



GOMA 2.0

Medische machtiging in medische aansprakelijkheidszaken Notulen eerste bijeenkomst 17 januari 2014

Aanwezig:

Hugo de Jager (advocaat in dienstbetrekking SRK)
Wietske Kool (VU medisch centrum)
Aernout Santen (Centramed)
John Beer (Beer advocaten)
Pieter van der Nat (Beer advocaten)
Harry Henschen (VvAA/ MediRisk)
Arno Akkermans (hoogleraar privaatrecht VU)
Annelies Wilken (docent-onderzoeker VU)
Deborah Lauria (toehoorder, De Letselschade Raad)
Ivo Giesen (toehoorder, Universiteit Utrecht)

Afwezig:

Hilde van der Meer (KNMG)
Freek Schultz (Pals Groep)
Annemiek van Reenen ten Kate (Hofmans)
Elsbeth Mattern (Medas Medische Advies)

1. Introductie

Na een korte voorstelronde lichten de onderzoekers (in aanvulling op de startnotitie ten behoeve van deze bijeenkomst) kort de achtergrond van het in het leven roepen van deze werkgroep en het doel van deze eerste bijeenkomst toe.

Ad (1) Achtergrond werkgroep

Deze werkgroep is in het leven geroepen in het kader van een meeromvattend project van De Letselschade Raad waarin wordt toegewerkt naar een gedragscode in medische aansprakelijkheidszaken die volledig toepasbaar is in medische aansprakelijkheidszaken: de GOMA 2.0. De achtergrond hiervan is dat in de huidige praktijk niet helemaal duidelijk is hoe de GOMA zich verhoudt tot de GBL en dat de wens bestaat om (de beginselen van) de GBL eveneens toepasbaar te laten zijn in medische aansprakelijkheidszaken.



Het lijkt op dit moment echter nog te vroeg om de GOMA 2.0 definitief vorm te geven. Dit hangt met name samen met de wetgevingsperikelen rondom de totstandkoming van de Wkkgz (de voormalige WCZ) en de expertmeetings die VWS momenteel organiseert, om te onderzoeken hoe op een betere manier vorm zou kunnen worden gegeven aan de afwikkeling van klachten en claims in de medische sector. De Wkkgz maakt onderscheid tussen interne klachtenprocedures enerzijds en een extern traject bij een centrale geschilleninstantie anderzijds, die – naast te dienen als beroepsinstantie voor de interne klachtenprocedures – eveneens bevoegd is om uitspraak te doen in geschillen waarin aanspraak wordt gemaakt op een schadevergoeding tot een bedrag van EUR 25.000. Een dergelijk traject zou – mits procedureel (en inhoudelijk) goed vormgegeven – een bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de positie van slachtoffers van medische incidenten. Mocht er op substantiële basis gebruik gemaakt gaan worden van deze centrale geschilleninstantie zal dit van invloed (moeten) zijn op de inhoud van de GOMA 2.0.

Men heeft echter niet langer willen wachten met het oppakken van de problematiek rondom de machtiging in medische aansprakelijkheidszaken en in dat kader is thans deze werkgroep samengesteld. In artikel 14 van de GOMA is bepaald dat partijen elkaar over en weer, met het oog op de beoordeling van de aansprakelijkheid en de gevolgen van de gestelde fout, de relevante medische en feitelijke gegevens ter beschikking stellen. In de toelichting op dit artikel wordt verwezen naar een gestandaardiseerd machtigingsformulier dat in de praktijk echter nog niet bestaat. Wat de exacte inhoud van dit formulier zou moeten zijn, blijkt niet duidelijk uit de GOMA.

Ad (2) Doel eerste bijeenkomst

Deze eerste bijeenkomst staat met name in het teken van het inventariseren van de problemen met betrekking tot de machtiging in medische aansprakelijkheidszaken in de dagelijkse praktijk van de deelnemers aan de werkgroep en de visie die zij hebben op mogelijke oplossingsrichtingen.

