

Pagina 8
Wcz en de zorgaanbieder

Pagina 13
GVR

Pagina 16
Overpeinzingen bij de
letselschadepraktijk

Pagina 20
Federatie Slachtoffer Organisaties

Pagina 22
Raasveld Congres/Letselplaza/Supportbeurs

Pagina 24
Module Beroepsziekten

april 2012



Een andere toon in de letselschaderegeling

12e PIV Jaarconferentie

PvS

Foto's KimberleyZondag

Op vrijdag 30 maart 2012 vond in Hotel Theater Figi in Zeist de twaalfde PIV Jaarconferentie plaats. De belangstelling ervoor was overweldigend. Met meer dan vijfhonderd deelnemers was het aantal beschikbare plaatsen volledig ingenomen. Een andere toon in de letselschaderegeling was het motto van de conferentie, maar behalve communicatie en de toonzetting daarvan stonden tal van andere actuele thema's op het programma.

De deelnemers aan de PIV Jaarconferentie beleefden bij binnenkomst in de zaal een klinkende primeur, namelijk het optreden van de PIV Blues Band 'Different Tune'. Deze gelegenheidsformatie van negen musici, die werkzaam zijn als expert personenschade, claimsmanager, advocaat, geneeskundig adviseur, letselschaderegelaar, directeur van een letselschadebureau, arbeidsdeskundige en letselschadespecialist, onthaalde de aanwezigen met een zeer welluidende uitvoering van Lady Madonna.



The PIV Blues Band Different Tune

Versterkte positie patiënt ...

Grote vriendelijke reus ...

Sensitiviteit & specificiteit ...

Bundeling slachtofferorganisaties ...

Drie-in-de-pan ...

Tiggeliaanse wijsheden? ...

2 Lesdagen; 15 uur studie ...

'Voordeurdelen' met de SER ...



Reitsma en Simons

- > Aansluitend werden de deelnemers welkom geheten door dagvoorzitter Tom van 't Hek. Hij legde uit dat het eerste deel van het programma uit twee blokken bestond, waarin telkens drie sprekers een korte uiteenzetting zouden geven en vervolgens met elkaar in discussie zouden gaan.

Medische paragraaf

In het eerste blok gaven mr. ir. Jørgen Simons, drs. Angelique Reitsma en drs. Wilco Blanken hun visie op de nieuwe medische paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade.

Jørgen Simons – advocaat bij Leijnse Artz Advocaten in Rotterdam – besprak het zestal vragen wie, wat, waarom, waar, wanneer en hoe met betrekking tot de GBL. Hij sprak met name zijn waardering uit voor de werkdocumenten bij de medische paragraaf, die binnenkort via de website van De Letselschade Raad beschikbaar zullen worden gesteld.

Angelique Reitsma – medisch adviseur bij ASR Verzekeringen – sprak op persoonlijke titel. Zij ging in op de uitgangspunten van de medische paragraaf, met name proportionaliteit, transparantie en objectiviteit, en op de impact ervan op het werk van de medisch adviseur. De medische paragraaf vergt van de medisch adviseur, aldus Reitsma, een sterker bewustzijn van de professionele rol en beroepsethiek, waarvan de fundamenten onder meer in de beroepscode van de Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (GAV) zijn vastgelegd. Reitsma besprak hiervan met name het onderdeel geheimhouding.

Wilco Blanken – revalidatiearts, medisch adviseur en ook hoogleraar Pathologie houdings- en bewegingsapparaat in Antwerpen – vroeg zich af of er in de letselschaderegeling überhaupt wel een probleem bestond en of inderdaad een andere toon noodzakelijk was. Aan de hand van twee wetenschappelijke artikelen toonde hij een relatie aan

tussen de letselschaderegeling enerzijds en het herstel van slachtoffers anderzijds, waarmee de eerste vraag positief was beantwoord. Of de medische paragraaf een oplossing biedt, waagde hij te betwijfelen. Zijn conclusie was dat deze een hulpmiddel kan zijn ter bevordering van de communicatie en medische advisering. Een nieuwe toon en nieuwe muziek ontstaan echter niet alleen door regelgeving en protocollen, aldus Blanken.

In de discussie tot slot van dit blok werd het belang benadrukt van direct overleg tussen medisch adviseurs onderling en ook tussen medisch adviseurs en schaderegelaars. De medische paragraaf houdt een dergelijk overleg niet tegen, zo was de conclusie.

Eén medisch adviseur

In het tweede blok gaven Gerjo Strijker, drs. Laurens Buisman en Peter Sonder hun visie op het vraagstuk of en zo ja, wanneer in de letselschaderegeling met één medisch adviseur kan worden volstaan.

Gerjo Strijker – teammanager personenschade bij Univé Schade in Assen – besprak in dit verband het project Columbus. In dit project wordt naar een ontduubeling van activiteiten gestreefd. De belangenbehartiger regelt de schadeafwikkeling en de verzekeraar volgt de gang van zaken. In deze aanpak is dus slechts één medisch adviseur werkzaam, namelijk die van de belangenbehartiger.

Vertrouwen en verantwoordelijkheid zijn de kernbegrippen in deze manier van werken. Inmiddels zijn 154 zaken voor deze aanpak aangemeld, waarvan er 48 gesloten en 5 om verschillende redenen uitgevallen zijn. Slachtoffers, verzekeraars en belangenbehartigers zijn overwegend positief over de werkwijze in Columbus. Opgemerkt werd dat het onderlinge vertrouwen merkbaar toeneemt.

Laurens Buisman – verzekeringsarts/medisch adviseur bij



Strijker, Buisman, Sonder en van 't Hek

>



Achmea – ging in op het project IMA, waarvan hij initiatiefnemer is. In dit project beproeven Achmea en de letselschadebureaus Van der Toorn Personenschade, Kloppenburg Letselschade en Europrotector, ondersteund door de Universiteit van Tilburg, een werkwijze met één medisch adviseur. Voor dit project is een onafhankelijke medisch-adviesorganisatie opgezet, die volledig losstaat van de deelnemende partijen. In het project wordt vooral naar zowel de positie van slachtoffers als naar de positie van medisch adviseurs gekeken. Van belang is, aldus Buisman, dat aan beide recht wordt gedaan. Peter Sonder – directeur van Letselschadebureau Kloppenburg in Amersfoort – besprak het project Aquarius. In dit project werken Letselschadebureau Kloppenburg, Nationale-Nederlanden, DAS en CED Mens samen. In dit project zijn inmiddels 25 zaken in behandeling genomen. In deze zaken speelt de Aquariusarts een belangrijke rol. De Aquariusarts heeft telefonisch contact met het slachtoffer en biedt het slachtoffer hulp en advies in het behandelingstraject. De eerste ervaringen zijn opvallend positief, aldus Sonder, en het aantal deelnemende partijen zal dan ook naar verwachting op korte termijn worden uitgebreid. In de discussie tot slot van dit blok werd vooral besproken welke zaken en ook welk type slachtoffers vooral geschikt zijn voor een aanpak als in de projecten Columbus, IMA en Aquarius.

Bedrijfsregeling informatieverstrekking

Na een koffiepauze en opnieuw een optreden van de PIV Blues Band 'Different Tune', met onder meer een pittige cover van Eric Clapton's After Midnight, stonden twee lezingen op het programma.

De eerste, van hoogleraar Privaatrecht aan de VU prof. mr. Arno Akkermans, ging over de Bedrijfsregeling informatieverstrekking. De huidige Bedrijfsregeling 15 zou kunnen worden uitgelegd alsof rechtstreekse communicatie van de verzekeraar met het slachtoffer niet zou mogen.

Een dergelijk 'verbod' is echter niet in het belang van het slachtoffer. De nieuwe Bedrijfsregeling informatieverstrekking, die momenteel in concept gereed is, wil meer recht doen aan het belang van rechtstreekse communicatie. Akkermans benadrukte in zijn lezing dat compensatie van het slachtoffer in het algemeen meer dan een financiële vergoeding inhoudt. Slachtoffers ervaren immers ook een morele en emotionele onrechtvaardigheid (in beeldspraak: zij staan rood op hun emotionele bankrekening) en compensatie daarvan is onmisbaar voor optimaal herstel en een beperking van de schade. Verzekeraars kunnen hieraan bijdragen door zich in de schadeafwikkeling actief op te stellen en door het initiatief te nemen voor een eerste contact, waarin zij naar het slachtoffer luisteren en medeleven tonen. In vervolcontacten kunnen zij informeren en overleggen over beslissingen en over het verloop van de schaderegeling. Ook kunnen zij eventueel hun eigen verzekerde adviseren en voorlichten over het opnemen van persoonlijk contact. Daarnaast kunnen ze de erkenning van de aansprakelijkheid een symbolische inhoud geven, door expliciet over te brengen dat de verantwoordelijkheid voor het ongeval bij de verzekerde lag. Van belang bij dit alles is dat belangenbehartigers zo'n rechtstreekse communicatie tussen verzekeraars en slachtoffers in het belang van hun cliënten faciliteren. Akkermans ging verder in op een onderzoek naar de beleving van rechtvaardigheid, de precieze inhoud van de conceptbedrijfsregeling informatieverstrekking en de verschillen met de huidige Bedrijfsregeling 15.

Duel of duet

De tweede lezing, van mr. Bert de Hek, seniorraadsheer bij Hof Leeuwarden, had de toepasselijke titel 'Duel of duet'. De Hek ging in op twee voorbeelden. De eerste, het duel, betrof een Surinaamse man die na een ongeval whiplashachtige klachten had en met de verzekeraar van de wederpartij niet tot een passende afwikkeling van de schade kon komen. Uiteindelijk, na tientallen jaren getouwtrek en procederen, kostte deze zaak de verzekeraar meer dan een miljoen euro en beleefde het slachtoffer jaren, waarin hij dakloos en doorgedraaid was en onvermogen op velerlei gebied. De tweede casus, het duet, betrof een concertpianiste die eveneens na een auto-ongeval nekklachten had. De schaderegelaar reageerde mild, stelde een adequate voorschotregeling voor en kwam uiteindelijk over de brug met een passende vergoeding van kosten voor huishoudelijke hulp en van gedeerde inkomsten. Ten opzichte van de eerste casus had de verzekeraar in deze tweede casus veel minder kosten en kwam het slachtoffer er veel beter uit. Voor een verklaring van de verschillen tussen de twee zaken behandelde De Hek twee maatschappelijke ontwikkelingen. Om te beginnen benadrukte hij het belang van de gevoelens van slachtoffers ten aanzien van autonomie ("ik bepaal het zelf"), authenticiteit of uniciteit ("ik ben een uniek persoon en er zit veel meer in mij") en erkenning ("ik eis respect"). Daarnaast behandelde De Hek de technisch-reductionistische visie op de werkelijkheid. In het algemeen houdt deze in dat er geen plaats is voor het subjectieve en het ambivalente en dat wat niet



Netwerken

kan worden gezien of verklaard, niet meetelt. Bij niet-objectiveerbaar letsel leidt dit tot een 'clash' van alle kanten: de verzekeraar erkent de klachten niet, een *battle of experts* is onontkoombaar, maar lost niets op en ook het slachtoffer gaat niet vrijuit. De Hek adviseerde tot slot te allen tijde respect te tonen, de strijd over causaliteit te mijden, ruimte voor herstel te bieden en te beseffen dat hypothetische realiteit geen virtuele realiteit is.

Blues, lunch en workshops

Voorafgaand aan de lunch bracht de PIV Blues Band 'Different Tune' een eigen arrangement, De Letselschadeblues, zeer toepasselijk gevolgd door de cover van het bluesy Bloedend Hart van De Dijk. Na de lunchpauze konden de deelnemers twee workshops volgen, uit een aanbod van in totaal zeven mogelijkheden

Privacy en letselschaderegeling

Advocaat Simons ging in zijn workshop over privacy in de letselschaderegeling op twee thema's in, te weten de inzage van het slachtoffer in het medisch advies aan de verzekeraar en de verkrijging van gegevens via internet. Hij behandelde een aantal artikelen uit relevante wetgeving en gedragscodes en liet de deelnemers aan de hand van probleemschetsen over stellingen discussiëren.

Ervaringen van rechters met whiplash

Seniorraadsheer De Hek besprak de ervaringen van rechters met whiplash. Hij ging uit van een stereotypering van

dergelijke zaken: ze zijn omvangrijk en voorspelbaar, bevatten een rituele dans rond de deskundigen en de vraagstelling en partijen uiten in het algemeen vaste standpunten en reacties. De Hek hanteert een aantal uitgangspunten in dergelijke procedures: een beslissing is goed maar een regeling is beter, de partijen bepalen het speelveld en juridisch bewijs is geen sluitend (natuur) wetenschappelijk bewijs. Hij ging gedetailleerd in op de



Arnold van Kouterik en Eric-Jan Wervelman

begrippen subjectiviteit en objectiviteit en legde tot slot zijn gehoor de vraag voor of slachtoffers een verplichte therapie kan worden opgelegd.

