

Bachelorscriptie

Claimcultuur in het ziekenhuis: terechte angst?

*“Een onderzoek naar het bestaan en de invloed
van een claimcultuur binnen Nederlandse
ziekenhuizen”*

R.A. Meulenbeld

3276600

Leerkring Publiek Management

Departement Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO)

Universiteit Utrecht

Prof. dr. Mirko Noordegraaf

Aline Bos MSc



Universiteit Utrecht



Aangekomen bij de laatste loodjes van mijn scriptie vind ik het moeilijk een voorwoord te schrijven. Wat zeg je namelijk afsluitend na zo'n lange tijd? Een aantal dingen liggen voor de hand. Uiteraard is het vallen en opstaan geweest, heb ik veel geleerd, heb ik het onderzoeken soms stom gevonden en, gelukkig, vaker leuk, heb ik gebaald als deadlines er voor zorgden dat ik niet naar buiten kon en ben ik enorm blij met de leuke reacties die ik van mijn omgeving én mijn respondenten heb gehad.

Maar als ik na ga wat me zal bijblijven van dit laatste half jaar van mijn bacheloropleiding zijn dat eerder de dingen die niet voor de hand lagen. Zoals dat ik ontdekte dat ik, zelfs als het stom werd, onderzoeken zo leuk vind dat ik er best verder mee zou willen gaan na mijn master. Zoals dat je onderzoek, ondanks intensieve begeleiding vanuit de USBO en volledige inzet van jezelf, soms ook gewoon niet lukt en je 180 graden moet draaien. En dan soms zelfs nog een keer. En dat je onderzoek dan nog steeds best kan lukken, ook al is het niet helemaal wat je van plan was. En dat iedereen gelukkig tegen dezelfde problemen aanloopt. En dat respondenten benaderen eigenlijk helemaal niet eng is. En dat verassend veel medischs specialisten Oh oh Tirol kijken (ook al zeggen ze van niet).

Eigenlijk is er dus best veel te zeggen na zo'n tijd. Hoewel het erg vreemd is te realiseren dat ik eindelijk de laatste woorden aan het typen ben, ben ik ook wel heel erg tevreden. Niet alleen tevreden met het resultaat, mijn eerste scriptie die hier nu ligt, maar vooral met het feit dat ik het eigenlijk nog steeds niet zat ben en dat het zo leuk is geweest. Zo cliché als dat ook klinkt ligt dat echt niet alleen bij mij. Daar hebben een aantal mensen erg veel aan bijgedragen en die wil ik hier graag even noemen om hen te kunnen bedanken. Allereerst is dat Aline, die dankzij haar kordaatheid, opgewektheid en no-nonsense feedback ervoor heeft gezorgd dat er altijd licht aan het einde van de scriptietunnel bleef en zonder wie deze scriptie er niet had gelegen. Vervolgens zijn dat mijn focus- en leerkringgenootjes die er waren voor vragen, om te sparren of gewoon om scriptieleed mee te delen. Daarnaast zijn dat voor een groot deel de respondenten die bereid waren met mij in gesprek te gaan over mijn onderzoek. Zonder deze interessante en vaak enthousiaste gesprekken was dit resultaat niet mogelijk geweest. En ten slotte de minstens zo belangrijke 'tussenpersonen', die ik vaak alleen maar via de telefoon gesproken heb, maar die bereid waren mij in contact te brengen met mijn respondenten en meedachten over wie ik nog meer kon benaderen. Omdat dit, zeker in het begin van mijn onderzoek, nog niet altijd makkelijk is gebleken wil ik hen in het bijzonder bedanken.

Rosanne Meulenbeld
Utrecht, mei 2011

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 – Inleiding	5
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Relevantie.....	7
1.3 Doelstelling.....	8
1.4 Vraagstelling.....	8
1.5 Leeswijzer.....	9
Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Claimcultuur	10
2.2.1 Inleiding	10
2.2.2 Literatuurstudie: Amerika.....	11
2.2.3 Discussiestuk: claimcultuur in Nederland?.....	12
2.3 Professionals.....	15
2.3.1 Inleiding.....	15
2.3.2 Medisch specialisten als professionals.....	16
2.3.3 Uitdagingen voor professionals.....	17
2.4 Beantwoording theoretische deelvragen.....	19
2.4.1 Deelvraag 1 “Hoe wordt in de literatuur het begrip ‘claimcultuur’ uitgelegd?”.....	19
2.4.2 Deelvraag 2 “Welke indicatoren voor een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen kunnen afgeleid worden van de situatie in Amerika?”	19
2.4.3 Deelvraag 3 “In hoeverre is er in Nederland al sprake van een claimcultuur?”.....	20
2.4.4 Deelvraag 4 “Voor welke uitdagingen komen medisch professionals in de zorg te staan?”	21
2.4.5 Deelvraag 5 “Welke gevolgen kan een claimcultuur hebben voor medisch professionals in de zorg?”	21
Hoofdstuk 3 – Methode en technieken	24
3.1 Inleiding.....	24
3.2 Focus van het onderzoek.....	24
3.3 Methode.....	24
3.3.1 Exploratief onderzoek.....	24
3.3.2 Kwalitatief onderzoek.....	25
3.3.3 Interviews.....	25
3.3.4 Topicselectie.....	26
3.4 Respondenten.....	28
3.4.1 Respondentenselectie.....	28
3.4.2 Verantwoording respondenten	28
3.5 Wetenschapsfilosofisch perspectief.....	29

Hoofdstuk 4 – Bevindingen	31
4.1 Inleiding.....	31
4.2 Topic 1 “Wat is een claimcultuur?”	31
4.3 Topic 2 “Bestaat er een claimcultuur?”	31
4.4 Topic 3 “Informed consent”	32
4.5 Topic 4 “Defensive medicine”	32
4.6 Topic 5 “Ambulance chasing”	33
4.7 Topic 6 “Situatie in Amerika”	33
4.8 Topic 7 “Situatie in het buitenland (niet Amerika)”	34
4.9 Topic 8 “Cultuurverandering”	34
4.10 Topic 9 “Communicatie”	34
4.11 Topic 10 “Angst voor claimcultuur”	35
4.12 Topic 11 “Invloed claimcultuur op werk”	35
4.13 Topic 12 “Politieke situatie (wetsvoorstel Affectieschade)”	36
4.14 Topic 13 “Claimcultuur in de media”	36
4.15 Topic 14 “GOMA Gedragscode”	36
4.16 Topic 15 “Kwetsbare specialismen”	37
Hoofdstuk 5 – Analyse: beantwoording empirische deelvragen.....	38
5.1 Inleiding.....	38
5.2 Beantwoording deelvraag 1 “In hoeverre is er sprake van het bestaan van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen?”	38
5.3 Beantwoording deelvraag 2 “Hoe ervaren medisch specialisten het bestaan van een claimcultuur?.....	39
5.4 Beantwoord deelvraag 3 “Welke gevolgen ondervinden medisch specialisten hieraan in het uitoefenen van hun werk?”	40
Hoofdstuk 6 – Conclusie.....	42
Hoofdstuk 7 – Discussie	45
Literatuur en bronnen.....	46
Bijlagen.....	48
Bijlage I – Tabel 4 “From ‘pure’ to ‘hybrid’ professionalism” Noordegraaf (2007).....	48
Bijlage II – Overzicht Interviewvragen.....	49
Bijlage III – Overzicht respondenten.....	50

Hoofdstuk 1 - Inleiding

1.1 Aanleiding

In Nederlandse kranten en media wordt met regelmaat gerapporteerd over ‘medische missers’. Ook worden we door onze media op de hoogte gehouden van de beste ziekenhuizen en de slechtste chirurgen in ons land. Door alle aandacht voor deze onderwerpen in het publieke debat komen ze ook op de politieke agenda en worden er wetswijzigingen ingediend. Men is bang voor ‘Amerikaanse toestanden’ op het gebied van de zorg. Verhoogde aansprakelijkheid. Exorbitante claimbedragen. Ontwrichte samenleving. Maar in hoeverre kan er in Nederland nu echt worden gesproken van een claimcultuur?

Juli 1992. De Hoge Raad der Nederlanden kent een schadevergoeding van (omgerekend) 136.000 euro toe aan een patiënt. De man kreeg in 1991 in het Academisch Medisch Centrum (Amsterdam) met HIV besmet bloed toegediend door de fout van een arts. “De AIDS test die volgde bleek positief voor het virus en de man vorderde met succes smartengeld van het ziekenhuis.¹” Dit was op dat moment het hoogste bedrag dat wegens een medische beroepsfout werd toegewezen. (Stolker en Levine, 1996; NRC handelsblad, 2008).

Maart 2005. De Hoge Raad kent voor het eerst de eis ‘wrongful life’ toe in de zaak van de gehandicapte baby Kelly, ook wel het Baby-Kelly-arrest genoemd². Het gaat hier om “een namens het kind ingestelde vordering tot vergoeding van materiële en immateriële schade die het lijdt en zal lijden, omdat het als gevolg van een fout van een arts zeer ernstig gehandicapt geboren is en omdat het zonder fout nooit bestaan zou hebben” (Kottenhagen 2009:4). Deze zaak betrof een diagnosefout: was er in een eerder stadium van de zwangerschap de handicap van de baby geconstateerd, dan was er overgegaan tot abortus. De schadeclaim leidt er toe dat zowel baby Kelly als haar ouders succesvol smartengeld toegekend krijgen. “Zij verwijt de verloskundige [...] in de kern dat zij bestaat en claimt daarom smartengeld” (Hartlief 2005:3). Dit was tot dan toe ongekend.

“In Nederland is er sprake van een opkomst van de claimcultuur” (Hoekma, 1999; Stolker, 2001; Hartlief, 2005; Kottenhagen, 2009). Volgens deze auteurs worden personen en instanties in het publieke domein door burgers voor onder andere fouten, (het vermoeden van) fysiek en psychisch letsel in toenemende mate aansprakelijk gesteld, waarna er een schadevergoeding op deze personen, maar voornamelijk op de instanties waar zij werkzaam zijn, wordt verhaald via de rechter. Nu is het verzamelen van een aantal voorbeelden nog geen bewijs voor het bestaan van een claimcultuur. Maar “kenmerkend is eerder dat bij mensen het besef groeit dat geschillen langs juridische weg en met inschakeling van juristen op een aantrekkelijke manier worden beslecht, in plaats van het geschil te laten voor wat het is of te zoeken naar andere, niet-juridische oplossingen.” (Stolker, 2001). Dit is ook terug te zien in de opkomst van websites zoals www.rechtspraak.nl en www.rechtvoorjou.nl waar op simpele wijze het rechtssysteem wordt uitgelegd, spraakmakende rechtszaken aan bod komen en de methode om ‘naar de rechter’ te gaan wordt toegelicht en transparant wordt gemaakt.

Ook de politiek maakt zich zorgen over de ontwikkelingen richting een claimcultuur. De kabinetten Kok en Balkenende maakten zich zorgen over de consequenties van claimgedrag van burgers onderling en tegen openbare instanties. In het extreemste geval zou er sprake zijn van het wegvallen van onderlinge cohesie (Hartlief, 2005). Ontwikkelingen in Amerika, het geboorteland van de claimcultuur, worden op de voet gevolgd. Hier zijn *ambulance chasing* en *defensive medicine* inmiddels maatschappelijk aanvaard, en is er steeds meer sprake van een ‘no cure no pay’ principe, waarbij de hulpverlener slechts wordt betaald wanneer de verzorgde hulp succesvol is geweest. Ook is het stelsel van ‘punitive damages’ daar al enige tijd aanvaard, wat burgers de kans biedt voor hoge

¹ HR 8 juli 1992, NJ 1992:714

² HR 18 maart 2005, NJ 2006:606

bedragen aan schadevergoeding te claimen. Ook voor immateriële en emotionele schade. De Nederlandse overheid is een sterke tegenstander van deze ontwikkelingen in ons land en ziet hierin de beginselen van een claimcultuur (persbericht 02-04-2005 'Kabinet geen voorstander van no cure no pay').

Natuurlijk zijn lang niet alle claims van het type 'Baby Kelly'. Sterker nog, in de zorg voorziet de *Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomsten* (WGBO) in de rechtelijke positie van de patiënt als slachtoffer en eiser. Hierin staat opgenomen dat een arts zijn aansprakelijkheid niet kan uitsluiten of beperken en dat een arts de geïnformeerde toestemming van een patiënt nodig heeft alvorens hij tot een ingreep mag overgaan. Maar met een opmars van de hierboven genoemde voorbeeldclaims en trends wordt de professionele ruimte van artsen steeds kleiner.

Noordegraaf en Guijen beschrijven in hun artikel '*Maatschappelijke opdrachten en publiek management*' (2011) de paradox waarbinnen veel professionals, waaronder artsen, zich bevinden: "New Public Management en netwerkmanagement zijn onvermijdelijk geworden omdat burgers en partnerorganisaties effectief en efficiënt werk eisen met volledige transparantie over op welke wijze de doelstellingen zijn behaald met zo min mogelijke input, [...] en voldaan aan eisen van legitimiteit" terwijl er tegelijkertijd sprake van is dat "New Public Management en netwerkmanagement welhaast onmogelijk zijn geworden omdat de eisen van effectiviteit, efficiëntie en legitimiteit niet alleen zeer hoog zijn (en steeds hoger worden), maar ook omdat de invulling van deze eisen vanuit verschillende partijen vaak tegenstrijdig is en verschuift." Het probleem voor artsen is dus dat het transparant en foutloos maken van hun werk noodzakelijk wordt, terwijl deze doelstellingen tegelijkertijd een belemmering voor hun werk zijn. Het belang van de transparantie van het werk van artsen zit in de aard van hun werk. Medische zorg is een essentieel onderdeel van onze samenleving, en zelfs van levensbelang. Verantwoording en transparantie zijn ook noodzakelijk omdat de zorg een publiek domein is, waarvoor financiering meer of minder direct vanuit premie- of belastinggeld komt (Trappenburg 2011). De opkomst van een claimcultuur zou bovendien nog meer druk zetten op het foutloos werken en het verantwoorden van het werk van artsen. Dit terwijl het inherent is aan de medische sector dat er risico's worden genomen en dat fouten mogelijk zijn. In de eerste plaats omdat '*we're only human*'; artsen zijn mensen die (zeker onder druk) fouten kunnen maken. Ten tweede omdat iedere patiënt uniek is, en het medische gebied nog niet geheel ontgonnen is.

Het spanningsveld tussen risicoloos werk en het werk van artsen op zichzelf wordt nog problematischer in academische ziekenhuizen. Het opleiden van studenten tot arts is essentieel, maar waar het uitoefenen van hun beroep voor artsen al nooit risicoloos genoemd mag worden, is dit bij artsen in opleiding al helemaal niet het geval. Een kleine kanttekening, studenten in opleiding tot arts worden natuurlijk begeleid, en de risico's waar we hier over praten hoeven geenszins levensbedreigend te zijn. Maar ze zijn wel inherent aan academische ziekenhuizen, waar studenten uiteindelijk toch ook zelf zullen moeten leren.

Dus "de publieke sfeer zit klem" (Noordegraaf, Geuijen en Meijer 2011). Verantwoordingseisen, transparantie en prestatiegericht werken zetten het werk van medische professionals onder druk. In het publieke domein zou een opkomende claimcultuur deze kenmerken kunnen bevatten. Een claimcultuur stelt eisen aan professionals die op gespannen voet staan met het uitoefenen van hun werk, zoals de vraag om volkomen risicoloos werk, volledige verantwoording en transparantie over het volledige handelen van artsen. Het daadwerkelijke bestaan van een claimcultuur zou dan ook vervelende gevolgen kunnen hebben voor het werk van artsen en onvoldoende ruimte kunnen laten voor het kwalitatief goed uitvoeren en verbeteren van hun werk. In dit rapport wordt om die reden onderzocht of er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen, en welke effecten medisch specialisten, professionals in de zorg, hier concreet aan ondervinden.

1.2 Relevantie

Wetenschappelijk

Zoals aangegeven is het doel van dit onderzoek te achterhalen of er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen en hoe dit het werk van medisch specialisten beïnvloedt. Met name het eerste onderdeel van de vraag moet worden onderzocht, omdat er in Nederland geen duidelijk onderzoek naar het bestaan van een claimcultuur is gedaan. Meningen van onder andere academici zijn verdeeld. Zo waarschuwen de auteurs Hartlief en Faure voor het bestaan van een claimcultuur in het artikel "Leven in een claimcultuur: wie is er bang voor Amerikaanse toestanden" (2005), een mening waarbij onder andere de auteurs Hoekma (1999) en Stolker (2001) zich aansluiten. Ook zij zijn van mening dat er in de Nederlandse samenleving sprake is van een claimcultuur, of dat er op zijn minst kenmerken die de opkomst hiervan aantonen te onderscheiden vallen. Anderen zijn het hier stellig mee oneens. Academici als Legemaate en Akkermans geven juist aan het absoluut onjuist te vinden om van een claimcultuur in Nederland te spreken. Daarnaast zijn er, naast artikelen van bovengenoemde auteurs, simpelweg weinig gegeven over het bestaan van een claimcultuur in Nederland of in Nederlandse ziekenhuizen te vinden. In Amerika, Engeland en Australië is onderzoek hiernaar al verder gevorderd: de auteur Kritzer beschrijft in zijn artikel "Propensity to sue in England and the United States of America: blaming and claiming in tort cases" (1999) waarom deze landen kwetsbaar zijn voor claims, hoe de trend van de claimcultuur zich ontwikkelt en van welke percentages er sprake is. De auteurs Lewis, Morris and Oliphant doen dit nogmaals specifiek voor Engeland in hun artikel "Tort personal injury claim statistics: is there a compensation culture in the United Kingdom?" (2006), waarin ze ten slotte een ontkennend antwoord geven op hun eigen vraag. In het artikel "Effects of the medical liability system in Australia, the UK and the USA" (2006) van Kessler, Summerton and Graham worden de effecten van het gezondheidsstelsel in deze landen op kwetsbaarheid voor claims onderzocht en vergeleken. In Nederland bestaan deze onderzoeken nog niet. De enige factoren die in Nederland zijn opgesteld om een indicatie van het bestaan van een claimcultuur te kunnen geven komen uit de kabinetsnota 'Ruimte en veiligheid' (2003). Deze indicatoren hebben echter betrekking op de samenleving als geheel en zijn niet specifiek op de gezondheidszorg van toepassing. Ook geeft het enkel weergeven van de indicatoren nog niet aan in hoeverre hier dan sprake van is in Nederland.

In Amerika, het zogenoemde geboorteland van de claimcultuur, zijn al wel indicatoren voor het bestaan ervan te herkennen. Het zal dan ook interessant zijn naar aanleiding van deze indicatoren met relevante respondenten te spreken over hun ervaring hiermee, en in hoeverre zij op basis van die indicatoren kunnen spreken van een claimcultuur in de Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast kan met de medisch specialisten in het bijzonder gesproken worden over de invloed die dit op hun werk heeft. Met dit onderzoek kan dus worden voldaan aan de niet eerder zo specifiek gestelde vraag of men het bestaan van een claimcultuur in Nederlandse ziekenhuizen herkent en vervolgens ook aan de vraag of dit het werk van medisch specialisten beïnvloedt.

Maatschappelijk

Naast een wetenschappelijke relevantie heeft dit onderzoek ook een belangrijke maatschappelijke relevantie. Het debat over het bestaan van een claimcultuur is nog erg levendig, en de meningen in de maatschappij zijn, zoals later verder zal worden beschreven, verdeeld. Dit blijkt niet alleen uit de regelmatige berichtgeving uit de media, maar ook uit de discussies die over het onderwerp in de politiek worden gehouden. Maart 2010 nog heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Affectieschade (wetsvoorstel 28.781) verworpen uit angst voor een claimcultuur. In opdracht van de Eerste Kamer is er een onderzoek uitgevoerd naar de behoefte aan het wetsvoorstel Affectieschade, waaruit bleek dat veel mensen de meerwaarde van deze wet inzagen. Evengoed is het voorstel afgewezen, maar op de vraag of hier dan eigenlijk wel sprake van is kan, zoals beschreven, nog geen eenduidig antwoord worden gegeven. Hopelijk kan dit onderzoek daar, op het gebied van de gezondheidszorg, enige duidelijkheid over geven.

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel te onderzoeken of er in Nederlandse ziekenhuizen kan worden gesproken over een claimcultuur en welke invloed het al dan niet bestaan hiervan heeft op het werk van medisch specialisten, professionals in de zorg.

Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven zal eerst een onderbouwing van het onderwerp vanuit de literatuur gegeven worden. Op basis van academische literatuur, relevante artikelen en een vergelijkend onderzoek naar Amerika zal onder andere antwoord worden gegeven op de vraag wat een claimcultuur eigenlijk is, welke indicatoren hiervoor bestaan en in hoeverre de claimcultuur zich op dit moment in Nederland heeft gemanifesteerd. Vervolgens zal dieper in worden gegaan op de vraag wie eigenlijk professionals zijn, en waarom medisch specialisten professionals in de zorg bij uitstek zijn. Ten slotte wordt onderzocht voor welke uitdagingen hedendaagse professionals gesteld worden, en in welke mate een claimcultuur hun werk beïnvloedt.

Op basis van dit geschetste theoretisch kader zijn interviews gehouden met relevante respondenten. Aan de hand van deze gesprekken zijn de aan de hand van de theorie opgestelde verwachtingen getoetst aan de empirie. Op basis hiervan is in de conclusie een definitief antwoord gegeven op de vraag of er sprake is van een claimcultuur in Nederland.

