

Een eenvoudige procedure

De behandeling van schadeclaims door de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Nienke Doornbos
Patricia van Reijssen

december 1999
Faculteit der Rechtsgeleerdheid
Katholieke Universiteit Nijmegen

Woord vooraf

Deze publicatie over de Geschillencommissie Ziekenhuizen is tot stand gekomen mede dankzij de medewerking van verschillende personen en instanties.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft dit onderzoek mogelijk gemaakt. Met de heer mr. P.W.H.M. Francissen bespraken wij in een vroegtijdig stadium de onderzoeksopzet. De bij het experiment met de Geschillencommissie Ziekenhuizen betrokken personen en instanties, de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken, MediRisk, de ziekenhuizen, koepelorganisaties, en niet in de laatste plaats de voorzitters en leden van de Geschillencommissie Ziekenhuizen waren bereid al onze vragen te beantwoorden en gegevens voor het onderzoek te verstrekken. In het bijzonder bedanken wij de secretaris van de Geschillencommissie mevrouw mr. M.F. Gerke (Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken) en mevrouw drs. A.M. Hamersma van MediRisk.

Patiënten, hun vertegenwoordigers en artsen wier geschil aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen is voorgelegd - in dit boek oneerbiedig aangeduid als klagers en verweerders - duldden onze aanwezigheid ter zitting van de Geschillencommissie, ook waar het persoonlijke en pijnlijke ervaringen betrof.

Aan het experiment is een begeleidingscommissie verbonden onder voorzitterschap van prof. mr. J.H. Hubben. In deze commissie hebben zitting de heer mr. P.C. de Klerk (Consumentenbond), de heer mr. M.E.M. Nuyten (NVZ Vereniging van Ziekenhuizen) en de heer mr. W.P. Rijksen (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst). Als leden met een adviserende stem zijn vertegenwoordigd het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de persoon van mevrouw drs. H.M.W. Lucassen, alsmede MediRisk in de persoon van de heer mr. J.W.M. Stappers. De Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken, die het experiment heeft gefaciliteerd, is in de vergaderingen vertegenwoordigd door mevrouw mr. M.F. Gerke en de heer mr. J. Nijgh. De begeleidingscommissie heeft de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen gedurende het experiment nauwlettend gevolgd, ervoor zorggedragen dat de Commissie een ruimere bekendheid kreeg en voorts de goede voortgang van het experiment bewaakt. De concept-tekst van dit boek is besproken in de vergadering van de begeleidingscommissie. Wij danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun opmerkingen en suggesties ter verbetering. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit boek ligt uiteraard bij de auteurs.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in een samenwerkingsverband van de sectie Gezondheidsrecht en het Instituut voor Rechtssociologie van de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Katholieke Universiteit Nijmegen. De begeleiding van de kant van de sectie Gezondheidsrecht en de coördinatie van het onderzoeksproject was in handen van prof. mr. J.H. Hubben. Van de kant van het Instituut voor Rechtsociologie is het onderzoek begeleid door prof. mr. C.A. Groenendijk en mevrouw dr. L.E. de Groot-van Leeuwen. Wij hebben dankbaar gebruik gemaakt van hun waardevolle adviezen. Mevrouw H. van de Put verzorgde de opmaak van dit boek.

Nijmegen, december 1999

Nienke Doornbos

Patricia van Reijssen

Inhoud

Woord vooraf

Lijst van gebruikte afkortingen

Lijst van tabellen

1 Inleiding 5

1.1 Enkele theoretische achtergronden 7

Het macro-niveau: vormen van geschillenbeslechting

Het micro-niveau: de waardering van de gevolgde klachtenprocedure

Asymmetrische verhoudingen

1.2 Onderzoeksvragen 14

1.3 Werkwijze en methode 16

1.4 Enkele begrippen 19

1.5 Opzet van dit boek 19

2 Klachten en claims in de gezondheidszorg:

regelgeving en praktijk 21

2.1 Interne klachtenbehandeling en klachtenbemiddeling 21

Regelgeving

De praktijk van de klachtenbehandeling

Voorlichting aan klagers

De organisatie van de klachtenbehandeling

De klachtencommissie

Registratie van klachten

2.2 De schadeclaim bij het ziekenhuis 27

Regelgeving

De praktijk van de schadebehandeling

De beoordeling van schadeclaims door MediRisk

2.3 Twee gescheiden trajecten 29

3 Achtergronden, procedure en werkwijze van de Geschillencommissie Ziekenhuizen

3.1 De oprichting 31

De voorgeschiedenis

De Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken

De toetreding van de ziekenhuizen tot de Geschillencommissie

3.2 De procedure en werkwijze 34

De samenstelling

Bevoegdheid en ontvankelijkheid

De behandeling van geschillen

4Aantallen klachten 43

4.1Een piramide van klachten en claims 43

'Naming, blaming, claiming'

Aantal ingediende claims in ziekenhuizen

Aantal schadeclaims bij MediRisk

Aantal claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Klagers die hun klacht niet hebben doorgezet

4.2Factoren die een rol spelen bij het beroep op de Geschillencommissie 49

De zeeffunctie van de interne klachtenopvang

Bekendheid van de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Terughoudendheid

5Ter zitting 54

5.1Het perspectief van de klager 54

Wie klagen bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen?

Rechtsbijstandsverleners

Wat willen klagers bereiken met hun klacht?

5.2Het perspectief van het ziekenhuis en de arts 61

Wie worden aangeklaagd?

Aanwezigheid ter zitting

Het verweer

Verontschuldiging

5.3Het perspectief van de Geschillencommissie 68

Het verloop van de zitting

Deskundigheid

Vraagstelling

6De uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen: duur, uitkomst en doorwerking 74

6.1Het aantal uitspraken en de uitkomsten 74

Onbevoegdheid

Niet-ontvankelijkheid

De hoogte van de schadevergoeding

6.2De behandelingsduur van zaken 80

6.3De jurisprudentie van de Geschillencommissie 82

Gevolgen van afwezigheid ter zitting

Relatie met de reguliere rechtspraak

Niet-lijdelijkheid

De betekenis van klachtenbehandeling in het voortraject voor de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Rechtseenheid in de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Toetsing van het bindend advies door de civiele rechter

6.4De doorwerking van de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen 88

Informatie

Transformatie en verwerking

7De waardering van partijen voor de Geschillencommissie 92

7.1Klagers 92

Eerdere klachtenbehandeling in het ziekenhuis en bij MediRisk

7.2Artsen 95

Eerdere klachtenbehandeling in het ziekenhuis en bij MediRisk

8Samenvatting en slotbeschouwing 100

Van onvrede naar klacht, van klacht naar claim

Aantallen klachten en claims in ziekenhuizen

Aantallen claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen

De behandeling van claims door de Geschillencommissie

Uitkomsten

Goedkoop en snel?

De effecten van de klachtenbehandeling

De afwikkeling van de toegewezen vorderingen

Tot slot

Literatuur 109

Bijlagen

Lijst van gebruikte afkortingen

a.w.aangehaald werk

art.artikel

BOPZWet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

BWBurgerlijk Wetboek

CBSCentraal Bureau voor de Statistiek

diss.dissertatie

g.g.b.geen gegevens bekend

IKGInformatiebureau Klachtenopvang in de Gezondheidszorg

KNMGKoninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

KUNKatholieke Universiteit Nijmegen

MediRiskOnderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg
MediRisk

MvTMemorie van Toelichting

NJNederlandse Jurisprudentie

NVZNVZ Vereniging van Ziekenhuizen

SGCStichting Geschillencommissies voor consumentenzaken

t.a.p.ter aangehaalde plaats

TvGRTijdschrift voor Gezondheidsrecht

VKIGVereniging voor Klachtenfunctionarissen in de Gezondheidszorg

VWSMinisterie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WKCZWet klachtrecht cliënten zorgsector

Lijst van tabellen

Tabel 2.1 Hoogte van de uitkeringen door MediRisk naar jaar van afdoening

Tabel 4.1 Gemiddeld aantal klachten en claims ingediend in 1997 naar omvang van het ziekenhuis

Tabel 4.2 Aantal ingediende claims bij MediRisk

Tabel 4.3 Bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ingediende claims en behandelde zaken naar jaar van indiening

Tabel 5.1 Klagers naar leeftijd en geslacht

Tabel 5.2 Klagers bij de Geschillencommissie naar provincie

Tabel 5.3 Aantal keren dat over ziekenhuizen uitspraak is gedaan door de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Tabel 5.4 Aantal schadeclaims naar specialisme van de arts

Tabel 6.1 Aantal uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen en aantal uitspraken waarin een schadevergoeding is toegekend

Tabel 6.2 Kwalificatie eindbeslissingen Geschillencommissie Ziekenhuizen

Tabel 6.3 Hoogte van de toegewezen schadevergoeding naar onderscheiden categorieën

Tabel 6.4 Gemiddelde hoogte van de toegewezen materiële en immateriële schadevergoeding per jaar

Tabel 6.5 Behandelingsduur: van indiening tot aan de uitspraak

Tabel 7.1 Waardering van klagers voor de gang van zaken bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en voor de uitspraken van de Commissie

Tabel 7.2 Antwoorden van klagers op stellingen over de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Tabel 7.3 Waardering van artsen voor de gang van zaken bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en voor de uitspraken van de Geschillencommissie

Tabel 7.4 Antwoorden van artsen op stellingen over de Geschillencommissie Ziekenhuizen

1Inleiding

Op 1 oktober 1996 is door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het startschot gegeven voor het experiment met de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Deze commissie behandelt geschillen tussen patiënten en ziekenhuizen over zaak- en persoonschade tot een maximumbedrag van f 7500,-. Het betreft een experiment met een looptijd van 3,5 jaar, waaraan 38 ziekenhuizen met 59 vestigingen verspreid over geheel Nederland, deelnemen. De procedure is bedoeld voor de behandeling van eenvoudige schadezaken. De Commissie komt pas in beeld indien de patiënt met het ziekenhuis geen overeenstemming heeft kunnen bereiken over de behandeling van de claim. De Commissie beoordeelt, mede aan de hand van het beginsel van redelijkheid en billijkheid, of de ontstane schade aan het ziekenhuis is toe te rekenen en beslist bij wege van bindend advies. De Geschillencommissie ressorteert onder de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken (SGC).¹

Het experiment is tot stand gekomen in samenwerking tussen de Consumentenbond, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de onderlinge waarborgmaatschappij MediRisk. Daar is een aantal jaren van overleg aan vooraf gegaan. Al in 1989 adviseerde de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een geschillencommissie in de gezondheidszorg in te stellen.² Een dergelijke geschillencommissie zou laagdrempelig moeten zijn, (verdere) escalatie van de klacht moeten voorkomen en een korte behandelingstijd dienen te hebben. Als bezwaar werd destijds naar voren gebracht dat de Geschillencommissie zou moeten oordelen over inspanningsverbintenissen in plaats van over resultaatsverbintenissen, zoals bij andere geschillencommissies het geval is, bijvoorbeeld bij de Commissies Reizen, Bankzaken of Openbare Nutsbedrijven.³ De arts die een behandelingsovereenkomst is aangegaan met een patiënt, verplicht zich om voldoende inspanning (zorg, toewijding) te leveren voor het bereiken van een bepaald doel of resultaat; tot het resultaat zelf is hij⁴ echter niet of zelden gehouden. Mede vanwege deze iets andere beoordeling, stelde de Nationale Raad voor alleen eenvoudige zaken tot een maximumbedrag van f 5.000,- aan de Geschillencommissie voor te leggen.

In een dossieronderzoek naar de afwikkeling van medische schadeclaims in de periode 1980-1990 zijn Angenent & Hubben nagegaan welke zaken voor behandeling door een geschillencommissie in aanmerking komen. Nagenoeg de helft van de zaken waarin de verzekeraar tot uitkering is overgegaan, blijkt een schadezaak onder de f 5.000,- te zijn. Deze

1J.H. Hubben (1996), Geschillencommissie Ziekenhuizen van start. Een experiment in dertig ziekenhuizen. *Medisch Contact*, jrg. 51, nr. 39, p. 1238-1239.

2Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989), *Klachttopvang in de gezondheidszorg*. Publicatie 24/'89.

3Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1993), Een geschillencommissie in de gezondheidszorg. Verslag van een onderzoek. *Medisch Contact*, jrg. 48, p. 1335-1338.

4Terwille van de leesbaarheid van dit boek wordt alleen de hij-vorm gebruikt, tenzij het voor de context van belang is aan te geven dat het een vrouw betreft.

zogenoemde kleine schadezaken zijn vervolgens vergeleken met zaken waarin grotere uitkeringen waren gedaan. In de kleine schadezaken zijn minder adviezen van neutrale deskundigen aangevraagd en er zijn minder rechtsbijstandsverleners bij betrokken. Zelden of nooit leiden deze zaken tot een tuchtrechtelijke of civiele procedure. In de kleine zaken is bovendien minder vaak door de verzekeraar schadevergoeding voor gedeelde levensvreugde (smartengeld) toegekend. Bij de kleine uitkeringen gaat het in vergelijking met de grote uitkeringen vaker om kleine verrichtingen, zoals bijvoorbeeld het onder narcose brengen of injecteren van de patiënt, dan om risicovolle ingrepen, zoals operaties. Hieruit leiden de onderzoekers af dat de kleine schade-uitkeringen over het algemeen gevallen betreffen van eenvoudige aard, zowel in medisch als in juridisch opzicht.⁵ Een dossieronderzoek van de Consumentenbond naar vragen en klachten die bij de eigen Juridische Ledenservice zijn ingediend in de jaren 1986 tot en met 1990, heeft tot vergelijkbare conclusies geleid.⁶

Met de instelling van de Geschillencommissie Ziekenhuizen is beoogd een snel, goedkoop en eenvoudig alternatief aan te bieden voor de behandeling van geschillen door de civiele rechter. Een procedure bij de civiele rechter heeft als nadelen de lange behandelingsduur en de kosten die daarmee gemoeid zijn.⁷ In 2000 zal worden geëvalueerd of de Geschillencommissie daarin is geslaagd. Het onderzoek, waarvan hier verslag wordt gedaan, beoogt de voor die evaluatie benodigde gegevens bijeen te brengen. Gedurende drie jaar hebben wij de Geschillencommissie Ziekenhuizen gevolgd: zittingen bijgewoond, uitspraken bestudeerd, vertegenwoordigers van ziekenhuizen, artsen en klagers naar hun mening gevraagd over de wijze waarop geschillen zijn behandeld en gesprekken gevoerd met commissieleden en andere betrokkenen. In dit boek worden deze eigen observaties en de meningen en ervaringen van betrokkenen bijeen gebracht.

Dit onderzoek is echter niet alleen relevant voor de beslissing rond het voortbestaan van de Geschillencommissie. Er komen thema's aan de orde die interessant zijn voor direct betrokkenen - artsen, klachtenfunctionarissen en andere vertegenwoordigers van ziekenhuizen, patiënten die overwegen een klacht in te dienen - en die relevant zijn voor het bredere terrein van het gezondheidsrecht en de sociologie van het recht. Voor het terrein van het gezondheidsrecht heeft het onderzoek betekenis, onder meer omdat het inzicht geeft in de plaats die de Geschillencommissie inneemt ten opzichte van andere klachtenprocedures in de gezondheidszorg en in de wijze waarop de Geschillencommissie omgaat met juridische kwesties rond aansprakelijkheid, causaliteit en 'informed consent'. Voor de rechtssociologie is het onderzoek interessant, onder meer omdat het inzicht biedt in het verloop van geschillen - van indiening daarvan bij de ziekenhuizen tot aan de afdoening door de verzekeraar - en in de verwachtingen die rechtzoekenden daarbij hebben. Ook het feit dat het hier klachten

⁵Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1992), *Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990*. Katholieke Universiteit Nijmegen, reeks recht & samenleving, nr. 6. Zie ook Angenent & Hubben (1993), a.w.

⁶Consumentenbond (1992), *Klachten in de zorg. Inventariserend onderzoek naar consumentenklachten in een aantal sectoren van de gezondheidszorg*.

⁷Zie B. Sluyters, Tucht recht en civiel recht; verschillen en mogelijkheden. *Medisch Contact* 1996, p. 1312-1313; Kist, A.H. (1993), Over de achterstand in de civiele sector. In: U.W. Bentinck, M.M. Beins, A.H. Kist & Th.H. Lindt (red.), *Kabaal in Holland*, Arnhem: Gouda Quint, p. 157-161.

betreft over beoefenaars van een van de klassieke vertrouwensberoepen (arts, notaris, advocaat) maakt de Geschillencommissie bijzonder. Er is een tendens bij deze beroepen om naast het wettelijk geregelde tuchtrecht en de mogelijkheid tot het voeren van civiele procedures een meer toegankelijke klachtenprocedure aan ontevreden patiënten of cliënten aan te bieden. Zo is in 1999 een experiment met een Geschillencommissie Advocatuur van start gegaan.

Geschillencommissies bewegen zich in een spanningsveld, waarin snelheid, kostenreductie, procedurele en materiële rechtvaardigheid en aanvaarding van uitspraken soms verenigbaar en soms strijdig zijn met elkaar. In paragraaf 1.1 worden enkele theoretische achtergronden besproken die een leidraad kunnen zijn voor de plaatsbepaling van de Geschillencommissie in dit spanningsveld en de wijze waarop de geschillenbeslechting door betrokkenen wordt ervaren. Vervolgens bespreken we de onderzoeksvragen en de verschillende onderzoeksmethoden: interviews, observaties en schriftelijke vragenlijsten. Enkele begrippen worden in paragraaf 1.4 besproken; de opzet van dit boek wordt in paragraaf 1.5 toegelicht.

1.1 Enkele theoretische achtergronden Error! Bookmark not defined.

Verreweg de meeste patiënten die ontevreden zijn over hun medische behandeling dienen geen klacht in. Ontevreden patiënten zijn in het algemeen meer geïnteresseerd in hoe zij alsnog goede medische zorg kunnen krijgen, dan hoe zij slechte medische zorg hebben gekregen.⁸ Verkruijsen ondervroeg 1306 personen die in de twee jaar voorafgaand aan het interview contact hebben gehad met één of meer medische hulpverleners. Circa 16 % van de respondenten was ontevreden over het contact. De ontevreden patiënten bespraken hun klachten met de eigen arts of met een andere arts, een enkeling schreef een boze brief, maar geen van hen diende een klacht in bij een medisch tuchtcollege.⁹ Bij het bepalen welke acties zij ondernemen, wegen ontevreden patiënten tegen elkaar af: hun ingeschatte behoefte aan goede medische zorg op korte termijn, hun ingeschatte behoefte aan goede medische zorg op lange termijn, en de ingeschatte effectiviteit of schadelijkheid van mogelijke pogingen om de kwaliteit van de medische zorg te beïnvloeden. Bij toepassing van dit 'afwegingsprincipe' handelen patiënten naar het adagium 'bij twijfel, niet doen'.¹⁰ Dienen patiënten echter eenmaal een klacht in, dan willen zij dat deze serieus en zorgvuldig behandeld wordt.¹¹ Dat

⁸Verkruijsen, W.G. (1993), *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions*. Groningen.

⁹Verkruijsen (1993), a.w., p. 151-219. Ook uit de Harvard Medical Practice Study, waarin de gegevens van 30.195 patiënten in 51 ziekenhuizen in de staat New York zijn geanalyseerd, blijkt dat slechts 2 % van de behandelingen die onzorgvuldig zijn geweest leidt tot een claim. Het aantal claims correspondeert niet met het aantal onzorgvuldige behandelingen: veel fouten blijven zonder gevolg, terwijl tegelijkertijd veel claims worden ingediend waar geen onzorgvuldig handelen aan ten grondslag ligt. Artsen schatten zelf het risico dat zij aangeklaagd worden velen malen hoger in. In gevallen waarin onzorgvuldig was gehandeld, schatten artsen het risico van een rechtzaak in op 60 % Weiler et al. (1993), *A measure of malpractice: medical injury, malpractice litigation, and patient compensation*. Cambridge: Harvard University Press, p. 68-76 en p. 124-134.

¹⁰Verkruijsen (1993), a.w., p. 172.

¹¹Lloyd-Bostock, S. & L. Mulcahy (1994), *The social psychology of making and responding to hospital complaints: an*

geldt voor zowel patiënten als voor artsen. De inrichting en organisatie van de geschillenbeslechting moet een uitkomst garanderen, die op een voor betrokkenen aanvaardbare wijze tot stand komt.

Wil een geschillenprocedure in Nederland als procedureel rechtvaardig worden beschouwd, dan zal in de eerste plaats aan een aantal formele eisen moeten worden voldaan, zoals aan het beginsel van hoor en wederhoor of aan het beginsel van een redelijke termijn. Toegepast op klachtenprocedures wordt wel gesproken van 'algemene beginselen van behoorlijk klachtrecht'.¹² Het gaat dan om zaken als bereikbaarheid, laagdrempeligheid, toegankelijkheid, deskundigheid, objectiviteit en onafhankelijkheid van de klachtbehandelaars, mogelijkheid van rechtsbijstand, openbaarheid en andere procedurele waarborgen.¹³ Voorop staat echter dat partijen gewoonweg correct en met respect behandeld willen worden.¹⁴ Voor de aangeklaagde beroepsbeoefenaar is het verschijnen voor een geschillencommissie of een tuchtcollege op zichzelf al een straf, daarom is het des te meer van belang dat hem de gelegenheid wordt geboden in alle rust zijn visie op de klacht toe te lichten. Pas sinds de jaren '80 wordt ook aandacht geschonken aan de positie van de klager in klachtenprocedures. De rol van de klager was voorheen meestal beperkt tot die van 'aangever' van de klacht; zijn positie liet zich nog het beste vergelijken met die van een slachtoffer in het strafrecht. Tegenwoordig is de klager procespartij.¹⁵

Uit de literatuur over klachten- en geschillenbeslechting kunnen twee vragen gedestilleerd worden, die voor dit onderzoek van betekenis zijn. Ten eerste een vraag op macro-niveau: indien klagers de keuze hebben uit verschillende procedures, welke procedure kiezen zij dan en wat zijn hun overwegingen daarbij? Deze vraag is voor ons onderzoek van belang, niet omdat wij allerlei verschillende procedures daadwerkelijk hebben onderzocht en deze vraag uitputtend kunnen beantwoorden, maar omdat het de Geschillencommissie Ziekenhuizen in een bredere context kan plaatsen. De Geschillencommissie Ziekenhuizen is bezig zich een plaats te verwerven binnen het veld van het gezondheidsrecht, waar ook andere klachtmogelijkheden zijn (civiele rechter, tuchtrechter, interne klachtrechtspraak). Verondersteld kan worden dat ook klagers en aangeklaagden de Geschillencommissie zullen zien als één van de mogelijkheden om hun geschil te beslechten. Ten tweede is een vraag op micro-niveau van belang: hoe waarderen klagers en aangeklaagden de klachtenprocedure die

account model of complaint processes. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 141.

12Zie Kastelein, W.R. (1994), *Van klagen naar klachtrecht. Het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg*. Arnhem: Gouda Quint (tweede druk), p. 32-34; Leijten, M.J.C. (1991), *Tuchtrecht getoetst, een onderzoek naar de betekenis van grondrechten voor de wettelijke regeling van tuchtrecht en van de tuchtprocedure*, Arnhem, p. 131-170; Boer, A.N.G. (1990), *Beslechting van consumentengeschillen naar Nederlands recht*. Deventer: Kluwer, p. 33-37.

13Niemeijer, E. & P.C. Ippel (1994), Nut en nadeel van klachtbehandeling. Een bespreking van vier proefschriften. *NJB*, afl. 20, p. 686.

14Lind, E.A., R.J. Maccoun, P.A. Ebener, W.L.F. Felstiner, D.R. Hensler, J. Resnik & T.R. Tyler (1990), In the eye of the beholder: tort litigants' evaluations of their experiences in the civil justice system. *Law & Society Review*, vol. 24 (4), p. 981.

15Bitter, J.B. (1984), Het advocatentuchtrecht. In: Nederlandse Vereniging voor Procesrecht, *Tuchtrecht en Fair Play*. Zwolle, Tjeenk Willink; Brauw, P.J.W. de (1985). De positie van de klager in het medisch tuchtrecht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, p. 79-84.

zij zelf hebben doorlopen? Laten zij zich in hun oordeel uitsluitend leiden door de uitkomst, zoals vaak wordt verondersteld, of (ook) door de wijze waarop die uitkomst tot stand is gekomen, de procedure? Ook deze vraag is voor ons onderzoek van belang. Als een geschillencommissie of klachtenprocedure immers als procedureel rechtvaardig wordt beschouwd, zullen partijen er in de toekomst wellicht opnieuw een beroep op doen en zullen zij ook anderen aanraden dat te doen.

Het macro-niveau: vormen van geschillenbeslechting **Error! Bookmark not defined.**

Schuyt¹⁶ heeft een indeling gemaakt van vormen van geschillenbeslechting, die integraal is weergegeven in schema 1.1. Deze vormen van geschillenbeslechting kunnen naast elkaar worden toegepast. Zij variëren naar mate van formalisering (de vierde groep, de juridisch-rechterlijke, is de meest formele) en naar de mate waarin het conflict door één of twee partijen wordt beslecht of met behulp van een derde.

De vormen van geschillenbeslechting binnen de gezondheidszorg kunnen zich op alle niveaus afspelen. Indien een patiënt een klacht heeft over een arts in een ziekenhuis kan hij besluiten zich aan het oordeel van de arts te onderwerpen, bijvoorbeeld omdat hij erg tegen de arts opkijkt en hem niet durft tegen te spreken. Hij kan ook kiezen voor de 'exit'-optie en het voortaan zonder medische hulp stellen of zijn toevlucht zoeken tot een andere arts (de eerste groep in het schema van Schuyt). Hij kan zijn klacht aan zijn arts kenbaar maken en die met hem bespreken (tweede groep). Indien dat niet tot het gewenste resultaat leidt, kan hij zich wenden tot het Patiëntenservicebureau, de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie van het ziekenhuis, die de klacht - al dan niet na overleg met de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis - inhoudelijk kan beoordelen of daarin kan proberen te bemiddelen. Schuyt noemt deze groep van geschillenbeslechtingsvormen 'pre-juridisch', omdat er al een beroep wordt gedaan op een derde partij, maar deze niet sterk is gebonden aan regels en procedures (derde groep). In de vierde groep geven onpersoonlijke regels de doorslag en zijn procedures geformaliseerd. De civiele rechtspraak, de tuchtspraak en de procedure bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen kunnen hier geplaatst worden. Daarnaast is juridisch-politieke actie mogelijk (vijfde groep); naar aanleiding van een klacht sluit men zich bijvoorbeeld aan bij een patiëntenvereniging of benadert men een kamerlid of minister. Aggressie tegen artsen (zesde groep) ten slotte komt ook voor.¹⁷

¹⁶Schuyt, C.J.M. (1983), *Recht en samenleving: centrale problemen, alternatieven en overzichten*. Assen: Van Gorcum, p. 56.

¹⁷Op 22 april 1999 is een congres aan dit thema gewijd 'Aggressie in de gezondheidszorg'. *Nursing: het vakmagazine voor verpleegkundigen*, 1999, vol. 1, p. 8-10.

Schema 1.1 Schuyt's indeling van vormen van geschillenbeslechting

Zesde groep: gewelddadige beslechting	geweld
Vijfde groep: juridisch politiek	geweldloze weerbaarheid politieke en sociale actie legislatieve besluitvorming bestuurlijke oplossingen
Vierde groep: juridisch-rechterlijk	strafrechtelijk rechtsgeding civiel geding, administratief geding judiciële schikking kort geding arbitrage (bindend advies)
Derde groep: pre-juridisch	bemiddeling schikking verzoening klacht, klachtenbureau, klachtencommissie, ombudslieden
Tweede groep: in eigen beheer	loten onderhandelen overleg
Eerste groep: eenzijdige beslechting	voorlopige onderwerping exit onderwerping

Bron: Schuyt, C.J.M. (1983), *Recht en samenleving*. Assen: Van Gorcum, p. 56.

De Geschillencommissie Ziekenhuizen doet uitspraak bij wege van bindend advies. Deze vorm van geschillenbeslechting kan, zoals gezegd, geplaatst worden in de vierde groep (in de oorspronkelijke indeling van Schuyt wordt het bindend advies niet genoemd). Bij bindend advies wordt de beslissing door partijen vrijwillig opgedragen aan een buiten partijen staande derde. De term 'advies' is enigszins misleidend, omdat deze de suggestie wekt dat een partij het advies naast zich neer zou kunnen leggen indien deze haar niet aanstaat. Dat is niet het geval.¹⁸ Het bindende karakter van de uitspraak komt ook tot uitdrukking in de correspondentie tussen het secretariaat van de Stichting Geschillencommissies voor

¹⁸Stein, P.A. (1997), *Compendium van het burgerlijk procesrecht*. Deventer: Kluwer, p. 258-259.

consumentenzaken en klagers, waar het secretariaat bij het toezenden van het advies schrijft: 'De uitspraak vormt het sluitstuk van de behandeling door de Geschillencommissie Ziekenhuizen; de uitspraak is voor beide partijen bindend.' Een belangrijk juridisch verschil in rechtsgevolg tussen bindend advies en arbitrage of een rechterlijke uitspraak is dat het bindend advies niet tot een vonnis voert dat een executoriale titel oplevert.¹⁹ Om deze reden werkt de SGC met zogenoemde nakomingsgaranties: de branche-organisatie staat garant voor het nakomen van de verplichtingen van haar leden die voortvloeien uit een bindend advies van een geschillencommissie. Hiermee wordt voorkomen dat klagers alsnog naar de burgerlijke rechter moeten, indien de in het ongelijk gestelde ondernemer of dienstverlener weigert uitvoering te geven aan het bindend advies van de Geschillencommissie.

Het onderscheid in vormen van geschillenbeslechting naar de mate van interventie door een derde partij is in de jaren '70 algemeen gangbaar geworden. Volgens de sociaal-psychologen Thibaut & Walker hebben partijen er belang bij de zeggenschap van de derde partij beperkt te houden. Een procedure is naar hun mening 'rechtvaardig', indien partijen zelf invloed kunnen uitoefenen op de procedure, met name in de fase van de bewijsvoering, en relatief weinig zeggenschap uit handen hoeven geven aan een rechter of beslisser. Een dergelijke procedure leidt tot een grotere tevredenheid bij partijen en voorkomt dat de beslisser bepaalde aspecten van de zaak over het hoofd ziet.²⁰

Lind et al.²¹ vergeleken in een aantal staten van Amerika de waardering van partijen in vier verschillende procedures: het formele rechtsgeding, arbitrage bij de rechtbank²², een schikkingsprocedure bij de rechtbank²³, en bilaterale onderhandelingen. Tot hun verbazing waren partijen beter te spreken over de formele rechtbank- en arbitrageprocedure dan over de minder formele procedures. Dit komt voort uit de perceptie van partijen dat zij in deze formele procedures respectvol zijn behandeld. Het gaat volgens Lind c.s. vooral om de symbolische implicaties van de respectvolle behandeling. Het feit dat een zitting wordt georganiseerd, dat partijen uitgebreid aan het woord gelaten worden en dat de rechter(s) ook daadwerkelijk luisteren, geeft hen het idee dat hun zaak serieus genomen wordt. In de andere procedures werd vaak een financiële voorziening getroffen, waarbij partijen niet worden gehoord.²⁴

Het micro-niveau: de waardering van de gevolgde klachtenprocedure **Error! Bookmark not defined.**

Vaak wordt gedacht dat de tevredenheid van partijen rechtstreeks toegeschreven kan worden aan de uitkomst van de procedure; vooral van klagers wordt dat gedacht. Thibaut & Walker

¹⁹Stein (1997), a.w., p. 259.

²⁰Thibaut, J.W. & L. Walker (1975), *Procedural justice: a psychological analysis*. New York, p. 119.

²¹Lind, et al. (1990), a.w., p. 953-996.

²²In deze procedure ('court-annexed arbitration') hoort een advocaat-arbiter de partijen en doet een niet-bindende uitspraak over de aansprakelijkheid en de schade.

²³De 'settlement conference' is een procedure waarin een rechter assisteert in de schikkingsonderhandelingen tussen de advocaten van partijen.

²⁴Lind et al. (1990), a.w., p. 981.

toonden al in 1975 aan dat procedures als rechtvaardig kunnen worden beschouwd, ook al is de uitkomst voor de betrokkenen ongunstig.²⁵ Vrijwel elk klachtenonderzoek, ook recenter onderzoek in Nederland, laat een percentage klagers zien dat tevreden is over de procedure, ondanks het feit dat de klacht is afgewezen en - omgekeerd - een percentage klagers dat ontevreden is over de procedure, hoewel de klacht is toegewezen. De waardering van klagers hangt wel sterk samen met de uitkomst van de procedure, maar kan daar doorgaans niet volledig uit verklaard worden.²⁶

Lind c.s. gaan nog een stap verder en komen tot de conclusie dat percepties van rechtvaardigheid in letselschadezaken vrijwel geheel subjectief zijn en maar weinig te maken hebben met objectieve kenmerken van procedures, zoals de uitkomst en de duur van de procedure. Waar de uitkomst een rol speelde, was het omdat klagers een minder gunstige uitkomst hadden gekregen dan waarop zij hadden gerekend; het ging hierbij dus om een subjectieve beleving van de uitkomst (relatieve deprivatie). Maatregelen om procedures te verkorten of om de kosten van het procederen te verlagen hebben *op zichzelf* niet het effect dat partijen zich meer tevreden tonen. De cruciale factor voor de tevredenheid van partijen is de wijze waarop zij bejegend worden.²⁷

Systematisch onderzoek naar de wijze waarop beroepsbeoefenaren klachten en de behandeling daarvan ervaren, is schaars.²⁸ Uit onderzoek in de Verenigde Staten blijkt dat maar weinig artsen die zijn aangeklaagd hierover met anderen praten. Zij schamen zich en voelen zich geïsoleerd. Velen zien het als een persoonlijke aanval, waarbij hun integriteit wordt aangetast en sommigen verliezen het plezier in de uitoefening van hun vak.²⁹ Leidt de klachtenbehandeling tot een gedragsverandering van de betrokken beroepsbeoefenaar of de organisatie waarin deze werkzaam is? Deze 'doorwerking' van een klacht kan twee kanten

25Thibaut & Walker (1975), a.w.

26Doornbos, N. & L.E. de Groot-van Leeuwen (1997), *Klachten op orde; de behandeling van klachten over advocaten*, Deventer: Kluwer, p. 102; Timmer, J. & B. Niemeijer (1994), *Burger, overheid en Nationale ombudsman. Evaluatie van het instituut Nationale ombudsman*. Hugo Sinzheimer Instituut, Den Haag: SDU, p. 84; Breeuwsma, C.M., E. Helder, E. Niemeijer en M. Oosting (1982), *Arob-praktijken*. Deventer: Kluwer; Schuyt, C.J.M., A. Jettinghof, E. Lambregs & F. Zwart (1978), *Een beroep op de rechter*, Deventer.

27Lind et al. (1990), a.w., p. 984.

28Een van de weinige onderzoeken waar artsen zelf aan het woord worden gelaten heeft betrekking op de incompetent *collega* en de zelfregulerende mechanismen binnen de medische professie: Rosenthal, M.M. (1995), *The incompetent doctor. Behind closed doors*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press. Zie ook Lens, P. & G. van der Wal eds. (1997), *Problem Doctors; a conspiracy of silence*. Amsterdam: IOS Press. Rosenthal laat zien dat artsen, omdat zij alle zo kwetsbaar zijn voor het maken van fouten, zich vereenzelvigen met de falende arts en daardoor lange tijd de ogen sluiten (p. 15-26). Geconfronteerd met een 'problem doctor' (een arts die verslaafd is aan alcohol of drugs, overwerkt is of om andere redenen structureel niet goed functioneert), worden drie informele mechanismen in werking gezet: persoonlijke overreding in een vertrouwelijk gesprek, het min of meer stilzwijgend overnemen van werk (Rosenthal noemt dit 'the gentlemanly approach') of het mijden van de probleemcollega door patiënten niet meer door te verwijzen (p. 54-61). Uit het onderzoek van Rosenthal blijkt overigens ook weer hoe weinig patiënten klagen over disfunctionerende artsen (p. 26 en 129-131). Ook Lens & Van der Wal wijzen erop dat: 'The malfunctioning doctor is protected by other doctors, as well as by patients: the conspiracy of silence' (p. 262).

29Onderzoek van Sara C. Charles uit 1984, aangehaald in Ennis, M. & C. Vincent (1994), The effects of medical accidents and litigation on doctors and patients. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 103.

opgaan: de behandeling, het beleid of het protocol wordt aangepast aan de in het oordeel van de Geschillencommissie vervatte norm, of de aansprakelijkheid voor schade uit dergelijke handelingen wordt ingeperkt. Welke doorwerking klachten hebben, hangt af van de controlestijl van het rechtsprekend orgaan³⁰, maar ook van kenmerken van de ziekenhuisorganisatie (hierover meer in hoofdstuk 6).

Asymmetrische verhoudingen **Error! Bookmark not defined.**

Tot nog toe zijn we er steeds vanuit gegaan dat de partijen voor een geschillencommissie gelijkwaardig zijn en dat de partijen daadwerkelijk kunnen kiezen uit verschillende procedures. Dat beeld moet nu genuanceerd worden en zal in de loop van het onderzoek nog verder genuanceerd worden. Kennis en voorlichting over de voor- en nadelen van verschillende procedures kan cruciaal blijken te zijn voor de keuze van partijen voor een bepaalde procedure. De verwijzing van klagers door bijvoorbeeld klachtenfunctionarissen kan het beroep dat op een geschillencommissie wordt gedaan, sterk beïnvloeden.³¹

Tussen partijen bestaan doorgaans grote verschillen in opleidingsniveau, eerdere ervaring met juridische procedures, toegang tot professionele rechtshulp, macht, financiële middelen, ondersteuning vanuit een organisatie etc.³² De arts-patiëntrelatie is een afhankelijkheidsrelatie; de patiënt stelt vertrouwen in de arts, die exclusieve kennis heeft. De arts bepaalt gewoonlijk de duur en plaats van het contact.³³ Artsen staan hoog in aanzien.³⁴ Patiënten hebben doorgaans belang bij continuering van die relatie. Zoals gezegd is hun primaire zorg, ook nadat zij ontevreden zijn geraakt over een behandeling, het krijgen van een goede medische behandeling.³⁵

O'Barr & Conley wijzen erop dat lang niet alle klagers in staat zijn hun verhaal op een juridisch adequate manier te vertellen. Uit hun onderzoek naar *Small Claims Courts* in de Verenigde Staten komt naar voren dat klagers het op prijs stellen dat zij daar hun verhaal in gewone, alledaagse woorden kunnen doen.³⁶ Klagers kunnen even 'stoom afblazen', wat een neutraliserend effect heeft op het conflict.³⁷ Daar staat tegenover dat klagers doorgaans in

30Hertogh, M.L.M. (1997), *Consequenties van controle. De bestuurlijke doorwerking van het oordeel van de administratieve rechter en de Nationale ombudsman*. Dissertatie, Rijkuniversiteit Leiden.

31Vgl. Schuyt, C.J.M., K. Groenendijk & B.P. Sloot, *De weg naar het recht*. Deventer, 1976.

32Galanter, M. (1974), Why the 'haves' come out ahead, speculations on the limits of legal change. *Law and Society Review*, 9, p. 95-160.

33Freidson wees op de asymmetrie van de relatie. Freidson, E. (1970), *The Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead.

34Bakker, B., I. Sieben, P. Nieuwbeerta & H. Ganzeboom (1997), Maten voor prestige, sociaal-economische status en sociale klasse voor de standaard beroepen classificatie 1992. *Sociale Wetenschappen*, jrg. 40, nr. 1, p. 1-22.

35Al wijst Allsop er terecht op dat juist ook de continuïteit van de behandeling aanleiding kan zijn voor het indienen van een klacht, bijvoorbeeld in het geval een arts op vakantie gaat zonder zijn patiënten over te dragen. Allsop, J. (1994), Two sides to every story: complainants' and doctors' perspectives in disputes about medical care in a general practice setting. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 158.

36O'Barr, W.M. & J.M. Conley (1990), Litigant satisfaction versus legal adequacy in small claims court narratives. In: J.N. Levi & A.G. Walker (eds.), *Language in the judicial process*. New York/London: Plenum Press, p. 98.