Werkgeversaansprakelijkheid

In haar workshop over werkgeversaansprakelijkheid behandelde advocaat Astrid van Noort – partner van Ekelmans & Meijer Advocaten in Den Haag – de relevante art. 7:611 BW (over goed werkgeverschap) en 7:658 lid 4 BW (over zorgplicht), evenals de verhouding tussen deze twee artikelen. De hoofdregel is dat er geen samenloop mogelijk is, maar er geldt een uitzondering bij verkeersongevallen (wel toetsing aan art. 7:658 BW, maar de zorgplicht is uit de aard van de situatie slechts zeer beperkt). Van Noort besprak zes relevante situaties (werkverkeer en woon-werkverkeer gemotoriseerden, werkverkeer ongemotoriseerden, werkgerelateerde privésituaties, bedrijfsuitjes en agressie-incidenten) en ging tot slot in op de vraag of de werkgeversaansprakelijkheid ook voor inleners en zzp'ers geldt.

Mediation in de letselschaderegeling

Over de vorm en de inhoud van mediation in de letselschaderegeling ging de workshop van Berth Groot re – directeur van Groot Expertisebureau in Papendrecht. Groot benadrukte dat voor een kansrijke mediation een positieve intentie aanwezig moet zijn. Ook moet een mandaat gegeven zijn en er moet sprake zijn van vertrouwelijkheid en vrijwilligheid. Hij besprak een aantal relevante organisaties in de mediationbranche, evenals enkele actuele marktontwikkelingen. Ook ging hij in op de geschilpunten die goed in mediation aan de orde kunnen worden gesteld en hij besprak alternatieve mogelijkheden als het deskundigenbericht, het bindend advies, de deelgeschilprocedure, arbitrage, klachteninstituten et cetera.

Wmo-voorzieningen

Register Expert Arnold van Kouterik – directeur van Van Kouterik Personenschade in Veenendaal – en advocaat mr. Peter Langstraat – Moree & Gelderblom Advocaten in Rotterdam – bespraken de problematiek van Wmo-voorzieningen, eigen bijdragen en andere hindernissen. Zij legden de deelnemers aan hun workshop een uitgebreide casus voor van een echtpaar dat in een huurwoning woont en aanspraak maakt op zorgtoeslag en huurtoeslag. De vrouw van het echtpaar moet na een ongeval in een AWBZ-instelling worden opgenomen. De belangenbehartiger vordert van de verzekeraar de eigen bijdragen die mevrouw vanwege het verblijf in de AWBZ-instelling moet betalen, maar de verzekeraars stelt dat die eigen bijdragen wegvallen tegenover besparingen. Is dit juist? Door de schadevergoeding wordt de eigen bijdrage voor de AWBZ-instelling verhoogd en raakt het echtpaar de huurtoeslag kwijt. Moet de verzekeraar ook die extra schade vergoeden? Deze en andere vragen leidden tot pittige discussies tussen de aanwezigen.

Proportionele aansprakelijkheid

In zijn workshop besprak professor Akkermans eerst de

dogmatische grondslagen voor proportionele aansprakelijkheid. Ten aanzien van de geleden schade kan er sprake zijn van het verlies van een kans (bijvoorbeeld de kans op een contract, de kans op een proces of de kans op genezing). Ten aanzien van de causaliteit kan een alternatieve oorzaak, eigen schuld of een toerekening naar kansbepaling tot proportionele aansprakelijkheid leiden.

Akkermans illustreerde een en ander aan de hand van een zaak waarin een belegger verlies had geleden nadat zijn bank een nadrukkelijk advies achterwege had gelaten. In dit verband kwam ook de omkeringsregel ter sprake. Aan de hand van nog eens vier andere zaken waarin vermogensverlies was geleden, liet Akkermans zien dat de omkeringsregel niet of zeer verschillend is toegepast. De dogmatische ordening van de grondslagen voor proportionele aansprakelijkheid, zo luidde Akkermans' conclusie, is dus nog zeker niet uitgekristalliseerd.



Gayetrie Ramsoedh

Sociale media in de letselschaderegeling

Martijn van Driel – senior adviseur bij Q-Consult – besprak de kracht van sociale media. Eerst liet hij zien hoe sociale media als marketinginstrument zijn te gebruiken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om werving van klanten door rechtshulpverleners en de verspreiding van videomateriaal via YouTube. Goed videomateriaal is niet alleen bruikbaar op LinkedIn, Hyves, Facebook en Twitter, maar kan ook de aandacht trekken van traditionele media (kranten, radio, televisie). De omvang van het gebruik van sociale media als marketinginstrument neemt toe, aldus Van Driel. Vervolgens besprak hij de functie van sociale media als informatiebron. Hij toonde verschillende nieuwsberichten over verzekeraars die op basis van gegevens uit sociale media bijvoorbeeld fraude opsporen of informatie over klanten aanvullen. Volgens het College Bescherming Persoonsgegevens overtreden deze verzekeraars geen wet, omdat het begrip sociale media in de privacywetgeving nog niet voorkomt

> Client engagement

Na de thee en een Wilson Pickett-versie van Mustang Sally stond nog één lezing op het programma, namelijk van Eelco Wisman – directeur-eigenaar van Outwise Personalia Improvement. Wisman behandelde in zijn voordracht het verkeersongeluk van een motorrijder en het verdienmodel dat vervolgens bij de afwikkeling van de schade een rol kan spelen. Hij besprak de tegengestelde belangen in dat verdienmodel: snelheid, kwaliteit en kostenbesparing kunnen elkaar tegenwerken. Wisman confronteerde zijn gehoor met vragen als ‘wat heb jij gedaan om de klant centraal te stellen?’, ‘hoe komt het dat je in je oude rol blijft zitten?’ en ‘hoe maak je het verschil in de letselschaderegeling?’. Nog steeds blijkt de vraag ‘what’s in it for me?’ voor veel spelers in de letselschadebranche de grootste motivator te zijn. Eelco Wisman spoorde de aanwezigen aan oude patronen, rollen en gedragingen los te laten en een nieuw patroon te omarmen, en dat dan niet één keer, maar voortaan altijd. Daarvoor is vereist dat zo’n nieuw patroon tot resultaat leidt en een goed gevoel geeft, waarbij een goed gevoel uiteindelijk de meeste toegevoegde waarde heeft. Hij adviseerde de aanwezigen een engagement met de klant aan te gaan, door ‘care’ te laten zien

(met de klant in gesprek gaan, begrip tonen), door ‘support’ te laten ervaren (herstel mogelijkheden bieden, kwaliteit van leven laten opbouwen), door menselijkheid uit te stralen (‘work from the heart’) en door actie te ondernemen (de goede dingen goed doen).

PIV Letselschade Award 2012 ofwel PIV Giraffe 2012

Zoals de laatste jaren gebruikelijk is, werd de PIV Jaarconferentie afgesloten met de uitreiking van de PIV Letselschade Award 2012 in de vorm van een enorme giraffe voor de persoon of instelling die ‘zijn nek heeft uitgestoken’ en aldus een waardevolle ontwikkeling in de letselschadebranche in gang heeft gezet.

De PIV Giraffe 2012 werd uitgereikt door de winnaar van vorig jaar Register Expert Mark van Dijk – directeur van Korevaar van Dijk Letselschade. Volgens hem had de winnaar van 2012 een hele kudde giraffen verdiend, vanwege de baanbrekende initiatieven die in gang waren gezet en inmiddels ook waren uitgerold. Van Dijk doelde hiermee op de deelgeschilprocedure en de behandeling van letselschadezaken door een meervoudige kamer, waarvoor de award dit jaar aan de Rechtbank Den Haag werd toegekend.

De PIV Blues Band ‘Different Tune’ wordt gevormd door Freek Schultz – drums, CEO Pals Groep; Hans van den Waardenburg – saxofoon, letselschadespecialist Pals Groep; Gert-Jan van Meenen – basgitaar, personenschade expert/jurist Groeneveld en Partners; Annet Schotborg – saxofoon, letselschaderegelaar CED Mens; Edward Blom – gitaar, registerexpert Personenschade Korevaar Van Dijk Letselschade; Henk van Katwijk – zang, advocaat Assuraad Advocaten; Erik Reinders – keyboard, register geneeskundig adviseur ReindersMedisch Adviseurs; Guido Denters – gitaar, manager claims Amlin Corporate Insurance; en (helaas door persoonlijke omstandigheden verhinderd) Ton van Summeren – trompet, directeur/registerarbeidsdeskundige Van Brunschot Van Summeren Hagoort Arbeidsdeskundige advisezen.





Sonja Hoekstra-van Vliet en de PIV Giraffe 2012

De prijs werd in ontvangst genomen door mr. Sonja Hoekstra-van Vliet – seniorrechter bij Rechtbank Den Haag. In haar dankwoord betrok zij ook haar collega's bij de rechtbank en riep zij de aanwezigen op tot een dialoog over verbeteringen in de werkwijze, zodat iedereen tevreden kan blijven.

De PIV Giraffe is nu vier keer uitgereikt: aan een vertegenwoordiger van verzekeraars (Henk den Hollander), de wetenschap (Arno Akkermans), belangenbehartigers (Mark van Dijk) en nu dus de rechtspraak.

Na een slotwoord van de dagvoorzitter was het tijd voor een slotakkoord door de PIV Blues Band 'Different Tune'. Met een buitengewoon sterke uitvoering van *Brown Sugar* van The Rolling Stones werd de 'tap open' voor de borrel geblazen. En daar werd goed gebruik van gemaakt, want de 12e Jaarconferentie van het PIV had opnieuw veel stof tot napraten gegeven.

De Personenschade Blues:

*EEN VERZEKERAAR HEEFT HET MOEILIJK
WANT HIJ DOET HET ECHT NOOIT GOED
HIJ MOET SNIJDEN IN ZIJN KOSTEN
MAAR WEL VAKER OP BEZOEK
EN DAN DIE DEELGESCHILLEN
WIE HEEFT ER NU GELIJK
BIJ WINNEN OF VERLIEZEN
WORDT ER ECHT MAAR EENTJE RIJK
DIT IS DUS EEN BLUES
DIT IS DE VERZEKERAARSBLUES
DE EERSTE EN DE LAATSTE
SPECIAAL VOOR DEZE DAG GESCHREVEN BLUES*

*EEN BELANGENBEHARTIGER HEEFT HET MOEILIJK
DAT IS TOCH WEL ERG ZUUR
CURE EN ZELDEN PAY
LIJKT DE HEERSENDE CULTUUR
TUSSEN KLANT EN OPPONENT
TE SLOOM OF JUUST TE SNEL
OOK LOERT DE CONCURRENT
DIE WIL JOUW KLANTJE WEL
DIT IS DUS EEN BLUES
DIT IS DE BELANGENBEHARTIGERSBLUES
DE EERSTE EN DE LAATSTE
SPECIAAL VOOR DEZE DAG GESCHREVEN BLUES*

*EEN SLACHTOFFER HEEFT HET MOEILIJK
DAT IS WEL KLIP EN KLAAR
EERST WORDT JE OVERREDEN
EN DAN DIE VERZEKERAAR
DOOR AASGIEREN BESPRONGEN
OP JE TOCH AL ZERE NEK
DOOR NIEMAND ECHT BEGREPEN
DAT IS TOCH AL TE GEK
DIT IS DUS EEN BLUES
DIT IS EEN SLACHTOFFERBLUES
DE EERSTE EN DE LAATSTE
SPECIAAL VOOR DEZE DAG GESCHREVEN BLUES*

DE PERSONENSCHADEBLUES, OH YEAH

De Wet cliëntenrechten zorg en de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder



Mevrouw mr. S. Colsen
WJ Advocaten

Op 14 juni 2010 is bij de Tweede Kamer het voorstel van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) ingediend¹. Dit wetsvoorstel, ter versterking van de positie van de cliënt, is de derde stap in de vernieuwing van het zorgstelsel waarin de cliënt centraal staat. In de voorafgaande jaren is hiertoe al het verzekeringsstelsel gewijzigd (door de invoering van de Zorgverzekeringswet) en het zorgaanbod meer decentraal georganiseerd (middels de Wet marktordening gezondheidszorg)². Na de val van het kabinet Balkenende IV is het wetsvoorstel controversieel verklaard. In het regeerakkoord van VVD en CDA is echter opnieuw als doelstelling geformuleerd om de rechten van patiënten te versterken. De Wcz is daarmee weer op de parlementaire agenda geplaatst³. In juli 2011 is de Wcz in gewijzigde vorm goedgekeurd door de Ministerraad⁴. Op 22 maart 2012 heeft de minister een tweede nota van wijziging aan de Tweede Kamer gestuurd. Deze laatste wijzigingen zijn vooral van technische aard. Het is thans wachten op het advies van de Raad van Staten over de wijzigingen in het wetsvoorstel⁵ en de goedkeuring door de Tweede en Eerste Kamer.

Het wetsvoorstel heeft tot doel om de individuele en collectieve positie van de cliënt als derde partij (naast de zorgaanbieder en zorgverzekeraar) in het nieuwe zorgstelsel te versterken en de cliënt beter in staat te stellen zijn rechten te handhaven. Ook moet de wet meer duidelijkheid scheppen over de verantwoordelijkheden van en tussen zorgaanbieders en een oplossing bieden voor de huidige versnipperde wetgeving. Verder wordt het wetsvoorstel gezien als een 'symbolische omslag in het denken over de regie en sturing in de zorg'⁶.

De Wcz kent de volgende opbouw. Hoofdstuk 1 bevat algemene bepalingen (art. 1-4). Deze bepalingen zijn vooral van belang voor het toepassingsbereik van de wet. In hoofdstuk 2 is het recht op goede zorg uitgewerkt (art. 5-12). Hoofdstuk 3 bevat de 'klassieke' patiëntenrechten (art. 13-26). De klachten- en geschillenbehandeling is opgenomen in hoofdstuk 4 (art. 27-30). Hoofdstuk 5

bevat bepalingen over medezeggenschap en goed bestuur (art. 31-41) en hoofdstuk 6 overige bepalingen (art. 42-47). Hoofdstuk 7 handelt over toezicht en handhaving (art. 58-63). Hoofdstuk 8 bevat de wijzigingen in en intrekkingen van andere wetten en het overgangsrecht (art. 64-97).

