegd om slechts schriftelijk te adviseren en dan nog alleen naar aanleiding van concrete vragen. Zodoende moet het naar onze mening absoluut ook mogelijk zijn dat een medisch adviseur mondeling advies geeft. Net zoals een advocaat dat mag doen.

De wonderlijke artikelen 6.1.4. en 6.1.8. van de gedragscode

De belangrijke rol die het CTG en de gedragscode aan de medisch adviseur toedichten wordt - merkwaardig genoeg - door de gedragscode echter ook weer volledig ondermijnd. In art. 6.1.8. onder a van de gedragscode is immers bepaald dat niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt de verwerking van persoonsgegevens over iemands gezondheid voor zover dat noodzakelijk is voor het nemen van een beslissing betreffende het door de verzekeraar te verzekeren risico.

Kort gezegd vallen dus alle medische gegevens ten behoeve van de acceptatie buiten de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Dat kan naar onze overtuiging niet de bedoeling zijn. Op de acceptatie is immers van toepassing (bijvoorbeeld) de wet op de Medische Keuringen (WMK) - en het daarop gebaseerde Protocol Verzekeringskeuringen - die voor dergelijke gegevens nu juist nauwgezette wettelijke contouren geeft. Voorts is van toepassing de Beroepscode van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) die op dit punt strookt met de WMK.

In art. 6.1.8. sub b van de gedragscode wordt voorts aangegeven dat niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallen verwerkingen van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid voor zover dat noodzakelijk is voor (onder meer) de schadeafhandeling om de omvang van de gemelde claim of de schade te kunnen vaststellen, om te kunnen beslissen of aanvullende informatie nodig is of dat direct tot uitkering kan worden overgegaan. Dat betekent dat gezondheidsgegevens die al beschikbaar zijn niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallen. De waarschuwing van het CTG in de uitspraak van 11 mei 2010 dat dergelijke gegevens alleen door artsen mogen worden beoordeeld ter voorkoming van misverstanden negeert de gedragscode dus volledig. Dat kan toch niet juist zijn?

Evenmin onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt volgens art. 6.1.8 sub c de uitvoering van de verzekerings- of financieringsovereenkomst. Uit de toelichting blijkt dat het opstellen van declaraties of verwerking van persoonsgegevens in het kader van juridische procedures of behandeling van klachten niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt. Dat moge zo zijn, maar de tekst van art. 6.1.8 sub c strekt veel verder dan dat. Immers is thans bepaald dat niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt verwerking van persoonsgegevens omtrent de uitvoering van 'de verzekeringsovereenkomst'. Dat betekent dus dat die bepaling geldt voor (bijvoorbeeld) elke particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, ongevallenverzekering, levensverzekering en zorgverzekering. Dat is nogal wat.

Kort gezegd betekent dit dat de medisch adviseur niet verantwoordelijk is voor de medische gegevensverwerking bij dergelijke verzekeringen! Wij gaan er vooralsnog vanuit dat de gedragscode niet aldus is bedoeld, gelet op de aperte strijd met de WMK en het daarop geënte Protocol Verzekeringskeuringen. Zo is niet voor niets in art. 10 WMK bepaald dat de medisch adviseur daar - kort gezegd - wel zorg voor draagt. En terecht. Naar onze overtuiging is art. 6.1.8 onder c van de gedragscode dan ook onjuist.

Hetzelfde geldt voor art. 6.1.4. van de gedragscode. In art. 6.1.8 sub b is bepaald dat "*onverminderd het bepaalde in art. 6.1.4*" aanvullende informatie wordt opgevraagd en beoordeeld door de medisch adviseur en dat bij de directe schadeafhandeling alleen daartoe noodzakelijke persoonsgegevens over gezondheid worden verwerkt.

Deze bepaling is opmerkelijk omdat het verwerken van "*noodzakelijke*" persoonsgegevens over gezondheid uit art. 6.1.4. helemaal niet blijkt. Dat achten wij dan ook een fundamenteel manco. Dat die omissie al nu tot onduidelijkheid leidt blijkt bijvoorbeeld al uit de noot van A.C. de Die onder de beslissing van 11 mei 2010 van het CTG⁹. De Die bespreekt de gedragscode daar uitvoerig en constateert: "*Toestemming van betrokkene voor doorzending van medische gegevens aan anderen dan de medisch adviseur is noodzakelijk.*" Naar onze overtuiging kan dit op zichzelf

echt niet juist zijn, maar volgt dat strikt genomen wel uit art. 6.1.4. De noodzakelijke gegevens mogen immers wel degelijk zonder toestemming aan personen die zich uit hoofde van hun functie bij de financiële instelling bezighouden met de claim of de aanvraag tot de verzekering worden verstrekt. Dat volgt (bijvoorbeeld) uit de Beroepscode voor Geneeskundig Adviseurs werkzaam bij verzekeringsmaatschappijen, hierna de 'Beroepscode'. Als uitgangspunt geldt art. 12 van de Beroepscode dat luidt als volgt: "*De geneeskundig adviseur zal aan de functionele eenheid waarbinnen de werkzaamheden worden verricht slechts die medische gegevens beschikbaar stellen die nodig zijn voor de beoordeling van de aanspraak en op de verzekering.*" De Raad van Toezicht Verzekeringen (tegenwoordig KiFiD) oordeelde steevast in gelijke zin¹⁰.