37Abel, R.L. (1982), The Contradictions of Informal Justice. In: R.L. Abel ed. (1982), *The Politics of Informal Justice. Volume I. The American Experience*. Studies on Law and Social Control. New York: Academic Press, p. 284.

hun relaas niet de deductieve structuur aanbrenge, waarmee rechters doorgaans vertrouwd zijn.³⁸

In de civiele rechtspraak wordt de asymmetrie in de verhouding tussen de procespartijen doorgaans verminderd door het optreden van advocaten. Het inschakelen van advocaten bij geschillencommissies voor consumentenzaken is echter ongebruikelijk.³⁹ Volgens de voormalig voorzitter van de Geschillencommissie Wonen Ten Berg-Koolen is professionele rechtsbijstand beslist niet nodig: 'De Commissie (Wonen, auteurs) is erop ingesteld dat de partijen zich taalkundig en juridisch niet altijd even zuiver uitdrukken en herleidt het gestelde zelf wel tot de juridisch relevante vragen' (p. 199). Professionele rechtsbijstand kan volgens haar negatieve effecten hebben, zoals een accentverschuiving naar formele aspecten, een verlenging van de duur van de procedure, een kostenverhoging en een vermindering van de mondigheid van de consumenten en ondernemers.⁴⁰

Het voorafgaande roept allerlei vragen op, zoals: welke rol spelen advocaten bij de procedure voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen? Zouden klagers een beroep op een andere klachtenprocedure hebben gedaan, indien zij niet naar de Geschillencommissie Ziekenhuizen hadden kunnen gaan? Kunnen klagers de verschillende procedures wel goed beoordelen en is er inderdaad sprake van een vrije keuze? Uit de literatuur komen verschillende kenmerken en factoren naar voren, waaraan in het onderzoek aandacht moet worden besteed: de aard van de zaak en de uitkomst en duur van de procedure, maar ook de subjectieve relatie tussen de procespartijen en die tussen hen en de onafhankelijke 'derde partij', de manier waarop zowel klagers als aangeklaagden het woord voeren en invloed uitoefenen op de procedure, en het onderscheid in de waardering van de uitkomst en de waardering van de procedure door partijen. In de volgende paragraaf worden de onderzoeksvragen uitgewerkt.

1.2 Onderzoeksvragen

Niemeijer & Ippel onderscheiden drie stadia in de geschillenbeslechting waar onderzoek naar tucht- en klachtenregelingen betrekking op heeft.⁴¹ Deze kunnen als volgt kort worden beschreven.

Het eerste stadium speelt zich af vóór de indiening van een klacht of claim. Dit stadium betreft de wijze waarop onvrede zich een weg baant naar genstitutionaliseerde klachtenopvang. Felstiner, Abel & Sarat hebben dit proces aangeduid met de klassieke begrippen 'naming', 'blaming' en 'claiming'.⁴² Onderzoek op dit terrein geeft inzicht in de

38 O'Barr & Conley (1990), a.w., p. 98. Zie ook Allsop (1994), a.w., p. 157.

39 Overeem, R. (1992), Advocaat en bindend adviseur in zaken voor geschillencommissies. Een bespiegeling. In: *De rechter aan de kant. Alternatieve geschillenbeslechting*. Jonge balie congres 1992, Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink, p. 41-48.

40 Berg-Koolen, J. ten (1991), De Geschillencommissie voor consumentenzaken en de beginselen van behoorlijk procesrecht. *Nederlands Juristen Blad*, afl. 30, p. 1231-1233.

41 Niemeijer, E. & P.C. Ippel (1994), a.w., p. 648.

42 Felstiner, W.L.F., R.L. Abel en A. Sarat (1981), 'The emergence and transformation of disputes: naming, blaming, claiming', *Law and Society Review*, p. 631 e.v.

vraag hoe onvrede wordt benoemd tot klacht, hoe vaak die klacht tegenover wederpartijen wordt geuit en in welke gevallen een schadeclaim wordt ingediend. De verwachtingen van klagers en de redenen voor het al dan niet indienen van claims kunnen in dit stadium aan het licht komen.

In het tweede stadium is de klachteninstantie, in ons geval de Geschillencommissie Ziekenhuizen, zelf onderwerp van onderzoek. Procesrechtelijke aspecten, de wijze van besluitvorming en de samenstelling van de Commissie worden bestudeerd. Daarnaast kan worden nagegaan hoe de behandeling bij de Geschillencommissie in de praktijk verloopt en of deze voldoet aan vooraf gestelde doelstellingen en verwachtingen.⁴³

Het derde stadium van geschillenbeslechting betreft de effecten van de klachtenbehandeling op de werkwijze in regelgeving en praktijk.⁴⁴ De invloed van de beslissingen op het gedrag van diverse actoren (artsen, patiënten, verzekeraar) staat hierbij centraal.

Ons onderzoek heeft betrekking op alle drie genoemde stadia: op het 'voortraject', op de geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Ziekenhuizen en op de effecten van de geschillenbeslechting. De onderzoeksvragen zijn hieronder per stadium geformuleerd; tussen haakjes staat het hoofdstuk vermeldt waarin de vraag aan de orde komt.

1. Het 'voortraject'

- hoe worden klachten en claims die uiteindelijk bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen (kunnen) komen in de ziekenhuizen behandeld? (H2)
- hoe verloopt de voorlichting aan klagers over de verschillende klachtmogelijkheden? (H2)
- op welke wijze behandelt de verzekeraar van de ziekenhuizen claims? (H2)
- hoeveel klachten en claims worden in de ziekenhuizen ingediend en hoeveel claims worden doorgezonden aan de verzekeraar? (H4)

2. De geschillenbeslechting door de Geschillencommissie Ziekenhuizen

- hoe is de procedure ingericht? (H3)
- hoeveel klachten zijn ingediend? (H4)
- hoe verloopt de zitting? Welke partijen zijn bij de zitting aanwezig? Welke inbreng hebben de verschillende partijen? (H5)
- hoe beoordeelt de Geschillencommissie de zaken inhoudelijk? (H6)
- tot welke uitkomsten leidt de geschillenbeslechting? (H6)
- binnen welke termijnen worden geschillen behandeld? (H6)

3. De effecten van de geschillenbeslechting

- hoe waarderen klagers en aangeklaagden de wijze waarop hun klacht is behandeld; voldoet de procedure aan vooraf gestelde verwachtingen? (H7)
- vindt een terugkoppeling van het feitencomplex plaats naar de betrokken beroepsbeoefenaar, het ziekenhuis en (via publicaties of anderszins) de beroepsgroep in het algemeen? (H6)

⁴³Studies die betrekking hebben op het tweede stadium zijn onder meer Kastelein, W.R. (1994), a.w.; Doelder, H. de (1981), *Terrein en beginselen van tuchtrecht*. Alphen a/d Rijn. Leijten, M.J.C. (1991), a.w.; Ippel, P.C. (1987), *Klachtbehandeling en klachtprocedures*. Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink.

⁴⁴Zie bijvoorbeeld Timmer, J. & B. Niemeijer (1994), a.w.

-treffen ziekenhuizen maatregelen om toekomstig schadeveroorzakend handelen van de betrokken arts of andere artsen te voorkomen? (H6)

-hoe gaat de verzekeraar om met uitspraken van de Geschillencommissie? (H6)

1.3 Werkwijze en methode

In het onderzoek is gekozen voor een combinatie van een juridische en een sociaal-wetenschappelijke invalshoek. In de werkwijze en verslaglegging komen beide invalshoeken aan bod. Uit verschillende bronnen is informatie verzameld over de zaken die aanhangig zijn gemaakt bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen. De gegevens zijn verzameld in de periode van oktober 1996 tot oktober 1999. Gedurende deze drie jaar zijn 135 claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ingediend. Circa de helft van deze zaken heeft de Commissie niet in behandeling kunnen nemen (zie hoofdstuk 4.1). In 67 zaken heeft de Commissie uitspraak gedaan. Gedurende de onderzoeksperiode is de Geschillencommissie Ziekenhuizen 21 keer in zitting bijeengekomen. Per 1 augustus 1999 zijn 38 ziekenhuizen met in totaal 59 vestigingen bij het experiment met de Geschillencommissie aangesloten. Van deze ziekenhuizen zijn gedurende de onderzoeksperiode twee ziekenhuizen gefuseerd. Bij de analyse van de kwantitatieve gegevens zijn beide ziekenhuizen als separate rechtspersonen betrokken.

Observatie ter zitting

Acht zittingen, waarin 21 zaken zijn behandeld, zijn door ons bijgewoond. De zittingen zijn eerst door beide onderzoekers bijgewoond, die daarvan elk apart een observatieverslag hebben gemaakt teneinde deze onderling te vergelijken. Op hoofdlijnen kwamen de verslagen overeen. Vervolgens zijn de onderzoekers beurtelings naar Den Haag gereisd om de zittingen bij te wonen.

De onderzoekers namen met partijen plaats in de wachtkamer. Waar mogelijk, stelden zij zich aan beide partijen voor en lichtten zij het doel van hun aanwezigheid toe. Daarbij werd steeds benadrukt dat het een onderzoek naar de werkwijze van Geschillencommissie Ziekenhuizen betrof en dat het ons niet te doen was om de specifieke kenmerken van hun zaak. Slechts één klagster gaf ons geen toestemming de behandeling van haar zaak bij te wonen, vermoedelijk uit schaamte over haar (medische) klachten. Indien de gelegenheid zich voordeed, werd met klagers vooraf een praatje gemaakt. Het praatje grepen wij aan om meer algemene vragen te stellen, zoals: 'Hoe bent u op de hoogte gekomen van het bestaan van de Geschillencommissie?' en 'Weet u wat de samenstelling van de Commissie is?' De inhoud van de klacht werd als gespreksonderwerp gemeden; dat onderwerp is te zwaar om met een onbekende in de wachtkamer te bespreken. De meeste mensen wilden graag even praten en stelden ons ook vragen over wat zij konden verwachten van de behandeling bij de Geschillencommissie. Op dergelijke vragen reageerden wij eerst met tegenvragen ('Wat denkt u?', 'Wat verwacht u?'), alvorens ze zo neutraal mogelijk te beantwoorden.

In een observatie-onderzoek willen onderzoekers de loop van een zitting niet verstoren en de respondenten niet voor de voeten lopen. Tijdens de zitting van de Geschillencommissie

was de onderzoeker voor de partijen niet zichtbaar; de onderzoeker nam achter hun rug plaats. Voor de leden van de Geschillencommissie waren de onderzoekers wel in beeld. Het is moeilijk te zeggen of partijen zich hebben gestoord aan onze aanwezigheid. De situatie is voor hen vreemd en zij zien zes personen voor zich (de Commissie en de secretaris); zij zullen zich kortom toch al wat ongemakkelijk voelen. Aan de Geschillencommissie hebben wij ons bij de eerste twee bijgewoonde zittingen voorgesteld. Wij hebben niet de indruk dat de Geschillencommissie zich heeft gestoord aan onze aanwezigheid of dat de Commissie zich anders heeft opgesteld dan zij normaal gesproken zou doen.⁴⁵ In de interviews met de voorzitters en leden is dat althans niet ter sprake gekomen.

Tijdens de behandeling ter zitting is gelet op de duur van de behandeling, de aanwezigheid van de partijen en (rechts)bijstandverleners, de wijze waarop de verschillende participanten hun rol vervullen, de wijze waarop de aanwezigen elkaar te woord staan, de informatieverschaffing door de Commissie en het kennisniveau dat bij partijen wordt verondersteld, het gebruik van jargon en uiteraard de wijze van vraagstelling door de Commissie. Van de ter zitting opgedane indrukken is een verslag gemaakt, waar mogelijk gestaafd met fragmenten uit de communicatie tussen de verschillende participanten. Er zijn geen bandopnames gemaakt.

Analyse van uitspraken

Alle uitspraken zijn ons in geanonimiseerde vorm toegezonden. Bij de bestudering van de uitspraken is vooral gelet op de opbouw en interne consistentie van de motivering, alsook op verschillen en overeenkomsten met de reguliere jurisprudentie.

In overleg met het secretariaat van de Geschillencommissie is een registratieformulier ontwikkeld, dat de secretaris aan de hand van de dossiers voor elke zaak heeft ingevuld. Een dossieronderzoek kon hierdoor achterwege blijven; wel hebben wij steekproefsgewijs een beperkt aantal dossiers bestudeerd. De informatie op de registratieformulieren kwam goed overeen met de informatie uit de dossiers. De registratieformulieren bevatten onder meer gegevens met betrekking tot de aanwezigheid van partijen, de aard van het geschil en de duur en uitkomst van de procedure.

Interviews

In totaal hebben wij met 63 personen gesprekken gevoerd. Deze gesprekken verschilden in duur en intensie. Met veertien personen is uitgebreid gesproken. Deze interviews duurden gemiddeld twee uur en zijn vrijwel allemaal op band opgenomen en verbatim uitgetypt. Het betrof zes leden en de beide voorzitters van de Geschillencommissie Ziekenhuizen, twee vertegenwoordigers van de SGC en voorts vertegenwoordigers van MediRisk, de NVZ, de KNMG en de Consumentenbond. Met de vertegenwoordigers van SGC is twee keer gesproken. Deze interviews vonden plaats in de periode van januari tot en met maart 1998 en

⁴⁵Bij de eerste zittingen ontstond verwarring over de vraag of wij ook de beraadslaging van de Commissie na afloop van de mondelinge behandeling zouden bijwonen. Eén van de twee voorzitters had ons hiervoor toestemming gegeven, de ander deed een beroep op het 'geheim van de raadkamer'. Hierna hebben wij geen beraadslagingen meer bijgewoond; wij zullen daar ook geen verslag van doen.

in maart en september 1999. De onderwerpen die in deze gesprekken aan de orde zijn gesteld, zijn weergegeven in bijlage II.

In de periode van april tot en met juni 1998 zijn tien ziekenhuizen bezocht met het doel zicht te krijgen op de manier waarop klachten en claims worden behandeld en om de ervaringen met betrekking tot de Geschillencommissie Ziekenhuizen te peilen. In deze ziekenhuizen is met 25 personen gesproken: met tien directieleden of leden van de Raad van Bestuur, met negen klachtenfunctionarissen, met vijf leden van de medische staf (waarvan er twee zitting hebben in de klachtencommissie van het ziekenhuis) en met een directiesecretaris. Van deze gesprekken zijn verslagen gemaakt; zij zijn niet op band opgenomen.

Omdat de Geschillencommissie Ziekenhuizen ten tijde van ons bezoek aan de ziekenhuizen slechts in veertig zaken uitspraak had gedaan, waren nog maar weinig ziekenhuizen in aanraking gekomen met de Geschillencommissie. In februari 1999 is daarom aanvullend telefonisch informatie verzameld bij nog eens 24 ziekenhuizen (met vaak verschillende vestigingen) die aangesloten zijn bij het experiment. Met de volgende personen is gesproken: negen directieleden/leden Raad van Bestuur, zeven klachtenfunctionarissen, één secretaresse van de Raad van Bestuur die belast is met de administratieve behandeling van claims, drie directiesecretarissen en drie medewerkers van de financiële afdeling. Een ziekenhuis gaf de voorkeur aan een schriftelijke vragenlijst; wie deze heeft ingevuld is onbekend. Bij de ziekenhuizen zijn klachtreglementen, klachtenfolders en jaarverslagen opgevraagd en bestudeerd.

Schriftelijke enquête

Onder klagers en artsen is een enquête verspreid met vragen over de aard van de klacht, de verwachtingen van de klager, overwegingen om wel of niet te verschijnen voor de Geschillencommissie, en de wijze waarop de klachtenbehandeling werd ervaren.⁴⁶ Een aantal vragen zijn ontleend aan ander onderzoek, om een vergelijking van de antwoorden mogelijk te maken.⁴⁷ De uitkomsten worden in hoofdstuk 7 besproken.

Bovendien zijn twaalf klagers die hun klacht niet hebben doorgezet aangeschreven met een korte vragenlijst. Negen klagers hebben gereageerd. Wij wilden te weten komen wat de reden is waarom zij hun klacht niet ter beoordeling aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen hebben voorgelegd en nagaan of een oplossing is bereikt voor de klacht. De uitkomsten worden besproken in hoofdstuk 4.1.

Er zijn geen enquêtes verzonden aan artsen, die in 1997 een klacht tegen zich gericht zagen bij de Geschillencommissie. Aanvankelijk vreesden wij een te grote non-respons en kozen wij voor een meer algemene gegevensverzameling bij de ziekenhuizen (zie hierboven). Mede op verzoek van de begeleidingscommissie van het experiment hebben wij nadien toch vragenlijsten verzonden en de vrees voor non-respons bleek ongegrond: negentien van de 23 verzonden vragenlijsten ontvingen wij retour, een respons van 83 %. Bij de klagers was de

⁴⁶Een exemplaar van de vragenlijsten is op te vragen bij de auteurs.

⁴⁷Vries, H.H. de, A.H.M.J. Rekko & G. van der Veen (1995), *Het maatschappelijk belang van geschillencommissies*. Instituut voor consumentenonderzoek, onderzoeksrapport 177, Leiden; Doornbos, N. & L.E. de Groot-van Leeuwen (1997), a.w.

respons 77 %, zij retourneerden 46 van de zestig verzonden formulieren. Gezien de kleine aantallen, moeten de uitkomsten van de enquête met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden.

1.4 Enkele begrippen

De terminologie bij de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken is voor alle daar ondergebrachte geschillencommissies gelijk. De stichting spreekt niet van 'klagers', maar van 'consumenten', en niet van 'klachten', maar van 'geschillen'. Wij gebruiken in de onderhavige studie wel de termen 'klager', 'patiënt' en (naast 'geschillen') 'klachten', omdat deze beter aansluiten bij hetgeen gebruikelijk is in de gezondheidszorg.

Het begrip 'klacht' is in de literatuur op verschillende wijze omschreven.⁴⁸ In navolging van Gevers vatten wij het begrip klacht in dit onderzoek op als een uiting van onvrede met een behandeling of bejegening die door de betrokkenen als onjuist wordt ervaren.

Het begrip schadeclaim wordt gedefinieerd als een aanspraak door of namens een patiënt op financiële vergoeding van een nadeel dat voor een persoon uit een gebeurtenis, handeling of handelwijze voortvloeit. Dit nadeel kan zowel personenschade als zaakschade betreffen. Ten aanzien van personenschade dient een onderscheid te worden gemaakt tussen vergoeding van de materiële en de immateriële schade (smartengeld).

1.5 Opzet van dit boek

De indeling van dit boek volgt het traject dat claims afleggen chronologisch. In hoofdstuk 2 worden procedure en praktijk van het 'voortraject' beschreven: de claim- en klachtenbemiddeling en -behandeling in de ziekenhuizen en bij MediRisk. In hoofdstuk 3 en de daaropvolgende hoofdstukken komt de Geschillencommissie Ziekenhuizen aan bod. De achtergronden, de ontstaansgeschiedenis en procedure van de Commissie worden in hoofdstuk 3 beschreven. Hoofdstuk 4 behandelt de aantallen claims. Bezien wordt hoe in ziekenhuizen de aantallen klachten en claims zich tot elkaar verhouden en hoeveel claims terecht komen bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen. De behandeling ter zitting en de manier waarop deze ervaren wordt, vormt het onderwerp van hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 bespreekt de duur, uitkomst en doorwerking van de beslissingen van de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Dit boek wordt afgesloten met een conclusie.

⁴⁸Zie bijvoorbeeld J.K.M. Gevers, H. de Jong & J. Matser, De opvang van klachten van patiënten over de gezondheidszorg I en II, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1978, p. 309-318, 331 en 356-364; Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989), a.w., p. 11; W.R. Kastelein (1992), *Van klagen naar klachtrecht. Het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg*. Arnhem: Gouda Quint (tweede druk), p. 10.

2 Klachten en claims in de gezondheidszorg: regelgeving en praktijk

Een patiënt en diens naasten kunnen zich met klachten over de hulpverlening binnen de gezondheidszorg wenden tot een scala aan instanties. Een deel hiervan berust op de wet. Hierbij moet worden gedacht aan de klachtencommissies, de tuchtcolleges en de burgerlijke rechter. Het functioneren van deze instanties is voor een groot deel in de betreffende wettelijke regeling vastgelegd. De overige instanties berusten op initiatief van patiëntenorganisaties, zoals de Informatie- en Klachtenbureaus Gezondheidszorg (IKG's), of op initiatief van de zorgaanbieders, zoals de patiëntenservicebureaus of klachtenfunctionarissen. Daar is in 1996 de Geschillencommissie Ziekenhuizen bijgekomen.

In onderstaand schema is weergegeven bij wie een klager in het ziekenhuis terecht kan met een klacht of een claim. In de hierna volgende paragrafen worden de onderscheiden stappen besproken vanuit het perspectief van de (procedurele) regelgeving en vanuit het perspectief van de praktijk van de bij dit onderzoek betrokken ziekenhuizen.

Klacht en claim in het ziekenhuis

<i>klachtenfunctionaris</i>	<i>klachtencommissie</i>	<i>claim bij ziekenhuis</i>
bemiddeling	behandeling (WKCZ, BOPZ)	ziekenhuis/verzekeraar
	mogelijke uitkomsten:	mogelijke uitkomsten:
	- klacht gegrond	- erkenning aansprakelijkheid
	- klacht ongegrond	- afwijzing aansprakelijkheid
		- coulancehalve uitkering

Mogelijkheden klager indien hij zich niet kan vinden in het oordeel van het ziekenhuis of de verzekeraar:

1. Civiele rechter (rechtbank, kantonrechter): Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, Burgerlijk Wetboek
2. Geschillencommissie Ziekenhuizen
3. Afzien van enige actie: berusting

2.1 Interne klachtenbehandeling en klachtenbemiddeling Error! Bookmark not defined.

Regelgeving **Error! Bookmark not defined.**

Het klachtrecht wordt gezien als de meest laagdrempelige voorziening voor een ontevreden patiënt. Het klachtrecht strekt er niet toe uitspraken te doen over de toekenning van een schadevergoeding, maar schept een mogelijkheid voor klagers om hun ongenoegen op een eenvoudige manier kenbaar te maken aan een persoon of instantie.

In het klachtrecht wordt onderscheid gemaakt tussen *klachtenbemiddeling* en *klachtenbehandeling*.⁴⁹ Onder klachtenbemiddeling wordt verstaan het door een derde wegnemen van gevoelens van ongenoegen bij de klager, zonder tot een uitspraak over de gegrondheid van de klacht te komen. Het doel is partijen dichter bij elkaar te brengen en verdere verscherping van de verhouding tussen betrokkenen te voorkomen. Bij klachtenbemiddeling is sprake van een informele interventie door een bemiddelaar naar aanleiding van een klacht. Voor de organisatie van de klachtenbemiddeling bestaat geen wettelijke regeling. Evenmin bestaat de verplichting voor ziekenhuizen zorg te dragen voor klachtenbemiddeling. Klachtenbemiddeling wordt vaak als mogelijkheid aangeboden in klachtenreglementen van ziekenhuizen en zorgverleningsovereenkomsten tussen de hulpverlener en de patiënt. Volgens de Wet klachtrecht cliënten zorgsector is het niet toegestaan voor te schrijven dat een klager eerst het traject van de klachtenbemiddeling moet doorlopen alvorens hij een beroep op de klachtencommissie kan doen. Klachtenbemiddeling mag, met andere woorden, niet als voorwaarde aan klachtenbehandeling worden gesteld.

Bij klachtenbehandeling wordt, in tegenstelling tot klachtenbemiddeling, wèl een uitspraak gedaan over de gegrondheid van de klachten. Deze formele behandeling van een klacht resulteert in een uitspraak van de klachtencommissie. De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ)⁵⁰ en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) voorzien in een regeling van klachtenbehandeling.⁵¹ De WKCZ is op 1 augustus 1995 in werking getreden⁵² en richt zich tot zorgaanbieders die uit collectieve middelen worden gefinancierd. Wij beperken ons hier tot ziekenhuizen.

De WKCZ verplicht ziekenhuizen een regeling te treffen voor de behandeling van klachten. De wet stelt slechts minimumeisen waaraan deze regeling moet voldoen; ziekenhuizen dienen zelf vorm te geven aan de klachtenregeling.⁵³ De wetgever heeft onder meer

49 Zie onder meer de Notitie Patiëntenvertrouwenspersoon Tweede Kamer 1980-1981 16 400, hoofdstuk XVII, nr. 30, F.C.B. van Wijmen, A. Hanekamp, W. van Dijk & P. Hoogenberk (1991), Een provinciaal klachtenopvangsysteem, *Medisch Contact*, p. 632-634; F.C.B. van Wijmen (1993), Het klachtrecht van de patiënt. In: *Consumentenboek Gezondheidszorg*, deel B, De Tijdstroom: Utrecht, p. 29 en verder; Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1982), *Deeladvies inzake de bemiddeling bij klachten van patiënten*, Rijswijk.

50De WKCZ is in 1999 geëvalueerd. Mogelijk zal deze evaluatie leiden tot aanpassingen in het stelsel van de interne klachtenopvang. F.D. Friele, C. de Rooter, F. van Wijmen, J. Legemaate (1999), *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Den Haag: ZON.

51De BOPZ blijft in dit boek verder buiten beschouwing omdat deze wet voorziet in een klachtrecht dat uitsluitend is voorbehouden aan een zeer beperkte groep patiënten, de gedwongen opgenomen patiënt, en het aantal beklaggronden beperkt is. Bovendien heeft geen enkele van de door de Geschillencommissie Ziekenhuizen behandelde claims betrekking gehad op een gedwongen opgenomen patiënt.

52Staatsblad 1995, 308.

53Tweede Kamer 1992-1993 23040, nr. 3 MvT, p. 16.

bepaald dat de klachtencommissie moet bestaan uit ten minste drie leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij het ziekenhuis. Voorts moet het beginsel van hoor en wederhoor worden gerespecteerd. De partijen moeten in staat worden gesteld om zich bij de behandeling van de klacht te laten bijstaan.

*De praktijk van de klachtenbehandeling***Error! Bookmark not defined.**

Veel claims die aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn voorgelegd, zijn in een eerder stadium al door een klachtenfunctionaris of klachtencommissie van het betreffende ziekenhuis behandeld. Uit de schriftelijke enquête onder klagers blijkt dat achttien van de 46 klagers (39 %) hun klacht aan een klachtencommissie hebben voorgelegd. Hieronder zijn acht klagers die ook bij de klachtenfunctionaris zijn geweest. Daarnaast zijn er nog acht klagers die alleen bij de klachtenfunctionaris hebben aangeklopt. In totaal hebben 26 klagers (57 %) hun klacht aan een klachtenfunctionaris of klachtencommissie voorgelegd. Het voert hier te ver om van al deze zaken na te gaan hoe deze klachtenbehandeling is verlopen. In dit boek wordt daarom volstaan met een globale beschouwing over de klachtenbehandeling door de 38 bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen.

*Voorlichting aan klagers***Error! Bookmark not defined.**

Eerst is onderzocht hoe patiënten worden voorgelicht over de klachtenopvang in het ziekenhuis en op welke wijze binnen de onderscheiden ziekenhuizen de klachtenopvang is georganiseerd. Alle ziekenhuizen hebben informatie hierover beschikbaar, de vorm waarin verschilt per ziekenhuis. De meeste ziekenhuizen beschikken over een patiëntenservicebureau of een patiëntenvoorlichtingscentrum waar patiënten mondeling of schriftelijk informatie wordt verstrekt over de behandeling van klachten in het ziekenhuis. Een deel van de ziekenhuizen heeft een aparte klachtenfolder waarin de interne klachtenprocedure wordt beschreven, andere ziekenhuizen hebben deze informatie in het polikliniekboekje of opnameboekje opgenomen. Soms wordt de schriftelijke informatie over klachten standaard verstrekt bij een ziekenhuisbezoek. Meestal dient de patiënt zelf de informatie mee te nemen. Een aantal ziekenhuizen verwijst bij de informatie over klachten tevens naar externe instanties, zoals de tuchtrechter en de burgerlijke rechter, aan wie een klacht kan worden voorgelegd. Soms wordt ook de Geschillencommissie Ziekenhuizen expliciet genoemd.

*De organisatie van de klachtenbehandeling***Error! Bookmark not defined.**

De behandeling van klachten is in ziekenhuizen verschillend georganiseerd. Alle bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen hebben een klachtencommissie ingesteld. Daarnaast hebben 32 van de 38 bij het experiment betrokken ziekenhuizen gekozen voor het aanbieden van klachtenbemiddeling aan klagers. Zes ziekenhuizen hebben ervan afgezien klagers structureel een bemiddelingsaanbod te doen. Hiervoor worden diverse redenen gegeven. Zo verklaart een directeur geen voorstander van klachtenfunctionarissen te zijn, omdat het aanstellen van een klachtenfunctionaris (en daardoor het creëren van een mogelijkheid tot bemiddeling) een grotere opening voor klachten geeft. Een andere directeur geeft als reden dat klachten in de eerste plaats moeten worden besproken met de betreffende hulpverlener

en dus niet met een klachtenfunctionaris of een vergelijkbare functionaris. In dit ziekenhuis kan de klachtencommissie overigens wel een lid van de Commissie een vooronderzoek laten verrichten, waardoor klachten op eenvoudige wijze kunnen worden opgelost. Langs deze weg wordt 20 % van de klachten behandeld; in de overige 80 % van de klachten volgt een behandeling van de klacht door de voltallige klachtencommissie. In een ander ziekenhuis is weliswaar niet uitdrukkelijk voor klachtenbemiddeling gekozen, maar functioneert uitsluitend een klachtencommissie die een klacht behandelt, en de directeur patiëntenzorg treedt naar eigen zeggen veelvuldig op als intermediair. De directeur tracht de relatie tussen ziekenhuis en ontevreden klager te herstellen. Hij ziet hier voor zichzelf een 'evangeliserende' rol weggelegd.

Ziekenhuizen die wel hebben gekozen voor klachtenbemiddeling motiveren deze keuze met overwegingen als 'samen met de patiënt wordt gewerkt aan een oplossing', 'een goed functionerend stelsel van klachtenopvang zijn tekenen van patiëntvriendelijk beleid en kan een bijdrage leveren aan het kwaliteitsbeleid' en tenslotte 'begrip voor de patiënt leidt in veel gevallen tot begrip van de patiënt'.

De functionarissen die met de klachtenbemiddeling zijn belast worden met verschillende namen aangeduid. In de meeste ziekenhuizen (19) wordt gebruik gemaakt van een speciale klachtenfunctionaris, die zich uitsluitend of hoofdzakelijk met klachten bezighoudt. Deze klachtenfunctionarissen zijn doorgaans (bij)geschoold op het terrein van gesprekstechnieken en klachtenbemiddeling. Sinds 1994 is er een vereniging voor klachtenfunctionarissen in de gezondheidszorg (de VKIG), een netwerk waar klachtenfunctionarissen op terug kunnen vallen voor collegiale ondersteuning en begeleiding. De meeste klachtenfunctionarissen zijn lid van deze vereniging. Klachtenfunctionarissen gaan doorgaans als volgt te werk als er een klacht is ingediend: zij nemen contact op met de ontevreden patiënt, vragen naar de beweegredenen van de klager, zijn zo nodig behulpzaam bij het op schrift stellen van de klacht, dringen bij de betreffende arts aan op een reactie, en geven de klager voorlichting over interne en externe klachtenprocedures. De klachtenfunctionaris brengt klager en arts zo mogelijk weer met elkaar in contact, tracht misverstanden uit de weg te ruimen en bemiddelt, maar spreekt zich niet inhoudelijk uit over de gegrondheid van de klacht. Indien de bemiddeling niet leidt tot tevredenheid bij de klager, wijst de klachtenfunctionaris de klager doorgaans op de mogelijkheid zijn klacht aan de klachtencommissie van het ziekenhuis voor te leggen. De klachtenfunctionaris is ook vaak belast met de registratie van klachten en met de verslaglegging daarvan in het jaarverslag.

Daarnaast vindt bemiddeling plaats door patiëntenservicebureaus (3), patiëntcontactpersonen (4) en een ziekenhuisombudsman (3). In één geval wordt ook door een directeur bemiddeld. In een ander ziekenhuis worden bij de directeur ingediende klachten bemiddeld door de ziekenhuisombudsman, terwijl de klachten die bij het patiëntenservicebureau binnenkomen worden bemiddeld door een klachtenbemiddelaar. In vier ziekenhuizen werken meerdere klachtenbemiddelaars. Dit zijn vaak (gepensioneerde) artsen of verpleegkundigen die dit werk 'erbij' doen. Dit zijn voornamelijk de ziekenhuizen met meer dan zeshonderd bedden. Het aantal klachtenbemiddelaars varieert in deze ziekenhuizen van twee tot acht. Als taken van de klachtenbemiddelaars worden genoemd het doorverwijzen

van klagers, het oplossen van de klacht, het bespreken van de (mogelijke) procedure(s) met klagers, het optreden als contactpersoon, het adviseren van klagers, het informeren en geven van uitleg aan klagers en tenslotte het behulpzaam zijn bij het op schrift stellen van een mondelinge klacht. Voor de behandeling van klachten door een directeur en door artsen of verpleegkundigen geldt dat zij, in tegenstelling tot een klachtenfunctionaris, geneigd zijn zich inhoudelijk uit te spreken over de gegrondheid van de klacht.

In drie ziekenhuizen fungeert de klachtenbemiddelaar tevens als ambtelijk secretaris van de klachtencommissie. Door één van deze klachtenbemiddelaars die tevens ambtelijk secretaris van de Commissie is, wordt deze combinatie niet wenselijk geacht, omdat hierdoor de indruk van vooringenomenheid door de klachtencommissie zou kunnen ontstaan. Ten tijde van het gesprek dat wij met deze bemiddelaar voerden (tweede kwartaal 1998) lag het volgens betrokkene in de bedoeling beide functies op korte termijn te scheiden.

De klachtencommissie **Error! Bookmark not defined.**

Zoals gezegd, hebben alle bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen een klachtencommissie. De meeste ziekenhuizen hadden al een klachtencommissie voordat dit een wettelijk vereiste werd. Slechts één ziekenhuis heeft kanttekeningen geplaatst bij de instelling van de klachtencommissie. Alle klachtencommissies worden, conform de eisen van de wet, voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter. Sommige commissies bestaan uit meerdere externe leden. Het totaal aantal leden van de Commissie is per ziekenhuis verschillend. Vier ziekenhuizen werken met kleine commissies bestaande uit drie of vier personen. Andere ziekenhuizen hebben grote commissies ingesteld.

De taak van de klachtencommissie is in eerste instantie het behandelen van klachten. Daarnaast hebben sommige klachtencommissies ook nog andere taken. Zo heeft in één ziekenhuis de klachtencommissie een ondersteunende, begeleidende en signalerende rol binnen het ziekenhuis. In een ander ziekenhuis toetst de klachtencommissie ook iedere bemiddelde en afgehandelde klacht door het patiëntenservicebureau. In 1997 zijn in dit ziekenhuis op deze wijze 130 klachten getoetst. De klachtencommissie kan aan de directie een aanbeveling doen, bijvoorbeeld een aanbeveling om een bepaalde voorzorgsmaatregel te treffen om in de toekomst klachten te voorkomen. De directie is niet gebonden hier uitvoering aan te geven.

Van alle klachten in het ziekenhuis bereikt slechts een beperkt aantal de klachtencommissie; het merendeel wordt via bemiddeling afgehandeld.⁵⁴ Het aantal klachten dat wordt voorgelegd aan de klachtencommissie varieert van één tot 207 (zie voor de relatie met de omvang van het ziekenhuis hoofdstuk 4.1). Het ziekenhuis waar 207 klachten door de klachtencommissie zijn behandeld wijkt duidelijk af van het algemene beeld dat voor de bij het onderzoek betrokken ziekenhuizen geldt. Van de achttien ziekenhuizen waarvan deze gegevens ons bekend zijn, zijn alleen in dit ziekenhuis meer dan 200 klachten door de klachtencommissie behandeld, in één ziekenhuis bedraagt dit aantal meer dan 175, in één ziekenhuis zijn meer dan zeventig klachten door de Commissie behandeld, terwijl bij de

⁵⁴Zie ook F.D. Friele et. al. (1999), a.w.

overige vijftien ziekenhuizen in 1997 niet meer dan 25 klachten door de klachtencommissie zijn behandeld. Het mag opmerkelijk worden genoemd dat in één ziekenhuis 40 % van het aantal klachten door bemiddeling is afgedaan, terwijl in een ander ziekenhuis 60 % door de klachtencommissie wordt behandeld.

Uit ons onderzoek blijkt dat acht klachtencommissies geen uitspraak doen over aansprakelijkstellingen of financiële aspecten van een klacht. Eén klachtencommissie behandelt wel claims, maar doet geen uitspraak over de aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Het oordeel van de klachtencommissie betreft uitsluitend de (on)gegrondheid van de klacht. Deze handelwijze is in overeenstemming met het vonnis van de rechtbank Rotterdam. De rechtbank bevestigde in hoger beroep het vonnis van de kantonrechter dat de klachtencommissie elke klacht op grondheid dient te beoordelen.⁵⁵ Naar aanleiding van deze uitspraak is de KNMG-modelregeling 1995, waarin een modelklachtenreglement is opgenomen, aangepast.⁵⁶

*Registratie van klachten***Error! Bookmark not defined.**

Er bestaat geen eensluidend beleid van de ziekenhuizen ten aanzien van de registratie van klachten. Van vijftien ziekenhuizen zijn ons hierover gegevens bekend. In één ziekenhuis geschiedt de registratie door de directeur, in tien ziekenhuizen door de klachtenfunctionaris en in twee ziekenhuizen wordt de eerste opvang en registratie door het patiëntenservicebureau verzorgd. In twee ziekenhuizen blijkt de ontvangst en de registratie van klachten plaats te vinden door òn de directie(secretaresse) òn het patiëntenservicebureau òn de klachtenfunctionaris of klachtencommissie.

Verder kan worden geconstateerd dat voor het begrip 'klacht' geen eenduidige definitie wordt gebruikt, waardoor het ene ziekenhuis meer 'klachten' registreert dan het andere ziekenhuis. Daarbij is het moment van registratie per ziekenhuis verschillend. Het ene ziekenhuis registreert reeds op het moment dat een patiënt zijn ongenoegen uit bij het patiëntenservicebureau of de klachtenfunctionaris/klachtencoördinator. Andere ziekenhuizen daarentegen registreren uitsluitend de klachten die door de klachtencommissie zijn behandeld. Dit verklaart waarom een groot verschil bestaat in het aantal klachten tussen ziekenhuizen die een vergelijkbare toegelaten capaciteit hebben. In kleine ziekenhuizen met maximaal 400 bedden varieerde in het jaar 1997 het aantal klachten tussen de 34 en 143 klachten. In middelgrote ziekenhuizen (400-700 bedden) schommelde dit aantal tussen de 111 en 526 klachten. De variatie bij grote ziekenhuizen (meer dan 700 bedden) is ook groot: in één ziekenhuis van die categorie werden in 1997 slechts negentien klachten geregistreerd, terwijl een ander ziekenhuis 396 klachten noteerde (zie ook hoofdstuk 4.1).

2.2 De schadeclaim bij het ziekenhuis**Error! Bookmark not defined.**

⁵⁵Rechtbank Rotterdam 8 oktober 1997 Bopz-jurisprudentie 1998, nr. 36.

⁵⁶Het betreffende onderdeel van deze modelregeling bepaalt nu: 'Indien aan de Commissie een klacht wordt voorgelegd, welke (deels) betrekking heeft op een schadeclaim, doet de Commissie geen uitspraken over de vraag of de betrokken persoon (personen) of instelling aansprakelijk is maar beperkt de Commissie zich tot de beoordeling van de gegrondheid van de klacht.'

Regelgeving **Error! Bookmark not defined.**

De klagers die hun geschil aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen hebben voorgelegd, hebben eerst de directie van het ziekenhuis formeel aansprakelijk moeten stellen. Voor de behandeling van een schadeclaim in een ziekenhuis bestaan geen wettelijke voorschriften. Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid zelf een schadeclaim af te handelen, dan wel deze ter behandeling aan de aansprakelijkheidsverzekeraar voor te leggen. De vrijheid van het ziekenhuis ten aanzien van deze schadebehandeling wordt begrensd door de polis en het beleid van de aansprakelijkheidsverzekeraar. Uitgangspunt in de polis van de in ons onderzoek betrokken ziekenhuizen is dat het ziekenhuis bevoegd is zijn schadeclaims af te handelen voor zover de geclaimde schade het bedrag van het eigen risico van het ziekenhuis per gebeurtenis niet overstijgt. Bij MediRisk is het eigen risico gesteld op f 1000,- per gebeurtenis. Dit bedrag geldt alleen ten aanzien van zaakschade en niet ten aanzien van personenschade.

De praktijk van de schadebehandeling **Error! Bookmark not defined.**

In de praktijk kunnen schadeclaims op diverse plaatsen binnen de ziekenhuisorganisatie worden ingediend. Van zeventien ziekenhuizen zijn ons hierover gegevens bekend.⁵⁷ In twaalf ziekenhuizen dienen claims te worden gericht aan de (secretaris of het secretariaat van de) Raad van Bestuur of de directie. In vijf ziekenhuizen worden claims in ontvangst genomen door de klachtenfunctionaris.

Ten aanzien van de kleine claims waarin een schadebedrag wordt gevorderd van minder dan f 1000,- per gebeurtenis, voeren de meeste ziekenhuizen (vijftien), mede op basis van een kosten-batenanalyse, een coulancebeleid. Deze claims worden afgedaan zonder tussenkomst van de verzekeraar en vaak zonder onderzoek naar de vraag of aansprakelijkheid moet worden erkend. De afdoening van deze claims geschiedt zowel door de directeur (twee ziekenhuizen), de klachtenfunctionaris of patintencontactpersoon (drie ziekenhuizen), de financieel-economische afdeling van het ziekenhuis (vier ziekenhuizen) of de bedrijfsjurist (één ziekenhuis). In twee ziekenhuizen worden ook claims die boven het eigen risico van f 1000,- uitgaan (tot f 1500,- à f 2000,-) zelfstandig door het ziekenhuis behandeld.