In deze bijdrage beschrijf ik de Wcz voor zover deze (mogelijk) van invloed is op de aansprakelijkheidspraktijk. Hiertoe sta ik achtereenvolgens stil bij de reikwijdte van de Wcz, het recht op kwaliteit en veiligheid, de patiëntenrechten, de behandeling van klachten en geschillen door een geschilleninstantie en de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder. Voor meer uitgebreide uitleg over de Wcz verwijs ik naar het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (TvGR) dat in 2010 een themanummer aan de Wcz heeft gewijd⁷.

Reikwijdte

Een belangrijke wijziging van het wetsvoorstel ten opzichte van de huidige situatie is dat de Wcz gaat gelden voor vrijwel alle relaties in de zorg. Dit brede toepassingsbereik volgt uit art. 1 Wcz en dan vooral uit de begrippen 'zorg' en 'zorgaanbieder'.

Onder 'zorg' wordt in het wetsvoorstel verstaan: zorg en andere diensten⁸ als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), ongeacht of de kosten daarvan op enigerlei wijze worden vergoed (art. 1, eerste lid, onder a, 1^o Wcz). Zo valt bijvoorbeeld ook de zorg verleend in (particuliere) verpleeg- en verzorgingshuizen onder de wet. Onder 'zorg' wordt daarnaast verstaan: handelingen op het gebied van de gezondheidszorg als bedoeld in art. 1 van de Wet BIG, die niet zijn omschreven bij of krachtens de Zvw en AWBZ, ook indien die handelingen een andere strekking hebben dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt (art. 1, eerste lid, onder a, 2^o Wcz). Hiermee wordt bijvoorbeeld gedoeld op tandheelkundige hulp voor volwassenen, alternatieve geneeswijzen en cosmetische verrichtingen⁹.

De cliëntenrechten uit de Wcz zijn daarmee rechtstreeks van toepassing op alle relaties in de zorg. Anders dan in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de cliëntenrechten (in de WGBO aangeduid als patiëntenrechten) niet meer beperkt tot situaties waarin zorg wordt verleend op basis van een overeenkomst. De rechten volgen primair uit de wet en kunnen rechtstreeks bij de zorgaanbieder worden afgedwongen: bij een vordering tot nakoming via art. 3:296 BW en bij een vordering tot schadevergoeding via art. 6:162 BW. Hiermee is de schakelbepaling van art. 7:464 lid 1 BW overbodig geworden¹⁰.

Deze verbreding naar alle relaties in de zorg was ook de reden dat de WGBO in het oorspronkelijke wetsvoorstel zou komen te vervallen¹¹.

Tijdens de parlementaire behandeling stuitte het verdwijnen van de WGBO echter op de nodige weerstand. Om de ongerustheid van de Kamer, de veldpartijen en gezondheidsrechtjuristen weg te nemen en om nog zekerder te stellen dat de bestaande jurisprudentie haar waarde zou blijven behouden, heeft de minister daarom in juli 2011 met een nota van wijziging alsnog besloten de WGBO naast de Wcz te laten bestaan¹².

Dat is jammer. Dörenberg wijst er terecht op dat daarmee het verduidelijken van de positie van de cliënt in één wettelijke regeling verloren gaat¹³.

In plaats van het laten vervallen van de WGBO wordt nu een vijfde lid aan art. 7:446 BW toegevoegd welke inhoudt dat bepalingen van de WGBO en de Wcz naast elkaar van toepassing zijn op geneeskundige behandelingen, 'behoudens voor zover deze bepalingen niet wel verenigbaar zijn of de strekking daarvan in verband met de aard van de rechtsbetrekking zich tegen toepassing verzet'. De vrees van Dörenberg dat dit kan leiden tot afstemmingsproblemen deel ik niet. De bepalingen uit de WGBO en de Wcz zijn immers dwingendrechtelijke van aard: hiervan mag niet ten nadele van de cliënt worden afgeweken. Dit betekent dat altijd de voor de cliënt meest gunstig bepaling zal gelden, uiteraard mits beide regimes van toepassing zijn¹⁴. Omdat de verplichtingen die voortvloeien uit de Wcz rusten op de zorgaanbieder, is het ook van belang om stil te staan bij deze definitie. In de Wcz is de zorgaanbieder de natuurlijke persoon die zelf beroepsmatig (in persoon) zorg verleent of de natuurlijke of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatige zorg doet verlenen (art. 1, eerste lid, onder f Wcz). In de toelichting is met concrete voorbeelden uitgebreid toegelicht wie zorgaanbieder is. Zo worden organisatorische verbanden die werkzaam zijn binnen een zorginstelling (zoals een maatschap van medisch specialisten die in een instelling werken op basis van een toelatingsovereenkomst) voor de toepassing van de Wcz niet beschouwd als zorgaanbieder¹⁵.

Tot slot wijs ik op de leden 2 tot en met 7 van art. 1 Wcz, waarin voor een aantal atypische situaties is aangegeven of en in hoeverre de Wcz van toepassing is (zoals voor zorg verleend in het kader van de Wet publieke gezondheid (Wpg), de gemeentelijke gezondheidsdiensten, ambulancezorg, militaire gezondheidszorg, dovenzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, de verstrekking van verpleegartikelen, verpleging van terbeschikkinggestelden, medische keuringen en zorg door alternatieve genezers). Het voert te ver om al deze situaties hier te bespreken. Alleen op de zorgverlening door alternatieve genezers kom ik later in deze bijdrage terug.

Kwaliteit en veiligheid

In de zogenoemde meibrief 2008, die ten grondslag ligt aan het wetsvoorstel, zijn zeven rechten geformuleerd voor de patiënt¹⁶. Eén van deze rechten is het recht op kwaliteit en veiligheid. Dit recht is nader uitgewerkt in hoofdstuk 2 van het wetsvoorstel dat betrekking heeft op

goede zorg. Het recht op goede zorg zelf (ook één van de zeven patiëntenrechten uit de meibrief) is vervat in art. 5 Wcz. Dit artikel geeft de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder een recht op goede zorg. Onder goede zorg wordt verstaan "zorg van een goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en waarbij de zorgverleners, met gebruikmaking van geschikte hulpzaken, handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard".

De lezer zal opmerken dat de term goede zorg een samenvoeging is van verschillende aspecten uit de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de WGBO. Hieraan zijn enkele nieuwe aspecten toegevoegd, zoals veiligheid en tijdigheid. Van een inhoudelijk gewijzigde norm is echter geen sprake, zo blijkt uit de toelichting. Het begrip goede zorg verschilt alleen taalkundig van de thans geldende begrippen. De term is ook nog steeds dynamisch: de inhoud en reikwijdte van de aanspraak op goede zorg verandert met de zich in de praktijk ontwikkelende stand van de wetenschap en normen en eisen en ervaringen uit de kring van beroepsbeoefenaren¹⁷. Met de introductie van het begrip goede zorg heeft de wetgever bovendien niet beoogd afstand te doen van de geldende beleidskaders, beleidsregels, indicatoren en jurisprudentie. Deze blijven van toepassing¹⁸.

Voor aanbieders van alternatieve behandelwijzen geldt echter een afwijkende verplichting. Voor hen geldt niet de norm van goede zorg. Deze zorgverlening dient slechts zodanig te zijn dat dit niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade (art. 5 lid 2 Wcz). Met deze formulering is aangesloten bij art. 96, eerste lid, Wet BIG. Indien deze norm wordt geschonden kan de minister op grond van art. 60 lid 1 Wet BIG een schriftelijke aanwijzing geven¹⁹.

De overige bepalingen van hoofdstuk 2 richten zich voornamelijk op de zorgaanbieder. Zo geeft art. 7 Wcz de zorgaanbieder de opdracht om de organisatie van de zorg zodanig in te richten dat dit leidt tot goede zorg. Deze verplichting is thans opgenomen in art. 3 KZI. Art. 7 en enkele andere artikelen breiden de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder echter op verschillende punten uit. Zo ziet de opdracht uit art. 7 Wcz niet alleen op de personele en materiële middelen, maar ook op het gebouw waarin de zorgverlening plaatsvindt. Met het wegvallen van het bouwregime uit de WTZi is de toetsing door het College bouw zorginstellingen vooraf van de bouwkundige voorzieningen vervallen. De kwaliteit van het gebouw valt nu geheel onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

Bij de organisatie van de zorg dient de zorgaanbieder voorts aandacht te besteden aan de onderlinge afstemming tussen beroepsbeoefenaren. Indien de cliënt binnen een instelling gelijktijdig of opvolgend te maken heeft met meerdere zorgverleners dienen zij hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen en daarover afspraken te maken. Hierbij kan, zo volgt uit de toelichting, de door de KNMG

- > uitgebrachte 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'²⁰ behulpzaam zijn. De Wcz biedt geen waarborg voor afstemming bij (transmurale) ketenzorg.

Daarnaast dient de organisatie van de zorg zodanig te zijn dat de personen die de zorg verlenen daarover verantwoording afleggen aan (het bestuur van) de zorgaanbieder. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om de zorgverleners zodanig te instrueren dan wel zodanige afspraken met hen te maken dat aan deze eis wordt voldaan. Hierbij moet onder andere worden gedacht aan het melden van misstanden en de deelname aan een kwaliteitssysteem evenals het delen van conclusies en aanbevelingen van visitatierapporten met de raad van bestuur. Deze verantwoordingsverplichting geldt zowel voor personen in loondienst als voor personen die op een andere manier door de zorgaanbieder zijn ingeschakeld (bijvoorbeeld op basis van een toelatingsovereenkomst)²¹.

In dit verband wijs ik ook op art. 2 Wcz dat voorschrijft dat de zorgaanbieder slechts zorg doet verlenen door zorgverleners of opdrachtnemers met wie hij een schriftelijke overeenkomst is aangegaan die waarborgt dat zij zich bij hun werkzaamheden laten leiden door de op de zorgaanbieder rustende wettelijke verplichtingen en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld. Dit betekent niet dat de zorgaanbieder vrij spel heeft bij het vaststellen van deze regels. Het derde lid garandeert immers dat deze overeenkomst niet treedt in de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die voortvloeit uit de voor hem geldende professionele standaard. Opmerkelijk zijn de leden 4, 5 en 6: de zorgaanbieder mag slechts een overeenkomst aangaan na een antecedentenonderzoek en na ontvangst van een verklaring omtrent het gedrag. Voor het antecedentenonderzoek verwijst de toelichting onder meer naar het BIG-register, het register met tuchtrechtuitspraken en voormalige werkgevers. De regel beoogt te voorkomen dat disfunctionerende hulpverleners ongehinderd kunnen rouleren en telkens (elders) opnieuw kunnen beginnen. Sijmons vraagt zich af of dit een spiegelbeeldige verplichting tot spreken voor het bestuur van een zorginstelling in het leven roept bij vertrek van een disfunctionerende zorgverlener wanneer een nieuwe instelling antecedenten natrekt²². De minister wil niet zo ver gaan. Uit de nota naar aanleiding van nader verslag volgt dat de Wcz, noch een andere wet, een verplichting voor ex-werkgevers kent om aan een nieuwe werkgever informatie te verstrekken over het functioneren van die medewerker of de reden van het ontslag. Ook de wetgeving inzake de bescherming van persoonsgegevens verzet zich tegen het verstrekken aan derden van persoonsgegevens voor een ander doel dan waarvoor men die onder zich heeft (personeelsbeheer). De in de Wcz opgenomen vergewisplicht (art. 2 lid 4) brengt volgens de minister wel de verplichting voor de nieuwe zorgaanbieder mee om aan de nieuwe zorgverlener toestemming te vragen dat referenties worden ingewonnen en dat hij, indien de betrokkenen daaraan zonder goede gronden niet wenst mee te werken, daaruit de juiste conclusies trekt²³.

De zorgaanbieder moet voorts met een kwaliteitssysteem

de kwaliteit van de zorg bewaken, beheersen en verbeteren (art. 10). De uitwerking van het kwaliteitssysteem wordt aan de zorgaanbieder overgelaten: zij is afhankelijk van de aard en omvang van de zorgverlening. Wel geldt in alle gevallen dat de zorgaanbieder op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg verzamelt en registreert, aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetst of de organisatie van de zorg leidt tot goede zorg en zo nodig veranderingen doorvoert.

Art. 11 eerste lid Wcz regelt het gebruik van patiëntgegevens ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. De regeling houdt in dat, voor zover noodzakelijk in het kader van een goede kwaliteitsbewaking, zonder toestemming van de cliënt persoonsgegevens mogen worden verwerkt die afkomstig zijn uit een interne melding van incidenten, waaronder gegevens over de gezondheidstoestand.

In het tweede tot en met het achtste lid van art. 11 Wcz is vervolgens het veilig melden van incidenten geregeld. Het tweede lid legt op de zorgaanbieder de verplichting om een schriftelijke procedure vast te leggen, waarin wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten²⁴. Uit het vierde lid volgt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur elementen worden vastgesteld waaruit deze interne procedure moet bestaan. Het zesde lid bevat de hoofdregel: gegevens uit het interne meldingsregister van de zorgaanbieder mogen niet als bewijs worden gebruikt in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure. Evenmin kan een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel daarop worden gebaseerd. Het zevende lid voegt daar nog aan toe dat gegevens die afkomstig zijn uit het interne meldingssysteem niet openbaar zijn.

