

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1654

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister van Medische Zorg over *de last van het lijden en het krijgen van je recht na een medische misser* (ingezonden 30 januari 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 22 februari 2019)

Vraag 1

Kent u de uitzending van Argos van 26 januari 2019 over een medische calamiteit waarbij een baby die bij geboorte een tangverlossing tijdens keizersnede onderging, een traumatische¹ dwarslaesie in de nek opliep?²

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Bent u van mening dat deze calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd gemeld had moeten worden? Waarom heeft het ziekenhuis in Purmerend dit niet gedaan?

Antwoord 2

De casus waarover in de uitzending van Argos werd gesproken heeft zich afgespeeld in 2005. Op grond van de destijds van kracht zijnde Kwaliteitswet zorginstellingen waren zorginstellingen ook in die tijd al verplicht calamiteiten te melden bij de Inspectie. De Kwaliteitswet verstaat onder een calamiteit «een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid». Het betrokken ziekenhuis heeft de casus destijds niet als calamiteit gemeld, althans de Inspectie heeft geen melding over de in de uitzending van Argos aangehaalde casus ontvangen.

Het bestuur van het Dijklanderziekenhuis (het fusieziekenhuis waar het Waterlandziekenhuis in is opgegaan) heeft mij laten weten dat rechtegens niet is vastgesteld dat de casus een traumatische dwarslaesie betrof als gevolg van de tangverlossing (zie uitspraken Rechtbank, Hof en Hoge Raad). Daarbij

¹ Een door de rechtbank benoemde kinderneuroloog heeft dit in samenspraak met een neuroradioloog vastgesteld.

² Een door de rechtbank benoemde kinderneuroloog heeft dit in samenspraak met een neuroradioloog vastgesteld.

wijst het ziekenhuis erop dat de dwarslaesie eerst bijna 4 weken na de geboorte in een ander ziekenhuis werd vastgesteld. Ten tijde van de overplaatsing was bij het ziekenhuis in Purmerend geen complicatie bekend. Op dat ogenblik kon volgens het ziekenhuis dus niet van een onverwachte gebeurtenis, die betrekking had op de kwaliteit van de zorg, worden gesproken.

Vraag 3

Is de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd bereid deze verschrikkelijke casus te onderzoeken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte van een kind is van groot belang. Het terugbrengen van perinatale sterfte en perinatale morbiditeit staat in ons land hoog op de politieke en maatschappelijke agenda. Niet alle slechte uitkomsten bij zwangerschap en geboorte zijn te vermijden, maar een deel kan wél worden voorkomen door effectievere preventie en betere zorg. Iedere calamiteit die rondom een zwangerschap of geboorte plaatsvindt is en blijft betreurenswaardig en heeft enorme impact op het leven van patiënten en hun familie.

Het doel van onderzoek van incidenten en calamiteiten is om ervan te leren en het risico op herhalen te minimaliseren – met als uiteindelijk doel om de best mogelijke veilige zorg te verlenen. De inspectie vindt het daarom van belang dat calamiteiten goed onderzocht worden.

Het betreft hier echter een bevalling die veertien jaar geleden heeft plaats gehad. Sindsdien zijn andere behandelmethoden gemeengoed geworden in de verloskunde en is de organisatie in de geboortezorg ingrijpend gewijzigd. De inspectie heeft aangegeven in dit geval om die redenen geen onderzoek te doen.

Vraag 4

Vindt u dat volledige transparantie in dit dossier van wezenlijk belang is en dat het rapport dat het ziekenhuis heeft laten maken door een neuroradioloog dat schijnbaar ongunstig was voor de processuele positie van het ziekenhuis openbaar moet worden gemaakt of minstens ter beschikking moet worden gesteld aan mevrouw T, de moeder van de baby met een dwarslaesie?³

Antwoord 4

In diverse procedures is rehtens beslist (zie uitspraken Hof en Hoge Raad⁴) dat de stukken die bestemd zijn voor interne gedachtenvorming en besluitvorming binnen het ziekenhuis, niet aan derden hoeven te worden verstrekt.

Vraag 5

Wat is uw oordeel over het feit dat de gerechtelijke procedures in de twee casussen uit de uitzending die zich afspeelden in 2005 respectievelijk 2007 zo extreem lang hebben geduurd?⁵ Wat is hiervan de reden? Vindt u dit een acceptabele gang van zaken?