In drie van de zeventien ziekenhuizen wordt ook bij claims een bemiddelingspoging ondernomen.⁵⁸ In alle overige gevallen legt het ziekenhuis de claim ter behandeling aan de verzekeraar voor. Het ziekenhuis vervult dan in wezen een postbusfunctie. In deze zaken vindt doorgaans geen gesprek plaats tussen ziekenhuis en de klager. De verzekeraar beoordeelt de schadeclaim, eventueel met behulp van tussenkomst van een deskundige, en neemt, op basis van door het ziekenhuis en de klager ter beschikking gestelde stukken, een standpunt in over de aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Alvorens de verzekeraar dit standpunt inneemt, vindt als regel een uitgebreide correspondentie tussen alle betrokkenen plaats.

Door MediRisk wordt veel aandacht besteed aan het voorkómen van claims; preventie wordt erg belangrijk gevonden. Een van de belangrijkste activiteiten van MediRisk op dit

⁵⁷ De overige ziekenhuizen hebben ons hierover geen informatie verstrekt.

⁵⁸Het is ons niet bekend om wat voor soort claims het hierbij gaat.

gebied zijn de *risk managementaudits*. Hierbij wordt door medewerkers van MediRisk in ziekenhuis de risico's op bepaalde risicovolle afdelingen, zoals de centrale sterilisatie-afdeling en de operatiekamers, geïnventariseerd aan de hand van een checklist. Aan het einde van deze *risk managementaudit* die een week duurt, wordt door MediRisk een rapport opgesteld met aanbevelingen en worden prioriteitenstellingen aangebracht. Voorts verzorgt MediRisk trainingen voor klachtenfunctionarissen en communicatietrainingen voor leden van de medische staf van de bij haar verzekerde ziekenhuizen. Op deze wijze probeert MediRisk de communicatie van medewerkers van het ziekenhuis met patinten te verbeteren.

*De beoordeling van schadeclaims door MediRisk***Error! Bookmark not defined.**

Hoe beoordeelt MediRisk de schadeclaims? In tabel 2.1 is de hoogte van de uitkeringen door MediRisk weergegeven van afgedane zaken naar het jaar van afdoening. Uit deze tabel blijkt dat in slechts 6 % van de zaken meer dan f 7.500,- (de competentiegrens van de Geschillencommissie Ziekenhuizen) wordt uitgekeerd aan klagers. In 1998 lag de hoogte van de uitkeringen aanzienlijk hoger dan in de voorgaande jaren. Enkele grote zaken zijn dat jaar afgehandeld. Door de jaren heen heeft MediRisk in 61 tot 75 % van de claims geen uitkering verstrekt. De gemiddelde schadelast van claims waarin geen uitkering is gedaan (gesloten en nog openstaande claims) bedraagt f 5002,-. De schadelast is het bedrag dat MediRisk reserveert voor het geval zij tot uitkering moet overgaan.

Tabel 2.1 Hoogte van de uitkeringen door MediRisk naar jaar van afdoening

Jaar van afdoening	geen uitkering*)	Hoogte uitkering			Totaal
		250 < 7.500	7.500 < 50.000	50.000 >	
1994	108	46	6	-	160
1995	108	48	6	-	162
1996	237	62	18	1	318
1997	361	159	28	-	548
1998	488	192	36	17	733
Totaal	1302	507	94	18	1921
%	68 %	26 %	5 %	1 %	100 %

Bron: MediRisk; bewerking: KUN

*)MediRisk registreert de kosten die gemaakt moeten worden om de zaak af te doen, buiten de eigen reguliere behandelingskosten. In 1027 zaken werden geen kosten opgevoerd en in 275 zaken werd minder dan f 250,- opgevoerd. Deze laatste kosten zijn te beschouwen als kosten in verband met het opvragen van (para)medische behandelingsinformatie en derhalve niet als uitkeringen aan de klager.

Hoeveel zaken er precies boven en onder de competentiegrens van de Geschillencommissie vallen, is niet bekend. Klagers specificeren hun claim doorgaans niet, om eventuele gevolgschade die ten tijde van de indiening nog niet in alle omvang bekend is, zoals bijvoorbeeld inkomstenderving door arbeidsongeschiktheid, in een later stadium in het schadebedrag te kunnen betrekken. Gezien de gemiddelde schadelast van f 5002,- mag er echter vanuit gegaan worden dat de meeste claims vallen onder de competentiegrens van de Geschillencommissie.

2.3 Twee gescheiden trajecten **Error! Bookmark not defined.**

De behandeling van klachten en de behandeling van claims worden door ziekenhuizen als twee verschillende, veelal gescheiden, trajecten beschouwd. Met deze trajecten zijn doorgaans verschillende personen en instanties belast. In het 'klachttraject' kunnen drie typen ziekenhuizen onderscheiden worden: één type waar een professionele klachtenfunctionaris is aangesteld en waar het accent ligt op de bemiddeling van klachten, één type waar klachten uitsluitend of in hoofdzaak op een formele wijze worden behandeld door een klachtencommissie, en een tussenvorm waar, naast een klachtencommissie, medisch

specialisten of verpleegkundigen als bemiddelaar, en soms ook als beoordelaar, optreden. In het 'claimtraject' komen twee variaties voor: één waarbij het ziekenhuis eerst in contact treedt met de klager en tracht te bemiddelen alvorens de zaak aan de verzekeraar wordt voorgelegd, en één waarbij het ziekenhuis de behandeling van claims al meteen na indiening daarvan aan de verzekeraar uitbesteedt. In beide type ziekenhuizen worden overigens, zoals gezegd, claims met betrekking tot zaakschades onder het eigen risico zelfstandig en meestal zonder diepgaand onderzoek naar de aansprakelijkheid behandeld.

In het 'klachttraject' wordt doorgaans vaker een gesprek aangegaan met de klager dan in het 'claimtraject' en er wordt meer voorlichting gegeven over verschillende klacht- en claimprocedures. De benadering in het 'claimtraject' is een overwegend juridische.

3 Achtergronden, procedure en werkwijze van de Geschillencommissie Ziekenhuizen

3.1 De oprichting *Error! Bookmark not defined.*

Error! Bookmark not defined. De voorgeschiedenis **Error! Bookmark not defined.**

De Geschillencommissie Ziekenhuizen kent een lange wordingsgeschiedenis. Bij de Consumentenbond ontstond medio jaren '80 het idee te komen tot oprichting van een Geschillencommissie ter beslechting van geschillen inzake schadeclaims in de gezondheidszorg. Aanvankelijk is dit idee door organisaties van beroepsbeoefenaren (artsen, tandartsen en ziekenhuizen) met weinig enthousiasme ontvangen. Eind jaren '80 besloot de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) echter een samenwerking met de Consumentenbond aan te gaan om het idee van een laagdrempelige geschillencommissie als alternatief voor de burgerlijke rechter te kunnen realiseren. Bij de koepelorganisatie van de ziekenhuizen, de toenmalige Nederlandse Zorgfederatie (NZf, thans NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), en de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde (NMT) bleef ook toen nog veel aarzeling bestaan over de oprichting van een Geschillencommissie. Vanuit de NZf werden hiertegen de volgende bezwaren aangevoerd: "Aanbod scheidt vraag; wat is de meerwaarde van een Geschillencommissie?" en "We hebben al heel veel, moet er dan weer iets nieuws bij".

De toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid stond in de verkennende studie over een patiëntenletselverzekering niet afwijzend tegenover het idee van een Geschillencommissie voor medische letselschade. De meerderheid van de Raad was van mening dat een Geschillencommissie een plaats kan hebben binnen een integraal stelsel van klachtenopvang in de gezondheidszorg. De Raad stelde daartoe voor een experiment te beginnen met een Geschillencommissie ten behoeve van een of enkele sectoren van de gezondheidszorg terzake van zaak- en letselschade.⁵⁹

⁵⁹Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989), Klachttopvang in de Gezondheidszorg, publicatie 24/'89. Zie ook Tweede Kamer 1993-1994 23040, nr. 5, p. 11-13.

Uit het onderzoek van Angenent & Hubben naar de afwikkeling van schadeclaims in Nederland in de jaren 1980-1990 bleek onder meer dat de afwikkeling van kleine schadeclaims (tot f 5000,-) gemiddeld twaalf maanden (mediaan acht maanden⁶⁰) in beslag nam, terwijl de behandeling van grotere schadeclaims door verzekeraars gemiddeld ongeveer 29 maanden (mediaan 26 maanden) vergde.⁶¹

De helft van de gehonoreerde claims tijdens de onderzoeksperiode betrof kleine claims. Dit gegeven vormde aanleiding voor een nader onderzoek naar de vraag of de kleinere schadeclaims zich lenen voor een versnelde afdoening. Door Angenent & Hubben is nagegaan of kleine schadeclaims zich in financieel, medisch en procedureel opzicht onderscheiden van andere schadeclaims. Bij de kleine schade-uitkeringen bleken (juridisch) procedurele aspecten nauwelijks een rol te spelen. In meer dan de helft van de kleine schade-uitkeringen ging het alleen om vergoeding van de materiële schade. In de overige uitkeringen was daarnaast sprake van smartengeld. Bij de analyse van de medische aspecten bleek dat het bij kleine schade-uitkeringen vaak ging om "kleinere" verrichtingen, terwijl veel minder sprake was van risicovolle ingrepen zoals operaties. Kleine schade-uitkeringen betreffen grotendeels gevallen waarin gering letsel is ontstaan.⁶²

Op basis van dit laatste onderzoek en op verzoek van de Consumentenbond en de KNMG zocht het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (thans: VWS) in juni 1993 contact met een vijftal organisaties voor overleg inzake de op te richten Geschillencommissie. Het betrof de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, de KNMG, de Consumentenbond, de Onderlinge Waarborgmaatschappij voor Instellingen in de Gezondheidszorg MediRisk B.A. (MediRisk) en de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken. In februari 1996 bereikten deze vijf organisaties overeenstemming over een experiment met een Geschillencommissie Ziekenhuizen. Door het ministerie van VWS werd een subsidie verstrekt. De Geschillencommissie werd ondergebracht bij de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken te 's-Gravenhage.

De Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken **Error! Bookmark not defined.**

De SGC, opgericht in 1970, is een samenwerkingsverband van de Consumentenbond, de ANWB en een groot aantal branche-organisaties of ondernemingen. Doel van de SGC is het beslechten van geschillen die voortvloeien uit klachten van klagers over door ondernemers geleverde goederen of verrichte diensten door middel van het oprichten van geschillencommissies.⁶³ De Stichting verwezenlijkt dit doel door het oprichten en instandhouden van geschillencommissies. In 1999 waren onder de Stichting 28 geschillen-

⁶⁰Een mediaan van acht maanden betekent dat de helft van de verzekeraars meer dan acht maanden nodig heeft om een schadeclaim af te wikkelen en de andere helft minder dan acht.

⁶¹L.G. Angenent & J.H. Hubben (1992), Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990, Katholieke Universiteit Nijmegen, reeks Recht en Samenleving, nr. 6.

⁶²L.G. Angenent & J.H. Hubben (1992), Verslag inzake onderzoek naar de afwikkeling van medische schadeclaims in Nederland 1980-1990 en Toepassing van een geschillencommissie bij zaak- en letselschade in de Nederlandse gezondheidszorg, Katholieke Universiteit Nijmegen.

⁶³ Tweede Kamer 1997-1998 25754 nr. 1, p. 1.

commissies werkzaam. Dit betrof onder meer de Geschillencommissies Reizen, Recreatie, Wonen, Parket, Openbare nutsbedrijven, Bankzaken en Openbaar vervoer. Geschillencommissies die in 1998 en 1999 zijn opgericht zijn de Geschillencommissie Relatiebemiddeling, de Geschillencommissie Groen, de Geschillencommissie Klussenbedrijven en de Geschillencommissie Advocatuur.

De Stichting gaat pas tot oprichting van een Geschillencommissie over indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- 1.de Geschillencommissie dient op jaarbasis minimaal circa 25 geschillen ter behandeling voorgelegd te krijgen;
- 2.de brancheorganisatie die wil komen tot de oprichting van een Geschillencommissie moet een behoorlijke organisatiegraad hebben en bereid zijn bij te dragen in de kosten van de Geschillencommissie;
- 3.de leden van de brancheorganisatie dienen in overeenkomsten met klagers evenwichtige leveringsvoorwaarden te hanteren;
- 4.de brancheorganisatie moet garant staan voor de nakoming van de bindende adviezen, wanneer één van haar leden weigert na te komen;
- 5.de op te richten Geschillencommissie moet voldoen aan de eisen die worden gesteld in de "Erkenningsregeling Geschillencommissies consumentenklachten".⁶⁴

De geschillencommissies ressorterend onder de SGC dienen door de Minister van Justitie te worden erkend. In de "Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten" zijn de eisen ten aanzien van erkenning, de regels voor de aanvraag voor de erkenning alsmede bepalingen inzake de intrekking van de erkenning opgenomen.⁶⁵ Geschillencommissies komen voor een erkenning in aanmerking als zij aan een aantal in de regeling vermelde eisen voldoen. Een aantal van deze eisen heeft tot doel bij de behandeling van klachten door de Geschillencommissie een goede rechtsgang en onpartijdige uitspraken te waarborgen.

De SGC vervult een belangrijke rol in het op eenvoudige wijze beslechten van consumentengeschillen.⁶⁶ De volgende elementen worden geacht hieraan een bijdrage te leveren.⁶⁷

- *Waarborg gelijkwaardigheid van partijen.* Het reglement van de Geschillencommissie dient te waarborgen dat partijen op basis van gelijkwaardigheid in staat zijn een geschil zelf tot een oplossing te brengen.
- *Snelle rechtsgang.* Ongeacht of een deskundigenrapport noodzakelijk is wordt de gehele zaak in één zitting, met hoor en wederhoor, behandeld.
- *Geringe kosten.* De klager betaalt uitsluitend klachtengeld. Voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen bedraagt dit f 45,-. Indien de klager in het gelijk wordt gesteld, wordt het

⁶⁴Jaarverslag 1998 a.w.

⁶⁵Erkenningsregeling geschillencommissies consumentenklachten 1997, Staatscourant 1996, 248, p. 8.

⁶⁶Vries, H.H. de, A.H.M.J. Rekko & G. van der Veen (1995), *Het maatschappelijk belang van geschillencommissies*. Instituut voor consumentenonderzoek, onderzoeksrapport 177, Leiden.

⁶⁷ Tweede Kamer 1997-1998 a.w. p. 3-4.

klachtengeld door het ziekenhuis vergoed. De klager hoeft dus geen kosten voor rechtsbijstand en griffierechten te betalen en kan niet in de proceskosten van de wederpartij worden veroordeeld.

- *Laagdrempeligheid.* De procedure voor het voorleggen van zaken is eenvoudig: het vragenformulier dient ingevuld en ondertekend geretourneerd te worden en de klager moet het klachtengeld voldoen. De Commissie voorziet zich zelf in de nodige deskundigheid. Bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen wordt deze deskundigheid ontleend aan de samenstelling van de Commissie.

De toetreding van de ziekenhuizen tot de Geschillencommissie **Error! Bookmark not defined.**

De vijf genoemde organisaties kwamen in de overeenkomst tot oprichting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen overeen dat de SGC een Geschillencommissie zal instellen en in werking houden voor de duur van drie jaar, mits tenminste twaalf ziekenhuizen zouden toetreden tot deze overeenkomst. Uitsluitend de ziekenhuizen die hun aansprakelijkheid hebben verzekerd bij MediRisk, konden tot het experiment toetreden. De bestuursleden van MediRisk stonden overwegend positief tegenover het experiment. MediRisk heeft de bij haar verzekerde ziekenhuizen gestimuleerd toe te treden tot het experiment. De toetreding van de ziekenhuizen geschiedde door middel van een toetredingsovereenkomst. In deze overeenkomst aanvaardde het ziekenhuis de rechtsmacht van de Geschillencommissie Ziekenhuizen voor claims inzake zaak- en personenschade tot een maximumbedrag van f 7500,-. De toetreding door de ziekenhuizen was vrijwillig. Het merendeel van de bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen trad (deels tijdens de duur van het experiment) toe tot het experiment. Uit ons onderzoek onder de ziekenhuizen is ons gebleken dat de ziekenhuisleiding in het algemeen positief stond tegenover het experiment. Er bestonden nauwelijks reserves ten aanzien van de toetreding. De medische staven stonden in het algemeen ook wel positief tegenover het experiment maar waren enigszins afwachtend ten aanzien van de resultaten van de Geschillencommissie.

Artikel 4 van de overeenkomst bepaalt dat de Geschillencommissie bij wege van bindend advies uitspraak zal doen in de haar voorgelegde geschillen tussen klagers en toetgetreden ziekenhuizen. Een toetgetreden ziekenhuis verplicht zich te onderwerpen aan de beslissingen van de Geschillencommissie en die onverwijld na te komen, tenzij het ziekenhuis een beslissing binnen twee maanden na de verzenddatum ter toetsing aan de rechter voorlegt en het vonnis, waarbij de rechter het advies onverbindend verklaart, in kracht van gewijsde is gegaan (art. 7 overeenkomst tot oprichting Geschillencommissie).

3.2 De procedure en werkwijze **Error! Bookmark not defined.**

Het Reglement Geschillencommissie Ziekenhuizen geeft voorschriften voor de procedure bij de Geschillencommissie en de werkwijze van de Commissie. Daarnaast wordt de procedure bij de Geschillencommissie beïnvloed door de algemene beginselen van behoorlijk procesrecht. Het geldende Reglement is vastgesteld per 6 februari 1997. In deze paragraaf wordt de samenstelling van de Geschillencommissie, de bevoegdheid van de Commissie en

de ontvankelijkheid van klachten beschreven zowel vanuit juridisch perspectief als - voor zover mogelijk - vanuit het perspectief van de leden van de Geschillencommissie en de geïnterviewde leden van de Begeleidingscommissie. Daarna volgt een korte beschrijving van de procedure voor de behandeling van geschillen door de Geschillencommissie.

De samenstelling **Error! Bookmark not defined.**

Het juridisch perspectief

De Geschillencommissie bestaat uit vijf leden: een voorzitter die de hoedanigheid van meester in de rechten bezit, een lid dat is voorgedragen door de KNMG, een lid dat is voorgedragen door de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en twee leden die zijn voorgedragen door de Consumentenbond. Aan de Commissie is door de Stichting Geschillencommissies Consumentenzaken (SGC) een secretaris toegevoegd die de hoedanigheid van meester in de rechten bezit. Het secretariaat van de Geschillencommissie wordt verzorgd door de SGC (art. 2 Reglement).

De omvang van de Commissie is groot, vergeleken met andere geschillencommissies die onder de SGC vallen én in relatie tot de overheidsrechtspraak. Alle overige onder de SGC ressorterende geschillencommissies bestaan uit drie leden. In de overheidsrechtspraak wordt alleen bij uitzondering door vijf rechters geoordeeld. De omvang alsmede de paritaire samenstelling van de Geschillencommissie Ziekenhuizen kan worden verklaard door de totstandkomingsgeschiedenis. Alle daarbij betrokken partijen verkregen een of twee zetels in de Geschillencommissie. Bovendien wordt door deze wijze van vertegenwoordiging van de bij een geschil betrokken partijen, klager (Consumentenbond), arts (KNMG) en ziekenhuis (NVZ), verondersteld dat de Commissie voldoende deskundigheid bezit om de aan haar voorgelegde geschillen zelf, dus zonder het inwinnen van deskundigenberichten, te beslechten.

Het perspectief van de praktijk

Nadat de nodige ervaring is opgedaan, overheerst bij de leden van de Geschillencommissie de gedachte dat de behandeling van een geschil ook met drie personen kan plaatsvinden. Gesproken wordt wel van een 'overkill' ten opzichte van de klager. Een voorzitter zegt hierover:

'Ik vind het toch wel ambitieus om de claims die voor een enkelvoudige kantonrechter komen met maar liefst vijf mensen te behandelen.'

Het lijkt deze voorzitter dat een college bestaande uit drie personen zonder veel verlies van kwaliteit ook een goede beslissing kan nemen. Een lid stelt ook dat het niet nodig is met vijf personen te oordelen; het ware beter de Geschillencommissie uit drie personen te laten bestaan. Dit zou de Commissie flexibeler maken en is ook aantrekkelijk vanuit kostenperspectief.

Ook de geïnterviewde leden van de Begeleidingscommissie oordelen dat de omvang van de Geschillencommissie groot is. Het verdient volgens hen de voorkeur de samenstelling van

de Commissie zo klein mogelijk te houden. Een lid van de Begeleidingscommissie zegt daarover:

'Het is onmenselijk om daar vijf personen neer te zetten. (..) In psychologische zin vind ik dat niet laagdrempelig, althans dat kan wel eens afbreuk doen aan de laagdrempeligheid.'

Niet alle geïnterviewde personen doen voorstellen voor de samenstelling van een Geschillencommissie bestaande uit drie personen. Voor zover dat wel gebeurt variëren deze voorstellen. In de eerste plaats wordt gesuggereerd de Commissie te laten bestaan uit een voorzitter, een lid voorgedragen door de Consumentenbond en een vertegenwoordiger van ziekenhuizen (beurteilungen een arts en een vertegenwoordiger van het ziekenhuismanagement). Een tweede voorstel spreekt van een jurist, een medicus en een lid voorgedragen door de Consumentenbond. Ten aanzien van een derde voorstel wordt opgemerkt dat deelname van een medicus en van een vertegenwoordiger van een consumentenorganisatie essentieel is voor de Geschillencommissie, terwijl de vertegenwoordiger van de ziekenhuisdirecties wat minder essentieel wordt gevonden. In een vierde voorstel wordt door een ander lid daartegen ingebracht dat een vertegenwoordiger van het ziekenhuis wel essentieel is, omdat ziekenhuizen worden aangesproken en dus, anders dan artsen, partij zijn bij het geschil.⁶⁸

Bij de samenstelling van de Geschillencommissie voor een bepaalde zitting wordt zo veel mogelijk rekening gehouden met de inhoud van de claim. In twee zaken was dit niet mogelijk. Zo is ons uit de uitspraken van de Commissie gebleken dat het medisch lid van de Commissie, gespecialiseerd in de anesthesiologie, niet steeds deel uitmaakte van de Commissie die moest oordelen over het handelen of nalaten van een anesthesioloog. Een dergelijke situatie deed zich ook voor bij een chirurgische casus: bij de behandeling van dit geschil had geen chirurg zitting in de Commissie.

Bevoegdheid en ontvankelijkheid **Error! Bookmark not defined.**

Het juridisch perspectief - het bindend advies en de schikking tussen partijen

Zoals gezegd, heeft de Commissie tot taak geschillen tussen klager en ziekenhuis te beslechten over zaak- en personenschade. Deze schade moet zijn veroorzaakt en ontstaan binnen de geldigheidsduur van de door het ziekenhuis met MediRisk gesloten beroepsaansprakelijkheidsverzekering (art. 3.2 Reglement). De Commissie is slechts bevoegd een aanhangig gemaakt geschil te behandelen, indien partijen zijn overeengekomen zich bij de uitspraak van de Geschillencommissie neer te leggen (art. 4 Reglement). Door het tekenen van een verklaring wordt aan deze voorwaarde voldaan. De beslechting van de geschillen geschiedt door een bindend advies uit te brengen of door een schikking tussen partijen te bevorderen (art. 3.1 Reglement).

Een bindend advies-overeenkomst is een species van de vaststellingsovereenkomst (art. 7:900, eerste lid BW). Voor de bindend adviesprocedure ontbreekt een wettelijke regeling met een voorgeschreven rechtsgang voor bepaalde incidenten. Titel 15 van Boek 7 bevat

⁶⁸In hoofdstuk 3.2.3 en 5.3 wordt aandacht besteed aan de deskundigheid van de Commissie.

uitsluitend bepalingen over de wijze van totstandkoming van een vaststelling, de vereisten voor de totstandkoming en de ontbinding van de vaststellingsovereenkomst. Daarnaast is bepaald wat de rechtsgevolgen zijn indien een vaststellingsovereenkomst strijdig is met dwingend recht of de eisen van redelijkheid en billijkheid. Wel gelden de fundamentele (geschreven en ongeschreven) regels van goede procesorde voor de bindend adviesprocedure, zoals het beginsel van onpartijdige geschillenbeslechting of het beginsel van hoor en wederhoor.

De uitspraak van de bindend adviseurs, zoals de Geschillencommissie, geldt als een advies dat partijen bindt. Tegen de beslissing staat geen hoger beroep open. Dit is slechts anders indien gebondenheid aan de beslissing in verband met de inhoud of de wijze van totstandkoming daarvan in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn (art. 7:904, eerste lid BW en art. 25 Reglement).⁶⁹

Artikel 18 van het Reglement voorziet in de mogelijkheid tot een schikking ter zitting te komen. Dit artikel bepaalt dat indien de partijen bij de mondelinge behandeling tot een schikking komen, de Geschillencommissie de inhoud daarvan in de vorm van een bindend advies vastlegt.

Het perspectief van de praktijk - de schikking ter zitting

Tijdens de looptijd van het experiment is slechts eenmaal een geschil door middel van een schikking beslecht. In deze casus stelde de klager zich op het standpunt dat zij geen toestemming had verleend voor het vernietigen van persoonlijke eigendommen van haar in het ziekenhuis overleden moeder. Het ziekenhuis voerde daarentegen aan dat de klager stelde dat zij niet meer met de spullen van haar moeder te maken wilde hebben en dat deze spullen daarom vervolgens zijn vernietigd. Ter gelegenheid van de mondelinge behandeling van het geschil door de Geschillencommissie, zijn partijen overeengekomen dat het ziekenhuis de klager een schadevergoeding zou betalen. Ingevolge artikel 18 Reglement heeft de Commissie deze afspraak bij bindend advies vastgelegd. Vervolgens bepaalde de Commissie: "Nu het geschil tot oplossing gekomen is, behoeft de Commissie over de door het ziekenhuis gevolgde handelwijze met betrekking tot de eigendommen van de overleden patiënte, geen oordeel te geven".

⁶⁹Zie bijvoorbeeld Hoge Raad 29 januari 1931 NJ 1931, p. 1317 en Rechtbank Rotterdam 13 januari 1987 Praktijkids 1979, p. 188. De vernietigbaarheid kan worden ingeroepen door middel van een buitengerechtelijke verklaring of een rechterlijke uitspraak (art. 3:49-51 BW). Partijen mogen de tussenkomst van de rechter niet uitsluiten (Hoge Raad 11 januari 1924 NJ 1924, p. 293). De verjaringstermijn bedraagt drie jaar ingaande op het moment van kennisname van de beslissing en de feiten (art. 3:52, eerste lid sub d BW). Indien de vordering tot vernietiging van het bindend advies is verjaard kan vernietiging ook niet meer geschieden door middel van een buitengerechtelijke verklaring (art. 3:52, tweede lid BW). Niettemin kan bij een vordering tot nakoming van het bindend advies door verweerder daartegen nog te allen tijde een beroep op de vernietigingsgrond worden gedaan, dus ook nadat de rechtsvordering tot vernietiging is verjaard (art. 3:51, derde lid BW). Zie onder meer R. Zwitser (red), *Tot persistit! Opstellen aangeboden aan H.J. Sniijders*, Gouda Quint Arnhem 1992, in het bijzonder de bijdrage van G.J. Meijer: Bindend advies en de vaststellingsovereenkomst, p. 51-69. En A.N.G. Boer (1990), *Beslechting van consumentengeschillen naar Nederlands Recht*, Deventer: Kluwer.

Overigens kan een schikking ter zitting alleen tot stand komen als een vertegenwoordiger van MediRisk of van het ziekenhuis bij de behandeling van het geschil aanwezig is. Dat is niet altijd het geval (zie hoofdstuk 5.2).

Het juridisch perspectief - de ontvankelijkheid

Artikel 5, eerste lid van het Reglement bepaalt dat de Commissie de klager niet-ontvankelijk verklaart in zijn klacht, wanneer de klager deze klacht niet binnen een termijn van vijf jaar na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de klager met de schade bekend is geworden, aan het ziekenhuis schriftelijk heeft voorgelegd. Alvorens een geschil aan de Commissie te kunnen voorleggen, dient de klager dus eerst het ziekenhuis aansprakelijk te hebben gesteld voor de (vermeende) schade van klager. Het Reglement bevat vervolgens een bepaling over de behandeling van het geschil door het ziekenhuis. Indien het ziekenhuis de klacht over zaak- en personenschade niet binnen drie maanden na indiening heeft afgehandeld, wordt deze klacht geacht niet tot tevredenheid van de klager te zijn afgehandeld (art. 5 lid 1). De klager kan dan zijn klacht schriftelijk bij de Geschillencommissie aanhangig maken.

De Commissie behandelt niet alle geschillen. Artikel 6 van het Reglement bepaalt dat de Geschillencommissie de volgende drie geschillen niet behandelt. In de eerste plaats worden geen geschillen behandeld die de niet-betaling van een factuur betreffen voor zover dit niet samenhangt met zaak- en personenschade. Ten tweede worden geen geschillen behandeld die reeds bij de burgerlijke rechter aanhangig zijn gemaakt of waarin deze reeds een uitspraak over de inhoud van het geschil heeft gedaan. Tenslotte verklaart de Commissie op verzoek van het ziekenhuis de klager niet-ontvankelijk in zijn klacht indien het ziekenhuis aan de klager gedurende vijf weken de mogelijkheid heeft gegeven om het geschil aan de Commissie voor te leggen en de klager van die mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt. Het ziekenhuis moet wel aangekondigd hebben na het verstrijken van deze termijn zich vrij te achten het geschil voor te leggen aan de gewone rechter (art. 7 Reglement). Deze laatste situatie heeft zich tijdens de onderzoeksperiode niet voorgedaan.

De Commissie kan overigens besluiten een eenmaal aangevangen behandeling van een geschil niet voort te zetten, indien zij van oordeel is dat het onderwerp van het geschil aan een onderzoek van een deskundige dient te worden onderworpen en de klager zijn medewerking aan het onderzoek weigert of anderszins het onderzoek naar het oordeel van de Commissie niet mogelijk is (art. 11 Reglement).

Het juridisch perspectief - de competentiegrens

De Commissie heeft tot taak geschillen tussen klager en ziekenhuis te beslechten over zaak- en personenschade tot en met een bedrag van f 7500,-. De Commissie behandelt een geschil niet indien tijdens de behandeling aannemelijk wordt dat de schade meer dan f 7500,- bedraagt, tenzij de klager bereid is te verklaren - op grond van feiten en omstandigheden die hij redelijkerwijs kon weten tijdens de behandeling van het geschil - zijn vordering daartoe te beperken (art. 6 sub c Reglement). De competentiegrens van de Geschillencommissie is dus beperkt tot het bedrag van f 7500,-. Dit bedrag is ingegeven door de overweging dat op deze

wijze de competentie van de Geschillencommissie beperkt zal blijven tot kleine, eenvoudige claims.

Het perspectief van de praktijk - de competentiegrens

Over de competentiegrens wordt door betrokkenen verschillend gedacht. Kortweg gesproken kunnen de leden van de Geschillencommissie worden onderverdeeld in voor- en tegenstanders van deze competentiegrens. De tegenstanders brengen de volgende argumenten tegen de competentiegrens naar voren. Allereerst zou het bedrag van f 7500,- voortkomen uit 'koudwatervrees'; gevreesd zou worden dat zeer gecompliceerde zaken met een hoog schadebedrag aan de Geschillencommissie zouden worden voorgelegd, terwijl deze Geschillencommissie uitsluitend kleine, eenvoudige geschillen zou moeten beslechten. Als tweede argument wordt naar voren gebracht dat mede door deze competentiegrens te weinig gebruik wordt gemaakt van de Geschillencommissie. Ten derde staat de beperking tot f 7500,- in de weg aan de flexibiliteit van de Geschillencommissie. Een lid van de Geschillencommissie zegt hierover:

'Je kunt toch gevallen hebben waarvan je zegt het zou redelijkerwijze verder moeten dan die f 7500,-. Enige flexibiliteit zou nodig zijn.'

Tenslotte heeft de competentiegrens er volgens een lid in de praktijk toe geleid dat de Geschillencommissie, zeker in het begin, niet direct een dergelijk hoge schadevergoeding heeft toegekend teneinde zich voor de toekomst niet te veel te binden.

De 'voorstanders' voeren als belangrijkste argument aan dat bij de Geschillencommissie sprake is van een informele procedure. Wanneer een klager een grote schadevergoeding vordert gaan andere belangen spelen en hiervoor zou een andere, meer formele procedure nodig zijn. In dit verband wordt er op gewezen dat van een beslissing van de Geschillencommissie niet in beroep kan worden gegaan. Zonder competentiegrens zou volgens een voorzitter het gevaar bestaan dat mensen 'zonder rechtsbijstand aan iets beginnen waarvan je als Commissie dan misschien ambtshalve gaat denken van ja mag ik hier wel verder mee gaan zonder de mogelijkheid van appèl'. Een andere voorzitter is van oordeel dat klagers er door de Commissie op moeten worden gewezen dat de werkelijke schade groter is dan de geclaimde schade van f 7500,- en vervolgens moeten worden geïnformeerd over de procedure bij de civiele rechter. Deze voorzitter wijst er overigens nadrukkelijk op dat de beperking die de Geschillencommissie kent tot het bedrag van f 7500,- niet automatisch wil zeggen dat het medisch of juridisch ook een simpel geschil is.

De geïnterviewde leden van de Begeleidingscommissie denken verschillend over de competentiegrens. Een lid is van mening dat de competentiegrens op een vrij willekeurig, relatief laag bedrag is bepaald en dat door deze grens de Geschillencommissie wordt beperkt als volwaardig alternatief van de rechtbank. Een ander is voorstander van de competentiegrens, nu de Geschillencommissie niet is geëquipeerd voor complexe zaken. Een derde noemt het bedrag van f 7500,- te laag en meer en meer achterhaald. Volgens dit lid moet een compe-

tentiegrens in de procedure bij de Geschillencommissie worden gehandhaafd doch dient het bedrag van deze competentiegrens te worden verhoogd.

De behandeling van geschillen **Error! Bookmark not defined.**

Het aanhangig maken van een geschil

Een geschil dient aan de Geschillencommissie te worden voorgelegd door middel van een ingevuld en ondertekend vragenformulier (art. 8, eerste lid Reglement). Op deze wijze verklaart de klager de door de Geschillencommissie te wijzen uitspraak als bindend te beschouwen (art. 8, tweede lid Reglement). De ziekenhuizen hebben in de door hen getekende toetredingsovereenkomst met de SGC verklaard de uitspraken van de Geschillencommissie als bindend te ervaren. Langs deze twee wegen is voldaan aan de wettelijke vereisten voor de totstandkoming van een vaststellingsovereenkomst (lees: bindend advies) (art. 7:900 BW). De klager moet bovendien het klachtengeld voldoen en verklaren ermee accoord te gaan dat het ziekenhuis alle gegevens aan de Commissie verstrekt die relevant zijn voor de behandeling van het geschil (art. 10 juncto art. 8 en 9 Reglement).

Ook het ziekenhuis kan een geschil aanhangig maken (art. 12 Reglement). In dat geval dient de klager ook in te stemmen met het aanhangig maken van het geschil en het vragenformulier in te vullen. Alvorens de Geschillencommissie een aanhangig gemaakt geschil kan behandelen, dient de klager er in toe stemmen dat het ziekenhuis alle naar het oordeel van het ziekenhuis relevante gegevens, inclusief (para)medische gegevens aan de Commissie, verstrekt voor de behandeling van het geschil (art. 8, tweede lid Reglement). Uitsluitend het aanhangig maken impliceert deze toestemming dus niet. Tijdens het experiment zijn geen geschillen door ziekenhuizen aanhangig gemaakt.

De Commissie stelt het ziekenhuis schriftelijk in kennis van het in behandeling nemen van het geschil en stelt het ziekenhuis gedurende een maand in de gelegenheid zijn standpunt over het geschil schriftelijk aan de Commissie kenbaar te maken. De Commissie kan deze termijn bekorten of verlengen. De Commissie zendt het antwoord van het ziekenhuis aan de klager die daarop binnen twee weken schriftelijk een weerwoord bij de Commissie kan indienen. Ook deze termijn kan worden bekort dan wel verlengd (art. 13 Reglement).

Bijstand van partijen

Partijen hebben op grond van artikel 14, eerste lid van het Reglement het recht zich bij de behandeling van een geschil te laten bijstaan door derden of vertegenwoordigers. Ook kunnen partijen getuigen of deskundigen meenemen en doen horen, tenzij een goede procesorde zich hiertegen verzet (art. 14, derde lid Reglement).

Deskundigheid

De Commissie kan indien zij dat noodzakelijk acht zelf inlichtingen inwinnen, onder meer door het horen van getuigen of deskundigen, door het instellen van een onderzoek of door een of meer door haar aan te wijzen deskundigen. De Commissie geeft daarvan kennis aan partijen en verstrekt een afschrift van het deskundigenrapport aan partijen die daarop binnen

twee weken bij de Commissie kunnen reageren. De Commissie kan deze termijn bekorten of verlengen (art. 15 Reglement).⁷⁰

De Commissie maakt weinig gebruik van het recht tot raadpleging van externe deskundigen. Van alle door de Commissie behandelde geschillen (67) is dit slechts één keer gebeurd. Soms komt het voor dat niet de Geschillencommissie zelf, maar partijen op instigatie van de Commissie deskundigen raadplegen. Zo heeft de Geschillencommissie eenmaal in een tussenadvies de klager in de gelegenheid gesteld nader advies in te winnen bij een door partijen in samenspraak met MediRisk aan te wijzen deskundige. Op deze wijze wordt de verzekeraar opnieuw bij de behandeling van het geschil betrokken. Uit de uitspraak blijkt niet waarom de Commissie niet zelf een deskundige heeft geraadpleegd, maar dit overlaat aan partijen.

Voor het feit dat weinig gebruik wordt gemaakt van het recht getuigen en deskundigen te raadplegen kunnen drie verklaringen worden gegeven. In de eerste plaats kan dit worden verklaard door het feit dat de Commissie zelf voor het grootste deel uit deskundigen bestaat, twee medici en twee vertegenwoordigers van een consumentenorganisatie, en ten tweede doordat de medische leden veelvuldig informeel collegae blijken te raadplegen. Ten derde kan door het raadplegen van externe deskundigen vertraging in de behandelingsduur optreden.

De medici in de Geschillencommissie zijn afkomstig uit de specialismen heelkunde en anesthesiologie. Naar het oordeel van de leden van de Commissie is hiermee nagenoeg altijd de inhoudelijke kennis die noodzakelijk is voor de besluitvorming over een claim, binnen de Commissie aanwezig. Slechts één medisch lid denkt dat de binnen de Commissie aanwezige kennis niet de hele geneeskunde dekt. Deze opvatting wordt gedeeld door een lid van de Begeleidingscommissie. Het kennisgebied van de eigen leden wordt door de overige geïnterviewden vrij groot geacht. Door een voorzitter wordt opgemerkt:

'Het is natuurlijk iets zuiverder om een deskundige van buiten, een onafhankelijk deskundige, in te roepen. Maar voor het op kleinere schaal streven naar een snelle behandeling, is het natuurlijk wel zo efficiënt dat je die deskundige hulp in je college hebt zitten. Het is op zich best te verantwoorden zoals het nu gaat en het werkt ook wel, tenminste dat idee heb ik, want we krijgen de medische kennis wel op tafel tijdens de zitting.'

De medische kennis kan, zoals gezegd, zijn verkregen via informele raadpleging van deskundigen door de (medische) leden van de Geschillencommissie. De leden van de Commissie blijken geen bezwaren te hebben tegen deze handelwijze en ook het Reglement verzet zich hier niet tegen. Artikel 15 geeft immers geen limitatieve opsomming van de wijze waarop de Commissie inlichtingen kan inwinnen.

⁷⁰De kanttekening moet worden gemaakt dat het Reglement van de Geschillencommissie Ziekenhuizen niet voorziet in een verplichting van de Commissie om ook een afschrift van een rapportage van (een) getuige(n) aan partijen over te leggen, zij het dat dit in voorkomende gevallen in de praktijk wel gebeurt.

De uitspraak

Direct na afloop van de zitting neemt de Geschillencommissie een beslissing. Dit gebeurt in de raadkamer. De beslissing wordt neergelegd in een uitspraak die enkele weken na de zitting per post aan partijen wordt toegezonden. Het Reglement bevat geen bepaling over de termijn waarbinnen de Geschillencommissie uitspraak moet doen en de termijn waarbinnen de uitspraak dient te zijn verzonden.

4 Aantallen klachten

4.1 Een piramide van klachten en claims **Error! Bookmark not defined.**

De ontwikkeling van geschillen in het proces van 'naming, blaming and claiming' wordt vaak voorgesteld als een piramide.⁷¹ Elke stap in het proces vormt een laag in de piramide. De eerste laag betreft in ons geval alle ontevredenheid van patiënten of nabestaanden over de medische behandeling. De top van de piramide wordt gevormd door alle claims die bij de hoogste instantie, in ons geval de Geschillencommissie Ziekenhuizen, worden behandeld. De tussenliggende lagen hebben betrekking op de indiening van klachten en claims bij ziekenhuizen en de indiening van claims bij de verzekeraar MediRisk. De metafoor van de piramide visualiseert het verloop van geschillen die bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen terecht komen.