2. Inventarisatie problematiek en mogelijke oplossingsrichtingen

Algemene opmerkingen en gedachten vooraf

2.1 De onderzoekers lichten de werkzaamheden van de VU met betrekking tot de Medische Paragraaf toe, en dan met name de in dat kader tot stand gekomen gerichte medische machtiging, medische volmacht en het toestemmingsformulier medische informatie. Onlangs zijn er op initiatief van de GAV en De Letselschade Raad in de Werkgroep Implementatie Medische Paragraaf (WIMP) verbeterde versies van deze documenten tot stand gebracht, waarin het toestemmingsformulier in de gerichte medische machtiging en de medische volmacht is geïntegreerd. Dit zijn (uiteindelijk) inhoudelijk goede en praktisch bruikbare documenten geworden en de ervaring leert ons derhalve dat – alhoewel niet eenvoudig – er met betrekking tot dit onderwerp wel meters gemaakt kunnen worden.



2.2 Een belangenbehartiger vraagt zich af of het ontwikkelen van een uniforme medische machtiging op dit moment, met het oog op bovenstaande (deels nog onzekere) ontwikkelingen rondom de interne klachtenprocedure en de externe geschillencommissie, niet eveneens voorbarig is. Het is immers (nog) niet duidelijk of en zo ja, welke regels er in dat kader zullen gaan gelden met betrekking tot de omgang met medische informatie van het slachtoffer.

Het is echter maar zeer de vraag of de (verdere uitwerking van) het wetsvoorstel (in AMvB of ministeriële regeling) regels gaat inhouden die van invloed zullen zijn op de inhoud van de medische machtiging. Daarbij is het probleem rondom de medische machtigingen dusdanig urgent dat er in de praktijk grote behoefte bestaat aan een spoedige aanpak van deze problematiek. Het is bovendien ook goed denkbaar dat in een procedure bij de geschilleninstantie überhaupt een (heel) andere regeling zal gaan gelden voor het opvragen en uitwisselen van medische informatie (bijvoorbeeld dat de geschillencommissie hier zelf een centrale rol in gaat spelen). Hoe dan ook lijkt het toe vroeg om daar nu (zinvol) op de anticiperen. De problematiek rondom de medische machtiging dient echter zo spoedig mogelijk te worden aangepakt.

2.3 De deelnemers aan de werkgroep wordt gevraagd om hun visie te geven op de problematiek rondom de medische machtigingen en eventuele oplossingsrichtingen. De onderzoekers vragen hen daarbij ook zoveel mogelijk inzicht te geven in de achtergrond van de problematiek, zoals bijvoorbeeld de 'angst' dat verzekeraars met de medische informatie gaan 'expertshoppen', etc. om zo daadwerkelijk alle achterliggende belangen en gevoelens op tafel te krijgen en de problematiek daadwerkelijk aan te kunnen pakken.

Rondgang deelnemers

2.4 Een belangenbehartiger geeft aan dat het wat hem betreft cruciaal is dat, als je als belangenbehartiger (met behulp van een volmacht of machtiging) medische informatie van je cliënt opvraagt, je deze informatie niet doorstuurt, zonder dat de cliënt deze informatie eerst ziet. Het gebeurt met enige regelmaat dat de medische gegevens die worden opgevraagd, informatie bevatten die in de ogen van de patiënt zelf absoluut onjuist is. Het inzien van medische informatie (voordat het de juridische arena wordt ingestuurd), is wat hem betreft een fundamenteel (privacy)recht van de patiënt. Hiervoor moet worden gewaakt als een derde (zoals bijvoorbeeld een geschillencommissie of (de medisch adviseur van) een aansprakelijkheidsverzekeraar) wordt geautoriseerd om medische informatie van de patiënt op te vragen. De aanwezige aansprakelijkheidsverzekeraars geven aan zich hier wel iets bij voor te kunnen stellen.