Tot slot is in het kader van de kwaliteit en veiligheid art. 12 Wcz van belang. Dit artikel verplicht de zorgaanbieder onverwijld melding te doen aan de inspectie van iedere calamiteit bij de zorgverlening, geweld in de zorgrelatie en een opzegging of niet-voortzetting van een overeenkomst met een zorgverlener in verband met de wijze van functioneren.

Patiëntenrechten

De patiëntenrechten met betrekking tot informatie, toestemming en privacy zijn neergelegd in hoofdstuk 3 van het wetsvoorstel (art. 13-26). Deze rechten zijn thans opgenomen in de WGBO. De WGBO-bepalingen zijn voor een groot deel (letterlijk) overgenomen. Afwijkend van de WGBO is echter dat de meeste rechten in de Wcz zijn geformuleerd als rechten van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder. Alleen de therapeutische exceptie (art. 14 lid 3 Wcz), het recht op niet-weten (art. 15 Wcz) en de plicht tot dossiervorming (art. 19 Wcz) zijn nog als verplichting geformuleerd.

Verder is nieuw in hoofdstuk 3 het recht op keuze-informatie. Dit recht is vervat in art. 13 Wcz en bepaalt dat de cliënt jegens de zorgaanbieder er recht op heeft dat deze hem op zijn verzoek informatie geeft over de door hem aangeboden zorg, waaronder begrepen de tarieven en kwaliteit en de ervaringen van cliënten. Daarnaast infor-

meert de zorgaanbieder de cliënt over de wachttijd en het al dan niet bestaan van een wetenschappelijk bewezen werkzaamheid (evidence based) van de aangeboden zorg. Ook dient de zorgaanbieder de cliënt desgevraagd te informeren over de rechten uit de Wcz. Het is de bedoeling van de wetgever om met het recht op keuze-informatie de rechtspositie van de cliënt voorafgaand aan de zorgrelatie te versterken. Volgens de wetgever is de toegang tot deze informatie van belang voor de cliënt om welbewust te kunnen kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. Het is echter de vraag of het op de weg van de zorgaanbieder ligt om de cliënt van deze informatie te voorzien. Hendriks merkt terecht op dat een dergelijke aanspraak grote gelijkenissen vertoont met een slager die zijn eigen vlees keurt en hierover verslag moet doen aan zijn klanten. Het is twijfelachtig of op deze wijze de (precontractuele) rechtspositie van de cliënt daadwerkelijk wordt versterkt. Voor verdere kritische kanttekeningen bij dit recht verwijs ik naar de bijdrage van Hendriks in het TvGR²⁵.

Het recht op keuze-informatie kan naar mijn mening wel leiden tot uitbreiding van de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder onvoldoende informatie heeft verstrekt, kan de cliënt (bij een teleurstellend resultaat van de behandeling) betogen dat hij bij een deugdelijke informatieverstrekking voor een andere zorgverlener zou hebben gekozen. Of dit betoog ook leidt tot toekenning van een schadevergoeding valt nog te bezien. Bij een reguliere medische (noodzakelijke) behandeling zal, net als bij het ontbreken van informed consent, het bewijs hiervan niet eenvoudig te leveren zijn²⁶.

Voorts is nieuw het recht op overleg. Art. 14 lid 1 Wcz verplicht de zorgaanbieder de cliënt desgevraagd te informeren over de termijn waarop zorg wordt verleend en de tijdsduur van de zorg. Deze uitbreiding is mijns inziens niet van invloed op de aansprakelijkheid van de zorgaanbieder. Wanneer immers de termijn waarop de zorg wordt of kan worden verleend van invloed is op het behandelresultaat, behoort dit tot de gewone (al bestaande) informatieplicht.

Tot slot wijs ik op twee wijzigingen wat betreft de dossiervorming. De eerste wijziging betreft de bewaartermijn: de Wcz verlengt de bewaartermijn van een dossier van vijftien naar twintig jaar (art. 20 lid 1 Wcz). De tweede wijziging betreft art. 21 Wcz, waarin de verplichting van de zorgaanbieder is opgenomen om incidenten met merkbare gevolgen voor de cliënt te melden en hiervan mededeling te doen in het dossier²⁷. Ik verwacht op dit punt echter geen wezenlijk nieuwe ontwikkelingen in de bestaande jurisprudentie over de verdeling van de bewijslast.

Geschilleninstantie

In de huidige situatie is de klachtenopvang in de zorgsector geregeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz). Bij de invoering van de Wcz vervalt de Wkcz. In het wetsvoorstel wordt in hoofdstuk 4 (art. 27-30) een nieuwe regeling voorgesteld voor de behandeling van klachten en geschillen. Zo schrijft art. 28 Wcz voor dat de zorgaanbieder een klachtenregeling treft die moet voldoen aan de in hetzelfde artikel genoemde eisen. Voor een toe-

lichting hierop verwijs ik naar de bijdrage van Kastelein in het TvGR²⁸.

In deze bijdrage beperk ik mij tot de verplichte aansluiting van de zorgaanbieder bij een geschilleninstantie en de bevoegdheden van deze instantie. Deze verplichte aansluiting volgt uit art. 29 Wcz. Dit artikel bepaalt ook dat de geschilleninstantie moet zijn ingesteld door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en een of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders. De geschilleninstantie is bevoegd een geschil over de zorgverlening te beoordelen indien (i) de zorgaanbieder geen klachtenregeling heeft, (ii) het oordeel op een klacht te lang op zich laat wachten, (iii) de cliënt een klacht in tweede aanleg wil laten beoordelen, (iv) in redelijkheid niet kan worden verlangd dat in de gegeven omstandigheden een klacht bij de zorgaanbieder wordt ingediend of (v) het geschil handelt over door de cliënt geleden schade. Opvallend is deze laatste bevoegdheid. De geschilleninstantie kan, zo volgt uit het tweede lid onder c, een vergoeding van geleden schade toekennen tot in ieder geval € 25.000. Om de zorgaanbieders, verzekeraars en geschilleninstantie in staat te stellen zich hierop voor te bereiden, is het bedrag vooralsnog beperkt tot € 10.000 (zie art. 90 Wcz). De wettekst lijkt ervan uit te gaan dat ook vorderingen die de € 25.000 overstijgen aan de geschilleninstantie kunnen worden voorgelegd, mits de door de geschilleninstantie opgestelde schriftelijke regeling in deze mogelijkheid voorziet. In de toelichting heeft de minister echter opgemerkt dat het in de rede ligt dat de geschilleninstantie de cliënt verwijst naar de civiele rechter indien de schadeclaim een hoger bedrag belooft dan € 25.000²⁹. In de toelichting bij de nota van wijziging spreekt de minister bovendien van een maximale vergoeding³⁰. Het komt mij dan ook voor dat de bevoegdheidsgrens van de geschilleninstantie bij € 25.000 ligt.

Indien de cliënt besluit zijn vordering voor te leggen aan de geschilleninstantie, brengt deze een bindend advies uit waaraan partijen zijn gebonden. Hoger beroep is niet mogelijk. Dit betekent ook dat de cliënt schade die boven de vastgestelde grens uitgaat, niet meer via de civiele rechter op de zorgaanbieder kan verhalen. Partijen kunnen het geschil dan nog wel aan de civiele rechter voorleggen, maar deze zal de uitspraak slechts marginaal toetsen. De civiele rechter vernietigt de beslissing alleen indien gebondenheid hieraan in verband met de inhoud of wijze van tot stand komen daarvan in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn (art. 7:904 BW).

Een cliënt die schade heeft opgelopen ten gevolge van de zorgverlening kan aldus kiezen aan welke instantie hij zijn vordering voorlegt: de civiele rechter (kantonrechter of rechtbank), de deelgeschillenrechter (indien sprake is van een deelgeschil) of de geschilleninstantie. De deelgeschilprocedure heeft bewezen een populaire route te zijn vanwege het aantrekkelijke kostenregime voor de patiënt en de korte termijn waarop wordt beslist. De praktijk zal moeten uitwijzen of van de geschillenregeling in de Wcz een vergelijkbare aantrekkingskracht uitgaat.

> Aansprakelijkheid van de zorgaanbieder

Zoals we hiervoor hebben gezien, geeft de Wcz de cliënt rechten ten opzichte van de zorgaanbieder. Deze rechten volgen primair uit de wet en kunnen rechtstreeks bij de zorgaanbieder worden afgedwongen. Dit betekent dat een vordering tot schadevergoeding via art. 6:162 BW bij de zorgaanbieder geldend kan worden gemaakt.

Deze bij de zorgaanbieder gecentraliseerde aansprakelijkheid staat los van de eventuele aansprakelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar op grond van een contract of onrechtmatige daad wegens een tekortkoming in de zorgverlener. Voor een dergelijke tekortkoming geldt op grond van art. 3 Wcz een medeaansprakelijkheid voor de zorgaanbieder. Deze medeaansprakelijkheid is uitgebreider dan de centrale aansprakelijkheid uit de WGBO. Zo doet – anders dan onder het regime van de WGBO – niet ter zake of de zorg wordt verleend op basis van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De medeaansprakelijkheid is ook van toepassing op bijvoorbeeld instellingen in de care sector, huisartsenposten en thuiszorginstellingen. Evenmin speelt in de Wcz een rol of de zorg wordt verleend binnen de muren van een instelling. Ook indien de zorgaanbieder zorg doet verlenen buiten de eigen muren is zij medeaansprakelijk voor een tekortkoming in die zorgverlening.

Samenvattend

Het voorgaande overziend, bevat de Wcz voor de aansprakelijkheidspraktijk de volgende relevante kenmerken:

- De huidige patiëntenrechten (in de Wcz cliëntenrechten genoemd) gaan gelden voor alle relaties in de zorg, mits sprake is van zorg zoals omschreven in de Zvw of de AWBZ of van overige handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Hierbij is de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd niet van belang;
- De Wcz kent aan de cliënt een eenduidig en afdwingbaar recht op goede zorg toe. Het recht op goede zorg wordt nader ingevuld door in het veld ontwikkelde of nog te ontwikkelen richtlijnen, protocollen en normen. Het recht op goede zorg komt grotendeels overeen met de in de huidige situatie geldende verplichtingen uit de WGBO, de Wet BIG en de KZI;
- De plichten van een hulpverlener worden rechten van de cliënt. Deze rechten volgen primair uit de wet en kunnen rechtstreeks bij de zorgaanbieder worden afgedwongen: bij een vordering tot nakoming via art. 3:296 BW en bij een vordering tot schadevergoeding via art. 6:162 BW;
- De centrale aansprakelijkheid uit de WGBO wordt uitgebreid. De in de Wcz geformuleerde medeaansprakelijkheid geldt ongeacht of sprake is van een overeenkomst. De medeaansprakelijkheid reikt bovendien tot buiten de muren van de instelling;
- Een cliënt kan een vordering tot vergoeding van schade tot een bedrag van € 25.000 voorleggen aan een externe geschilleninstantie. De geschilleninstantie doet uitspraak bij wege van een bindend advies; en
- De zorgplicht van het bestuur van de instelling wordt uitgebreid, onder meer met de verplichting voor het slui-

ten van een overeenkomst met een zorgverlener een antecedentenonderzoek te verrichten en een verklaring omtrent het gedrag te ontvangen.

¹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nrs. 1 en 2.

² Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 2.

³ *Vrijheid en verantwoordelijkheid*, Regeerakkoord VVD-CDA, p. 35, zie www.regering.nl.

⁴ Het huidige voorstel van wet is (inclusief de wijzingen die hebben plaatsgevonden sinds de indiening) te vinden op www.tweede-kamer.nl/kamerstukken/aanhangige_wetgeving/index.jsp onder documentnaam 32402.

⁵ Zie www.raadvanstate.nl/adviezen/actuele_adviezen/aanhangige_adviezen/.

⁶ In de toelichting wordt ook wel gesproken over een noodzakelijke 'paradigmashift'. Zie Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 2 t/m 4. Zie ook J.K.M. Gevers, 'De Wcz: achtergrond, opzet en reikwijdte', *TvGR* 2010, p. 591.

⁷ *TvGR* 2010, 8, p. 589-680.

⁸ Met 'andere diensten' wordt bedoeld op met zorg verband houdende verzorging, verpleging en vervoer zoals bedoeld in art. 10 Zvw.

⁹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 89.

¹⁰ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 88.

¹¹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 164.

¹² Tweede Kamer, 2010-2011, 32 402, nr. 7.

¹³ V.E.T. Dörenberg, "Bom onder de Wcz?", *TvGR* 2011-7, p. 543.

¹⁴ Tweede Kamer, 2010-2011, 32 402, nr. 6, p. 24-25.

¹⁵ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 89-94. Zie ook Grevers in het *TvGR* waarin hij opmerkt dat ondanks deze uitgebreide toelichting door de wetgever het begrip zorgaanbieder in de praktijk de nodige vragen kan oproepen (*TvGR* 2010, p. 589-596).

¹⁶ Tweede Kamer, 2007-2008, 31 467, nr. 1, brief d.d. 23 mei 2008.

¹⁷ Tweede Kamer, 32 402, nr. 3, p. 103.

¹⁸ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 39-40.