1.4 Vraagstelling

Om tot het doel van dit onderzoek te komen staat de volgende vraag centraal:

In hoeverre is er binnen Nederlandse ziekenhuizen sprake van een claimcultuur en hoe beïnvloedt het al dan niet bestaan hiervan het werk van medisch specialisten?

Om een adequaat en volledig antwoord te geven op de vraag zijn er een aantal deelvragen opgesteld. Door deze deelvragen te hanteren kan het antwoord op de hoofdvraag door verschillende stukken onderbouwd worden. Vanwege het beschreven verschil in literatuuronderzoek en empirisch onderzoek zullen de deelvragen ook respectievelijk worden ingedeeld.

Theoretische deelvragen:

1. *Hoe wordt in de literatuur het begrip 'claimcultuur' uitgelegd?*
2. *Welke indicatoren voor een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen kunnen afgeleid worden van de situatie in Amerika?*
3. *In hoeverre is er in Nederland al sprake van een claimcultuur?*
4. *Voor welke uitdagingen komen medisch professionals in de zorg te staan?*
5. *Welke gevolgen kan een claimcultuur hebben voor professionals in de zorg?*

De eerste deelvraag, die toelicht wat het begrip claimcultuur in de literatuur inhoudt, legt de basis voor het uitvoeren van verder onderzoek. De tweede deelvraag gaat in op de situatie in Amerika, waar al langer sprake is van een claimcultuur. Van de Amerikaans situatie kunnen indicatoren voor het bestaan van een claimcultuur afgeleid worden. Vervolgens bespreekt de derde deelvraag in hoeverre er al sprake is van een vergelijkbare claimcultuur in Nederland. Daarna geeft deelvraag vier een antwoord op de vraag voor welke uitdagingen medisch specialisten, professionals in de zorg, komen te staan en ten slotte wordt in deelvraag vijf een verband gelegd tussen het werk van medisch specialisten en de invloed van de claimcultuur.

Empirische deelvragen:

1. *In hoeverre is er sprake van het bestaan van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen?*
2. *Hoe ervaren medisch specialisten het bestaan van een claimcultuur?*
3. *Welke gevolgen ondervinden medisch specialisten hieraan in het uitoefenen van hun werk?*

De empirische deelvragen passen de theoretische basis die in eerder genoemde deelvragen is gelegd toe op de empirie. De eerste deelvraag geeft antwoord op de vraag in hoeverre men kan spreken van de aanwezigheid van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. Vervolgens beantwoordt de tweede deelvraag de vraag hoe medisch specialisten specifiek dit ervaren. Ten slotte gaat deelvraag drie in op de vraag of en hoe dit hun werk beïnvloedt.

1.5 Leeswijzer

Na in dit hoofdstuk het onderzoek te hebben ingeleid zal in **hoofdstuk twee** het theoretisch kader geschetst worden. Na een korte inleiding bestaat dit hoofdstuk uit een uiteenzetting van het begrip claimcultuur, vervolgens een uiteenzetting van het begrip (medisch) professional en ten slotte de beantwoording van de opgestelde theoretische deelvragen. Met betrekking tot het begrip claimcultuur zal een literatuurstudie naar het fenomeen in Amerika meer duidelijkheid hierover geven, waarna in een discussiestuk het al dan niet bestaan van zo'n claimcultuur in Nederland besproken wordt. Het antwoord op de theoretische deelvragen legt de basis voor het methodisch opzetten van het verdere onderzoek.

In **hoofdstuk drie** wordt, deels op basis van het theoretische onderzoek, de methode voor onderzoek uiteen gezet. Er wordt besproken waarom de keuze voor kwalitatief onderzoek is gemaakt en hoe, op basis van de opgestelde topics, de interviews tot stand zijn gekomen. Daarnaast wordt er dieper ingegaan op de selectie van de respondenten en een overzicht hiervan, dat in tabel 2 nogmaals wordt gegeven. Ten slotte wordt in de verklaring van het gehanteerde wetenschapsfilosofische perspectief beschreven waarom dit onderzoek zich kenmerkt als een interpretatief onderzoek.

Aan de hand van de in hoofdstuk drie opgestelde aanpak worden vervolgens in **hoofdstuk vier** de in de empirie opgedane bevindingen besproken. Per topic wordt een overzicht gegeven van wat de respondenten met betrekking tot dit onderwerp hebben gezegd. Op deze manier wordt in beeld gebracht wat de relevante resultaten zijn die kunnen worden gebruikt in de volgende stap van het onderzoek, de analyse.

Hoofdstuk vijf focust zich op de analyse van de verkregen informatie. Met behulp van de aan de hand van topics gesorteerde informatie zal een adequaat antwoord op de opgestelde empirische deelvragen worden gegeven. Allereerst wordt, vanuit alle respondenten, de vraag beantwoord of men vindt dat er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. Vervolgens wordt er specifiek gekeken naar hoe medisch specialisten dit ervaren, waarna ook gevraagd wordt wat de invloed hiervan is op hun werk.

Een antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek zal worden gegeven in de conclusie, waar de empirie gekoppeld wordt aan de literatuur en op basis waarvan concrete uitspraken gedaan kunnen worden. **Hoofdstuk zes** behelst dus de conclusie, maar ook de discussie. Hierin wordt een reflectie op de gevonden uitkomsten van het onderzoek gegeven en komen voorstellen voor vervolgonderzoek aan bod.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de centrale begrippen en thema's die in dit onderzoek gehanteerd worden. Op basis van academische literatuur, relevante artikelen, nieuwsberichten, medische rapporten en wetsvoorstellen wordt een eerste theoretisch beeld gegeven van dit onderzoek.

In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt het centrale begrip 'claimcultuur' toegelicht. Het fenomeen claimcultuur is relatief nieuw in Nederland, waardoor er niet een eenduidige definitie van het onderwerp te geven valt. In de inleiding van dit stuk zal dan ook betekenis aan het woord gegeven worden. Vervolgens wordt er door middel van een literatuurstudie naar het fenomeen in Amerika verder toegelicht wat het begrip inhoudt en hoe het vorm krijgt in de gezondheidszorg. Ten slotte zal er in een discussiestuk besproken worden in hoeverre er al sprake is van een claimcultuur in de Nederlandse samenleving.

Het tweede deel van dit hoofdstuk gaat in op het tweede centrale onderdeel van dit onderdeel, namelijk de professionals uit de zorg, medisch specialisten. Allereerst wordt op basis van literatuur een beeld gegeven van wie een professional nou eigenlijk is. Vervolgens wordt gekeken naar het ideaaltype professional: de medisch specialist. Ten slotte wordt besproken voor welke uitdagingen professionals in onze huidige samenleving komen te staan.

Aan het einde van dit hoofdstuk zal in de vierde paragraaf een antwoord worden gegeven op de vooraf opgestelde theoretische deelvragen. Hiermee wordt de basis gelegd voor het doen van het empirische onderzoek dat ten slotte een antwoord op de hoofdvraag zal geven.

2.2 Claimcultuur

In dit deel van het theoretisch kader zal door middel van literatuurstudie het centrale begrip 'claimcultuur' toegelicht worden. Na een korte inleiding op het onderwerp zal een literatuurstudie naar het begrip in Amerika, waar de claimcultuur zich al verder gemanifesteerd heeft, meer duidelijkheid geven over de kenmerken ervan, om zich uiteindelijk te focussen op het bestaan er van in de gezondheidszorg. Ten slotte zal in een discussiestuk de aanwezigheid van een claimcultuur in Nederland besproken worden.

2.2.1 Inleiding

De term 'claimcultuur' is naar Nederland over komen waaien van westelijke kant, uit Engeland en met name Amerika (Hoekma 1999; Stolker 2001; Hartlief 2005). Deze landen kennen al langer de trend waarin organisaties, publiek of privaat, aangeklaagd worden voor ongewenste gevolgen die klanten aan hun diensten of producten ondervinden. Mensen die geen financiële vergoeding krijgen van de overheid zijn steeds vaker geneigd die dan via de rechter bij hun werkgever of een instantie te verhalen. Er is hier tegenwoordig ook veel meer steun voor te krijgen, vanuit de hoek van websites zoals www.rechtspraak.nl, vakbewegingen, letselschade advocaten of belangenorganisaties als ArboClaim of LetselCash (van der Beek 2007). Een verklaring voor het bestaan van een (opkomende) claimcultuur wordt door andere auteurs toegeschreven door een toename van de mondigheid van burgers en de invloed van advocaten, evenals de toename van aansprakelijkheidskwesties (Brands 2002; Hartlief en Faure 1999). "Een niet erg bemoedigend gegeven in dezen is, dat er geen tekenen zijn die er op wijzen dat de claimcultuur van patiënten op zijn hoogtepunt is. In tegendeel, zowel in het aantal als in uitgekeerde bedragen zit een stijgende lijn" (Schipholt 2001, in Brands 2002). Een consequentie van deze ontwikkeling is volgens de auteurs de groei van wantrouwen en risico-ontwijkend gedrag in de samenleving, met extreme doorschieters waarbij we niets meer zouden mogen omdat het mogelijk risico's behelst. Dit zou in een aantal beroepsgroepen zeker enorm

problematisch kunnen worden, waaronder beroepen waar het vakterrein nog in ontwikkeling is en daarom proeven en experimenten worden gedaan (zoals bijvoorbeeld de zorg of de farmacie). Ook kunnen de claimcultuur en grote (schade)claims een hype in de media worden, waardoor er meer en meer druk wordt gezet op de mensen die er mee in verband worden gebracht. Er zitten mogelijk ook goede kanten aan, zo zou de claimcultuur werkgevers kunnen stimuleren om meer aan de preventie van werkgerelateerde klachten te doen. Sceptici over het bestaan van een claimcultuur in Nederland zijn er echter ook. Deze zijn van mening dat een opkomst van de claimcultuur in Nederland een illusie is, populistisch taalgebruik waarmee paniek wordt gezaaid (Akkermans 2008).

2.2.2 Literatuurstudie: Amerika

Om te verduidelijken waar dit onderzoek over gaat, en te illustreren hoe de claimcultuur zich in de praktijk kan manifesteren zal in dit stuk Amerika als voorbeeld worden genomen om aan te tonen welke effecten een claimcultuur kan hebben.

Amerika staat ook wel bekend als de grondlegger van het begrip claimcultuur. Nergens lopen de kosten voor het indienen van claims en de gevolgen die hieruit voortkomen zo hoog op als hier. Een voorbeeld: sinds 2000 zijn alleen al in de medische sector de verzekeringspremies met 30% per jaar of meer omhoog gegaan (Kessler et al. 2006). Klassiek als voorbeeld zijn de gele bordjes met 'caution, wet floor' die in elke McDonalds op de grond staan. De plekken waar de bordjes staan zijn meestal gewoon droog, maar ze worden preventief geplaatst om, mocht een klant vallen, rechtszaken en claims te voorkomen. Ook de tabaksindustrie, waar succesvolle rechtszaken vanwege het veroorzaken van kanker tegen gevoerd zijn, is een voorbeeld. Zelfs de spookverhalen over mensen die (succesvol) vergoedingen hebben geclaimd vanwege de producten of objecten die zij gewassen hebben, of in de magnetron hebben en die kapot zijn gegaan 'omdat het niet op het label stond' komen uit Amerika vandaan. Voorbeelden te over. Het grootste gedeelte van de eigenlijke claims is vaak niet eens voor het publiek zichtbaar, omdat er in een groot deel van de gevallen een 'settling out of court' plaatsvindt, waarbij de betrokken partijen een financiële overeenkomst treffen zodat er geen rechtszaak voorkomt (Kritzer 1999).

De claimcultuur in Amerika brengt ook enkele extremen voort. Zo doen de begrippen 'ambulance chasing' en 'defensive medicine' meer en meer hun intrede. Ambulance chasing is een negatieve term voor een persoon, vaak een advocaat, die in een geval van trauma ter plaatse of in het ziekenhuis op zoek gaat naar (nalatigheids)zaken, en aanbiedt deze naar de rechter te brengen in ruil voor een percentage van de opbrengst (Hartlief, 2005). Defensive medicine zijn (medische) maatregelen die genomen worden met het belang van de arts, het ziekenhuis of de praktijk vóór het belang van de patiënt. De maatregelen of, afhankelijk van de situatie, medicijnen vormen een buffer tegen het lopen van risico's met de patiënt, waarbij de instantie zichzelf indekt tegen mogelijke claims. Ook wordt defensive medicine, medicijnen of behandelingen, ingezet als instrument om de patiënt het gevoel te geven dat deze behandeld wordt en dat er dus iets gedaan wordt aan zijn situatie, ongeacht of deze daar om vraagt. Angst voor procesvoering is een grote drijfveer achter het hanteren van defensive medicine (Anderson 1999). Defensive medicine dient er tevens voor alle risico's op abnormaliteiten bij een behandeling uit te sluiten, bijvoorbeeld door een groot aantal overbodige scans te maken, zodat de arts niet achteraf op nalatigheid kan worden aangesproken. Defensive medicine zet met de hoge kosten die het veroorzaakt extra druk op het Amerikaanse zorgstelsel, aangezien de medicijnen, behandelingen of scans die preventief worden voorgeschreven lang niet altijd nodig zijn. Ook wordt er ernstig rekening gehouden met de perverse effecten die de claimcultuur kan hebben in ziekenhuizen, waar defensive medicine ook veroorzaakt dat zij geen risicovolle patiënten meer aan durven te nemen uit angst voor claims indien de patiënt blijvend letsel oploopt of komt te overlijden.

Ten slotte kent Amerika net als Nederland nog het fenomeen 'informed consent', al heeft het daar een andere vorm gekregen dan hier. Het principe achter informed consent is dat schriftelijk wordt

gemaakt dat een patiënt zijn 'okee' heeft gegeven voor een operatie. Deze 'okee' houdt in dat de patiënt bevestigd dat hij voorgelicht is, dat hij op de hoogte is van de (mogelijke) risico's en dat hij deze accepteert (Spiegel 1980:44). In Amerika krijgt dit informed consent echter meer en meer de vorm van een contractrelatie tussen arts en patiënt (Schultz, 1985; Spiegel, 1980). Hier is de motivatie achter het informed consent niet langer het voorlichten van de patiënt, maar vooral het laten goedkeuren van de behandelingsmethode en op het op schrift stellen van de zaken waar de arts verantwoordelijk voor is en wordt gehouden en waar niet voor (Manning and Gaul, 1997). Het wordt dus een contract waar na afloop van de operatie als het ware op teruggegrepen kan worden en waar door beide partijen eisen aan kunnen worden gesteld. De rol van de arts ten opzichte van de patiënt verandert op deze manier van een inspanningsverplichting naar een resultaatsverplichting, met de arts als dienstverlener en de patiënt als afnemer van die dienst.

2.2.3 Discussiestuk: claimcultuur in Nederland?

Over het al dan niet aanwezig zijn van een claimcultuur in Nederland bestaan verschillende visies. Verschillende partijen bemoeien zich met het vraagstuk, waaronder de Nederlandse overheid, belangenverenigingen, academici en de media. In dit stuk zal de discussie over het onderwerp, de visies en de dynamiek tussen de verschillende partijen weergegeven worden.

Bestaat er een claimcultuur in Nederland? Het is lastig om op deze vraag een eenduidig antwoord te geven. Duidelijk is in elk geval dat de vraag niet nieuw is. Al in 1999 stuurde de toenmalige minister van Justitie de Tweede Kamer een brief om zijn zorgen te uiten over de ontwikkeling van een claimcultuur in Nederland (Hartlief en Faure 1999). Al snel wordt er gesproken over een angst voor 'Amerikaanse toestanden', maar het is te kort door de bocht om de situatie van Amerika direct op Nederland te plakken. De omstandigheden zijn erg verschillend, bijvoorbeeld qua rechtspraak en wetgeving, maar ook de cultuur in Nederland en de houding van Nederlanders is anders en beïnvloedt op zijn manier het al dan niet bestaan van een claimcultuur.

Deze verschillen leiden sommigen er toe de claimcultuur als hype te bestempelen. Hierboven al kort aangehaald is de visie van dhr. Akkermans, die de claimcultuur en 'canard' noemt (Akkermans 2008). Akkermans geeft aan dat "elk serieus empirisch onderzoek [...] uitwijst dat het aantal claims *niet* toeneemt, net zo min als de hoogte van de toegewezen bedragen, óók niet op het zo vaak in een kwaad daglicht gestelde terrein van medische fouten" (Akkermans 2008). Hoewel niet te herleiden is welk empirisch onderzoek hier concreet bedoeld wordt en er geen empirische gegevens gevonden kunnen worden om dit te ondersteunen, wordt Akkermans in zijn opvatting gesteund door dhr. Legemaate, die de vrees voor een claimcultuur in de Nederlandse gezondheidszorg ongegrond noemt (Legemaate 2007). Beide auteurs bestempelen de vrees voor Amerikaanse toestanden überhaupt als ongegrond.

In 2007 is het eerste deel van het rapport dat door Akkermans e.a. is geschreven in opdracht van de Eerste Kamer gepubliceerd, waarin wordt beschreven in hoeverre de samenleving behoefte heeft aan het wetsvoorstel affectieschade³ (dit wetsvoorstel komt later in deze paragraaf uitgebreid aan de orde). Uit het onderzoek blijkt dat: "In Nederland worden jaarlijks ongeveer 1,2 miljoen mensen het slachtoffer van verkeersongevallen, arbeidsongevallen, medische fouten en geweldsmisdrijven. Van deze mensen onderneemt ongeveer 10-15% juridische stappen. Verder blijkt dat jaarlijks ongeveer 2800 personen recht zouden hebben op de vergoeding van affectieschade [zoals voorgesteld in wetsvoorstel 28.781]" (Akkermans 2007). Onder een representatieve groep slachtoffers van incidenten van diverse aard (verkeersongevallen, medische fouten, etc.) is onderzoek gedaan naar de behoefte aan compensatie (voor eigen persoon of nabestaanden) voor zulke incidenten en, zo ja, vanuit welke drijfveer deze behoefte komt. Uit het onderzoek blijkt dat "niet slechts de uiteindelijke financiële vergoeding voor geleden materiële en immateriële schade

³ "Slachtoffers en aansprakelijkheid: een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht" (2007) A. Akkermans e.a.

van belang lijkt te zijn voor het herstel, maar ook het proces waarlangs tot dat resultaat wordt gekomen” (Akkermans 2007). Men is dus überhaupt niet louter uit op financiële vergoedingen, wat zou impliceren dat een claimcultuur in Nederland niet in opkomst is, aangezien in een claimcultuur men financieel gewin of hoge bedragen als één van de doeleinden voor ogen heeft. Gebaseerd op de bevindingen in dit rapport, waarbij in het rapport wordt opgemerkt dat er een relatief kleine groep betrokkenen is gesproken, zou er dus geen sprake zijn van een (toenemende) tendens tot claimen onder de Nederlandse bevolking.

De andere kant van de discussie wordt vertolkt door auteurs die juist sterk geloven in het bestaan van een claimcultuur. Dhr. Hartlief gaf in 2005 al aan “dames en heren, u en ik leven in een claimcultuur of zitten er in ieder geval dichtbij” (Hartlief, 2005). Zij argumenteren dat de claimcultuur in Nederland te herkennen is door onder andere patiënten die processen voeren tegen wachttijden in de zorg, claims van rokers tegen tabaksfabrikanten of de overheid of claims tegen banken en beleggingsinstellingen in verband met mislukte aandelenhandel (Hartlief 2005; Stolker 2001). Men is zich tegenwoordig sterker bewust van zijn eigen rechtspositie en de mogelijkheden van ons recht. De overheid stimuleert burgers om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen, dit waar mogelijk via een bemiddelende rechter (Stolker 2001). Daarnaast zien zij een toename in de algehele juridisering van de Nederlandse samenleving (Hoekma 1999; Hartlief en Faure 1999): “In een moderne, groeiende markteconomie neemt het aantal diensten, contracten, besluiten en incidenten toe, waardoor ook het aantal geschillen zal toenemen” (Stolker 2001). De toename van letselschadeadvocatuur, advocaten die opkomen voor het belang van het slachtoffer kan ook bijdragen aan de ontwikkeling van een claimcultuur. Daarmee is dus niet gezegd dat dit een slechte ontwikkeling is, zoals eerder genoemd worden burgers juist gestimuleerd op te komen voor hun rechten en is dit in onze samenleving geaccepteerd.

Ook wanneer men, meer actueel, berichtgeving in de media volgt worden met name claims in de gezondheidszorg aan het licht gebracht. Een voorbeeld hiervan is de uitzending van het Tros-programma ‘Radar’ van 10-01-2011, waarin de wanpraktijken van dokter de Bruijn aan het licht worden gebracht. Deze orthopedisch chirurg beloofd honderden patiënten dat hij ze kan genezen, waarna zij met vreselijke pijn in een rolstoel terecht komen een schadeclaim indienen. Een ander voorbeeld is Sint Antoniusziekenhuis in Nijmegen, dat een forse schadevergoeding moet betalen aan een patiënte die niet goed werd behandeld voor een hersenbloeding (medische nieuwssite Skipr 26-02-2011).