Op dit model is kritiek gekomen van onderzoekers die zich op de onderste lagen van de piramide richten. Zij vinden het model te kort schieten omdat maar zo weinig ontevreden patiënten daadwerkelijk een klacht indienen. Deze klagers ondernemen evenwel andere acties die niet in het model geplaatst kunnen worden (bijvoorbeeld een verzoek om een second opinion). De metafoor zou getuigen van een 'top-down' benadering, terwijl een 'bottom-up' benadering meer recht doet aan de complexiteit van het verloop van geschillen.⁷² Ons inziens zit de meerwaarde van het piramidemodel vooral in het relativerende karakter ervan. Het maakt zichtbaar dat het aantal klachten dat formeel wordt behandeld door een rechterlijke instantie slechts het 'topje' van de piramide is.

'Naming, blaming, claiming' **Error! Bookmark not defined.**

De meeste ontevreden patiënten maken niet meteen hun ontevredenheid aan een arts of klachtenfunctionaris kenbaar. Een zaakschade, zoals de vermissing van een gehoorapparaat of gebitsprothese, wordt veelal op de dag van vermissing gemeld. Betreft het echter een klacht naar aanleiding van een medische ingreep, dan gaat er vaak enige tijd overheen voordat de patiënt bij het ziekenhuis aanklopt. Uit zaken die door de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn behandeld, blijkt dat circa 28 % van de klagers het ziekenhuis binnen tien dagen in kennis stelt van hun klacht. Na een maand is dat percentage opgelopen tot 41 %. Na een half jaar heeft in totaal 75 % van de klagers zijn klacht bij het ziekenhuis ingediend. Een kwart van de klagers wacht zes maanden of langer alvorens het ziekenhuis aansprakelijk te stellen.

⁷¹Miller, R. & A. Sarat (1980-81), Grievances, claims and disputes: assessing the adversary culture. *Law and Society Review*, 15, p. 525-566; May, M.L. & D.B. Stengel (1990), Who sues their doctors? How patients handle medical grievances. *Law and Society Review*, 24, p. 105-120.

⁷²Verkruijsen, W.G. (1993), *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions*. Groningen, p. 250-251; Lloyd-Bostock, S. & L. Mulcahy (1994), The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 124-125 en 144.

De eerste laag van de piramide - alle ontevredenheid van patiënten of hun nabestaanden over de medische behandeling - is niet in cijfers te vatten. Daarvoor zou een grootschalig bevolkingsonderzoek nodig zijn. Uit literatuur is wel bekend dat als patiënten hun klachten aan het ziekenhuis kenbaar maken, dit slechts in een klein aantal gevallen leidt tot indiening van een schadeclaim. In een onderzoek naar 399 klachten ingediend in twee ziekenhuizen in Groot-Brittannië, bleek zelfs geen van de klachten een formeel vervolg te krijgen. De meeste klagers haakten af na de eerste reactie van het ziekenhuis, ondanks het feit dat zij ontevreden bleven.⁷³

Aantal ingediende claims in ziekenhuizen **Error! Bookmark not defined.**

De tweede laag van de piramide kan globaal in cijfers worden weergegeven. Het gaat om het aantal ingediende claims in ziekenhuizen. Twintig ziekenhuizen die zijn aangesloten bij het experiment met de Geschillencommissie hebben ons inzicht verschaft in het aantal claims dat zij in een willekeurig jaar (1997) tegen zich gericht zagen. (Het jaar 1997 was ook weer niet geheel willekeurig gekozen; dit is het eerste jaar waarin ziekenhuizen verplicht waren het aantal klachten in een openbaar jaarverslag op te nemen.) In de twintig ziekenhuizen tezamen zijn 466 claims ingediend, gemiddeld 23 claims per ziekenhuis. Nogmaals wijzen wij erop dat deze cijfers niet meer dan een globale aanduiding geven, omdat in de ziekenhuizen op verschillende wijze wordt geregistreerd en verschillende definities van klachten en claims worden gebruikt (zie hoofdstuk 2.2). Achttien ziekenhuizen hebben ons geen inzicht verschaft en een aantal moest volstaan met een schatting. Logischerwijs zouden in grote ziekenhuizen meer claims moeten worden ingediend, dan in kleine. Dit blijkt echter niet het geval, waardoor het vermoeden dat niet alle claims geregistreerd worden, versterkt wordt. Hetzelfde geldt voor het aantal klachten. In tabel 4.1 zijn de klachten en claims weergegeven naar omvang van het ziekenhuis, afgemeten aan het aantal bedden. Het aantal klachten en claims zou in grote ziekenhuizen kleiner zijn dan in middelgrote, maar dat moet, zoals gezegd, betwijfeld worden. Een mogelijke verklaring is dat in ziekenhuizen de claims met betrekking tot zaakschades die vallen onder het eigen risico van het ziekenhuis (onder de f 1.000,-) niet of onvolledig in de statistieken worden opgenomen.

⁷³Lloyd-Bostock & Mulcahy (1994), a.w., p. 130 en 140-141.

Tabel 4.1 Gemiddeld aantal klachten en claims ingediend in 1997 naar omvang van het ziekenhuis

Omvang ziekenhuis	Gemiddeld aantal klachten per ziekenhuis	Gemiddeld aantal claims per ziekenhuis
Klein (minder dan 400 bedden)	87 (N=9)	13 (N=6)
Middelgroot (tussen 400 en 700 bedden)	270 (N=13)	31 (N=9)
Groot (meer dan 700 bedden)	218 (N=7)	23 (N=5)
Totaal	211 (N=29)	23 (N=20)

Bron: opgave ziekenhuizen; bew. KUN

Wij laten nu de klachten rusten en spreken verder over claims, omdat deze zaken een belangrijk potentieel vormen voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Indien we bovenstaande gegevens extrapoleren naar alle ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de Commissie, dan kunnen we een globale schatting maken van het totaal aantal claims tegen de 38 ziekenhuizen die zijn aangesloten bij het experiment met de Geschillencommissie. De tweede laag van de piramide betreft circa $23 \times 38 = 874$ claims per jaar.

De Geschillencommissie Ziekenhuizen neemt echter alleen zaken tot f 7.500,- in behandeling. De ziekenhuizen kunnen geen gegevens verstrekken over de hoogte van de claims. Uit telefonisch ingewonnen informatie blijkt dat 40 tot 50 % van de ingediende verzoeken tot schadevergoeding het eigen risico van het ziekenhuis (f 1.000,-) niet te boven gaat. Van deze zaken wordt naar schatting 80 à 90 % na een summier onderzoek gehonoreerd. Meestal wordt uit coulance een uitkering gedaan, zonder dat het ziekenhuis aansprakelijkheid erkent. Naar schatting worden in de ziekenhuizen die bij het experiment zijn aangesloten tussen 280 en 390 claims intern afgehandeld. De overige circa 500 à 600 claims worden door MediRisk onderzocht.

Aantal schadeclaims bij MediRisk **Error! Bookmark not defined.**

Bovengenoemde schatting van 874 in 1997 ingediende claims bij alle ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de Geschillencommissie komt redelijk overeen met het aantal dat bij MediRisk gemeld is in 1997, namelijk 827. Niet alle claims die vallen onder het eigen risico worden bij MediRisk gemeld, al wijst MediRisk in het kader van haar *risk management* de ziekenhuizen op de noodzaak een volledig beeld te krijgen van alle ingediende vorderingen tot schadevergoeding. Bij MediRisk zijn in 1999 veertien ziekenhuizen verzekerd, die niet zijn aangesloten bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen. In tabel 4.2 zijn alle claims

weergegeven die sinds de oprichting bij MediRisk zijn gemeld. Dit betreft dus ziekenhuizen die wel en die niet bij het experiment zijn aangesloten.

Tabel 4.2 Aantal ingediende claims bij MediRisk

Jaar van indiening	ingediende claims	waarvan afgedaan (mei 1999)	aantal bij MediRisk verzekerde ziekenhuizen
1994	444	410 (92 %)	g.g.b.
1995	516	443 (86 %)	g.g.b.
1996	655	518 (79 %)	45
1997	827	548 (66 %)	49
1998	921	227 (25 %)	52
Totaal	3363	2146 (64 %)	

Bron: MediRisk; bewerking: KUN

Uit deze tabel mag niet worden afgeleid dat het aantal claims sterk is gestegen; door de jaren heen hebben meer ziekenhuizen zich bij MediRisk aangesloten. Het aantal claims per ziekenhuis is in de jaren 1994-1999 juist constant en schommelt rond de twintig per jaar.⁷⁴

Door MediRisk afgewezen claims, waarin minder dan *f* 7.500,- schade is gevorderd, kunnen worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Uit tabel 2.1 in hoofdstuk 2.2 blijkt dat door de jaren heen circa 68 % van de claims wordt door MediRisk afgedaan zonder uitkering. In 1997 zijn 361 claims zonder uitkering afgedaan, in 1998 488. Gezien de gemiddelde schadelast van *f* 5002,- (zie hoofdstuk 2.2) mag er vanuit gegaan worden dat de meeste claims vallen onder de competentiegrens van de Geschillencommissie. Als alle klagers met een door MediRisk afgewezen claim beneden de *f* 7.500,- verdere actie zouden willen ondernemen, dan zouden in theorie jaarlijks tussen de 350 en 500 klagers een beroep kunnen doen op de Geschillencommissie Ziekenhuizen.

Aantal claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen **Error! Bookmark not defined.**

Bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen belanden we bij de bovenste laag van de piramide. Hoger beroep tegen een bindend advies van de Commissie is immers niet mogelijk. Voor de start van het experiment is ingeschat dat de Geschillencommissie circa honderd zaken per jaar zou behandelen. Deze schatting was gebaseerd op eerder onderzoek van de KU Nijmegen.⁷⁵ Het aantal zaken dat daadwerkelijk door de Geschillencommissie is behandeld is bij

74 F.A.J.M. van den Wildenberg, R. Andriess & A.M. Hamersma (1999), Geen fouten, geen claims. Zes jaar preventiebeleid. *Medisch Contact*, jrg. 54, nr. 31/32, p. 1079-1081.

75 Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1992), *Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990*. Katholieke Universiteit Nijmegen,

deze schatting achtergebleven. In de gehele periode van het experiment van 1 oktober 1996 tot 1 oktober 1999 zijn bij de Geschillencommissie 135 zaken ingediend. De Commissie heeft 67 zaken behandeld. In tabel 4.3 is per jaar het aantal ingediende zaken weergegeven. Aangegeven is bovendien hoeveel zaken tot een uitspraak hebben geleid en hoeveel zaken niet in behandeling zijn genomen. Dat de aantallen bij de schatting achter zijn gebleven, kan voor een deel verklaard worden door het feit dat in het onderzoek van Angenent & Hubben werd uitgegaan van de vooronderstelling dat alle ziekenhuizen in Nederland aan het experiment zouden deelnemen. Het experiment is echter, zoals bekend, beperkt tot ziekenhuizen die bij MediRisk zijn aangesloten. In het begin van de onderzoeksperiode was circa een derde van alle ziekenhuizen bij MediRisk aangesloten, in 1999 de helft.⁷⁶

Verschillende factoren spelen een rol bij het gegeven dat slechts een klein deel van de klagers, wier verzoek door MediRisk is afgewezen, naar de Geschillencommissie stappen. In paragraaf 4.2 gaan we hier nader op in.

Tabel 4.3 Bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ingediende claims en behandelde zaken naar jaar van indiening

Jaar van indiening	ingediende claims	waarvan afgehandeld d.m.v. uitspraak	waarvan niet in behandeling genomen
1996 (vanaf 1-10)	20	10	10
1997	36	25	11
1998	43	21	22
1999 (tot 1-10)	36	11	25
Totaal	135	67	68

Bron: SGC; bewerking: KUN

In vergelijking met andere geschillencommissies die ressorteren onder de SGC is de Geschillencommissie Ziekenhuizen klein, maar niet de kleinste. Bij alle 27 geschillencommissies zijn in 1998 in totaal 8041 klachten ingediend. De meeste klachten werden ingediend bij de Geschillencommissies Reizen (2707), Wonen (1878), Chemisch Reinigen (466), Bankzaken (449) en Auto (425). In 1998 waren er acht geschillencommissies met minder klachten dan de Geschillencommissie Ziekenhuizen, waaronder drie nieuwe commissies: Relatiebemiddeling, Groen en Klussenbedrijven.

De geschillencommissies nemen meer dan de helft van de ingediende zaken niet in behandeling. Buiten behandeling blijven klachten tegen ondernemers of dienstverleners die niet bij een geschillencommissie zijn aangesloten, klachten die niet op het werkterrein van een

reeks recht & samenleving, nr. 6. Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1993), Een geschillencommissie in de gezondheidszorg. Verslag van een onderzoek. *Medisch Contact*, jrg. 48, p. 1335-1338.

⁷⁶In 1998 telt Nederland 107 algemene ziekenhuizen. CBS (1999), *Vademecum gezondheidsstatistiek*.

commissie liggen en zaken waarin de klager niet voldoet aan de reglementaire voorwaarden. Ook de Geschillencommissie Ziekenhuizen heeft de helft van de zaken niet in behandeling kunnen nemen, meestal omdat het ziekenhuis niet bij de Geschillencommissie was aangesloten of omdat de schade was ontstaan in een periode voordat het ziekenhuis bij MediRisk was verzekerd. Ook kwam het voor dat het schadebedrag hoger lag dan de competentiegrens van de Commissie toeliet of dat de klager niet voldeed aan de voorwaarden voor indiening (invullen vragenformulier en betaling klachtengeld). Een aantal klagers had het ziekenhuis niet eerst aansprakelijk gesteld.

*Klagers die hun klacht niet hebben doorgezet***Error! Bookmark not defined.**

Om meer inzicht te krijgen in de redenen waarom klagers afzien van een beroep op de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn twaalf klagers die hun klacht niet hebben doorgezet aangeschreven met een korte vragenlijst. Deze klagers hebben informatie ingewonnen bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen, maar hun klacht niet ter behandeling aan de Geschillencommissie voorgelegd. Wij wilden te weten komen of de klacht op een andere manier naar tevredenheid is afgehandeld.

Negen vragenlijsten kregen wij ingevuld retour.⁷⁷ Vijf klagers gaven aan dat de Geschillencommissie hun klacht niet kon behandelen, omdat de klager niet eerst het ziekenhuis aansprakelijk had gesteld. Hieronder was een klager die bovendien opmerkte meer dan 7500 gulden schade te hebben geleden. In totaal noemden drie klagers als reden dat zij meer dan 7500 gulden schade hadden geleden. Eén daarvan had bovendien onvoldoende vertrouwen in de Geschillencommissie. Een andere klager geeft als reden dat de kans op toewijzing van de vordering te klein is in zijn ogen. Deze klager miste na afloop van een kijkoperatie onder algehele verdoving zijn trouwring. Een andere klager schrijft dat na de mededeling aan de arts dat de klacht naar de Geschillencommissie Ziekenhuizen zou gaan, 'alles gelijk goed werd geregeld.' Het was om deze reden niet nodig de klacht daadwerkelijk door de Commissie te laten behandelen.

Deze laatste klager is de enige bij wie de klacht tot een oplossing heeft geleid. De klagers die hadden nagelaten het ziekenhuis aansprakelijk te stellen en dit alsnog deden, stuiten op een afwerende houding van het ziekenhuis of de verzekeraar. Eén klager geeft aan al acht maanden geleden het ziekenhuis te hebben aangeschreven, maar nog steeds geen antwoord te hebben ontvangen. Volgens een andere klager wordt zijn klacht 'weggewimpeld'.

De meeste respondenten hebben bij uiteenlopende instanties informatie ingewonnen of hulp gezocht: bij een Informatie Klachtenbureau Gezondheidszorg (drie keer), een advocaat (drie keer), bij de interne klachtencommissie of klachtenfunctionaris van het ziekenhuis, bij de Consumentenbond, een rechtsbijstandsverzekeraar, een vakbond, de Inspectie voor Gezondheidszorg en bij de politie. Eén klager had zijn klacht bovendien onder de aandacht gebracht van de media. Deze personen en instanties hebben in enkele gevallen de klager ontraden verdere actie te ondernemen of hem getemperd in zijn verwachtingen ten aanzien

⁷⁷Deze respondenten weken op persoonskenmerken als geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen niet af van de respondenten wier klacht wel door de Geschillencommissie Ziekenhuizen is behandeld.

van de procedure. Een advocaat had een klager er bijvoorbeeld op gewezen 'hoe moeilijk het is om een ziekenhuis of een arts aansprakelijk te stellen.'

In het vervolg van dit boek beperken wij ons tot de 67 zaken waarin de Geschillencommissie Ziekenhuizen uitspraak heeft gedaan.

4.2 Factoren die een rol spelen bij het beroep op de Geschillencommissie **Bookmark not defined.**

Van overheidszijde is onlangs gewezen op het risico van een toenemende claimcultuur in Nederland.⁷⁸ Met claimcultuur wordt bedoeld op een cultuur waarin burgers elkaar veelvuldig en voor hoge bedragen in juridische zin aanspreken ter vergoeding van geleden schade. De ontwikkeling in de richting van een claimcultuur leidt men onder meer af uit een toename van de totale schade die door aansprakelijkheidsverzekeringen wordt vergoed. De uitbreiding van aansprakelijkheid heeft in de kabinetsopvatting enerzijds voordelen: het kan een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de dienstverlening. Anderzijds is een nadeel dat een claimcultuur een te zware belasting kan gaan vormen voor de rechterlijke macht. Ook kan het ertoe leiden dat instellingen en dienstverleners onterechte voorzorgen gaan nemen of zelfs bepaalde diensten weigeren om eventuele aansprakelijkstelling te vermijden. Een aansprakelijkheidsverzekering kan in een uitzonderlijke claimcultuur onbetaalbaar worden of bepaalde risico's van verzekering uitsluiten.

De vrees voor een toename van claims maakte verzekeraars huiverig voor toetreding tot het experiment met de Geschillencommissie Ziekenhuizen. De gevreesde stormloop op de Geschillencommissie bleef evenwel uit. 'De praktijk leert dat voor Amerikaanse toestanden niemand meer bevreesd hoeft te zijn', aldus de directeur van de SGC.⁷⁹ Dit blijkt niet alleen uit het aantal klachten, maar eveneens uit de hoogte van de schadeclaims, die, naar wij in hoofdstuk 6.1 zullen toelichten, vaak de materiële onkosten niet te boven gaan. Van een claimcultuur lijkt bij de Geschillencommissie geen sprake te zijn. Integendeel. Tijdens het experiment is de discussie toegespitst op de vraag waarom maar zo weinig klagers een beroep doen op de Geschillencommissie.

In de interviews met betrokkenen zijn twee oorzaken genoemd voor het geringe aantal zaken bij de Geschillencommissie. De interne behandeling van klachten en claims in ziekenhuizen en bij MediRisk zou de afgelopen jaren zozeer zijn verbeterd, dat er niet of nauwelijks geschillen meer overblijven voor behandeling door de Geschillencommissie. Ten tweede zou de bekendheid van de Geschillencommissie bij het publiek te wensen overlaten en zouden klachtenfunctionarissen en andere verwijzingsinstanties, zoals de IKG's, er meer aan kunnen doen patiënten die schade hebben geleden als gevolg van een medisch falen te wijzen op het bestaan van de Geschillencommissie. Aan deze door de respondenten genoemde

⁷⁸Brief van de minister van justitie aan de Tweede Kamer van 17 juni 1999. Tweede Kamer 1998-1999, 26 630, nr. 1 en Ministerie van Justitie (1999), Naar een claimcultuur in Nederland?

⁷⁹In *VPN - magazine voor de verpleging*, 1997, p. 38-39.

redenen voegen wij er nog een toe. Wellicht nemen klagers of hun rechtsbijstandsverleners een afwachtende houding aan tegen de Geschillencommissie of hebben zij weerstand tegen de Commissie en verkiezen zij procedures bij de burgerlijke rechter. Deze factoren lichten wij nu verder toe.

*De zeeffunctie van de interne klachtenopvang***Error! Bookmark not defined.**

De klachtenbehandeling in ziekenhuizen heeft in de jaren negentig een professionaliseringsproces doorgemaakt. De meeste ziekenhuizen hebben een klachtenfunctionaris in dienst, die zich uitsluitend met klachtenbehandeling bezig houdt. Met cursussen 'Klachtenbehandeling', 'Gesprekstechnieken', 'Omgaan met verdriet' etc. worden klachtenfunctionarissen bijgeschoold. Klachtenprocedures worden op schrift gesteld en daar wordt inmiddels in toenemende mate via foldermateriaal ruimere bekendheid aan gegeven. Met de invoering van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector zijn ziekenhuizen bovendien verplicht een klachtencommissie te hebben en jaarlijks verslag te doen over de klachtenbehandeling. Deze aspecten markeren een omslag in het denken ten aanzien van klachten.

MediRisk levert door haar 'preventiebeleid' een belangrijke bijdrage aan dit proces van professionalisering. De trainingen van klachtenfunctionarissen en leden van de klachtencommissies worden door MediRisk gestimuleerd en gefinancierd. Het hebben van een klachtencommissie werd door MediRisk aan ziekenhuizen als voorwaarde gesteld voor toetreding tot de onderlinge waarborgmaatschappij, nog voordat het een wettelijk vereiste werd. MediRisk is bovendien de klachten en claims in kaart gaan brengen. Daarmee tracht MediRisk antwoord te krijgen op de vraag welke afdelingen van ziekenhuizen veel risico lopen om fouten te maken. Dit beleid werkt twee kanten op: het draagt bij aan een verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening en er worden klachten mee voorkomen, hetgeen een sterke premiestijging kan voorkomen. Het beleid van MediRisk is gericht op een open en eerlijke, maar realistische benadering ten aanzien van klagers. In de praktijk wijst MediRisk overigens circa 68 % van de vorderingen tot schadevergoedingen af (zie tabel 2.1). Dat percentage is hoger dan het percentage dat Angenent & Hubben aantreffen in hun dossieronderzoek naar de afhandeling van zaken in de periode 1980-1990.⁸⁰

De toegenomen professionalisering van de klachtenbehandeling betekent niet automatisch dat meer klachten worden voorkomen of dat een hoger percentage klachten intern kan worden afgedaan. Mogelijk is zelfs sprake van een 'paradox van de klachtenbehandeling': hoe beter de interne klachtenbehandeling is georganiseerd, hoe meer klachten worden geregistreerd, hoe beter klagers worden ingelicht over externe klachtmogelijkheden, hoe meer klachten uit het ziekenhuis bij een externe klachteninstantie als de Geschillencommissie Ziekenhuizen belanden. In paragraaf 5.3 wordt nader ingegaan op de ziekenhuizen die voor de Geschillencommissie hebben moeten verschijnen. Duidelijk is wel dat het geringe aantal klachten bij de Geschillencommissie niet rechtstreeks is terug te voeren op een verbeterde interne klachtenbehandeling.

⁸⁰Angenent & Hubben (1992), a.w.

Bekendheid van de Geschillencommissie Ziekenhuizen **Error! Bookmark not defined.**

In verschillende media is aandacht besteed aan het experiment met de Geschillencommissie ziekenhuizen. Publikaties verschenen in verschillende vak- en dagbladen.⁸¹ Desondanks is de bekendheid van de Geschillencommissie gering. In de bezochte ziekenhuizen bleken de meeste artsen, die wij hebben gesproken, niet op de hoogte te zijn van het bestaan van de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Over de procedure en samenstelling daarvan konden behalve artsen ook directieleden ons niets vertellen. Bij artsen en vertegenwoordigers van ziekenhuizen die wel bekend zijn met de Geschillencommissie, heeft de Geschillencommissie, in vergelijking met de tuchtrechter of de civiele rechter, minder gezag. Net als bijvoorbeeld de Nationale Ombudsman en de Commissie Gelijke Behandeling, zal de Geschillencommissie Ziekenhuizen haar gezag door haar uitspraken en publicatie daarvan in de praktijk moeten afdwingen.⁸²

Op wiens weg ligt het om voorlichting aan klagers te geven? MediRisk wijst in dit verband naar de ziekenhuizen; de ziekenhuizen naar MediRisk. MediRisk vindt het niet juist in de correspondentie aan klagers te verwijzen naar gerechtelijke of buitengerechtelijke instanties. Een vertegenwoordiger van MediRisk zegt hierover:

'Wij nemen naar eer en geweten een bepaald standpunt in op basis van onze gegevens. Die zijn getoetst door een medisch adviseur, eventueel een extern deskundige en die zijn ook juridisch getoetst op basis van literatuur enz. Daar komt naar onze mening een weloverwogen oordeel uit. (...) Daarmee is voor ons de kous af. Het staat iedereen vrij om het daarmee oneens te zijn en om zich te beraden en advies in te winnen, maar het is niet aan ons om daar verder actief in te sturen.'

Toch heeft MediRisk, op aandringen van de begeleidingscommissie van de Geschillencommissie Ziekenhuizen, de voorlichting aan klagers geïntensiveerd. In 1998 is een folder gemaakt, die klagers bij de bevestiging van de indiening van hun claim thuisgestuurd krijgen. Hier staat de Geschillencommissie Ziekenhuizen met adres in vermeld. Overigens heeft MediRisk in een aantal zaken actief naar de Geschillencommissie verwezen. Het gaat dan om zaken die niet tot een bevredigende oplossing komen, waarbij klagers bij herhaling een beroep doen op MediRisk. Het dossier kan in dergelijke zaken niet worden gesloten. Uit de cijfers bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen (zie bovenstaande tabel 4.3) blijkt niet dat de betere voorlichting in de loop der tijd heeft geleid tot een sterke stijging van klachten bij de Geschillencommissie.

De begeleidingscommissie van het experiment, alsook de SGC en MediRisk zijn van mening dat in de eerste plaats ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor de voorlichting aan

⁸¹Onder meer in *Welwezen* november 1997, p. 20-22. *VPN - magazine voor de verpleging* 3 juli 1997, p. 38-39. *Medisch Contact*, 1997 jrg. 51, nr. 39, p. 1238-1239. *Staatscourant* 16 september 1996, p. 2. *Algemeen Dagblad* 19 september 1996, *Gelderlander* 17 september 1996, *Algemeen Dagblad* 10 juli 1997, *Consumentengids* jrg. 12, nr. 46, december 1998.

⁸²Vgl. Timmer, J. & B. Niemeijer (1994), *Burger, overheid en Nationale ombudsman. Evaluatie van het instituut Nationale ombudsman*. Hugo Sinzheimer Instituut, Den Haag; SDU. I.P. Asscher-Vonk & C.A. Groenendijk, red. (1999), *Gelijke behandeling: regels en realiteit* (hoofdstukken II-4 en II-5).

en doorverwijzing van klagers. Zowel door de Stichting als door MediRisk is een schriftelijke enquête gehouden onder ziekenhuizen, waaruit bleek dat die voorlichting over de Geschillencommissie maar zeer mondjesmaat wordt gegeven. In augustus 1997 was er slechts één ziekenhuis met een klachtenbrochure, waarin expliciet aan het bestaan van de Commissie werd gerefereerd, en zelfs daar werd het adres en telefoonnummer niet vermeld.

Onze gegevens bevestigen dat in ziekenhuizen slechts in zeer beperkte mate naar de Geschillencommissie wordt verwezen. Dat is echter niet aan onwil van de ziekenhuizen te wijten. Belangrijkste oorzaak is dat in veel ziekenhuizen het 'klachtraject' gescheiden is van het 'claimtraject'. Voorlichting aan klagers vindt vooral in het 'klachtraject' plaats, waar de klager doorgaans telefonisch of in persoon een gesprek heeft met de klachtenfunctionaris. Zoals we in hoofdstuk 2 hebben beschreven, worden schadeclaims in de meeste ziekenhuizen echter zonder meer naar MediRisk doorgezonden. Of de directeur van het ziekenhuis buigt zich hierover; deze is gewoonlijk niet de aangewezen persoon om voorlichting aan klagers te geven over externe klachtmogelijkheden. Op het moment dat het ziekenhuis de behandeling van de claim uit handen heeft gegeven aan MediRisk, verdwijnt de klager uit beeld. Weliswaar krijgen zij bericht van MediRisk of de claim is erkend, maar het ligt volgens ziekenhuizen niet in de rede dat zij vervolgens actief de klager gaan inlichten over eventuele vervolgpcedures. Door het gescheiden klachten- en claimtraject komen klachtenfunctionarissen naar eigen zeggen niet of nauwelijks in aanraking met klachten die zich lenen voor behandeling door de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Als zich de mogelijkheid aandient, wijzen zij doorgaans mondeling op het bestaan van de Geschillencommissie.

Samengevat kan geconstateerd worden dat de geringe mate waarin klagers worden doorverwezen naar de Geschillencommissie Ziekenhuizen een belangrijke factor is voor de mate waarin een beroep wordt gedaan op die commissie.

Terughoudendheid **Error! Bookmark not defined.**

Letselschade en medische aansprakelijkheid zijn terreinen waarop zich veel advocaten begeven. Vermoedelijk doen relatief veel klagers die een procedure willen starten op deze terreinen een beroep op een rechtsbijstandsverlener, een jurist van het Bureau voor Rechts-hulp of een advocaat, meer dan klagers in andere consumentenzaken - gericht tegen een woninginrichtingszaak of een reisbureau - bij de SGC doen.

De advocaten die wij hebben gesproken - dit zijn er evenwel slechts drie, zodat hieraan geen vergaande conclusies kunnen worden verbonden - staan afhoudend tegenover het experiment met de Geschillencommissie Ziekenhuizen, zo zij er al mee bekend zijn. Eén advocaat heeft wel eens overwogen een zaak aan de Geschillencommissie voor te leggen, maar heeft zich laten weerhouden door de afwezigheid van de mogelijkheid in hoger beroep te gaan tegen het bindend advies.⁸³ Dat maakt de procedure in zijn ogen onzeker. In een gepubliceerde uitspraak had de Geschillencommissie zijns inziens een te lage

⁸³Het bezwaar tegen het ontbreken van hoger beroep moet worden gerelativeerd nu in de kantongerechtsprocedure tot een bedrag van f 5.000,- ook geen hoger beroep mogelijk is.

schadevergoeding toegekend. Met name de immateriële schade die voortvloeit uit bijvoorbeeld het verlies van een baan of uit stress is moeilijk in te schatten. In het geval het niet lukt tot een minnelijke schikking te komen, is de weg naar de civiele rechter minder risicovol, aldus deze advocaat. De nadelen van een civiele procedure (advocaatkosten en het risico van een veroordeling in de kosten van het proces) zijn op zijn cliënten niet van toepassing, omdat deze in aanmerking komen voor door de overheid gefinancierde rechtshulp.

Hierboven is al gebleken dat de rol van rechtsbijstandsverleners bij de doorverwijzing van klagers naar geschillencommissies marginaal is. Mogelijk dat ook klagers zelf zich afhoudend hebben opgesteld in de wetenschap dat het hier een experiment betreft. We kunnen het niet met zekerheid zeggen. In de enquête onder klagers die wel een beroep op de Geschillencommissie hebben gedaan, hebben wij hen gevraagd of zij ervan op de hoogte waren dat zij hun zaak ook aan de civiele rechter hadden kunnen voorleggen. Echter 56 % zegt niet op de hoogte te zijn geweest van de kantongerechtsprocedure. Enkele klagers geven aan de procedure bij de kantonrechter niet te kunnen betalen en geen geld te hebben voor een advocaat. Een aantal heeft om deze reden zijn vordering gematigd tot f 7.500,-.

MediRisk kan enkele gegevens verstrekken over aantallen tuchtrechtzaken en civiele zaken, maar deze zijn niet volledig. Van het aantal gesloten dossiers sinds haar oprichting in 1993 is in zes zaken een civiele procedure gestart, in 24 zaken een tuchtrechtzaak aanhangig gemaakt, en is in vier zaken de Inspectie voor de Volksgezondheid betrokken geweest. Niet alle procedures worden echter bij MediRisk gemeld. De werkelijke aantallen liggen waarschijnlijk hoger. Verreweg het grootste deel van de klagers ziet na een afwijzing van hun claim af van een verdere actie.

Vermoedelijk speelt terughoudendheid tegenover de Geschillencommissie Ziekenhuizen, naast de hierboven besproken beperkte verwijzing, een rol van betekenis bij het beroep dat op de Commissie wordt gedaan, met name in zaken waar advocaten bij betrokken zijn.

5 Ter zitting

De mondelinge behandeling van de klacht ter zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen neemt in de procedure een belangrijke plaats in. De Commissie beschikt weliswaar over alle schriftelijke stukken en doorgaans bovendien over het medisch dossier. Toch wordt veel waarde gehecht aan de mogelijkheid voor partijen om ter zitting hun zienswijze op de zaak te geven en de laatste onduidelijkheden op te helderen. Een mondelinge behandeling met partijen blijft dan ook uitsluitend achterwege indien geen van beide partijen komt opdagen of indien de klager evident niet-ontvankelijk is in zijn klacht.

In dit hoofdstuk wordt de behandeling van de geschillen eerst vanuit het perspectief van de klagers belicht (5.1). Aan de orde komt wie er klagen bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen, of zij zich laten bijstaan en door wie, waar zij over klagen en welke argumenten en strategieën zij ter zitting gebruiken. Vervolgens verschuift het perspectief naar dat van de artsen en het ziekenhuis (5.2). Welke specialisaties hebben de artsen die voor de Geschillencommissie verschijnen, komen de artsen ook daadwerkelijk naar de zitting, hoe verweren zij zich tegen de klacht? De Geschillencommissie zelf komt in paragraaf 5.3 aan de orde. Hierin wordt geanalyseerd hoe de zitting verloopt, hoe de Commissie zich opstelt ten opzichte van partijen en welke rollen de voorzitter en de verschillende leden vervullen.

5.1 Het perspectief van de klager

Wie klagen bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen?

De klager die het meest een beroep doet op de Geschillencommissie is een vrouw van middelbare leeftijd, die laag is opgeleid en maandelijks netto tussen de 2100 en 3100 gulden te besteden heeft. Zij woont in het westen van het land. In tabel 5.1 zijn de klagers weergegeven naar geslacht en leeftijd, en in tabel 5.2 naar de provincie waarin zij wonen.

Een oververtegenwoordiging van klachten van vrouwen en ouderen is in de gezondheidszorg niet vreemd.⁸⁴ Zij maken immers ook relatief veel gebruik van de medische voorzieningen en ook zien zij het eerder als hun plicht te klagen namens een kind of ouder.⁸⁵

⁸⁴Bij andere klacht- en tuchtrechtinstanties klagen juist aanzienlijk meer mannen dan vrouwen. Ter vergelijking: bij de advocatentuchtrechter is 82 % man en 18 % vrouw (Doornbos, N. & L.E. de Groot-van Leeuwen (1997), *Klachten op orde; de behandeling van klachten over advocaten*, Deventer: Kluwer, p. 90) en bij de Nationale ombudsman is 74 % man en 26 % vrouw (Timmer, J. & B. Niemeijer (1994), *Burger, overheid en Nationale ombudsman. Evaluatie van het instituut Nationale ombudsman*. Hugo Sinzheimer Instituut, Den Haag: SDU, p. 98).

⁸⁵Allsop, J. (1994), Two sides to every story: complainants' and doctors' perspectives in disputes about medical care in a general practice setting. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 155.

Tabel 5.1 Klagers naar leeftijd en geslacht

Leeftijd bij indiening	Geslacht		Totaal	Ned. bevolking*) (vanaf 20 jaar)
	Man	Vrouw		
20-40	1	10	11 (16 %)	40,9 %
40-65	16	22	38 (57 %)	41,2 %
65-80	4	9	13 (19 %)	13,6 %
80 en ouder	3	2	5 (7 %)	4,2 %
Totaal	24 (36 %)	42 (63 %)	67 (100 %)	100 %

*) Vanaf 20 jaar: in totaal 11,8 miljoen. Bron: CBS Statistisch Jaarboek 1999

Overigens zijn bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen maar weinig klachten ingediend namens een derde.

De oververtegenwoordiging van klagers uit het westen van het land staat evenmin op zichzelf: klagers in de provincies Utrecht, Noord-Holland en Zuid-Holland doen relatief vaak een beroep op geschillencommissies die ressorteren onder de SGC.⁸⁶ Wellicht is de zittingsplaats van de geschillencommissies (Den Haag) is er debet aan dat de provincies Drenthe, Overijssel, Friesland en Groningen niet of nauwelijks zijn vertegenwoordigd. Ook speelt een rol dat in deze regio slechts twee ziekenhuizen met vier vestigingen bij het experiment met de Geschillencommissie zijn aangesloten. Weliswaar kunnen geschillencommissies ook in Utrecht, Eindhoven of Zwolle zitting houden, maar de Geschillencommissie Ziekenhuizen behandelt daarvoor tot nog toe te weinig zaken. Het is echter niet zo dat de klagers die van ver moesten komen minder vaak de zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen hebben bijgewoond. In de schriftelijke enquête hebben elf klagers aangegeven de reis naar Den Haag als een belasting te hebben ervaren.

In de schriftelijke enquête hebben 36 klagers aangegeven wat hun opleidingsniveau is. Ruim de helft van de klagers, 21 van de 36, heeft lager of middelbaar onderwijs. Veertien klagers hebben MBO, HAVO of VWO, vijf klagers hebben een HBO-opleiding en één klager heeft een academische graad. Het opleidingsniveau ligt lager dan bij de Nederlandse bevolking tussen de 15 en 64 jaar en aanzienlijk lager dan uit onderzoek bij andersoortige klachteninstanties naar voren komt.⁸⁷

⁸⁶Jaarverslagen SGC 1997, 1996 en 1995.

⁸⁷CBS Statistisch Jaarboek 1999. Over andere medische tuchtrecht- of klachtinstanties zijn ons geen gegevens bekend. Bij de advocatentuchtrechter is echter meer dan de helft van de klagers hoog opgeleid: 28 % heeft een HBO-opleiding en een kwart is universitair geschoold. Bij de Nationale Ombudsman heeft 24 % een HBO-opleiding en heeft 14 % een wetenschappelijke opleiding (Doornbos & De Groot-van Leeuwen 1997, a.w., p. 91; Timmer & Niemeijer 1994, p. 99).

De klagers die de weg naar de Geschillencommissie hebben gevonden, zijn van het bestaan van de Commissie op de hoogte gekomen via televisie, kranten en tijdschriften (veertien van de 46 klagers noemen deze bron), via het ziekenhuis (twaalf keer genoemd) of de Consumentenbond (elf keer). Vier klagers noemen MediRisk als bron, drie een advocaat en acht klagers noemen nog uiteenlopende bronnen, zoals een patintenorganisatie, een letselschaderegelaar, een (niet bij de klacht betrokken) arts, familie, vrienden of kennissen.

Het opkomstpercentage van klagers ter zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen is 84 %. Bij andere geschillencommissies was dat de afgelopen jaren gemiddeld 75 %.⁸⁸ In 46 zaken was de klager in persoon aanwezig en in 6 zaken liet de klager zich ter zitting vertegenwoordigen door een familielid of rechtsbijstandsverlener. In 5 zaken zijn de partijen niet opgeroepen voor de zitting, omdat uit de stukken al kon worden opgemaakt dat de klager niet-ontvankelijk was of dat de commissie niet bevoegd was het geschil te beoordelen.⁸⁹ In tien zaken is de klager niet ter zitting verschenen. Vier klagers zijn om medische redenen niet verschenen, voor twee klagers vormde de reistijd een te zware belasting en één klager was na een lange periode van ziekte net weer aan het werk en wilde geen vrije dag opnemen. Van de andere klagers is ons niet bekend waarom zij niet op de zitting aanwezig waren.

⁸⁸Jaarverslagen SGC 1997, 1996 en 1995.

⁸⁹Overigens kunnen partijen verzoeken opgeroepen te worden voor de zitting om mondeling het geschil toe te lichten.

Tabel 5.2 Klagers bij de Geschillencommissie naar provincie

Provincie	Klagers	%	Ned. bevolking*)
Drenthe	1	2	3,0
Flevoland	1	2	1,9
Friesland	2	3	3,9
Gelderland	6	9	12,1
Groningen	-	-	3,6
Limburg	4	6	7,3
Noord-Brabant	7	11	14,8
Noord-Holland	12	18	15,9
Overijssel	-	-	6,8
Utrecht	11	17	7,0
Zeeland	-	-	2,4
Zuid-Holland	22	33	21,5
Totaal	66**)	100	100

*)Bron: CBS Statistisch Jaarboek 1999

**)Eén klager woont in het buitenland

Rechtsbijstandsverleners **Error! Bookmark not defined.**

In hoofdstuk 1.1 kwam al even aan de orde dat de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken niet aanmoedigt dat advocaten of andere rechtsbijstandsverleners in procedures bij deze geschillencommissies optreden. Deze zouden de zaken onnodig formaliseren. Het idee is dat de toegankelijkheid van de geschillencommissies rechtsbijstand overbodig maakt. Een vertegenwoordiger van de SGC licht dit toe:

'Het gaat om de klacht van die consument. Die kan zelf het beste vertellen hoe het is gegaan, hoe het is gekomen, en hoe het ziekenhuis het verder heeft benaderd. Een rechtsbijstandsverlener heeft de neiging om de zaak te juridificeren. Dus die zegt: commissie niet bevoegd, niet-ontvankelijkheid etc. Dat zijn allemaal punten die het probleem niet oplossen en die de zaak ingewikkelder maken dan nodig is. De eenvoud staat voorop. En de Commissie is erop ingesteld. De Commissie is niet lijdelijk, maar actief. Dat betekent ook dat een partij, of dat nu de consument is of het ziekenhuis, niet getroffen zal worden door een juridische valkuil.'