¹⁹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 103-104.

²⁰ Deze handreiking is te vinden op www.knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm.

²¹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 105.

²² J.G. Sijmons, "Goed bestuur en de organisatie van de zorginstelling", *TvGR* 2010, p. 632.

²³ Nota naar aanleiding van nader verslag, nog zonder nummer. Bijlage bij de brief van de minister van 22 maart 2012 (kenmerk MC-U-3105144).

²⁴ Onder incident wordt verstaan 'een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de cliënt heeft geleid, had kunnen leiden of nog kan leiden'. Onder deze definitie vallen ook bijna-incidenten.

²⁵ A.C. Hendriks, "Van patiënten- naar cliëntenrechten: oude wijn in nieuwe zakken?", *TvGR* 2010, p. 609-611.

²⁶ Zie voor de recente ontwikkelingen in de rechtspraak op het gebied van informed consent: M.J.J. de Ridder, "Kroniek rechtspraak civiel recht", *TvGR* 2011, p.683-685.

²⁷ Tweede Kamer, 2010-2011, 32 402, nr. 7, p. 40.

²⁸ W.R. Kastelein, "Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater", *TvGR* 2010, p. 616-623.

²⁹ Tweede Kamer, 2009-2010, 32 402, nr. 3, p. 57.

³⁰ Tweede Kamer 2010-2011, 32 402, nr. 6, p. 58-59.

GVR

In het politieke polderlandschap loopt een Grote Vriendelijke Reus 'GVR' rond. Of je nu zijn politieke denkbeelden deelt of niet, links en rechts is men wel tevreden met die typering van Emile Roemer. In het boek de GVR van meester-verteller Roald Dahl, maken monsterlijke mastodonten de mensheid het leven zuur. Het archetype reus is immers niet vriendelijk. Maar Dahl zou Dahl niet zijn, als hij de hoofdrol uiteindelijk niet zou toedichten aan een Grote Vriendelijke Reus die reuzengrote problemen op vriendelijke wijze oplost.

In het landschap van personenschaderegeling worden zaken ook nog weleens tot reusachtige proporties uitvergroot. Zo is er binnen ons vakgebied de doorgaans niet zo vriendelijke maar desondanks altijd en gestaag doorlopende discussie over kosten buiten rechte dan wel buitengerechtelijke kosten (BGK). Daarover zijn boeken volgeschreven. En niet te vergeten: dagelijkse correspondentie. De rechter die zelf advocaat is geweest constateert een opvallende opwaartse druk. De wetenschapper constateert een schrijnend gebrek aan marktwerking. Vide het verslag van het A&V seminar in *PIV-Bulletin* 2012, 2.

Sommige belangenbehartigers blijken niet in staat om een brief van een verzekeraar over bevoorschotting ex art. 6:96 BW op juiste wijze te lezen. Wat eigenlijk nogal raar is gelet op het hanteren van een vaak niet gering uurtarief. Groot is de woede "dat verzekeraar slechts een gematigd uurtarief betaalt". "Nee," schrijft de correspondent van de verzekeraar dan terug: "we proberen een acceptabele modus voor redelijke bevoorschotting binnen de tweede redelijkheidstoets te vinden." De tijd die gemoeid is met deze discussie om de discussie, wordt vervolgens ook weer op dossierniveau doorgedeclareerd. Het lezen en repliceren van standaardbrieven kost op dossierniveau veel van dit soort zich voortdurend herhalende tijdseenheden. Soms wordt er per dossier een standaardbrief van ruim drie kantjes verzonden 'plus jurisprudentie- en literatuurstudie'. Hoeveel tijd is er werkelijk gemoeid met het uitprinten en verzenden van dergelijke standaardbrieven, binnen het totale volume van de door de desbetreffende belangenbehartiger behandelde dossiers waarin deze brief wordt gebruikt? Bovendien zitten elementen van dergelijke werkzaamheden nou juist in de kantoorkosten, waarvoor in de declaratie al een opslag van veelal 6% in rekening wordt gebracht.

Het door Lameris in het vorige PIV Bulletin mede besproken vonnis van de Rechtbank Den Bosch 26 mei 2011, 719021, is in dit verband interessant, omdat de rechter daar op zeer gedetailleerde wijze ingaat op de tweede redelijkheidstoets: wat moet in de kantoorkosten begrepen worden geacht, secretariële werkzaamheden, reistijd, uurtarief en het aantal malen dat een gehanteerde minimum tariefseenheid, van in dat geval 6 minuten, wordt gebruikt.

Mr. A.F.J. Blondeel
ASR Nederland



Een landelijk folderende belangenbehartiger schrijft 4,5 uur x €30 = € 1035, reis- en wachttijd + € 209 'reiskosten'. Exclusief btw en nog onverlet een kantooropslag. Per dossier. Een kritisch claimbeoordelaar vraagt zich dan af waarom hij van deze belangenbehartiger per dossier steeds weer de volledige retour reistijd per bezoek in diens declaraties terugziet. Mag van een dergelijke ondernemer niet verlangd worden efficiënter te werken en de reistijd te verdelen over diverse gecombineerde bezoeken op een werkdag? Schaderegelaars die in dienst of in rechtstreekse opdracht van verzekeraars werken krijgen die eis immers ook mee. Vast staat in ieder geval wel dat een ondernemer in een reguliere markt die landelijk acquisitie pleegt, het zal afleggen tegen concurrenten die zuiniger hun reistijd in rekening brengen.

Ook rechters oordelen op dossierniveau over de gedeclareerde BGK. Lameris gaf in het vorige PIV-Bulletin een goede samenvatting van de stand van zaken in de rechtspraak. Nu is het wel zo dat rechters doorgaans oordelen in langlopende zaken die om welke reden ook niet minnelijk tot een oplossing konden komen. Het topje van de ijsberg van letselschadebehandeling. Met de uitkomst van de uitspraken slaan we elkaar op dossierniveau weer om de oren. Terwijl ook hier weer de vraag rijst: is het niet veel inzichtelijker om per op dit rechtsgebied ondernemende belangenbehartiger te kijken naar efficiënte bedrijfsvoering binnen diens totale werkvolume? Aan de andere kant van het speelveld liggen verzekeraars al lang onder het vergrootglas van efficiënt werken. Dat is geen enkel probleem, maar laten we dan het totale spectrum van claimbeoordeling goed beoordelen op *best practices*.

Een belangenbehartiger die failliet ging, beschreef zichzelf in een interview in *Het Expertisemagazine* (EM) als iemand met een kritische houding en strijder voor kwaliteit. Hij maakte zich boos over slecht betalende verzekeraars die in zijn optiek een fatsoenlijke schadeafwikkeling onmogelijk maken. "Ons uurtarief is geen natte vingerwerk," >

> *maar opgebouwd uit reële kosten die een expert maakt als hij zijn werk goed wil doen. Mijn intentie is om altijd in te zetten op kwaliteit van de dienstverlening en de verbetering daarvan. Dit is strijdig met het belang van verzekeraars die kosten willen besparen. Ik maak er bezwaar tegen dat dit over de rug van belangenbehartigers en slachtoffers gebeurt. Dan verhogen ze de autopremies maar in plaats van eeuwig te zeuren over buitengerechtigde kosten.”*

De eerste twee regels uit het citaat zijn een visie van de ondernemer. Sympathiek, maar in een concurrerende markt zal hij dat dagelijks waar moeten maken tegenover zijn concurrenten. De opdrachtgever van een letselschadebureau zal er gelet op deze stelling van uit gaan dat alle kosten de dubbele redelijkheidstoets “dus” zullen doorstaan en is vanaf dat moment niet kritisch op de declaraties en urenstaten. Ontstaat er toch een discussie tussen zijn opdrachtnemer en de verzekeraar, dan is de kostenpost doorgaans al behoorlijk opgelopen. Dat er naar redelijkheid een verdedigbare discussie kan ontstaan, heb ik eerder in dit stukje al met enkele voorbeelden uitgelicht. De subtitel van de PIV publicatie uit 2000, *Buitengerechtigde Kosten: Vijf visies op de redelijkheid* – ISBN 90 268 36163 – doet in feite nog steeds opgeld, in die zin dat een redelijkheidstoets altijd ruimte zal laten voor een andere perceptie.

De derde en vierde regel uit het bovenstaande citaat zijn een waardeoordeel, dat deels ook een vooroordeel in zich herbergt. Primair kan geriposteerd worden dat een verzekeraar juist kosten bespaart door onnodige discussies en daarmee gepaard gaande transactiekosten te vermijden. Een constructief gezamenlijk op basis van wederkerigheid uitgezet schaderegelingstraject, doet evenveel recht aan het belang van de benadeelde als aan dat van de aansprakelijke verzekeraar.

De slotzin krijgt, zeker in het huidige tijdsgewricht, maatschappelijk gezien denk ik de handen zeker niet (meer) massaal op elkaar. De consument wil dat er middels een gezonde bedrijfsvoering met zijn premies wordt omgegaan en is kritisch ten aanzien van de transactiekosten van verzekeringsproducten. Onlangs verscheen in *De EM Nieuwsbrief* 03 2012 een bericht over de oplopende premies in het Verenigd Koninkrijk, waar een speciale onderzoekscommissie is opgericht die concludeert dat de (letselschade)verzekeringsbranche een einde moet maken aan praktijken die premies opdrijven. De kosten voor juridische hulp en aanbrengprovisies van letselschadezaken worden daarbij kritisch bekeken.

De boosheid van de gefailleerde belangenbehartiger kwam terug in mijn herinnering, toen ik het in het vorige PIV-Bulletin opgenomen interview met ‘de GVR van het verzekeringsrecht’, professor Han Wansink, onder ogen kreeg. Vooral als je Wansink’s visie onder de kopjes ‘Sociale functie’ en ‘Gedragscodes en meetbare normen’ leest, wordt een aantal zaken helder, die ook zeer bruikbaar zijn bij het eindelijk eens redelijk begroten van BGK. Waar Wansink het zwaartepunt van de sociale functie van verzekering

aan de binnenkant legt (het maatschappelijk sociaal managen van een verzekeringsbedrijf), vergt de invulling van de tweede redelijkheidstoets eenzelfde opstelling van de kant van de ondernemende belangenbehartiger. Wansink refereert eraan dat de letselschaderegeling sinds het Drenth-arrest HR 3 april 1987, NJ 1988, 275, “werd ontdekt als iets waar je goed geld mee kunt verdienen”. Op veel terreinen is vervolgens de oorlog gevoerd, zo gaat hij verder, steeds weer per casus, op dossierniveau dus. De opkomst van gedragscodes heeft het stof aardig doen neerdalen, wat recht doet aan de kern van de zaak: ‘compassie met het slachtoffer’.

Via die sociale invalshoek van verzekeren kom je dus steeds weer uit bij beoordeling binnen de volumes, om recht te kunnen doen aan elke individuele casus. Voor wat betreft het komen tot een vergelijk over de invulling van de tweede redelijkheidstoets zal nog een reuzendoder nodig zijn, maar refereert aan de sociale functie van schadeverzekeren hoort daar van beide kanten van de markt zeker een rol in te spelen.

De wetgever heeft het goed gedaan door art. 6:96 BW in te voeren, waarmee ook het kwetsbare individu een gelijkwaardige rechtspositie kan krijgen ten opzichte van de professionele verzekeraar. Ook de personen die normaal gesproken dergelijke rechtshulp niet zouden kunnen financieren.

Het door de wetgever verder overlaten aan de markt om de redelijkheid zelf in te vullen is echter sinds 1992 nog geen succes geworden. Dat is ook helemaal geen vreemd fenomeen, kijk voor een recent voorbeeld maar eens naar alle heisa rond het loslaten van de tandartstarieven per 1 januari 2012. De markt blijkt weerbarstig, met ieder zo zijn eigen visie op wat redelijk is. Het PIV heeft op het gebied van het normeren van de BGK al uitgebreid onderzoek gedaan binnen de volumes, wat geresulteerd heeft in de PIV-staffel. Daar hoeft je je als advocaat natuurlijk niet aan te binden. Maar ook die kant van de markt zal moeten meedenken binnen de sociale functie van het verzekeringsrecht. Art. 6:96 BW geeft je als advocaat/ondernemer een voorsprong op andere ondernemers, namelijk dat je de zekerheid hebt dat redelijke kosten van rechtsbijstand altijd zullen worden betaald. Food for thought voor de advocaten is, dat dit zijn weerslag moet hebben op de perceptie over de positie van ‘de ongebonden letselschadeadvocaat’ binnen die markt. Vide bijvoorbeeld een recente uitspraak van dagvoorzitter John Beer op het laatste LSA-Symposium, waarvan in PIV-Bulletin 2012, 2 een verslag is opgenomen. Beer deed zijn uitspraak in het kader van de medische paragraaf, maar ook op het vlak van het invullen van redelijke BGK werkt dit door. Als LSA werk je feitelijk in een markt van middels art. 6:96 BW gesubsidieerde rechtshulp. Het doel van die subsidie is bij letselschaderegelen niet alleen positioneel onderhandelen, maar ook het gezamenlijk werken aan het komen tot een wederzijds aanvaardbare oplossing. Dat vraagt om een genuanceerde aanpak. Op 3 april 2012 vierde het ‘Drenth-arrest’ zijn vijfentwintigjarig jubileum. Feitelijk heeft de focus van partijen in de achterliggende kwart eeuw vooral gelegen

op een discussie op dossierniveau of de oplopende tarieven redelijk zijn. Tarieven die ten volle op elke bestede tijdseenheid worden toegepast. Vraagt de bijzonderheid van letselschaderegeling niet juist op dit punt om een andere benadering van honorering van tijdsbesteding dan focussen op de per ondernemer voor zijn eigen bedrijfsvoering redelijk geachte declaraties? Gelet op alle aannames en hypothesen die aan de schadevaststelling ten grondslag liggen, is letselschade nooit exacte wiskunde, maar vraagt het om een wederzijds kritische beoordeling met compassie voor het slachtoffer. Om de met die vaststelling gemoeide kosten binnen redelijke perken te houden, kun je dan bijvoorbeeld afwijken van traditionele visie op uurtarieven en tijdsbesteding van belangenbehartigers, door een soort van knip in de tarifiering te maken. In het aanvangstraject vergaar je in een constructief gezamenlijk traject de onderliggende informatie en stukken waarop je de schadebegroting moet funderen. Dat is schaderegelingswerk, dat onder meer 'gebenchmarkt' moet worden met de kosten die verzekeraars aan schadebehandeling maken. Dan werk je op basis van gelijkheid en doe je recht aan de strekking van art. 6:96 BW. In de meeste

gevallen ligt binnen een dergelijk constructief traject de visie op toerekenbare schade niet zover uit elkaar. Wat weer niet vreemd is, omdat art. 6:96 BW in feite niet meer dan een professionele toetsing aan de benadeelde geeft van wat de verzekeraar aan redelijk toerekenbare schade vaststelt. Professionals aan beide zijden die hun vak verstaan, zullen op grond van de concrete stukken niet ver uit elkaar kunnen liggen. In de top van de markt zullen er zaken zijn waarin je gelet op de hypothesen en aannames met een grotere bandbreedte komt te werken. Dat is de pluk werk die na de knip komt en waarop je zou kunnen verdedigen dat het meer advocatenwerk tegen een advocatentarief wordt.

