

Reactie van de Vereniging Verkeersslachtoffers op het rapport van de Universiteit van Utrecht over langlopende letselschadezaken.

Inhoud:

- samenvatting
- gedetailleerde opmerkingen
- conclusies
- verbeterpunten
- Appendix 1 -- ervaringen Jetty
- Appendix 2 – ervaringen Hans

Samenvatting

Het rapport van de Universiteit van Utrecht geeft een inzicht in de problematiek van langlopende letselschadezaken. De selectie van de dossiers, die gebruikt zijn, is waarschijnlijk geen zuiver (onbevooroordeeld) gedeelte van alle zaken waarbij dit optreedt. De reden is dat een aantal verzekeraars niet wensten deel te nemen aan dit onderzoek (de slechtste verzekeraars?) en dat de verzekeraars die wel deelnamen zelf een voorselectie gemaakt hebben (en de ergste gevallen weggelaten hebben?). Dit leidt er waarschijnlijk toe dat de conclusies van het rapport de zaken wat rooskleuriger voorstellen dan ze in werkelijkheid zijn.

Veel van de aspecten, die in het rapport naar voren komen zijn ook in het Zwartboek en de Appendices van de Vereniging Verkeersslachtoffers aan de kaak gesteld en zijn dus niet echt verrassend.

De invoering van de GBL (Gedragscode Behandeling Letselschade) heeft weliswaar tot enige verbetering in de afwikkeling geleid, maar zolang deelname aan de GBL geheel vrijwillig is en het niet nakomen ervan straffeloos blijft, zal de afwikkeling problematisch blijven.

Slachtoffers zijn in het algemeen niet voorbereid op hetgeen hen is overkomen. Ook heeft niet iedereen een opleiding, die is te vergelijken met die van de medewerkers van verzekeraars en belangenbehartigers. Ook loopt een niet onaanzienlijk deel hersenletsel op. Een slachtoffer beschouwen als een 'gelijkwaardige' partij is dan ook onrealistisch. Derhalve is een geheel andere afwikkeling, dan nu gebruikelijk, noodzakelijk.

Ook uit dit rapport blijkt duidelijk dat slachtoffers de handelwijze van verzekeraars ervaren als het toepassen van allerlei tactieken om de uitkering zo gering mogelijk te maken. Dit blijkt bijvoorbeeld duidelijk uit Tabel 3.6, waarbij de doorgaande discussies over causaal verband, hoogte schadevergoeding, eindtoestand in samen 92% van de onderzochte dossiers voor vertraging hebben gezorgd.

Ook figuur 4.4 (blz. 99) laat, wat dit betreft, weinig ruimte voor twijfel.

Door de handelwijze van verzekeraars wordt de sfeer verziekt, hetwelk leidt tot wantrouwen en een conflictmodel. Als de verzekeraars een harmoniemodel willen, zullen ze zelf moeten beginnen harmonieus met het slachtoffer om te gaan en meer empathie moeten tonen met de traumatische ervaringen van het slachtoffer.

De re-integratie van slachtoffers kan veel beter worden georganiseerd en dit zou tot een daling van de kosten voor verzekeraars leiden. Zij zouden zich derhalve moeten realiseren dat er naast directe kosten ook indirecte kosten bestaan, waarmee veel geld bespaard kan worden. Want een sneller herstel en een goede re-integratie van het slachtoffers leidt tot slachtoffers met minder klachten en een beter toekomstperspectief.

Gedetailleerde opmerkingen

Blauw = Citaten uit het rapport van de Universiteit van Utrecht.

Omdat een aantal verzekeraars weigerden medewerking te verlenen, bestaat het risico dat hierdoor een 'bias' is ontstaan, mede omdat de aangevoerde argumenten van de weigeraars weinig geloofwaardig zijn. De verzekeraars die wel deelnamen mochten zelf een voorselectie maken voor de lijst van dossiers. Dit kan gemakkelijk aanleiding geven tot een 'bias' en het is dus maar zeer de vraag of de moeilijkste en/of lastigste gevallen ook op de lijst terecht gekomen zijn. Dit tast de waarde van de conclusies aan omdat het slachtoffer te maken krijgt met de verzekering van de aansprakelijke partij en daartegen geen enkel machtsmiddel heeft. Zo was London verzekeringen ronduit berucht wat betreft hun slachtofferbehandeling.