Zoals eerder beschreven heeft ook de Nederlandse overheid haar zorgen geuit over de mogelijke opkomst van een claimcultuur in Nederland, en beschrijft zij deze als onwenselijk (Hartlief en Faure 1999; kabinetsnota ‘Ruimte en veiligheid’ 2003). De toenmalige minister van justitie heeft een brief opgesteld over de definitie en voor- en nadelen van de ontwikkeling in claimen die hij constateerde. De claimcultuur werd toen als volgt gedefinieerd: “een cultuur waarin burgers elkaar veelvuldig en voor hoge bedragen in juridische zin aanspreken ter vergoeding van geleden schade” (Hartlief en Faure 1999). De minister geeft in zijn brief aan bang te zijn voor ‘Amerikaanse toestanden’, met name in het schadevergoedingsrecht, die naar Nederland over zouden kunnen waaien. Om de claimcultuur, toch een abstract begrip, in Nederland meetbaar te maken heeft de minister de volgende determinanten opgesteld:

Tabel 1. Overzicht van determinanten van een claimcultuur (minister van Justitie in Hartlief en Faure, 1999)

‘Naar een claimcultuur in Nederland? Determinanten :	
1.	Juridisering van de samenleving;
2.	Verzakelijking van relaties;
3.	Ontwikkelingen in het sociale zekerheidsstelsel/privatisering;
4.	Toename aansprakelijkheidsverzekeringsproducten;
5.	Samenleving wordt complexer: voortschrijding van wetenschap en techniek;
6.	Ontwikkelingen in de rechtshulpverlening;
7.	Toename claimbewustheid;
8.	Ontwikkelingen in het aansprakelijkheids- en schadevergoedingsrecht;
9.	Internationale invloeden.

In zijn brief benadrukt de minister sterk dat er wat hem betreft ook veel positieve kanten aan het bestaan van een claimcultuur zitten. Doordat producenten via het aansprakelijkheidsrecht bewuster worden gemaakt van de risico's die hun producten of diensten behelzen, wordt productveiligheid een belangrijker onderwerp op de agenda. Hetzelfde kan gezegd worden voor arbeidsveiligheid, zorgvuldiger medisch handelen, hogere milieu-investeringen en risicomanagement bij beroepsbeoefenaren (Hartlief en Faure 1999). Een belangrijke ontwikkeling die de minister in dit kader onder de aandacht brengt is dat de rol van het aansprakelijkheidsrecht groter wordt naarmate het stelsel van sociale zekerheid beperkt wordt. Volgens de auteurs van een reflectie op de brief van de minister, Hartlief en Faure, onderschat de minister "het terugtrekken van de overheid uit sociale zekerheid, en het geven van meer verantwoordelijkheid aan burgers " als factoren van het ontstaan van een claimcultuur. Deze mening wordt door andere ondersteund (Stolker 2001).

In maart 2010 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Affectieschade (28.781) afgewezen. Eerder al werd de wet door de Tweede Kamer wel aangenomen. Het wetsvoorstel Affectieschade heeft betrekking op de claimcultuur in die zin, dat de intentie van de wet is de bedragen waarvoor geclaimd kan worden in die zin te regelen, dat een claimcultuur juist voorkomen wordt.

In de huidige wetgeving komt emotionele of immateriële schade niet voor vergoeding in aanmerking. In bijvoorbeeld Amerika is dit wel het geval (zogenaamde 'punitive damages'). Het wetsvoorstel Affectieschade brengt hier verandering in door de mogelijkheid te geven emotionele schade tot op bepaalde hoogte te vergoeden. Omdat vooropgesteld wordt dat bijvoorbeeld het overlijden van een naaste niet in geld uit te drukken valt, gaat het om symbolische bedragen. Het centrale argument voor het invoeren van het wetsvoorstel was, naast een betere afhandeling van dit soort zaken voor de nabestaanden, dat op deze manier een claimcultuur juist tegengegaan wordt. Door vast te stellen voor welke bedragen en binnen welke marges geclaimd kan worden, worden exorbitante bedragen en excessen voorkomen.

Opvallend is dat juist met deze argumentering de Eerste Kamer het wetsvoorstel heeft afgewezen. De Eerste Kamer gaf aan dat met het goedkeuren van deze wet de poort werd opengezet voor het commercialiseren van emotionele schade (www.eerstekamer.nl). Voor het voorstel werd afgewezen heeft de Eerste Kamer nog een onderzoek laten instellen naar de effecten ervan in de samenleving (het onderzoek voor het eerder in deze paragraaf beschreven wetsvoorstel Affectieschade). Hoogleraar privaatrecht Arno Akkermans (Vrije Universiteit) heeft dit onderzoek uitgevoerd en kwam tot de conclusie dat er in de samenleving wel degelijk behoefte bestaat aan een dergelijke regeling. In gesprek met slachtoffers van betreffende ongevallen en met eventuele nabestaanden kwam naar voren dat, hoewel vooropgesteld werd dat een geld bedrag een ongeval niet goedmaakte, een symbolisch geldbedrag de pijn wel had verlicht.

Toch is het wetsvoorstel dus afgewezen, met de angst voor een claimcultuur in het achterhoofd.

Direct betrokken partijen beginnen zich meer bewust te worden en uit te laten over het al dan niet bestaan van een claimcultuur en de invloed die dit op hun organisatie heeft. Met name in de gezondheidszorg is dit een terugkerend onderwerp. Zo heeft verzekeraar MediRisk, een onderlinge waarborgmaatschappij waar 70 procent Nederlandse ziekenhuizen verzekerd zijn, sinds 2007 enkele artikelen gepubliceerd naar aanleiding van onderzoeken naar schadeclaims binnen deze ziekenhuizen. In één van deze onderzoeken is een rangorde van specialismen over vier jaar (2003-2007) gepubliceerd, die samen verantwoordelijk zijn voor de hoogste schadelast en het hoogste aantal schademeldingen bij MediRisk. Op één staat het specialisme algemene chirurgie, op twee staat radiologie en respectievelijk orthopedische chirurgie, obstetrie & gynaecologie en kaakchirurgie volgen (MediRisk 2009). De publicaties van dit soort artikelen geeft aan dat men de noodzaak voelt kennis te hebben en op de hoogte te zijn van de stand van zaken omtrent deze ontwikkeling, en geeft aan dat claimgedrag leeft als thema binnen de betrokken organisaties.

In 2010 is naar aanleiding van de vraag om meer openheid de 'Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid' (GOMA) geïntroduceerd. Deze gedragscode, opgesteld door een breed aantal betrokkenen waaronder de KNMG, CentraMed en MediRisk, de VU, de Letselschade Raad en adviseurs van het Ministerie van Justitie, doet aanbevelingen ter verbetering van de communicatie tussen patiënt en zorgaanbieder (GOMA 2010). Het rapport geeft aan dat slechte communicatie een grote oorzaak is voor misverstanden, met als gevolg het indienen van claims of klachten waarna zowel zorgaanbieder als patiënt aan een lang en vaak vervelend traject beginnen. Naast aanbevelingen voor adequate reacties op zulke incidenten doet de GOMA ook aanbevelingen voor een (op gebied van communicatie) adequate afhandeling van verzoeken om schadevergoeding. Het doel van de GOMA is bij te dragen aan een verbetering van de communicatie tussen zorgaanbieder en patiënt, en op deze manier het aantal (te voorkomen) claims terug te brengen.

In de bovenstaande paragrafen is in kaart gebracht wat een claimcultuur is, hoe het fenomeen gestalte krijgt in Amerika en in hoeverre een claimcultuur in Nederland al geconstateerd kan worden. Hiermee is de basis gelegd voor het beantwoorden van een deel van de opgestelde theoretische deelvragen. Voor het overige deel van de theoretische deelvragen is het van belang dieper in te gaan op het begrip 'professionals' en specifiek op medisch specialisten, professionals in de zorg, en de uitdagingen waar zij mee te maken krijgen.

2.3 Professionals

In dit deel van het theoretisch kader ligt de nadruk op professionals. Wie of wat zijn nu eigenlijk professionals? In de inleiding wordt vanuit de literatuur ingegaan op deze vraag. Vervolgens wordt het type professional dat voor dit onderzoek relevant is, namelijk de medisch specialist, uitgelicht. Ten slotte wordt de huidige positie van de medisch specialist besproken en in welke situaties deze professionals zich tegenwoordig bevinden.

2.3.1 Inleiding

Wie is er een professional? Voordat begonnen kan worden met het onderzoek moet eerst gedefinieerd worden wie professionals eigenlijk zijn. Het begrip professional wordt op een tal van manieren ingezet. Zo zijn professionals bijvoorbeeld mensen die een diploma hebben op een bepaald vakgebied, maar ook zelfbenoemde experts in een bepaald beroep of over een bepaald onderwerp. In 1964 vroeg Harold Wilensky zich al af of er sprake was van de 'professionalisering van iedereen' (Wilensky 1964), en nog steeds is de term 'professional' een gewild label.

Professionals vormen steeds vaker professionele verenigingen of maatschappen, die relatief autonoom opereren en controle uitoefenen over hun vakgebied (Noordegraaf 2007). Deze

verenigingen hebben tot doel professionele controle over hun vakgebied uit te oefenen en ‘beroepsmatige afsluiting’⁴ te creëren, waardoor de beroepsgroep bepaalt wat er in hun werkveld gebeurt en waar zij zelf de regels bepalen voor het benoemen tot professional.

Klassiek professionalisme behelst de twee pijlers ‘inhoud’ en ‘controle’⁵ (Schön in Noordegraaf, 2007). Inhoud, omdat professionals experts zijn in hun beroep en precies weten wat zij doen, en controle omdat zij onderdeel zijn van de vereniging of maatschap die het vakgebied reguleert. Ideaal gezien handelen professionals binnen dezelfde beroepsgroep zelfs naar een gedeelde ‘dienst ethiek’⁶, die verantwoord handelen (binnen de beroepsgroep) garandeert⁷. Deze visie sluit aan bij de door Henry Mintzberg in 1983 beschreven ‘professional bureaucracy’. Deze gaat ook uit van een standaardisatie van vaardigheden, en geeft professionals de (autonome) controle over hun eigen werk. De ‘regels’ waarnaar professionals binnen een beroepsgroep werken worden bepaald door de beroepsvereniging of maatschap, die, ook hier, zogenoemde beroepsmatige afsluiting (occupational closure) bepaalt.

Wat professionals tevens kenmerkt is een sterke ideologie: “het werk van professionals dient een hoger doel” in tegenstelling tot enkel doelen als zelfverrijking (Trappenburg 2011:2). Deze hogere doelen staan in het teken van de ondersteuning van de maatschappij, zoals rechtvaardigheid (in de rechtspraak of advocatuur) of gezondheid (in de geneeskunde).

Er is echter ook kritiek op deze invulling van professionalisme. De gesloten verenigingen of maatschappen waarin de professionals opereren worden als “ineffectief, gesloten, op zichzelf gericht en inhalig gezien”(Noordegraaf 2007:767). Hierin past ook het plaatje dat professionals elkaar onderling niet beschouwen als concurrenten, maar als collega’s en vakbroeders, waardoor ze elkaar bij fouten sneller het hand boven het hoofd zouden houden (professionele zelfregulering), en de honoreringsstructuren binnen een vakgebied extreme vormen aan zouden nemen omdat er zonder concurrentie ook geen sprake is van prijsconcurrentie (Trappenburg 2009; Trappenburg 2010).

2.3.2 Medisch specialisten als professionals

Een ideaaltypisch voorbeeld van klassieke professionals, gericht op inhoud en controle, is de tak van de geneeskunde. Artsen en medisch specialisten zijn experts bij uitstek op hun vakgebied, verenigd in maatschappen die onder andere ethische regels binnen een specialisme reguleren, of de inhoud van de opleiding tot arts bepalen (Noordegraaf 2007; Trappenburg 2011). “De basis voor medisch professioneel handelen wordt gevormd door onderzoek en consensus binnen de beroepsgroep, bij voorkeur vastgelegd in standaarden, richtlijnen en protocollen. Deze gaan uit van optimale zorg voor individuele patiënten.” (KNMG 2007). De focus, of het hogere doel van de geneeskunde is de gezondheid van patiënten (Trappenburg 2011; KNMG 2007).

In een academisch ziekenhuis bepalen artsen, de professionals, de behandelingsprocedures en behandelingen zelf, evenals de inhoud van de opleiding tot arts. Ook de tuchtcolleges waar tegenover artsen zich moeten verantwoorden als ze tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn bestaan ook (gedeeltelijk) uit andere artsen (Trappenburg 2009, 2010).

De maatschappen waarin artsen verenigd zijn bepalen dus de ruimte waarin deze professionals zich bewegen.

⁴ Vertaald van ‘occupational closure’ uit Abbott, 1988

⁵ Vertaald van ‘content and control’ uit Schön in Noordegraaf 2007:765-6

⁶ Vertaald van ‘service ethic’ uit Wilensky 1964:145

⁷ Bijlage 1: table 4 “Pure’ Professionalism as controlled content’ Noordegraaf (2007)

2.3.3 Uitdagingen voor professionals

De maatschappen waarin medische professionals zich verenigen zijn echter niet almogend, er moet meer een meer rekening worden gehouden met de omgeving die druk uitoefent op wat er in de maatschappen omgaat. In de volgende subparagraaf wordt beschreven welke factoren invloed uitoefenen op artsen en de ruimte die zij hebben om als professionals hun werk uit te voeren.

Invloed van buitenaf: publiek eigendom

De omgeving waar medisch professionals mee te maken krijgen behelst met name de overheid die, met toenemende invloed vanuit de Europese Unie, regulering aanbrengt in de medische sector. Maar de omgeving houdt ook het 'publiek' in; de bevolking en zekere media. Omdat artsen opereren binnen de publieke sector worden ze "meer of minder direct betaald met premie- of belastinggeld" (Trappenburg 2011). Dit premie- en belastinggeld komt bij de Nederlandse bevolking vandaan, die, in gezonde Nederlandse geest, ook verantwoording wil zien over wat er met dit geld gebeurt en vaak invloed wil hebben in hoe het wordt besteed. De media is het podium voor dit publieke debat, waar belangrijke invloed (positief of negatief) op de medische sector kan worden uitgeoefend. Zo publiceert weekblad Elsevier jaarlijks een lijst met de 'beste ziekenhuizen van Nederland' (Elsevier; Volkskrant 20-10-2010; Communicatieplatform Skipr (www.skipr.nl) 16-10-2009), een lijst die onder meer is samengesteld op basis van prestatie-indicatoren van de Inspectie voor Gezondheidszorg en gegevens vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een ander voorbeeld is de zogenaamde borstkankerlijst die zorgverzekeraar CZ afgelopen oktober publiceerde, een lijst van ziekenhuizen die volgens CZ juist goed of slecht presteren op het gebied van borstkankerzorg. Een pervers effect dat dit type waardering creëert is dat het personeel van een ziekenhuis zich gaat gedragen naar de prestatie-indicatoren van zulke lijsten, om volgende keer hoog te scoren en maatschappelijk goed gewaardeerd te worden. Zo bepaalt in meerdere mate de omgeving hoe artsen moeten handelen, in plaats van de professionals zelf.

Eigen professionele autonomie: vertrouwen

Professionals hechten waarde aan het kunnen uitoefenen van een eigen professionele autonomie. De maatschappen van medische professionals staan ook garant voor de kwaliteit van de geleverde zorg, en het belang hiervan staat voorop in hun taken. "Vertrouwen motiveert professionals en bevordert een goed functioneren van de gezondheidszorg als geheel" (KNMG 2007:3). De medische gemeenschap hecht veel waarde aan dit vertrouwen. Het KNMG definieerde medische professionaliteit onlangs zelfs als "het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt" (KNMG 2007:2). Er moet vertrouwen bestaan in de capaciteit van artsen om de meest optimale zorg voor patiënten te leveren. Wanneer dit principe echter betrekking krijgt op het kostenaspect van de zorg, kan het op gespannen voet komen te staan met patiënten, verzekerden, verzekeraars, toezichthouders en overheid die allemaal eigen opvattingen hebben over wat goede en kwalitatief verantwoorde zorg is (KNMG 2007). Dat deze partijen niet de opvatting over kwalitatief goede zorg van de medische maatschappen en de beroepsgroep als leidraad nemen is voor de professionals op hun beurt lastig te accepteren. Vertrouwen is een (belangrijke) hoeksteen.

Street-level bureaucrats

De beperking van de eigen professionele ruimte kan de artsen ook bestempelen tot 'street-level bureaucrats' (Lipsky 1980). Street-level bureaucrats zijn werknemers in de publieke sector die door hun werk in direct in contact staan met burgers, en die aanzienlijke bewegingsruimte ervaren in de uitvoering van dit werk⁸. Deze aanzienlijke bewegingsruimte kan zorgen voor spanning tussen werkgever en werknemer, de street-level bureaucrat. Deze voert namelijk het beleid uit dat (vaak) op

⁸ Vertaald uit Lipsky 1989:3 "Street-level bureaucrats are public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work."

afstand door de werkgever (in de meeste gevallen de overheid, aangezien Lipsky street-level bureaucrats als werkend in de publieke sector typeert) gemaakt wordt. Echter, de werkgever is niet degene die te maken krijgt met de uitvoering van het beleid in de praktijk, en tussen het beleidsplan en de praktische uitvoering hiervan treedt met enige regelmaat een discrepantie op. De street-level bureaucrat krijgt in de meest directe vorm met deze discrepantie te maken, en moet doorgaans direct een oplossing aanleveren (Lipsky 1980; Pressman and Wildavsky 1971)). Dit dwingt street-level bureaucrats zelf invulling te geven aan de ruimte die discrepanties creëert, en eigen invulling te geven aan het beleid dat werkgevers hebben gecreëerd. Hierdoor ontstaan controversiële beslissingen, waar werkgevers zich later over moeten verantwoorden.

Wanneer de controle op artsen wordt opgevoerd door de overheid door middel van regulering van de beroepsgroep, en verantwoordingsregels invoeren voor ziekenhuizen wordt de eigen ruimte om te 'opereren' voor artsen, die in dit plaatje meer en meer de street-level bureaucrats zijn, steeds kleiner. Hun eigen professionele autonomie wordt ingeperkt. De omgang met patiënten maakt het beroep arts risicovol, waardoor artsen met enige regelmaat oplossingen voor spontane incidenten moeten vinden, buiten de bestaande regels om of waar nog geen regulering voor gecreëerd is. Deze spontane invulling is niet gereguleerd en is dus regelmatig onderhevig aan discussie, met name wanneer de patiënt er (blijvend) letsel aan zou ondervinden.

De opkomst van Nieuw Publiek Management

"De publieke sfeer zit klem" (Noordegraaf, Geuijen en Meijer 2011). Zoals hierboven beschreven moeten werknemers in de publieke sector en bij publieke organisaties voldoen aan allerlei eisen van hun omgeving, zoals bijvoorbeeld zich inzetten voor een hoger doel (het verbeteren van veiligheid of het verbeteren van de gezondheidszorg), maar ook het transparant en inzichtelijk maken van hun organisaties voor de afnemers van hun diensten; "[...] zijn ze verbonden met politieke processen en democratische randvoorwaarden, moeten ze openbaarheid betrachten en verantwoording afleggen, en zijn ze onderwerp van toezicht, inspectie en (media) controle" (Noordegraaf, Geuijen en Meijer 2011). Tegelijkertijd echter moeten publieke organisaties op een financieel zo aantrekkelijk mogelijke manier hun diensten verlenen. Prestatiegericht werken en financiële systemen die hierbij aansluiten worden steeds belangrijker, financieel management wordt een steeds belangrijkere taak binnen publieke organisaties (Ridderbos 2011).

Deze ontwikkeling heet Nieuw Publiek Management (NPM) en "wordt gezien als een stroming van inzichten, modellen en vooral praktijken die tot doel hebben om publieke organisaties resultaatgerichter, gecoördineerder en efficiënter te laten werken" (Noordegraaf 2004).

Artsen, als werknemers van de publieke organisatie 'het ziekenhuis', ondervinden ook de gevolgen van het NPM. Meer bezig zijn met het afleggen van verantwoording, het transparant maken van hun werkzaamheden en zich bezighouden met prestatiegericht werken houdt artsen als professionals niet alleen van hun kerntaak, het uitvoeren van hun beroep, maar legt hier ook druk op. Er mag niets meer fout gaan, want de gevolgen zijn groot: het ziekenhuis (of de arts zelf) wordt er financieel op afgerekend, het ziekenhuis komt slecht op de (Elsevier) ranglijsten te staan, etc. In de geneeskunde, waar men te maken heeft met vaak een grote groep werknemers die elk hun eigen stukje verantwoordelijkheid dragen voor de patiënt, een werkveld waar nog lang niet alles over elke ziekte bekend is, en constant veranderende onderzoeks- en behandelmethodes zijn risico's inherent. Zeker ook in academische ziekenhuizen, waar toch vaak de patiënten met een moeilijk ziektebeeld komen en nieuwe professionals worden opgeleid. Het leren van fouten is dan ook essentieel, wat de verhoudingen tussen NPM en de zorg sector op scherp stelt.

Over het bestaan van een claimcultuur in Nederland bestaat een levendige discussie (zie paragraaf 2.2.3). De aanwezigheid van een claimcultuur is dus geenszins bewezen maar partijen die het bestaan bevestigen menen al signalen van de trend in de samenleving te herkennen. Zelfs als een claimcultuur dus al zou bestaan zou dit betekenen dat deze nog in een vroeg stadium is. Uit de

literatuur blijkt dat medisch specialisten een voorbeeld bij uitstek zijn van klassieke professionals (zie paragraaf 2.3.2). Deze professionals zien zich geconfronteerd met een aantal uitdagingen (zie paragraaf 2.3.3). In de komende paragraaf zal een antwoord worden gegeven op de theoretische deelvragen en zal worden aangetoond op welke manier de begrippen claimcultuur en professionals met elkaar in verband staan.