Niet voor niets is ook in art. 10 lid 3 WMK neergelegd dat de keurende arts, respectievelijk de medisch adviseur, aan de keuringvragers niet meer meedeelt dan voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is. Bovendien maakt een voor elke overdracht van informatie noodzakelijke machtiging de praktijk onmogelijk. Voor elke overdracht zou immers dan een machtiging noodzakelijk zijn. Dat is rechtens niet houdbaar en feitelijk onwerkbaar. Wij gaan er dan ook (vooralsnog) vanuit dat de gedragscode bedoelt om de huidige - rechtens juiste - werkwijze te continueren. In die zin dat de overdracht van de gegevens ofwel nodig is ter beoordeling van de aanspraak (op de polis) en dus zonder toestemming van de betrokkene is toegestaan, of dat de overdracht van die gegevens niet nodig is en dus ook voor het nemen van een beslissing over de aanspraak irrelevant is. Wij pleiten er met klem voor dat de gedragscode wordt gewijzigd om verder misverstand te voorkomen.

De literatuur steunt onze opvatting eveneens. Zo toont Sluijters¹¹ zich een voorstander van een genuanceerde opvatting door onderscheid te maken tussen het uitbrengen van medisch advies bij acceptatie en bij schadebehandeling. Sluijters is van mening dat het privacybelang van betrokkene het bij lopende verzekeringen aflegt tegen het belang dat verzekeraars zo goed mogelijk moeten kunnen beslissen. Daarbij wijst hij er overigens wel op dat het louter moet gaan om gegevens die de medisch adviseur heeft verzameld, opdat de schadebehandelaar een goede beslissing kan nemen. Evenals dat de gegevens alleen aan een kleine kring binnen het bedrijf van de verzekeraar ter bevordering van een goede beslissing ter beschikking worden gesteld en niet aan de grote klok worden gehangen. Het gaat dus, zo vervolgt Sluijters, om een geringe beperking van de privacy tegenover een wezenlijke bevordering van het beslissingsproces¹².

Evenmin begrijpelijk vinden wij de zinsnede in art. 6.18 sub b. Daarin is bepaald dat niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt verwerking van persoonsgegevens over iemands gezondheid voor zover dat noodzakelijk is voor de schadeafhandeling om de omvang van de gemelde claim of de schade te kunnen vaststellen


om te kunnen beslissen of aanvullende informatie nodig is of dat direct tot uitkering kan worden overgegaan. Daargelaten de leesbaarheid van deze bepaling, is de inhoud naar onze overtuiging veel te kort door de bocht. Het enkele feit dat geen aanvullende informatie nodig is, betekent nog niet dat ‘dus’ tot uitkering moet worden overgegaan. Er zijn immers vele andere argumenten denkbaar waarom dat niet het geval zou zijn. Denk aan vraagstukken als causaliteit en pre-existentie. Ten slotte is ons evenmin duidelijk wat de gedragscode bedoelt met ‘directe schadeafhandeling’. Ook in dit opzicht is de toelichting op de oude gedragscode in hoofdstuk 2.2 naar onze overtuiging echt helderder.

Andere onduidelijkheden in de gedragscode

Ten slotte is naar onze overtuiging onjuist de definiëring van het begrip ‘verantwoordelijke’ onder art. 2r van de gedragscode. ‘Verantwoordelijke’ is daar gedefinieerd als “De rechtspersoon die alleen of tezamen met anderen het doel en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt of de rechtspersoon die binnen een groep hier toe is aangewezen.” Art. 2 sub n definieert immers de ‘medisch adviseur’ als “de arts die als verantwoordelijke optreedt (...)”. De medisch adviseur is echter geen rechtspersoon, zodat deze bepaling in onderling verband en samenhang gelezen (ook) niet juist kan zijn. Ook op dit punt zal de gedragscode dan ook naar onze overtuiging moeten worden aangepast. In dat verband wijzen wij erop dat in de oude gedragscode het begrip ‘medisch adviseur’ niet was gedefinieerd.

Al met al moet het uitbrengen van het medisch advies in het licht van het medisch beroepsgeheim naar onze overtuiging in de gedragscode dan ook veel duidelijker uiteen worden gezet dan thans het geval is. Daarbij moet uitdrukkelijk ook de destijds geldende gedragscode worden betrokken. In de zin dat het kind niet met het badwater moet worden weggespoeld, zoals hier naar onze overtuiging helaas is gebeurd.