Toch gebruikt de SGC in haar correspondentie aan partijen formeel, juridisch taalgebruik, zoals 'overeenkomstig het bepaalde in het reglement', 'u kunt zich (..) laten vertegenwoordigen door een gemachtigde' 'schriftelijk commentaar (..) verzoeken wij u binnen veertien dagen na dagtekening van deze brief toe te zenden'. Ook spreekt de SGC van de 'wederpartij' en van het 'verweerschrift van het ziekenhuis'. Dergelijk taalgebruik draagt niet bij aan de doelstelling van eenvoudige en laagdrempelige geschillenbeslechting.

Het kennisniveau van klagers met betrekking tot de procedure bij de Geschillencommissie en de samenstelling van de Commissie is laag, ondanks het gegeven dat 89 % in het bezit is van de folder *Geschillencommissie Ziekenhuizen*. Verschillende klagers verwachten bijvoorbeeld een vertegenwoordiger van MediRisk bij de Geschillencommissie aan te treffen. Van de samenstelling van de Commissie was 73 % niet op de hoogte en 56 % weet niet dat hij de claim ook bij de kantonrechter had kunnen indienen. Eén klager die het niet eens was met het bindend advies van de Geschillencommissie en bij het secretariaat van de Geschillencommissie informeerde naar de mogelijkheid dit marginaal te laten toetsen door de burgerlijke rechter, had de termijn al laten verlopen waarbinnen de zaak aanhangig gemaakt moest worden. Dit was de enige zaak waarin marginale toetsing aan de orde was.

In elf van de 67 zaken (16 %) werd de klager ter zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen bijgestaan of vertegenwoordigd door een rechtsbijstandsverlener. Dat percentage is iets hoger dan bij andere geschillencommissies.⁹⁰ In zes zaken stond een advocaat de klager bij en de andere zaken werden behartigd door een letselschaderegelaar of door een jurist van het Bureau voor Rechtshulp, van een juristencollectief of een vakbond. Morele en psychische bijstand krijgen klagers van familieleden en vrienden. Circa 72 % van de klagers neemt zijn of haar echtgenoot, een familielid of een vriend of vriendin mee naar de zitting.

Uit de schriftelijke enquête blijkt dat wel meer klagers professionele hulp hebben gehad in het stadium voorafgaande aan de zitting van de Geschillencommissie. Een derde van de klagers heeft professionele hulp gehad bij het indienen van de schadeclaim bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Het ging daarbij meestal om mondeling advies en bijstand bij het schriftelijke gedeelte van de klacht en in mindere mate om bijstand ter zitting. Opvallend is dat vijftien klagers (van de veertig klagers die deze vraag hebben beantwoord) aangeven geen hulp te hebben gehad, terwijl dat - achteraf gezien - wel noodzakelijk was geweest. Van de vijftien klagers die wel hulp hebben gehad, geven twaalf aan dat hulp noodzakelijk was.

De Geschillencommissie laat partijen zoveel mogelijk zelf aan het woord. In de correspondentie aan klagers wordt erop gewezen dat pleitnotities door de Commissie kunnen worden geweigerd. Een te bemoeierige echtgenoot wordt wel eens vriendelijk de mond gesnoerd. In één zaak bijvoorbeeld valt de echtgenote van klager al bij de eerste vraag van de voorzitter haar man in de rede en neemt de beantwoording verder op zich. De man houdt als vanzelf zijn mond. De voorzitter vraagt haar echter: 'Was u erbij?' (nee) 'Dan is het beter dat uw man het zelf vertelt.' De voorzitter zal nog een paar keer moeten herhalen: 'Ik wil nu even van mijnheer zelf horen wat er is gebeurd'.

⁹⁰Bij andere geschillencommissies schommelt het gemiddelde tussen 10 en 14 % (jaarverslagen SGC over 1997, 1996 en 1995).

De actieve (niet-lijdelijke) rol van de Geschillencommissie komt duidelijk naar voren in het geval de klager emotioneel niet goed in staat is het woord te voeren en bijvoorbeeld vooraf al aan de secretaris heeft laten weten erg tegen de mondelinge behandeling op te zien. In een zaak waar dit zich voordeed, nam de voorzitter duidelijk het voortouw. Ter zitting geeft de voorzitter eerst een samenvatting van de klachten en constateert vervolgens 'dat mevrouw er erg tegenop zag te komen' en zegt 'blij' te zijn dat zij toch is gekomen. Tijdens de zitting valt de voorzitter de aanwezige arts en de medisch directeur bij tijd en wijle in de rede met opmerkingen als: 'Hierop zegt mevrouw natuurlijk...' en brengt een tegenargument naar voren. Als het verhaal van de arts erg technisch wordt, gaat zij steeds bij de klaagster na: 'Kunt u het volgen?' en 'Wist u dat?' En een van de medische leden van de Geschillencommissie stelt de volgende vraag aan de arts: 'Mevrouw klaagt erover dat het lang heeft geduurd voordat er iets wezenlijks is gebeurd. Wij kunnen ons daar wel iets bij voorstellen, maar willen ook graag uw kant van de zaak horen'.

Waar geen advocaten aanwezig zijn, wordt soms een extra beroep gedaan op het (improvisatie)vermogen van de voorzitter om de behandeling van de klacht in goede banen te leiden. Rechters ontwikkelen methodes om tekortkomingen bij klagers te corrigeren. In Amerikaanse *small claims courts* wordt aanvullend bewijs soms ter zitting toegelaten of hoort een rechter een getuige, waarvan de klager er niet aan heeft gedacht hem of haar op te roepen, soms over de telefoon.⁹¹ O'Barr & Conley constateren dat '... the effect of the magistrate's participation is often to provide the legal structure and explicit assessment of blame that is lacking in many unquestioned lay accounts.'⁹² Klagers hebben een narratieve (verhalende) stijl van spreken. Op een open vraag van de rechter vertellen zij hun verhaal in chronologische volgorde en vanuit een persoonlijk perspectief. De rechter moet uit de opsomming van gebeurtenissen uitmaken welke rechtsregels van toepassing zijn en welke rechtsregels eventueel geschonden zijn. In bovenbeschreven zaak nemen leden van de Commissie taken van een rechtsbijstandsverlener waar, door (ongevraagd) namens de klaagster tegenargumenten naar voren te brengen.

Wat willen klagers bereiken met hun klacht? **Error! Bookmark not defined.**

Klagers gebruiken - bewust of onbewust - verschillende tactieken om hun argumenten kracht bij te zetten of om hun klacht te rechtvaardigen.⁹³ Zij wijzen er bijvoorbeeld op dat klagen niet in hun aard zit, dat zij zich bij de zaak zouden hebben neergelegd indien de arts maar had erkend dat hij een fout heeft gemaakt of dat zij uitsluitend klagen om andere patiënten te behoeden voor medische fouten. Ter ondersteuning wijzen zij vaak op de opinie van andere artsen of deskundigen. Een second opinion is regelmatig de aanleiding om een klacht in te dienen, zowel tegen de eerste beoordelaar als tegen de tweede. Een klaagster diende

⁹¹Weller, S., J.C. Ruhnka & J.A. Martin (1990), American small claims courts. In: Whelan, C.J., ed. (1990), *Small claims courts: a comparative study*. Oxford: Clarendon Press, p. 14.

⁹²O'Barr, W.M. & J.M. Conley (1990), Litigant satisfaction versus legal adequacy in small claims court narratives. In: J.N. Levi & A.G. Walker (eds.), *Language in the judicial process*. New York/London: Plenum Press, p. 121.

⁹³Zie ook Lloyd-Bostock, S. & L. Mulcahy (1994), The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 135; Allsop, J. (1994), a.w., p. 161-163.

bijvoorbeeld op aanraden van haar internist een klacht in tegen een chirurg. Bij de verwijdering van een tumor zijn bij klaagster fistels en (na verloop van twee dagen) een darmlekkage ontstaan. De klaagster werd overgeplaatst van de afdeling Chirurgie naar de afdeling Interne Oncologie. Haar behandelend chirurg was met vakantie toen haar lichamelijke toestand erg verslechterde. Dokter X nam de behandeling over en heeft tegen haar gezegd dat de ontstane wond, die steeds groter werd, het gevolg was van een fout van een ander en dat hij zich hier niet mee ging bemoeien. Dit was voor klaagster levensbedreigend, mede omdat zij pas met chemotherapie kon beginnen op het moment dat de wond gesloten was. Het ziekenhuis heeft voor de uitlating van dokter X verontschuldigen aangeboden aan klaagster. Ter zitting wijst de directiesecretaris daar nog op. Hoe gevoelig het aanbieden en accepteren van verontschuldigen kunnen liggen, blijkt uit het weerwoord van klaagster: de excuses zijn nooit door dokter X *persoonlijk* gemaakt.

Opvallend is dat de klacht van klaagster zowel is gericht tegen de eerste arts voor het verkeerd uitvoeren van de operatie, als tegen de tweede arts die, volgens klaagster, zijn collega afviel en haar onheus bejegende door zich te onttrekken aan alle verantwoordelijkheid. De Geschillencommissie verklaart het eerste klachtonderdeel ongegrond en het tweede gegrond. Klaagster krijgt een schadevergoeding van f 750,- voor de geleden immateriële schade. De Commissie is van mening dat het ziekenhuis aansprakelijk is voor de bij de klager opgetreden psychische klachten voortvloeiende uit de grote schrik, extra spanning en vertwijfeling die bij haar zijn ontstaan na de uitlatingen van de chirurg en het feit dat zij bovendien onnodig lang in onzekerheid heeft verkeerd over wat er aan de hand was.

Bovenstaande zaak is nog in een ander opzicht interessant. Het illustreert de vage scheidslijn tussen tucht- en klachtzaken. Deze klaagster wilde onder meer erkenning voor haar klacht dat de arts persoonlijk geen excuses had gemaakt. Deze wens is niet zonder meer in een geldbedrag om te zetten. Sommige claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen betreffen eigenlijk tuchtrechtelijke verwijten, verpakt in een financieel jasje. De klager zegt dat het hem niet om het geld te doen is, maar dat de arts een keer op zijn vingers moet worden getikt. Een klager wilde een excuus van het ziekenhuis. Daar had hij de indruk gekregen 'dat men meer een ziekenfondsnummer was, in plaats van een mens met emotie.' Herhaaldelijk antwoorden klagers op de vraag naar hun motieven om een claim in te dienen bij de Geschillencommissie dat zij een gesprek willen aangaan met het ziekenhuis. Een klager zegt bijvoorbeeld:

'Ik verwachtte een eerlijke schadevergoeding en ik dacht dat het ziekenhuis zou reageren en dat we het uit konden praten.'

Zoals in hoofdstuk 2 al besproken is, worden in veel ziekenhuizen claims zonder meer naar de verzekeraar doorgezonden. De klachtenfunctionaris of het secretariaat van de Raad van Bestuur fungeert dan slechts als postbode tussen de verzekeraar en de arts. Een aantal klagers heeft daardoor niet het idee 'gehoord' te zijn in hun klacht. Zij hadden verwacht dat het ziekenhuis zelf inhoudelijk op de klacht zou reageren, althans enige reactie naar de klager

zou tonen. Partijen bespreken de klacht echter soms pas voor het eerst op de zitting van de Geschillencommissie.

5.2 Het perspectief van het ziekenhuis en de arts

Wie worden aangeklaagd?

Sinds de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst is *formeel* het ziekenhuis (mede) aansprakelijk voor het doen en laten van artsen, verpleegkundigen en andere binnen het ziekenhuis werkzame personen. Negen ziekenhuizen hebben in de onderzoeksperiode geen ervaring opgedaan met de Geschillencommissie Ziekenhuizen. In tabel 5.3 is weergegeven hoe vaak de Geschillencommissie Ziekenhuizen over ziekenhuizen oordeelde.

Tabel 5.3 Aantal keren dat over ziekenhuizen uitspraak is gedaan door de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Uitspraken per ziekenhuis	Aantal ziekenhuizen	Totaal aantal uitspraken	Waarvan geheel of gedeeltelijk gegrond
0	9	-	-
1	13	13	7
2	3	6	3
3	6	18	5
4	6	24	9
5	-	-	-
6	1	6	5
Totaal	38	67	29

Op grond van de gegevens in tabel 5.3 kan niet gezegd worden dat de ziekenhuizen die vaker met de Geschillencommissie in aanraking komen, zorg van lager niveau bieden. Een rechtstreeks verband tussen het aantal claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en de kwaliteit van de dienstverlening is er niet. Dat blijkt ook uit het feit dat het aantal geheel of gedeeltelijk gegrond bevonden klachten willekeurig verdeeld zijn over de ziekenhuizen. Alleen ten aanzien van het ziekenhuis waarover door de Geschillencommissie zes uitspraken zijn gedaan, werden vijf klachten gegrond bevonden. De aantallen zijn echter te klein om conclusies aan te verbinden. De uitspraken hadden bovendien betrekking op twee verschillende lokaties van het ziekenhuis.

Wij hebben geen aanwijzingen dat de frequentie van verschijnen voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen een relatie heeft met de kwaliteit van de medische dienstverlening. Het aantal keren dat een ziekenhuis verschijnt voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen kan iets zeggen over de wijze waarop de klachtenbehandeling in de ziekenhuizen is georganiseerd en over de mate waarin klagers worden doorverwezen naar de Geschillencommissie. Mogelijk is sprake van een 'paradox van de klachtenbehandeling', namelijk: hoe beter de interne klachtenbehandeling is georganiseerd, hoe meer klachten worden geregistreerd, hoe beter ontevreden patiënten worden ingelicht over externe klachtmogelijkheden, hoe meer klachten uit het ziekenhuis bij een externe klachteninstantie als de Geschillencommissie Ziekenhuizen belanden. Met zekerheid kunnen wij dit niet zeggen. Wel staat vast dat van de zes ziekenhuizen die geen bemiddelingsaanbod aan klagers doen slechts één met de Geschillencommissie Ziekenhuizen in aanraking is gekomen. Van de 24 ziekenhuizen die een klachtenfunctionaris in dienst hebben, zijn twintig in aanraking gekomen met de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Ons is echter niet bekend of de klachten ook daadwerkelijk aan een klachtenfunctionaris of klachtencommissie zijn voorgelegd. Bovenstaande aantallen zijn bovendien klein en onderling moeilijk te vergelijken.

'Achter' de ziekenhuizen bevinden zich de artsen en verpleegkundigen waartegen de klachten *feitelijk* zijn gericht. Bij de 67 zaken waren 58 medisch specialisten betrokken. In drie zaken waren claims tegen twee medisch specialisten gericht. In elf zaken betrof het zaakschade, schade als gevolg van een val, claims gericht tegen medewerkers van de Spoedeisende Hulp, tegen ziekenverzoekers en (in één geval) tegen de ziekenhuiskapper. Deze elf zaken laten wij nu buiten beschouwing; de claims gericht tegen de medisch specialisten bekijken we hieronder.

De vrouw van middelbare leeftijd (de meest voorkomende klager) staat doorgaans tegenover een man van middelbare leeftijd (de meest voorkomende aangeklaagde). Bij de Geschillencommissie is 89 % van de aangeklaagde artsen man. Uit eerder onderzoek is bekend dat schadeclaims bepaalde specialisaties treffen; de zogenoemde 'snijdende specialisten' lopen meer risico aangeklaagd te worden. Circa 62 % van de claims die bij verzekeraars worden aangemeld betreft 'snijdende specialisten'.⁹⁴ Hoe is dat met de claims van beperkte financiële omvang die bij de Geschillencommissie worden ingediend? De gevonden percentages claims over 'snijdende' en 'niet snijdende' specialisten komen overeen met de in de literatuur genoemde. Bij de 67 zaken waren 41 'snijdende' specialisten betrokken; dat is 61 % van het totaal aantal bij de Geschillencommissie aanhangig gemaakte zaken.

⁹⁴Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1992), *Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990*. Katholieke Universiteit Nijmegen, reeks recht & samenleving, nr. 6, p. 27.

Tabel 5.4Aantal schadeclaims naar specialisme van de arts

Specialisme	aantal claims	perc. van totaal
<i>'Snijdend'</i>		
Algemeen chirurg	15	26 %
Orthopedisch chirurg	6	10 %
Plastisch chirurg	6	10 %
Gynaecoloog	4	7 %
Cardioloog	2	3 %
Uroloog	2	3 %
Overig*)	6	10 %
<i>'Niet snijdend'</i>		
Anaesthesioloog	6	10 %
Dermatoloog	3	5 %
Radioloog	3	5 %
Orthopaed	3	5 %
KNO-arts	2	3 %
Totaal	58	100 %

*)Een kaakchirurg, een kinderarts, een longarts, een neurochirurg, een oogarts en een thoraxchirurg.

Aanwezigheid ter zitting **Error! Bookmark not defined.**

In de uitnodiging voor de zitting gebruikt het secretariaat van de Geschillencommissie ten aanzien van artsen de volgende standaardformulering:

'Uiteraard bent u niet verplicht gevolg te geven aan deze uitnodiging. Omdat de ervaring heeft geleerd dat een mondelinge toelichting van partijen doorgaans verhelderend werkt, is de behandeling van de zaak met de aanwezigheid van partijen over het algemeen wel gediend.'

Ondanks deze toelichting laten artsen regelmatig verstek gaan. In negentien van de 67 zaken (28 %) was de behandelend arts wel ter zitting aanwezig, waarvan zij zich in zestien zaken lieten vergezellen door een directielid of klachtenfunctionaris. De Geschillencommissie wil graag dat de arts persoonlijk aanwezig is. Eén zaak werd zelfs drie maanden aangehouden, omdat de behandelend arts niet eerder ter zitting kon verschijnen en dit wel graag wilde.

Voor veel ziekenhuizen ligt het echter bezien vanuit een efficiënte bedrijfsvoering meer voor de hand dat de klachtenfunctionaris of een directielid de behandeling bijwoont. De klachtenfunctionaris, omdat deze professioneel met de klachtenbehandeling is belast, en een directielid, omdat het ziekenhuis respect wil tonen voor de klager en voor de Geschillencommissie. In totaal was het ziekenhuis in 38 van de 67 zaken vertegenwoordigd, zo niet door een arts, dan door een directielid, beleidsadviseur, afdelingshoofd of klachtenfunctionaris. Zoals gezegd zijn in vijf zaken de partijen niet opgeroepen voor de zitting. Deze zaken buiten beschouwing gelaten, is het opkomstpercentage van ziekenhuizen 61 %. Bij andere geschillencommissies schommelt de opkomst van de wederpartij jaarlijks gemiddeld tussen de 70 en 80 %.⁹⁵

Hierbij speelt een rol dat de Geschillencommissie in geringe mate bekend is bij artsen en niet dezelfde mate van gezag uitstraalt als bijvoorbeeld een tuchtcollege. Tweederde van de artsen die met de Geschillencommissie in aanraking zijn gekomen, was tevoren niet op de hoogte van het bestaan van de Commissie. Degenen die daarvan wel op de hoogte waren, zijn geïnformeerd door het ziekenhuis, of hebben van de Commissie kennis genomen via het informatieblad van MediRisk, een artikel in Medisch Contact, een artikel in de Consumentengids of via andere media. De leden van de medische staf die wij in het kader van onze bezoeken aan tien ziekenhuizen hebben gesproken bleken niet of nauwelijks op de hoogte van de procedure bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Hun afkeer van klachtzaken staken zij niet onder stoelen of banken. Een aantal van hen vond het onderwerp niet belangrijk genoeg om met ons te bespreken en zegde de afspraak op het laatste moment af. Dezelfde onbekendheid maakt klachtenfunctionarissen en directieleden juist nieuwsgierig naar de Geschillencommissie.

In de enquête onder artsen en in de belronde onder de ziekenhuizen werd tijdgebrek en werkdruk als belangrijkste oorzaak aangewezen voor de afwezigheid van artsen. De organisatiestructuur zou het niet toelaten dat artsen een ochtend 'kwijt zijn' aan de Geschillencommissie. Een arts wilde wel komen, maar kon binnen de geboden termijn zijn spreekuur niet verplaatsen, omdat er wachttijden zijn van twee à drie weken. Een aantal vertegenwoordigers van ziekenhuizen die wel bij de Geschillencommissie aanwezig waren, klaagde tegenover de onderzoekers dat de kosten die gemoeid zijn met de aanwezigheid van een directielid of een arts vaak niet in verhouding staan tot de hoogte van de claim. Ook andere overwegingen spelen echter mee: de arts is bijvoorbeeld overtuigd van de ongegrondheid van de klacht, bagatelliseert de klacht of hij is meer in het algemeen klachtzaken en juridische kwesties beu. Sommige artsen hebben het idee dat een patiënt 'zo maar' wat kan roepen, waardoor zij op het matje worden geroepen. Een arts geeft in de enquête als reden voor zijn afwezigheid op dat de klacht al uitvoerig was behandeld door zowel de klachtencommissie als door het medisch tuchtcollege. In beide gevallen was de klacht ongegrond bevonden. 'Eventuele bijwoning van de zitting van de Geschillencommissie leek (daarom) van te voren al zinloos en onnodig tijdsverbruik.' De behandeling van een intubatieschade is in de belronde onder ziekenhuizen een aantal keren aangemerkt als een

⁹⁵Jaarverslagen SGC 1997, 1996 en 1995.

kwestie die eigenlijk geen tijdsinvestering waard is. Over een schadeclaim van f 1500,- merkte een klachtenfunctionaris op dat de behandeling wel erg veel 'rompslomp' was voor een dergelijk bedrag en dat het wat hem betreft iets weghad van een 'toneelstuk'.

Eén arts was door miscommunicatie binnen het ziekenhuis niet op de hoogte gesteld van de mogelijkheid de zitting bij te wonen. Eén arts die de zitting wel had bijgewoond, was niet op de hoogte gebracht van de beslissing van de Geschillencommissie.

Het verweer **Error! Bookmark not defined.**

Hoe reageren de ziekenhuizen en de artsen op klachten bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen? In sommige zaken beperken ziekenhuizen zich tot een neutrale opsomming van 'feiten' (feiten in de visie van het ziekenhuis). In de meeste zaken ontkennen zij alle aansprakelijkheid door de schuld geheel of gedeeltelijk bij klagers of externe omstandigheden te leggen, reacties die in de attributietheorie bekend staan als 'blame avoidance' of 'shifting blame'.⁹⁶ Een voorbeeld biedt de volgende zaak, waarin een klager ontevreden was over de behandeling van een dermatoloog in een privé-kliniek, voor een second opinion naar het ziekenhuis toog en daar tot zijn verbazing dezelfde dermatoloog trof. Die had zijns inziens moeten begrijpen dat hij voor een second opinion kwam en hem moeten doorverwijzen. Hij had dan eerder geopereerd kunnen worden en een minder groot litteken aan zijn operatie overgehouden. Het verweer van het ziekenhuis, voor zover hier relevant, is in het bindend advies als volgt weergegeven:

'Het ziekenhuis is van mening dat de klacht over de behandeling in de privé-praktijk en in het ziekenhuis te vaag en te algemeen is gesteld en derhalve alleen al om die reden van de hand dient te worden gewezen. (...) Het feit dat de dermatoloog de consument niet heeft doorverwezen is niet verwijtbaar. Het was de dermatoloog niet duidelijk dat de consument voor een second opinion naar de polikliniek dermatologie van het ziekenhuis kwam. Zij had de consument reeds enkele malen gezien in haar privé-praktijk en heeft haar verbazing over zijn verschijning op de polikliniek aan hem kenbaar gemaakt. De consument heeft zich vervolgens niet, althans niet eenduidig, uitgelaten over het doel van zijn komst naar de polikliniek; ook een verwijsbrief van zijn huisarts ontbrak. Kennelijk heeft de consument er ook niet voor gekozen het consult te beëindigen zodra hem duidelijk was dat hij in het ziekenhuis opnieuw met dezelfde dermatoloog te maken had. Hij had zelf de verantwoordelijkheid moeten nemen om een second opinion, indien hij die wenste, door een andere arts te laten uitvoeren. Onder de gegeven omstandigheden kan de dermatoloog niet verweten worden dat zij de consument niet naar een andere dermatoloog heeft verwezen.'

Het ziekenhuis legt de oorzaak van de klacht geheel bij de klager. De Geschillencommissie wijst op beider verantwoordelijkheid en stelt ten aanzien van de dermatoloog dat van haar verwacht mocht worden, te meer omdat zij de patiënt kende uit haar privé-praktijk, dat zij hem had gevraagd waarom hij haar in het ziekenhuis bezocht. Zij had hem vervolgens

⁹⁶Allsop (1994), a.w., p. 166-175.

duidelijk kunnen maken waar hij wel voor een second opinion terecht kon. De klacht wordt ongegrond bevonden, omdat de schade van klager niet herleid kan worden tot het niet direct doorverwijzen naar een andere dermatoloog.

Een andere opstelling van artsen is wat in de literatuur bekend staat als 'the professional defense'. Het verweer komt voort uit het specifieke karakter van het werk van artsen.⁹⁷ Met name wordt gewezen op de onzekerheid rond het verloop van een ziekte, het risico op complicaties gedurende het ziekteproces en de onzekere afloop. Het tijdsaspect speelt een grote rol: had de arts op het betreffende moment kunnen weten dat... of is het wijsheid achteraf?⁹⁸ Een voorbeeld van een dergelijk medisch professioneel verweer komt tot uitdrukking in het volgende fragment uit een bindend advies:

'In de optiek van de chirurg is een complicatie opgetreden bij de consument. Deze complicatie is adequaat behandeld. Hierbij is het al te gemakkelijk te stellen dat de diagnose en behandeling van deze complicatie mogelijk enkele dagen eerder had kunnen plaatsvinden. Een zodanige mogelijkheid is geen zekerheid dat de diagnose ook eerder kon worden gesteld'.

Een laatste vorm van verweer ten slotte komt doorgaans niet van artsen, maar van in het ziekenhuis werkzame juristen of van juristen in dienst van de verzekeraar. Dit is het juridisch procedurele verweer: het ziekenhuis erkent geen aansprakelijkheid, omdat de kwestie buiten de contractuele verplichtingen tegenover de klager valt.⁹⁹ Als reden wordt bijvoorbeeld genoemd dat de schade is ontstaan in een periode dat het ziekenhuis nog niet bij MediRisk was aangesloten.

Net als klagers, gebruiken ook artsen ondersteunende argumenten om hun standpunt kracht bij te zetten. Zij verwijzen bijvoorbeeld naar de algemene beroepsethiek (zij hebben gehandeld zoals van een bekwaam arts verwacht mag worden), naar de opinie van andere artsen (die de diagnose bijvoorbeeld ook pas na verloop van tijd hebben gesteld) of naar hun eigen specifieke deskundigheid of ervaring.¹⁰⁰ Een keuze voor een bepaald type gips werd bijvoorbeeld door het ter zitting aanwezige hoofd van de gipskamer gerechtvaardigd met de opmerking dat hij al twintig jaar ervaring heeft, inmiddels circa 10.000 patiënten heeft zien passeren, terwijl nooit is gebleken dat dit type gips tot een verkeerde rugstand zou leiden.¹⁰¹ Vaak wordt ook verwezen naar een standaard procedure of protocol. Een aantal artsen wist zich de klager of hetgeen tijdens een consult was voorgevallen niet meer te herinneren (ook de verslaglegging daarvan gaf geen uitsluitel) en gaf daarom een opsomming van de standaard procedure.

⁹⁷Allsop (1994), a.w., p. 166-167.

⁹⁸Allsop (1994), a.w., p. 171.

⁹⁹Allsop (1994), a.w., p. 170.

¹⁰⁰Allsop 1994, a.w., p. 175.

¹⁰¹Een ander voorbeeld biedt een zaak, waarin in de beslissing wordt vermeld onder het kopje 'standpunt van het ziekenhuis': 'Verder verklaart het ziekenhuis dat de behandelend arts een ervaren arts is die reeds verscheidene jaren soortgelijke operaties uitvoert.'

Verontschuldigen **Error! Bookmark not defined.**

Herhaaldelijk wordt ten overstaan van de Geschillencommissie spijt betuigd. Soms bieden artsen of ziekenhuizen excuses aan, maar ontkennen zij aansprakelijkheid voor het verloop van ziekteproces. Zij leven mee met de klager en erkennen bijvoorbeeld slechts dat een lastige complicatie is opgetreden. Hun excuses hebben eigenlijk betrekking op het feit dat het tot een klacht heeft moeten komen. Soms bieden zij om opportunistische redenen hun excuses aan om verdere escalatie van het conflict te voorkomen of om een goede indruk te maken op de Geschillencommissie. Uit interviews met klachtenfunctionarissen en directieleden van ziekenhuizen blijkt dat artsen - net als overigens andere beroepsoefenaren die een klacht tegen zich gericht zien¹⁰² - niet snel geneigd zijn hun excuses aan te bieden. Zij zullen hierin mogelijk ook terughoudend zijn uit vrees op de stoel van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar te gaan zitten. Door klachtenfunctionarissen en directieleden wordt zo nodig echter wel op het aanbieden van excuses aangedrongen. Door professionalisering van de klachtenbehandeling zijn ziekenhuizen gaan inzien dat het aanbieden van verontschuldigen een psychologisch effect kan hebben op klagers, waardoor een formeel vervolg van de klacht soms uitblijft. De klachtenfunctionarissen functioneren in dit opzicht als brug tussen klagers en artsen.

In de onderzoeksperiode is het bij de Geschillencommissie een aantal keren voorgekomen dat een arts de klager ondersteunt in zijn klacht, omdat hij van mening is dat een financiële tegemoetkoming in bepaalde kosten gerechtvaardigd was geweest. Een voorbeeld biedt de volgende zaak, die de betreffende voorzitter ter zitting 'de ergste' (qua menselijk leed) noemt van alle zaken bij de Geschillencommissie. Klaagster is op medische indicatie bevallen in het ziekenhuis in verband met een beginnende zwangerschapsvergiftiging. Na 24 uur is tot een tangverlossing besloten, waarbij klaagster ook is ingeknipt. Hierbij is de dikke darm beschadigd hetgeen een zogenoemde rectovaginale fistel heeft veroorzaakt. Een eerste operatie had niet het gewenste effect, bij een tweede operatie is een dubbelloops stoma aangelegd dat pas na zes maanden verwijderd kon worden. Meer dan een jaar heeft klaagster niet normaal kunnen functioneren, hetgeen zijn uitwerking op haar gezin niet heeft gemist. Zij heeft gespeeld met de gedachte smartengeld te vragen, maar beperkt zich mede op aanraden van het patiëntenservicebureau van het ziekenhuis tot vergoeding van de kosten van thuiszorg en wijkverpleging ad *f* 1.843,34. De gynaecoloog heeft meerdere malen toegezegd dat het ziekenhuis deze onkosten zou vergoeden. De verzekeraar weigert echter uit te keren. De arts heeft 180 kilometer gereisd om bij de zitting aanwezig te zijn. Voor de zitting vraagt hij de onderzoeker of een deskundigenrapport is opgemaakt en of de verzekeraar en het ziekenhuis vertegenwoordigd zijn. Hij constateert dat het ziekenhuis het 'kennelijk niet de moeite waard vond om hier te komen'. Ter zitting licht de arts toe waarom tot de tangverlossing is besloten. Hij zegt 'verbijsterd' te zijn over de nasleep, te meer nu hij hoort dat het geclaimde bedrag zo laag is. Hij had dat bedrag vele malen hoger ingeschat.

¹⁰²Zie bijvoorbeeld over advocaten Doornbos & De Groot-van Leeuwen (1997), a.w., p. 44.

De arts is in bovenbeschreven zaak eerder bondgenoot van klager dan 'wederpartij'. De arts was echter niet bevoegd toezeggingen te doen aan klaagster omtrent de vergoeding van de gemaakte onkosten. De eigenlijke wederpartij is het ziekenhuis en de verzekeraar, maar die zijn ter zitting niet vertegenwoordigd. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe de Geschillencommissie deze zaak heeft behandeld.

5.3 Het perspectief van de Geschillencommissie

Het verloop van de zitting

De zittingen van de Geschillencommissie duren, afhankelijk van de aanwezigheid van partijen en de complexiteit van de zaak, een kwartier tot een uur. Indien beide partijen aanwezig zijn, duurt de zitting meestal circa veertig minuten. De secretaris van de Commissie haalt de partijen op uit de wachtkamer. Eén voorzitter wacht de partijen bij de deur op en geeft hen een hand. De andere voorzitter blijft bij binnenkomst van partijen zitten, stelt vast welke partijen aanwezig zijn en wijst hen hun plaats aan. De Commissie is gezeten aan een grote ovale tafel, waaraan ook partijen plaatsnemen. De namen van de leden zijn op naambordjes weergegeven. De voorzitter geeft doorgaans een korte samenvatting van de klacht, waarna de zaak chronologisch of aan de hand van enkele specifieke vragen wordt doorgenomen. Hij houdt strikt de regie over de volgorde waarin partijen aan het woord worden gelaten. Behalve door de voorzitter, worden veel vragen gesteld door de medisch deskundigen binnen de Commissie en in mindere mate ook door de andere commissieleden. Getracht wordt een dialoog tussen de partijen tot stand te brengen. Artsen wordt soms gevraagd nog eens het doel van de medische behandeling aan klagers uit te leggen. Informatie die de één naar voren brengt, verifieert de voorzitter meteen aan de ander met korte vragen: 'Klopt dat?' of 'Bent u het daar mee eens?' Aan het einde van de zitting vraagt de voorzitter aan partijen of zij nog iets hebben toe te voegen aan hetgeen ter sprake is gebracht. De zitting wordt gesloten met de mededeling wanneer de partijen de uitspraak kunnen verwachten.

De doelstelling van de Geschillencommissie om snel, eenvoudig en op een laagdrempelige manier claims te behandelen komt op verschillende manieren tot uitdrukking. Een snelle behandeling wordt onder meer nagestreefd door zo min mogelijk formele beletsels in de procedure op te roepen en door gebruik te maken van de deskundigheid binnen de Commissie in plaats van externe deskundigen om een oordeel te vragen. En de eenvoud en laagdrempeligheid wordt onder meer nagestreefd door jargon te vermijden en voor een soms (ten aanzien van klagers) empathische vraagstelling te kiezen. Deze aspecten van de klachtenbehandeling worden hieronder toegelicht.

Deskundigheid

Zoals gezegd, houdt de Geschillencommissie Ziekenhuizen zitting met vijf leden, te weten de voorzitter (een jurist), twee leden voorgedragen door de Consumentenbond, een lid voorgedragen door de KNMG en één door de NVZ (zie hoofdstuk 3). De Commissie heeft steeds een wisselende samenstelling. Er kan geput worden uit een pool van twee reeds

gepensioneerde chirurgen en een anaesthesioloog (voorgedragen vanuit de KNMG), uit twee (oud-)ziekenhuisdirecteuren (een voorgedragen door de NVZ, één door de Consumentenbond), een universitair docent en twee medewerkers van de Consumentenbond. De Commissie probeert in eerste instantie de zaken met behulp van de intern aanwezige deskundigheid af te doen. Lukt dat niet, dan is er de mogelijkheid een externe deskundige in te schakelen.

In de onderzoeksperiode heeft de Geschillencommissie Ziekenhuizen geen preadvies gevraagd of deskundigen ter zitting gehoord. Eén keer heeft de Geschillencommissie na afloop van de zitting een deskundige ingeschakeld; dit betrof een klacht tegen een oogarts. Drie keer heeft de Geschillencommissie de zaak aangehouden om nadere informatie bij het ziekenhuis in te winnen of om partijen in de gelegenheid te stellen alsnog een deskundige in te schakelen. In één zaak leidde dit tot kritiek van het ziekenhuis, omdat de Geschillencommissie hier zowel aan de behandelend arts (een chirurg) als aan zijn collega, die de klager naderhand had begeleid (een neuroloog) vragen had gesteld. De Geschillencommissie vroeg de neuroloog onder meer te beoordelen of tijdens de operatie een fout was gemaakt en zo ja, of die te vermijden was geweest. Het ziekenhuis was van mening dat beter een onafhankelijk oordeel gevraagd had kunnen worden.

De werkwijze om zaken in beginsel alleen intern te beoordelen, bergt het risico in zich dat op de medische leden een druk komt te liggen om alles te willen of te moeten weten. Pas als het medisch lid de zaak niet zelf kan beoordelen, wordt immers een deskundigenrapport gevraagd. Op sommige terreinen is het evident dat de beoordeling van de klacht te specialistische kennis vereist, zoals in het voorbeeld van de klacht tegen een oogarts. Maar er zijn grensgebieden. De medische leden werken met een informeel netwerk van bevriende artsen, meestal (oud) collega's, die zij consulteren zonder in details te treden over de achtergronden van de klacht. Een andere consequentie van de interne beoordeling is dat de voorzitter en de niet medische geschoolde leden min of meer afhankelijk zijn van de beoordeling van de medische aspecten van de klacht door een arts-lid. Dit wordt door hen overigens niet als problematisch ervaren. In civiele zaken vaart de rechtbank doorgaans ook op het advies van één deskundige.

Vraagstelling **Error! Bookmark not defined.**

De vragen die ter zitting worden gesteld aan partijen, hebben uiteraard in eerste instantie tot doel de Commissie in de gelegenheid te stellen een gedegen beslissing te nemen. Een tweede doel is echter om zoveel mogelijk onduidelijkheden bij de klager weg te nemen. Vanwege deze 'bemiddelingsgedachte' (bemiddeling in het tot stand brengen van een dialoog) is het volgens een van de voorzitters ook zo belangrijk dat er altijd een zitting is, waarin de zaak nu eens niet juridisch op het scherp van de snede wordt uitgevochten. Een van de medische leden in de Commissie omschrijft het als volgt:

'In mijn ogen gaat het om het begrip dat de cliënten krijgen voor wat er eigenlijk misgegaan is.

Want ja, die schade, in een land als Nederland maakt die paar tientjes in het algemeen niet uit.

Het gaat veel meer om het begrip wat er achter zit, dat mensen een begrijpend oor gekregen hebben.'

De Commissie vraagt daarom af en toe de arts in eenvoudige woorden uit te leggen aan de klager waarom besloten is tot een bepaalde behandeling. Ook mag de klager wel eens stoom afblazen over een aspect van de klacht, waarover de Commissie niet bevoegd is te oordelen, bijvoorbeeld over de wijze waarop de klachtencommissie van het ziekenhuis de zaak heeft behandeld. Eén klager werd hierover even aan het woord gelaten, terwijl de voorzitter daarna even tussen neus en lippen naar de aanwezige juriste van het ziekenhuis opmerkte: 'Hier wilde ik ook voor mijnheer niet zomaar overheen stappen.'¹⁰³ Door de Commissie worden soms empathische vragen gesteld, zoals: 'U heeft veel meegemaakt, maar vertelt u eens...' of: 'U zit met de gebakken peren, dat kunnen we wel vaststellen.'

De ene voorzitter doet dit overigens veel vaker dan de andere. De medische leden vragen vaak aan de klager hoe het op dat moment met hem of haar gaat. De procedure bij de Geschillencommissie of het inspanningsbeginsel worden soms met nadruk uitgelegd. Er wordt dan bijvoorbeeld gezegd: 'Het is uitermate vervelend dat u in deze ellende bent terechtgekomen, maar wij moeten ons nu afvragen of dat komt doordat de arts een fout heeft gemaakt.' In één zaak richtte de voorzitter zich nadrukkelijk tot de zoon van klaagster. Deze kreeg de opdracht te helpen onthouden voor zijn moeder dat 'wat een klager kan vragen en krijgen een vergoeding is van schade als gevolg van *fouten* en dat *fouten* de oorzaak van de misère moeten zijn.'

Door dergelijke opmerkingen kunnen partijen al enigszins bevroeden welke beslissing de Commissie zal nemen. Aan de ene kant wil de Commissie niet dat de uitspraak voor partijen een complete verrassing is, aan de andere kant moeten partijen ook weer niet de indruk hebben dat de Commissie vooringenomen is en dat beslissing ter zitting al is genomen. 'Met een beetje pech doe je het altijd fout', aldus een voorzitter.

De Commissie doet soms uitspraken van normatieve aard in de richting van het ziekenhuis. Een voorbeeld biedt de volgende zaak. Klager is per ambulance van zijn bejaardentehuis naar het ziekenhuis vervoerd, waar hij is overgedragen aan de eerste hulp. Een dag later ontdekt de klager dat hij zijn elektrisch scheerapparaat en een gebitsprothese mist. De spullen zijn niet meer teruggevonden. Omdat niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat de spullen zijn overdragen aan de zorg van het ziekenhuis, acht de Geschillencommissie de klacht ongegrond. Deze uitkomst had de aanwezige directiesecretaris van het ziekenhuis al verwacht: het is immers volgens hem maar de vraag of de spullen in het ziekenhuis zijn beland en vervolgens, of het ziekenhuis aansprakelijk is. Ter zitting is echter de toon ten opzichte van het ziekenhuis toch erg kritisch. Wel drie of vier keer wordt de directiesecretaris gevraagd of er geen 'standing procedure' is voor de overdracht van de ambulance aan het ziekenhuis en of het niet zo zou moeten zijn dat één hulpverlener verantwoordelijk is voor de

¹⁰³Volgens advocaat Overeem is de mondelinge behandeling van andere geschillencommissies ook 'informeel'. 'Als de klacht wel duidelijk is mag de klager toch zijn hart luchten.' Overeem, R. (1992), Advocaat en bindend adviseur in zaken voor geschillencommissies. Een bespiegeling. In: *De rechter aan de kant. Alternatieve geschillenbeslechting*. Jonge balie congres 1992, Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink, p. 44.

overdracht van de patiënt met zijn spullen. De vragen worden in normatieve en soms concluderende termen gesteld, bijvoorbeeld: 'Het hoort toch tot een professionele aanpak dat...'; 'Ik vind namelijk dat protocollen op dit punt een doodnormale zaak zijn.' In de uitspraak leidt dit tot het volgende obiter dictum (overweging ten overvloede):

'Overigens merkt de Commissie wel op dat, indien was komen vast te staan dat de spullen aan de zorg van het ziekenhuis waren overgedragen, het niet uitgesloten moet worden geacht dat de Commissie tot een ander oordeel was gekomen. Ter zitting is immers gebleken dat het ziekenhuis niet over regels of protocollen beschikt waarin is neergelegd hoe met persoonlijke bezittingen moet worden omgegaan van patiënten die via de eerste hulp het ziekenhuis worden binnen gebracht. Onder deze omstandigheden kan het naar het oordeel van de Commissie voor het risico van het ziekenhuis komen indien persoonlijke bezittingen van patiënten worden vermist.'