Hierboven viel het woord 'symposion' en dat doet denken aan Griekenland. Thans worstelend met een faillissement maar toch de bakermat van onze westerse beschaving. Land van prachtige mythen die altijd een wijze boodschap in zich herbergen. Laten we de Boze Cyclopen links liggen en inschepen bij een reuze aardige veerman die bereid is tegen een redelijk tarief het vraagstuk betreffende redelijke begroting van BGK naar een goed einde te varen. ■■■

Mag het een onsje meer zijn?

Statistisch/methodologische overpeinzingen bij de letselschadepraktijk



Drs. J. Lok, arts
Delta Lloyd Groep

In mijn dagelijks werk als medisch adviseur valt het mij op dat deskundigenrapporten nog al eens tot de absolute waarheid worden verheven en daarmee een obstakel in de schaderegeling worden in plaats van een hulpmiddel. Dat kan gebeuren als uit een deskundigenbericht conclusies worden getrokken die bij kritische analyse niet door het rapport kunnen worden gedragen.

In deze bijdrage wil ik u laten zien op welke wijze u deskundigenrapporten, wetenschappelijke verhandelingen en onderzoekgegevens beter kunt interpreteren om waar nodig de opstellers ervan kritisch te bevragen. Dat alles met als doel tot een snellere schaderegeling te komen.

Als u boodschappen doet, maakt u onbewust gebruik van begrippen die een natuurwetenschappelijke oorsprong hebben. U bestelt bij de groenteman vijf kilogram aardappelen zonder dat u zich daarbij realiseert dat u hem hiermee de opdracht geeft zijn koopwaar af te meten in de grootheid massa en die massa uit te drukken in de eenheid gram.

Dat is echter minder vanzelfsprekend dan u denkt.

De kans is groot dat uw grootouders hun aardappelen nog bestelden per mud. Een mud was een inhoudsmaat, overeenkomend met 111 liter. Toen mat men dus aardappelen af in de grootheid inhoud – wat natuurlijk een afgeleide is van de grootheid lengte – en drukte die uit in mud. Dat een mud krieltjes een andere massa vertegenwoordigde dan een mud Eigenheimers deed er kennelijk niet toe. Met de tijd en de plaats varieerden de grootheden en eenheden waarin goederen werden verhandeld. De keuze van de eenheden hing ook nog wel eens af van het soort koopwaar dat werd verhandeld. Stoffen werden tot heel recent nog in ellen (1 el = 69,4 cm) afgemeten en ruwe olie tot op heden in barrels (159,6 liter).

Sinds de invoering van het *Système International des Unités* (SI) bestaat er een mondiale uniformiteit in grootheden en eenheden.

Voorbeelden van grootheden zijn lengte, tijd, massa of spanning. Eenheden zijn de maten waarin we die grootheden meten; zoals seconde, gram en Volt. Te Sèvres bij Parijs worden de standaardmaten bewaard waaraan meetinstrumenten eventueel kunnen worden geijkt, de zogenaamde “gouden standaarden”.

Zoals ik hierboven al aangaf, maakt u hiervan in het dagelijks leven achteloos gebruik. Ook als u jurist of letselschadebehandelaar bent zonder natuurwetenschappelijke interesse. U neemt de 5 kg aardappelen in vol vertrouwen van uw groenteboer aan omdat u ervan uitgaat dat de methode waarmee hij de aardappelen weegt goed is, zijn weegschaal geijkt is en u weet dat het gewicht achteraf eventueel controleerbaar is. Als medisch adviseur verbaas ik mij er dan wel eens over dat het gemak waarmee wij ons in het dagelijks leven bedienen van grootheden, eenheden en meetmethoden plotseling omslaat in onbegrip en weerstand als het de letselschaderegeling betreft.

Ik ontmoet dat onbegrip en die weerstand bijvoorbeeld als ik een collega vraag de gestelde beperkingen van zijn cliënt te kwantificeren in grootheden en eenheden. Het kost vaak heel wat moeite om uit te leggen dat de kwalificaties als ‘matig beperkt in lopen’ of ‘licht beperkt in tillen’ niet werkbaar zijn en niet kunnen worden gebruikt om een schade te begroten. Zo verwoord, zijn beperkingen immers niet te meten, te ijken of te controleren. Beperkingen uitgedrukt in uren, meters en kilogrammen zijn dat wel.

Ik neem aan dat iedereen na enige overdenking hier wel begrip voor zal kunnen opbrengen en zijn gevoelsmatige weerstand zal kunnen overwinnen. Immers, als de medisch adviseur heeft aangegeven dat betrokkene tot 10 kg kan tillen dan is het duidelijk dat hij geen zak gips van 25 kg kan tillen. Als de medisch adviseur had aangegeven dat betrokkene matig beperkt is in het tillen dan blijft dat in het ongewisse.

Moeilijker wordt het als sprake is van cognitieve beperkingen als geheugenstoornissen en concentratiestoornissen. In deze bijdrage zal ik proberen uit te leggen dat we ook deze beperkingen zoveel mogelijk dienen uit te drukken in controleerbare eenheden en dat we aan de wijze waarop we die beperkingen meten dezelfde eisen moeten stellen als aan het afmeten van 5 kg aardappelen omdat we anders niet zinvol kunnen spreken over deze beperkingen en het gestelde niet kunnen controleren.

We moeten ons dan als eerste realiseren dat het meten van een grootheid in feite een test is die tot doel heeft de werkelijkheid te voorspellen. Het is de bedoeling dat als de weegschaal bij de groenteman 5 kg aanwijst de afgewogen

hoeveelheid aardappelen werkelijk een massa van 5 kg vertegenwoordigt.

Afhankelijk van het soort meting zijn er getallen waarmee kan worden aangegeven hoe goed een meting is geweest. In het geval van de weegschaal bij de groenteman spreken we van de afwijking. Dat is een getal dat aangeeft hoeveel het werkelijke gewicht kan afwijken van de op de weegschaal aangegeven waarde. Verispect, de geprivatiseerde rechtsopvolger van het IJkwezen, controleert in Nederland allerlei soorten meetinstrumenten die voor handelsdoeleinden worden gebruikt en geeft van ieder instrument de afwijking aan. Is de afwijking van het meetinstrument te groot dan wordt het instrument afgekeurd en mag het niet voor handelsdoeleinden worden gebruikt. U kent allemaal de eenvoudige en goedkope timmermansduimstok (let op ouderwetse eenheidsaanduiding van dit meetinstrument) van de hobbymarkt waarop dat vermeld staat.

Met diagnostische testen, ook meetinstrumenten, kunnen we hetzelfde doen, wat zich eenvoudig laat uitleggen aan de hand van een zwangerschapstest omdat men achteraf na negen maanden een goede controle heeft op de eerder verkregen uitslag van de test. Realiseert u zich dat we hier het al of niet baren van een kind als 'gouden standaard' hanteren voor de controle op de uitslag van de eerder uitgevoerde test. Om de afwijking van de test van de realiteit aan te geven introduceer ik u twee termen als equivalent van de afwijking van de weegschaal. Twee voor u wellicht nieuwe begrippen.

Sensitiviteit en diagnostische specificiteit

Stelt u zich eens voor dat we in een jonge nieuwbouwwijk als Leidsche Rijn bij Utrecht bij 1000 vrouwen van 25 tot 40 jaar, bij wie de menstruatie al een maand is uitgebleven, een zwangerschapstest zouden uitvoeren en die vrouwen negen maanden vervolgen om te zien of zij een kind krijgen. We zouden dan de volgende tabel kunnen maken (Zie tabel 1).

N= 1000	Pos test 500	Neg test 500
zwanger 550	450	100
N zwanger 450	50	400
sensitiviteit	450/550=0,82	
specificiteit	400/450=0,89	

Tabel 1

Hierin is te lezen dat in de geteste populatie 500 vrouwen een positieve test hadden en 500 vrouwen een negatieve test. Na 9 maanden bleken achteraf ten tijde van de test 550 vrouwen zwanger te zijn geweest en 450 niet. Zoals u ziet lopen de testresultaten niet helemaal parallel met de realiteit. Kennelijk is de test niet in staat geweest om de realiteit voor 100% goed te voorspellen.

Zo bestaan er vals positieve testresultaten. Dat zijn hier de 50 gevallen waarin een vrouw wel een positieve test had maar bij wie later toch geen zwangerschap bleek te bestaan.

Er bestaan ook vals negatieve testuitslagen, in dit voorbeeld de 100 vrouwen met een negatieve testuitslag die later toch een kind baarden. Voor de zorgvuldigheid merk ik hier op dat ik allerlei bijzondere gynaecologische voor deze afwijkingen verklarende uitzonderingen buiten beschouwing heb gelaten doch voor dit verhaal maakt dat niet uit.

Nu kunnen we de kwaliteit van de zwangerschapstest met getallen aangeven. Zo kunnen we aangeven hoe groot de kans is dat de test positief uitvalt als betrokkene echt zwanger is. Dat is de breuk 450/550. Van de werkelijk 550 zwangeren hadden er (slechts) 450 een positieve test. De breuk $450/550 = 0,82$ noemen we de sensitiviteit van de test. De sensitiviteit geeft dus de kans aan dat de test positief uitvalt als je werkelijk zwanger bent. Dit getal beschrijft dus het vermogen van de test een zwangerschap te detecteren.

Ook kunnen we de kans berekenen dat de test negatief uitvalt als een vrouw niet zwanger is. Dat is de breuk $400/450 = 0,89$ en die noemen we de diagnostische specificiteit. Deze zegt iets over het vermogen andere oorzaken voor het uitblijven van de menstruatie aan te tonen dan zwangerschap.

De sensitiviteit en de diagnostische specificiteit zijn getallen die de testprestaties aangeven en kunnen door de fabrikant van de test worden gebruikt om de kwaliteit van hun product aan te geven. Het is belangrijk zich te realiseren dat de sensitiviteit en de diagnostische specificiteit kengetallen zijn van een test en dat die per test kunnen verschillen.

Afhankelijk van het doel waarvoor de test wordt gebruikt zal men testen uitkiezen met ofwel een hoge sensitiviteit ofwel een hoge diagnostische specificiteit.

Als men op een voettocht van acht maanden door de Andes gaat en voor vertrek zwangerschap wil uitsluiten, zal men voor een test met een hoge sensitiviteit kiezen. Is men op zoek naar andere oorzaken voor het uitblijven van de menstruatie dan zwangerschap, bijvoorbeeld hormoonafwijkingen of tumoren, dan zal men kiezen voor een test met een hoge diagnostische specificiteit. Als belangenbehartiger zult u bij het gebruik van een diagnostische test dus alert zijn op de sensitiviteit ervan, omdat u niet het risico wilt lopen dat de test de schade van uw cliënt mist. Anders geformuleerd wilt u de kans op een vals negatieve testuitslag minimaliseren. Als aangesproken partij zult u alert zijn op de specificiteit van de test, omdat u niet wilt dat ook andere factoren dan het litigieuze moment van invloed zijn op de uitslag van de test. In dat geval wilt u dus de kans op vals positieve uitslagen minimaliseren. Het voert voor deze bijdrage te ver om uit te leggen hoe de sensitiviteit en de diagnostische specificiteit met elkaar samenhangen. Hier volstaat te melden dat er geen testen voorhanden zijn die op beide kengetallen tegelijkertijd goed presteren.