2.4 Beantwoording theoretische deelvragen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de gestelde theoretische deelvragen. Op basis van de hierboven beschreven informatie kan een antwoord op de deelvragen worden geformuleerd. De antwoorden geven in de eerste plaats een aanzet voor het formuleren van topics aan de hand waarvan empirisch onderzoek kan worden verricht. Vervolgens kan het gevonden empirische resultaat getoetst worden aan de hier beschreven theoretische resultaten.

2.4.1 Deelvraag 1 “Hoe wordt in de literatuur het begrip ‘claimcultuur’ uitgelegd?”

Op de eerste deelvraag, “hoe wordt in de literatuur het begrip ‘claimcultuur’ uitgelegd?”, kan geen eenduidig antwoord geformuleerd worden. Niet alleen omdat de situatie die bedoeld wordt in elk land verschillend is en wordt bepaald door daar aanwezige omstandigheden (zoals bijvoorbeeld de mogelijkheden voor het bestaan ervan binnen het rechtssysteem) maar ook omdat er over het begrip, zeker in Nederland, niet genoeg wetenschappelijke literatuur bestaat waaruit een eenduidige definitie naar voren komt. Wel lijkt een antwoord op deze vraag telkens dezelfde elementen te bevatten, aan de hand waarvan hier ook een beeld kan worden gegeven van wat de term inhoudt.

Om toch een helder beeld van het antwoord geven kan de definitie van claimcultuur zoals de minister van Justitie deze heeft opgesteld als leidend genomen worden: “claimcultuur is: een cultuur waarbij burgers elkaar veelvuldig en voor hoge bedragen in juridische zin aanspreken ter vergoeding van de geleden schade” (minister van Justitie in: Hartlief en Faure, 1999; kabinetsnota ‘Ruimte en veiligheid’, 2003). Aangevuld kan worden dat bij een claimcultuur hoort dat men zich sterker bewust is van zijn eigen rechtspositie en dat er sprake is van zogenaamde ‘claimbewustheid’ (Hartlief, 2005; minister van Justitie in: Hartlief en Faure, 1999; Stolker, 2001). Ook kan worden aangevuld dat een claimcultuur niet louter negatieve effecten hoeft te hebben (Hartlief en Faure, 1999; Stolker, 2001).

2.4.2 Deelvraag 2 “Welke indicatoren voor een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen kunnen afgeleid worden van de situatie in Amerika?”

De beantwoording van deze deelvraag dient ervoor een beeld te krijgen van de indicatoren waaraan het bestaan van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen kan worden afgeleid. Uit literatuuronderzoek naar het fenomeen claimcultuur blijkt dat Amerika koploper in deze trend is. De genoemde indicatoren volgen logischerwijs uit de Amerikaanse situatie. Deze indicatoren worden ondersteund door enkele indicatoren die zijn opgesteld door de minister van Justitie (zie tabel 1.) met betrekking op de Nederlandse situatie. Deze indicatoren zijn echter opgesteld met, met name, ontwikkelingen in het schadevergoedingsrecht in het achterhoofd, en dus niet specifiek voor het signaleren van een claimcultuur binnen ziekenhuizen. Ter ondersteuning zullen de hier relevante indicatoren uit het stuk hier alsnog even worden opgemerkt.

Uit de literatuur over Amerika komen wat meer algemene indicatoren voor een claimcultuur naar voren, en drie indicatoren die specifiek betrekking hebben op een claimcultuur in de gezondheidszorg. Met name aan deze laatste drie kan de situatie in Nederland concreet getoetst worden.

Ten eerste kent Amerika, net als Nederland, het 'informed consent'. In een informed consent geeft een patiënt schriftelijk zijn goedkeuring aan een operatie. Dit betekent dat hij verklaart dat hij goed is voorgelicht, bekend is met de risico's en deze accepteert. In Amerika echter krijgt dit informed consent meer en meer de vorm van een contract tussen arts en patiënt (Schultz, 1985; Spiegel, 1980; Manning and Gaul, 1997). Deze verandering van een 'consent' naar een contract is een indicator voor het ontstaan van wantrouwen tussen de betrokken partijen, een teken van verdere formalisering en juridisering van de samenleving en daarmee een indicator voor het (opkomende) bestaan van een claimcultuur. De verandering van het informed consent in een contract duidt op juridisering en verzakelijking van relaties, twee van de door de minister van Justitie opgestelde indicatoren van het bestaan van een claimcultuur in Nederland. Ten tweede is in Amerika het fenomeen 'defensive medicine' ontwikkeld. Defensive medicine houdt in dat er in toenemende mate medicijnen, behandelingen en controles (bijvoorbeeld scans) worden ingezet om te voldoen aan eisen van patiënten, en om (vaak onnodige) controles uit te voeren om nalatigheidverwijten achteraf te voorkomen. Defensive medicine zorgt voor oplopende kosten in de gezondheidszorg, een toenemende werkdruk voor artsen en wordt ingezet om aansprakelijkheid en claims tegen te gaan. Ten derde is de trend 'ambulance chasing' gestart in Amerika. Ambulance chasers zijn belangenbehartigers die slachtoffers van (medische) ongevallen begeleiden bij het indienen van een klacht (vaak tegen het ziekenhuis of een arts), tegen een royale vergoeding. Ambulance chasers gaan vaak op een agressieve manier te werk in het verkrijgen van cliënten. Met als doel het indienen van claims om geld te verdienen zet dit een duidelijke stap in de richting van een cultuur waar claimen geaccepteerd is. Ten slotte vallen er nog twee algemenere indicatoren te onderscheiden. Zo moet er voor het bestaan van een claimcultuur wel ruimte binnen de rechtspraak zijn. In Amerika kunnen zogenaamde 'punitive damages' geclaimd worden, voor immateriële en emotionele schadevergoeding. Deze bedragen kunnen erg oplopen. Daarnaast moet er voor het bestaan van een claimcultuur wel een passende mentaliteit in de samenleving heersen. Amerika lijkt hier ontvankelijk voor te zijn als maakbare samenleving bij uitstek waarbij niets in de weg hoort te staan in 'the right to pursue one's own happiness'.

2.4.3 Deelvraag 3 "In hoeverre is er in Nederland al sprake van een claimcultuur?"

Bij het beantwoorden van deelvraag drie wordt op basis van theoretisch onderzoek en discussie bepaald in hoeverre men in Nederland al kan spreken van een claimcultuur.

Voorop staat dat de meningen over een antwoord op deze vraag verdeeld zijn. In Nederland is de discussie nog levendig aan de gang over de vraag of een claimcultuur bestaat, en zo ja in welke mate. Wat opvalt is allereerst dat de academici nog verdeeld zijn. Erkenners van het bestaan van een claimcultuur (o.a. auteurs Hartlief en Faure) zien een toename in de algehele juridisering van de Nederlandse samenleving en leiden hier de opkomst van een claimcultuur uit af. De toename van letselschadeadvocaten en een toenemende bewustwording van onze rechtspositie in de samenleving wijzen hier ook op. Ontkenners van het bestaan van een claimcultuur (bijvoorbeeld Akkermans) wijzen er op dat er geen empirisch onderzoek beschikbaar is dat aantoont dat een claimcultuur in opkomst is en dat we dit dus ook niet kunnen stellen. Ten tweede lijkt het onderwerp toenemende aandacht in de media te krijgen, waar vervolgens de politiek weer op reageert. Men is bang voor 'Amerikaanse toestanden', met name op het gebied van schadevergoedingsrecht. Dit heeft er in maart 2010 toe geleid dat de Eerste Kamer het wetsvoorstel Affectieschade heeft afgewezen. Men is dus bang voor de opkomst van een claimcultuur, wat lijkt te impliceren dat deze op dit moment nog niet bestaat. De bewustwording van de opkomst van een claimcultuur blijkt ook uit toenemende interesse en publicaties hierover in rapporten van centrale ziekenhuisverzekeraars, en ten slotte ook uit de zogenaamde 'tegentrends' die worden ingezet: door middel van het verbeteren van communicatie en onderling begrip (door bijvoorbeeld de GOMA gedragscode) worden claims en klachten voorkomen en een claimcultuur dus op voorhand bestreden.

Uit het theoretische onderzoek blijkt dat men met name lijkt te spreken over de opkomst van een claimcultuur, niet het al bestaan hiervan. Omdat er voor beide kanten van de discussie geen empirisch onderzoek bestaat blijft het voorlopig echter bij een theoretische discussie. Men lijkt zich in toenemende mate bewust te worden van de mogelijkheid van het ontstaan hiervan. De trend lijkt dus ingezet, maar de vraag blijft of dit komt omdat er simpelweg meer aandacht aan het onderwerp gegeven wordt, waardoor een sneeuwbaaleffect wordt veroorzaakt, of dat dit komt omdat er ook werkelijke een claimcultuur bestaat.

2.4.4 Deelvraag vier “Voor welke uitdagingen komen medisch professionals in de zorg te staan?”

Medisch specialisten zijn (klassieke) professionals bij uitstek. Gericht op inhoud en controle bepalen zij zelf de inhoud van hun vakgebied, behandelmethodes, opleiding tot arts en bepalen zij de ethische richtlijnen in hun beroepsgroep (Trappenburg, 2011). De waarden en normen van klassieke professionals worden door huidige maatschappelijke ontwikkelingen uitgedaagd. Welke vorm krijgt dit voor medisch professionals?

In eerste instantie wordt de druk op medisch specialisten, professionals in de zorg, opgevoerd door de media. Ranglijsten bepalen in steeds grotere mate hoe het met de kwaliteit van zorgverlening in ziekenhuizen gesteld is, en aan welke eisen deze instanties moeten voldoen. Daarmee wil niet gezegd worden dat dit een slechte ontwikkeling is, maar het zet wel druk op de professionals in de zorg die te maken met bijvoorbeeld hogere prestatienormen en extra werkdruk.

Ook krijgen medisch specialisten te maken met een beperking van de eigen professionele autonomie, een principe dat bij klassieke professionals hoog in het vaandel staat. Door de opkomst van managers in de zorg (Trappenburg, 2010) die doelen aan de organisatie stellen die vaak in strijd zijn met de invulling van het werk van professionals (bijvoorbeeld efficiëntie vs. zorgvuldig werken) wordt de professionele autonomie van medisch specialisten beperkt.

Ten slotte zet ook de opkomst van Nieuw Publiek Management (NPM) druk op de rol van professionals. NPM geeft het spanningsveld waar professionals zich in bevinden weer. Aan de ene kant worden er door de maatschappij steeds hogere eisen gesteld aan het transparant en inzichtelijk maken van werk, waar aan de andere kant steeds hogere eisen worden gesteld aan een efficiënter financieel management en prestatiegericht werken, waar geen ruimte is voor risico's en fouten. Juist in de gezondheidszorg, waar nieuwe behandelmethodes en veel onderzoek in een bewegelijk veld wordt gedaan, zijn risico's inherent, wat de verhouding tussen NPM en medische professionals op scherp zet en een aandachtsgebied maakt.

2.4.5 Deelvraag vijf “Welke gevolgen kan een claimcultuur hebben voor medisch professionals in de zorg?”

Met de beantwoording van deze laatste deelvraag wordt een verwachting uitgesproken over het antwoord op de centrale onderzoeksvraag, gebaseerd op het theoretische onderzoek tot nu toe. Hierin worden verschillende elementen in beschouwing genomen, waaronder de indicatoren die afgeleid worden van de situatie in Amerika, de overwegingen die horen bij de discussie over het bestaan van een claimcultuur in Nederland en de uitdagingen waar medisch professionals in de huidige maatschappij mee te maken krijgen. Gebaseerd op deze factoren wordt een beeld geschetst van wat de situatie kan zijn. Hiermee wordt dus niet bevestigd dat er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen, maar wordt een hypothetische situatie geschetst over mogelijke consequenties.

Indicatoren Amerika

In deelvraag twee wordt toegelicht hoe de claimcultuur zich manifesteert in Amerika, een land waar al langer sprake is van een claimcultuur. Aan de hand hiervan zijn een aantal indicatoren opgesteld.

Hoewel ieder op een eigen manier, zetten het informed consent, defensive medicine en ambulance chasing druk op medisch specialisten. Dit heeft in het geval van informed consent vooral te maken met de resultaatsverplichting waar de arts aan wordt gesteld, door middel van het 'contract' dat hij met de patiënt tekent. Door de aard van het beroep zullen er echter altijd risico's blijven bestaan, en wanneer het informed consent meer de vorm krijgt van een contract spreekt dit ook een zekere mate van wantrouwen tegen de arts uit (Manning and Gaul, 1997). Dit terwijl vertrouwen in het professionalisme juist erg belangrijk is voor de beroepsgroep (KNMG 2007:3) en het professionals motiveert en stimuleert (Trappenburg, 2011). De indicator defensive medicine creëert eveneens wantrouwen, en bovenal extra werkdruk. Om achteraf niet aangesproken te kunnen worden (indekken) op het missen van zaken worden er uitgebreid scans gemaakt, abnormaliteiten onderzocht en preventieve behandelingen uitgevoerd. Vaak wanneer de arts niet eens van mening is dat het echt nodig is, maar om te voorkomen achteraf ergens op te kunnen worden aangesproken door een advocaat. Naast de extra werkdruk levert defensive medicine dus hogere kosten voor het zorgstelsel op, iets waar professionals vanuit de aard van hun beroep bezorgd om zullen zijn (klassiek professionalisme dient een 'hogere doel': Trappenburg 2011). Het fenomeen ambulance chasing lijkt in eerste instantie niet direct de medisch specialist te betrekken. Toch wordt ook hier druk op de medisch specialist uitgevoerd, namelijk om op geen enkele manier fouten te maken. Dit lijkt voor de hand te liggen en is ook het streven van de beroepsgroep zelf, maar door de agressiviteit waarmee ambulance chaser te werk gaan en op zoek gaan naar gemaakte fouten komt er druk op specialisten geen enkel detail ongemerkt te laten, of bijvoorbeeld geen risicovolle operaties meer aan te nemen uit angst voor het maken van fouten. Dit gaat tegen de doelen van het klassiek professionalisme in, en zet de specialisten in een zeer ongemakkelijke positie of levert het extra werkdruk op. Ook is het een zeer onwenselijke ontwikkeling in het kader van de gezondheidszorg an sich.

Indicatoren Nederland

In Nederland is zoals in deelvraag drie is beschreven de discussie over het bestaan van een claimcultuur nog in volle gang. De minister van Justitie heeft een aantal indicatoren opgesteld die kunnen duiden op het bestaan van een claimcultuur (zie tabel 1.). In deelvraag 2 wordt al besproken welke van deze indicatoren de al genoemde indicatoren uit Amerika ondersteunen. Deze hebben enkel betrekking op het bestaan van een claimcultuur in Nederlandse ziekenhuizen.

Zo zou er risico zijn voor het bestaan van een claimcultuur wanneer er sprake is van toenemende juridisering van de samenleving en verzakelijking van relaties (indicator 1 en 2, zie tabel 1.). Wanneer er meer regels in het ziekenhuis, werkgroepen of maatschappen ontstaan wordt de individuele bewegingsruimte van artsen ingeperkt. Zoals eerder beschreven is werk in de gezondheidszorg niet risicoloos, en kan het artsen belemmeren in hun werk wanneer zij niet (zomaar) op individuele gevallen in kunnen spelen. Een toenemende opkomst van letselschadeadvocaten kan daarnaast hetzelfde effect hebben als ambulance chasers hebben in Amerika.

Toenemende aandacht in de media voor bijvoorbeeld (onbedoelde) medische fouten waarbij een persoon met naam en toenaam voor het blok gezet wordt, of een groeiend aantal ranglijsten zetten druk op de beroepsgroep. Het risico is aanwezig dat artsen door hun managers en de samenleving steeds verder gepusht worden hun werk efficiënter te doen, en alles altijd beter moet. De vraag is of de media, het publieke domein, wel het beste kan bepalen wat de juiste invulling van het werk van de beroepsgroep is. Zoals beschreven hechten professionals niet voor niets belang aan een eigen professionele autonomie, en leidt invloed van buitenaf niet perse tot een betere inrichting van het werk maar eerder tot een toename van de werkdruk en misschien wel tot het verliezen van plezier in het werk. Daarnaast zou toenemende media-aandacht kunnen leiden tot claimbewustheid onder de bevolking (indicator 7, zie tabel 1.), wat kan duiden op het bestaan van een claimcultuur.

De trends die worden ingezet om de opkomst van een claimcultuur tegen te gaan (bijvoorbeeld de GOMA gedragscode) lijken op het eerste gezicht een hogere werkdruk op te leveren, door meer eisen te stellen aan communicatie en op dit gebied ook een grotere inzet van artsen te vragen. Uiteindelijk zal een verbetering in de communicatie er echter toe kunnen leiden dat er op termijn

minder klachten ontstaan, waardoor specialisten minder tijd kwijt zijn aan dit (vaak langdurige en vervelende) traject waardoor zij meer tijd hebben zich te focussen op hun primaire taken.

Uitdagingen voor professionals

De gevolgen van de opkomst van een claimcultuur vertonen veel parallellen met de opgemerkte uitdagingen waar medisch professionals mee te maken krijgen (zie paragraaf 2.3). Beide ontwikkelingen vragen om een toename in transparantie van het vak, een afname van de foutenmarge (het liefst tot helemaal nul), kostenefficiëntie en een efficiëntere invulling van het beroep (denk aan Nieuw Publiek Management). Er wordt uitdrukkelijk niet gezegd dat deze ontwikkelingen alleen maar negatieve gevolgen hebben, een kritische blik op de beroepsgroep en de invulling van het professionalisme arts kan zeker leiden tot verbetering. Toch brengt het ook problemen met zich mee. Niet alleen voor de uitoefening van het beroep (waar een hogere efficiëntiegraad, spanning en wantrouwen kunnen komen kijken) maar ook gevoelsmatig, het plezier dat in het beroep ervaren wordt. Dit is in het bijzonder bij klassieke professionalismen het geval waar veel waarde wordt gehecht aan autonomie en inrichting van het vak vanuit het professionalisme zelf. Ook zou onderzocht kunnen worden of de werkdruk op professionals ook toeneemt. Hoewel hier nog geen wetenschappelijk bewijs voor valt te leveren lijkt dit een logische aanname. De beschreven effecten, zoals bijvoorbeeld meer media-aandacht voor het (juiste) werk van professionals en rankings (Elsevier) in de zorg zorgen ervoor dat er meer aandacht komt voor het terugdringen van het aantal fouten in de gezondheidszorg (denk aan voorbeelden als de kwestie van het Waterlandziekenhuis in Purmerend, waar orthopedisch chirurg de Bruijn uiteindelijk is ontslagen ('Radar' van 10-01-2011; Skopr 07-10-2010), of het Medisch Spectrum Twente dat uiteindelijk een omstreden neuroloog heeft laten gaan (Skopr 14-03-2011; NRC Handelsblad 02-09-2010)). Voor het voorkomen van zulke situaties worden bijvoorbeeld checklisten in het leven geroepen, die er op hun beurt weer voor zorgen dat operatieprocedures extensiever worden. Het volgen van al deze stappen levert extra werk voor de professional op. Er zou dus extra werkdruk op medisch specialisten komen te staan. Daarnaast kan de angst voor een claim een stressfactor worden in het dagelijkse werk van een medisch specialist, wat wanneer deze angst een constante is een sterk negatief effect zal hebben op het plezier in zijn werk en het vertrouwen dat hij uit de samenleving ervaart (KNMG, 2007).

Aan de hand van deze ondervindingen zullen gesprekken met relevante betrokkenen worden gehouden, waarna de resultaten van deze gesprekken aan de theorie getoetst worden.

Zo wordt gekeken of aan de verwachtingen wordt voldaan, en of er inderdaad nog geen directe sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast zal worden gekeken hoe medisch specialisten dit in de praktijk ervaren, en of zij al redenen zien om zich zorgen te maken over de beschreven ontwikkeling.

Hoofdstuk 3 – Methode en technieken

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk licht het empirische deel van het onderzoek toe. Allereerst zal de focus van het onderzoek toegelicht worden. Vervolgens zal uiteen worden gezet welke methode van onderzoek is toegepast. Hierbij zal worden uitgelegd waarom de bewuste methode is gekozen, hoe dit uitgewerkt is, hoe de respondentenselectie heeft plaatsgevonden en voor welke respondenten uiteindelijk is gekozen. Ten slotte zal het wetenschapsfilosofisch perspectief van dit onderzoek toegelicht worden, wat leidend zal zijn voor het uitvoeren van het empirische onderzoek.

3.2 Focus van het onderzoek

Dit onderzoek legt zich toe op het werk van medisch specialisten en de uitdagingen waaraan zij in de publieke omgeving van hun werk onderhevig zijn. In dit onderzoek ligt de focus op de uitdaging die een opkomende claimcultuur in ziekenhuizen zou kunnen stellen aan het werk van medisch specialisten. Omdat het bestaan van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen geenszins bewezen is, legt de onderzoeksvraag zich in de eerste plaats toe op de vraag of hier überhaupt sprake van is. Vervolgens wordt de mogelijke invloed hiervan op het werk van medisch specialisten geschetst.