Antwoord 5

Het is mij bekend dat gerechtelijke procedures over schadeafwikkeling bij medische fouten in het verleden soms onaanvaardbaar lang konden voortduren. Oorzaak was soms ook een terughoudende opstelling van instellingen, zorgverleners en schadeverzekeraars en belangenbehartigers om vlot mee te werken aan gerechtelijke procedures om de aansprakelijkheid na een medisch incident vast te stellen. Verder betrof het vaak ook erg complexe casuïstiek. Om de snelheid van het afwickelen van gerechtelijke procedures te vergroten heeft de Letselschade Raad in 2010 samen met betrokken partijen een Gedragscode Openheid medische incidenten (GOMA) opgesteld ter verbetering van de positie van patiënten.

³ Mededeling advocaat Beer.

⁴ <http://deeplink.rechtspraak.nl/uitspraak?id=ECLI:NL:HR:2018:365>

⁵ In de Purmerendse zaak vond de dagvaarding plaats in november 2010, in de Groningse kwestie (dagvaarding februari 2017) is veel tijd verstreken doordat het ziekenhuis voordien deskundigenprocedures en getuigenverhoren heeft aangevraagd en er ook andere procedures dan gerechtelijke procedures speelden (zoals Ombudsman).

Vraag 6

Bent u bereid persoonlijk in gesprek te gaan met betrokkenen bij beide casussen net zoals u heeft gedaan bij een slachtoffer van de implantatie van een siliconenborstprothese?

Antwoord 6

Uit het programma van Argos heb ik opgemaakt dat de ene casus in Straatsburg bij het Hof van Europa zou worden voorgelegd. Het Dijklanderziekenhuis heeft laten weten nog geen informatie ontvangen te hebben dat er een procedure bij het Europese Hof aanhangig is gemaakt. Dit is evenmin bekend bij de verzekeraar van het ziekenhuis. De andere casus zou enkele jaren geleden hebben geleid tot een schikking tussen partijen. Daarmee is dat dossier uiteindelijk gesloten. Gelet op die omstandigheden zal een persoonlijk gesprek met betrokkenen wat mij betreft niet tot andere uitkomsten kunnen leiden. Om die reden zal ik niet het gesprek aangaan.

Vraag 7

Vindt u niet dat er sprake is van een dubbele lijdensweg bij de betrokkenen? Enerzijds vanwege de ernstige gevolgen van medisch handelen en anderzijds vanwege de jaren- en jarenlange procedures door het handelen van de verzekeraars?

Antwoord 7

Ja, de combinatie van persoonlijk leed ten gevolge van een calamiteit en juridisch getouwtrek over de aansprakelijkheid voor die calamiteit kan inderdaad worden gezien als een dubbele lijdensweg. Om die reden heeft de Letselschade Raad samen met betrokken partijen, die dit leed ook onderkennen, de gedragscode opgesteld ter verbetering van de positie van patiënten. Zie mijn antwoord op vraag 5.

Vraag 8

Onderschrijft u de mening van advocaat Beer dat de lengte van deze procedures reden vormt om te kijken naar mogelijke alternatieven?

Antwoord 8

Ik acht deze twee casus uit 2005 en 2007 niet representatief meer voor de situatie op dit moment. Derhalve onderschrijf ik de mening van advocaat Beer op dit punt niet.

Vraag 9

Hoeveel calamiteiten of ernstige letselschade door medisch handelen, al dan niet verwijtbaar, zijn er jaarlijks in zorginstellingen en praktijken?

Antwoord 9

De Inspectie meldt in haar meest recente jaarbeeld (Jaarbeeld 2017⁶) dat zij 11.280 meldingen van incidenten heeft ontvangen, waarvan 2050 aangemerkt zijn als calamiteit zoals bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. In 2016 betroffen het 11.900 meldingen waarvan 2620 calamiteiten.

Vraag 10

Hoe verhoudt dit aantal zich tot het aantal claims dat wordt neergelegd bij Centramed en Medirisk?

Antwoord 10

Hoe meldingen en claims zich tot elkaar zouden verhouden valt in redelijkheid niet na te gaan. Meldingen bij de Inspectie zijn van geheel andere orde dan schadeclaims die worden neergelegd bij een schadeverzekeraar. Claims bij de schadeverzekeraars kunnen bijvoorbeeld ook ongevallen van medewerkers of bezoekers betreffen.

⁶ <https://www.igj.nl/documenten/jaarverslagen/2018/05/22/jaarbeeld-2017>

Vraag 11

Hoeveel claims worden er jaarlijks neergelegd bij Centramed en Medirisk? Hoeveel claims in absolute cijfers en procentueel worden gehonoreerd en hoe hoog is de schade die gemiddeld wordt uitgekeerd? Hoe lang duren de claimtrajecten gemiddeld?