> Daar waar voor de fabrikanten van de test en in sommige gevallen ook de gebruikers van de test de sensitiviteit en specificiteit van de test van belang zijn zullen de meeste kopers van de test daarin nauwelijks geïnteresseerd zijn. Een vrouw echter die wil weten of zij zwanger is zal meer geïnteresseerd zijn in de kans dat zij zwanger is bij een positieve of negatieve testuitslag. Realiseert u zich dat dit een geheel andere kans is dan de hierboven beschreven kansen. Met andere woorden: zij is geïnteresseerd in de kans dat zij zwanger is op voorwaarde dat de test positief uitvalt. Vergelijk dit met de definitie van sensitiviteit als de kans dat de test positief uitvalt op voorwaarde dat de geteste vrouw zwanger is. Hiermee introduceer ik dus een nieuwe kans.

De voorspellende waarde

De sensitiviteit en de diagnostische specificiteit van een test zeggen nog niets over de kans dat een testuitslag ook de werkelijkheid voorspelt; in dit geval dus de kans dat een vrouw bij een positieve test ook daadwerkelijk zwanger is. In het bovengenoemde voorbeeld is dat de breuk $450/500=0,89$ (Zie tabel 2) Er waren immers bij 500 vrouwen positieve testuitslagen waarvan er (maar) 450 achteraf zwanger bleken te zijn. Als een vrouw bij deze test een positieve uitslag heeft, dan is de kans dat zij zwanger is dus 89%

N= 1000	Pos test 500	Neg test 500
Zwanger 550	450	100
N zwanger 450	50	400
Kans op Z bij pos test		$450/500=0,89$

Tabel 2

Met deze voorspellende waarde is echter iets vreemds aan de hand.

Stel, we gaan hetzelfde onderzoek met dezelfde zwangerschapstest nog eens overdoen met 1000 vrouwen, bij wie de menstruatie al een maand is uitgebleven, in een oude buitenwijk van Aerdenhout waar we een populatie vrouwen tegenkomen van 35-50 jaar.

We komen dan tot de volgende tabel (Zie tabel 3).

Deze populatie vrouwen is (natuurlijk) veel minder vruchtbaar en achteraf blijken er maar 10 van de 1000

N= 1000	Pos test 117	Neg test 883
zwanger 10	8	2
N zwanger 990	109	881
sensitiviteit	$8/10=0,8$	
specificiteit	$881/990=0,89$	

Tabel 3

vrouwen zwanger te zijn geweest. Er waren ook veel minder positieve testen. 117 van de 1000 in Aerdenhout tegen 500 van de 1000 in Leidsche Rijn.

Voor de goede orde vraag ik u nog even te controleren dat de kengetallen van de gebruikte test echt hetzelfde zijn als die van de test die we in Leidsche Rijn gebruikten (omdat vrouwen zich niet laten opdelen in breuken zit er een kleine afrondingsfout van 2% in, doch dat doet aan het principe niet af).

Wat is nu de voorspellende waarde van een positieve test bij een vrouw uit deze populatie uit Aerdenhout? (Zie tabel 4)

N= 1000	Pos test 117	Neg test 883
zwanger 10	8	2
N zwanger 990	109	881
Kans op Z bij pos test		$8/117=0,07$

Tabel 4

Dat is de breuk $8/117= 0.07$

Ondanks dat we dezelfde test als in het onderzoek in Leidsche Rijn hebben gebruikt, is de voorspellende waarde van een positieve testuitslag in het onderzoek in Aerdenhout maar liefst meer dan twaalf maal lager dan in het onderzoek in Leidsche Rijn. Dat klinkt vreemd, maar klopt wel.

De voorspellende waarde van een testuitslag is namelijk afhankelijk van de frequentie van de geteste conditie (hier zwangerschap) in de populatie.

Het is van groot belang zich bij het interpreteren van testuitslagen rekenschap te geven van bovenstaande overwegingen met betrekking tot de sensitiviteit, de diagnostische specificiteit en de voorspellende waarde van een testuitslag. Zonder kennis van de kengetallen van een test en de voorspellende waarde van een testuitslag bij de betreffende populatie kan men aan een testuitslag geen consequenties verbinden. Als u niet weet wat de afwijking is van de weegschaal van uw groenteman kunt u ook niet schatten wat de kans is dat u daadwerkelijk uw 5 kg aardappels heeft gekregen.

Nu terug naar de letselschadepraktijk

Op ongeacht welke test dan ook, kan bovenstaande theorie worden losgelaten. Van een arthroscopie van een knie tot een concentratietest. Ervaren behandelaren van letselschade weten dat een kort na het ongeval genomen röntgenfoto van de pols een naviculare fractuur niet voor 100% kan uitsluiten. Relatief vaak laat een dergelijke fractuur zich kort na het ongeval nog niet afbeelden en wordt de fractuur pas na verloop van tijd zichtbaar. Bij een controlefoto drie weken later wordt de fractuur dan pas gediagnosticeerd. Er is dan bij de vroeg gemaakte foto kennelijk sprake geweest van een vals negatieve uitslag en het zou onjuist zijn om op grond van de in een vroeg stadium

gemaakte foto de causaliteit tussen ongeval en fractuur te ontkennen.

U mag uit dit praktijkvoorbeeld nog eens concluderen dat we de kengetallen van de gebruikte test en de voorspellen-de waarde van de met deze test verkregen testuitslagen onder de gegeven omstandigheden moeten weten om de uitslag van een test te kunnen interpreteren.

Proportionaliteit

Veelal nemen we de juistheid van een testuitslag voor zoete koek aan, net als bij het afwegen van de 5 kg aardappelen. Het is echter nog maar de vraag of dat terecht is en we mogen elkaar zeker niet verhinderen te vragen naar de kengetallen van de gebruikte test en de voorspellende waarde van een testuitslag.

U zult het immers met mij eens zijn dat zonder kennis hiervan u in de bovengenoemde voorbeelden de kans dat een vrouw bij een positieve testuitslag daadwerkelijk zwanger is, niet had kunnen schatten.

Ik weet ook vrijwel zeker dat u bij de aankoop van uw 5 kg aardappels geen genoeg zou nemen met weging daarvan op een weegschaal zonder schaalverdeling en zonder getallen en de weigering van uw groenteman u te vertellen hoe hij dan weet dat hij 5 kg aardappelen heeft afgewogen.

In de letselschadepraktijk hebben we daarbij ook nog vaak te maken met diagnostische testen en uitslagen daarvan zonder dat er achteraf een toets mogelijk is op de juistheid van een uitslag zoals bij de zwangerschapstest. Er is dan geen 'gouden standaard'. In een dergelijke situatie moeten we dubbel opletten en de testuitslag extra kritisch benaderen. Soms probeert men de uitslag van de test tot de gouden standaard te verheffen en het is maar de vraag of dat juist is.

Iets dergelijks doet zich voor bij testen op cognitieve eigenschappen zoals geheugen, concentratie en afleidbaarheid. Meestal zal het doel van een dergelijke test zijn te meten of, en zo ja in welke mate, een ongeval van invloed is geweest op deze cognitieve vaardigheden. Een controle-mogelijkheid achteraf op de uitslag van de test ontbreekt. Meestal ontberen we ook testresultaten van voor het ongeval. We kunnen dan niet rechtstreeks berekeningen maken zoals we hierboven hebben gemaakt.

Via wat omwegen is dat echter deels wel mogelijk. Voordat we een testuitslag kunnen interpreteren zal van de test moeten worden onderzocht of niet ook andere factoren dan een ongeval de testresultaten beïnvloeden. Als we

bijvoorbeeld de kwaliteit van een concentratietest willen beoordelen zouden we kunnen nagaan of alcoholgebruik, slaapdeprivatie, medicatie, scholing of leeftijd invloed hebben op de testresultaten. Hoe meer factoren zijn uitgesloten als beïnvloedende factor op de testresultaten hoe hoger de diagnostische specificiteit wordt.

U begrijpt dat dit geen sinecure is en dat mede daarom het ontwikkelen van een test kostbaar is en tijd vergt. Een en ander ontslaat onderzoekers en gebruikers van de test er echter niet van hierover rekenschap af te leggen als ze een test gebruiken voor diagnostische doeleinden of gebruiken als basis voor de regeling van een schade, waarbij in de regel grote financiële belangen spelen.

Een aantal onder u zult mij tegenwerpen dat dit niet afdoet aan het feit dat een expert om een deskundigenbericht wordt gevraagd en dat zijn bevindingen zwaar moeten wegen. Ook de groenteman waar u al jaren uw boodschappen doet is echter als expert aan te merken en is meestal in staat binnen redelijke grenzen zonder weegschaal te schatten hoeveel aardappelen hij u moet leveren. Toch durf ik te veronderstellen dat u geen genoeg zou nemen met de hiervoor beschreven weegschaal zonder schaalverdeling en getallen en die weigering tot een nadere onderbouwing van de hoeveelheid geleverde waar.

Hoewel ik niet goed op de hoogte ben van de aardappelprijzen, weet ik zeker dat het met de meting van bijvoorbeeld cognitieve vaardigheden gemoeide belang dat van de aankoop van 5 kg aardappelen ver zal overtreffen. Het lijkt mij dus niet meer dan redelijk dat wij als gebruikers van dergelijke metingen wel wat meer mogen verwachten dan alleen de stelling dat de onderzochte afwijkend op een test heeft gescoord.

Ter overpeinzing geef ik u nog mee dat door de Metrologiewet (de opvolger van de IJkwet) de opsporingsbevoegde uw groenteman uiteindelijk een boete van € 10.000,00 kan opleggen als hij gebruik maakt van een ongeijkte weegschaal!

Ik hoop dat ik met deze bijdrage uw nieuwsgierigheid heb gewekt voor de theorie achter het meten en dat u met de opgedane kennis voortaan beter in staat zult zijn de onderzoeksresultaten op hun waarde te schatten. Daarbij ga ik ervan uit dat u zich nu realiseert dat zonder kennis van de kengetallen sensitiviteit, specificiteit en de voorspellende waarde testresultaten niet kunt interpreteren en dat u voortaan van de expert zult verlangen deze kengetallen in zijn rapport te vermelden.

Een interview

Federatie Slachtoffer Organisaties weet haar positie te verstevigen

PvS



Wiebe de Boer



Federatie
Slachtoffer
Organisaties

De rol van de Federatie Slachtoffer Organisaties (FSO), opgericht in 2009, heeft in de afgelopen jaren steeds meer inhoud gekregen. De federatie is in tal van overlegstructuren een onmisbare gesprekspartner. Een van de aangesloten organisaties is de Stichting NAH Zorg: een cliëntservicebureau dat mensen met niet-aangeboren hersenletsel vanuit een multidisciplinair netwerk ondersteunt. Wiebe de Boer is zowel voorzitter van de Stichting NAH Zorg als voorzitter van de FSO. In een gesprek met hem licht hij de doelstellingen en activiteiten van beide organisaties toe.

In februari 1990 werd Wiebe de Boer van achteren aangereden door een auto die veel harder reed dan hij. Hij kon daarna zijn weg wel vervolgen, maar de dagen en weken erna ging hij zich steeds slechter voelen. De diagnose luidde aanvankelijk whiplashlaesie, maar maanden later werd een traumatisch hersenletsel vastgesteld. Ondanks zijn blijvende arbeidsongeschiktheid nam Wiebe de Boer zich voor niet bij de pakken neer te zitten. Hij besloot zich in te zetten voor lotgenoten, verkeersslachtoffers met niet-aangeboren hersenletsel, en richtte daartoe in 2001 de stichting NAH Zorg op.

Netwerkorganisatie

NAH Zorg – NAH staat voor niet-aangeboren hersenletsel – is nu een door de overheid erkende netwerkorganisatie die zich op rehabilitatie van slachtoffers met een traumatisch hersenletsel richt. NAH Zorg functioneert enerzijds als een collectieve belangenbehartiger voor verkeersslachtoffers en hun naasten of nabestaanden en anderzijds als een cliëntservicebureau dat specifieke zorg organiseert voor mensen met een doorgaans ernstig niet-aangeboren hersenletsel. *“Dat doen we over heel Nederland”*, licht Wiebe de Boer toe. *“We bieden menselijk maatwerk en ontzorgen mensen en families gedurende het traject dat ze na een ongeval hebben te gaan.”* Het traject waar De Boer op doelt, bestaat uit een tiental stappen en omvat hulp of

begeleiding op medisch en juridisch gebied en ten aanzien van contra-expertises, schaderegeling, arbeidsongeschiktheid, re-integratie en rehabilitatie (het teruggeven van iemands waardigheid). NAH Zorg beschikt daartoe over een netwerk van ongeveer tachtig zzp'ers, onder wie circa twintig praktijkbegeleiders. Zij sturen coaches aan die opgeleid zijn om mensen met een niet-aangeboren hersenletsel professioneel te begeleiden. De kosten daarvan worden vanuit de AWBZ, de Wmo en door aansprakelijkheidsverzekeraars betaald. *“Dicht bij de mensen, van mens tot mens, dat is onze aanpak”*, aldus De Boer. *“Net als de verzekeraars willen we er zo snel mogelijk bij zijn, zodat het zo weinig mogelijk gaat kosten wat geld betreft en, nog belangrijker, wat levensvreugde betreft.”*

Geen zee te hoog

Geen zee gaat Wiebe de Boer te hoog om nieuwe vormen van hulp te organiseren of de belangenbehartiging een nieuwe invulling te geven. Zo kunnen cliënten van NAH Zorg terecht in een NAH Hotel, waar ze in een prikkelaar-gevoelige omgeving op adem kunnen komen en diverse behandelingen kunnen ondergaan. Om met lotgenoten in een ontspannen sfeer ervaringen te delen is er de NAH Vereniging en worden NAH Cafés georganiseerd. Opdat slachtoffers precies weten wat er eigenlijk is gebeurd, laat NAH Zorg studenten van de TU Delft, onder leiding van een hoogleraar, quick scans van ongevallen maken. Praktische huishoudelijke hulp biedt NAH Zorg aan in samenwerking met de landelijke thuiszorgorganisatie PrivaZorg. Met het Medisch Centrum Leeuwarden is een overeenkomst gesloten zodat zo snel mogelijk nadat een hersenletsel is opgetreden, de juiste nazorg kan worden verleend. In samenwerking met een nucleair geneeskundige in Leeuwarden wordt de toepassing gepropageerd van zogenoemde spect-scans, waarmee hersenletsel eerder en beter in beeld kan worden gebracht. NAH Zorg is verder en niet zelden als initiatiefnemer betrokken bij de organisatie van tal van betekenisvolle activiteiten als symposia over verkeersveiligheid, schoolbezoeken door jonge verkeersslachtoffers, herdenkingen van verkeersslachtoffers et cetera.