Het zijn vaak de medische leden van de Commissie die hun mening laten doorklinken in de vraagstelling. Dit gebeurt bijvoorbeeld als zij hevig verontwaardigd zijn over het optreden van een collega en deze ter zitting niet aanwezig is. In één zaak viel een commissielid uit tegen een vertegenwoordiger van het ziekenhuis over het feit dat de behandelend arts niet aanwezig was. In deze zaak klaagde een vrouw over een foutief uitgevoerde borstoperatie. Een knobbeltje in haar borst, dat verwijderd had moeten worden, bleek er na afloop nog te zitten. Ter zitting spreekt één van de Commissieleden (een medicus) de aanwezige assistente van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis fel toe:

'Ik had graag aan collega X gevraagd waarom hij deze incisie heeft gemaakt die tegen alle regels van ons vak ingaat. Om maar niet op te komen dagen, dat kan gewoon niet. Zo gaan wij in *onze vereniging* niet te werk.'

Omgekeerd wordt de aanwezigheid van partijen openlijk op prijs gesteld. In één zaak, waarin een vrouw klaagde dat haar voet te strak was ingegipst en dat bovendien een verkeerd soort gips was gebruikt, was het hoofd van de gipskamer ter zitting aanwezig. Deze haalde uit een vuilniszak twee gipsmodellen tevoorschijn (één van gips, één van kunststof), aan de hand waarvan hij de Commissie en de klager uitgebreid en geduldig kon voorlichten over het gewicht van het gips, de manier waarop ermee gelopen moet worden etc. Ter zitting liet de Commissie merken het op prijs te stellen dat de gipsmeester zich zo goed had voorbereid.

De Geschillencommissie heeft een aantal keren de klager tegemoet willen komen, ondanks het feit dat de klacht zelf ongegrond is bevonden. Dit is bijvoorbeeld het geval indien de klachtenbehandeling in het ziekenhuis in de ogen van de Geschillencommissie tekort is geschoten. Het ziekenhuis moet dan het klachtengeld ad *f* 45,- vergoeden aan klager. In het bindend advies kan dit het ziekenhuis nog op een aanmerking komen te staan. Een voorbeeld hiervan wordt besproken in hoofdstuk 6.

In de eerdergenoemde klacht tegen een gynaecoloog, die een tangverlossing toepaste waarna een fistel ontstond (zie ook 5.2) kampt de Geschillencommissie met het dilemma rond de onbevoegd gedane toezeggingen van de arts dat het ziekenhuis de onkosten van klaagster wel zou vergoeden. Het ziekenhuis had de claim doorgezonden naar de verzekeraar en die weigerde een aanbod te doen, omdat geen sprake was van een verwijtbare tekortkoming. De Geschillencommissie deelt deze opvatting van de verzekeraar en verklaart de klachten ongegrond. Ter zitting liet de voorzitter al doorschemeren dat een oorzakelijk verband tussen de tangverlossing en de ontstane complicatie, die volgens de arts 'zeer zeldzaam' is, moeilijk is aan te tonen. Ook houdt de voorzitter de arts voor dat indien de verzekeraar niet wenst uit te keren, het ziekenhuis altijd nog kan besluiten de onkosten vanuit het ziekenhuisbudget te bekostigen. In het bindend advies wijst de Geschillencommissie toch de vergoeding van de onkosten toe met de volgende overweging:

'Alhoewel naar het oordeel van de Commissie geen sprake is van verwijtbaar onzorgvuldig handelen van de gynaecoloog of enige andere medische fout, merkt de Commissie op dat de gynaecoloog in dit bijzondere geval meerdere malen aan de consument - zowel mondeling als schriftelijk - heeft laten blijken persoonlijk van mening te zijn dat het ziekenhuis de consument haar bijzondere kosten van thuiszorg en wijkverpleging naar alle waarschijnlijkheid ruimhartig zou vergoeden. Ook ter zitting heeft de gynaecoloog dit standpunt herhaald.

Alhoewel een arts door het geven van zijn persoonlijke mening het ziekenhuis niet kan binden, kunnen er naar het oordeel van de Commissie *bijzondere omstandigheden* (curs. auteurs) bestaan waaronder het ziekenhuis in redelijkheid niet zonder nadere motivering de uitspraak van de arts en de daarmee bij de consument gewekte verwachtingen hierover naast zich neer kan leggen.

In dit bijzondere geval is sprake van zulk een uitzonderlijke situatie. De gevolgen van de door de tangverlossing ontstane fistel zijn voor de consument aanzienlijk geweest: gedurende een jaar waren meerdere hersteloperaties en opnames in het ziekenhuis noodzakelijk, de consument heeft geruime tijd met een stoma moeten leven en er zijn nog immer gevolgen voor haar dagelijkse- en huwelijksleven. Zij vraagt *slechts* (curs. auteurs) vergoeding van de door haar gemaakte (extramuraal) extra kosten van thuiszorg en wijkverpleging, met andere woorden de kosten van zorg die, ingeval van medische indicatie, ook intramuraal door het ziekenhuis zelf gegeven had kunnen worden.

In die omstandigheden kan in de redelijkheid en de billijkheid voldoende grond worden gevonden de kosten van de zorg, indien die niet door het ziekenhuis zelf verstrekt wordt, wèl voor rekening van het ziekenhuis te laten. Nu het ziekenhuis niet heeft gezegd waarom de op dit punt levende verwachting van de consument zonder meer werd gepasseerd, en niet gemotiveerd heeft waarom in casu redelijkheid en billijkheid niet tot die uitkomst zouden leiden, dienen de nota's van thuiszorg en wijkverpleging ad f 1.843,34 door het ziekenhuis te worden vergoed.¹

De Commissie kiest hier voor een pragmatische benadering. Er wordt schadevergoeding toegekend, terwijl de klacht ongegrond is. Voor een klager is dit wellicht een minimale vorm van erkenning, een verzekeraar kan hier echter van schrikken.

6De uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen: duur, uitkomst en doorwerking

Direct na de zitting doet de Geschillencommissie in de raadkamer uitspraak in het geschil. De uitspraak wordt partijen later door de secretaris van de Commissie toegestuurd. In dit hoofdstuk staan de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen centraal. Aandacht zal vervolgens worden besteed aan het aantal uitspraken en de uitkomsten hiervan (paragraaf 6.1), de termijnen waarbinnen door de Geschillencommissie uitspraken zijn gedaan (paragraaf 6.2), de jurisprudentie van de Geschillencommissie (paragraaf 6.3) en de doorwerking van de uitspraken (paragraaf 6.4).

Bij de bespreking van het aantal uitspraken van de Commissie wordt gebruik gemaakt van in ander onderzoek op het terrein van de tuchtrechtspraak gehanteerde rubricering van de uitspraken aan de hand van de aard van de claim. Door gebruik te maken van deze rubricering kan een vergelijking worden gemaakt met tuchtrechtspraak over anesthesiologen, gynaecologen, chirurgen, huisartsen en psychiaters.¹⁰⁴ Onderscheiden zijn drie categorieën van geschillen. Het betreft geschillen over medisch-technische onderwerpen, patiëntenrechtelijke aspecten en ten slotte de organisatorische aspecten van de zorg.

Bij geschillen met betrekking tot medisch-technisch handelen die aan de Geschillencommissie worden voorgelegd, kan worden gedacht aan het missen van een diagnose, het ontstaan van schade tengevolge van intubatie, het ontstaan van infecties na een behandeling, onvoldoende nazorg en een onzorgvuldige doorverwijzing. Onder de patiëntenrechtelijke aspecten van de zorg moeten onder andere worden begrepen de bejegening van de patiënt, het informeren van de patiënt en de dossiervoering. Geschillen met een organisatorisch karakter hebben onder meer betrekking op het zoekraken of vernietigen van eigendommen van de patiënt en defecte apparatuur.

6.1Het aantal uitspraken en de uitkomsten

In de periode van 1 oktober 1996 tot 1 oktober 1999 zijn door de Commissie in 67 geschillen uitspraken gedaan. Tabel 6.1 geeft de uitspraken van de Geschillencommissie verdeeld over de genoemde categorieën weer.

¹⁰⁴M.E.F. Heineman & J.H. Hubben (1993), *De anesthesioloog in de medische tuchtrechtspraak 1975-1992*, Nijmegen; M.E.F. Heineman & J.H. Hubben (1994), *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*, Nijmegen; M.E.F. Heineman & J.H. Hubben (1995), *De huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993*, Lelystad; M.E.F. Heineman & J.H. Hubben (1996), *De chirurg in de medische tuchtrechtspraak 1986-1995*, Lelystad; en M.E.F. Heineman & J.H. Hubben (1998), *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*, Lelystad; I. Christiaans & J.H. Hubben (1999), *De anesthesioloog in de tuchtrechtspraak 1992-1999*, Lelystad. Zie ook P.P.M. van Reijssen & J.H. Hubben (1997), *Jurisprudentie-onderzoek protocollen in de gezondheidszorg*, Nijmegen, waarin ook deze indeling is gehanteerd.

Tabel 6.1Aantal uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen en aantal uitspraken waarin een schadevergoeding is toegekend

Categorie	Uitspraken	Schadevergoeding
1.Medisch-technisch handelen	34	15
2.Patiëntenrechtelijke aspecten	2	1
3.Organisatorische aspecten	6	4
4.Combinatie van categorieën	25	11
waarvan:		
combinatie van 1 en 2	17	8
combinatie van 2 en 3	2	1
combinatie van 1 en 3	4	1
combinatie van 1,2 en 3	2	1
Totaal	67	31

Voor de zaken die zijn ingedeeld in de drie hoofdrubrieken, kan nog een onderverdeling van de klachtonderdelen in de volgende subrubrieken worden gemaakt. De klachtonderdelen die betrekking hadden op het medisch-technisch handelen kunnen worden onderverdeeld in klachten over de diagnose, de medicatie, de narcose, de operatie, verlossing, technische apparatuur, de nazorg en overige aspecten. Klachtonderdelen met betrekking tot patiëntenrechtelijke aspecten betroffen onvoldoende psychische ondersteuning/nazorg, het handelen zonder (volledige) toestemming of overleg, onjuist of onvoldoende informatie verschaffen en onheuse bejegening. De organisatorische klachtonderdelen richten zich op de facilitaire dienstverlening, defecte apparatuur, klachten met betrekking tot de overdracht van gegevens en klachten inzake vermissing van persoonlijke bezittingen.

Uit de tabel blijkt dat het merendeel van de uitspraken betrekking heeft op het medisch-technisch handelen van de beroepsbeoefenaar. Organisatorische aspecten van de zorgverlening werden weinig ter beslechting aan de Geschillencommissie voorgelegd. Ook patiëntenrechtelijke aspecten stonden weinig als zelfstandig klachtonderdeel ter beoordeling van de Commissie. Dit was anders in geschillen die betrekking hadden op zowel medisch-technische aspecten als patiëntenrechtelijke aspecten. Het uit tabel 6.1 af te leiden beeld komt voor wat betreft de klachten over medisch-technisch handelen en de patiëntenrechtelijke aspecten grotendeels overeen met het beeld in de tuchtrechtspraak. Dit is anders voor klachten met een organisatorisch karakter. In de tuchtrechtspraak blijkt een groter percentage klachten betrekking te hebben op organisatorische aspecten van de zorgverlening dan bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen het geval is.¹⁰⁵

¹⁰⁵Heineman & Hubben (1996), a.w., p. 17; Heineman & Hubben (1998), a.w., p. 19-35.

De uitspraken van de Geschillencommissie zijn in tabel 6.2 weergegeven.

Tabel 6.2 Kwalificatie eindbeslissingen Geschillencommissie Ziekenhuizen

Eindbeslissing	absoluut	relatief
gegrond	14	21 %
deels gegrond	15	22 %
ongegrond	28	42 %
niet-ontvankelijk	5	7 %
onbevoegd	1	2 %
deels ongegrond/onbevoegd	2	3 %
deels ongegrond/niet-ontvankelijk	1	2 %
geschikt	1	2 %
Totaal	67	100 %

In 46 % van de zaken was sprake van een afwijzing van de vordering. In 21 % van de casus werd de claim geheel gegrond verklaard, terwijl in 22 % van de eindbeslissingen sprake was van een gedeeltelijke gegrondverklaring. Van alle zaken werd dus 43 % (gedeeltelijk) gegrond verklaard. Ter vergelijking van deze aantallen kan worden gewezen op de tuchtrechtspraak waarin gedurende lange periode circa 20 % van de klachten als gegrond wordt toegewezen.¹⁰⁶ Het percentage door de Geschillencommissie (deels) gegrond verklaarde klachten is dus aanmerkelijk hoger dan het percentage toegewezen klachten door de tuchtrechter.

Onbevoegdheid **Error! Bookmark not defined.**

In één zaak verklaarde de Geschillencommissie zich volledig onbevoegd. In deze casus was het ziekenhuis ten tijde van het schadeveroorzakende feit niet aangesloten bij MediRisk, zodat het gewraakte handelen niet onder de jurisdictie van de Geschillencommissie kon vallen. In deze zaak zijn de partijen niet opgeroepen te verschijnen op de zitting. In een andere zaak verklaarde de Geschillencommissie zich om dezelfde reden onbevoegd ten aanzien van één klachtonderdeel. In een derde zaak verklaarde de Geschillencommissie zich eveneens gedeeltelijk onbevoegd, nu omdat het betreffende klachtonderdeel betrekking had op de wijze waarop de klacht door de klachtencommissie van het ziekenhuis was behandeld.

Niet-ontvankelijkheid **Error! Bookmark not defined.**

¹⁰⁶Heineman & Hubben (1998), a.w., p. 15.

In één casus was een klager gedeeltelijk in zijn klacht niet-ontvankelijk. In deze casus had de klager een aantal nieuwe klachten naar voren gebracht, waarvoor het ziekenhuis niet aansprakelijk was gesteld.

In vijf zaken is de klager ten aanzien van alle klachtonderdelen niet-ontvankelijk verklaard. In drie gevallen was dit oordeel van de Geschillencommissie gebaseerd op het feit dat de klager het ziekenhuis niet formeel aansprakelijk had gesteld, waardoor niet was voldaan aan het gestelde in artikel 5, eerste lid van het Reglement. In deze drie gevallen overwoog de Geschillencommissie dat een redelijke uitleg met zich brengt dat de klacht bij de Geschillencommissie moet worden aangemerkt als formele aansprakelijkstelling van het ziekenhuis door de klager. Naar het oordeel van de Geschillencommissie stond het de klager vrij de klacht nogmaals bij de Commissie aanhangig te maken indien partijen na de beoordeling door MediRisk blijken een niet opgelost geschil te hebben. Deze overweging illustreert de laagdrempeligheid en consumentvriendelijkheid van de Geschillencommissie.

In de overige twee zaken was de niet-ontvankelijkverklaring gebaseerd op het feit dat de verzekeraar een bedrag aan de klager had uitgekeerd. Gelet hierop was de Geschillencommissie van oordeel dat tussen partijen een overeenkomst tot stand was gekomen door aanvaarding van het aanbod. Het stond de klager volgens de Commissie dan ook niet meer vrij de discussie ter zake van de onderwerpelijke schade te heropenen.

In vier van de hierboven bedoelde geschillen zijn partijen niet ter zitting opgeroepen, aangezien, zo vermeldt de beslissing, “uit de stukken kan worden opgemaakt dat de Geschillencommissie eerst moet bepalen of de klager ontvankelijk is in haar klacht”. Het betrof hier beide categorieën van niet-ontvankelijkheid: wegens het niet aansprakelijkstellen van het ziekenhuis en wegens de aanvaarding van een aanbod van de verzekeraar door de klager.

De hoogte van de schadevergoeding **Error! Bookmark not defined.**

De schadevergoeding die kan worden gevorderd bij de Geschillencommissie bedraagt maximaal f 7500,-. In zestien zaken werd dit maximumbedrag aan schadevergoeding gevorderd.

Partijen konden de concreet geleden schade vorderen dan wel de Geschillencommissie vragen een schadevergoeding op basis van redelijkheid en billijkheid vast te stellen. In de helft van de zaken werd van deze laatste mogelijkheid gebruik gemaakt. In een aantal zaken vorderden klagers uitsluitend vergoeding van bijvoorbeeld een scheerapparaat of gebitsprothese of de kosten van extra medische behandelingen.

In tabel 6.3 wordt de hoogte van de toegewezen schadevergoeding weergegeven. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen het soort schadevergoeding, materieel of immaterieel, dat werd toegewezen. Tevens is weergegeven de maximale en minimale uitgekeerde schadevergoeding per onderscheiden categorie van geschillen.

Tabel 6.3 Hoogte van de toegewezen schadevergoeding naar onderscheiden categorieën

Categorie	Materieel		Immaterieel	
	maximaal	minimaal	maximaal	minimaal
medisch-technisch (N=15)	3400	100	5000	350
patiëntenrechtelijk (N=1)	1500	1500	225	225
organisatorisch (N=4)	2509	500	2000	2000
combinatie (N=11)	4000	140	3200	500

De hoogte van de toegewezen schadevergoeding varieerde zoals blijkt uit de bovenstaande tabel voor wat betreft de materiële schadevergoeding tussen *f* 140,- en *f* 4000,-. Bij de immateriële schadevergoeding varieerde de toegekende schadevergoeding tussen de *f* 225,- en *f* 5000,-. Het maximaal toe te kennen bedrag van *f* 7500,- is nimmer door de Geschillencommissie toegekend. Het verschil tussen het maximaal en minimaal toegekende bedrag aan schadevergoeding was bij geschillen met een medisch-technisch karakter en geschillen met een combinatie van klachtelelementen het grootst. Bij de immateriële schadevergoeding bestond er geen verschil tussen het maximaal en het minimaal toegewezen schadebedrag in geval van organisatorische geschillen. Dit verschil was bij de medisch-technische geschillen het grootst. Uit tabel 6.3 blijkt ten slotte dat de bedragen van de toegewezen immateriële schadevergoeding hoger zijn dan van de materiële schadevergoeding.

De materiële schadevergoeding bestond uit toekenning van schade voortvloeiend uit gederfde inkomsten (2), proces- en portokosten (4), kosten van een medische behandeling (9), reiskosten (8) en kosten van hulp in de huishouding of thuiszorg (3). In zes gevallen had de schadevergoeding betrekking op andere kosten. In één zaak is een bedrag van *f* 1.500,- ter vergoeding van de buitengerechtigde kosten toegekend.

Het Reglement bepaalt dat indien de klacht door de Commissie geheel of gedeeltelijk gegrond wordt bevonden, in het bindend advies tevens wordt bepaald dat het ziekenhuis aan de consument het door deze ingevolge artikel 9 betaalde klachtengeld geheel of gedeeltelijk moet vergoeden.

In 34 van de 67 zaken heeft het ziekenhuis de klager het klachtengeld moeten vergoeden. De Commissie besloot in vijf zaken uitsluitend het klachtengeld te vergoeden en geen schadevergoeding toe te kennen. In de betreffende uitspraken gaf de Commissie impliciet en expliciet kritiek op de wijze waarop MediRisk of het ziekenhuis de klacht had behandeld. In één zaak bijvoorbeeld stelde de Commissie vast dat MediRisk aan de klager had voorgesteld de zaak, ter voorkoming van een procedure, voor te leggen aan een onafhankelijk deskundige onder de voorwaarde dat de kosten van de expertise zouden worden gedragen door de in het ongelijk gestelde partij. De Commissie was van oordeel dat de klager met dit voorstel niet

akkoord hoefde te gaan en op goede gronden had besloten om het geschil aan de Commissie voor te leggen. De Commissie gaf op deze wijze impliciet kritiek op de handelwijze van de verzekeraar. De Commissie overwoog: 'Gelet hierop moet, ondanks dat de klacht ongegrond is, het ziekenhuis aan de consument het door haar betaalde klachtengeld vergoeden.' Ook in het tweede geval werd de klacht ongegrond verklaard en diende het ziekenhuis de klager het klachtengeld te vergoeden omdat het ziekenhuis naar het oordeel van de Commissie onvoldoende adequaat had gereageerd op de door de klager na de ingreep geuite klachten. De Commissie overwoog: 'Had het ziekenhuis wel adequaat gereageerd, dan had de onderhavige procedure wellicht voorkomen kunnen worden.' Een andere zaak betrof een niet-ontvankelijkverklaring omdat tussen partijen naar het oordeel van de Commissie een overeenkomst tot stand was gekomen door aanvaarding van het aanbod een bedrag terzake van geleden schade te vergoeden. Wel zag de Commissie hierin een reden om het klachtengeld te doen vergoeden door het ziekenhuis, omdat MediRisk naar het oordeel van de Commissie de klager er onvoldoende op heeft gewezen dat de Commissie de klager in haar klacht niet-ontvankelijk zou kunnen verklaren en de klager daardoor ten onrechte in de veronderstelling verkeerde dat het geschil inhoudelijk zou worden beoordeeld. In deze vierde casus gaf de Geschillencommissie dus, anders dan in de eerste casus, expliciet enige kritiek op de handelwijze van MediRisk.

In veertien zaken werd naast het klachtengeld tevens materiële en immateriële schadevergoeding toegekend, terwijl in acht gevallen uitsluitend materiële schadevergoeding en in zeven gevallen alleen immateriële schadevergoeding naast de vergoeding van het klachtengeld werd toegewezen. In één casus was de aard van de schadevergoeding niet nader gespecificeerd. In een andere casus werd de klacht ongegrond verklaard, maar werd *f* 1.000,- immateriële schadevergoeding toegewezen. Het klachtengeld werd niet vergoed. Dit betrof een klacht tegen de ziekenhuiskapster van een patiënte die op de gesloten afdeling voor psychiatrische patiënten was opgenomen. Klaagster is geknipt zonder dat vooraf is overlegd met haar echtgenoot die haar vertegenwoordigde in dergelijke aangelegenheden. Volgens de echtgenoot heeft klaagster door de knipbeurt ernstige psychische schade opgelopen: de kapster heeft tegen de wil van klaagster in grote plukken uit het haar geknipt en het resultaat was vreselijk. Het ziekenhuis heeft klaagster voordat het geschil bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen aanhangig is gemaakt een aanbod gedaan van *f* 1.000,-. De Geschillencommissie noemt dit aanbod in haar uitspraak 'redelijk' en stelt dat de klaagster ten onrechte niet op dit aanbod is ingegaan. De Geschillencommissie acht de klacht derhalve op grond van art. 17 lid 3 - de Commissie kan de oplossing die door het ziekenhuis aan de consument werd voorgesteld voordat deze het geschil aanhangig maakte, maar die niet door de consument werd geaccepteerd, bindend in haar uitspraak opleggen onder ongegrondverklaring van de klacht - ongegrond. De Commissie besluit dat het ziekenhuis *f* 1.000,- immateriële schadevergoeding moet betalen.

De gemiddeld toegekende schadevergoeding, exclusief de restitutie van het klachtengeld, is gedurende de onderzoeksperiode gestegen. Met name de gemiddelde hoogte van de immateriële schadevergoeding nam toe. In tabel 6.4 wordt een overzicht gegeven van de gemiddelde hoogte van de toegewezen schadevergoeding naar jaar van indiening.

Tabel 6.4 Gemiddelde hoogte van de toegewezen materiële en immateriële schadevergoeding per jaar

Jaar van indiening	Totaal	Materieel	Immaterieel
1996 (N=5)	1945	742	1500
1997 (N=12)	2244	1400	1741
1998 (N=11)	2280	1454	1681
1999 (N=3)	2060	1994	2000

Opvallend is, zoals reeds eerder opgemerkt, dat de toegewezen gemiddelde immateriële schadevergoeding hoger is, dan de toegewezen gemiddelde materiële schadevergoeding. In 1996 is de toegewezen gemiddelde materiële schadevergoeding (bijna) 50 % lager dan in de daarop volgende jaren. Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in de opmerking van een van de leden van de Commissie dat de Geschillencommissie in de beginperiode enige terughoudendheid betrachtte ten aanzien van het vaststellen van de hoogte van de schadevergoeding. Daarmee liet de Commissie ruimte om in de toekomst de schadevergoeding in ernstiger gevallen hoger vast te stellen. Deze veronderstelling wordt bevestigd door het feit dat in de loop der jaren het gemiddeld toegewezen schadebedrag is toegenomen, zowel ten aanzien van immateriële schade als ten aanzien van materiële schade.

6.2 De behandelingsduur van zaken **Error! Bookmark not defined.**

De inhoudelijke behandeling van zaken door de Geschillencommissie Ziekenhuizen neemt begint wanneer de klager het vragenformulier heeft ingezonden en het klachtengeld heeft voldaan, en eindigt met de verzending van de uitspraak door de Commissie. De SGC streeft naar een gemiddelde behandelingsduur van alle geschillencommissies gezamenlijk van vijf maanden.¹⁰⁷ De zaken die in 1998 en 1999 (tot 1 oktober) bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen aanhangig zijn gemaakt, hadden een kortere behandelingsduur: respectievelijk gemiddeld 4,7 en 3,9 maanden. Dat is iets sneller dan de termijn waarbinnen de kantonrechter doorgaans uitspraak doet.¹⁰⁸ Ook is deze behandelingsduur korter dan die bij andere geschillencommissies van de SGC.¹⁰⁹ De zaken die in 1996 en 1997 bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen aanhangig zijn gemaakt, kenden echter een langere

¹⁰⁷SGC, *Jaarverslag 1998*.

¹⁰⁸De behandelingsduur bij de kantongerechten van op tegenspraak gevoerde zaken - de termijn vanaf het moment dat de eiser het griffierecht heeft betaald en aan de andere voorwaarden heeft voldaan tot aan de uitspraak - bedraagt gemiddeld 4,6 maanden. Daaraan voorafgaand neemt de dagvaardingsprocedure circa 40 dagen in beslag. A. Klijn, C. Cozijn & G. Paulides (1994), *De civiele procedure bij de kantonrechter. Evaluatie van een vernieuwing*. WODC, nr. 134, Arnhem: Gouda Quint.

¹⁰⁹De gemiddelde behandelingsduur van alle geschillencommissies van de SGC, inclusief de Geschillencommissie Ziekenhuizen was in 1996 4,8 maanden, in 1997 5,0 maanden en in 1998 5,8 maanden (*Jaarverslag SGC over 1998*).

behandelingsduur: respectievelijk gemiddeld 8,5 en 5,8 maanden. In tabel 6.5 is de behandelingsduur weergegeven naar het jaar van indiening; hierin is ook het gemiddelde opgenomen.

Tabel 6.5 Behandelingsduur: van indiening tot aan de uitspraak

Jaar van indiening	Behandelingsduur			<i>gemiddeld</i>
	≤ 4 maanden	4-6 maanden	> 6 maanden	
1996	-	2	7	8,5
1997	3	11	11	5,8
1998	8	10	4	4,7
1999	8	3	-	3,9
Totaal	19	26	22	5,5
%	28 %	39 %	33 %	

In bovenstaande tabel is zichtbaar dat de behandelingsduur in de loop van de periode aanzienlijk is bekort. De relatief lange behandelingsduur van zaken uit 1996 en in de eerste helft van 1997 is te wijten aan 'aanloopproblemen' van het experiment. Het experiment ging in oktober 1996 van start. De secretaris van de Commissie is pas in februari 1997 aangesteld. De eerste zitting is gepland in april 1997. De zaken die meteen na de start van het experiment zijn ingediend, hebben dus relatief lang moeten wachten voordat zij ter zitting konden worden behandeld. Aanvankelijk streefde de secretaris ernaar vier zaken per zittingsdag te laten behandelen. Omdat er echter minder zaken werden ingediend dan tevoren was ingeschat, ontstond vertraging in de behandelingsduur. Het aantal zaken per zittingsdag is om deze reden teruggebracht naar drie. Eén zaak uit 1996 vertroebelt bovendien de cijfers over de behandelingsduur. Deze zaak is op verzoek van de klager aangehouden in afwachting van een uitspraak in dezelfde zaak door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Pas na 16 maanden is het geschil op de zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen behandeld. Als we deze zaak buiten beschouwing laten, is de gemiddelde behandelingsduur van zaken uit 1996 7,3 maanden.

Op verschillende momenten in de procedure kan vertraging ontstaan in de behandeling van zaken. In een aantal zaken is vertraging ontstaan in de periode voorafgaande aan de zitting. In deze periode vindt het schriftelijk gedeelte van de procedure plaats. Partijen hebben de mogelijkheid over en weer schriftelijk te reageren op elkaars standpunten. De secretaris kan op basis van het Reglement partijen uitstel verlenen. In vier zaken moest het ziekenhuis herhaalde keren gerappelleerd worden om het medisch dossier of andere benodigde informatie aan de Commissie te verstrekken. In zes zaken is het ziekenhuis uitstel verleend voor het uitbrengen van verweer.

Vervolgens kan vertraging ontstaan bij de planning van zittingen. Naast de reeds bovengenoemde aanlopperikelen, probeert de secretaris bij het vaststellen van de zittingsdata zoveel mogelijk rekening te houden met partijen. De aanwezigheid van partijen wordt door de Commissie immers heel belangrijk gevonden. In drie zaken werd de zitting op verzoek van de klager uitgesteld. In acht zaken gebeurde dit op verzoek van het ziekenhuis. Overigens is over de hele onderzoeksperiode beschouwd ruim de helft van de geschillen uiterlijk drie maanden na indiening op de zitting behandeld. In een kwart van de zaken duurde dat tussen drie en vijf maanden en in een kwart van de zaken nam dit langer dan vijf maanden in beslag.

Na afloop van de zitting neemt de Geschillencommissie in de raadkamer een beslissing over het haar voorgelegde geschil. Vervolgens maakt de secretaris een concept-beschikking die aan de voorzitter en leden van de Commissie wordt voorgelegd. Het Reglement bevat geen bepaling over de termijn waarbinnen de uitspraak aan partijen dient te worden toegezonden.¹¹⁰ Het streven is echter om de uitspraak binnen vier tot zes weken na de zitting aan partijen te versturen. In 26 zaken (39 %) is dit streven gehaald. In negen zaken (13 %) liet de beslissing meer dan tien weken op zich wachten. Het ging hier om twee zittingsdata die in een vakantieperiode vielen en waarbij voorts sprake was van ziekte van een van de voorzitters.

Tot slot is in drie zaken vertraging ontstaan doordat na de zitting een deskundige is geraadpleegd of bij het ziekenhuis nadere informatie moest worden ingewonnen. In deze zaken gaf de Commissie een tussenbeslissing. Een zaak waarin (na een tussenbeslissing) door partijen een deskundigenrapport is opgevraagd nam twaalf maanden in beslag. Een zaak waarin de Commissie zelf een deskundige raadpleegde duurde zeven maanden en ook een andere zaak waarin bij het ziekenhuis nadere inlichtingen zijn ingewonnen nam zeven maanden in beslag.

6.3De jurisprudentie van de Geschillencommissie**Error! Bookmark not defined.**

Artikel 16, tweede lid van het Reglement bepaalt uit welke elementen het bindend advies in ieder geval dient te bestaan. Dit zijn achtereenvolgens de namen van de leden van de Commissie, de namen en woon- of vestigingsplaatsen van partijen, de dagtekening van het bindend advies, de gronden voor de gegeven beslissing en ten slotte de beslissing. Alle uitspraken van de Geschillencommissie in de onderzoeksperiode bevatten voornoemde elementen.

¹¹⁰De datum van verzending van de uitspraken is echter wel van belang. Zo bepaalt artikel 21 van het Reglement dat de voorzitter van de Commissie uit eigen beweging of op een binnen twee weken na de verzenddatum van het bindend advies door een partij schriftelijk gedaan verzoek, een kennelijke schrijffout of rekenfout kan herstellen. Een dergelijk verzoek van een van partijen schort de mogelijkheid van tenuitvoerlegging van het bindend advies op tot het moment dat op het verzoek is beslist. Ook de mogelijkheid tot vernietiging van het bindend advies is gerelateerd aan de datum van verzending van de uitspraak. Artikel 25 van het Reglement bepaalt namelijk dat vernietiging uitsluitend kan plaatsvinden door het bindend advies ter toetsing voor te leggen aan de gewone rechter binnen twee maanden na de verzending van de uitspraak aan partijen.

De uitspraken beslaan gemiddeld drie tot vier pagina's A-4 formaat. Iedere uitspraak is opgebouwd volgens een vast stramien. Dit ziet er als volgt uit:

- de namen en woon- of vestigingsplaatsen van partijen. Tevens is hierbij aangegeven of partijen ter zitting aanwezig waren en of zij, en zo ja door wie, ter zitting werden bijgestaan dan wel vertegenwoordigd;
- gegevens over de behandeling van het geschil. Zo is onder meer vermeld waar en wanneer de zitting van de Commissie is gehouden;
- het onderwerp van het geschil. Hier worden de vaststaande feiten beschreven. De feitelijke gang van zaken wordt vermeld die heeft geleid tot de aansprakelijkstelling van het ziekenhuis door de klager. Uitsluitend de feiten die niet of onvoldoende weersproken zijn, zijn in dit onderdeel van de uitspraak opgenomen;
- het standpunt van de klager. Hierbij wordt nauw aangesloten bij de formulering zoals die door de klager zelf naar voren is gebracht;
- het standpunt van het ziekenhuis. Ook hierbij wordt nauw aangesloten bij de formulering zoals die door het ziekenhuis naar voren is gebracht;
- de beoordeling van het geschil door de Commissie;
- de beslissing, met vermelding van de namen van de leden van de Commissie en de datum van de uitspraak. Separaat is vermeld door welke persoon de Commissie werd voorgezeten.

Zoals gezegd, maakt de secretaris een concept-beslissing. Deze wordt nagekeken door de voorzitter en vervolgens voor commentaar aan de leden van de Commissie toegezonden. Door beide voorzitters is tijdens de interviews aangegeven dat naar hun oordeel de beslissingen korter en bondiger kunnen worden geformuleerd.

De uitspraken zijn goed leesbaar. Soms is de toon wat belerend, bijvoorbeeld in het geval dat de Commissie een uitroepteken in de overwegingen bij de beslissingen plaatst.

Het Reglement bepaalt in art. 16, eerste lid dat de Commissie, bij meerderheid van stemmen, naar redelijkheid en billijkheid, met inachtneming van de regels van het recht en de tussen partijen gesloten overeenkomst, beslist. Deze bepaling houdt in dat de Geschillencommissie bij haar beslissing rechtsnormen voortvloeiend uit wetgeving, verdragen en ongeschreven recht, waaronder moeten worden begrepen de beginselen van goede procesorde en normering voortvloeiende uit de jurisprudentie, in acht moet nemen. De Commissie is overigens geheel vrij in de waardering van de door partijen en eventuele derden overgelegde stukken en van het "bewijsmateriaal". Deze vrijheid komt bijvoorbeeld naar voren bij de beoordeling van geschillen waarbij één van de partijen niet is komen opdagen.

Gevolgen van afwezigheid ter zitting **Error! Bookmark not defined.**

De hierboven besproken 'vrijheid' van de Geschillencommissie komt ook in haar uitspraken naar voren. In een aantal gevallen wordt, als het ziekenhuis niet ter zitting is verschenen, de klager "het voordeel van de twijfel gegund". Een voorzitter en enkele leden hebben dit tijdens de door ons afgenomen interviews toegelicht. "Wanneer de ziekenhuizen niet ter

zitting aanwezig zijn werkt dat tegen ze. Als het verhaal van de patiënt aannemelijk klinkt en het ziekenhuis verschijnt niet, is de consequentie dat de patiënt gelijk krijgt”.

In haar uitspraken formuleert de Commissie deze stellingname regelmatig bijvoorbeeld: 'Nu het ontbreken van de nodige informatie aan het ziekenhuis te wijten is ... dit geldt temeer nu het ziekenhuis niet is verschenen om eventuele vragen van de Commissie te beantwoorden' of 'Nu het ziekenhuis niet ter zitting aanwezig was om de stellingen van de klager te weerspreken, gaat de Geschillencommissie uit van de juistheid van het voorgaande'. In een casus blijkt uit de uitspraak expliciet dat de Commissie de gevolgen van het handelen van de arts aan het ziekenhuis toerekent, omdat de behandelend arts niet ter zitting is verschenen: 'Nu deze niet ter zitting is verschenen om een nadere toelichting te geven, ziet de Commissie aanleiding dit ten nadele van het ziekenhuis uit te leggen en de gevolgen van de tussen de klager en de chirurg gerezen communicatiestoornis aan het ziekenhuis toe te rekenen.'

Het uitgangspunt dat afwezigheid van het ziekenhuis ter zitting er toe kan leiden dat de stellingname van de klager als juist wordt aanvaard, krijgt gestalte via de weg van de toerekening van de afwezigheid van het ziekenhuis of van de behandelend arts aan het ziekenhuis. In de gewone rechtspraak wordt daarentegen meestal aangenomen dat het betreffende feit als niet of onvoldoende weersproken vaststaat. Op deze laatste wijze wordt voorkomen dat door de Commissie een “verschijningsplicht” voor partijen wordt geconstrueerd. Een dergelijke verschijningsplicht is in het Nederlandse rechtstelsel zeer ongebruikelijk.

*Relatie met de reguliere rechtspraak***Error! Bookmark not defined.**

Het feit dat de Geschillencommissie op basis van de eisen van redelijkheid en billijkheid oordeelt wordt door een lid van de Begeleidingscommissie als positief ervaren. Hij merkt op dat de Commissie er wel naar moet streven een beetje in de pas te lopen met de reguliere rechtspraak, “maar wel tegen die grenzen aan en af en toe eens over die grenzen heen. Want die redelijkheid en billijkheid kun je nu juist zo mooi vormgeven omdat (..) optieken van allerlei personen wel aanwezig zijn, met name bij deze Commissie omdat die uit vijf personen bestaat. Dan kan dus ook iemand zeggen van: Kijk daar eens naar, want op de werkvloer gaat dat totaal anders. Dat gaat dus buiten de formele aansprakelijkheidsregels en bewijsregels om. Bij de Geschillencommissie heb je de mogelijkheid om dat in te brengen. Dus ik vind dat dat ruimte moet hebben”.

De SGC heeft als uitgangspunt dat de gewone rechtspraak bij de oordeelsvorming in aanmerking wordt genomen, maar benadrukt dat de Geschillencommissie Ziekenhuizen een eigen verantwoordelijkheid heeft en daarom van de gewone rechtspraak kan afwijken. Dit geldt uiteraard ook voor de gewone rechter.¹¹¹ Door de secretaris worden de diverse

¹¹¹Zie bijvoorbeeld over verschillen in toepassing van de zogenoemde kantonrechttersformule in ontslagzaken Riphagen, J. (1998), De kantonrechttersformule. *Ars Aequi*, jrg. 47, nr. 12, p. 986-995. Op het terrein van het strafrecht is veel empirisch onderzoek verricht naar verschillen in strafmaat, onder andere door Berghuis, A.C. (1992), De harde en de zachte hand - een statistische analyse van verschillen in sanctiebeleid. *Trema*, jrg. 15, nr. 3, p. 84-93 en Fiselier, J.P.S. (1985), Regionale verscheidenheid in de strafrechtspiegling (I en II), *Delict en Delinquent*, jrg. 15, nr. 3, p. 204-221 en p.

ontwikkelingen in de gewone rechtspraak gesignaleerd en aan de leden van de Commissie ter kennis gebracht.

In een klein aantal gevallen heeft de Commissie een standpunt ingenomen dat afwijkt van de gewone rechtspraak of waarvan de motivering niet overeenkomt met de gewone rechtspraak.

Zo keerde de Geschillencommissie in een casus de bewijslast om. De Commissie overwoog: 'Het is aan het ziekenhuis te bewijzen dat de oorzaak van het ongeval niet te wijten is aan een technisch mankement van de tillift dan wel een fout van het verplegend personeel.' Een dergelijke omkering van de bewijslast is tot op heden in ieder geval nog niet door de Hoge Raad of een van de gerechtshoven aanvaard in medische letselschadezaken en aansprakelijkstellingen van hulpverleners of ziekenhuizen. Wel is in dit soort zaken een verlichting van de bewijslast van eiser, veelal de patiënt, algemeen aanvaard. Deze verlichting houdt in dat van het ziekenhuis of de hulpverlener mag worden verwacht dat deze aan eiser voldoende feitelijke gegevens, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisprotocol of een ziekenhuisvoorschrift, verstrekt ter betwisting van zijn stellingen door de eiser.¹¹²

In een andere casus hanteerde de Geschillencommissie niet, zoals algemeen aanvaard in de gewone rechtspraak, de dubbele redelijkheidstoets ter toetsing van het handelen van de arts.¹¹³ De Geschillencommissie baseerde het oordeel op de vraag of de arts zorgvuldig had gehandeld ("alle voorzorgsmaatregelen die van een zorgvuldig handelend arts verwacht mogen worden ...") en niet ook op de vraag of de arts redelijk bekwaam was.