Antwoord 11

Bij de beide grote schadeverzekeraars zijn volgens hun meest recente jaarverslagen – beide gaan over 2017 – in 2017 in totaal 1704 claims neergelegd. Medirisk – 841 claims (was 785 in 2016); Centramed – 863 claims (was 870 in 2016).

Medirisk meldt in zijn jaarverslag⁷ dat bij 43% van de 1144 in 2017 bij haar afgesloten claims (in 2016 waren het er 1197) de aansprakelijkheid is erkend of een minnelijke schikking is getroffen; in 7% van de gevallen is de claim door de patiënt ingetrokken; in de andere helft van de gevallen is de aansprakelijkheid afgewezen.

Medirisk⁸ meldt voorts dat de gemiddelde vergoeding per erkende of minnelijk geschikte claim in 2017 € 46.313,- heeft bedragen.

Centramed meldt in zijn jaarverslag dat met de 863 claims een totale schadelast van € 29,9 miljoen gemoeid is. (In 2016 – 870 claims met een totale schadelast van € 30,3 miljoen)

Hoe lang de claimprojecten gemiddeld duren is niet openbaar gemaakt.

Vraag 12

Vindt u niet dat het systeem van verzekeren tegen medische aansprakelijkheid waarbij er slechts twee verzekeraars zijn, Centramed en Medirisk die beide een onderlinge waarborgmaatschappij vormen en werken met en voor hun leden, zijnde ziekenhuizen en andere zorginstellingen met als doel om zoveel mogelijk verweer te voeren tegen schadevergoedingsaanspraken, onvoldoende goed werkt en te weinig kijkt naar de belangen van de patiënt en de familie?

Antwoord 12

Nee, door de mogelijkheden voor (buitenlandse) schadeverzekeraars om de Nederlandse markt te betreden is er geen sprake van dat het systeem onvoldoende goed zou werken. Er is ook een aantal zorgaanbieders dat van de mogelijkheid van buitenlandse verzekeraars gebruik maakt.

Vraag 13

Is hier niet sprake van marktfalen aangezien geen enkele andere verzekeraar zich op deze markt wil begeven?

Antwoord 13

Nee, door de mogelijkheden voor (buitenlandse) schadeverzekeraars om de Nederlandse markt te betreden is er ook geen sprake van een tekortschieten van de werking van vraag en aanbod.

Vraag 14

Wat vindt u van het gegeven dat de ziekenhuizen, via deze onderlinge verzekeringsconstructies of bij steeds hogere eigen risico's, steeds meer zelf de aansprakelijkheidsdiscussies met hun (voormalige) patiënten voeren? Is het mogelijk dat de voor een eerlijke beoordeling noodzakelijke afstand hierdoor in gevaar komt?

Antwoord 14

Dat ziekenhuizen steeds meer zelf het gesprek aangaan met de patiënt of zijn familie na een calamiteit beschouw ik als een goede ontwikkeling. Die ontwikkeling wordt ook bevorderd met de klachten- en geschillenregeling in het kader van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Mensen kunnen sinds 1 januari 2017 gratis terecht bij de klachtenfunctionaris van bijvoorbeeld het ziekenhuis. Uit de praktijk blijkt dat een goed gesprek tussen de patiënt en de zorgverlener over een calamiteit of incident het beste werkt. De klachten-

⁷ <https://www.medirisk.nl/-/media/medirisk/downloads/jaarverslag/jaarverslag-2017.ashx>

⁸ <https://www.centramed.nl/over-centramed/jaarverslagen>

functionaris kan zo'n gesprek snel op gang brengen. Lost een gesprek het probleem niet op, dan kan de patiënt ervoor kiezen een rechtszaak aan te spannen. Maar de wet biedt ook een laagdrempelig alternatief voor de patiënt of zijn familie: de onafhankelijke geschilleninstantie. Die doet een uitspraak waar beide partijen zich aan moeten houden. De geschilleninstantie kan ook een schadevergoeding toekennen tot € 25.000,-. Ook in de Gedragscode, zie mijn antwoord op vraag 5, wordt uitgegaan van een dergelijk stappenplan dat begint met de patiënt goed te informeren en te begeleiden en alle openheid te betrachten over het gebeuren dat heeft plaatsgevonden.

Vraag 15

Onderschrijft u dat de afwikkeling van medische aansprakelijkheidskwesties aan de zijde van de zorgverleners volledig met gemeenschapsgeld plaatsvindt? Zo ja, heeft deze constatering naar uw mening gevolgen voor de menselijke kwaliteit die bij die afwikkeling moet worden betracht?