Uit de behandelde literatuur (zie hoofdstuk 2) is gebleken dat er binnen Nederland nog niet eenduidig kan worden gesproken over het bestaan van een claimcultuur. Wie dit wil kan hier wel steeds meer signalen voor opmerken. Ervaringen in andere landen laten zien dat met name de zorgsector gevoelig is voor het type claims dat hierbij komt kijken. Dat deze trend juist in de zorgsector moeilijkheden kan veroorzaken ligt voor de hand, aangezien het juist de zorgsector en de geneeskunde zijn waar nauwelijks sprake kan zijn van risicoloos werken. Ook de opkomst van Nieuw Publiek Management, waarin verantwoording en efficiënt werken centraal staan, zet de verhoudingen tussen het publiek en medische professionals (artsen) op scherp. In dit onderzoek ligt de focus op de visie van medisch specialisten. Zij hebben een duidelijk professionele status binnen de zorg sector, en ervaren als professionals de invloed van de claimcultuur op hun werk.

3.3 Methode

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de methode van onderzoek. De komende tekst focust zich specifiek op de methode die voor het verkrijgen van informatie gehanteerd is, namelijk het hanteren van kwalitatief onderzoek, het houden van gesprekken, met een brede groep respondenten. Hieronder wordt beschreven waarom er is gekozen voor de kwalitatieve inslag, welke invulling dit heeft gekregen en hoe de keuze voor respondenten tot stand gekomen is en waarom.

3.3.1 Exploratief onderzoek

Dit onderzoek kenmerkt zich als een exploratief onderzoek (Baarda en de Goede 2006). Een onderzoek valt in de categorie 'exploratief' wanneer de vraagstelling van het onderzoek zich als 'open' kenmerkt, en het een tussenvorm tussen beschrijvend (bijv. een opsomming) en toetsend (empirie toetsen aan voorop gestelde verwachtingen) onderzoek betreft. Bij het doen van exploratief onderzoek worden antwoorden gezocht op de vraag naar welke verbanden er kunnen worden gelegd tussen de onderzoekseenheden.

In dit onderzoek is in de eerste stadia een theoretisch kader opgesteld waarin wordt beschreven wat een claimcultuur is, wie medisch specialisten zijn en voor welke uitdagingen deze beroepsgroep komt

te staan. Wat betreft de claimcultuur is er gekeken naar het fenomeen in de literatuur en in de praktijk (in Amerika), waarna enkele indicatoren afgeleid zijn. Naast literatuur en ervaring in Amerika is er een discussie beschreven over het bestaan van een claimcultuur in Nederland, waarin onder andere media-aandacht en het agenderen van dit thema op de politieke agenda naar voren kwamen. De onderwerpen claimcultuur, medisch specialisten invloed op deze beroepsgroep lijken op basis van dit theoretisch kader met elkaar in verband te kunnen worden gezet, wat vervolgens verder wordt onderzocht op basis van de empirie. Door middel van het houden van interviews met respondenten wordt aangetoond of deze verbanden ook bestaan of niet. Ondertussen blijft er ruimte voor nieuwe inzichten of het aanvullen van het theoretisch kader met zaken die door middel van de gesprekken aan het licht zijn gekomen. In de conclusie kan ten slotte uitsluitel gegeven worden over de gevonden verbanden in de informatie, met het oog op de hoofdvraag.

3.3.2 Kwalitatief onderzoek

Het gebruik van de kwalitatieve methode staat centraal in dit onderzoek. Dit betekent dat de informatie is vergaard aan de hand van interviews of gesprekken met respondenten. *“Interviewen is de aangewezen methode van dataverzameling wanneer je iets wilt weten over attitudes, opinies, gevoelens, gedachten of kennis”* (Baarda en de Goede, 2006). Door interviews in te zetten als onderzoeksmethode krijgt de onderzoeker de kans uitgebreid met de respondent in gesprek te gaan over het onderzoeksonderwerp. Via het interview kan de onderzoeker de primaire reactie van de respondent vaststellen, om verduidelijking vragen bij gegeven antwoorden, op antwoorden dieper ingaan en samen met de respondent verbanden leggen. Het risico van het geven van sociale antwoorden kan ondervangen worden doordat de onderzoeker direct door kan vragen op een antwoord, of doordat de onderzoeker de vraag op een andere wijze stelt. Interviews hebben ook als voordeel dat de onderzoeker kan constateren wat de primaire reactie van een respondent op een vraag is, en hier op in kan spelen.

Bij het hanteren van toetsend kwalitatief onderzoek stelt de onderzoeker interviewvragen op aan de hand van topics, die worden afgeleid uit het opgestelde theoretisch kader. Het eerste interview dat volgt is van open aard, dat wil zeggen dat het hele interview wordt gehouden aan de hand van enkele vooraf opgestelde vragen (Baarda en de Goede, 2006). Op basis hiervan beoordeelt de onderzoeker zijn opgestelde interviewvragen en de verkregen informatie, waarna de inrichting van de volgende interviews (semigestructureerd) kan worden bepaald.

In dit onderzoek is de toetsende kwalitatieve onderzoeksmethode toegepast door met een relevante groep betrokken te spreken over het al dan niet bestaan van een claimcultuur in Nederland. Vervolgens is in deze gesprekken ingegaan op de invloed die dit kan hebben op het werk van medisch specialisten. Het hanteren van gesprekken of interviews met betrokkenen is voor dit onderzoek wenselijk geweest om sociaal wenselijke antwoorden te voorkomen. De term ‘claimcultuur’ klinkt beladen en roept bij respondenten associaties op van aansprakelijkheid en nalatigheid. Het is dan ook belangrijk geweest de respondent aan te kunnen kijken en duidelijk uit te kunnen leggen wat er met het onderzoek beoogd werd. Ook is het nuttig geweest omdat het onderwerp relatief nieuw is, en respondenten na enig doorvragen toch bekender blijken te zijn met de materie dan ze zelf denken. Dit blijkt ook wanneer de vragen worden hergeformuleerd aan de hand van de indicatoren. Omdat het thema voor mij als onderzoeker ook relatief nieuw is, heeft het me geholpen door middel van de gesprekken met respondenten meer grip op de stof en de zaken die er bij kwamen kijken te krijgen.

3.3.3 Interviews

Vanwege de kwalitatieve aard van het onderzoek is er, zoals hierboven is beschreven, gebruik gemaakt van interviews om empirische gegevens te verkrijgen. Het geformuleerde theoretisch kader heeft gediend als basis voor de interviewvragen; op basis van dit kader zijn een aantal topics

gevormd, naar aanleiding waarvan de interviewvragen zijn opgesteld. Vervolgens heeft er een eerste, open interview (Baarda en de Goede, 2006) plaatsgevonden om ook als onderzoeker met een open blik het onderzoek in te gaan en te kijken hoe de respondent reageerde op de vragen. Hieruit bleek hoe de respondent reageerde op de vragen, welke componenten er nog misten en of de topics compleet waren. Op basis hiervan zijn de interviewvragen aangepast en zijn de semigestructureerde interviews met de overige respondenten gestart. Naar aanleiding van de gesprekken bleek al snel dat enkele onderwerpen consequent, gevraagd of ongevraagd, ook aan bod kwamen. Deze zijn vanwege hun relevantie later alsnog opgenomen in de topiclijst.

Nadat alle interviews zijn afgerond heeft de analyse van de interviews weer op basis van dezelfde topics plaatsgevonden. Door middel van de analyse van de topics kon weer een antwoord worden geformuleerd op de opgestelde empirische deelvragen, waarna in vergelijking met de theoretische informatie een conclusie kon volgen.

3.3.4 Topicselectie

Op basis van het theoretisch kader zijn, binnen zes thema's, een aantal topics tot stand gekomen. Deze topics zijn leidend geweest in het opstellen van de interviewvragen. Naar aanleiding van een eerste open interview en latere semigestructureerde interviews zijn vervolgens nog topics toegevoegd. Het uiteindelijke overzicht van de topics diende weer als handvat voor het analyseren van de interviews. Hieronder zal worden toegelicht welke topics zijn gehanteerd en waarom. Voor een overzicht is tabel 2. toegevoegd onder deze subparagraaf.

Topic één t/m vijf: claimcultuur

De topics één tot en met vijf hebben betrekking op het fenomeen claimcultuur. Het eerste topic is inleidend en focust zich op de vraag wat de respondenten verstaan onder het begrip claimcultuur. Het tweede topic vraagt vervolgens of de respondent dan ook denkt dat er sprake is van zo'n claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. Topic drie, vier en vijf gaan respectievelijk in op het informed consent, defensive medicine en ambulance chasing. Samen vormen deze drie indicatoren voor het bestaan van een claimcultuur.

Topic zes en zeven: vergelijkbare situaties

Topic zes legt de nadruk op de vergelijking van de situatie van Amerika en die van Nederland. Omdat de 'angst voor Amerikaanse toestanden' voor mensen een grote aanleiding is om bang te zijn voor een claimcultuur in Nederland was het belangrijk de respondenten expliciet te vragen waarom ze dit dachten, en waarin zij dachten dat Nederland en Amerika van elkaar verschilden.

In topic zeven is hetzelfde gedaan voor andere landen in Europa, maar op iets kleinere schaal.

Topic acht en negen: cultuurverandering

Topic acht en negen stonden niet in de oorspronkelijke opzet van het onderzoek. Uit de gesprekken met respondenten is echter gebleken dat zij een verband zien tussen de verandering in de verhouding tussen arts en patiënt en waarom men denkt dat er sprake is van een claimcultuur in Nederland. Daarom was het, met name ook voor de analyse van de resultaten, belangrijk deze topics alsnog op te nemen. Topic negen, communicatie, is expliciet opgenomen omdat de respondenten opmerkten dat naar aanleiding van deze 'cultuurverandering' in de relatie arts/patiënt communicatie in toenemende mate van belang is geworden. Communicatie wordt zelfs aanbevolen als één van de belangrijkste sleutels tot het voorkomen van claims.

Topic tien en elf: invloed van claimcultuur

Na de oriëntatie op het begrip claimcultuur en de zaken die hierbij komen kijken komt de invloed van het bestaan van een claimcultuur op het werk van specialisten ter sprake. Zelfs als men niet vindt dat er sprake is van een claimcultuur kunnen ingezette trends hiervan toch van invloed zijn op het werk (denk aan informed consent). Topic tien bespreekt of de respondenten denken dat er een directe

angst voor een claimcultuur in de beroepsgroep bestaat. Topic elf vraagt in hoeverre dit van invloed is op het werk van de medisch specialisten. Deze twee topics zijn in het bijzonder aan de medisch specialisten voorgelegd.

Topic twaalf en dertien: claimcultuur in het publieke domein

Deze topics gaan in op hoe de respondenten het begrip claimcultuur in de publieke opinie ervaren: in hoeverre merken ze dat er sprake is van een toename in de berichtgeving door de media (topic dertien)? Aan de relevante respondenten is ook nadere informatie gevraagd over het bespreken van het wetsvoorstel Affectieschade in de Eerste Kamer, en hoe dit in de context van de hoofdvraag te zien is (topic twaalf).

Topic veertien t/m zestien: overig

De resterende drie topics gaan nog in op de GOMA gedragscode (topic veertien), specialismen die kwetsbaar zijn voor claims (topic vijftien) en een samenvatting van het interview (topic zestien). Het topic met betrekking op de GOMA vraagt of de respondent bekend is met het bestaan ervan, en wat het effect van deze gedragscode is op het bestaan van/de opkomst van een claimcultuur in Nederland. In topic vijftien bespreken de respondenten welke specialismen binnen het ziekenhuis het meest kwetsbaar zijn voor claims. Topic zestien ten slotte bestaat er uit telkens samen te vatten wat de respondent tijdens het gesprek gezegd heeft. Dit topic is opgesteld voor het interview, ter ondersteuning van de onderzoeker en om een overzicht van de verkregen informatie te houden. Het is niet gebruikt in de verwerking van de resultaten.

Aan de hand van de topics zijn eerst de interviewvragen opgesteld. De interviewvragen zijn opgenomen in bijlage 2. Nadat alle interviews gehouden zijn heeft aan de hand van deze zelfde topics weer de analyses van de interviews plaatsgevonden.

Tabel 2. Overzicht gehanteerde topics

Thema	Topic
Claimcultuur	1. Wat is claimcultuur?
	2. Bestaat er een claimcultuur?
	3. Informed consent
	4. Defensive medicine
	5. Ambulance chasing
Vergelijkbare situaties	6. Situatie in Amerika
	7. Situatie in het buitenland (niet Amerika)
Cultuurverandering	8. Cultuurverandering
	9. Communicatie
Invloed van claimcultuur	10. Angst voor claimcultuur
	11. Invloed claimcultuur op werk
Claimcultuur in het publieke domein	12. Politieke situatie (wetsvoorstel Affectieschade)
	13. Claimcultuur in de media
Overig	14. GOMA Gedragscode
	15. Kwetsbare specialismen
	16. Samenvatting

3.4 Respondenten

In de keuze voor respondenten is zorgvuldig gekeken naar welke partijen een relevante bijdrage zouden kunnen leveren aan het onderzoek. Er is rekening gehouden met de beperkingen die er qua tijd en reikwijdte van het onderzoek meespeelden, en mede op basis van de in paragraaf 4.3.5 beschreven topics een selectie gemaakt. Hieronder zal worden toegelicht hoe deze keuze tot stand is gekomen.

3.4.1 Respondentenselectie

De centrale vraag van dit onderzoek focust in de eerste plaats op de vraag of er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen, en vervolgens op de vraag hoe dit het werk van medisch specialisten beïnvloedt. Om een adequaat antwoord te kunnen geven is het nodig veel partijen te spreken. Immers, het antwoord of een claimcultuur bestaat in Nederlandse ziekenhuizen ligt niet alleen bij actoren in die ziekenhuizen, maar ook bij actoren daarbuiten die er mee te maken hebben, bijvoorbeeld bij de zorgverzekeraars. Naar aanleiding van een eerste open gesprek met het hoofd Juridische Zaken van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU) is een aantal respondenten opgesteld dat interessant zou zijn om te spreken. In gesprek met deze respondenten zijn weer andere interessante partijen afgeleid, wat ten slotte tot de totale respondentenselectie heeft geleid. In tabel 3 (bijlage 3) staat een overzicht gegeven van de negen respondenten die zijn gesproken over de onderzoeksvraag. Hoewel er nog een bredere variëteit aan respondenten te bedenken valt laat de beperkte tijd die voor het onderzoek staat het spreken van meer betrokkenen helaas niet toe. Dat maakt het des te belangrijker respondenten te kiezen die een goede vertegenwoordiging vormen van de onderzoekspopulatie, en die door diversiteit een compleet beeld kunnen geven van het antwoord.

3.4.2 Verantwoording respondenten

Algemeen

Naast het spreken van een bestuurslid van het UMCU (hoofd Juridische Zaken) is er voor gekozen de twee grote verzekeraars van de Nederlandse ziekenhuizen, MediRisk en Centramed, te spreken. MediRisk verzekert 70% van de in Nederland verzekerde ziekenhuizen, CentraMed de rest. Bij MediRisk is er gesproken met de directrice, bij CentraMed is er gesproken met de manager personenschade. Beiden zijn waarborgmaatschappijen, zonder winstoogmerk. In beide organisaties is ook gesproken met respondenten die een goed en volledig beeld hebben van het aantal klachten en claims die hun organisaties binnenkrijgen, en het effect dat dit teweeg brengt in ziekenhuizen en kan hebben op (het werk van) medisch specialisten. Vervolgens is er gesproken met een hoogleraar privaatrecht, die vorig jaar in opdracht van de Eerste Kamer het onderzoek met betrekking tot de risico's van een claimcultuur heeft uitgevoerd. Een belangrijke partij in een onderzoek naar het bestaan van een claimcultuur is ook de Letselschade Raad (LSR). De LSR vangt slachtoffers van medische ongevallen op en probeert alle betrokken partijen met elkaar in gesprek te brengen, tot een oplossing te komen en tegengestelde belangen te overbruggen. Zij heeft hier geen eigenbelang bij. De LSR is tevens actief in het promoten van de GOMA Gedragscode. Deze gedragscode is ondertekend door bijna alle relevante partijen binnen het afhandeltraject van medische ongevallen. Binnen de LSR is gesproken met een projectleidster die verantwoordelijk is voor het platform waar de verschillende partijen elkaar ontmoeten.

Medisch specialisme

De onderzoeksvraag focust zich voor een groot deel op de vraag wat de invloed van een claimcultuur zou kunnen zijn op het werk van medisch specialisten. Zij zijn ten slotte ook de groep die direct te maken krijgen met het bestaan van een claimcultuur, aangezien zij er (deels) onderwerp van kunnen

zijn. Om een representatief antwoord op de hoofdvraag te kunnen geven is ervoor gekozen een keuze te maken voor één specialisme om te interviewen. Een bredere groep respondenten zou interessant zijn maar zou, gezien de beperkte tijd, geen representatief antwoord op de hoofdvraag geven. In de keuze voor een specialisme is een eerder (statistisch) onderzoek van verzekeraar MediRisk leidend geweest. In dit rapport “Schaderapport Radiologie MediRisk” (2009) wordt een top zes van specialismen die kwetsbaar zijn voor claims gepresenteerd:

Top zes kwetsbare specialismen over de periode 2003 – 2007:

1. Algemene chirurgie
2. Radiologie
3. Orthopedische chirurgie
4. Obstetrie en Gynaecologie
5. Kaakchirurgie
6. Anesthesiologie

Het rapport verklaart dat *“Deze zes specialismen gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor 59% van het totaal aantal schademeldingen en 62% van de totale schadelast bij MediRisk”* (MediRisk 2009). In een ander artikel wordt nader verklaard waarom het specialisme radiologie zo kwetsbaar is voor claims. Het rapport *“Foto gemist, claim aan de broek”* (MediRisk 2008) legt uit dat radiologen juridisch gezien erg kwetsbaar zijn voor claims omdat in het geval van foto’s, scans, etc. de eerste beoordelaar juridisch aansprakelijk is. Dit is in bijna alle gevallen de radioloog. Daarnaast ontstaat er wat verantwoordelijkheid betreft een wat grijs gebied in het overdragen van de foto van een patiënt aan de behandelend arts. Wanneer een radioloog op een foto een afwijking of ziekte heeft geconstateerd gaat dit in het dossier naar de behandelend arts, overwegend via de digitale route. Het is in deze niet de verantwoordelijkheid van de radioloog te controleren of de informatie is aangekomen, noch de verantwoordelijkheid van de behandelend arts dit bij de radioloog na te vragen. Wanneer er dus iets fout gaat in deze communicatie valt de foto tussen wal en schip. Juridisch gezien is de radioloog hier uiteindelijk aansprakelijk voor (MediRisk 2008; MediRisk 2009).

In de keuze voor het specialisme is er bewust gekozen voor radiologie en niet voor algemene chirurgie, omdat het laatste specialisme evengoed een heel grote achterban bevat. Onder algemene chirurgie vallen een breed aantal chirurgen. Vanwege de beperkte tijd om specialisten te interviewen, en de moeilijkheid die er toch wel bestaat überhaupt in contact te komen met specialisten bestond het risico dat het resultaat evengoed niet representatief zou zijn. Het specialisme radiologie was in deze een meer overzichtelijke keus.

De artikelen van MediRisk zijn hierbij als leidraad genomen, omdat na onderzoek bleek dat er niet veel relevante cijfers en informatie over dit onderwerp beschikbaar is.

Via de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) is er contact gelegd met een radioloog, via de begeleidster van dit onderzoek is er een tweede radioloog benaderd, en via het UMCU zijn er ten slotte twee laatste radiologen gevraagd.

3.5 Wetenschapsfilosofisch perspectief

De wetenschap kent verschillende wetenschapsfilosofische invalshoeken van waaruit onderzoek wordt gedaan. Dit onderzoek zal uitgaan van de interpretatieve benadering.

Binnen de interpretatieve benadering staat de sociale betekenis van objecten (mensen, voorwerpen, handelingen) en de betekenis die onderzoeksobjecten aan elkaar geven centraal (Alvesson and Deetz, 2000). Onderzoekers die de interpretatieve benadering aanhangen argumenteren dat we de sociale wereld niet op dezelfde manier kunnen begrijpen als de natuurlijke en fysische wereld (Tsoukas and Knudsen, 2003). Dit omdat het mensen zelf zijn die betekenis geven aan de objecten die in de wereld voorkomen, waardoor zij altijd subjectief gezien wordt. De wereld, en de situaties er

in, worden gecreëerd en krijgen betekenis door de mensen die er aan deelnemen. Dit handelen kan dan ook alleen begrepen worden door de interpretatie ervan. Kennis en begrip zijn dus op hun beurt ook subjectieve begrippen; geïnterpreteerd door de (subjectieve) onderzoeker (Gadamer in Tsoukas and Knudsen, 2003). Interpretatie vindt plaats op twee niveaus: de interpretatie van het onderzoekssubject (van zijn omgeving, het onderzoeksonderwerp, etc.) en de 'interpretatie van deze interpretatie' door de onderzoeker zelf.

Voor dit onderzoek betekent het dat er onderzocht is hoe respondenten een fenomeen, namelijk de opkomst van de claimcultuur, ervaren in hun eigen werkgebied, door naar hun mening te vragen. Dit is gebeurd door middel van het houden van interviews, of liever gezegd gesprekken. De gesprekken geven de onderzoeker de ruimte om dieper in te gaan op de betekenis van situaties of gebeurtenissen voor de respondenten (de onderzoeksobjecten). Door middel van doorvragen kan een vollediger beeld van hun antwoorden en visies op het onderwerp verkregen worden, wat, naar interpretatieve inzichten, nodig is om onderzoek te kunnen doen en betekenis te geven.