Een belangrijk punt van kritiek staat op bladzijde 184:

Onze eerste reflectie betreft het veelzijdige en ingewikkelde beeld van de kenmerken en potentiële redenen voor tijdsverloop in letselschadezaken dat is ontstaan, verstevigd en bestendigd gedurende het onderzoek. Zeker naar aanleiding van de gesprekken tijdens de onlinefocusgroepen en op basis van het dossieronderzoek bij dertien aansprakelijkheidsverzekeraars, is het voor ons zeer duidelijk geworden dat langlopende letselschadezaken (WAM, AVP, AVB) veelal openstaan vanwege onvermijdelijke en niemand na te dragen redenen (zoals: afwachten van de medische eindtoestand van de gedupeerde, de re-integratie in het arbeidsproces en de onduidelijkheid over de door het ongeval veroorzaakte beperkingen). Het over en weer 'de ander' verantwoordelijk houden voor extra tijdsverloop is, gegeven de karakteristieken van letselschadezaken, geen houdbaar standpunt.

Wij zijn het volstrekt oneens met de inhoud van de cursief onderstreepte regel omdat er te vaak vertraging ontstaat die wel degelijk vermijdbaar is.

De causaliteitsvraag omvat twee belangrijke aspecten: allereerst de aansprakelijkheid voor de schade, die bij het slachtoffer is aangericht. Het tweede betreft de causaliteit van het letsel van het slachtoffer: is dit veroorzaakt door de aanrijding of had het slachtoffer al problemen voor de aanrijding heeft plaatsgevonden? Beiden geven verzekeraars een 'prachtig' handvat voor het strooien van zand in de machine omdat de Nederlandse wetgeving slachtoffers 'de sterke partij' acht en daarom alle bewijslast, op beide gebieden, bij het slachtoffer legt. Dat is niet alleen volstrekt onredelijk, het is ook een erg zware belasting voor het slachtoffer. Dat **letselschade 'in ruim beginsel' wordt toegerekend (blz 29)** staat haaks op onze ervaringen: verzekeraars verzinnen telkens andere 'oorzaken' van het letsel of bagatelliseren de klachten. Zie ook Appendices 1 en 2. Een dergelijke benadering door verzekeraars geeft dan al snel aanleiding

tot een 'confrontatiemodel' en leidt ertoe dat slachtoffers de indruk krijgen voor alles te moeten vechten omdat er geen erkenning is en ze niet serieus worden genomen.

Het niet bereiken van de medische eindtoestand zou niet als argument mogen worden gebruikt voor het nog langer laten voortduren van de letselschaderegeling. Als na bijv. vijf(!) jaar nog steeds geen eindtoestand bereikt zou zijn, moet het slachtoffer maar het voordeel van de twijfel krijgen en niet, zoals altijd, alle nadeel van de twijfel.

Blz. 44: "Een medisch adviseur is een BIG-geregistreerde arts en werkt onafhankelijk van zijn opdrachtgever."

Medisch adviseurs zouden BIG-geregistreerd moeten zijn, maar navraag bij de NZA leerde dat medisch adviseurs niet BIG-geregistreerd hoeven te zijn, omdat ze geen behandelovereenkomst hebben met de cliënt. Hun beslissingen zijn van grote invloed en dan mag je als slachtoffer toch verwachten dat zij bevoegd en bekwaam zijn en dus ingeschreven in het BIG-register. Er zijn voorbeelden van niet-BIG geregistreerde medische adviseurs.

Blz. 44: "Met andere woorden, de gedupeerde beslist welke informatie zijn zorgverlener deelt met derden."

Dit is onjuist, het slachtoffer wordt gedwongen om toestemming te geven, omdat anders de causaliteit van de letselschade door de aanrijding niet wordt erkend. Zo simpel ligt dat.

Blz. 49: In de praktijk bestaat echter de kritiek dat een medisch adviseur niet altijd onafhankelijk is.