Slotsom

Kort en goed zijn wij van oordeel dat het schrappen van het begrip ‘functionele eenheid’ uit de gedragscode met de wijziging van ‘medische staf’ niet tot duidelijkheid leidt. Daarnaast is de gedragscode in strijd met de wet en de beroepscode van de GAV, evenals met de vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg en de Raad van Toezicht Verzekeringen (thans Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, KiFiD). Voorts staat de gedragscode haaks op de opvatting in de literatuur. Die visie lag ook duidelijk ten grondslag aan de (oude) gedragscode waar te lezen viel als volgt: “De medisch adviseur zal aan de functionele eenheid waarbinnen de werkzaamheden worden verricht slechts die medische gegevens beschikbaar stellen die nodig zijn voor het behandelen van de aanvraag van de verzekering of voor de beoordeling van de aanspraak op de verzekering, respectievelijk het beoordelen van de letselschade.” Ten onrechte is deze bepaling niet meer terug te vinden in art. 6.1.4. De verwijzing in art. 6.1.8 sub b van de gedragscode naar dat artikel is dan ook onbegrijpelijk. Wij spreken gelet op al het voorgaande de oprechte hoop uit dat op zeer korte termijn aanpassing van de gedragscode volgt. 

¹ CTG 2009/044, Stcrt. 11 juni 2010.

² Stcrt. 2010, 6360.

³ CTG 15 mei 2007, 185/2007.

⁴ Vgl. E.J. Wervelman, *De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering*, Kluwer, 2009, p. 358-359.

⁵ Stcrt. 2003, 23.

⁶ CTG 31 augustus 2004, 2003/178.

⁷ Vgl. E.J. Wervelman en E.J.C. de Jong, “Misverstanden en oplossingen rondom het blokkeringsrecht”, TvGR 2005, p. 383-394.

⁸ HR 26 maart 2004, RvdW 2004, 54.

⁹ GJ 2010, 76.

¹⁰ Vgl. RvT III-90/34, 2001/30 en 31.

¹¹ B. Sluijters, “Goed beslissen of veel geheim houden”, TvGr 1993, p. 5.

¹² Vgl. E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering*, Kluwer, 2009, p. 346-351.

Een goed diversiteitsbeleid in letselzaken is een *best practice*

M.C. van Driel/E. Emre
Q-Consult/Elfi Letselschade &
Advies

Een verkeersslachtoffer met langdurige nekklachten van Somalische afkomst meldde zich bij een medische expertise op verzoek van de aansprakelijkheidsverzekeraar. Op de vraag van de arts welke klachten hij ondervond, antwoordde hij: *“Er lopen duizend krekels over mijn armen en benen.”* De arts noteerde: *“Psychische klachten in de vorm van waanbelevingen.”* Dat de man zijn klachten, tintelingen in de ledematen, zoals voor hem gebruikelijk in beeldspraak naar voren bracht, werd niet opgemerkt.

Nederland kent een bonte mix aan culturen. Dat laat zich het beste zien in de grote steden, waar autochtone Nederlanders samenleven met mensen van onder meer Turkse, Surinaamse, Marokkaanse en Antilliaanse afkomst. Daarnaast bestaat onze beroepsbevolking in toenemende mate uit mensen afkomstig uit Polen, Bulgarije of andere landen. Deze mensen nemen deel aan het maatschappelijke verkeer met behoud van eigen culturele activiteiten en kenmerken. Soms gelden typisch Nederlandse regels, zoals op terreinen als werken en wonen. Maar net zo vaak zijn cultuurgebonden omgangsvormen toonaangevend, zoals in gezin en familie en bijvoorbeeld in de moskee. Meestal leveren de culturele verschillen tussen de autochtone en allochtone cultuur weinig problemen op. Anders wordt het als specifieke culturele achtergronden dermate verschillend zijn dat er sprake is van onbegrip, vaak versterkt door een taalbarrière. Dan is het lastig om effectief met elkaar te communiceren en ligt verlies van vertrouwen in elkaar op de loer.

Het noodlot laat zich niet leiden door huidskleur of cultuur. Allochtonen hebben een net zo groot risico op een ongeval als autochtonen. Soms is dat risico zelfs groter, vanuit de overweging dat veel allochtonen in zware beroepen actief zijn. Dat betekent dat de letselschadebranche veel te maken krijgt met cliënten van allochtone afkomst. Mensen die een andere taal spreken, bekend zijn met andere omgangsvormen en op een andere manier omgaan met gezondheidskwesties en hun lichamelijke integriteit. Zij kunnen een ander profiel hebben dan cliënten van autochtone afkomst. Wensen, behoeften en verwachtingen met betrekking tot de letselschaderegeling kunnen sterk afwijken van die van de meeste autochtone cliënten. En de sociale omgeving, iets wat bij autochtonen vanwege een trend van individualisering een steeds minder grote rol



speelt, is in veel andere culturen veel meer bepalend. Ouders, de oudste broer, ooms en tantes, de imam, al deze mensen kunnen nadrukkelijk als adviseurs van allochtone cliënten optreden. Soms op een bescheiden manier, maar mogelijk ook op de voorgrond.