Het interpretatieve perspectief benadrukt ook elementen waar een onderzoeker zich zelf bewust van moet zijn tijdens het uitvoeren van het onderzoek, met name wanneer informatie wordt verkregen door gesprekken met respondenten. Zo is er veel wat mensen weten, maar niet kunnen zeggen, de zogenaamde 'tacit knowledge' (Polanyi 1966 in Tsoukas en Knudson). Deze tacit knowledge houdt in dat mensen niet al hun kennis onder woorden kunnen brengen. Een voorbeeld is het rijden op een fiets: de meeste mensen zullen niet precies uit kunnen leggen hoe zij dit doen of hoe het mechanisme werkt, maar ze kunnen het wel. Wanneer de technische kennis over het rijden op een fiets door iemand aan een ander wordt overgebracht betekent dit niet dat diegene ook meteen zal kunnen fietsen. De onderzoeker kan proberen dit te ondervangen door in de interviews kritisch op de antwoorden van respondenten door te vragen, vragen nog eens op een andere manier te herhalen en vragen zo expliciet mogelijk te formuleren om de juiste informatie te verkrijgen. Ook is het belangrijk dat de onderzoeker zich meer focust op wat mensen met hun woorden bedoelen dan de taal waarmee ze spreken of de woorden die ze gebruiken. De woorden die zij gebruiken zijn immers subjectief maar geven betekenis aan een bepaald gevoel of ervaring die de respondent probeert uit te drukken (Yanow, 1998).

Daarnaast moet een onderzoeker met een interpretatieve inslag zich goed bewust zijn van de rol die hij zelf speelt en de invloed die hij zelf heeft op het onderzoek en de gesprekken. De verkregen onderzoeksresultaten worden, zoals hierboven beschreven, ook door hem weer geïnterpreteerd, of door een bepaalde 'bril' bekeken. Deze interpretaties zijn op hun beurt ook weer subjectief. Het zal nooit volledig mogelijk zijn informatie op een neutrale wijze te verwerken, omdat elke handeling, alleen het aanhoren van informatie al, door mensen in verschillende kaders geplaatst wordt, en elke keer wanneer er informatie wordt doorgegeven deze door de verschillende 'interpretatiebrillen' een beetje van betekenis wijzigt (Tsoukas and Knudson, 2003). Om echter zo dicht mogelijk bij de onderzoeksvraag te blijven analyseert de onderzoeker de antwoorden van de respondenten aan de hand van het vooraf opgestelde theoretisch kader. Dit theoretisch kader, samengesteld op basis van onder andere academische literatuur stuurt de informatie die de onderzoeker binnenkrijgt in vooropgestelde banen. Dit voorkomt dat de interpretatie van de onderzoeker als het ware met de verkregen informatie 'aan de haal gaat' en zorgt ervoor dat er een consistent antwoord op de vooraf opgestelde onderzoeksvraag wordt gegeven.

In dit onderzoek dient het theoretisch kader als leidraad voor het 'ontdekken' van een claimcultuur. Aan de hand van literatuur en ervaringen uit andere landen zijn indicatoren voor een claimcultuur opgesteld, en is onderzocht hoe dit effect kan hebben op het werk van medisch specialisten. Kleuring en dus interpretatie van de bevindingen door middel van de bril van de onderzoeker kan nooit helemaal worden voorkomen, maar op basis van dit theoretisch kader en een uitgeschreven analyse van de gesprekken wordt een zo objectief mogelijk beeld gegeven.

Hoofdstuk 4 - Bevindingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op basis van de empirische gegevens een overzicht van de bevindingen gemaakt. De empirische gegevens zijn verkregen door middel van interviews met de in hoofdstuk drie beschreven respondenten. Aan de hand van de in hoofdstuk drie beschreven topics zal van deze informatie een overzicht worden gemaakt. De topics zijn op hun beurt opgesteld aan de hand van het theoretisch kader, beschreven in hoofdstuk twee. Hieronder zal aan de hand van een representatief citaat per topic kort worden beschreven wat de ondervonden reacties zijn. Aan de hand van deze bevindingen zal later de analyse van de empirische resultaten gemaakt worden.

4.2 Topic 1 – Wat is claimcultuur?

“Mensen krijgen de gedachte dat alles op geld te waarderen is. Als je dat allemaal op gaat tellen heb je een grote claim, en ja, daar krijgen mensen dollar- of eurotekens van in hun ogen.” (R4)

Op de vraag ‘wat is een claimcultuur’ bestaat geen eenduidig antwoord. Wel komen vaak dezelfde elementen terug in een antwoord. Op één ondervraagde na heeft iedereen in elk geval een negatieve indruk van het woord claimcultuur. De ondervraagden merken op dat in een claimcultuur *“claims in toenemende mate worden ingediend”* (R1), dat dit *“te pas en te onpas gebeurt”* (R2), dat financieel gewin hierbij voorop staat (R4, R9), dit steeds verder geaccepteerd wordt in de samenleving (R2, R4) en dat er sprake is van *“een verstoorde arts-patiënt relatie”* (R9). Ook houdt een claimcultuur in dat claimen geaccepteerd wordt in onze maatschappij, een mentaliteit is zelfs (R2, R4).

De ondervraagden associëren het begrip claimcultuur unaniem met de zogenaamde Amerikaanse toestanden. Onder de ondervraagden geven twee radiologen aan dat ze bij een claimcultuur advocaten in de wachtkamer van het ziekenhuis verwachten te gaan zien (R8, R9).

Één van de ondervraagden denkt bij de term claimcultuur aan het krijgen van erkenning als motivatie voor het indienen van claims (R8). De overigen zien, hoewel ze erkennen dat het indienen van een claim best terecht kan zijn (R8, R6) als motivatie primair financieel gewin.

4.3 Topic 2 – Bestaat er een claimcultuur?

“Ik heb niet de indruk dat het gierend uit de klauwen loopt” (R2)

Naar aanleiding van de vraag wat de ondervraagde onder het begrip ‘claimcultuur’ verstaat wordt gevraagd of er dan sprake is van zo’n claimcultuur in Nederlandse ziekenhuizen. Het antwoord hierop is unaniem nee (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9). De redenen die hiervoor worden aangehaald variëren *“De trend klinkt me wel bekend in de oren, maar om van een claimcultuur te spreken is te breed”* (R5), *“Als je ziet hoeveel schades MediRisk en Centramed nou eigenlijk bij elkaar behandelen, nou dat is weinig. Er is geen claimcultuur en dat zie je in de getallen”* (R2), *“Mensen zijn wel mondig aan het worden en dat belemmert het werk van werknemers bij bijvoorbeeld de gemeente of in het ziekenhuis, maar er is geen sprake van een claimcultuur”*(R3), *“Ja, je hebt hier een solidariteitsbeginsel dat mensen zeggen ja, dat moet je niet willen, en dan moet je weer met mekaar een oplossing zoeken”* (R4), *“Er is geen ontwikkeling in de richting van een claimcultuur maar in de mondigheid van patiënten”* (R7), *“Wel een toename van protocollering, maar dat betekent nog geen claimcultuur”* (R8), *“Het wordt ehm, minder ja, hoe moet je dat zeggen, als je mensen dit uitlegt blijft er altijd één vraag over; kan ik even vangen. Die kant gaat het meer op”* (R9).

Men is dus wel bekend met het fenomeen en ziet het hier en daar mondjesmaat verschijnen, maar wil nog zeker niet spreken van een claimcultuur. Wat wel duidelijk opgemerkt wordt is een toename aan de behoefte van wederzijdse communicatie, en de mondigheid van patiënten: *“Een deel van de*

claims komt dus echt rechtstreeks voort uit rottige communicatie, en dat mensen boos worden en ontevreden, en zeggen 'ja, wat moet ik' (R2). Daarnaast wordt wel een toename in de hoogte van de bedragen waar voor geclaimd wordt geconstateerd (R1, R3) "Maar wat zegt de hoogte van schadebedragen nou eigenlijk over de claimcultuur?" (R3). Ondervraagden geven aan dat de hoogte van de bedragen toeneemt omdat de levensstandaard van mensen ook toeneemt. Bij claims gaat het om erkenning, en te voorkomen dat anderen dit ook mee moeten maken (R4, R5, R1). En claims zijn lang niet altijd onterecht (R5). Ten slotte laat de rechtspraak in Nederland ook geen claimcultuur toe: "het geldende recht houdt in dat je alleen schade vergoed krijgt die je hebt geleden. Wij hebben niet zoiets wat je in Amerika hebt, dat heet dan punitive damages, dat je als een soort van een boete omdat je het zo verschrikkelijk fout hebt gedaan ook nog eens moet betalen" (R3).

4.4 Topic 3 – Informed consent

"Je gaat geen resultaatsverplichting aan met een arts" (R4)

Hoewel het informed consent wel degelijk bestaat binnen Nederlandse ziekenhuizen, wordt dit door de ondervraagden niet als middel in het voorkomen van claims gezien. Wanneer het Amerikaanse model voor informed consent aan bod komt geven enkele ondervraagden aan dat het informed consent alleen een vergelijkbare aard van contract krijgt in het geval van extreem risicovolle operaties, waarbij de patiënt schriftelijk toestemming geeft om de operatie uit te voeren en schriftelijk aangeeft de risico's te kennen (R5, R8, R9). Ondervraagden zien als primair doel van het informed consent het voorlichten van de patiënt (R2, R4, R6, R7, R8, R9) en niet het indekken van artsen tegen aansprakelijkheidsclaims (R5, R1, R2, R4, R6). *"Het informed consent geeft in deze vorm de rechten en plichten van zowel arts als patiënt weer" (R1). Enkele ondervraagden verwachten dat hier verandering in gaat komen "Je wordt geacht de patiënt voor te lichten. Maar dat is ook wel iets dat binnen een paar jaar is toegenomen" (R7, R9), "De verslaglegging in Nederland staat nog in de kinderschoenen, dat zal zich ongetwijfeld nog verder gaan ontwikkelen en juridiseren" (R2). De ondervraagden zijn wel overtuigd van het nu van het informed consent in deze vorm, "je kan er over twisten of je het moet gebruiken of niet maar het is natuurlijk wel veiliger" (R7), "De patiënt moet het wel weten maar ik hoef geen schriftelijk bewijs te hebben. Ik kan me voorstellen dat je dat wel wilt hebben op het moment dat je vaker een claim aan je broek krijgt" (R6).*

4.5 Topic 4 – Defensive medicine

"Ja, dat ken ik uit Amerika. Dat komt hier in Nederland wel voor maar op veel kleinere schaal" (R1)

Wat defensive medicine betreft geven de ondervraagden unaniem aan dat een situatie zoals in Amerika (nog) niet bestaat in Nederlandse ziekenhuizen. Afgezien van R1 en R7 zijn de respondenten wel bekend met het fenomeen, maar zijn dus niet van mening dat het in Nederland al buitenproportionele vormen aanneemt *"Nee ik denk niet dat er meer worden uitgeschreven, alleen om claims te voorkomen" (R6). Opvallend is dat de specialisten meer van mening zijn dat het fenomeen al leeft binnen het ziekenhuis dan de overige respondenten (R6, R8, R9). Zij geven aan dat het fenomeen er terloops ingekomen is, en dat dit vorm krijgt in met name een toenemende aanvraag van scans en second opinions. "Dat is natuurlijk wel een beetje gedreven doordat je niet achteraf aangeklaagd wilt worden omdat je iets over het hoofd hebt gezien!" (R8). Één specialist legt uit dat het tegenwoordig gebruikelijk is alle abnormaliteiten uit te zoeken, ook al weet je dat er waarschijnlijk niets mee aan de hand is, om maar zeker te weten dat je niet achteraf verweten zal worden dat je iets gemist hebt (R9). De ondervraagde radiologen die dit bevestigen geven ook elk aan dat deze werkwijze en motivatie door hun collega's wordt gedeeld.*

4.6 Topic 5 – Ambulance chasing

“Op het internet heb je ze, die jongens die het hardst schreeuwen en de meeste advertentieruimte kopen genereren ook het meeste verkeer. En daar zitten ook verschrikkingen tussen. Dat je denkt ‘jeetje, je zal als patiënt in de klauwen van zo’n belangenbehartiger vallen!’ dan ben je nog niet jarig!”

De personen die in Amerika bekend staan om het fenomeen ‘ambulance chasing’ worden in Nederland (door de ondervraagden) ‘belangenbehartigers’ genoemd, een vrij beroep met organisaties als ‘ArboClaim’, ‘SchadeClaim’ of ‘Euroclaim’. Hoewel maar twee ondervraagden aangeven het fenomeen niet te kennen (R6, R7) vinden de overigen niet dat hier al in grote mate sprake van is binnen Nederlandse ziekenhuizen: *“In Nederland worden deze zaken als onethisch gezien. De cultuur in Nederland is gewoon anders, hier is ook geen sprake van affectieschade bij rechtszaken”* (R5). Wat de ondervraagden wel constateren is dat niet zozeer het aantal claims toeneemt als wel de hoogte van het bedrag waarvoor geclaimd wordt (R5, R1, R4). Een verklaring daarvoor vinden zij weer in de toenemende inmenging van belangenbehartigers: *“Dat is wel interessant, die toename zit hem in de kosten van de belangenbehartigers. Wat je wel ziet is dat die mensen echt waanzinnige bedragen vragen aan kosten.”*(R5) De ondervraagden storen zich aan het feit dat deze belangenbehartigers slachtoffers vaak om hoge vergoedingen vragen, die dus indirect weer vanuit belastingpremies en verzekeraars betaald worden (R4, R1, R3, R9) met als risico dat de gezondheidszorg in Nederland duurder gaat worden. Toch zijn ze niet bang dat deze trend zich erg zal uitbreiden. De Letselschade Raad geeft aan bezig te zijn met voorlichting tegen wanpraktijken, en te lobbyen voor wetgeving die van het belangenbehartigen een gereguleerd beroep maakt (R4). *“In Europa zijn we wat beheerster en gaan we netter met elkaar om. Daarbij claimen we wel maar dan is het bedrag toch een beetje in verhouding he”* (R8), *“In de letterlijke zin van ambulance chasing komt het hier nog niet voor”*(R3). Ten slotte wordt nog opgemerkt dat er wel degelijk ook ‘goede’ belangenbehartigers bestaan: *“Je hebt ook hele goede bureaus, die aan de weg timmeren”*(R3).

4.7 Topic 6 – Situatie in Amerika

“Nederlanders zijn wel op hun centjes, en ze zijn heel mondig, maar hier zijn ze niet van hoor [claimcultuur]. Dat geloof ik gewoon niet” (R5)

Wanneer naar aanleiding van het spookbeeld ‘Amerikaanse toestanden’ wordt gesproken over het verschil tussen Amerika en Nederland geven de ondervraagden unaniem aan dat het verschil tussen de twee landen ligt in een cultuurverschil (R5, R4, R6, R7, R8, R9) en een verschil in de rechtspraak en schadeberekening (R5, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9). *“De oorzaak hiervan, of het verschil tussen deze twee landen zit hem in de cultuur en de wetgeving. In Nederland worden deze zaken ook als onethisch gezien. De cultuur in Nederland is gewoon anders, hier is er geen sprake van affectieschade bij rechtszaken”* (R5). De Nederlandse zorgverzekeraars zijn er ook niet op uit winst te maken (R2). *“Wij hebben niet zoiets wat je in Amerika hebt, dat heet dan ‘punitive damages’, dat je als een soort van een boete omdat je het zo verschrikkelijk fout hebt gedaan ook nog eens moet betalen”* (R3) *“Dat rechtssysteem is daar ook van, ‘daar valt wat te halen’”* (R7). Een oorzaak voor dit verschil vinden enkele ondervraagden in het feit dat in Europa een bestaansminimum wordt gehanteerd, en in de Verenigde Staten niet. De drang om jezelf financieel zeker te stellen is daar veel groter (R3, R4, R8, R9). *“In Nederland heb je een veel groter sociaal vangnet, gelukkig”* (R9). Één ondervraagde benoemt ook dat: *“De Nederlandse arts heeft geen inspanningsverbintenis. Hij garandeert geen resultaat”* (R2), terwijl dat in Amerika soms wel het geval lijkt te zijn.

4.8 Topic 7 – Situatie in het buitenland (niet Amerika)

Door te kijken naar landen om ons heen wordt (de mogelijkheid tot) claimcultuur in Nederland nog eens in perspectiefgesteld. *“Wanneer je Nederland vergelijkt met andere landen uit Europa krijgen onze ziekenhuizen relatief enorm weinig claims”* (R5). *“In Nederland is het aansprakelijkheidsrecht juist heel terughoudend, veel terughoudender dan het beeld dat bij juridische leken bestaat”* (R3, R4). Het Nederlandse rechtssysteem leent zich niet bepaald voor het indienen van grote claims. *“Je hebt hier geen recht op een schadevergoeding. Alleen in Nederland, Denemarken en Duitsland is dat niet. Alle andere landen in Europa kennen dat soort schadevergoedingen”* (R3).

4.9 Topic 8 – Cultuurverandering

“Nou, ja, ja vroeger was je nog echt iemand he [als arts]. Maar ja, tijden veranderen.” (R7)

Wanneer in gesprek over de vraag of de claimcultuur bestaat in Nederlandse ziekenhuizen merken de ondervraagden vaak op dat er wel sprake is van een verandering in de arts/patiënt relatie, vaak een verschil tussen ‘vroeger’ en ‘nu’. Concreet bedoelen ze dan dat de patiënt mondiger is geworden en dat communicatie belangrijker is geworden (R1, R5, R3, R6, R7, R8, R9). Dit wordt voor de meesten verklaard door toenemende technologisering (R1, R6, R8, R9) en door toenemende individualisering (R1, R9). Het belangrijkste aspect hierbij is dat het beeld van de arts, en daarmee de verwachtingen van de patiënt ten opzichte van de arts veranderen: *“de arts komt uit de ivoren toren”* (R2), *“nu is de arts meer een coach, meer een adviseur, en worden er vaker second opinions gevraagd”* (R1). *“Het statussymbool, de witte jas, gaat uit”* (R1), *“vroeger stonden artsen op een voetstuk”* (R9), *“de patiënt wordt cliënt en het spreekuur een discussie”* (R8). Opvallend is dat de toenemende mondigheid van patiënten zowel als een reden voor toename als een reden voor afname van claims wordt gezien *“Er zijn meer verwachtingen ten aanzien van de arts”* (R1, R3), *“Mondigere en slimmere patiënten zorgen voor goede communicatie, wat goed werkt in de preventie van claims”* (R8). De ondervraagden waarderen de cultuurverandering echter wel allemaal positief *“Maar dat is geen claimcultuur, dat is juist goed. Dat brengt fouten en opmerkingen aan het licht. Patiënten hebben ook een recht om ons op fouten te wijzen”* (R5)

4.10 Topic 9 – Communicatie

“Een groot deel van de claims komt voort uit rottige communicatie” (R2)

Naar aanleiding van de cultuurverandering in de arts/patiënt relatie komt naar voren dat een verandering in de manier van communiceren van artsen nodig is om mee te gaan met de tijd en claims te voorkomen. Patiënten worden mondiger en vragen dus om meer informatie en betere communicatieve vaardigheden van hun artsen, waardoor artsen beter moeten leren communiceren (R5, R1, R2, R3, R8, R9). Want over het algemeen vinden ondervraagden, ook de specialisten, communiceren niet de sterkste kant van de artsen. *“Informatievoorziening moet ook anders of beter: mensen en patiënten moeten beter bewust worden gemaakt van de risico's. Ik bedoel, specialisten zijn geen maatschappelijk werkers. Ze zijn heel aardig, maar ze gaan daar ook niet altijd goed mee om. Ze moeten daar ook in begeleid worden.”* (R5). De GOMA schrijft betere en meer open driehoekscommunicatie tussen arts, patiënt en verzekeraar voor (R1) en zowel verzekeraars als artsen geven aan dat communicatie gestimuleerd moet worden, respectievelijk door bijvoorbeeld cursussen en in de geneeskundeopleiding. De oorzaak voor misverstanden ligt dan met name in de communicatie achteraf, in de afwikkeling van een eventuele (onbedoelde) fout. Aan de andere kant geven respondenten aan dat in communicatie ook juist een risico voor claims zit: *“Overigens, binnen de claimcultuur is juist communicatie het probleem, waardoor vaak een claim ontstaat. Omdat er niet goed gecommuniceerd is”* (R8). *“En ik denk, dat dat praten ehm, aan de ene kant er toe zal leiden dat*

een aantal onterechte, en he claims zal wegvallen, en er zal ook een deel voor in de plaats komen” (R2, R9).