Overkoepeling

Juist vanwege diens brede aanpak van problemen van slachtoffers werd Wiebe de Boer in 2009 verzocht zich in te zetten voor de oprichting van een koepel van slachtofferorganisaties. In de jaren ervoor was de behoefte aan zo'n koepel sterk toegenomen. Het uiteenvallen of opdelen van organisaties en ook het kwijnend bestaan van diverse verenigingen – mensen willen nog wel aan evenementen deelnemen, maar niet langer lid van een vereni-

ging zijn – had tot een versnippering van dit maatschappelijke veld geleid. Omdat nauwelijks nog duidelijk was welke instelling over welke specifieke problematiek kon worden aangesproken, groeide de behoefte aan één aanspreekpunt voor vraagstukken ten aanzien van voornamelijk slachtoffers van verkeersongevallen. In die behoefte wordt nu voorzien door de Federatie Slachtoffer Organisaties (FSO). In deze federatie zijn momenteel verenigd de Stichting NAH Zorg, de Vereniging Verkeersslachtoffers (VVS) en de Stichting Hersenletsel Organisaties Nederland (SHON), een overkoepelende organisatie van een tiental patiëntenverenigingen, gericht op mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Het is de verwachting dat in de nabije toekomst nog andere organisaties zich bij de FSO zullen aansluiten. De FSO streeft naar samenwerking tussen de aangesloten organisaties, het versterken van de positie van slachtoffers, de re-integratie van slachtoffers in de samenleving en de bewustwording op het gebied van verkeersveiligheid bij publiek en ambtsdragers.

Positie in overleg

De FSO heeft sinds de oprichting ervan in 2009 al een behoorlijk stevige positie in het overleg over slachtoffer- en letselschadekwesties kunnen innemen. Jaarlijks vindt minstens één keer, en zo mogelijk vaker, overleg plaats met het PIV, de Vaste Kamercommissie voor Verkeer en Waterstaat en met provinciale overheden. Dit overleg met provinciale overheden betreft voornamelijk de verkeersveiligheid in de provincies. *“In Friesland zijn de black spots waar veel ongelukken gebeurden, al tien jaar verdwenen”,* aldus De Boer. *“Toch gebeuren er nog heel veel ongelukken. Elk jaar zijn er minder verkeersdoden in Nederland, dus het gaat goed, zegt iedereen dan. Maar het gaat helemaal niet goed, want jaarlijks zijn er nog heel veel zwaargewonden en dit aantal stijgt nog steeds, momenteel met meer dan vijf procent per jaar. Daarom proberen we met de provincies allerlei maatregelen te nemen. Ons betrekken ze daar ook bij om de ellendige verhalen op tafel te krijgen en daar vervolgens uit te leren. Op grond van het leed dat wij hen laten zien, kunnen ze visies ontwikkelen en gedragsbeïnvloeding aanpakken. Daar worden goede stappen in gezet.”*

Denktank

Sinds enige tijd is de FSO ook bij de activiteiten van De Letselschade Raad betrokken. De federatie participeert onder meer in diverse project- en werkgroepen van De

Letselschade Raad. *“In die werkgroepen kon ik niet altijd mijn verhaal goed kwijt”,* aldus De Boer. *“Daarom hebben wij onlangs na een gesprek met Aleid Wolfsen, voorzitter van het Platform van De Letselschade Raad, een denktank opgericht. Behalve de FSO zitten daar De Letselschade Raad, Slachtofferhulp Nederland en de ANWB in, evenals Theo Kremer namens het PIV. We hebben al een prettig gesprek met elkaar gehad en het is de bedoeling dat we vier keer per jaar bij elkaar komen. Onze insteek in dit verband, en ik meen dat het PIV er ook zo over denkt, is dat we slachtoffers van een verkeersongeval zo snel mogelijk van zorg kunnen voorzien, zowel vanuit de AWBZ als vanuit de WA-verzekeraars. Thuishulp in de eerste zes weken is daar een belangrijk onderdeel van. Door zo snel mogelijk hulp te bieden, kunnen we voorkomen dat mensen verder achteruitgaan.”* De Boer wil bovendien bereiken dat verkeersslachtoffers zo min mogelijk met bureaucratie en verschillende instanties te maken krijgen. Hij zegt: *“De rijksoverheid wil veel naar provincies en gemeenten decentraliseren. Dat is voor een deel een goede zaak, want daardoor komen de activiteiten dichterbij de mensen om wie het gaat. Aan de andere kant zie je dat die mensen door schotten heen moeten. Ze hebben te maken met UWV, AWBZ en WA-verzekeraars. Tegelijkertijd moeten we zo snel mogelijk met die mensen verbetering zien te bereiken. Dat is wat we de komende jaren duidelijk willen maken en waarin we stappen willen zetten. In euro’s zou dat de samenleving heel veel schelen.”*

Zorgplicht

Internationaal is de FSO actief als lid van de Fédération Européenne des Victimes de la Route (FEVR). Wiebe de Boer heeft in dit verband al diverse keren, onder meer op congressen in Brussel, Genève en Beiroet, Nederlandse standpunten en werkwijzen over het voetlicht weten te brengen. *“We zijn in Nederland zeker op de goede weg”,* aldus De Boer. *“Toch kan het op veel punten nog beter en moet het ook beter. De komende periode moet daarom worden onderzocht of de verzekeraars de hulpverleners echt in staat willen stellen om aan verkeersslachtoffers de zorg te bieden die ze nodig hebben, zodat slachtoffers niet nog eens het slachtoffer worden. Verzekeraars hebben een zorgplicht. Dit maakt dat zij zich proactief dienen op te stellen in alle fasen van het rehabilitatieproces van de slachtoffers. Te vaak zijn slachtoffers overgeleverd aan de vertegenwoordigers van de letselschadebranche, waar winstgevendheid soms hoger in het vaandel lijkt te staan dan menslievendheid.”*

10 mei 2012 – Jaarbeurs Utrecht

Supportbeurs – Raasveld Symposium 2012 – PIV Letselplaza

Op donderdag 10 mei 2012 organiseert Raasveld Expertise in de Prins Claus Congressaal in nauwe samenwerking met de het PIV en de Supportbeurs drie evenementen op één dag.

Supportbeurs – gehele dag

De supportbeurs biedt zicht op de mogelijkheden die er bestaan voor mensen met een functionele beperking. Met meer dan 200 exposanten is het aanbod zeer divers en omvangrijk.

Gun uzelf een kijkje op de beurs, zodat u een nog betere gesprekspartner wordt voor letselschadeslachtoffers. Meer informatie: www.metzorg.nu

Raasveld Symposium 2012 – van 9:50 uur tot 13:00 uur Maximaal functioneren/Wat een slachtoffer bezig houdt

Waar heeft een slachtoffer mee te maken? Het leven na een ongeval verandert ingrijpend. Het brengt mensen letterlijk en figuurlijk uit hun evenwicht: fysiek, materieel en emotioneel! Wat zijn de beperkingen? En wat zijn de mogelijkheden? Raasveld Expertise organiseert een dag die hier over gaat. Voor u als professional de uitgelezen kans om meer inzicht te krijgen in wat een slachtoffer bezig houdt. Sprekers:

- * *De schadebeperkingsplicht van de aansprakelijke* – prof.mr. S.D. Lindenbergh, hoogleraar privaatrecht EUR
- * *Zitten medisch onverklaarde lichamelijke klachten tussen de oren?* – dr. J.H. Houtveen, psychofysioloog
- * *Maak van beperkingen mogelijkheden* – Kas Stuyf, senior coach.

Meer informatie: www.slachtoffercentral.nl

Aanmelden: aanmelden@raasveldexpertise.nl

Maximaal functioneren
Wat een slachtoffer bezighoudt

1 **2** **3**
Drie evenementen op één dag:
Supportbeurs Symposium PIV Letselplaza

donderdag 10 mei 2012
Jaarbeurs Utrecht, Prins Claus Congressaal

metzorg RAASVELD EXPERTISE Stichting PIV Support

9e PIV Letselplaza – van 14:30 uur tot 17:00 uur

De PIV Letselplaza is bedoeld om het letselschadeproces maximaal te laten functioneren. Grijp deze kans aan om een bepaalde vakgenoot te ontmoeten.

De alweer 9e editie van de PIV Letselplaza vindt ditmaal plaats op deze gecombineerde dag. De locatie is dus een andere, maar de opzet is zoals alle vorige keren.

Meer informatie: www.stichtingpiv.nl

Aanmelden: piv-letselplaza@verzekeraars.nl

Van Tiggele nieuwe hoogleraar Verzekeringsrecht in Rotterdam

Mevrouw prof.mr. N. (Mop) van Tiggele – sinds 2008 hoogleraar Verzekeringsrecht aan de Radboud Universiteit Nijmegen – is per 1 maart 2012 benoemd tot bijzonder hoogleraar Verzekeringsrecht aan de juridische faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij neemt ook het Verzekeringsinstituut onder haar hoede en volgt daarmee Han Wansink op, die in september 2011 met emeritaat ging.

Het was een tijd onzeker of de leerstoel nog zou blijven bestaan. *“Het bestuur is verheugd dat mede door het aantrekken van een groot aantal sponsors uit de coassurantie-markt, waaronder enkele advocatenkantoren, het voortbestaan van het instituut voor de komende jaren is gewaarborgd”*, zo laat de Stichting Verzekeringsinstituut weten. *“Daardoor zijn we ook in de toekomst verzekerd van kwalitatieve opleidingen op wetenschappelijk, universitair niveau.”* Van Tiggele was sinds maart 2002 als universitair docent Verzekeringsrecht verbonden aan het

Van Tiggele
(RWFotografie)



Verzekeringsinstituut en is onder andere raadsheerplaatsvervanger bij het Gerechtshof Leeuwarden, bestuurslid van de Vereniging voor Verzekeringswetenschap en adviseur van de Juridische Commissie Schadeverzekeringen (JCS) van het Verbond van Verzekeraars.

De Letselschade Raad is verhuisd!

Per 21 maart 2012 is De Letselschade Raad (DLR) verhuisd naar het gebouw van de SER aan de Bezuidenhoutseweg 60 in 2594 AW Den Haag. Het postadres en telefoonnummer zijn ongewijzigd: Postbus 93309, 2509 AH Den Haag en +31 (88) 3322555.



Leergang Personenschade zwaar Letsel – Module Beroepsziekten start vanaf 26 mei 2012

NIBESVV

Als onderdeel van de leergang Personenschade zwaar letsel organiseert NIBE-SVV vanaf 24 mei de module Beroepsziekten. Hierin maakt u kennis met het complexe proces van letselschadebehandeling bij beroepsziekten. Aan de orde komen onder meer OPS, RSI, PTTS, asbestgerelateerde klachten en burn-out.

De module is ontwikkeld door NIBE-SVV in nauw overleg met de Adviesraad Leergangen Letselschade. Hierin hebben vertegenwoordigers van alle belangrijke marktpartijen zitting, zoals het PIV en het NIVRE, aansprakelijkheids- en rechtsbijstandverzekeraars, De Letselschade Raad en (als toehoorder) de Vereniging van Letselschadeadvocaten (LSA).

Voor wie?

De module Beroepsziekten is vooral interessant voor behandelaars, regelaars en experts personenschade, belangenbehartigers en rechtsbijstandverzekeraars die dossiers over beroepsziekten (gaan) behandelen.

Praktijkgericht

De docenten zijn al jaren werkzaam op het gebied beroepsziekten en hebben veel praktijkervaring. Bovendien werken zij met opdrachten en casussen die nauw op de beroepspraktijk aansluiten.

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- * Opstellen van behandelplannen;
- * Verzamelen van noodzakelijke gegevens en het interpreteren daarvan;
- * Inschakelen van deskundigen met een heldere vraagstelling;
- * Beoordelen van rapporten; en
- * Definitieve en juiste strategie bepalen; de beste oplossingrichting kiezen en uitvoeren.

De module Beroepsziekten bestaat uit twee lesdagen en 15 uur zelfstudie.

Meer informatie/inschrijven?

Dat kan via de www.nibesvv.nl (kijk onder de tab opleidingen bij Personenschade Zwaar Letsel: Module Beroepsziekten). Of bel met NIBE-SVV Klantadvies, +31 (20) 5208520.

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: Quantas, Rijswijk