2.5 Een belangenbehartiger licht de werkwijze van zijn organisatie toe, die inhoudt dat de medisch adviseur van de belangenbehartiger de medische informatie uit de behandelend sector opvraagt. Deze medische informatie wordt vervolgens door de belangenbehartiger (en zijn medisch adviseur)



beoordeeld. Daarna verstrekt *de belangenbehartiger* deze informatie aan de medische adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar van de aangesproken zorgverlener. De aangesproken zorgverlener verstrekt dus niet direct medische informatie aan haar aansprakelijkheidsverzekeraar; de belangenbehartiger houdt de regie over het verstrekken van medische informatie. Ook als de medisch adviseur van de verzekeraar aangeeft behoefte te hebben aan aanvullende medische informatie, loopt dit via de belangenbehartiger; de belangenbehartiger vraagt deze informatie op bij de aangesproken zorgverlener en stuurt deze door aan de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar. Wat deze belangenbehartiger betreft moet het verder verstrekken van medische informatie door de medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar (aan anderen dan de schadebehandelaar?) zoveel mogelijk worden voorkomen. Als informatie verder wordt verstrekt, moet dit afgebakend gebeuren, en in overleg met het slachtoffer en zijn belangenbehartiger; zij moeten te allen tijde kunnen weten wat er met de medische informatie gebeurt. Hij ziet eventueel een oplossing in het anonimiseren van de persoonsgegevens op het moment dat er aan verzekeraarzijde toch behoefte zou bestaan aan het verder verspreiden van medische informatie, bijvoorbeeld aan een medische specialist ter advisering van de medisch adviseur van de verzekeraar.

Wat deze belangenbehartiger betreft, bestaat er met name behoefte aan afspraken met betrekking tot het verder verstrekken (uitwisselen) van medische informatie door de medisch adviseur van de verzekeraar. Het opvragen van de medische informatie uit de behandelend sector levert in zijn praktijk volgens die hiervoor geschetste werkwijze geen probleem op, aangezien de medische informatieverstrekking door de aangesproken zorgverlener aan zijn aansprakelijkheidsverzekeraar niet rechtstreeks, maar via de belangenbehartiger van de patiënt verloopt.

De belangenbehartiger licht toe dat bij zijn weten altijd alle informatie die door de belangenbehartiger uit de behandelend sector wordt opgevraagd en ontvangen, aan de medisch adviseur van de verzekeraar wordt vertrekt en er dus geen 'selectie van medische informatie' plaatsvindt.

Een andere deelnemer merkt op dat een dergelijke werkwijze alleen werkt als partijen elkaar volledig vertrouwen (lees: dat er door de belangenbehartiger uitsluitend wordt *geregisseerd* en niet *geselecteerd*), en dat dat vertrouwen nu juist vaak ontbreekt in de letselschadep praktijk. Daaraan wordt toegevoegd dat deze omweg via de belangenbehartiger ook niet zoveel lijkt toe te voegen als *alle* informatie die van de aangesproken zorgverlener wordt ontvangen ook daadwerkelijk *altijd* aan medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt doorgestuurd.

Desgevraagd geeft de belangenbehartiger aan dat – ondanks dat hij die situatie zelf nooit heeft meegemaakt – hij het voorstelbaar acht dat de belangenbehartiger er onder bepaalde omstandigheden (denk aan irrelevante medische voorgeschiedenis o.i.d.) vanaf zou kunnen zien bepaalde medische informatie door de sturen aan de medisch adviseur van de verzekeraar, of op soortgelijke gronden niet bereid zou zijn bepaalde door de medisch adviseur van de verzekeraar gewenste medische informatie bij de zorgverlener op te vragen.