Ahmed, een jongen van elf jaar oud, is aangereden door een automobilist. Het letsel dat hij opliep bestaat uit botbreuken, kneuzingen en schaafwonden. Naar verwachting zal dit letsel zich in een paar maanden volledig herstellen. Ahmeds ouders spreken gebrekkig Nederlands, daarom voert de dochter, vijftien jaar oud, het woord bij gesprekken met de belangenbehartiger en de vertegenwoordiger van de verzekeraar. In de communicatie spelen twee belemmerende factoren een rol. Enerzijds de langdurige terneergeslagenheid van de familie over de blessures van Ahmed, die als een catastrofe worden beschouwd, versterkt door de gedachte aan wat nog erger had kunnen zijn. Ahmed ligt op een bed dat in de woonkamer is opgesteld. Hij wordt omgeven door familieleden die cadeautjes en snoepgoed brengen, hem voorzichtig knuffelen en bidden voor een spoedig herstel. Ahmed speelt zijn rol als slachtoffer met verve, zoals van hem wordt verwacht. Anderzijds is er sprake van problemen in de informatieoverdracht, omdat de woordvoerder namens de familie de vragen van de professionals niet begrijpt. Deze factoren leiden aan beide zijden tot wantrouwen. De professionals hebben moeite met het aanhoudende slachtoffergedrag en beschouwen het als het aanzetten van klachten met het oog op financieel gewin. De familie voelt zich onheus bejegend door de witte professionals, hun respectloze manier van doen en hun kille vragen en opmerkingen.

Problemen zoals in het voorbeeld omschreven, leiden tot misverstanden, irritaties, boosheid en wantrouwen. Bepaald geen omstandigheden die bijdragen aan een harmonieus traject en een snelle schaderegeling. Bovendien

kunnen deze gebeurtenissen bij professionals leiden tot belemmerende beeldvorming die mogelijk leidend wordt op een afdeling of binnen een organisatie. Allochtonen zijn lui, zijn uit op geld, zijn onbetrouwbaar of stellen zich aan. Allemaal generieke negatieve kwalificaties vanuit het eigen culturele referentiekader met bijhorende normen en waarden. Bovendien kwalificaties die leiden tot een verslechtering van de verstandhouding met huidige en toekomstige cliënten. Ook bij de allochtone cliënten en potentieel toekomstige cliënten ligt belemmerende beeldvorming op de loer. Verzekeraars, advocaten, experts zijn bot, ze discrimineren, luisteren niet en handelen uit eigen belang. Ook deze houding draagt niet bij aan goede verhoudingen. Als partijen elkaar ontmoeten staan allen met 3-0 achter. En dan moet het nog beginnen!

In de Gedragscode Behandeling Letselschade, een leidraad in de letselschadebranche voor adequate dienstverlening aan slachtoffers, wordt niet specifiek ingegaan op het thema diversiteit in de schaderegeling. Wel worden algemene beginselen opgenoemd. Het slachtoffer staat centraal, er wordt respect getoond, naar hem geluisterd, rekening gehouden met zijn wensen en behoeften. Er wordt zoveel mogelijk maatwerk toegepast bij het zoeken naar oplossingen voor zijn beperkingen. Een dergelijke adequate dienstverlening vergt voor de allochtone doelgroep een specifieke aanpak. De grootte van de doelgroep rechtvaardigt zelfs een doordacht diversiteitsbeleid, waarin aandachtspunten en handvatten voor een effectieve aanpak staat omschreven. Er zijn verschillende voordelen denkbaar. Zo leidt een goed diversiteitsbeleid tot een toename van inzicht en competenties van medewerkers, een toename van het werkplezier in een deel van de dossiers, een afname van belemmerende beeldvorming over en weer en een toename van de cliënttevredenheid. Er zijn ook commerciële voordelen denkbaar. Een passende dienstverlening voor de allochtone doelgroepen leidt tot meer vertrouwen en een betere schaderegeling, wat naar verwachting leidt tot een daling van operationele kosten en een verkorting van doorlooptijden in deze categorie.

Een voornemen om werk te maken van een goed diversiteitsbeleid is één ding, maar hoe zorgen we voor beleid dat werkt en welke elementen dient een dergelijk document te bevatten? Het grootste gevaar dat bij de vorming van diversiteitsbeleid dreigt is een houding van *“wij weten wel wat allochtonen willen”*. Het is onverstandig om zuiver vanuit een autochtoon referentiekader een diversiteitsbeleid op te stellen. Het is ook onnodig. Het is namelijk mogelijk om allochtone groepen in een voorfase te raadplegen. Dat kan via een enquête en/of interviews onder uw allochtone cliënten, mits uitgevoerd op doordachte wijze. Ook is het mogelijk overleg te plegen met allochtone gemeenschappen. Of u kunt samenwerken met organisaties die zicht hebben op de belevingswereld van deze doelgroepen. Uit deze informatieronde kunt u de pijlers van uw toekomstige beleid in de vorm van kernwaarden destilleren. Op dat fundament bouwt u de specifieke werkwijze die uw mensen gaan toepassen.

Hoe werkt het opstellen van een diversiteitsbeleid?

1. Analyseer uw cliëntenpopulatie
2. Betrek allochtone organisaties, deskundigen of cliënten bij de beeldvorming
3. Maak een dienstverleningsmatrix (vakinhoud, communicatie, normen & waarden, processen)
4. Ga na welke *best practices* er bestaan binnen uw organisatie en borg deze
5. Betrek uw medewerkers bij de beeldvorming om het draagvlak rondom de implementatie te bevorderen

Met het opstellen van een beleidsdocument zijn we een behoorlijke stap verder, maar we zijn er dan natuurlijk nog niet. Het beleid dient vertaald te worden naar de praktijk om een goede implementatie mogelijk te maken. Praktische *do's and don'ts* per onderdeel kunnen daarbij behulpzaam zijn. Deze kunnen worden opgeschreven in een handzame beknopte gids die medewerkers bij zich kunnen steken. Zulke vormen zijn bedoeld om het beleid om te zetten in concrete en praktische instrumenten voor de medewerkers.

