

# Redactioneel

## | 1 | De nieuwe GOMA

John Roth

Met ingang van 1 maart a.s. geldt voor de hele letselschadesector de nieuwe *Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid* ('GOMA').<sup>1</sup> In deze nieuwe GOMA wordt een betere invulling gegeven aan het 'goed omgaan' met medische incidenten. Goed omgaan betekent: een adequate aanpak onmiddellijk na (het bekend worden van) het incident, ook in situaties waarin een incident leidt tot (al dan niet juridische) vervolgstappen, zoals het door de patiënt indienen van een klacht of een verzoek tot schadevergoeding.<sup>2</sup> De Letselschade Raad introduceerde deze nieuwe GOMA omdat zich sinds 2010, toen de eerste versie werd gelanceerd, ontwikkelingen hebben voorgedaan zoals:

1. Het beleid van zorgaanbieders en de aandacht voor "openheid in de zorg" is sterk toegenomen;<sup>3</sup>
2. Ontwikkelingen in de wetgeving, zoals de inwerkingtreding van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de wetgevingsontwikkelingen in de AVG, de Wgbo en de ontwikkelingen in de tuchtrechtspraak;
3. Ontwikkelingen in de verzekeringspraktijk, waar zorgaanbieders in samenspraak met hun aansprakelijkheidsverzekeraar, een steeds grotere eigen rol spelen bij het beoordelen en afhandelen van verzoeken om schadevergoeding.<sup>4</sup>

Voor een goed begrip schets ik kort de achtergrond van de nieuwe code, vanaf de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) in 2006. Deze code beschrijft voor alle partijen die betrokken zijn bij de afhandeling van letselschade welke morele waarden en verantwoordelijkheden

daarbij centraal staan. De daarop gebaseerde gedragsregels zijn voorzien van een toelichting en 'good practices'.<sup>5</sup>

De GBL heeft vooral betrekking op verkeersletsel. Omdat verzekeraars en belangenbehartigers van mening waren dat deze code onvoldoende was toegespitst op de medische aansprakelijkheid, werd in 2010 de GOMA gelanceerd.<sup>6</sup> Het doel was: openheid bij medische incidenten door zorgaanbieders (deel A) en verbetering van de afwikkeling van klachten en schadeclaims in geval van medische aansprakelijkheid (door aansprakelijkheidsverzekeraars en belangenbehartigers (deel B)).<sup>7</sup> Deze GOMA bevat(te) gedragsregels, zeer open normen, maar geen sancties.<sup>8</sup>

### Alternatieve afhandelingsroute

Met deel A koos de GOMA voor een ander 'beginpunt' dan de GBL. Bij een verkeersongeval is vaak redelijk snel duidelijk of er aansprakelijkheid is, al dan niet met een percentage eigen schuld voor het slachtoffer. Bij medische aansprakelijkheid ligt dat anders. Door medisch onderzoek en discussie over aansprakelijkheid en causaal verband kost het vaak veel meer tijd voordat duidelijk is of de zorgverlener aansprakelijk is en schade moet vergoeden. In de GOMA van 2010 werd er op gewezen dat er na een 'incident' adequaat gehandeld moet worden. Dat voorkomt misverstanden en escalatie tussen zorgaanbieder en patiënt en zorgt – als aansprakelijkheid komt vast

1 Zie GOMA 2022, [https://deletselschaderaad.nl/wp-content/uploads/GOMA-2022\\_digitaal.pdf](https://deletselschaderaad.nl/wp-content/uploads/GOMA-2022_digitaal.pdf).

2 GOMA 2022, pag. 5.

3 Zie [www.openindezorg.nl](http://www.openindezorg.nl)

4 Aldus het persbericht: <https://bit.ly/3K8zKkM>.

5 Zie Gedragscode Behandeling Letselschade 2012, p. 9, Letselschaderaad, zie: <https://deletselschaderaad.nl/downloads/GBL-20121.pdf>.

6 J. Legemaate, 'De GOMA: beter omgaan met incidenten en schadeclaims in de zorg', in: *Letselschade in een breed perspectief* (bundel LSA-symposium 2011), p. 40-41. Zie voor de achtergrond van de totstandkoming van de GOMA ook: Chr. H. van Dijk en J.P.M. Simons, 'GOMA: Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. Van theorie naar praktijk?', *TVP* 2010, nr. 3, p. 65-66.