2.6 Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt opgemerkt dat zij – in bovengeschetste werkwijze – nadat ze de medische informatie van de belangenbehartiger hebben ontvangen, bij hun verzekerde (de aangesproken zorgverlener) verifiëren of ze daadwerkelijk alle medische informatie hebben ontvangen, of dat wellicht nog informatie ontbreekt en zo ja, om welke informatie het dan gaat. Een dergelijke werkwijze kost meer tijd dan wanneer de medische informatie rechtstreeks door de aangesproken zorgverlener aan (de medisch adviseur van) haar aansprakelijkheidsverzekeraar zou kunnen worden verstrekt. De vraag wordt opgeworpen of het niet efficiënter zou zijn dat door de zorgverlener in tweevoud een kopie van het medisch dossier wordt gemaakt, dat gelijktijdig naar zowel de belangenbehartiger als de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt verstuurd.

2.7 De deelnemers stellen gezamenlijk vast dat het hier gaat om een kernprobleem in het medisch beoordelingstraject; namelijk *op welke wijze en door wie* wordt vastgesteld welke medische informatie relevant is in het kader van de beoordeling van de aansprakelijkheidsvraag (en de omvang van de schade als gevolg van de vermeende medische fout). Ten aanzien van medische informatie die niet op het eerste gezicht relevant is (zoals bijvoorbeeld gynaecologische gegevens in het kader van een medisch incident dat betrekking heeft op een beenbreuk), moet wellicht worden nagedacht over een motiveringsplicht.

2.8 Met betrekking tot het (ontbrekende) vertrouwen tussen partijen in de letselschadebranche wordt opgemerkt dat partijen (en de betrokken professionals) elkaar persoonlijk wellicht wel kunnen vertrouwen, maar dat vertrouwen als grondslag voor de procedure alleen maar kan worden bereikt met behulp van transparantie. Daarbij heeft de letselschadeprofessional de verantwoordelijkheid richting zijn opdrachtgever om alles verifieerbaar te houden. In zijn algemeenheid wordt erkend dat volledige transparantie (aan beide zijden) in het uitwisselen *feitelijke informatie uit de behandelend sector* het uitgangspunt zou moeten zijn.

2.9 Door een van de aanwezige aansprakelijkheidsverzekeraars wordt een aantal statements gemaakt:

- * de medisch adviseur en de medisch deskundigen gaan niet over de aansprakelijkheid, daar gaat de jurist over (de rechter is ook geen dokter);
- * een arts die aansprakelijk wordt gesteld, waartegen een tuchtklacht wordt ingediend of die strafrechtelijk wordt aangesproken, heeft geen machtiging nodig om zich te verweren: iedere beperking in een machtiging is er één te veel (in strijd met artikel 6 EVRM);
- * een aansprakelijkheidsverzekeraar moet op grond van de Wbp open zijn over wat er gebeurt met de medische gegevens;
- * medische adviezen zijn geen persoonsgegevens in de zin van artikel 1 Wbp (gaat om interpretatie van persoonsgegevens);
- * een aansprakelijkheidsverzekeraar moet processueel transparant zijn;
- * de medische machtiging moet erin voorzien dat de jurist van het aangesproken ziekenhuis / van de



verzekeraar toegang moet kunnen hebben tot (in beginsel) alle medische gegevens; hij moet daarover kunnen overleggen met de aangesproken arts en zijn medisch adviseur en dat overleg moet op een veilige manier kunnen plaatsvinden (niemand heeft toegang tot dat overleg); als de jurist niet met de medische gegevens aan de slag kan, kom je niet verder.

2.10 Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt opgemerkt dat er binnen hun organisatie geen sprake is van 'expert-shopper'. Het komt wel (maar niet vaak) voor dat een gezamenlijk overeengekomen deskundigenbericht wordt voorgelegd aan een derde-deskundige (als 'second opinion'), omdat het gevoel bestaat dat de deskundige de plank heeft misgeslagen. Als je in een procedure voor de rechter naar voren wil brengen dat je je (als verzekeraar) niet kunt vinden in de bevindingen van de deskundige, moet dat wel onderbouwd worden en voor dergelijke gevallen wordt zo nu en dan een derde-deskundige ingeschakeld. Die ruimte moet er wat hem betreft wel zijn. In de medische machtiging zou dus moeten worden omschreven dat enerzijds die mogelijkheid bestaat (althans dat de mogelijkheid wordt voorbehouden) en anderzijds welke regels daarvoor gelden (bijvoorbeeld pas een 'second opinion' na overleg), aldus de aansprakelijkheidsverzekeraar.