Eén van de belangrijkste kernwaarden kan zijn dat de organisatie affiniteit toont met allochtone culturen. Dat laat zich moeilijk vatten in concrete tips. Om een dergelijke pijler handen en voeten te geven kan een organisatie ervoor kiezen om jaarlijks één of twee cultuurdagen voor het personeel te organiseren, zodat zij meer inzicht krijgen in andere culturen en hun kenmerken. Ook is het mogelijk medewerkers een diversiteitstraining te laten volgen, waar veel nuttige informatie wordt behandeld over dit thema.

“Differences of habit and language are nothing at all if our aims are identical and our hearts are open.”
(J.K. Rowling)

Wij zijn overtuigd van de stelling dat een goed diversiteitsbeleid maatschappelijke en commerciële voordelen met zich meebrengt voor verzekeraars en rechtshulpverleners. Belangrijker nog is de overweging dat de dienstverlening aan allochtone cliënten pas dan binnen de kaders van de Gedragscode Behandeling Letselschade kan worden gebracht. Deze twee overtuigingen brengen ons tot de conclusie dat een adequaat diversiteitsbeleid in letselschadezaken een *best practice* is.

Alles draait om inlevingsvermogen en transparantie

PIV Tevredenheidonderzoek

*Mevrouw drs. M. Mensink/
mevrouw mr. R.S.D. Dielen
Q-Consult/Stichting PIV*

Wat vinden letselschadeslachtoffers in de behandeling van hun schade belangrijk? En hoe kunt u als verzekeraar de tevredenheid van het slachtoffer beïnvloeden? Al sinds 2005 organiseert Stichting PIV in samenwerking met Q-Consult Bedrijfskundige Adviseurs het PIV Tevredenheidonderzoek. Het onderzoek brengt voor de verzekeraar op individueel niveau en benchmark niveau de tevredenheid van slachtoffers in kaart. Het biedt de verzekeraar handvatten om blijvend te werken aan de kwaliteit van dienstverlening. Tenslotte wordt de kwaliteit van de letselschaderegeling uiteindelijk bepaald door de ervaringen van het slachtoffer. Tijd om de resultaten van het tevredenheidonderzoek eens nader onder de loep te nemen en weer te geven wat het slachtoffer verwacht van een verzekeraar.

Immateriële behoeften centraal

Uit verschillende onderzoeken (Stichting De Ombudsman, 2003 en prof. mr. A.J. Akkermans, 2007) is gebleken dat immateriële behoeften een belangrijke rol spelen bij slachtoffers. Slachtoffers willen naast de financiële compensatie een gevoel van erkenning krijgen, heldere informatie over het proces ontvangen en grip hebben op het afwikkelingsproces. Met de komst van de Gedragscode Behandeling Letselschade zijn aansprakelijkheidsverzekeraars nadrukkelijker dan voorheen aan de slag gegaan met onder andere termijnbewaking, informatieverstrekking over het proces, waar mogelijk telefonisch contact in plaats van schriftelijke correspondentie en het vaker voeren van driegesprekken. Dit is gebleken uit de resultaten van de jaarlijkse PIV Audits, maar blijkt ook uit nieuwe initiatieven in de markt: Letselplaza, het project Pandora van CED Mens, de ontwikkeling van online behandelplannen et cetera. Aansprakelijkheidsverzekeraars passen hun processen aan de immateriële behoeften van het slachtoffer aan. Hoe kijken benadeelden anno 2010 naar de verzekeraar? Ervaren zij deze intenties van de verzekeraar als positief? Waar heeft het slachtoffer verder behoefte aan? We bekijken de resultaten van een aantal jaren onderzoek en hebben één van de maatschappijen gevraagd wat voor hen de toegevoegde waarde is van deelname aan het onderzoek.

Goede respons

Verzekeraars krijgen een goed beeld van hoe de dienstver-

Hoe gaat het onderzoek in zijn werk?

Direct na afwikkeling van de persoonlijke schade ontvangt de benadeelde per post een brief en enquête van de verzekeraar. De benadeelde heeft de keuze om via een antwoordenvolp de vragenlijst te retourneren, dan wel online de enquête in te vullen via een beveiligde omgeving. Sinds 2009 ontvangen benadeelden, indien de verzekeraar over een e-mailadres beschikt, een uitnodiging om direct online de enquête in te vullen. Tevens is een helpdesk beschikbaar om mensen bij te staan met vragen.

