

## “Arts blijft verantwoordelijk”

*Letselschadeadvocaat Mr. Harry Blok van het Veenendaalse advocatenkantoor Bouwman Van Dommelen weet hoe hartpatiënt Cammeraat zich voelt. Hij komt in de praktijk veel van dergelijke gevallen tegen, al of niet op verwijzing van RMU of NPV, waar zijn kantoor een samenwerkingsverband mee heeft. „Door de jaren heen is de positie van de patiënt veranderd en er moet nog meer veranderen om medische missers zoveel mogelijk te voorkomen en de patientveiligheid te bevorderen”, zo vindt Blok.*

„Voor mensen die ons via onder andere de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) of de Reformatorische Maatschappelijke Unie (RMU) raadplegen, onderzoeken we in eerste instantie gratis of ze in juridische zin kans van slagen hebben voor een rechtszaak<sup>1</sup>. Ik vind het lastig om op het individuele geval van Cammeraat te reageren, maar wat me, als zijn verhaal juist is, opvalt, is, dat meneer zonder zijn weten op een andere manier is geholpen dan vooraf was afgesproken. Hij heeft daardoor niet zijn toestemming of oordeel kunnen geven. Hij is daardoor ook niet geïnformeerd over de risico's van het gekozen alternatief. De vraag is in zo'n geval: was het een verantwoorde keuze om toch af te wijken van het voorgestelde operatiescenario? En als die keuze terecht was, hebben we dan te maken met een fout of met een complicatie? Als het gaat om de communicatie met het ziekenhuis, merk ik op, dat de beleving van de patiënt daarbij altijd een belangrijke rol speelt. Daarin ben ik altijd uit op feitelijkheid”, aldus Blok.

### Dossier belangrijk

Hij zegt dat het medisch handelen grofweg in vier categorieën is te onderscheiden: goed gedaan-goed gegaan, goed gedaan-fout gegaan, fout gedaan-goed gegaan, fout gedaan-fout gegaan. De advocaat: „Alleen in het laatste geval is er een recht op schadevergoeding. Dat moet je wel eerst zeker hebben. We hanteren een systeem, waarbij we zo snel mogelijk het hele medisch dossier willen zien. Ik maak nog steeds mee, dat met dossier wordt geknoeid of daarvoor sterke aanwijzingen bestaan. Op dit moment heb ik een zaak, waarbij iemand na een gewone hernia-operatie is overleden. De operatie vond plaats op 28 december en het operatieverslag dateert op 19 januari. Dat is niet acceptabel. In dit geval diende het incident ook direct te worden gemeld bij de Inspectie. Dat maakt de late datering van het operatieverslag extra ongeloofwaardig. We screenen altijd of het medisch dossier naar ons idee echt authentiek is. Daarbij gaan we ook na of het dossier en de verschillende deelverslagen van de verschillende artsen begrijpelijk, logisch verklaarbaar zijn en ook met elkaar kloppen. Hier merk je dat de patiënt een informatie-achterstand heeft ten opzichte van de zorgverleners: de zorg is complex geworden en bijna altijd staan meerdere artsen om het bed van een patiënt. Als artsen het met elkaar oneens zijn of onderling geen goede verstandhouding hebben, wordt de patiënt daarvan de dupe. Omdat ik bij mijn vorige kantoor heel veel artsen en zorginstellingen heb bijgestaan, heb ik gezien wat er allemaal mis kan gaan op dit terrein en hoe groot de achterstand van de patiënt is. Het is cruciaal dat de verschillende zorgverleners optimaal met elkaar communiceren en hun onderlinge verantwoordelijkheden niet voor misverstand vatbaar zijn. Het is niet voor niets dat de Inspectie scherp let op

---

<sup>1</sup> Zie daarvoor: [www.schadedienst.nl](http://www.schadedienst.nl)

mogelijke conflictsituaties tussen verschillende artsen.” “Maar er gaat natuurlijk vaak lang overheen, voordat signalen over een mogelijk conflict de Raad van Bestuur van een ziekenhuis en zeker buitenstaanders bereiken.”