Zolang er een rechtstreeks financieel belang is voor de medische adviseur/expertisearts bij de opdrachtgever is er geen sprake van onafhankelijkheid, maar is er eerder sprake van belangenverstrengeling. ("*Wiens brood men eet, diens woord men spreekt*") Wij hebben dit ook al meerdere malen in Zwartboek en Appendices gerapporteerd. Het veranderen van procedures zal geen verbetering brengen, het probleem zit niet bij de huidige procedures.

Vaak geven klachten die niet of moeilijk objectiveerbaar zijn, maar er wel degelijk zijn, aanleiding tot ellenlange discussies. Dit wordt aangegrepen om klachten te ontkennen of te bagatelliseren, want 'het zit tussen uw oren'. Gewoonlijk is een slachtoffer niet in staat om de medische zaken te beoordelen en de medici zijn niet onbevooroordeeld. Ook dit pleit voor een strikte scheiding tussen medische adviseurs en verzekeraars.

Re-integratie van een slachtoffer met een tijdelijk contract kan grote problemen opleveren. Ben je nog ziek in dienst van een werkgever, dan is deze werkgever verplicht mee te werken aan re-integratie of het zoeken naar ander passend werk. Loopt je contract af voordat je weer helemaal hersteld bent, dan ga je ziek uit dienst en kom je bij het UWV of een particulier verzuim-re-integratiebedrijf terecht. In dat geval wordt re-integreren veel en veel moeilijker. Voor re-integratie heb je een werkgever nodig, die hieraan mee wil werken. Solliciteren voor een re-integratieplek (b.v. voor om te beginnen 2 x 1,5 uur per week) is ondoenlijk en werkgevers staan hier ook niet voor open. Je hebt hierbij de hulp nodig van het UWV/verzuim-re-integratiebedrijf, die ook voor een re-integratie-overeenkomst moeten zorgen. Zonder zo'n overeenkomst ben je niet verzekerd tijdens je werkuren. Hulp van het UWV/verzuim-re-integratiebedrijf is er bijna niet, waardoor slachtoffers uiteindelijk onnodig in de WIA terecht komen.

Het gebeurt ook dat mensen (onterecht) 100% arbeidsgeschikt worden verklaard en in de WW terecht komen. Dan kun je “gewoon” solliciteren naar een baan en krijg je te maken met werkgevers, die wel vinden dat je wat mankeert. Mogelijke consequentie is dan geen baan kunnen vinden of je vindt een baan en het aantal uren blijkt toch te veel te zijn om het vol te kunnen houden. Mocht je een baan kunnen vinden dan krijg je over het algemeen tijdelijke contracten en regelmatig verzuim is een reden om deze niet te verlengen. Kun je weer opnieuw beginnen! Het wordt dan helemaal een kwestie van “zoek het zelf maar uit”.

Doordat er steeds meer mensen een flexibel en/of flex-contracten hebben, is het zeer voorstelbaar dat steeds meer slachtoffers hier mee te maken zullen krijgen. Ook voor ZZPers zal re-integratie de nodige problemen op kunnen leveren.

Het niet tijdig reageren door de “tegenpartij” is een regelmatig terugkerend fenomeen, dat bij slachtoffers veel frustratie oplevert. Reacties komen niet binnen de gestelde termijn en een reden voor de vertraging wordt zelden gegeven. Het slachtoffer heeft begrip voor vertraging door ziekte of vakantie, maar vertraging door werkdruk is wel een hele slechte smoes.

Slachtoffers waren in het algemeen niet voorbereid op hetgeen hen is overkomen. Niet iedereen heeft een opleiding, die vergelijkbaar is met die van de medewerkers van verzekeraars en belangenbehartigers. Ook loopt een niet onaanzienlijk deel hersenletsel op. Het is dan onjuist om te veronderstellen dat het slachtoffer op dezelfde wijze kan acteren als voornoemde beroepsgroepen! Daarnaast heeft het slachtoffer het nadeel dat hij geconfronteerd wordt met een verzekeraar die hij niet zelf heeft uitgekozen.