7 Zie voor de evaluatie van dit deel A: B.S. Laarman, T. Coppenhagen, R. Bouwman en R.D. Friele, *Ervaringen met de GOMA; Ervaringen met deel A van de Gedragscode Openheid na medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (2010) Welke vragen spelen bij de implementatie van een open beleid in ziekenhuizen?*, Nivel Utrecht (2018).

8 L. Smeehuijzen, K. van Wees, A. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en L. Hulst, 'Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht', *NJB* 2013/1966.



te staan – voor een vlottere en voor de patiënt bevredigender behandeling van zijn klacht of claim.<sup>9</sup>

In deel B van de ‘oude’ GOMA werd ervanuit gegaan dat de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis de discussie voert over de aansprakelijkheid en de afwikkeling van de schade. De vraag is of dat wenselijk is. Uit onderzoek van de VU bleek namelijk dat het beter is dat zorgaanbieders schadeclaims zoveel mogelijk zelf afwickelen:

‘Het gevoel tegen een abstracte, gezichtsloze tegenstander te moeten vechten, zou bij afhandeling door het ziekenhuis kunnen afnemen. In termen van procedurele rechtvaardigheid heeft die benadering daarom sterke kaarten.’<sup>10</sup>

Mede door dit soort kritiek en onvrede kwam de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) tot stand, die de patiënt naast de civielrechtelijke route een alternatieve route geeft voor de afwikkeling van een klacht of claim. Sinds 1 januari 2017 moeten zorgaanbieders een klachtenfunctionaris hebben en aangesloten zijn bij een onafhankelijke, erkende externe geschilleninstantie. De klachtenfunctionaris adviseert en ondersteunt bij het afhandelen van klachten; de geschilleninstantie beoordeelt klachten in een soort ‘hoger beroep’ tegen de uitkomst van de interne klachtafhandeling, en kan schadevergoeding tot € 25.000 toekennen.<sup>11</sup>

### Excuses aanbieden

Op 7 februari jl. introduceerde De Letselschade Raad de nieuwe GOMA. Daarin is het scherpe onderscheid tussen deel A (openheid incidenten) en deel B (afwikkeling medische aansprakelijkheid) losgelaten. Er zijn nu veel vloeiender overgangen, op de onderwerpen ‘Signaleren, communiceren en onderzoeken’, ‘Herstellen en oplossen’ en ‘Afhandeling verzoeken tot financiële compensatie’.<sup>12</sup> Bovendien richt de GOMA 2022 zich niet alleen tot op de zorgaanbieders en zorgverleners die betrokken

zijn bij incidenten in de zorg, maar ook tot andere personen die betrokken zijn bij het proces dat daarop volgt, zoals schadebehandelaars en medewerkers van verzekeraars van medische aansprakelijkheid en zelfregelende ziekenhuizen.<sup>13</sup>

In dit redactioneel kunnen moeilijk alle aanbevelingen van de nieuwe GOMA worden behandeld. Maar aanbeveling 12 wil ik noemen: ‘In gevallen waarin er sprake is van een fout of tekortkoming in de verleende zorg betuigt de zorgverlener medeleven en biedt hij, waar nodig en gepast, excuses aan.’

Rolinka Wijne schreef al in 2014, bij de evaluatie van de eerste GOMA, dat de ondervraagde patiënten vooral behoefte hebben aan erkenning van hun positie en aan een empathische benadering gedurende het schadeafwikkelingstraject – zowel ten opzichte van de belangenbehartiger als van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar.<sup>14</sup> Toen was er nog geen aanbeveling die daarop zag, nu dus wel.

En in de toelichting op die aanbeveling wordt het heersende misverstand tegengesproken dat excuses geven geen erkenning van aansprakelijkheid impliceert: er zijn geen juridische belemmeringen om excuses te maken.<sup>15</sup>

### Pas als de discussie is vastgelopen?

Een niet-gewijzigde aanbeveling is om bij een blijvend verschil van inzicht op medisch gebied, zo mogelijk door partijen gezamenlijk, een deskundigenonderzoek aan te vragen.<sup>16</sup> Partijen delen dan samen de kosten: ieder dus 50 %.<sup>17</sup> In de toelichting blijkt dat een ‘blijvend verschil van inzicht’ niet al ontstaat bij een eerste gemotiveerde afwijzing van de aansprakelijkheid door een zorgaanbieder. Pas als de discussie is vastgelopen, is de kostenregeling van aanbeveling 23 aan de orde. Dat is jammer, want het is de vraag hoe zinvol het is om elkaar langdurig te bestoken met medische adviezen van eigen adviseurs. Dat verdiept het conflict en doet afbreuk aan de goede

9 J. Legemaate, ‘De GOMA. Beter omgaan met incidenten en schadeclaims in de zorg’, in: *Letselschade in een breed perspectief* (bundel LSAsymposium 2011), p. 41. Zie voorts het proefschrift van B.S. Laarman, *De rol van het recht als er iets misgaat in de gezondheidszorg. Over openheid in de praktijk, de manco’s van het medisch tuchtrecht en een betere afwikkeling van schade*, Boom Juridisch (2022).