De enquête zoomt allereerst in op het profiel van de benadeelde, zoals het schadejaar, aard en duur van het letsel en de eventuele bijstand van een belangenbehartiger. Vervolgens wordt de benadeelde gevraagd om een cijfer toe te kennen op verschillende onderwerpen op het gebied van communicatie, informatieverstrekking, schadebehandeling en doorlooptijden. Naast het toekennen van een cijfer geeft de benadeelde aan welke onderwerpen volgens hem het meest van belang zijn. Dit geeft de verzekeraar handvatten om zich te richten op de juiste onderwerpen. Ook krijgt de benadeelde ruimte om sterke- en verbeterpunten aan te dragen. Q-Consult

lening door belanghebbenden wordt ontvangen, dankzij vijf jaar onderzoek en een respons van ruim 7.000 benadeelden. Direct na afwikkeling van de schade vraagt de verzekeraar aan de benadeelde een uitgebreide vragenlijst in te vullen. Bijna één op de vier benadeelden retourneert de ingevulde vragenlijst. Door het persoonlijke belang voor de benadeelden en het feit dat ze graag hun mening kwijt willen over het proces is het responspercentage hoog. Verzekeraars moedigen dit aan door een donatie aan een goed doel. Slachtofferhulp Nederland is één van deze goede doelen; zij ontvangen € 5 per ingevulde vragenlijst om te besteden aan een goede opvang van het slachtoffer.

Stijgende tevredenheid

In de afgelopen jaren was een stijging van de algehele tevredenheid te zien naar een 7,3 op schaal 1 tot 10. In 2006 beoordeelden de benadeelden de verzekeraar nog op een 6,8. Het cijfer is in grote mate afhankelijk van de aard van de beperkingen die de benadeelde heeft opgelopen en de duur van het herstel. Zo zijn benadeelden met moeilijk objectiveerbare aandoeningen en blijvende klachten minder tevreden met het letselschadetrajec in vergelijking met diegenen die objectiveerbare aandoeningen hadden en genezen zijn. Ook de betrokkenheid van een belangenbehartiger is van invloed op de tevredenheid. Bij inschake-

ling van een belangenbehartiger communiceert de verzekeraar niet rechtstreeks met het slachtoffer, zodat de benadeelde moeilijker de rol van de verzekeraar positief of negatief kan beoordelen.

Het onderzoek gaat in op de onderdelen, te weten informatieverstrekking, communicatie, schadebehandeling en doorlooptijden. Door middel van meerdere subvragen filtert het onderzoek de tevredenheid per onderdeel. De uitkomsten worden hieronder per onderdeel toegelicht.

Communicatie en schadebehandeling

De score is goed over de onderdelen communicatie en schadebehandeling, respectievelijk 7,5 en 7,4. De benadeelde beoordeelt de professionaliteit van de behandelaar en de mate waarin afspraken nagekomen worden als goed. Ook blijken de verzekeraars tijdig voorschotten en slotuitkeringen te betalen. Deze informatie onderstreept dat verzekeraars oog hebben voor de immateriële behoeften door te luisteren naar slachtoffers en datgene te bieden wat het slachtoffer nodig heeft. In de periode 2006 tot 2010 is een duidelijke overgang te zien van veelal schriftelijke communicatie naar meer telefonisch contact. De benadeelde waarmee telefonisch contact is onderhouden of waarmee een persoonlijk gesprek is gevoerd, is zichtbaar meer tevreden dan diegenen waarbij dit niet heeft plaatsgevonden. Het aantal persoonlijke gesprekken met mensen die langer dan een half jaar klachten hebben blijft echter aan de lage kant. Dit kan dus nog worden verbeterd.

Informatieverstrekking

Dit onderdeel gaat in op de duidelijkheid van de informatie en tussentijdse informatieverstrekking over de voortgang. De benadeelden beoordelen de informatieverstrekking met een gemiddelde 7,0. Informatie over de voort-

gang van de schadeafwikkeling blijft een punt van aandacht. Dit is bovendien sterk afhankelijk van het handelen en de aanwezigheid van een belangenbehartiger. Een online behandelplan en dossier waarin het slachtoffer de vorderingen kan volgen kan hier uitkomst bieden. Uit de cijfers blijkt het belang om juist bij tussenkomst van een belangenbehartiger een persoonlijk (drie)gesprek aan te gaan, dan wel een brochure te verzenden waarin het letsel-schadetraject wordt uitgelegd.

Doorlooptijden

Ook de doorlooptijden zijn de afgelopen jaren verbeterd door de verzekeraars. Met een stijging van drie decimalen tot een 6,9 in de periode 2006-2010 waardeert de benadeelde de inspanningen van de verzekeraar. Aangezien veel verzekeraars hun interne structuur gereorganiseerd hebben, bijvoorbeeld door het werken in stromen, bewaken zij de termijnen van de schadebehandeling. Veel maatschappijen hanteren een korte doorlooptijd tot het 1ste contact. Deze termijn zal komend jaar scherper onder de loep worden genomen bij de verzekeraars die deelnemen aan het Keurmerk Klantgericht Verzekeren. Dit is in het licht van het onderzoek een goede ontwikkeling.