Antwoord 15

Zorginstellingen zijn aansprakelijk voor de fouten die ze maken en dienen de daaruit voortvloeiende schade te vergoeden uit hun eigen middelen. Om zich te verzekeren tegen hoge schadeclaims sluiten zorginstellingen in het algemeen schadeverzekeringen af. Ook dat doen zij uit eigen middelen. Die middelen genereren zij door het verlenen van zorg waarvoor zij een vergoeding ontvangen, in het algemeen via de verzekering van de patiënt voor zijn ziektekosten of kosten voor langdurige zorg.

Vraag 16

Onderschrijft u dat burgers die slachtoffers zijn van vermeende medische fouten het voeren van dit soort procedures en discussies volledig uit eigen middelen moeten betalen? Zo ja, bent u bereid om te zoeken naar mogelijkheden hen daarbij in bepaalde gevallen tegemoet te komen?

Antwoord 16

Ik onderschrijf uw stellingname niet; de onafhankelijke rechter bepaalt immers of een burger die zich slachtoffer acht van een vermeende medische fout en daartegen procedeert, al dan niet wordt veroordeeld tot betaling van de kosten van het proces en eventuele buitengerechtelijke kosten.

Vraag 17

Vindt u niet dat er een onafhankelijke collectieve oplossing moet komen zoals bijvoorbeeld advocaat Beer bepleit waarbij hij denkt aan een Centraal Orgaan Afwikkeling Medische

Aansprakelijkheid dat wordt samengesteld uit onafhankelijke, maar deskundige juristen en medici? Bent u bereid een dergelijk idee verder te onderzoeken en uit te werken?⁹

Antwoord 17

Ik ben er geen voorstander van om de huidige laagdrempelige klachtenprocedure en onafhankelijke geschilleninstantie terzijde te schuiven voor een Centraal orgaan.

Uit de praktijk blijkt het belang van een snelle en goede dialoog tussen patiënt en zorgverlener over een calamiteit. De klachtenfunctionaris kan zo'n gesprek snel op gang brengen. Komen de instelling en de patiënt er samen niet uit, dan heeft de patiënt de keuze tussen een weg langs de burgerlijke rechter of de weg langs de onafhankelijke geschilleninstantie. De geschilleninstantie kan een schadevergoeding toekennen tot € 25.000,-. Ook is het mogelijk de route van het tuchtrecht te volgen of contact op te nemen met

⁹ Advocaat Beer, die tevens actief is in zijn Europese beroepsorganisatie, bepleit naar analogie van de systemen in Frankrijk en België een oplossing waarbij de belangrijke aansprakelijkheidsvraag in het publieke domein door een «Centraal Orgaan Afwikkeling Medische Aansprakelijkheid» wordt beoordeeld en dat zorgverleners en hun verzekeraars de uitkomst daarvan moeten aanvaarden en volledige schadevergoeding moeten betalen. In dat systeem bestaat tevens oog voor situaties waarin sprake is van «abnormaal schadelijke uitkomsten van medische zorg zonder dat aansprakelijkheid vast staat». In die laatste gevallen worden aan benadeelden uit een fonds beperktere tegemoetkomingen verstrekt die niet op het niveau van volledige schadevergoeding liggen.

het Landelijk Meldpunt Zorg. Daarmee acht ik een goede rechtsgang gewaarborgd.

Vraag 18

Wat vindt u van het idee om te komen tot een compensatiefonds voor slachtoffers en familie, een no-fault systeem, waarbij er sneller tot compensatie bij medische letselschade kan worden overgegaan?¹⁰

Antwoord 18

Ik ben er geen voorstander van om in Nederland een no-fault systeem te introduceren. Een compensatiefonds voor slachtoffers en familie voor geleden schade, ongeacht of er sprake is van aansprakelijkheid en verwijtbaarheid, staat op gespannen voet met de verantwoordelijkheden zoals die nu in de zorg bij partijen zijn belegd en met het aansprakelijkheidssysteem van het Burgerlijk Wetboek. In het Nederlandse recht moet er sprake zijn van verwijtbaarheid van de kant van de behandelaar of de zorginstelling.

Vraag 19

Bent u bereid deze mogelijke alternatieve oplossingen te onderzoeken?

Antwoord 19

Nee.

¹⁰ <https://www.sp.nl/nieuws/2012/08/leijten-lanceert-wetsvoorstel-compensatiefonds-medische-fouten>