2.11 Er ontstaat discussie over de vraag of de (gezamenlijk overeengekomen) deskundige de vraag kan beantwoorden of er al dan niet een medische fout is gemaakt. De onderzoekers verwijzen in dit kader naar de discussie over dit onderwerp die enkele jaren geleden ook is gevoerd in een IWMD werkgroep die zich heeft gebogen over een (model) vraagstelling aan deskundigen in medische aansprakelijkheidszaken. Hij licht toe dat een medicus best normatieve uitspraken mag doen over de vraag of bepaald medisch handelen conform de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep 'state of the art' is uitgevoerd. Het juridische eindoordeel over de aansprakelijkheid valt daar formeel gezien echter niet helemaal mee samen, al is het verschil in veel zaken praktisch vaak niet goed zichtbaar. Illustratief is bijvoorbeeld het verschil tussen een vordering die betrekking heeft op een chirurgische ingreep, waarbij je als jurist voor je eindoordeel nagenoeg geheel afhankelijk bent van chirurgische input met betrekking tot de vraag of 'state of the art' is gehandeld, en een vordering die is gebaseerd op het ontbreken van informeel consent, een onderwerp dat daarentegen ook juridische aspecten heeft. In zijn algemeenheid geldt echter dat het laatste oordeel wordt geveld door de jurist.

2.12 Op de vraag hoe door aansprakelijkheidsverzekeraars (in het kader van een medische machtiging) inzichtelijk zou kunnen worden gemaakt wat zij precies met de medische informatie (kunnen) doen, wordt geantwoord dat (de aanwezige) aansprakelijkheidsverzekeraars het niet bezwaarlijk vinden om transparant te zijn met betrekking tot het vragen van 'second opinions' (en eventuele 'third opinions' etc.) om zo eventuele 'expert-shopping' te voorkomen, althans inzichtelijk te maken. Daarnaast wordt toegelicht dat aansprakelijkheidsverzekeraars op het moment dat zij medische informatie ontvangen, soms nog niet weten welke medische adviseur ze in gaan schakelen. Het wordt evenmin bezwaarlijk gevonden ook daar transparant over te zijn en de patiënt te laten weten aan welke medisch adviseur zijn medische informatie wordt / is (?) voorgelegd.



2.13 In de machtiging moet je als aansprakelijkheidsverzekeraar ‘zeggen wat je doet’ (transparant zijn over het proces dat je wilt doorlopen), en in het vervolgetraject moet je ‘doen wat je hebt gezegd’. Namens de betreffende aansprakelijkheidsverzekeraar wordt toegelicht dat op zich wel de bereidheid bestaat om de patiënt vooraf steeds toestemming te vragen voor iedere stap die wordt gezet (lees: iedere verstrekking van medische informatie aan anderen dan in de medische machtiging genoemde personen), maar daarbij wordt aangetekend dat het dan een erg ingewikkeld, tijdrovend en kostbaar proces wordt. De vraag wordt opgeworpen of het inderdaad wenselijk zou zijn hiervoor toestemming te vragen of dat wellicht ook zou kunnen worden volstaan met een bericht waarin het e.e.a. aan de patiënt wordt gemeld (zonder dat toestemming vereist is). De daaropvolgende vraag is vervolgens of de aansprakelijkheidsverzekeraar ook bereid zou zijn / zou kunnen worden verplicht om de inhoud van het verkregen advies / deskundigenbericht ook aan de patiënt ter beschikking te stellen. Bij deze vraag – waarover vooralsnog geen consensus lijkt te bestaan – is tijdens deze bijeenkomst maar beperkt stilgestaan.