Voor de totale duur van de schadebehandeling geeft het slachtoffer een magere voldoende (score 6,7). Ook hier is een verband met de aard van het letsel. Wederom zijn slachtoffers met moeilijk objectiveerbare klachten minder positief. Het scheppen van reële verwachtingen en adequate informatievoorziening kunnen de perceptie positief beïnvloeden. Een digitaal dossier of afstemming met de belangenbehartiger over het doorsturen van correspondentie kan hierbij behulpzaam zijn. Ook dit punt gaan de aansprakelijkheidsverzekeraars verder oppakken door middel van een evaluatie van de tweejaarstermijn uit de GBL. Naar verwachting zal deze invloed hebben op de totale duur van de schadeafwikkeling.

De emotionele bankrekening van het slachtoffer

Naast het toekennen van cijfers krijgt de benadeelde ruimte om zijn persoonlijke mening over de sterke en verbeterpunten kwijt te kunnen. Ook vult de benadeelde zijn prioriteiten in op een lijst van tien onderdelen in de schaderegeling. Uit deze informatie blijkt welke items belangrijk zijn voor het slachtoffer. In 2010 heeft een proef plaatsgevonden waarbij een aantal slachtoffers telefonisch zijn benaderd na het invullen van de vragenlijst. Hieruit blijkt hoe snel de omslag kan plaatsvinden van een voldoende naar een onvoldoende. In praktijk komt het voor dat de verzekeraar een onvoldoende krijgt wanneer hij één keer niet voldoet aan de verwachtingen van de benadeelde. Ook wanneer de verzekeraar tijdens het gehele traject naar volle tevredenheid van de benadeelde heeft gehandeld. Dit geeft aan dat de verzekeraar met alle zorgvuldigheid dient te handelen om het niet te verbruïen bij een benadeelde. Om inzicht te geven in de verwachtingen van benadeelden, is een aantal onderwerpen uiteengezet in een 'emotionele bankrekening' van het slachtoffer naar de theorie van Stephen Covey¹, die zich richt op het herstellen van vertrouwen tussen twee partijen. Covey geeft aan dat -



Storingen	Opnames
Duidelijke informatieverstrekking	Trage afwikkeling van de schade
Begrip tonen voor de situatie van de benadeelde	Weinig (persoonlijk) contact en belangstelling
Nakomen van afspraken	Geen bezoek brengen bij langdurige schade
Tussentijds contact houden over de voortgang van de schadebehandeling	Te lange tijd tussen schadedatum en 1e contact
Voortvarende behandeling van de schade	Reactief omgaan met voorschotten

zoals bij een bankrekening - storingen nodig zijn voor het groeien van vertrouwen. Bij opnames zal het saldo afnemen; daarmee neemt tevens de mate van vertrouwen af. Aan de stortingzijde staat benoemd welke onderwerpen sterk gewaardeerd worden door de benadeelde. Door het structureel invullen van deze behoeften zal de tevredenheid van de benadeelde toenemen. De opnamezijde

benoemt welke ervaringen de tevredenheid dempen. Deze opnames kunnen gecompenseerd worden door meerdere storingen te doen.

¹ Stephen R. Covey, directeur van het Covey Leadership Center in Utah.

Hoe beleeft een verzekeraar het PIV Tevredenheidsonderzoek?

Interview met mr. Wouter Coomans, Teammanager Personenschade ASR, Rotterdam



Mevrouw drs. M. Mensink/
mevrouw mr. R.S.D. Dielen
Q-Consult/Stichting PIV

De deelnemende maatschappijen zien het PIV Tevredenheidsonderzoek als een continu proces om de kwaliteit van de letselschadebehandeling te meten. ASR Verzekering N.V. (verder: ASR) is één van de maatschappijen die al jaren de tevredenheid meet. We gingen in gesprek met Wouter Coomans, ervaren als teamleider in de letselschadepraktijk en al jaren actief rondom diverse projecten, waaronder het PIV Tevredenheidsonderzoek.

Waarom neemt ASR deel aan het onderzoek?

Als ASR willen we weten hoe we de beste service kunnen verlenen. Hoe denkt het slachtoffer over ons? En hoe wor-

den we de verzekeraar waar het slachtoffer ook verzekerd zou willen zijn? Door permanente metingen en maandelijkse rapportagemomenten houden we de tevredenheid nauwlettend in de gaten en sturen bij indien dit nodig is. We krijgen op objectieve wijze inzicht hoe het slachtoffer op onderdelen de behandeling en afwikkeling van de letselschade ervaart. Via de benchmark zien we tevens hoe we ten opzichte van andere maatschappijen er voor staan. Ook aan onze labels - Europeesche, Ditzo, Budgio en volmachten - tonen we deze resultaten. In de toekomst maakt het tevredenheidsonderzoek deel uit van het Keurmerk Klantgericht Verzekeren, wat het belang van de meting onderstreept.

Welke rol neemt het onderzoek in binnen het kwaliteitsmanagementbeleid van ASR?

Het kwaliteitsbeleid staat hoog in het vaandel bij ASR. Wij zijn iedere dag bezig met het verbeteren van het letselschadeproces. Intern overleggen we over kwaliteitsindicatoren en uitkomsten in de 'keek op de week' en 'keek op de dag'. Samen met letselschadebehandelaren en het management kijken we kritisch naar onze resultaten en ondernemen we acties om de kwaliteit hoog te houden.