In afwijking van de rechtspraak van de civiele rechter en de tuchtrechter oordeelde de Geschillencommissie in een obiter dictum (een overweging ten overvloede) dat het ontbreken van een protocol waarin is neergelegd hoe met persoonlijke bezittingen moet worden omgegaan leidt tot aansprakelijkheid van het ziekenhuis indien persoonlijke bezittingen van de patiënt worden vermist. Het ontbreken van een protocol terzake van bepaalde risico's rekent de Geschillencommissie in deze zaak toe aan het ziekenhuis in het geval deze risico's zich verwezenlijken. In de civiele rechtspraak en de tuchtrechtspraak is dit ongebruikelijk.¹¹⁴

Niet-lijdelijkheid **Error! Bookmark not defined.**

Uitgangspunt is dat de Geschillencommissie Ziekenhuizen het geschil beoordeelt zoals het de Commissie wordt voorgelegd. In het Reglement is echter bewust niet opgenomen dat de Geschillencommissie lijdelijk is. In de praktijk blijkt soms ook dat de Commissie zich niet lijdelijk wil opstellen. Dat komt zowel ter zitting (zie hoofdstuk 5) als in de uitspraken tot uitdrukking. Ter illustratie hiervan mogen de volgende uitspraken dienen.

282-300.

112Hoge Raad 20 november 1987 NJ 1988, 500 Timmer-Deutman. Teeuwissen zit overigens op de lijn van de Geschillencommissie. Hij stelt dat het bewijsrisico in beginsel daar behoort te liggen, waar de initiële fout is gemaakt. J.G.T.

Teeuwissen, Medische aansprakelijkheid. In: J.H. Hubben (red.) Arts, patiënt en ziekenhuis, tweede herziene druk, Gouda Quint 1997, p. 43-58.

113Hoge Raad 9 november 1990 NJ 1991, 26 Speeckaert-Gradener.

114P.M. van Reijssen, Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht, Koninklijke Vermande Lelystad 1999 (diss.), in het bijzonder hoofdstuk 7.

In een zaak had de klacht van de klager betrekking op de ingreep, in het bijzonder de wijze waarop deze, een peeling, was uitgevoerd en op de verstrekte nazorg. Niet werd geklaagd over de informatieverstrekking aan de klager. De Geschillencommissie geeft op dit laatste punt wel haar visie. De Commissie oordeelde dat de patiënt ook bij een 'louter cosmetische behandeling over *alle* (curs. door de Geschillencommissie) informatie moest beschikken om zelf een keuze te maken. Ook ingeval de dermatoloog geen fout zou hebben gemaakt, is hij aansprakelijk voor de schade nu hij is tekortgeschoten in zijn verplichting tot volledige informatie als hiervoor genoemd'. De Commissie baseert de toewijzing van de vordering van de klager uitsluitend op deze overweging, hoewel, zoals gezegd de patiënt niet heeft geklaagd over de informatieverstrekking door de dermatoloog.

Eenzelfde situatie deed zich voor in een klacht die uitsluitend betrekking had op het op onzorgvuldige wijze uitvoeren van een intubatie. Ook hier baseert de Commissie de toewijzing van de vordering op het onvoldoende informeren van de klager.

In een derde geval oordeelde de Geschillencommissie eender. In deze casus was de klager wel ter zitting aanwezig, maar het ziekenhuis niet. Op basis van het dossier gaf de Geschillencommissie haar oordeel over een onderdeel van het handelen door de hulpverlener waarover geen klacht was ingediend. De Geschillencommissie erkende dat de klager hierover geen klacht had ingediend, maar zij betrok dit aspect niettemin bij de zaak. De Commissie overwoog dat in een laagdrempelige procedure als de onderhavige, waarbij rechtsbijstand niet nodig zou moeten zijn, van de klager niet mag worden verwacht dat hij de klacht over de gevolgen van de ingreep verbindt met de vraag naar het informed consent. Bij deze overweging kan de vraag worden opgeworpen in hoeverre de feitelijke ongelijkheid tussen partijen door de Geschillencommissie mag worden gebruikt om materiële gelijkheid te bewerkstelligen.

In het laatste voorbeeld tenslotte stelde de klager pas ter zitting niet goed te zijn geïnformeerd. Het ziekenhuis was bij de behandeling van het geschil ter zitting niet aanwezig. De Commissie maakte in deze zaak geen bezwaar tegen het feit dat de klager een nieuw klachtonderdeel eerst ter zitting naar voren brengt en doet ook uitspraak over dit nieuwe klachtonderdeel, ondanks dat het ziekenhuis zich niet tegen dit nieuwe klachtonderdeel kan verdedigen.

*De betekenis van klachtenbehandeling in het voortraject voor de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen***Error! Bookmark not defined.**

Soms spreekt de Commissie - ongevraagd - een oordeel uit over de stellingname van eerder bij het geschil betrokken actoren. Zo achtte de Geschillencommissie in een casus het aanbod dat het ziekenhuis de klager had gedaan voordat het geschil bij de Commissie aanhangig werd gemaakt redelijk. De klager is volgens de Commissie ten onrechte niet op dat aanbod ingegaan. De Geschillencommissie achtte de klacht derhalve ongegrond.

De Commissie ontleent de bevoegdheid waarop bovenstaande handelwijze is gebaseerd aan artikel 17, derde lid van het Reglement. Dit artikel bepaalt dat de Geschillencommissie de oplossing die door het ziekenhuis aan de klager werd voorgesteld voordat deze het geschil aanhangig maakte, maar die niet door de klager werd geaccepteerd, bindend in haar

uitspraak kan opleggen onder ongegrondverklaring van de klacht. Deze bepaling benadrukt de grote mate van autonomie van de Commissie.

In een andere casus kende de Commissie - bij wijze van uitzondering - vergoeding van de kosten van rechtsbijstand door een advocaat aan de klager toe. De Commissie motiveerde haar beslissing met het argument dat deze kosten ook voor vergoeding in aanmerking komen omdat de klachtencommissie van het ziekenhuis de klager aanvankelijk onjuist had geïnformeerd over de bevoegdheid van de klachtencommissie. Eerst na interventie van de advocaat heeft de klachtencommissie de klacht toch in behandeling genomen.

In bovengenoemde uitspraak werd het ziekenhuis mede-aansprakelijk gehouden voor de gemaakte buitengerechtelijke kosten omdat het ziekenhuis consequent een - in de optiek van de Commissie - onjuist standpunt had ingenomen. Het ziekenhuis stelde zich steeds op het standpunt dat het niet aansprakelijk is voor de schade die de klager zou hebben geleden, omdat de geneeskundige behandelingsovereenkomst was gesloten door een niet aan haar verbonden medisch specialist.¹¹⁵ De Geschillencommissie oordeelde dat de klager het voorafgaand aan deze procedure steeds volgehouden standpunt dat het ziekenhuis er niets mee te maken had 'wel enige bijstand van gewicht' nodig had. Het ziekenhuis draagt in dit geval het financiële risico van het door hem gevoerde verweer en in casu het door de klachtencommissie ingenomen standpunt.

*Rechtseenheid in de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen***Error! Bookmark not defined.**

De secretaris van de Geschillencommissie houdt een jurisprudentieoverzicht van de uitspraken van de Commissie bij en stelt de leden van de Commissie de aanvullingen op dit overzicht frequent ter beschikking. Op deze wijze streeft de Commissie naar het bewaken van rechtseenheid binnen de Commissie. Dit initiatief is van belang omdat de Commissie in verschillende samenstelling en onder leiding van verschillende voorzitters oordeelt. Uit het geheel van de uitspraken blijkt overigens niet dat sprake is van tegenstrijdige uitspraken of dat toegekende schadevergoedingen in soortgelijke zaken veel uiteen lopen. De werkwijze van beide voorzitters verschilt wel in een aantal opzichten.¹¹⁶ Slechts in één uitspraak wijkt de Commissie duidelijk af van een door haar in eerdere uitspraken gevolgde lijn. In deze casus merkte de Geschillencommissie pijn aan als een subjectieve beleving van de patiënt. Het hebben van pijn vormde volgens de Commissie daarom onvoldoende grondslag voor het vaststellen van schade tengevolge van deze pijn. In andere uitspraken daarentegen wordt het hebben van pijn vaak als doorslaggevend element gehanteerd voor het vaststellen van de hoogte van de schadevergoeding.

*Toetsing van het bindend advies door de civiele rechter***Error! Bookmark not defined.**

Vernietiging van het bindend advies van de Geschillencommissie kan uitsluitend plaatsvinden door het bindend advies ter toetsing voor te leggen aan de civiele rechter. Dit dient te

¹¹⁵Deze medisch specialist verrichtte wel werkzaamheden in dit ziekenhuis.

¹¹⁶Zie uitgebreider hierover hoofdstuk 5.

geschieden binnen twee maanden na verzending van de uitspraak aan partijen (art. 25, eerste lid Reglement). De civiele rechter zal het bindend advies marginaal toetsen: het bindend advies kan uitsluitend worden vernietigd indien de uitspraak in verband met de inhoud of de wijze van totstandkoming in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn en de in het gelijk gestelde partij in strijd zou handelen met de redelijkheid en billijkheid door de wederpartij aan de uitspraak te houden. Door de uitspraak niet binnen deze termijn aan de rechter voor te leggen, wordt de uitspraak onaantastbaar.

In één geval heeft de klager bij het secretariaat van de SGC inlichtingen ingewonnen over de mogelijkheid het bindend advies van de Commissie ter marginale toetsing aan de civiele rechter voor te leggen. De termijn van twee maanden was echter toen reeds verlopen.

Het geschil kan overigens wel ter volledige toetsing, dus in volle omvang en met terzijde lating van het bindend advies door de klager aan de gewone rechter worden voorgelegd, indien na het wijzen van het bindend advies blijkt, dat vanwege feiten en omstandigheden die de klager bij het aanhangig maken van het geschil redelijkerwijs niet kon weten, de schade meer bedraagt dan de commissie heeft toegekend (art. 25, tweede lid Reglement). Voor zover ons bekend heeft deze situatie zich niet voorgedaan. In dit verband dient overigens te worden opgemerkt dat de secretaris van de Geschillencommissie bij het aanhangig maken van de claim bij de Commissie er op wijst dat de competentie van de Commissie beperkt is tot f 7500,-. De secretaris legt, indien de klager aangeeft meer schade te hebben geleden, uit dat de vordering tot dat bedrag dient te worden beperkt of dat de klager zich beter tot de civiele rechter kan wenden. Ook indien het evident is dat de schade meer bedraagt dan f 7500,-, wijst de secretaris op de mogelijkheid deze schade te vorderen bij de gewone rechter.

6.4 De doorwerking van de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen

In deze paragraaf staat de doorwerking van de uitspraken van de Geschillencommissie centraal. Er is sprake van doorwerking wanneer de in het oordeel van de Geschillencommissie vervatte norm door het ziekenhuis of door MediRisk wordt overgenomen in zijn (uitvoerings)beleid of praktijk van de regeltoepassing.¹¹⁷

Hertogh heeft het proces van doorwerking beschreven voor oordelen van de bestuursrechter en de Nationale Ombudsman.¹¹⁸ In het algemeen bestaat dit proces volgens hem uit drie fasen: informatie (hoe luidt de uitspraak?), transformatie (wat betekent de uitspraak voor ons?) en verwerking (wat doen we nu verder met de uitspraak?). De doorwerking van de uitspraken van de Geschillencommissie zal aan de hand van deze driedeling worden beschreven.

¹¹⁷Zie M.L.M. Hertogh, *Consequenties van controle. De bestuurlijke doorwerking van het oordeel van de administratieve rechter en de Nationale Ombudsman*, Rijksuniversiteit Leiden 1997 (diss.), p. 52.

¹¹⁸Hertogh 1997, a.w. p. 82-85.

*Informatie***Error! Bookmark not defined.**

De secretaris van de Geschillencommissie zendt de uitspraak van de Commissie naar partijen: (de contactpersoon van) het ziekenhuis en de klager. Het ziekenhuis dient er zelf zorg voor te dragen dat de betrokken hulpverlener kennis kan nemen van de uitspraak van de Geschillencommissie. Verder ontvangen alle leden van de Geschillencommissie, de leden van de Begeleidingscommissie en MediRisk een afschrift van de uitspraak. Ten behoeve van ons onderzoek ontvingen wij alle uitspraken in geanonimiseerde vorm. Verder werd een aantal uitspraken geanonimiseerd ter publicatie aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en het Tijdschrift voor Consumentenrecht.¹¹⁹ De selectiecriteria op grond waarvan bepaalde uitspraken wel en andere uitspraken niet ter publicatie werden aangeboden, zijn ons niet bekend. Door de media werd incidenteel melding gemaakt van uitspraken van de Geschillencommissie.

Uitsluitend de uitspraken in geschillen waarbij het ziekenhuis partij was werden, zoals reeds vermeld, aan het ziekenhuis gezonden. Van de overige uitspraken van de Geschillencommissie kon het ziekenhuis slechts kennis nemen via genoemde tijdschriften, mits de uitspraken hierin werden gepubliceerd, of de media. Het merendeel van de tien door ons bezochte ziekenhuizen gaf aan het spijtig te vinden dat het niet op eenvoudige wijze kennis kan nemen van alle uitspraken van de Geschillencommissie, dan wel de kern van deze uitspraken. Geen van de ziekenhuizen was bekend met de publicatie van enkele uitspraken in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en in het Tijdschrift voor Consumentenrecht. Door de ziekenhuizen werd kennisneming van alle uitspraken van de Commissie van belang geacht met het oog op mogelijke anticipatie door het ziekenhuis op de uitspraken van de Geschillencommissie. Deze anticipatie zou tot uitdrukking kunnen komen in de afwikkeling van klachten en claims binnen het ziekenhuis als ook in het ziekenhuisbeleid met betrekking tot de zorgverlening.

*Transformatie en verwerking***Error! Bookmark not defined.**

De Geschillencommissie Ziekenhuizen beoogt een 'preventieve werking' te hebben door vertegenwoordigers van beroepsorganisaties (de NVZ en de KNMG) bij de geschillenbeslechting te betrekken en leden van deze organisaties zitting te laten nemen in de Geschillencommissie. De samenstelling draagt in de praktijk niet of nauwelijks bij aan de doorwerking van zaken, omdat de meeste arts-leden in de Geschillencommissie reeds gepensioneerd zijn en geen bemoeïenis meer hebben met de dagelijkse gang van zaken in ziekenhuizen.¹²⁰ De beroepsorganisaties (NVZ, KNMG) krijgen alle uitspraken geanonimiseerd toegezonden.

¹¹⁹Geschillencommissie ziekenhuizen 23 april 1997 TvGR 1997/54, Geschillencommissie ziekenhuizen 2 april 1997 TvGR 1997/5, Geschillencommissie ziekenhuizen 9 juli 1997 TvGR 1998/43, Geschillencommissie ziekenhuizen 24 maart 1998 TvGR 1998/76, Geschillencommissie ziekenhuizen 2 juni 1998 TvGR 1998/77, Geschillencommissie ziekenhuizen 24 april 1998 TvGR 1999/14, Geschillencommissie ziekenhuizen 24 april 1998 TvGR 1999/15, Geschillencommissie ziekenhuizen 23 april 1997 TvGR 1999/54 (reeds eerder gepubliceerd in TvGr 1997/54), Geschillencommissie ziekenhuizen 25 november 1997 TvGR 1999/55.

¹²⁰Roos komt in zijn dissertatie over 'lekenrechters' in de vroegere Raden van Beroep tot dezelfde conclusie. N.H.M. Roos

Ziekenhuisdirecties bleken, voor zover zij kennis hadden genomen van uitspraken van de Geschillencommissie, in hun 'klacht- en claimbeleid' wel rekening te houden met deze uitspraken. Door een van de geïnterviewde directeuren werd aangegeven dat het ziekenhuis niet twee maal eenzelfde casus aan de Commissie zou laten voorleggen. De uitspraak van de Commissie in de eerste casus zou volgens dit ziekenhuis dienen als leidraad voor het bepalen van een standpunt in de tweede, vergelijkbare casus.

Uit de gesprekken die wij met vertegenwoordigers van de medische staven hebben gevoerd tijdens onze bezoeken aan de tien geselecteerde ziekenhuizen, bleek ons dat de behandelend specialisten niet tot nauwelijks bekend zijn met de uitspraken van de Geschillencommissie.¹²¹

Uit onze enquête onder artsen die waren betrokken bij geschillen die door de Commissie zijn behandeld, blijkt dat de artsen in meerderheid tevreden zijn over de wijze waarop de Geschillencommissie Ziekenhuizen het geschil met hun patiënt heeft behandeld. Maar heeft dat er in hun ogen toe geleid dat hun praktijkvoering is veranderd? Vijftien van de negentien artsen beantwoorden deze vraag ontkennend. Eén arts schrijft dat hij naar aanleiding van de uitspraak nog meer nadruk legt op betere medische verslaglegging en controle. Een andere arts meldt dat hij zijn pre-operatieve werkzaamheden naar aanleiding van de uitspraak van de Geschillencommissie heeft aangepast. Eén arts zegt als gevolg van de klachtenbehandeling 'defensiever' te werk te gaan en een andere arts geeft aan dat hij minder gemotiveerd is en 'meer afstandelijk en wantrouwend' is.¹²²

Voor wat betreft de doorwerking van de uitspraken van de Geschillencommissie bij MediRisk kan het volgende worden opgemerkt. In alle zaken waarin schadevergoeding was toegekend werd deze door MediRisk uitgekeerd. Met veel belangstelling nam MediRisk kennis van elke uitspraak van de Geschillencommissie, soms was er ook kritiek op de inhoud van de uitspraak. De kritiek richtte zich op zaken waarin de commissie zich niet lijdelijk opstelde en bijvoorbeeld zelfstandig een klachtonderdeel toevoegde. In hoofdstuk 6.3 is reeds een zaak besproken waarin de klaagster vooraf geen uitdrukkelijke klacht over informed consent (voorlichting) naar voren heeft gebracht. De Commissie betrok dit aspect niettemin bij de zaak en baseerde de gegrondverklaring van de klacht uitsluitend op dit klachtonderdeel, ofschoon het uitgangspunt is dat het geschil wordt beoordeeld zoals het de Commissie wordt voorgelegd. De door klaagster naar voren gebrachte klachtonderdelen werden ongegrond verklaard. Aan de klaagster is een vergoeding van f 5.000,- toegekend.

(1982), *Lekenrechters. Een empirisch onderzoek naar het functioneren van de lekenrechters bij de Raden van Beroep voor de sociale verzekeringen* (diss.). Deventer: Kluwer.

¹²¹Zie hierover uitgebreider hoofdstuk 5.2.

¹²²In hoofdstuk 7 komen de bevindingen uit de enquête onder artsen uitvoeriger aan de orde.

7 De waardering van partijen voor de Geschillencommissie

Hoe ervaren klagers en aangeklaagden de behandeling van hun klacht door de Geschillencommissie Ziekenhuizen? In de voorgaande hoofdstukken is hierover al het een en ander opgemerkt, in dit hoofdstuk worden deze ervaringen bijeengebracht. De bevindingen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de antwoorden op de schriftelijke vragenlijsten die wij aan klagers en artsen hebben gestuurd (zie ook hoofdstuk 1.3). Sommige respondenten hebben niet alle vragen beantwoord. In de tabellen staat daarom steeds weergegeven hoeveel respondenten de vragen hebben ingevuld.

7.1 Klagers **Error! Bookmark not defined.**

Zesenvestig klagers (77 % van het totaal aantal aangeschrevenen) hebben een ingevulde vragenlijst geretourneerd. De respondenten hebben iets vaker dan het totaal aantal klagers een voor hen positieve uitkomst. Van de zaken van respondenten is 56 % geheel of gedeeltelijk gegrond bevonden, bij het totaal aantal klagers is dat 43 %. Onder de respondenten bevinden zich naar verhouding iets minder vrouwen en iets minder klagers van boven de 80 jaar.

Welke verwachtingen hebben klagers met de indiening van hun geschil bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen? De meeste klagers noemen meer dan één verwachting. De vergoeding van schade is het meest genoemd (door twintig klagers). 'Gewoonweg gelijk krijgen' zeggen tien klagers. Een rechtvaardig oordeel is door zeven klagers genoemd. Andere klagers wilden met hun klacht bereiken dat het ziekenhuis zou erkennen dat fouten zijn gemaakt (5), dat het ziekenhuis met hen in gesprek zou treden (5) of dat maatregelen zouden worden genomen om klachten in de toekomst te voorkomen (5). Twee klagers dringen aan op een excuus van het ziekenhuis en eveneens twee klagers geven aan de arts op de vingers te willen tikken. Slechts één klager noemt een snelle beoordeling als verwachting.

In hoofdstuk 1.1 is literatuur besproken, waaruit naar voren komt dat de waardering van klagers voor procedures weliswaar samenhangt met de uitkomst in hun zaak, maar daar niet volledig uit verklaard kan worden. In ons onderzoek hebben we om die reden een onderscheid gemaakt naar de waardering van klagers voor de gang van zaken bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en voor de uitspraken van de Commissie. De antwoorden zijn weergegeven in tabel 7.1.

Tabel 7.1 Waardering van klagers voor de gang van zaken bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en voor de uitspraken van de Commissie

Waardering van klagers	Gang van zaken	Uitspraak
zeer tevreden	17 (40 %)	10 (23 %)
grotendeels tevreden	9 (21 %)	10 (23 %)
grotendeels ontevreden	4 (9 %)	6 (14 %)
zeer ontevreden	13 (30 %)	18 (41 %)
	N = 43 (100 %)	N = 44 (100 %)

Over de gang van zaken bij de Geschillencommissie zijn klagers doorgaans beter te spreken dan over de beslissing op hun klacht. Alle respondenten wier vordering is afgewezen, zijn grotendeels ontevreden of zeer ontevreden over de uitspraak. Bovendien zijn zeven van de 24 klagers, wier vordering geheel of gedeeltelijk is toegewezen ontevreden over de uitspraak (vier hiervan zijn zeer ontevreden). Deze klagers zijn hoofdzakelijk ontevreden over de hoogte van de schadevergoeding. Een klager schrijft bijvoorbeeld: 'Ik ben zeer correct behandeld. Ze luisterden goed naar mij, ik werd serieus genomen.' Zij had echter wel meer dan de toegekende 500 gulden schadevergoeding verwacht, omdat zij naar eigen zeggen 'door toedoen van de arts' een jaar langer met rugpijn heeft rondgelopen. Desondanks zou zij een volgende keer weer een beroep doen op de Geschillencommissie. Een andere klager die grotendeels tevreden is met de gang van zaken bij de Geschillencommissie, maar grotendeels ontevreden is met de uitspraak, zegt dat de Commissie enerzijds niet aan zijn verwachtingen heeft voldaan, omdat naar zijn mening te weinig commissieleden over medische kennis beschikken. In een ander opzicht heeft de Commissie wel aan zijn verwachtingen voldaan, omdat deze 'een luisterend oor heeft geboden'.

Twaalf respondenten geven onder andere als reden voor een negatief oordeel over de gang van zaken dat zij hun standpunt onvoldoende hebben kunnen toelichten. Andere redenen die respondenten noemen zijn een partijdige opstelling door de leden van de Geschillencommissie of het zich in de beklagdenbank gezet voelen. De duur van de procedure wordt door een aantal klagers als 'lang' ervaren. Dit blijkt uit antwoorden die klagers hebben gegeven over een aantal stellingen met betrekking tot de Geschillencommissie Ziekenhuizen die wij hen hebben voorgelegd (zie tabel 7.2). Op een open vraag antwoordden drie klagers bovendien dat zij de behandeling ingewikkeld vonden; deze klagers voelden zich door de Geschillencommissie in de kou gezet. Eén klaagster merkte bijvoorbeeld op dat zij weliswaar bij de voorbereiding hulp heeft gehad van de secretaris, maar het ter zitting 'alleen heeft moeten opknappen.' Een andere klager zegt:

'Ze hebben mijn klacht niet begrepen en ook geen moeite gedaan, bijvoorbeeld door contact met mij op te nemen, om het te begrijpen of om mij het advies te geven rechtshulp te zoeken omdat het te ingewikkeld werd.'

Tabel 7.2 Antwoorden van klagers op stellingen over de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Stelling	Ze er on- eens	Oneens	Deels eens, deels oneens	Eens	Ze er eens
Het geschil is binnen een redelijke termijn behandeld	3	8	4	26	4
Mijn verzoek is serieus genomen	7	6	6	11	16
Ik heb mijn standpunt voldoende kunnen toelichten	5	7	5	14	11
De leden van de GCZ hebben zich partijdig opgesteld	11	9	8	10	5
Artsen houden elkaar hand boven het hoofd	3	5	7	15	12
Ik voelde mij ter zitting in de beklagdenbank gezet	7	13	4	9	6
Het ontbrak mij aan (juridische) kennis	8	11	10	9	6
De beslissing is voldoende gemotiveerd	4	7	10	14	8
Op belangrijkste aspecten van het geschil is ingegaan	8	5	9	14	9
Ik kan mij verenigen met de uitspraak van de GCZ	17	3	9	8	7
De GCZ heeft het geschil zorgvuldig behandeld	11	4	9	8	13
Ik heb mijn vertrouwen in artsen verloren	6	8	13	9	8

Bijna de helft van de klagers is wel tevreden met de uitspraak. De helft geeft aan een volgende keer opnieuw een beroep te doen op de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Vier klagers laten dat afhangen van de aard van de klacht. Voor circa een derde van de klagers heeft de Commissie geheel aan hun verwachtingen voldaan, voor een derde heeft de Commissie gedeeltelijk daaraan voldaan. Erkenning dat een medische fout is gemaakt, noemen klagers die tevreden zijn over de behandeling. Een ander belangrijk aspect in hun beoordeling is het gevoel gehoord te zijn in hun klacht. Een klager schrijft bijvoorbeeld:

'Mijn arts was ook aanwezig. Er werd naar beide partijen geluisterd en vragen gesteld. Dit vond ik zeer aangenaam.' (..) Ik heb nu toevallig mijn onkosten vergoed gekregen. Als dit niet zo was geweest, vind ik het toch heel erg belangrijk dat er deskundige mensen zijn die naar jouw

verhaal luisteren en dat je niet zo maar wordt weggestuurd, maar dat je de klacht mondeling kunt uitleggen. Ik denk dat dit het allerbelangrijkste is. Voor iedereen.'

Een andere klager schrijft:

'Het was goed om je verhaal te doen. Er werd echt geluisterd. Ik voelde mij onrecht aangedaan door de botte reactie van het ziekenhuis en van MediRisk. De Commissie nam de tijd om naar mij te luisteren. Zéér aardig, zéér begripvol!'

*Eerdere klachtenbehandeling in het ziekenhuis en bij MediRisk***Error! Bookmark not defined.**

Het is niet verwonderlijk dat veel respondenten ontevreden zijn over de eerdere klachtenbehandeling door het ziekenhuis en door MediRisk. Als zij daarover wel tevreden zouden zijn, zouden zij immers geen reden hebben hun geschil aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen voor te leggen. Een aantal klagers zijn overigens wel tevreden over de klachtbehandeling in het ziekenhuis. Zij zijn tevreden over het feit dat zij goed verwezen zijn of dat er een poging tot bemiddeling is ondernomen. Een klager schrijft over een klachtenfunctionaris:

'Ik kreeg uitgebreide voorlichting, de klachtenfunctionaris arrangeerde een gesprek met de chirurg en maakte daarvan een goed verslag. De klachtenfunctionaris maakte in het algemeen een onpartijdige indruk.'

Een andere klager schrijft dat de klachtenfunctionaris 'wel haar best heeft gedaan', maar niet met het gewenste resultaat.

Ook in de beoordeling van de klachtbehandeling door het ziekenhuis en door MediRisk komt duidelijk naar voren dat klagers het belangrijk vinden gehoord te worden in hun klacht. Op een open vraag naar de redenen van ontevredenheid schrijven acht klagers dat zij niet tevreden zijn omdat het ziekenhuis de klacht rechtstreeks naar MediRisk heeft doorgezonden en niet in contact is getreden met de klager. Een voorbeeld:

'De directie gaf de klacht door aan MediRisk en heeft nooit iets van zich laten horen, zelfs niet tijdens de zitting.'

Een andere klager schrijft daarentegen dat het ziekenhuis te gemakkelijk hun excuus aanbood en ervaarde de behandeling van zijn klacht als 'onpersoonlijk'. 'Ze geven wel toe dat er het een en ander mis was, maar nemen geen verantwoordelijkheid daarvoor', concludeert een andere klager.

Over de behandeling van de claim door MediRisk zijn klagers in het geheel niet te spreken. De meeste klagers zien de verzekeraar als spreekbuis van het ziekenhuis die 'er alles aan doet om niet te hoeven uitkeren, zoals alle verzekeringsmaatschappijen'. Alleen de mening van het ziekenhuis werd gevraagd, niet die van de patiënt, is een veel gehoorde

klacht, als ook dat MediRisk de claim onvoldoende heeft onderzocht en op grond van onjuiste argumenten heeft afgewezen.

7.2 Artsen

Verweerders voor klachten- of geschillencommissies wordt niet vaak gevraagd naar de wijze waarop zij de behandeling van de klacht hebben ervaren. Ook wij hebben aanvankelijk uit vrees voor non-respons artsen niet persoonlijk aangeschreven, maar directieleden van ziekenhuizen gevraagd hun mening over de Geschillencommissie te geven. Alleen artsen, wier zaken in 1998 en 1999 ter zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn behandeld, zijn met een vragenlijst benaderd. Wij kregen negentien reacties, een respons van 89 %. Gezien de kleine aantallen kunnen hieraan geen vergaande conclusies worden verbonden. Te meer ook omdat het een specifieke groep is: vooral artsen die door de Geschillencommissie in het gelijk zijn gesteld hebben gereageerd. Van vijftien respondenten kon de uitkomst in hun zaak worden achterhaald.¹²³ In twaalf zaken betrof dat een ongegrondverklaring en in drie zaken was de klacht gedeeltelijk gegrond bevonden. In de vier zaken waarin de uitkomst niet kon worden achterhaald, gaf één arts aan 'grotendeels ontevreden' te zijn over de uitspraak. Wellicht betrof dit een gegrondverklaring. De andere drie artsen waren 'grotendeels tevreden'.

De respondenten zijn allen medisch specialist met ruime ervaring. Alle respondenten zijn al meer dan tien jaar werkzaam als zodanig. Elf respondenten hebben al meer dan twintig jaar geleden hun artsexamen behaald. De helft is tussen de veertig en vijftig jaar, de andere helft tussen de vijftig en 65. Onder de respondenten zijn vijf chirurgen, waaronder één plastisch chirurg, de anderen hebben uiteenlopende specialisaties. Dertien respondenten hebben de zitting in persoon bijgewoond, één stuurde zijn arts-assistent, die ook de vragenlijst heeft ingevuld. Omdat het aantal respondenten zo klein is, worden alleen de absolute aantallen weergegeven.

Gezien de bovengenoemde uitkomsten van de zaken zal het geen verwondering wekken dat de meerderheid van de respondenten grotendeels tevreden of zeer tevreden is over de gang van zaken bij de Geschillencommissie, als ook over de uitspraak die in hun zaak is gedaan, zoals ook blijkt uit tabel 7.3. Enige reacties: er is sprake van een 'correcte bejegening en behandeling in kort tijdsbestek'. 'De uitspraak deed recht aan de zaak, schriftelijke onderbouwing hiervan was adequaat.' En: 'Het principe van hoor en wederhoor door een commissie van wijze mannen en vrouwen, met het principe van een eenmalige beslissing, is weinig belastend en kostenbesparend voor alle partijen.' Twaalf respondenten beantwoordden de vraag of de Geschillencommissie na de experimentele periode moet blijven voortbestaan met 'ja, zonder meer'. Vier respondenten beantwoordden deze vraag ook bevestigend, maar verbinden aan het voortbestaan enige voorwaarden. Drie respondenten vinden dat de Geschillencommissie opgeheven moet worden.

¹²³Omdat wij de uitspraken geanonimiseerd toegezonden hebben gekregen, konden wij niet alle enquêteformulieren aan de juiste uitspraak koppelen.

Tabel 7.3 Waardering van artsen voor de gang van zaken bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en voor de uitspraken van de Geschillencommissie

Waardering van artsen	Gang van zaken	Uitspraak
zeer tevreden	4	7
grotendeels tevreden	10	10
grotendeels ontevreden	2	1
zeer ontevreden	1	1
	N = 17	N = 19

De voorstanders zijn dus in de meerderheid. De meeste artsen zijn desgevraagd van mening dat zij hun standpunt voldoende hebben kunnen toelichten, dat de beslissing voldoende is onderbouwd, dat op de belangrijkste aspecten van het geschil is ingegaan, kortom, dat de Geschillencommissie het geschil zorgvuldig heeft behandeld. De meeste artsen kunnen zich verenigen met de uitspraak (zie tabel 7.4). Drie artsen gaven aan de klacht terecht te vinden en vijf vonden de klacht gedeeltelijk terecht. Elf artsen vonden de klacht niet terecht. 'Sommi-ge klachten zijn van dien aard dat men de neiging krijgt de tegenpartij aan te klagen voor verloren tijd, energie en onheuze bejegening', aldus een arts.

Tabel 7.4 Antwoorden van artsen op stellingen over de Geschillencommissie Ziekenhuizen

Stelling	Zeer on-eens	Oneens	Deels eens, deels on-eens	Eens	Zeer eens
Het geschil is binnen redelijke termijn behandeld	-	5	3	8	3
Ik heb mijn standpunt voldoende kunnen toelichten	-	1	4	10	4
De leden GCZ hebben zich partijdig opgesteld	3	13	-	3	-
Ik voelde mij in de beklagdenbank gezet*	2	8	1	2	3
Het ontbrak mij aan (juridische) kennis*	-	12	3	2	-
De beslissing is voldoende gemotiveerd*	-	2	3	10	3
Op belangrijkste aspecten van geschil is ingegaan*	1	-	3	13	1
Ik kan mij verenigen met de uitspraak	1	1	1	14	2
De GCZ heeft het geschil zorgvuldig behandeld*	1	1	1	11	4
Klachtenbehandeling heeft mij te veel tijd gekost	-	5	7	2	5

*Deze vragen zijn niet door alle respondenten beantwoord.

Ten aanzien van de behandeling door de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn ook kritische geluiden te horen. De klachtenbehandeling duurt volgens een aantal artsen te lang en kost te veel tijd. Eén arts schrijft op de vraag of hij tevreden is over de gang van zaken bij de Geschillencommissie: 'De gang van zaken is mij grotendeels ontgaan. De inhoud van de klacht was mijns inziens niet terecht en deswege heb ik niet alle correspondentie gelezen. Dagelijks passeert hier - buiten alle patiënten - enkele decimeters papier de revue!' De grote werkdruk weerhield ook enkele artsen ervan de zitting van de Geschillencommissie bij te wonen (zie hierover verder hoofdstuk 5.2). Twee artsen zijn van mening dat aan het voortbestaan van de Geschillencommissie de voorwaarde moet worden verbonden dat de tijd die artsen kwijt zijn aan de klachtenbehandeling vergoed wordt, in elk geval indien de klacht ongegrond wordt bevonden. Een arts die tot twee keer toe de moeite had genomen ter zitting aanwezig te zijn, moest een keer bijna anderhalf uur wachten voordat de klacht werd behandeld. De patiënt kwam tot twee keer toe niet opdagen.

De artsen die de zitting hebben bijgewoond, vonden dit, op vier respondenten na, 'nuttig' of 'zeer nuttig'. Het geven van een persoonlijke toelichting op een eerdere schriftelijke reactie heeft een toegevoegde waarde, volgens een respondent. Een andere respondent vond het echter 'zeer beperkt nuttig', omdat zijn mondelinge toelichting niet wezenlijk afweek van zijn eerdere schriftelijke reactie. Een andere arts merkte op het prettig te vinden zijn ervaring

persoonlijk te kunnen vertellen, 'in het bijzijn van mijn patiënt' voegt hij eraan toe. Klacht of niet, het blijft 'zijn' patiënt.

Een arts is van mening dat de Commissie geen vertrouwen uitstraalde. De samenstelling van de Commissie was op het laatste moment zonder opgaaf van reden gewijzigd. In de Commissie was zijn specialisme niet vertegenwoordigd, terwijl dat wel mogelijk was geweest. De vragen die gesteld werden, deden zijns inziens niet ter zake. Een lid van de Commissie is volgens deze arts familie van een staflid van het ziekenhuis. De arts vond de Commissie kritisch ten opzichte van de klager en vooringenomen ten aanzien van de klacht. De uitslag dat het ziekenhuis in het gelijk zou worden gesteld, leek vooraf al min of meer vast te liggen. De behandeling leek daarom volgens hem wel 'doorgestoken kaart'. De arts vond zelf de klacht terecht. De Commissie heeft de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard. De arts geeft aan 'zeer ontevreden' te zijn, zowel over de procedure als over de uitkomst van de klachtbehandeling. Een andere arts was van mening dat met name de voorzitter vooringenomen was en een agressieve toonzetting had. Dit keer was echter de medicus, althans het ziekenhuis 'per definitie schuldig'. Leken en juristen hebben zijns inziens te veel overwicht in de Commissie. In totaal vonden vijf respondenten de Geschillencommissie onvoldoende deskundig. Volgens een arts ontbreekt bij de meeste leden zowel kennis van de geneeskunde als ook van de medische praktijkvoering. Een andere arts merkt op dat het bij de Geschillencommissie vaak zal gaan om de vraag of de oorzaak van de klacht medisch verwijtbaar is. 'Met name de leden van de Consumentenbond kunnen hier niet deskundig op reageren, hetgeen ook bleek uit de gestelde vragen. Dit leidt tot een soort jury-uitspraak', aldus deze arts. Daarentegen vonden twaalf artsen de Commissie wel voldoende deskundig en twee respondenten deden hierover geen algemene uitspraak, maar wezen erop dat de deskundigheid deels afhankelijk is van de kennis en integriteit van de afzonderlijke leden.

Eerdere klachtenbehandeling in het ziekenhuis en bij MediRisk **Error! Bookmark not defined.**

In de enquête zijn artsen ook enkele vragen voorgelegd over de eerdere behandeling van de klacht in het ziekenhuis en bij MediRisk. In alle gevallen was de klacht ter kennis gebracht en meestal bovendien behandeld door de klachtenfunctionaris of patiëntenvertrouwenspersoon (twaalf keer), de klachtencommissie (negen keer), de directie (drie keer) of een combinatie van deze personen en instanties. Zestien van de negentien respondenten geven aan 'grotendeels' of 'zeer tevreden' te zijn over de wijze waarop deze personen of instanties het geschil hebben behandeld. Een arts schrijft dat het een goede suggestie van de klachtenfunctionaris was het geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Een arts schrijft dat de bemiddelingspoging, hoewel niet geheel geslaagd, toch veel agressieve emoties heeft weggenomen. Ook de juridische ondersteuning door de bedrijfsjurist van het ziekenhuis wordt door artsen gewaardeerd. Een arts, die in de vragenlijst heeft aangegeven de klacht terecht te vinden, is niet tevreden over de houding van het ziekenhuis ten opzichte van de klager. Zijns inziens had meteen een schadevergoeding moeten worden uitgekeerd, maar dit is door het ziekenhuis voortdurend afgewezen.

Ook over MediRisk is de meerderheid 'grotendeels' (acht respondenten) of 'zeer' (zes respondenten) tevreden. Een arts is grotendeels ontevreden. Drie artsen zeggen niet op de

hoogte te zijn van de wijze van behandeling door MediRisk. Eén arts typeert de behandeling door MediRisk als 'afstandelijk'. Hij wijst erop dat de functionaris van MediRisk op geen enkele manier persoonlijk contact heeft gezocht. De door de arts geschreven verweerbrieven zijn zonder verder overleg overgenomen.

8 Samenvatting en slotbeschouwing

In 1996 is bij wijze van experiment de Geschillencommissie Ziekenhuizen opgericht. De Commissie behandelt geschillen tussen patiënten en ziekenhuizen over zaak- en persoonschade. Het doel van de Commissie is een snel, goedkoop en laagdrempelig alternatief te bieden voor geschillenbeslechting door de burgerlijke rechter. Vooralsnog zijn alleen ziekenhuizen die zijn verzekerd bij de onderlinge waarborgmaatschappij MediRisk aangesloten bij de Geschillencommissie. De Commissie is paritair samengesteld en bestaat uit vijf leden. De uitspraken van de Geschillencommissie zijn bindend. Tegen de uitspraken staat geen hoger beroep op.