### **Juridisch belangrijke vragen**

Wanneer het dossier eenmaal in handen is van de letselschadeadvocaat, wordt dit grondig doorgenomen. Een aantal vragen moet in deze fase beantwoord worden. Is door de patiënt toestemming verleend? Is er voldoende en op tijd informatie verschaft? Matcht de informatie met de uiteindelijke uitvoering van de ingreep? Vermeldt het dossier misschien iets over mogelijke complicaties (én hoe daarmee is omgegaan)? Blok: „In juridische zin moet de arts de patiënt aanknopingspunten verschaffen voor het door de patiënt te leveren bewijs. Laten we eerlijk zijn: vroeger trokken de artsen zich vaak terug in een veilig bastion, waarbij de patiënt het niet in zijn hoofd haalde om vragen te stellen bij het medisch handelen. Jongere artsen krijgen al in hun opleiding in dit opzicht een andere beroepshouding mee. Er blijft een vorm van onveiligheid voor de arts in zitten, dat is begrijpelijk. Daarom vind ik dat de patiënt juist vanwege zijn afhankelijkheid én kennis-achterstand het recht heeft vragen te stellen, zeker als uit het medisch dossier niet goed duidelijk wordt hoe is gehandeld en wat zich heeft voorgedaan. Ik beseft dat we als christenen vanuit Bijbels perspectief in het licht van de Voorzienigheid vaak wat terughoudend zijn, maar ook artsen zijn verantwoordelijk. Rechtvaardigheid is ook een Bijbels begrip en met elkaar moeten we bevorderen dat er een cultuur van openheid en eerlijkheid ontstaat, in plaats van dat we meewerken aan het laten voortbestaan van een situatie waarin fouten kunnen worden verdoezeld en mensen ongewild het slachtoffer worden van onzorgvuldig medisch handelen, vaak zonder dat ze dat weten. Natuurlijk kan geen enkele arts succes garanderen, maar waar aanwijsbare fouten zijn gemaakt of onbegrijpelijke complicaties zijn opgetreden, moet er een open sfeer zijn om daar met elkaar over te praten en waarbij de ontstane schade wordt vergoed.”

### **Onafhankelijk**

In de volgende fase van het juridisch onderzoek wordt het medisch handelen in het concrete geval naast de ‘professionele standaard’ gelegd. Blok laat zich daartoe bijstaan door een medisch adviseur. In sommige gevallen is het noodzakelijk dat er nog een onafhankelijke deskundige naar de zaak kijkt. Dat is soms een hele zoektocht. “De medische wereld is soms erg klein en dan is het voor een deskundige best lastig om een vakgenoot te moeten bekritisieren.”

### **Duitsland gaat voor**

Komt de aansprakelijkheid vast te staan, dan wordt er altijd bezien in hoeverre de toestand van de patiënt ten opzichte van de situatie voor de ingreep is verslechterd. Daarbij gaat het vooral om de schade in het vermogen om inkomen te verwerven. Het is immers dubbel zuur dat iemand niet alleen onnodig (extra) letsel oploopt, maar door de afkalving van de sociale zekerheid soms vergaand terug valt in zijn inkomen. Voor de WIA moet men meer dan 35% arbeidsongeschikt zijn. De WW-duur wordt verkort, het treft de slachtoffers dubbel in hun portemonnee „In Amerika is dat anders: daar worden soms grote bedragen aan smartengeld uitgekeerd, omdat men vindt dat de uitspraak van de rechter zowel repressief als preventief moet werken. Het hoeft van mij niet zoals daar, maar het recht zou wel een sterkere prikkel moeten bieden voor zorgverleners om hun werk zo optimaal mogelijk te doen. Een (extra)

stok achter de deur is overbodige luxe. Bij arbeidsongevallen is er al jaren een omgekeerde bewijslast: bij een calamiteit is de werkgever aansprakelijk tenzij hij aantoon dat hem geen verwijt treft als het gaat om geboden veiligheid en dergelijke. In Duitsland geldt inmiddels ook zo'n soort principe voor letsel tengevolge van vermijdbare complicaties. Ik hoop dat Duitsland ons daarin voorgaat. De tijd dat er slechts alleen intern in het ziekenhuis gekeken wordt naar: wat kunnen we van onze fouten leren, zonder dat de patient daarover wordt geïnformeerd, is wat mij betreft voorbij. Aan de belangen van de patiënt kan en mag niet langer worden voorbijgegaan" "Dat kan in deze tijd van wegvallende sociale vangnetten niet meer. Zeker als het slachtoffer van een medische fout kostwinner is, staat hij met het instellen van een schadevergoedingsclaim gewoon voor zijn gezin". Dat is dan weer zijn verantwoordelijkheid", aldus de advocaat.