> 15

Het tevredenheidsonderzoek geeft hier input voor. Letselschadebehandeling blijft mensenwerk, daarom is er veel aandacht voor opleiding. Niet alleen op kennis, maar ook op houding en gedrag ligt een stevige focus. Behandelaars volgen trainingen gericht op vaardigheden, bijvoorbeeld in het geven van feedback, is onderhandelen (Harvard) en mediation. Daarnaast hebben we diverse overleggen, zoals het mentorschap, vakoverleg en centrale dossierbespreking om de kennis en vaardigheden bij behandelaars blijvend te ontwikkelen.

Welke inzichten heeft het onderzoek jullie gebracht?

De doorlooptijd van het proces is een belangrijk punt. Vorig jaar voerden we hiervoor het werken in stromen in, om de benadeelde beter van dienst te kunnen zijn. Ook het vergroten van de buitendienst heeft effect, doordat we nog meer capaciteit hebben om benadeelden en belangenbehartigers te bezoeken. Daarnaast blijft de communicatie met de benadeelde belangrijk. Het is belangrijk de verwachtingen al vooraf goed te managen. Daarom versturen we tegenwoordig altijd een informatiebrochure met heldere informatie over het proces naar benadeelden. Door middel van trainingen pakken we veel punten op; zo neemt ASR dit jaar deel aan de 'Kruip in de huid van een slachtoffer'-dag.

Hoe leeft het onderzoek bij behandelaars?

We koppelen iedere maand de resultaten terug naar de medewerkers. Daardoor leeft het onderzoek sterk bij de behandelaars. ASR is de eerste verzekeraar die de resultaten tevens uitsplitst per stroom, zodat de behandelaars een nog duidelijker beeld krijgen van hun inspanningen. ASR stimuleert behandelaars om de aan te schrijven benadeelden aan te leveren. Dit punt is binnen ons beoordelingssysteem al enkele jaren een resultaatgerichte afspraak. Nog voor het einde van dit jaar wordt de aanlevering van deze gegevens geautomatiseerd.

Welke stortingen en opnames op de emotionele bankrekening herkennen jullie bij slachtoffers?

Betrokkenheid en begrip tonen. Daarnaast een luisterend oor bieden, zodat de benadeelde zijn verhaal kan doen. Ook excuses horen daar ook bij. Dit mag echter geen kunstje zijn, de geloofwaardigheid staat voorop! Ook dient

de behandelaar mensen proactief mee te nemen in het proces. Communicatie vormt dus een uitermate belangrijk onderdeel van de letselschadebehandeling. Je moet doen wat je belooft, anders doe je een flinke opname bij de benadeelde. Ook te zakelijk handelen richting de benadeelde stelt men niet op prijs.

Bij tussenkomst van een belangenbehartiger hebben jullie minder invloed op het proces doordat er geen rechtstreekse contact is met het slachtoffer. Hoe zorgen jullie in deze situatie voor een tevreden slachtoffer?

Alles draait om transparantie. We sturen onze brochure met informatie over de letselschaderegeling rechtstreeks naar de benadeelde. Ook de eindafrekening inclusief betaalde BGK gaat naar de benadeelde. Afgelopen jaar hebben we onze buitendienst fors uitgebreid om benadeelden regelmatig te kunnen bezoeken. Tevens zorgen we voor een duidelijke en correcte correspondentie zodat de belangenbehartiger deze aan de benadeelde kan tonen.

Wat zijn de sterke punten van het PIV Teverdenheidsonderzoek?

Het is een objectief onderzoek met een sterke betrouwbaarheid. Hiervoor spannen wij ons ook in; in alle afgewikkelde zaken krijgt de benadeelde een enquête toegestuurd. Wij staan voor ons proces en willen graag terugkoppeling op onze kwaliteit van dienstverlening. Via het onderzoek krijgen we hier zicht op. Daarnaast is de benchmark component van belang. Hiermee zien we hoe we in de markt staan en waar we bij kunnen sturen.

Welke toekomstige ontwikkelpunten zie je voor het onderzoek weggelegd?

In de huidige opzet dient de benadeelde nog steeds erg veel vragen te beantwoorden. Dit kan een drempel zijn, ondanks het relatief hoge responspercentage. We blijven hier actief over nadenken. ASR heeft al deelgenomen aan de pilot met een verkorte vragenlijst. Daarnaast zouden nog meer verzekeraars mee moeten doen om de betrouwbaarheid van de benchmark verder te verhogen. Vanuit die situatie kunnen we ook nadenken over de externe communicatie van de resultaten. We kunnen dan ook als branche onderbouwen dat we ons inspannen voor kwaliteit en tevredenheid.

Het PIV-Bulletin is een regelmatig verschijnende uitgave van de Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder uitdrukkelijke toestemming van de redactie.

Redactiesecretaris

Mevrouw J. (Jenny) M. Polman, Stichting PIV

Postbus 93450

2509 AL Den Haag

Telefoon: 070 333 88 73

Telefax: 070 333 88 33

e-mail: j.polman@verzekeraars.nl

Website: www.stichtingpiv.nl

M.m.v. drs. P. (Peter) J.M. van Steen, tekstschrijver

Creatie & realisatie: Artoos Communicatiegroep bv, Rijswijk