De Geschillencommissie Ziekenhuizen is gedurende het experiment kritisch gevolgd door een begeleidingscommissie, door ziekenhuizen en door de verzekeraar MediRisk, die garant staat voor de nakoming van de uitspraken van de Geschillencommissie. Wij hebben gedurende drie jaar, in de periode van oktober 1996 tot oktober 1999, onderzoek verricht naar de Commissie. Uitspraken zijn bestudeerd, zittingen bijgewoond, ziekenhuizen bezocht en klagers en verweerders zijn gevraagd naar hun ervaringen met de Geschillencommissie. Dit verslag vormt de weerslag van onze bevindingen.

Van onvrede naar klacht, van klacht naar claim **Error! Bookmark not defined.**

Aan een schadeclaim bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ligt onvrede ten grondslag die een klager vaak al in een eerder stadium, in het ziekenhuis, als klacht heeft geuit. Ruim de helft van de klagers heeft zijn klacht eerder aan een klachtencommissie of klachtenfunctionaris voorgelegd. Het begrip klacht is in dit onderzoek opgevat als een uiting van onvrede met een behandeling of bejegening die door de betrokkenen als onjuist wordt ervaren. Onder een schadeclaim is verstaan een aanspraak door of namens een patiënt op financiële vergoeding van een nadeel dat voor een persoon uit een gebeurtenis, handeling of handelwijze voortvloeit (hoofdstuk 1.4).

Deze definities zijn gangbaar in de literatuur en elementen hiervan komen terug in klachtenreglementen van ziekenhuizen. De praktijk laat een weerbarstig beeld zien, met name in de aantallen klachten en claims. In één jaar (1997) zijn in twee ziekenhuizen van vergelijkbare omvang in het ene ziekenhuis negentien klachten geregistreerd en in het andere 396. Het gaat in beide gevallen om grote ziekenhuizen met meer dan 700 bedden. In middelgrote ziekenhuizen (400-700 bedden) variëren de aantallen tussen de 111 en 526, en in kleine ziekenhuizen (minder dan 400 bedden) tussen de 34 en 143 klachten (hoofdstuk 2.1). Er worden minder schadeclaims dan klachten ingediend; de aantallen schadeclaims variëren in één jaar tussen 10 en de 55 per ziekenhuis (hoofdstuk 2.2).

Met de kwaliteit van de dienstverlening hoeven dergelijke verschillen in aantallen klachten en claims niets te maken te hebben. Wij hebben geen aanwijzingen dat ziekenhuizen met veel klachten en claims zorg van mindere kwaliteit leveren. De verschillen in aantallen hangen mogelijk ook samen met de wijze waarop de behandeling van klachten en claims is

georganiseerd, met de wijze waarop hierover aan patiënten informatie wordt verstrekt en met verschillen in hetgeen ziekenhuizen onder de begrippen klachten en claims verstaan. In de wijze van behandeling van klachten kunnen drie typen ziekenhuizen onderscheiden worden: één type waar een professionele klachtenfunctionaris is aangesteld en waar het accent ligt op de bemiddeling van klachten, één type waar klachten uitsluitend of in hoofdzaak op een formele wijze worden behandeld door een klachtencommissie, en een tussenvorm waar, naast een klachtencommissie, medisch specialisten of verpleegkundigen als bemiddelaar, en soms ook als beoordelaar, optreden. Voor alle ziekenhuizen tezamen geldt dat meer klachten door bemiddeling worden opgelost dan door behandeling door een klachtencommissie in het kader van de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector.

In de wijze van behandeling van claims komen twee variaties voor: één waarbij het ziekenhuis eerst in contact treedt met de klager en tracht te bemiddelen alvorens de zaak aan de verzekeraar wordt voorgelegd, en één waarbij het ziekenhuis de behandeling van claims al meteen na indiening daarvan aan de verzekeraar uitbesteedt. Overigens behandelen beide typen ziekenhuizen claims met betrekking tot zaakschades die onder het eigen risico van het ziekenhuis vallen zelfstandig en meestal zonder diepgaand onderzoek naar de aansprakelijkheid.

De behandeling van klachten en van claims worden door ziekenhuizen als twee verschillende, veelal gescheiden, trajecten beschouwd. Met deze trajecten zijn doorgaans verschillende personen en instanties belast en dat maakt ook dat er verschillend wordt geregistreerd. In het 'klachttraject' wordt doorgaans vaker een gesprek aangegaan met de klager dan in het 'claimtraject' en er wordt meer voorlichting gegeven over verschillende klacht- en claimprocedures. De benadering in het 'claimtraject' is een overwegend juridische. De gescheiden trajecten kunnen worden begrepen vanuit de verschillende doelen van ziekenhuizen met de klacht- en claimbehandeling en vanuit de verschillende doelstellingen die klagers volgens ziekenhuizen daarmee hebben (klacht: het ziekenhuis wijzen op een onjuiste behandeling en gezamenlijk zoeken naar een oplossing; claim: het vorderen van financiële genoegdoening). Uit ons onderzoek komt echter naar voren dat klagers vaak verschillende doelstellingen en verwachtingen hebben. Naast een financiële genoegdoening, willen zij soms bereiken dat de arts ter verantwoording wordt geroepen, voorkomen dat andere patiënten gedupeerd worden of gewoonweg erkenning van het ziekenhuis dat een medische fout is gemaakt.

Aantallen klachten en claims in ziekenhuizen **Error! Bookmark not defined.**

Door de gescheiden trajecten en onderlinge verschillen in registraties, is het niet eenvoudig een overzicht te krijgen van de omvang van de klachtenbehandeling. In hoofdstuk 4 is het gemiddelde aantal klachten en claims per ziekenhuis berekend, op basis van de gegevens van 29 ziekenhuizen. Dat gemiddelde per jaar is 211 klachten en 23 schadeclaims (dit laatste cijfer is gebaseerd op de gegevens van twintig ziekenhuizen). Om een indruk te kunnen vormen van het aantal claims dat in aanmerking komt voor behandeling door de Geschillencommissie Ziekenhuizen, zijn deze gegevens geëxtrapoleerd naar alle 38 ziekenhuizen die bij de Commissie zijn aangesloten. Dat leidt tot de volgende schatting. Bij de aangesloten

ziekenhuizen werden in 1997 circa 874 claims ingediend. Naar schatting worden in de ziekenhuizen tussen de 280 en 390 claims intern afgehandeld. De overige 500 à 600 claims worden door MediRisk onderzocht. MediRisk wijst op haar beurt door de jaren heen circa 68 % van de schadeclaims af. In 1997 zijn 361 van de 548 behandelde claims afgedaan zonder uitkering van een schadevergoeding. In 1998 zijn 488 van de 733 behandelde claims afgedaan zonder uitkering (deze aantallen betreffen echter ook veertien ziekenhuizen die niet bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn aangesloten). De meeste claims liggen beneden de competentiegrens van de Geschillencommissie Ziekenhuizen van f 7.500,-. Als alle klagers met een door MediRisk afgewezen claim beneden de f 7.500,- verdere actie zouden willen ondernemen, dan zouden in theorie jaarlijks tussen de 350 en 500 klagers een beroep kunnen doen op de Geschillencommissie Ziekenhuizen (hoofdstuk 4.1).

*Aantallen claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen***Error! Bookmark not defined.**

In werkelijkheid zijn in de onderzochte drie jaar in totaal 135 claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ingediend (hoofdstuk 4.1). Dit aantal relateert de toegenomen 'claimcultuur', die medio 1999 met enige bezorgdheid door het kabinet is geconstateerd. De helft van de zaken heeft de Commissie niet in behandeling kunnen nemen omdat de klager niet voldeed aan de voorwaarden voor indiening of omdat de Commissie niet bevoegd was kennis te nemen van het geschil. In een aantal zaken heeft de klager zijn vordering gematigd tot het maximale bedrag van f 7.500,- om toch een beroep te kunnen doen op de Geschillencommissie. In 67 zaken heeft de Geschillencommissie uitspraak gedaan. Dit betreft een bonte verzameling zaken, van een val uit een tillift en het wegraken van een gehoorapparaat, tot het ontstaan van darmlekkage of een dystrofie. Dit zijn niet allemaal kleine, eenvoudige zaken waarvoor de Geschillencommissie eigenlijk in het leven is geroepen. In juridisch opzicht is het soms niet eenvoudig om te bepalen of een bepaalde complicatie is ontstaan als gevolg van *verwijtbaar* onzorgvuldig handelen van de arts. Ook het 'naar redelijkheid en billijkheid' bepalen van de hoogte van de schadevergoeding is geen gemakkelijke opgave. In medisch opzicht is over specifieke kwesties herhaaldelijk navraag gedaan door de medische leden van de Geschillencommissie bij (oud-)kollega's. Slechts eenmaal is de hulp van een externe deskundige ingeroepen (hoofdstuk 5.3).

Het aantal van 67 uitspraken in drie jaar is lager dan tevoren is ingeschat. De verwachting was dat de Geschillencommissie circa 100 zaken op jaarbasis zou behandelen. De volgende factoren spelen een rol bij de interpretatie van het aantal uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen. De klachtenbehandeling in ziekenhuizen is mede naar aanleiding van invoering van de WKCZ verbeterd en geprofessionaliseerd. MediRisk is er veel aan gelegen klachten bij de bron, dat wil zeggen in de ziekenhuizen zelf, tot een oplossing te laten komen en stelt daarom aan ziekenhuizen aanvullende eisen ten aanzien van de klachtenbehandeling en -registratie. De verbetering van interne klachtmogelijkheden hoeft niet te betekenen dat hierdoor meer klachten intern afgedaan kunnen worden en minder klachten ter behandeling aan externe instanties, zoals de Geschillencommissie Ziekenhuizen, worden voorgelegd. Door klachtenfunctionarissen in dienst te nemen die met klagers een gesprek aangaan en hen voorlichting geven over de verschillende klachtmoge-

lijkheden, kan ook de omgekeerde situatie ontstaan. Dit hebben wij 'de paradox van de klachtenbehandeling' genoemd. De situatie kan zich voordoen dat hoe beter de interne klachtenbehandeling is georganiseerd, hoe meer klachten als 'klacht' en meer claims als 'claim' worden geregistreerd, hoe beter klagers worden ingelicht over het bestaan van externe klachtmogelijkheden, hoe meer klachten uit het ziekenhuis bij een externe klachteninstantie als de Geschillencommissie Ziekenhuizen belanden. Welk effect in de praktijk optreedt, hangt onder meer af van de doelen die de klager met zijn klacht wil bereiken (hoofdstuk 4.2).

De Geschillencommissie Ziekenhuizen heeft in de experimentele fase binnen de gezondheidszorg geen grote bekendheid verworven, ondanks publicaties in diverse media. In 1998 heeft MediRisk de voorlichting aan klagers geïntensiveerd, door hen bij afwijzing van de claim een folder toe te sturen waarin ook de Geschillencommissie Ziekenhuizen staat vermeld. Door ziekenhuizen wordt maar weinig naar de Geschillencommissie doorverwezen. Dat is geen onwil, maar vloeit voort uit het feit dat in de meeste ziekenhuizen het 'klachttraject' is gescheiden van het 'claimtraject', zoals hierboven is beschreven. Degenen die in een ziekenhuis doorgaans de voorlichting aan klagers geven, meestal de klachtenfunctionarissen, krijgen de meeste schadeclaims niet onder ogen. Degenen bij wie de schadeclaims worden ingediend, besteden de behandeling hiervan uit aan MediRisk. Voor de meeste ziekenhuizen verdwijnt de klager op dat moment uit beeld (hoofdstuk 4.2).

De behandeling van claims door de Geschillencommissie **Error! Bookmark not defined.**

Hoe verloopt de behandeling van zaken door de Geschillencommissie Ziekenhuizen? De Geschillencommissie stelt partijen steeds in de gelegenheid hun standpunt ter zitting toe te lichten, tenzij het evident is dat de klager niet-ontvankelijk is of dat de Commissie niet bevoegd is. In de onderzoeksperiode heeft 84 % van de klagers en 61 % van de ziekenhuizen gebruik gemaakt van de mogelijkheid een mondelinge toelichting te geven. Onder de klagers zijn vrouwen, ouderen en laagopgeleiden oververtegenwoordigd. Klagers uit het westen van het land zijn eveneens oververtegenwoordigd, ook gezien tegen de hogere inwonersaantallen in de Randstad. De Geschillencommissie houdt zitting in Den Haag; dit vergt voor klagers buiten de Randstad een extra inspanning. Eén op de zes klagers heeft zich ter zitting laten bijstaan door een rechtsbijstandsverlener, meestal een advocaat (hoofdstuk 5.1). De ziekenhuizen hebben geen beroep gedaan op externe juridische bijstand. Ter zitting zijn de ziekenhuizen vertegenwoordigd door de directeur, de secretaris van bestuur, de bedrijfsjurist of de klachtenfunctionaris. In negentien zaken is de behandelend arts ter zitting verschenen. Vanuit een oogpunt van efficiënte bedrijfsvoering ligt het volgens de ziekenhuizen niet voor de hand dat artsen de zittingen bijwonen. De Geschillencommissie dringt daarentegen op hun aanwezigheid aan. Wellicht speelt hier ook een rol dat de Geschillencommissie Ziekenhuizen niet dezelfde mate van gezag uitstraalt als bijvoorbeeld een tuchtcollege, waar artsen als regel wel op de zitting aanwezig zijn. In het tuchtrecht raakt de procedure de arts zelf, bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen treft een uitspraak in eerste instantie MediRisk.

Circa 61 % van de verzoeken om schadevergoeding betreft 'snijdende specialisten', zoals algemeen chirurgen, orthopedisch chirurgen en plastisch chirurgen. Uit de literatuur is bekend dat 'snijdende specialisten' meer kans hebben op schadeclaims dan niet 'snijdende'.

Tegen één arts zijn twee schadeclaims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ingediend. De schadeclaims waren overigens niet gelijkelijk verdeeld over alle aangesloten ziekenhuizen. Tegen negen ziekenhuizen is geen enkel verzoek tot schadevergoeding door de Geschillencommissie behandeld. Dertien ziekenhuizen kregen één schadeclaim, drie kregen er twee, zes kregen er drie, eveneens zes ziekenhuizen kregen vier schadeclaims, en één ziekenhuis kreeg zes schadeclaims. Dit betreft zaken waarover de Geschillencommissie uitspraak deed.

In hoofdstuk 5 zijn wij nagegaan hoe ter zitting van de Geschillencommissie de communicatie verloopt en welke argumenten partijen gebruiken om hun standpunt kracht bij te zetten. Zij krijgen daartoe voldoende gelegenheid. De Geschillencommissie Ziekenhuizen tracht ter zitting betekenis te geven aan de doelstelling om geschillen op laagdrempelige wijze te beslechten. Zo vermijdt de Commissie het gebruik van jargon en wordt bij de klager steeds nagegaan of hij begrijpt wat gezegd wordt, bijvoorbeeld als een aanwezige arts uitweidt over medische aspecten. Soms vraagt de Geschillencommissie de arts expliciet nog eens aan klager het doel en verloop van de medische behandeling uit te leggen. De Commissie probeert op deze manier niet alleen antwoord te krijgen op haar eigen vragen, maar ook een dialoog tot stand te brengen tussen de klager en het ziekenhuis.

Het ziekenhuis en de klager staan overigens niet altijd 'tegenover' elkaar. Het is een paar keer voorgekomen dat de arts de klager gelijk gaf en de mening was toegedaan dat MediRisk een bedrag aan schadevergoeding had moeten uitkeren. MediRisk is echter niet ter zitting vertegenwoordigd om de afwijzing van de vordering toe te lichten.

Uitskomsten **Error! Bookmark not defined.**

Van de 67 geschillen die de Commissie beoordeelde, verklaarde zij er 29 geheel of gedeeltelijk gegrond (43 %). In vergelijking met de medische tuchtcolleges is het percentage van 43 % hoog. De percentages gegrond verklaarde klachten bij de tuchtcolleges schommelen al jaren rond de 20 %. De tuchtcolleges behandelen echter voor een deel andere zaken. De Geschillencommissie behandelt bijvoorbeeld geen klachten die uitsluitend de bejegening van de patiënt door de arts betreffen. Bovendien zijn de normen waaraan wordt getoetst verschillend. De tuchtcolleges beoordelen niet alleen of het handelen van de arts in strijd is met de zorg die hij behoort te betrachten, maar ook of het in strijd is met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De Geschillencommissie Ziekenhuizen past in haar beoordeling het beginsel van redelijkheid en billijkheid toe.

De door de Geschillencommissie toegewezen bedragen variëren tussen f 350,- en f 5.000,-. Niet één keer heeft de Commissie het maximaal toe te kennen bedrag van f 7.500,- toegekend. De gemiddeld toegewezen immateriële schadevergoeding bedraagt meer dan de gemiddeld toegewezen materiële schadevergoeding. De meeste klagers specificeren hun schadeclaim niet, maar verzoeken de Commissie hen naar redelijkheid en billijkheid een vergoeding toe te kennen. Het bepalen van de hoogte van de schadevergoeding wordt lastig en tot op zekere hoogte arbitrair gevonden, zowel door artsen als door juristen in de Commissie. De materiële kosten zijn meestal gespecificeerd door de klager. Voor de immateriële kosten geeft de Smartengeldgids van de ANWB een indicatie. Daarnaast kan aansluiting gezocht

worden bij de reguliere rechtspraak. Voor niet-juristen zijn deze bronnen echter minder toegankelijk. De Geschillencommissie is in de onderzoeksperiode niet voor het probleem geplaatst dat de schade waarvoor het ziekenhuis aansprakelijk is, hoger lag dan de competentiegrens van de Commissie. Het reglement voorziet niet in een regeling voor wat de Commissie in een dergelijke, geenszins hypothetische, situatie zou moeten doen. Wel is geregeld dat partijen het geschil in volle omvang kunnen laten toetsen door de burgerlijke rechter indien de schade vanwege feiten en omstandigheden die de klager bij het aanhangig maken van het geschil redelijkerwijs niet kon weten, meer bedraagt dan de Geschillencommissie heeft toegekend (art. 25 lid 2 Reglement). In de onderzoeksperiode is, voor zover ons bekend, geen beroep gedaan op deze bepaling.

De laagdrempeligheid die de Commissie ter zitting nastreeft, komt ook in de uitspraken van de Commissie tot uitdrukking. Hierin worden medische termen uitgelegd en wordt in de klachtomschrijving nauw aangesloten bij de formuleringen van de klager. De Geschillencommissie is geheel vrij in de waardering van de door partijen overgelegde stukken. De Commissie is niet lijdelijk. De vrijheid van de Commissie komt onder andere naar voren in een aantal zaken waarin het ziekenhuis niet ter zitting verscheen. De klager werd hier het voordeel van de twijfel gegund (hoofdstuk 6.3).

Goedkoop en snel? **Error! Bookmark not defined.**

Voor partijen is de Geschillencommissie Ziekenhuizen een goedkoop alternatief voor de burgerlijke rechter. Bij de burgerlijke rechter moeten immers niet alleen griffierechten worden betaald, maar partijen lopen tevens het risico te worden veroordeeld in de kosten van het geding. Deze kunnen hoog oplopen als ook advocaten en deskundigen bij de zaak betrokken zijn. Het bedrag van f 45,- dat een klager bij de Geschillencommissie aan klachtengeld moet betalen vinden de meeste klagers niet hoog. De Geschillencommissie kan bovendien bepalen dat het klachtengeld door het ziekenhuis moet worden vergoed. In 34 zaken is het ziekenhuis veroordeeld de klager het klachtengeld te vergoeden. Dit waren gevallen waarin de klacht gegrond is verklaard en gevallen waarin de Geschillencommissie oordeelde dat het ziekenhuis of MediRisk tekort was geschoten in de behandeling van de klacht of in de begeleiding van de klager. In vijf zaken werd uitsluitend vergoeding van het klachtengeld toegekend en niet tevens een schadevergoeding. De behandelingsduur van de Geschillencommissie is in de loop van het experiment korter geworden: van 5,8 maanden in de zaken die in 1997 zijn ingediend tot 3,9 maanden in de zaken die in 1999 zijn ingediend. De huidige behandelingsduur is iets korter dan die bij de kantonrechter.

De effecten van de klachtenbehandeling **Error! Bookmark not defined.**

Snelheid en kostenreductie kunnen soms op gespannen voet komen te staan met eisen van procedurele en materiële rechtvaardigheid en aanvaardbaarheid van uitspraken. In het onderzoek zijn we nagegaan hoe de klagers en aangeklaagden die in aanraking zijn gekomen met de Geschillencommissie Ziekenhuizen de procedure en de uitspraak in hun zaak waarderen. Verder hebben we bekeken of de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen ertoe bijdragen dat ziekenhuizen maatregelen treffen om schadeveroorzakend

handelen van artsen in de toekomst te voorkomen alsmede of de uitspraken van de Geschillencommissie wellicht bij de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar hebben geleid tot een verandering in beleid.

Zowel aan klagers als aan artsen zijn in een schriftelijke enquête vragen voorgelegd over hun waardering van de gang van zaken bij de Geschillencommissie en van de uitspraak van de Commissie. Van de 46 klagers die hebben gereageerd, is 60 % grotendeels of zeer tevreden over de gang van zaken bij de Commissie en 45 % is dat over de uitspraak. Deze percentages zijn in vergelijking met ander onderzoek naar de waardering van klachten- en tuchtinstanties vrij hoog. Tevreden klagers spreken onder meer van 'een correcte behandeling' door 'redelijke mensen' die 'een luisterend oor' hebben geboden. Klagers die niet tevreden zijn, vinden dat de Geschillencommissie hun klacht niet begrepen heeft of de zaak verkeerd beoordeeld heeft en een aantal vindt de behandeling te lang duren (hoofdstuk 7.1). Artsen hebben daarentegen meer opmerkingen over de gang van zaken dan over de uitspraak; over het algemeen is hun waardering voor de Geschillencommissie groot. Negentien artsen hebben onze vragenlijst geretourneerd. Over de gang van zaken zijn veertien artsen grotendeels of zeer tevreden en over de uitspraak zeventien. De meeste artsen zijn van mening dat de Geschillencommissie het geschil zorgvuldig heeft behandeld en dat de Commissie moet blijven voortbestaan. Overwegend de artsen die door de Geschillencommissie Ziekenhuizen in het gelijk zijn gesteld, hebben op onze enquête gereageerd (hoofdstuk 7.2).

We hebben artsen die voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn opgeroepen, de vraag voorgelegd of hun praktijkvoering in enig opzicht is gewijzigd naar aanleiding van de uitspraak. Vijftien van de negentien artsen beantwoorden deze vraag ontkennend. Twee artsen zeggen hun werkwijze te hebben aangepast, en twee artsen geven aan dat zij door de uitspraak 'defensiever' te werk gaan of minder gemotiveerd zijn. Hieruit kan niet zonder meer de conclusie worden getrokken dat de uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen geen invloed hebben op de praktijk. Ziekenhuizen kijken wel degelijk naar de inhoud van de uitspraak en zeggen in een vergelijkbaar geval voortaan te zullen handelen conform de uitspraak. De ervaring van ziekenhuizen met de Geschillencommissie is echter beperkt. Uit het onderzoek blijkt dat ziekenhuizen in het beste geval bekend zijn met de uitspraken tegen het eigen ziekenhuis, zij het dat slechts enkele mensen in het ziekenhuis hiervan op de hoogte zijn, doorgaans de directiesecretaris en de behandelend arts (in één geval is de uitspraak niet aan de behandelend arts gezonden). Van gepubliceerde uitspraken tegen andere ziekenhuizen hebben de meeste klachten- en claimbehandelaars geen kennis genomen (hoofdstuk 6.4).

De afwikkeling van de toegewezen vorderingen **Error! Bookmark not defined.**

MediRisk volgt actief de uitspraken van de Geschillencommissie. Conform de nakomingsovereenkomst met de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken, keert MediRisk uit indien de Geschillencommissie Ziekenhuizen de vordering aan de klager toewijst. In enkele zaken deed MediRisk dit met uitgesproken tegenzin, omdat MediRisk van mening was dat de Geschillencommissie de klager te zeer het voordeel van de twijfel gunde of omdat een vordering werd toegewezen op gronden die de klager niet zelf als klacht naar

voren had gebracht (enkele voorbeelden zijn besproken in hoofdstuk 6.3). In het beleid van MediRisk zijn enkele wijzigingen gekomen, die weliswaar niet direct op het conto van de Geschillencommissie geschreven kunnen worden, maar er wel door zijn bespoedigd. Een voorbeeld is het meezenden van een voorlichtingsfolder aan klagers, wier claim door MediRisk wordt afgewezen.

*Tot slot***Error! Bookmark not defined.**

Met de instelling van de Geschillencommissie Ziekenhuizen is in de eerste plaats beoogd een snelle, goedkope en laagdrempelige voorziening te bieden aan klagers die financiële schade hebben ondervonden als gevolg van een behandeling in het ziekenhuis. Daarnaast dienen de uitspraken van de Commissie doorwerking te hebben in de praktijk. Het bovenstaande overziend, mogen we concluderen dat de eerste doelstelling grotendeels is gehaald. De behandelingsduur van de Geschillencommissie is in de loop van de drie jaar verkort en is iets korter dan die bij de kantonrechter. Met de procedure bij de Geschillencommissie zijn voor partijen geen hoge kosten gemoeid. In verschillende opzichten is de procedure laagdrempelig, zij het dat veel klagers aangeven dat (rechts)bijstand noodzakelijk was. Het doorlopen van de procedure is dus niet voor iedereen eenvoudig. De bekendheid met de Geschillencommissie is echter gering. Daardoor heeft de doorwerking van uitspraken nauwelijks gestalte kunnen krijgen.

De procedure bij de Geschillencommissie dient snel, goedkoop en laagdrempelig te zijn, om patiënten de mogelijkheid te geven zich te verweren tegen een organisatie die onder meer in deskundigheid en ervaring een overwicht op hen heeft. In hoofdstuk 6 is de vraag gesteld in hoeverre de feitelijke ongelijkheid tussen partijen door de Geschillencommissie mag worden gebruikt om materiële gelijkheid te bewerkstelligen. De één zal geneigd zijn deze vraag ontkennend te beantwoorden en te benadrukken dat beslissingen een juridische grondslag moeten hebben. Anderen zullen uit pragmatische of sociale overwegingen kiezen voor een ruimere interpretatie van wat een rechtvaardige oplossing is. De Geschillencommissie Ziekenhuizen heeft hierin een middenweg gevonden.

Literatuur

- Abel, R.L. (1982), The Contradictions of Informal Justice. In: R.L. Abel ed. (1982), *The Politics of Informal Justice. Volume I. The American Experience*. Studies on Law and Social Control. New York: Academic Press, p. 284.
- Allsop, J. (1994), Two sides to every story: complainants' and doctors' perspectives in disputes about medical care in a general practice setting. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 149-183.
- Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1992), *Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990*. Katholieke Universiteit Nijmegen, reeks recht & samenleving, nr. 6.
- Angenent, L.G. & J.H. Hubben (1993), Een geschillencommissie in de gezondheidszorg. Verslag van een onderzoek. *Medisch Contact*, jrg. 48, p. 1335-1338.
- Asscher-Vonk, I.P. & C.A. Groenendijk, red. (1999), *Gelijke behandeling: regels en realiteit*.
- Bakker, B., I. Sieben, P. Nieuwbeerta & H. Ganzeboom (1997), Maten voor prestige, sociaal-economische status en sociale klasse voor de standaard beroepen classificatie 1992. *Sociale Wetenschappen*, jrg. 40, nr. 1, p. 1-22.
- Berg-Koolen, J. ten (1991), De Geschillencommissie voor consumentenzaken en de beginselen van behoorlijk procesrecht. *Nederlands Juristen Blad*, afl. 30, p. 1231-1233.
- Berghuis, A.C. (1992), De harde en de zachte hand - een statistische analyse van verschillen in sanctiebeleid. *Trema*, jrg. 15, nr. 3, p. 84-93.
- Bitter, J.B. (1984), Het advocatentuchtrecht. In: Nederlandse Vereniging voor Procesrecht, *Tuchtrecht en Fair Play*. Zwolle: Tjeenk Willink.
- Black, D. & M.P. Baumgartner (1983), Toward a theory of the third party. In: K.O. Boyum & L. Mather (eds.), *Theories about Courts*. New York: Langman.
- Boer, A.N.G. (1990), *Beslechting van consumentengeschillen naar Nederlands recht*. Deventer: Kluwer.
- Brauw, P.J.W. de (1985). De positie van de klager in het medisch tuchtrecht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, p. 79-84.
- Breeuwsma, C.M., E. Helder, E. Niemeijer en M. Oosting (1982), *Arob-praktijken*. Deventer: Kluwer.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1982), *Deeladvies inzake de bemiddeling bij klachten van patiënten*, Rijswijk.
- Christiaans, I. & J.H. Hubben (1999), *De anesthesioloog in de tuchtrechtspraak 1992-1999*, Lelystad.
- Consumentenbond (1992), *Klachten in de zorg. Inventariserend onderzoek naar consumentklachten in een aantal sectoren van de gezondheidszorg*.
- Doelder, H. de (1981), *Terrein en beginselen van tuchtrecht*. Alphen a/d Rijn.
- Doornbos, N. & L.E. de Groot-van Leeuwen (1997), *Klachten op orde; de behandeling van klachten over advocaten*, Deventer: Kluwer.
- Ennis, M. & C. Vincent (1994), The effects of medical accidents and litigation on doctors and patients. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 97-121.

- Felstiner, W.L.F., R.L. Abel en A. Sarat (1981), 'The emergence and transformation of disputes: naming, blaming, claiming', *Law and Society Review*, p. 631 e.v.
- Fiselier, J.P.S. (1985), Regionale verscheidenheid in de strafrechtspleging (I en II), *Delict en Delinquent*, jrg. 15, nr. 3, p. 204-221 en p. 282-300.
- Freidson, E. (1970), *The Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- F.D. Friele, C. de Rooter, F. van Wijmen, J. Legemaate (1999), *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Den Haag: ZON.
- Galanter, M. (1974), Why the 'haves' come out ahead, speculations on the limits of legal change. *Law and Society Review*, 9, p. 95-160.
- Gevers, J.K.M., H. de Jong & J. Matser (1978), De opvang van klachten van patiënten over de gezondheidszorg I en II, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, p. 309-318, 331 en 356-364.
- Heineman, M.E.F. & J.H. Hubben (1998), *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*, Lelystad.
- Heineman, M.E.F. & J.H. Hubben (1996), *De chirurg in de medische tuchtrechtspraak 1986-1995*, Lelystad.
- Heineman, M.E.F. & J.H. Hubben (1995), *De huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993*, Lelystad.
- Heineman, M.E.F. & J.H. Hubben (1994), *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*, Nijmegen.
- Heineman, M.E.F. & J.H. Hubben (1993), *De anesthesioloog in de medische tuchtrechtspraak 1975-1992*, Nijmegen.
- Hertogh, M.L.M. (1997), *Consequenties van controle. De bestuurlijke doorwerking van het oordeel van de administratieve rechter en de Nationale ombudsman*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Leiden.
- Hubben, J.H. (1996), Geschillencommissie Ziekenhuizen van start. Een experiment in dertig ziekenhuizen. *Medisch Contact*, jrg. 51, nr. 39, p. 1238-1239.
- Ippel, P.C. (1987), *Klachtbehandeling en klachtenprocedures*. Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink.
- Kastelein, W.R. (1994), *Van klagen naar klachtrecht. Het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg*. Arnhem: Gouda Quint (tweede druk).
- Kist, A.H. (1993), Over de achterstand in de civiele sector. In: U.W. Bentinck, M.M. Beins, A.H. Kist & Th.H. Lindt (red.), *Kabaal in Holland*, Arnhem: Gouda Quint, p. 157-161.
- Klijn, A., C. Cozijn & G. Paulides (1994), *De civiele procedure bij de kantonrechter. Evaluatie van een vernieuwing*. WODC, nr. 134, Arnhem: Gouda Quint.
- Leijten, M.J.C. (1991), *Tuchtrecht getoetst, een onderzoek naar de betekenis van grondrechten voor de wettelijke regeling van tuchtrecht en van de tuchtprocedure*, Arnhem.
- Lens, P. & G. van der Wal eds. (1997), *Problem Doctors; a conspiracy of silence*. Amsterdam: IOS Press.
- Lind, E.A., R.J. Maccoun, P.A. Ebener, W.L.F. Felstiner, D.R. Hensler, J. Resnik & T.R. Tyler (1990), In the eye of the beholder: tort litigants' evaluations of their experiences in the civil justice system. *Law & Society Review*, vol. 24 (4), p. 953-996.

- Lloyd-Bostock, S. & L. Mulcahy (1994), The social psychology of making and responding to hospital complaints: an account model of complaint processes. *Law and Policy*, vol. 16, nr. 2, p. 123-147.
- May, M.L. & D.B. Stengel (1990), Who sues their doctors? How patients handle medical grievances. *Law and Society Review*, 24, p. 105-120.
- Meijer, G.J. (1992), Bindend advies en de vaststellingsovereenkomst. In R. Zwitser, red. (1992), *Tot persistit! Opstellen aangeboden aan H.J. Snijders*, Gouda Quint: Arnhem.
- Miller, R. & A. Sarat (1980-81), Grievances, claims and disputes: assessing the adversary culture. *Law and Society Review*, 15, p. 525-566.
- Nader, L. & A. Sursock (1986), Anthropology and Justice. In: R.L. Cohen (ed.), *Justice. Views from the social sciences*. New York/London: Plenum Press.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989), *Klachtenopvang in de gezondheidszorg*. Publicatie 24/'89.
- Niemeijer, E. & P.C. Ippel (1994), Nut en nadeel van klachtbehandeling. Een bespreking van vier proefschriften. *NJB*, afl. 20, p. 686.
- O'Barr, W.M. & J.M. Conley (1990), Litigant satisfaction versus legal adequacy in small claims court narratives. In: J.N. Levi & A.G. Walker (eds.), *Language in the judicial process*. New York/London: Plenum Press.
- Overeem, R. (1992), Advocaat en bindend adviseur in zaken voor geschillencommissies. Een bespiegeling. In: *De rechter aan de kant. Alternatieve geschillenbeslechting*. Jonge balie congres 1992, Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink, p. 41-48.
- Reijssen, P.P.M. van (1999), *Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht*, Koninklijke Vermande Lelystad (diss.).
- Reijssen, P.P.M. van & J.H. Hubben (1997), *Jurisprudentie-onderzoek protocollen in de gezondheidszorg*, Nijmegen.
- Riphagen, J. (1998), De kantonrechtersformule. *Ars Aequi*, jrg. 47, nr. 12, p. 986-995.
- Roos, N.H.M. (1982), *Lekenrechters. Een empirisch onderzoek naar het functioneren van de lekenrechters bij de Raden van Beroep voor de sociale verzekeringen* (diss.). Deventer: Kluwer.
- Rosenthal, M.M. (1995), *The incompetent doctor. Behind closed doors*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Schuyt, C.J.M. (1983), *Recht en samenleving: centrale problemen, alternatieven en overzichten*. Assen: Van Gorcum.
- Schuyt, C.J.M., K. Groenendijk & B.P. Sloot (1976), *De weg naar het recht*. Deventer.
- Schuyt, C.J.M., A. Jettinghof, E. Lambregs & F. Zwart (1978), *Een beroep op de rechter*, Deventer.
- Sluyters, B. (1996) Tucht recht en civiel recht; verschillen en mogelijkheden. *Medisch Contact*, p. 1312-1313.
- Stein, P.A. (1997), *Compendium van het burgerlijk procesrecht*. Deventer: Kluwer, p. 258-259.
- Teeuwissen, J.G.T. (1997), Medische aansprakelijkheid. In: J.H. Hubben (red.) *Arts, patiënt en ziekenhuis*, tweede herziene druk, Gouda Quint, p. 43-58.
- Thibaut, J.W. & L. Walker (1975), *Procedural justice: a psychological analysis*. New York.

- Timmer, J. & B. Niemeijer (1994), *Burger, overheid en Nationale ombudsman. Evaluatie van het instituut Nationale ombudsman*. Hugo Sinzheimer Instituut, Den Haag: SDU.
- Verkruisen, W.G. (1993), *Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions*. Groningen.
- Vries, H.H. de, A.H.M.J. Rekko & G. van der Veen (1995), *Het maatschappelijk belang van geschillencommissies*. Instituut voor consumentenonderzoek, onderzoeksrapport 177, Leiden.
- Weiler, P.C., H.H. Hiatt, J.P. Newhouse, W.G. Johnson, T.A. Brennan & L.L. Leape (1993), *A measure of malpractice: medical injury, malpractice litigation, and patient compensation*. Cambridge: Harvard University Press.
- Weller, S., J.C. Ruhnka & J.A. Martin (1990), American small claims courts. In: Whelan, C.J., ed. (1990), *Small claims courts: a comparative study*. Oxford: Clarendon Press, p. 5-24.
- Wijmen, F.C.B. van, A. Hanekamp, W. van Dijk & P. Hoogenberk (1991), Een provinciaal klachtenopvangsysteem, *Medisch Contact*, p. 632-634.
- Wijmen, F.C.B. van (1993), Het klachtrecht van de patiënt. In: *Consumentenboek Gezondheidszorg*, deel B, De Tijdstroom B.V. Utrecht.
- Wildenberg, F.A.J.M. van den, R. Andriessse & A.M. Hamersma (1999), Geen fouten, geen claims. Zes jaar preventiebeleid. *Medisch Contact*, jrg. 54, nr. 31/32, p. 1079-1081.
- Zwitser, R., red. (1992), *Tot persistit! Opstellen aangeboden aan H.J. Snijders*, Gouda Quint: Arnhem.

Bijlage I

Lijst van deelnemende ziekenhuizen

ZiekenhuisVestiging(en)

Antonius ZiekenhuisNieuwegein
Canisius-Wilhelmina ZiekenhuisNijmegen
Diaconessenhuis EindhovenEindhoven
Diakonessenhuis UtrechtUtrecht
Drechtsteden ZiekenhuisDordrecht (2), Sliedrecht, Zwijndrecht
Elkerliek ZiekenhuisDeurne, Helmond
Hofpoort ZiekenhuisWoerden
Ignatius ZiekenhuisBreda
Kennemer ZiekenhuisHaarlem (2), IJmuiden
LievensbergBergen op Zoom
Lorentz ZiekenhuisZeist
Lucas Andreas ZiekenhuisAmsterdam (2)
Maasland ZiekenhuisGeleen, Sittard
Medisch Centrum AlkmaarAlkmaar
Medisch Centrum HaaglandenDen Haag, Leidschendam
Noord-Limburgse ZiekenhuizenVenlo, Venray
Onze Lieve Vrouwen GasthuisAmsterdam (2)
Rode Kruisziekenhuis/
Juliana kinderziekenhuisDen Haag (2)
Slotervaart ZiekenhuisAmsterdam
Spaarne ZiekenhuisHaarlem, Heemstede
St. Elizabeth ZiekenhuisTilburg
St. Jans GasthuisWeert
St. Joseph ZiekenhuisVeldhoven
Stichting Zorgvoorzieningen GorinchemGorinchem, Leerdam
Streekziekenhuis/verpleeghuis ZevenaarZevenaar
Westfries GasthuisEnkhuizen, Hoorn
Wilhelmina ZiekenhuisAssen
IjssellandziekenhuisCapelle a/d IJssel
IjsselmeerziekenhuisEmmeloord, Lelystad
Ziekenhuis AmstelveenAmstelveen

Ziekenhuis Gelderse Vallei Bennekom, Ede, Veenendaal, Wageningen

Ziekenhuis Hilversum Hilversum

Ziekenhuis Oudenrijn Utrecht

Ziekenhuis Overvecht Utrecht

Ziekenhuis Rijnstate Arnhem

Ziekenhuis Velp Velp

Zorggroep Noorderbreedte Leeuwarden (2), Harlingen

Zuiderziekenhuis Rotterdam

Bijlage II

Gespreksonderwerpen in interviews

IKennismaking

IIAchtergrond van het onderzoek: voortgang en planning, onderzoeksvragen en -methoden

IIIAchtergrond betrokkene: loopbaan, wijze waarop respondent betrokken is geraakt bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen, eventuele andere ervaring met juridische procedures en klachtencommissies

IVVoorgeschiedenis en totstandkoming van de Geschillencommissie ziekenhuizen: wijze waarop het overleg tussen de verschillende organisaties en het ministerie is verlopen, de duur van dit overleg, de bereidheid van organisaties om deel te nemen aan het experiment

VFunctioneren van de Geschillencommissie ziekenhuizen: aantallen en aard van de klachten, de toegankelijkheid van de procedure, de competentiegrens van f 7500,-, de mogelijkheid en eventuele noodzaak van rechtsbijstand voor klagers en aangeklaagden, de aanwezigheid van partijen, voorlichting aan partijen, samenstelling en deskundigheid van de Commissie, de rol van de voorzitter, de rol van het Bureau van de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken, de aanwezigheid en noodzaak van werkoverleg, mogelijke preventieve werking die uitgaat van beslissingen, het draagvlak binnen het terrein van de gezondheidszorg voor een Geschillencommissie Ziekenhuizen.

VIAlgemeen: aspecten die respondent aan de procedure of de werkwijze van de Geschillencommissie veranderd zou willen zien, voor- en nadelen ten opzichte van andere klachtenprocedures (interne klachtenprocedures, tuchtrechtspraak, civiele rechtspraak). Vragen, suggesties of opmerkingen van respondent.