Verzekeraars en belangenbehartigers moeten zich veel beter realiseren dat het slachtoffer, naast alle ellende die samenhangt met het letsel en het herstel ervan, alle werkzaamheden voor de afwikkeling ongevraagd moet gaan verrichten. Voor de professionals is het hun werk, voor het slachtoffer zijn het onvrijwillige werkzaamheden, die hem veel tijd kosten.

Onderstaand gedeelte van het rapport zegt in beknopte termen precies waar het om draait.

Blz 100: ‘Traagheid’ of ‘niet-reageren’ wordt ook vaak genoemd, en is in de perceptie van gedupeerden aldus een belangrijk punt. Deze ‘niet-voortvarendheid’ wordt een enkele keer benoemd voor de relatie tussen de rechtsbijstandsverzekering en de tegenpartij, of naar aanleiding van gegevensuitwisselingen (trage communicatie, n=2). Veelvuldiger wordt dit gezegd over de verzekeraar of – volgens gedupeerden – over de ‘tegenpartij’.²³⁰ Bij de houding van de verzekeraar wordt, naast traagheid (n=17) gezegd door gedupeerden dat over iedere uitslag wordt gediscussieerd, een niet-empathische behandelaar die alles bagatelliseert, het blijven stellen van vragen en doen van aanvullende verzoeken, het niet goed lezen van de stukken, het zijn van een stug bedrijf, zo veel mogelijk rekken, enkel geld willen verdienen en niet kijken naar de persoon, op zich laten wachten, de gedupeerde niet serieus nemen en alles traineren.²³¹ Bij de redenen voor niet-afhandelen van de vordering wordt door gedupeerden de ‘houding’ van de wederpartij genoemd (n=21). Hierbij vinden we opnieuw bewoordingen als het bewust traineren, lang rekken, het vragen naar informatie en machtigingen, het erg laat of (geheel) niet reageren, het pas laat vragen om medisch advies, het niet-meewerkend zijn, het niet erkennen van gevolgklachten, laksheid, zoeken naar haakjes om de schade te beperken, moeilijk doen over oordeel eigen specialisten, de zaak niet serieus nemen, tegenwerken hoewel aansprakelijkheid is erkend, niet mee willen

werken aan herstel behandeling, enkel naar financiële kant kijken, er onderuit proberen te komen.

Verzekeraars verzieken zelf vaak de sfeer door de manier van werken, vooral het rekken, rekken en nog eens rekken is een voor het slachtoffer onmiskenbare tactiek (zie ook de interviews in hoofdstuk 5) wat leidt tot wantrouwen en een conflictmodel. Het zo'n beetje alles in twijfel trekken en bagatelliseren met als overduidelijk doel om de uitkering zo laag mogelijk te krijgen werkt in dezelfde richting. Als de verzekeraars een harmoniemodel willen, zullen ze zelf moeten beginnen harmonieus met het slachtoffer om te gaan en hem niet te beschouwen als een kostenpost die op dezelfde wijze behandeld kan worden als een autowrak.

De 'finale kwijting' zou dienen te verdwijnen, want hierdoor worden de toekomstige kosten ten gevolge van de aanrijding afgewenteld op het slachtoffer, zijn verzekeringen (zoals ziektekosten) en de sociale verzekeringen (zoals de WIA en de bijstand).

Conclusies

Het rapport van de Universiteit van Utrecht is waarschijnlijk gebaseerd op een niet-onbevooroordeeld gedeelte van de letselschadedossiers. Dit kan betekenen dat de conclusies van het rapport een rooskleuriger beeld van de situatie schetsen dan in werkelijkheid het geval is.

De naar voren gebrachte kenmerken van de langlopende letselschadezaken komen ons bekend voor en zijn ook al meerdere malen aan de kaak gesteld in het Zwartboek en de Appendices van de Vereniging Verkeersslachtoffers.

De Gedragscode Behandeling Letselschade heeft weliswaar enige verbetering gebracht, maar zolang deelname geheel vrijwillig is en het niet nakomen van de richtlijnen geen sancties kent, zal de afwikkeling van letselschadedossiers problematisch blijven.