4.11 Topic 10 – Angst voor claimcultuur

“Nee, nee die angst leeft niet. Dat komt gewoon ook omdat we dus heel weinig klachten krijgen” (R7)

Op de vraag of er onder artsen angst voor claims speelt komen wisselende antwoorden. Een ontkennend antwoord wordt gegeven door R4, R7 en R8, terwijl R3, R2 en R9 juist bevestigend antwoorden. Ook de radiologen zijn dus onderling verdeeld. De ondervraagden die met ‘ja’ antwoorden geven aan dat de angst voor claims indirect doorwerkt in het handelen van artsen *“bang voor, dat is niet zoiets waar je ‘s ochtends.. Maar je merkt wel dat mensen er rekening mee gaan houden” (R9), “Ja enorm. Ja, dat valt op. Eh, nou dokters zijn bang om een claim aan hun broek te krijgen, en ze waarderen eigenlijk ook negatief als iemand dat doet. Althans in eerste instantie. Terwijl als je er over nadenkt, je ‘ze’ aan het denken brengt, komen daar ook echt wel andere verhalen uit” (R3), “En daar [op een opleidingsdag] ehm, leefde bijvoorbeeld de gedachte dat ze van hun verzekeraar niks mochten zeggen [over fouten], dat is iets wat je ziet, maar terugkomend op je vraag ja, daar wordt heel veel aandacht aan besteed, en dat moet ook!” (R2). De ondervraagden die ‘nee’ antwoorden herkennen het thema wel, maar willen toch niet van angst spreken *“Nou er is geen angst. Nee, ik eh, maar ze zijn zich wel bewust van het feit dat het mensenwerk is. En dat ze daar in zorgvuldig moeten handelen” (R1), “Ik heb niet het idee dat dat leeft. Ik denk niet dat daar heel anders op wordt geacteerd” (R4), “is niet zo dat wij onze werkzaamheden aanpassen met in het achterhoofd van ‘we moeten het zo en zo regelen want anders krijgen we een klacht aan onze broek’. Daarin is het toch eerder gewoon leidend hoe je het zou moeten doen” (R7).**

De angst leidt volgens de ondervraagden overigens niet tot het anders inrichten van hun werk: *“Maar het is niet zo dat we ons beleid aanpassen om de kans te verkleinen dat je een klacht niet, in ieder geval niet bewust” (R7).*

4.12 Topic 11 – Invloed claimcultuur op werk

“Het stimuleert me wel, het bewustzijn dat ik nou ja, aangeklaagd kan worden, om mijn werk op alle momenten zo goed mogelijk te doen” (R8)

De constatering dat er onder artsen angst zou leven voor claims, of voor een claimcultuur, kan ook van invloed zijn op het dagelijkse werk. Op de vraag of dat zo is antwoorden drie ondervraagden dat dat wisselt, het is afhankelijk van de persoon (R5, R4, R7): *“Tegen de ene arts wordt meer geclaimd dan de ander, maar er is geen sprake van een claimcultuur. Je hebt ook mensen die er van wakker liggen omdat er een claim tegen hun ingediend wordt, maar je hebt ook mensen van wie dat afglijdt” (R5). Twee ondervraagden geven aan dat bewustzijn wat betreft klachten nu eenmaal bij het beroep hoort, en dat artsen daar goed mee om kunnen gaan en dat het ook niet verkeerd is daar in af en toe aan jezelf te denken (R4, R7): *“Nee, het hoort in zekere zin ook bij het omgaan met patiëntveiligheid. Nou ja, als je het doet, dan denk je natuurlijk ook wel aan jezelf” (R7). Ten slotte merken twee ondervraagden, opvallend is dat zij beiden radioloog zijn, wel een invloed en zelfs belemmering van de angst voor claims te merken. De huidige situatie is veranderd ten opzichte van die van vroeger: *“dat er staat dat ik mijn maximale inspanningsverplichting jegens die patiënt ben nagekomen. Dat is dan, dat deed ik vroeger niet. Dus dat is wel veranderd” (R8), “De druk die op de beroepsgroep komt te staan wordt veel groter” (R9). Ook zorgt de bewustwording van de kwetsbaarheid voor claims ervoor dat er protocollering ontstaat (R8) en dat er meer procedures aangevraagd wordt, met als motivatie indekken (R9) wat weer doorwerkt in hogere kosten voor het zorgstelsel. De protocollering zorgt er ook voor dat de individuele bewegingsruimte van artsen kleiner wordt, wat risico’s kan opleveren voor patiënten (R8).***

4.13 Topic 12 – Politieke situatie (wetsvoorstel Affectieschade)

“Het was een heel uitgekleeft voorstel, juist om die claimcultuur tegen te gaan. En zelfs dat uitgekleeft voorstel heeft het niet gered” (R4)

Vorig jaar maart 2010 heeft de Eerste Kamer tegen verwachting het wetsvoorstel Affectieschade afgewezen. Dit ondanks het onderzoek dat door Arno Akkermans (VU) in opdracht van de Eerste Kamer uitgevoerd is, waaruit bleek dat er onder slachtoffers en in de samenleving wel degelijk behoefte is aan een dergelijke regeling (R3, R4). Argument voor afwijzing was dat de angst voor een claimcultuur tegengegaan moest worden, terwijl zo'n wetsvoorstel juist in het tegengaan van een claimcultuur voorziet (R5). Ook de verzekeraars stonden achter het voorstel (R4). Ondervraagden geven aan dat het vaak niet om geld maar om erkenning gaat, en geven aan *“Enige affectievergoeding vind ik echt niet onredelijk”* (R5). Zij geloven ook niet dat dit bijdraagt aan een claimcultuur: *“Maar verder is de angst voor claimcultuur dus denk ik helemaal misplaatst. Sterker nog, je krijgt eigenlijk wat meer risico op allerlei claimavonturen wanneer je het niet regelt”* (R3).

4.14 Topic 13 – Claimcultuur in de media

“Het is niet zo dat de opleiding in het ziekenhuis op het gebied van communicatie in het ziekenhuis verbeterd zijn dankzij Radar” (R2)

De ondervraagden constateren niet perse een toename van het nieuws over medische ongevallen. Een aantal geeft aan dat dit is omdat hij of zij geen televisie kijkt (R2, R5, R6, R7, R8, R9) en de overigen geven aan dat de aandacht voor medische zaken er op televisie altijd al geweest is, dat dat geen piek beleeft. Als redenen geven zij hiervoor aan dat het spectaculair is en kijkcijfers genereert (R2, R3, R4, R). Een ander geeft aan dat het misschien voldoet aan een behoefte in de samenleving om iemand van zijn voetstuk te halen (R6). Ten slotte geeft iemand nog aan dat er tegenwoordig gewoon eenmaal meer media zijn (R3). Wat claimedrag betreft geeft een verzekeraar aan dat aandacht voor een medische zaak wel (tijdelijk) meer claims kan genereren *“Er is wel veel aandacht, en dat zal zeker ook wat extra claims genereren, maar ik heb, die indruk dat de verstandhouding tussen artsen en patiënten nog steeds heel erg goed is, en dat de verhoogde aandacht ook voor die communicatie die je ook in de GOMA terugziet”*. De media-aandacht kan ook positieve effecten hebben, zoals het aan het licht brengen van wanpraktijken of behandelmethodes (R2, R7).

4.15 Topic 14 – GOMA Gedragscode

“De code is een leidraad voor ziekenhuizen, voor het melden van incidenten en de transparantie hiervan” (R5)

In de zomer 2010 is de GOMA gedragscode tot stand gekomen, in samenwerking met verschillende partijen die een rol spelen in de afhandeling van klachten of claims na medische ongevallen. *“De code is een leidraad voor ziekenhuizen, voor het melden van incidenten en de transparantie hiervan”* (R5). De ondervraagden die bekend zijn met de GOMA onderschrijven het nut van de gedragscode, maar geven aan dat het een zwakte is dat de code niet ondertekend is door de belangenbehartigers (R1, R3, R4). De belangenbehartigers hebben er belang bij dat een proces zo lang mogelijk duurt, daardoor krijgen zij meer inkomsten. Terwijl de GOMA daar haaks op staat en zo'n proces in het belang van de patiënt juist zo kort mogelijk wil houden. Twee radiologen geven aan niet bekend te zijn met de gedragscode (R6, R9).

“Het valt dus misschien gewoon wel mee met de claimcultuur in Nederland” (R7)

Op de vraag welk specialisme het meest kwetsbaar is voor claims heeft geen van de ondervraagden een duidelijk antwoord. De verwachtingen liggen bij de specialismen chirurgie en orthopedische chirurgie (R1, R2), de snijdende specialismen (R2) en gynaecologie (R2, R3, R7). Met name bij gynaecologie omdat het daar om baby's en kinderen gaat, en dat onderwerp toch vaak wat meer precair is. Ook qua claims is dat vervelend, omdat men hier bij onbedoelde medische fouten nog een leven lang te maken krijgt. Tegelijkertijd geven sommigen aan dat de onduidelijkheid over het antwoord er mee te maken heeft dat er helemaal geen claimcultuur in Nederland bestaat (R7).

Hoofdstuk 5 – Analyse: beantwoording empirische deelvragen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de opgestelde empirische deelvragen. Aan de hand van de in hoofdstuk vier beschreven topics zijn de empirisch gegevens in hoofdstuk vijf uitgewerkt. Hier wordt aan de hand van deze informatie een definitief antwoord op de empirische deelvragen gegeven. De beantwoording van de empirische deelvragen zal vervolgens in het volgende hoofdstuk getoetst worden aan het theoretische onderzoek, aan de hand waarvan een conclusie op de hoofdvraag gesteld kan worden. Hieronder worden de empirische deelvragen nog één keer herhaald:

1. *In hoeverre is er sprake van het bestaan van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen?*
2. *Hoe ervaren medisch specialisten het bestaan van een claimcultuur?*
3. *Welke gevolgen ondervinden medisch specialisten hieraan in het uitoefenen van hun werk?*

5.2 Deelvraag 1

“In hoeverre is er sprake van het bestaan van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen?”

Bij het beantwoorden van deelvraag 1 staat het centrale element van de deelvraag als een paal boven water: de claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen bestaat (nog) niet. Hier zijn de ondervraagden het unaniem, los van elkaar, over eens. Ter verklaring wordt een breed aantal redenen aangehaald (zie topic 2), waar enkele duidelijke argumenten uit kunnen worden gedistilleerd. Ten eerste geven enkele ondervraagden aan dat een claimcultuur simpelweg nog niet uit de cijfers over klachten en claims van onder andere verzekeraars en ziekenhuizen blijkt. Zij geven aan dat zolang het uit de cijfers nog niet blijkt, er dus ook geen sprake kan zijn van een claimcultuur. Daarnaast staan twee andere argumenten centraal. Deze argumenten komen ook voort uit de vergelijking die vrij standaard wordt gemaakt met zogenaamde ‘Amerikaanse toestanden’ als het om claimcultuur gaat (zie topic 6). Namelijk ten eerste dat het Nederlandse rechtssysteem en de wetgeving zich er niet voor lenen, en ten tweede dat de Nederlandse mentaliteit zo niet is ingesteld. Dat het Nederlandse rechtssysteem zich hier niet voor leent blijkt met name uit het feit dat er nog geen ruimte is voor het verkrijgen van zogenaamde ‘punitive damages’ (zie topic 2) wanneer een slachtoffer schade oploopt. Er leek verandering in te gaan komen met de komst van het wetsvoorstel Affectieschade (zie topic 12), maar na afwijzing van dit voorstel door de Eerste Kamer is deze weg weer afgesloten. De ondervraagden geven aan dat het Nederlandse rechtssysteem zich er niet voor leent grote bedragen binnen te halen, waardoor er geen cowboyverhalen over grote bedragen en ‘dollartekens in de ogen’ kunnen ontstaan. Dit duidt ook op een stukje mentaliteit onder de Nederlanders, het tweede argument in deze. Nederlanders zijn (nog) niet gevoelig voor een claimcultuur. De Nederlandse mentaliteit leent zich hier niet voor, we zijn te calvinistisch en hebben een solidariteitsbeginsel dat zo’n claimcultuur niet toelaat (zie topic 2, topic 6).

Er wordt uitdrukkelijk geformuleerd dat de claimcultuur (nog) niet bestaat, hoewel een deel van de ondervraagden wel degelijk het gevoel heeft dat het fenomeen dichterbij komt. De besproken indicatoren ‘informed consent’, ‘defensive medicine’ en ‘ambulance chasing’ worden wel geconstateerd en hier en daar zeker ook negatief gewaardeerd.

Het informed consent wordt het minst negatief gewaardeerd als indicator voor een claimcultuur, omdat het in tegenstelling tot het Amerikaanse model in Nederland absoluut nog geen vorm van een contract tussen arts en patiënt krijgt (zie topic 6, topic 3). De intrinsieke motivatie achter het informed consent wordt ook zonder uitzondering het voorlichten van patiënten genoemd.

Ondervraagden geven wel aan dat het daarnaast niet verkeerd is dat het informed consent tot op zekere hoogte ook de arts indekt tegen aansprakelijkheid achteraf, maar zij zien dat absoluut niet als primair doel van het middel.

Het bestaan van het fenomeen defensive medicine wordt in eerste instantie door de ondervraagden ontkend. Bij doorvraag blijkt echter dat zich toch situaties aan het voordoen zijn die erop duiden dat de indicator voorkomt (zie topic 4). Met name de ondervraagde radiologen geven aan dat er sprake is van een toenemende vraag aan scans, behandelingen en andere procedures. Ze geven aan dat het in hun beroepsgroep steeds gebruikelijker wordt alle abnormaliteiten die op een scan komen te controleren, om niet achteraf aansprakelijk te kunnen worden gesteld voor nalatigheid. Ook de vraag naar second opinions neemt toe (vaak op verzoek van de patiënt zelf). Hierdoor neemt de werkdruk toe, en enkele ondervraagden geeft aan zich zorgen te maken over de toenemende druk die dit op het betaalbaar houden van de Nederlandse gezondheidszorg zet.

Ook de trend ambulance chasing ten slotte wordt herkend in de Nederlandse samenleving. Het betreft hier zogenaamde belangenbehartigers (niet advocaten) die slachtoffers van medische fouten begeleiden in het indienen van klachten en claims (zie topic 5). Hoewel duidelijk nog in de kinderschoenen wordt dit fenomeen door de ondervraagden unaniem als negatief voor zowel arts als patiënt gewaardeerd. Het feit dat de bedragen waarvoor geclaimd wordt steeds hoger worden wordt ook toegeschreven aan de inmenging van deze belangenbehartigers.

Ten slotte geven de ondervraagden aan niet het idee te hebben dat het thema claimcultuur meer aandacht krijgt in de media, en merken juist op dat ze vinden dat media-aandacht positieve effecten op misstanden in de zorg kan hebben (zie topic 13). In vergelijking met landen om Nederland heen (binnen Europa) wordt het bestaan van een claimcultuur verder gerelativeerd (zie topic 13). Ten slotte wordt het opstellen van de GOMA Gedragscode, voor zover bekend, als een volgende stap in de richting van het voorkomen van claims gezien (zie topic 14) en blijkt het onduidelijk te zeggen welk specialisme het meest kwetsbaar is voor claims (zie topic 15), wat sommigen ondervraagden ertoe leidt te constateren dat het dus wel meevalt met de claimcultuur in Nederland.

Hoewel er volgens de ondervraagden dus (nog) geen sprake is van een claimcultuur binnen de Nederlandse ziekenhuizen, constateren ze los van elkaar wel een belangrijke cultuurverandering die vaak met claimcultuur wordt geassocieerd. Patiënten worden mondiger. Dit is volgens de ondervraagden een verschil met 'vroeger'. Als verklaring wordt gegeven dat mensen tegenwoordig meer individualistisch zijn, en dat technologisering hier sterk aan bijdraagt (zie topic 8). Technologisering zorgt ervoor dat patiënten via het internet beter voorgelicht zijn over ziektes en behandelmethodes, wat ertoe leidt dat zij zich tegenover een arts kritischer en mondiger opstellen en de arts/patiënt relatie verandert. De ondervraagden geven ook elk aan dat dit als gevolg heeft dat de arts van zijn voetstuk afkomt. Zij vinden dit een overheersend goede ontwikkeling, maar geven ook aan dat het maakt dat men zich bewuster wordt van de mogelijkheid tot claimen. Deze cultuurverandering legt extra de nadruk op het belang van communicatie tussen arts en patiënt (zie topic 9), waar in de volgende deelvraag verder op ingegaan zal worden.

5.3 Deelvraag 2

“Hoe ervaren medisch specialisten het bestaan van een claimcultuur?”

Hoewel deze deelvraag zich richt op de specifieke opvatting van medisch specialisten (in dit geval radiologen) ten opzichte van de claimcultuur, kan er alleen maar gezegd worden dat de specialisten de formulering van het antwoord op deelvraag 1 onderschrijven. Hier zijn ook hun opvattingen in opgenomen.

De specialisten geven aan dat het thema ‘claimen’ wel meer aandacht krijgt binnen ziekenhuizen en hun beroepsgroep, of het nu gaat om opleidingsdagen, maatschaprichtlijnen of napraten op de borrel. Op de vraag of er ook concrete angst leeft voor het onderwerp wordt wisselend gereageerd (zie topic 10). De medische specialisten zijn hier onderling ook verdeeld over. Evengoed vindt geen van de specialisten (of anderen ondervraagden) in eerste opzicht dat hun werk direct door deze ontwikkeling of angst wordt belemmerd. Ze geven aan dat het nog geen drijfveer voor het veranderen van regels of het uitvoeren van behandelingen is. Bij het doorvragen blijkt toch dat er wel, met name indirect, belemmeringen ervaren worden. Men wordt zich met name bewuster van de mogelijkheid van het krijgen van een claim, waardoor (zoals in deelvraag 1 beschreven staat) er een toename is in het aantal voorzorgsmaatregelen om maar uit te sluiten dat men achteraf van nalatigheid beschuldigd kan worden. ‘Indekken’ als motivatie achter bepaalde maatregelen of behandelingen komt ook meer en meer op. De ondervraagden zijn hier erg negatief over, en maken zich zorgen over de extra kosten die dit voor de gezondheidszorg oplevert en de individuele bewegingsruimte van artsen die hierdoor beperkt wordt (zie topic 11).

De verandering in de arts/patiënt relatie (zoals beschreven in deelvraag 1) wordt door de medisch specialisten ook unaniem als positief ervaren (zie topic 8). Zij zien ook het veranderende belang en de meerwaarde van communicatie als oplossing in het voorkomen van claims (ook wanneer zij van de zelfbenoemde ‘oude stempel’ zijn). Ze vinden het belangrijk dat in de huidige geneeskundeopleiding veel aandacht wordt geschonken aan communicatie in de arts/patiënt relatie en geven aan, wanneer zij werkzaam zijn in een opleidingsziekenhuis, hier zelf hun steentje aan bij te dragen (zie topic 9). Goede communicatie wordt als de sleutel tot het voorkomen van claims gezien, zeker in de afhandeling van een claim of klacht.

5.4 Deelvraag 3

“Welke gevolgen ondervinden medisch specialisten hieraan in het uitoefenen van hun werk?”

In de vorige deelvraag is besproken dat de angst voor claims en een claimcultuur medisch specialisten, hoewel het onderwerp wel de aandacht heeft, in eerste opzicht niet direct belemmert in hun werk. Wanneer wordt doorgevraagd blijkt dit indirect wel het geval te zijn. De specialisten geven aan dat er een toename in het aantal maatregelen is en dat er sprake is van toenemende protocollering, waardoor er, met name vanuit maatschappen en werkgroepen, meer richtlijnen geformuleerd worden (zie topic 11) en dus meer regels ontstaan. Concreet levert dit voor de beroepsgroep meer werk op. Daarnaast zorgt de zogenoemde cultuurverandering waarin patiënten steeds mondiger worden ervoor dat de arts aan meer eisen van de patiënt moet voldoen. Patiënten vragen in toenemende mate om extra scans en second opinions. Hier komt de angst voor een claimcultuur om de hoek kijken, omdat een specialist niet achteraf aangesproken wil worden op nalatigheid omdat hij een, in zijn optiek overbodige, controle niet uitgevoerd heeft. Ook dit zorgt dus voor meer werk.

Een ander aspect dat medisch specialisten zorgen baart is dat het toenemende aantal maatregelen voor extra kosten in een behandeling zorgt, wat (op den duur) druk zal zetten op kosten van de gezondheidszorg. Zij geven aan dat bijvoorbeeld een ‘simpele’ blindedarmbehandeling duurder wordt door de extra scans die worden gedaan om abnormaliteiten uit te sluiten. Iets wat niet noodzakelijk is, maar gevoelsmatig wel nodig is om niet achteraf ergens op ‘gepakt’ te worden. De specialisten spreken waardering uit voor het Nederlandse zorgsysteem waarin iedereen recht heeft op zorg, en geven aan zich zorgen te maken dat dit kan verdwijnen wanneer de kosten voor medische zorgen op deze manier zullen stijgen (zie topic 11). In het kader van patiëntveiligheid geven zij wel unaniem aan een positieve waardering te hebben voor de toename van maatregelen.

De verandering in de arts/patiënt relatie leidt ertoe dat artsen zich anders gaan opstellen tegenover hun patiënten (zie topic 8). Omdat patiënten zich in steeds mindere mate afwachtend opstellen en eerder de discussie met hun arts aangaan, worden communicatieve vaardigheden voor artsen ook steeds belangrijker, en wordt het gesprek met de patiënt een groter onderdeel van hun dagelijkse werkzaamheden. Communicatie speelt volgens de ondervraagden ook een belangrijke rol in het voorkomen van claims (zie topic 9), wat aanleiding geeft tot het nog meer nadruk leggen op dit aspect van hun baan en met name ook op dit onderdeel in de opleiding tot arts.

Hoofdstuk 6 – Conclusie

Inleiding

In dit afsluitende hoofdstuk zal worden overgegaan tot de beantwoording van de hoofdvraag. Aan de hand van de vergaarde theoretische en empirische informatie en beantwoorde deelvragen wordt een concluderend antwoord gegeven op de vraag :

“In hoeverre is er binnen Nederlandse ziekenhuizen sprake van een claimcultuur en hoe beïnvloedt het al dan niet bestaan hiervan het werk van medisch specialisten?”