2.14 Er wordt vastgesteld dat dit een essentieel onderdeel van de discussie lijkt te zijn. Vanuit het oogpunt van het burgerlijk procesrecht (fair trial / equality of arms) is het een rare figuur dat één van de partijen gebonden zou zijn aan de toestemming van de wederpartij voor het raadplegen van deskundigen, hetgeen in strijd lijkt te zijn met artikel 6 EVRM. Deze toestemming lijkt echter te worden gerechtvaardigd vanuit het perspectief van artikel 8 EVRM: aan de deskundige worden immers (privacygevoelige) medische gegevens van de wederpartij verstrekt. In een medische machtiging kan wellicht een compromis worden gevonden door (vooraf) toestemming te geven voor het verstrekken van medische gegevens aan derden, onder de voorwaarde dat door de verzekeraar (vooraf of achteraf?) melding moet worden gemaakt van *wanneer, aan wie, welke* medische informatie wordt / is verstrekt. Je lost het probleem van de botsing tussen artikel 6 en 8 EVRM daarmee niet op, maar probeert het wel werkbaar te maken. Transparantie en proportionaliteit (niet meer medische informatie dan strikt noodzakelijk, etc.) zijn in dat kader essentieel en moeten in de medische machtiging op de één of andere manier worden geoperationaliseerd.

2.15 Door een belangenbehartiger wordt er op gewezen dat er bepaalde (beroeps)deskundigen zijn, aan wie hij zijn cliënten (en hun medische gegevens) niet wil blootstellen. Dat is één van de belangen van patiënten om vooraf enige invloed te willen hebben op de personen aan wie hun medische informatie (door de aansprakelijkheidsverzekeraar) al dan niet wordt verstrekt. Aansprakelijkheidsverzekeraars hebben hier begrip voor, maar wijzen wel op het risico dat alle door de aansprakelijkheidsverzekeraar voorgestelde deskundigen dan eenvoudig (zonder goede gronden) door de patiënt (of zijn belangenbehartiger) kunnen worden afgewezen. Er moet worden gezocht naar een manier waarop we dit alles in de medische machtiging tot uitdrukking kunnen laten komen (bijvoorbeeld: ‘toestemming, tenzij...’ waarbij het bezwaar tegen de persoon in kwestie altijd moet worden gemotiveerd o.i.d.). Iedereen lijkt het er over eens te zijn dat we hier te maken hebben met een gerechtvaardigd belang van de patiënt waaraan (op nader vast te stellen wijze) moet worden tegemoet



gekomen. Ook in dit kader wordt de mogelijkheid van anonimiseren van de medische gegevens aangedragen als te overwegen oplossing.

2.16 Een belangenbehartiger benadrukt nogmaals dat het belang van de patiënt primair is dat er geen medische informatie over tafel gaat die hij vooraf niet in heeft kunnen zien. Een tweede belang van de patiënt is openheid met betrekking tot de vraag wie de medische informatie ingaat zien (het moet Wbp proof zijn).

2.17 Door een belangenbehartiger wordt een ander probleem opgeworpen, namelijk dat het sterkte vermoeden bestaat dat er door de aangesproken zorgverlener regelmatig feitelijke informatie met betrekking tot de medische behandeling in kwestie wordt verstrekt aan / besproken met de aansprakelijkheidsverzekeraar, die niet bekend is bij de patiënt: *'Er is altijd een dossiertje in het ziekenhuis waarin staat wat er echt is gebeurd en dat de patiënt (en zijn belangenbehartiger) niet te zien krijgt'*. Daarom is het voor belangenbehartigers van belang dat zij inzage krijgen in de informatie die door de aangesproken zorgverlener aan de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt verstrekt; om te controleren of aansprakelijkheidsverzekeraar en (de belangenbehartiger van) de patiënt daadwerkelijk over dezelfde informatie beschikken. Ziekenhuis en aansprakelijkheidsverzekeraars herkennen zich hier niet in en nemen aanstoot aan deze opmerking.