Door de slachtoffer-vijandige Nederlandse wetgeving krijgen verzekeraars veel mogelijkheden om het hele proces te vertragen. Voorbeelden zijn het bediscussiëren van de causaliteit van de aansprakelijkheid, de causaliteit van de blijvende klachten van het opgelopen letsel, het bereiken van de medische eindtoestand, de hoogte van de gevraagde kostenvergoedingen, etc. Ook door het veelvuldig inschakelen van medische adviseurs gaat veel tijd verloren.

De kwaliteit van de medische adviseurs is nu niet geborgd omdat deze niet BIG-geregistreerd hoeven te zijn (in tegenstelling tot wat in het rapport gesteld wordt). Ook zijn zij niet onafhankelijk omdat ze rechtstreeks door de verzekeraar van de aansprakelijke partij betaald worden, waardoor sprake is van belangenverstrengeling.

Re-integratie van slachtoffers kan stukken beter door een betere samenwerking tussen de verschillende, bij dit proces betrokken, instanties. Vooral voor slachtoffers zonder vast contract, die hun baan verliezen of zelfstandigen is dit een groot probleem.

Slachtoffers waren in het algemeen niet voorbereid op hetgeen hen is overkomen. Zij hebben gewoonlijk geen opleiding, die is te vergelijken met die van de professionals. Het is dan onjuist om te veronderstellen dat het slachtoffer op dezelfde wijze kan acteren als voornoemde

beroepsgroepen! Daarnaast heeft het slachtoffer het nadeel dat hij geconfronteerd wordt met een verzekeraar die hij niet zelf heeft uitgekozen. Ook moet een slachtoffer alle werkzaamheden voor de afwikkeling ongevraagd gaan verrichten, onvrijwillige werkzaamheden, die hem veel tijd kosten.

Verzekeraars verzieken zelf vaak de sfeer door hun handelwijze en de bejegening van slachtoffers. Als zij een harmoniemodel nastreven moeten ze bij zichzelf beginnen.

Verbeterpunten

De Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) moet wettelijk verplicht worden voor alle aansprakelijkheidsverzekeraars.

Slachtoffers dienen onverwijld op de hoogte te worden gebracht van het bestaan van de GBL.

Er dienen wettelijk verankerde sancties opgelegd te kunnen worden bij het niet nakomen van de gemaakte afspraken.

Gezien de complexiteit van de gehele afwikkeling zou ieder letselschadeslachtoffer een 'case manager' toegewezen dienen te krijgen die alle procedures nauwlettend volgt.

De Nederlandse wetgeving dient aanzienlijk minder slachtoffer-vijandig te worden omdat er geen sprake is van 'gelijkheid van partijen'. Ook dient het slachtoffer niet op alle punten het nadeel van de twijfel te krijgen en alles te moeten bewijzen.

Het begrip 'medische eindtoestand' dient ondubbelzinnig gedefinieerd te worden omdat nu iedereen hier een eigen invulling aan geeft.

Er dient een duidelijke einddatum te komen voor het afwickelen van letselschade dossiers. Het dient niet meer mogelijk te zijn om de afwikkeling maar te blijven uitstellen, bijv. omdat er nog geen medische eindtoestand bereikt zou zijn. Verschuiven van de einddatum zou goed gemotiveerd moeten worden en instemming van alle partijen vereisen.

De kwaliteit van de medische adviseurs zou geborgd dienen te worden en hun onafhankelijkheid dient beter te worden gegarandeerd door de directe band met de verzekeraar te verbreken.

Re-integratie zou sterk dienen te verbeteren omdat dit voor het slachtoffer een belangrijke stap in het herstelproces is.

De 'finale kwijting' dient te verdwijnen. Ook problemen, die pas zich pas later openbaren, zouden gedekt moeten blijven.