Deze vraag zal in twee delen beantwoord worden. Eerst wordt het onderdeel met betrekking op de vraag in hoeverre er sprake is van een claimcultuur in Nederlandse ziekenhuizen beantwoord. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag hoe medisch specialisten dit ervaren en welke effecten zij hier in hun werk van ondervinden. Omdat er nog geen onderzoek met betrekking op het bestaan van een claimcultuur in ziekenhuizen is gedaan in Nederland is het moeilijk de empirie aan de praktijk te toetsen. Evengoed zal in de beantwoording van de hoofdvraag de theoretische informatie zoveel mogelijk getoetst worden aan de empirische, leidende resultaten.

Claimcultuur, eerder uitzondering dan de regel

In dit deel van de conclusie zal een antwoord worden gegeven op het eerste centrale element uit de hoofdvraag, namelijk de vraag of er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen. Gebaseerd op zowel de theoretische als empirische resultaten kan worden geconcludeerd *dat er van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen (nog) geen sprake is.*

Om dit te ondersteunen kunnen verschillende redenen gegeven worden. De eerste centrale reden die wordt ondersteund door zowel theorie als empirie geeft aan dat er geen sprake is van een claimcultuur binnen ziekenhuizen in Nederland omdat onze rechtspraak zich hier nog niet voor leent. In Nederland is het nog niet mogelijk aanspraak te maken op zogenaamde punitive damages, die naast materiële schade ook immateriële en emotionele schade vergoedt. Het vergoeden van deze schade leidt in bijvoorbeeld Amerika tot het excessief oplopen van de schadevergoedingen en het aantrekkelijk maken van claimen (Stolker 2001; Hoekma 1999). In Nederland leek de deur even op een kier te worden gezet voor dit vergoedingssysteem met het wetsvoorstel Affectieschade (Akkermans, 2007). Dit betekent echter nog niet meteen dat het wetsvoorstel ook tot excessief claimen zal leiden. De huidige Nederlandse rechtspraak biedt dus geen ruimte voor een claimcultuur.

Het tweede centrale argument dat hiervoor aangedragen wordt is dat de Nederlandse mentaliteit zich simpelweg niet voor een claimcultuur leent. Het Nederlandse zorgstelsel is er op ingesteld iedereen van zorg te voorzien, waardoor het niet noodzakelijk is via een claim grote bedragen binnen te halen om in je levensonderhoud te voorzien. De ondervraagden geven aan dat Nederlanders te nuchter, te calvinistisch zijn om in een fenomeen als claimcultuur op te gaan.

Ten slotte is de discussie over het al dan niet bestaan van het fenomeen claimcultuur nog in volle gang. Dit maakt dat de toevoeging ‘nog’ wordt gedaan in ‘er is (nog) geen sprake van een claimcultuur’. Een aantal academici beargumenteert de opkomst of zelfs al het bestaan van de claimcultuur in Nederland namelijk wel (bijv. Hoekma, 1999; Stolker 2001, Hartlief en Faure, 1999) en ook het Ministerie van Justitie heeft in 1999 al determinanten voor het bestaan van een claimcultuur opgesteld, naar aanleiding van de signalering van het fenomeen. Zij geven aan dat er wel sprake is van een claimcultuur omdat de Nederlandse mentaliteit aan het veranderen is en dat het aantal claims toeneemt, evenals de bedragen waarvoor geclaimd wordt (Hoekma, 1999; Hartlief 2005, Stolker 2001). Vanuit de empirie wordt echter aangegeven dat dit niet zo stellig gezegd kan worden.

De gesproken verzekeraars geven zelfs aan dat het bestaan van een claimcultuur gewoonweg niet uit de getallen blijkt. Hoewel zij vooropstellen dat de claimcultuur niet bestaat, voegen ook de ondervraagden een 'nog niet' toe. De verklaring hiervoor ligt deels in de indicatoren voor een claimcultuur die zij, in vergelijking met Amerika, al in meer of mindere mate constateren en deels in de cultuurverandering in de arts/patiënt relatie die met claimcultuur geassocieerd wordt.

Amerikaanse toestanden

De ondervraagden baseren het gevoel dat de claimcultuur dichterbij komt deels op de indicatoren van de 'Amerikaanse toestanden' die in toenemende mate in Nederlandse ziekenhuizen geconstateerd worden. De besproken fenomenen 'informed consent', 'defensive medicine' en 'ambulance chasing' worden in verschillende mate in Nederlandse ziekenhuizen geconstateerd en door de ondervraagden ook unaniem negatief gewaardeerd.

Het informed consent, dat in Amerika al in verdergaande mate de vorm van een contract tussen arts en patiënt krijgt (Schultz, 1985; Spiegel, 1980; Manning and Gaul, 1997), is in Nederland nog niet zo ver. Het informed consent bestaat hier wel en wordt met name gehanteerd bij risicovolle of experimentele operaties en dient primair als voorlichting voor de patiënt, niet als indekken voor de arts.

Het fenomeen defensive medicine zorgt voor toenemende inzet van medicijnen en behandelen, met als motivatie het (overdreven) voorkomen van abnormaliteiten en daarmee nalatigheidszaken (Anderson, 1999). In Nederlandse ziekenhuizen is er nog geen sprake van de inzet van defensive medicine. Met name enkele specialisten geven echter wel aan dat ze hier een begin in zien, vooral in het aantal behandelingen waar om wordt gevraagd. Hiermee wordt, meer dan vroeger, uitgesloten dat de arts iets over het hoofd ziet waar hij achteraf op 'gepakt' kan worden. De motivatie hierachter lijkt dus al enigszins 'indekken' te worden.

Het fenomeen ambulance chasing ten slotte wordt gelukkig het minst herkend in de Nederlandse samenleving. Hier worden zij 'belangenbehartigers' genoemd, een vrij beroep (Hartlief, 2005). Deze partij heeft de GOMA Gedragscode niet ondertekend, en wordt ook verantwoordelijk gehouden voor de oplopende bedragen waarvoor geclaimd wordt. Toch blijft het constateren hiervan de uitzondering.

Cultuurverandering

Naar aanleiding van de empirie komt naar voren dat er sprake is van een duidelijke en belangrijke cultuurverandering in de arts/patiënt relatie. Patiënten worden steeds mondiger. Hier worden individualisering en in sterke mate toenemende technologisering als redenen voor aangedragen. Patiënten lezen zich in op ziektebeelden en behandelingen en gaan de discussie aan met hun arts. Ze worden steeds zelfstandiger. Dit draagt er dan ook aan bij dat de arts van zijn voetstuk afkomt. De arts wordt een 'coach' en men spreekt niet meer van een patiënt maar van een cliënt. De verhouding tussen arts en patiënt past zich daarmee aan. Met de toenemende mondigheid en zelfstandigheid van patiënten ontstaan er ook meer claims, of in elk geval de claimbewustheid van mensen. Naast de positieve gevolgen die de zelfstandigheid van patiënten meebrengt kan deze proactieve houding of eventueel claimgedrag achteraf ook een zeker wantrouwen ten opzichte van de arts uitspreken. Dit staat op gespannen voet met het vertrouwen dat professionals motiveert en een goed functioneren van de gezondheidszorg als geheel bevordert (KNMG, 2007).

Communicatie als sleutel tot het tegengaan van claims; mening van de professionals

In dit deel van de conclusie zal de nadruk liggen op het tweede centrale element van de hoofdvraag, namelijk de vraag hoe medisch specialisten het al dan niet bestaan van een claimcultuur ervaren en of dit hun werk beïnvloedt.

Voorop gesteld kan worden dat medisch specialisten het bovengenoemde onderstrepen. Wat dat betreft blijft het antwoord op de hoofdvraag consistent. De specialisten geven aan dat het

onderwerp 'claimen' de aandacht heeft binnen het ziekenhuis maar ook op andere plekken zoals opleidingsdagen, de wandelgangen en eventueel het maatschap. Dit is belangrijk omdat dit de plekken zijn waar inhoud en controle van het beroep bepaald wordt (Schön in Noordegraaf, 2007) en waar dus ook bepaald wordt hoe hier op gehandeld gaat worden. Het is voor de meeste specialisten nog geen concrete angst. Het bewustzijn van de mogelijkheid tot claims belemmert het werk van medisch specialisten echter niet. Althans niet in directe zin. Indirect is er in het ziekenhuis sprake van protocollering en de toename van maatregelen omtrent de omgang en behandeling van patiënten. Deze toenemende protocollering zou een indicator kunnen zijn voor het bestaan van een claimcultuur. Dit wordt ondersteund door de literatuur, al eerder stelde de minister van Justitie toenemende protocollering en verzakelijking van relaties op als determinanten van een claimcultuur (zie tabel 1, 1999). Deze van buitenaf opgelegde regels zetten spanning op het klassieke professionalisme van de arts (Noordegraaf, 2007; Trappenburg, 2011) die bij voorkeur zijn eigen omgangsregels opstelt. Ook zorgt de toenemende protocollering en het nemen van extra maatregelen voor een toename van werkdruk op de beroepsgroep. De claimcultuur zou in die zin dus indirect een belemmerende invloed hebben op het werk van medisch specialisten.

Daarnaast jagen deze belemmeringen, de extra scans, maatregelen, etc., de gezondheidszorg in Nederland op kosten. Vanuit hun klassieke professionalisme wordt dit door medisch specialisten (persoonlijk) als belemmerend ervaren, als factor die zij enorm vervelend vinden in het licht van het 'hogere doel' (Trappenburg, 2011), het verzekeren van gezondheidszorg voor iedereen.

In het kader van patiëntveiligheid waarderen medisch specialisten de toename aan maatregelen positief. Dit komt eveneens naar voren uit de literatuur. In het beroep van medisch specialisten is het genezen van patiënten een klassieke waarde en het hogere doel van het beroep. Maatregelen die hieraan bijdragen zullen dan ook positief worden gewaardeerd (Trappenburg, 2011).

De specialisten zijn ook positief over de cultuurverandering die plaatsvindt in de arts/patiënt relatie, zolang hier op een goede wijze invulling aan wordt gegeven. Een negatieve invulling hiervan zou zijn dat claims toenemen omdat men mondiger wordt. Een goede invulling hiervan zou zijn dat claims juist afnemen omdat de communicatie tussen arts en patiënt beter verloopt. Hier ligt voor artsen ook een leerpunt, zeker op het gebied van de afhandeling van claims. Communicatie wordt gezien als de sleutel tot het voorkomen van claims.

Tot slot

Als antwoord op de centraal gestelde onderzoeksvraag kan geconcludeerd worden dat een claimcultuur (nog) niet bestaat. De nadruk ligt hierbij op het woordje 'nog', waarmee duidelijk wordt gemaakt dat er wel factoren te onderscheiden zijn die impliceren dat de claimcultuur in Nederlandse ziekenhuizen 'in wording' is. Constatie van de claimcultuur in Nederland is dus eerder een uitzondering dan de regel. Medisch specialisten onderschrijven dit. Hoewel de situatie in Nederland nog fundamenteel verschilt van die in Amerika kunnen al wel indicatoren voor het bestaan van een claimcultuur onderscheiden worden. Ook beginnen specialisten hier, hoewel in verschillende gradaties, de effecten van te merken op de werkvloer. Deze trend wordt geassocieerd met de cultuurverandering die plaatsvindt in de arts/patiënt relatie, die ervoor zorgt dat patiënten mondiger en claimbewuster worden maar aan de andere kant ook helpt claims te voorkomen door communicatie in te zetten om elkaar beter te begrijpen.

De hier geformuleerde constatering dat een claimcultuur (nog) niet bestaat hoeft niet lang stand te houden. De discussie over het onderwerp is levendig en ontwikkelingen in onder andere de politiek kunnen de situatie snel in een andere richting doen verschuiven.

Hoofdstuk 7 – Discussie

In dit laatste hoofdstuk zal worden gereflecteerd op het onderzoek. Hierbij zullen enkele opmerkingen achteraf gemaakt worden en zal worden gereflecteerd op de inhoud van het stuk. Daarnaast worden enkele aanbevelingen voor mogelijk vervolgonderzoek gedaan.

Dit onderzoek is een onderzoek naar de vraag of er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse *ziekenhuizen*. Aan de hand van de situatie in Amerika, waar de claimcultuur al ontwikkeld is, zijn enkele indicatoren afgeleid die aan kunnen tonen dat er sprake is van een dergelijke claimcultuur. Hierbij is ter ondersteuning ook gebruik gemaakt van de determinanten die zijn opgesteld door het Ministerie van Justitie (1999), met betrekking op het al dan niet bestaan van een claimcultuur in de Nederlandse *samenleving*. De resultaten van dit onderzoek hebben dan ook strikt betrekking op de situatie in Nederlandse ziekenhuizen en zeggen geenszins iets over de situatie van de Nederlandse samenleving in zijn geheel.

Hetzelfde kan opgemerkt worden over de situatie binnen het ziekenhuis. Hoewel er vanaf een algemenere basis is gewerkt, namelijk de vraag of er sprake is van een claimcultuur binnen het ziekenhuis, is er daarna dieper opgegaan in de ervaringen hiervan van het specialisme radiologie. De vraag welke effecten dit op hun werk heeft gaat dus enkel voor hen op. Op de vraag wat zij merken van het al dan niet bestaan van een claimcultuur in het ziekenhuis kan wel weer breder opgevat worden. Omdat tijdens de gesprekken en in de vraagstelling telkens is gevraagd naar de ervaringen van de specialist, maar vooral ook naar hoe hij dit ervaart binnen de beroepsgroep en onder collega's zijn de resultaten dus wel representatief. Het zou erg interessant zijn dit onderzoek uit te breiden door de opzet van dit onderzoek uit te voeren bij andere specialismen. In de gesprekken en ook op basis van de top zes van MediRisk zouden de specialisme gynaecologie en algemene chirurgie hier het meest voor in aanmerking komen (zie paragraaf 2.2.3 en 4.16).

Daarnaast is het belangrijk op te merken dat dit onderzoeksgebied nog enorm in beweging is. Dit betekent niet alleen dat er nog geen empirisch bewijs over de onderzoeksvraag was om op verder te gaan, maar ook dat er zich met enkele wijzigingen alweer grote ontwikkelingen in de situatie zouden kunnen voordoen. De invoering van het wetsvoorstel Affectieschade is hier een voorbeeld van. De Eerste Kamer heeft dit voorstel afgewezen, maar op korte termijn wisselt deze weer en liggen er misschien weer nieuwe mogelijkheden. De Tweede Kamer had immers al ingestemd en er is aangetoond dat het voostel binnen de samenleving voldoet aan een behoefte. Het zou wellicht interessant zijn om, voortbordurend op dit onderzoek, aan te tonen dat de angst voor het bestaan van een claimcultuur in de samenleving op dit moment ongegrond is.

Overzicht van de geraadpleegde literatuur

- Akkermans, A., e.a. (2007) "Slachtoffers en aansprakelijkheid: een onderzoek naar behoeften, verwachtingen en ervaringen van slachtoffers en hun naasten met betrekking tot het civiele aansprakelijkheidsrecht", Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), Ministerie van Veiligheid en Justitie
- Alvesson, M., and Deetz, S., (2000) "Doing critical management research" SAGE publications Ltd
- Anderson, R., (1999) "Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine" Archives of internal medicine
- Baarda, D. B., en De Goede M. P. M., (2006) "Basisboek methoden en technieken) Wolters-Noordhoff
- Beek, A. J., (2007) "Beter werken"
- Boom, van W., (2006) "Compensatie voor geboorteschade – van aansprakelijkheid naar no-fault?"
- Brands, W. G., (2002) "Klachten door klagers?" Ned. Tijdschr. Tandheelkunde
- Furedi, F., and Brown, T. C., (1999) "Complaining Britain" Society Abroad, Springer
- Furedi, F., (1999) "Courting mistrust; the hidden growth of a culture of litigation in Britain" Centre for policy studies, London
- Hartlief, T., (2005) *'Leven in een claimcultuur: wie is er bang voor Amerikaanse toestanden?'*
- Hoekma, A., (1999) *'Amerikaanse toestanden in het claimgedrag?'*
- Kessler, D. P., Summerton, N. and Graham, J. R., (2006) "Effects of the medical liability system in Australia, the UK and the USA" Lancet, Elsevier (2006)
- KNMG Manifest (2007) "Medische professionaliteit"
- Kritzer, H. M., (1991) "Propensity to sue in England and the United States of America: Blaming and claiming in tort cases", Journal of Law and Society
- Legemaate, J., (2007) "Het klachtrecht van de patient" Tijdschrift voor GezondheidsRecht, Springer
- Lewis, R., Morris, A., Oliphant, K., (2006) "Tort personal injury claim statistics: Is there a compensation culture in the United Kingdom?"
- Lipsky, M., (1980) "Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services" Russel Sage Foundation
- Manning, S., and Gaul, C. E., (1997) "The ethics of informed consent: a critical variable in the self-determination of health and mental health clients" Social work in health care, vol. 25., issue 3, p103-117
- Mintzberg, H., (1983) "Structure in fives: designing effective organizations"

Morris, A., (2007) "Spiralling or stabilising? The compensation culture and our propensity to claim damages for personal injury", *The Modern Law Review*

Noordegraaf, M., (2004) "Management in het publieke domein" Bussum: Coutinho

Noordegraaf, M., Geuijen, K., en Meijer, A., (2010) "Inleiding (handboek Publiek Management)" Universiteit Utrecht.

Pressman, J., L. and Wildavsky, A., (1971) "Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes. The Oakland Project" University of California, Berkely

Punch, M., (1993) "Collecting qualitative data" *Social Research*

Reijssen, P. P. M., (2001) "De geschillencommissie ziekenhuizen: een nieuwe vorm van geschillenbeslechting" *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*

Ridderbos, M., (2011) "Financieel management (handboek Publiek Management)" Universiteit Utrecht

Schultz, M. M., (1985) "From informed consent to patient choice: a new protected interest", *The Yale Law Journal* Vol. 95 Nr. 2

Spiegel, M., (1980) "Lawyering and client decisionmaking: informed consent and the legal profession", *University of Pennsylvania Law Review*

Stolker, C., (2001) '*De burger hangt aan de toga*'

Tsoukas, H., and Knudsen, C., (2003) "The Oxford Handbook of Organization Theory" Oxford University Press

Trappenburg, M (2008) '*Managers en professionals*' (Handboek Publiek Management 2010)

Trappenburg, M., (2008) "Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie (hoofdstuk 9)". Amsterdam: Amsterdam University Press.

Wilensky, H., (1964) "The professionalism of everyone?" *American Journal of Sociology*

Yanow, D., (1987) "Ontological and interpretive logics in organizational actions" Washington, DC: Georgetown University

<http://www.volkskrant.nl/vk/nl/2686/Binnenland/article/detail/1035521/2010/10/20/Beste-ziekenhuizen-in-Gouda-Amsterdam-en-Twente.dhtml>

<http://www.skipr.nl/actueel/id2397-elsevier-ranking-de-beste-ziekenhuizen-2009.html>

Bijlage I – Tabel 4 “From ‘pure’ to ‘hybrid’ professionalism” Noordegraaf (2007:768)

Table 1
“Pure” Professionalism as Controlled Content

Pillar of professionalism	Drives	Features
Content	Rational, ethical	1. Knowledge 2. Skills 3. Experience 4. Ethics 5. Appearance
Control	Political, social	6. Association 7. Jurisdiction 8. Knowledge transfer 9. Codes 10. Supervision

Bijlage II – Overzicht interviewvragen

1. Wat is volgens u een claimcultuur? (Waarom?)
 2. Denkt u dat er sprake is van een claimcultuur in de Nederlandse samenleving? (Waarom?)
 3. Denkt u dat er sprake is van een claimcultuur binnen Nederlandse ziekenhuizen? (Waarom?)
 4. Heeft u het idee dat het onderwerp de laatste tijd meer aandacht krijgt in de media?
 5. In het kader van claimcultuur is men vaak bang voor ‘Amerikaanse toestanden’. Wat stelt u zich hier bij voor?
 6. Waarom verschilt volgens u de situatie in Nederland van die in Amerika?
 7. In Amerika krijgt het ‘informed consent’ steeds meer de vorm van een contract tussen arts en patiënt. Hoe ervaart u dit in uw ziekenhuis?
 8. [Toelichting fenomeen ‘defensive medicine’] In hoeverre bent u bekend met dit fenomeen?
 9. Heeft u hier zelf mee te maken?
 10. [Toelichting fenomeen ‘ambulance chasing’] In hoeverre bent u bekend met dit fenomeen?
 11. Heeft u hier zelf ook mee te maken?
 12. Leeft het thema ‘claimcultuur’ onder collega’s in uw vakgebied/ziekenhuis?
(Of: Heeft u het idee dat het thema ‘claimcultuur’ leeft onder artsen/in ziekenhuizen?)
 13. Is er angst voor dit thema; zijn artsen actief bang voor een claim?
 14. In hoeverre beïnvloedt dit uw dagelijkse werkzaamheden/die van uw collega’s?
- (Optioneel als niet automatisch langskomt: heeft u het idee dat er een cultuurverandering gaande is in de arts-patiënt relatie?)

Bijlage III – Tabel 3: Overzicht respondenten

Tabel 3. Overzicht respondenten

Respondenten	
1.	Hoofd Juridische Zaken UMC Utrecht
2.	Projectleider Letselschade Raad
3.	Radioloog Beatrixziekenhuis Gorinchem
4.	Hoogleraar privaatrecht VU
5.	Radioloog UMC Utrecht
6.	Radioloog Schweitzerziekenhuis Dordrecht
7.	Manager personenschade CentraMed
8.	Radioloog UMC Utrecht
9.	Directrice MediRisk