[In de tweede bijeenkomst op 7 april 2014 wordt door voornoemde belangenbehartiger ter toelichting nog opgemerkt dat met voornoemde uitspraak (mede) doelt op de documenten die worden opgesteld in het kader van 'Veilig melden' en/ of meldingen aan de IGZ, en dat hij er moeite mee heeft dat het slachtoffer (en zijn belangenbehartiger) (meestal) geen inzage krijgen in dergelijke documentatie.]

2.18 Een belangenbehartiger geeft aan dat (ruim geformuleerde) machtigingen jarenlang altijd klakkeloos door patiënten zijn getekend. Op een bepaald moment kwam echter naar boven dat er binnen medische aansprakelijkheidsverzekeraars op volstrekt onjuiste wijze met medische gegevens werd omgegaan (expert-shopper, het uitlokken van inhoudelijk onaanvaardbare en voor patiënten ronduit kwetsende deskundigenberichten, etc.). Dat is de reden geweest dat belangenbehartigers beter naar de medische machtigingen zijn gaan kijken, ze van voorwaarden zijn gaan voorzien en waarom we uiteindelijk hier zijn beland. Naar aanleiding van dit soort praktijken is er bij belangenbehartigers een zekere mate van wantrouwen gerezen, hetgeen in de ogen van de belangenbehartigers rechtvaardigt dat zij er in toenemende mate voor waken dat de belangen van patiënten genoegzaam in acht worden genomen.

2.19 Door een belangenbehartiger wordt nogmaals voor openheid gepleit; openheid kan er voor zorgen dat zaken daadwerkelijk sneller en beter geregeld kunnen worden. Dit geldt in het bijzonder ook voor openheid van het ziekenhuis en de aansprakelijkheidsverzekeraar (direct vanaf het begin) met betrekking tot *de feitelijke gang van zaken* rondom een medisch incident. De belangenbehartiger zet



ook vraagtekens bij het belang van aansprakelijkheidsverzekeraar om *feitelijke* informatie achter te houden die mogelijk nadelig zou kunnen zijn voor de positie van het ziekenhuis; als verzekeraar is het immers je 'core business' om schade als gevolg van medische fouten te vergoeden.

Dit wordt namens een van de aansprakelijkheidsverzekeraars erkend. Er wordt daarbij echter wel onderscheid gemaakt tussen *feiten* en *interpretaties van feiten*, zoals bijvoorbeeld een medisch advies dat een voor de aangesproken zorgverlener minder gunstige interpretatie van de feiten inhoudt. Daarbij wordt ook gewezen op de omstandigheid dat een aansprakelijkheidsverzekeraar (anders dan een WAM-verzekeraar die te maken heeft met directe acties) eveneens rekening heeft te houden met de belangen van de verzekerde zorgverleners (mede in verband met (hoge) eigen risico's).

2.20 Verder wordt er door een belangenbehartiger op gewezen dat belangenbehartigers ten opzichte van hun cliënten – mede met het oog op de (toenemende) regelgeving in het kader van privacy – verplicht zijn om hen op een juiste wijze te adviseren met betrekking tot de verstrekking van hun medische gegevens in een letselschadeprocedure; tot op welke hoogte kunnen zij op grond van de huidige regelgeving daadwerkelijk worden verplicht tot het vertrekken van inzage in hun medische informatie (en aan wie) en wat voor regels gelden er in dat kader? Daar kunnen zij door hun cliënten ook op worden aangesproken.

Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat in letselschadezaken (nog) niet zonder meer duidelijk is welke regels er (op grond van de Wbp en aanverwante wet- en regelgeving) gelden voor de omgang met medische gegevens in letselschadezaken, waaronder medische aansprakelijkheidszaken. In die zin bestaat er de nodige ruimte om in de praktijk vorm en inhoud aan die regels te geven (onder meer met behulp van een medische machtiging).