10 L. Smeehuijzen, K. van Wees, A. Akkermans, J. Legemaate, S. van Buschbach en L. Hulst, ‘Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht’, *NJB* 2013, p. 2185. Zie hierover ook: B.S. Laarman en A.J. Akkermans, ‘De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz’, *TVP* 2017 nr. 3, p. 57-79.

11 Zie hierover D. Klemann, M.M. ten Hoopen en H.J.M.M. Mertens, ‘Medische aansprakelijkheid in Nederland. Tijd voor een no faultsysteem?’, *NJB* 2019/39; B.S. Laarman, ‘De informatieplicht van een zorgaanbieder bij de afwikkeling van medische schade’, *TVP* 2018, nr. 3, p. 89-100 en E. Pans, ‘De nieuwe geschillenbeslechting in de zorg: (heel veel) superrechters gevraagd’, *TVP* 2016, nr. 3, p. 64-70.

12 GOMA 2022, p. 10.

13 GOMA 2022, p. 8. Verder zijn enkele onderdelen uit de GBL overgenomen, zodat in het geval van schade door medisch handelen de belangrijkste normen en waarden in één code zijn terug te vinden. (p. 7).

14 Zie het onderzoek van Rolinka Wijne in opdracht van De Letselschade Raad: R. Wijne, ‘De GOMA. Van o naar beter’ (2014), p. 26.

15 Zie over dit onderwerp het proefschrift van L. Wijntjens, *Als ik nu sorry zeg, beken ik dan schuld? Over het aanbieden van excuses in de civiele procedure en de medische tuchtprocedure*, Boom Juridisch (2020).

16 Het betreft aanbeveling 23, was in GOMA 2010 aanbeveling 18.

17 In voorlopig deskundigenberichtprocedures is met deze aanbeveling in de hand wel geprobeerd om de helft van de kosten van het deskundigenbericht bij de zorgaanbieder neer te leggen. De rechter gaat daar echter niet zomaar in mee. Zie bijvoorbeeld Rechtbank Amsterdam 21 april 2021 ECLI:NL:RBAMS:2021:3889 en ook Hof Den Haag 11 juli 2017, [www.letselschademagazine.nl/2017/hof-den-haag-110717](http://www.letselschademagazine.nl/2017/hof-den-haag-110717).



omgangsvormen tussen zorgaanbieder en patiënt die in de GOMA worden gepropageerd. Bovendien is het tijdrovend en kostbaar.<sup>18</sup>

In plaats van dit tijd- en geldverslindende medische traject zou al vroeg in het claimproces een onafhankelijke, gezamenlijke (ook voor de patiënt optredende) medisch deskundige moeten worden aangesteld. Deze suggestie van Klemann, Ten Hoopen en Mertens onderschrijf ik van harte.<sup>19</sup> De verzekeraar van de zorgaanbieder kan de transactiekosten die daarmee worden bespaard, gebruiken om de kosten van die deskundige volledig voor haar rekening te nemen. Zodat direct gevolg wordt gegeven aan aanbeveling 1 van de GOMA:

‘Alle betrokken partijen stellen zich welwillend en voortvarend jegens elkaar op en blijven reflecteren op hun eigen houding hieromtrent.’

En, ten slotte, kunnen belangenbehartigers dan makkelijker voldoen aan aanbeveling 2 van de GOMA, waarin zij worden opgeroepen om hun cliënten te ondersteunen ‘bij een laagdrempelige, spoedige afhandeling van de claim’.

---

18 Niet voor niets wordt in de letselschadepraktijk gepleit voor de mogelijkheid van ‘1 medisch adviseur’. Zie: R.J. Andriessen, ‘Eén medisch adviseur, een utopie?’, *TVP* 2011, nr. 4, p. 118-121; De Letselschade Raad, *Aanbeveling werken met één medisch adviseur* (2018), zie: <https://bit.ly/3lySiAh>.

19 D. Klemann, M.M. ten Hoopen en H.J.M.M. Mertens, ‘Medische aansprakelijkheid in Nederland. Tijd voor een no faultsysteem?’, *NJB* 2019/39.