2.21 Namens een aansprakelijkheidsverzekeraar wordt aangegeven dat als zij zich op een medisch advies beroepen, ze dan ook altijd bereid zijn om dat advies aan de wederpartij ter beschikking te stellen. Dat betekent dus ook, aldus deze aansprakelijkheidsverzekeraar, dat als de verzekeraar zich niet op een advies beroept, hij dat ook niet hoeft over te leggen.

2.22 De principiële vraag wordt opgeworpen of een medische aansprakelijkheidsverzekeraar zelfstandig op zoek zou moeten gaan naar de feiten, of dat de taak van de verzekeraar primair die van rechtsbijstandverlener ten behoeve van haar verzekerden is, en dat het eerder de maatschappelijke taak van de verzekerde zorgverleners is om zoveel als mogelijk de feiten te achterhalen.

2.23 Een aansprakelijkheidsverzekeraar maakt onderscheid tussen procedurele transparantie enerzijds en inhoudelijke transparantie anderzijds. Iedereen lijkt het er over eens te zijn dat aansprakelijkheidsverzekeraars in ieder geval procedureel transparant zouden moeten zijn. Hoever de inhoudelijke transparantie (over en weer) zou moeten gaan, is (nog) onderwerp van discussie. Daarbij rijst ook de vraag (in het verlengde van voorgaande principiële vraag) of er onderscheid moet worden gemaakt tussen de aansprakelijkheidsverzekeraar en de aangesproken zorgverlener; heeft de



aangesproken zorgverlener niet sowieso de taak om op zoek te gaan naar de objectieve (feitelijke) waarheid en daarover volledige transparant te zijn jegens de patiënt.

2.24 Overigens wordt tijdens de bijeenkomst meerdere malen op gewezen op het verschil in de situatie waarin (i) het ziekenhuis de zaak zelf afwikkelt en (2) de zaak namens het ziekenhuis door de aansprakelijkheidsverzekeraar wordt afgewikkeld. De vraag is of dit consequenties heeft (of zou moeten hebben) voor de inhoud van de te ontwerpen medische machtiging. Daar bestaat op dit moment nog geen helder zicht op. Het wordt om deze reden wel raadzaam geacht in het vervolgtraject naast het VUmc nog een ziekenhuis bij de werkzaamheden van de werkgroep te betrekken.

2.25 Een van de deelnemers merkt op dat de medische machtiging / medische volmacht die is ontwikkeld in het kader van de WIMP, uitstekend is geformuleerd voor wat betreft de tekst en uitleg aan de benadeelde met betrekking tot wat er met zijn medische gegevens gebeurt en hoe hij controle kan houden over zijn medische gegevens. Het is de moeite waard te kijken in hoeverre deze documenten ook bruikbaar zijn voor de machtiging in medische aansprakelijkheidszaken. Daarbij wordt ook de suggestie gedaan voor een gefaseerd medische machtigingstraject: (i) het inventariseren van de feitelijke situatie ter beoordeling van het al dan niet indienen van een claim; (ii) de beoordeling van de medische aansprakelijkheidsvraag; en (iii) de beoordeling van de schade als gevolg van de medische fout.

2.26 In zijn algemeenheid wordt opgemerkt dat bij de ontwikkeling van de GOMA 2.0 rekening moet worden gehouden met de (steeds vaker voorkomende) praktijk dat ziekenhuizen deels zelf hun schades regelen. De huidige GOMA (althans het tweede deel) is daar niet goed op ingericht.

3. Afsluiting

De onderzoekers geven aan dat zij zullen nadenken over het vervolg en wellicht al een eerste concept voor een medische machtiging kunnen formuleren. Zij zijn positief gestemd naar aanleiding van deze eerste bijeenkomst en zien mogelijkheden voor een oplossingsrichting. Het merendeel van de deelnemers sluit zich hierbij aan.