Appendix 1

Ervaringen van Jetty

Ik ben verkeersslachtoffer (in september 2011 op de fiets aangereden door een dronken automobilist) en heb een langdurige letselschadezaak achter de rug. Deze zaak heeft ruim 8,5 jaar geduurd en is in april 2020 afgewikkeld, **niet omdat men mijn klachten erkende als komend van het ongeval, maar omdat men bang was dat ik alles in de publiciteit zou brengen!**Belangenbehartiger en dossierbeheerder

Mijn rechtsbijstandsverzekering heeft een belangenbehartiger ingeschakeld. Keus hierin had ik niet. Ik wist ook niet dat je hierin zelf een stem kunt hebben. De belangenbehartiger is 2 keer gewisseld; ik kreeg een ander toegewezen. Gevoelsmatig mocht ik na een wisseling weer opnieuw beginnen. De advocaat, die de juridische second opinion heeft gedaan en daarna de belangenbehartiging heeft overgenomen had ik wel zelf gekozen. Ook deze advocaat is door de rechtsbijstandverzekering betaald. Zij gaf me voor het eerst het gevoel dat ik er niet alleen voor stond. De dossierbeheerder is ook éénmaal gewisseld.

Tijdigheid van de communicatie

De eerste jaren liep dit naar mijn idee redelijk vlot. Ik had geen ervaring en kon het ook nergens mee vergelijken. Voorschotten werden de eerste paar jaar regelmatig uitbetaald en werd de geleden financiële schade redelijk vergoed. Daarna hield het zo goed als op, omdat men geen causaal verband zag met mijn ongeluk. Het schadebedrag werd wel steeds hoger met financiële gevolgen voor ons als gezin (auto verkopen, geen vakanties meer).

Liep de communicatie eerst goed, na een paar jaar verliep deze stroever. Mogelijk ook veroorzaakt door de derde belangenbehartiger, die naar mijn idee minder voortvarend was dan haar voorgangers.

De termijn, die de belangenbehartiger stelde voor een antwoord werd steevast overschreden. Op een gegeven moment rekenden we pas vanaf de uiterste antwoorddatum op een antwoord en dan liet het regelmatig nog een tijd op zich wachten. Een rappel gebeurde vaak telefonisch; geen idee of dit in mijn dossier bij de belangenbehartiger staat genoteerd.

Wat me wel stoorde was dat belangenbehartiger no 3 me regelmatig vertelde dat ik begrip moest hebben voor de vertraging, omdat het vakantietijd, Kerst, wintersportvakantie, Pasen, Pinksteren was. Ik moest het maar goed vinden dat mijn zaak vertraging opliep omdat "iedereen" op vakantie ging, terwijl wij ons geen vakantie konden veroorloven!

Natuurlijk kan er vertraging oplopen met een goede reden, die zowel bij de belangenbehartiger, dossierbeheerder of gedupeerde kan liggen. Deze moet dan genoteerd worden in het dossier.

Huisbezoeken

Bijna 3 maanden na het ongeluk zijn de belangenbehartiger en de dossierbeheerder op huisbezoek geweest. Wat in dit gesprek opviel was dat er door de dossierbeheerder een waardeoordeel uitgesproken werd over de verdeling van de huishoudelijke taken. Hij vond dat mijn man wel wat meer huishoudelijke taken op zich kon nemen, omdat hij werkloos was. Dit staat ook in het verslag beschreven.

Het tweede huisbezoek heeft ruim 4 jaar na het ongeluk plaats gevonden. Hier was belangenbehartiger nr. 3 en dossierbeheerder no. 2 bij aanwezig. Ik mocht me weer verantwoorden voor mijn klachten, beperkingen en mijn beperkt aantal uren werken. En weer moest ik mij verantwoorden voor de verdeling van de huishoudelijke taken! Ook dit wordt weer in het verslag genoemd.

In de verslagen van de dossierbeheerder vind ik nu dat men de GBL onderschrijft!

Een huisbezoek door de letselschadeadvocaat is er door omstandigheden (de trein reed niet verder door een aanrijding met een persoon) niet geweest. Ook een huisbezoek door de letselschadeadvocaat en de dossierbeheerder samen heeft nooit plaatsgevonden.

Re-integratie

Mijn ervaring is dat de belangenbehartiger zich laat leiden door de beslissingen van bedrijfsartsen en het UWV. ook al zijn die in het nadeel van het slachtoffer. Ik was bezig met re-integreren (werkte al(!) 2 x 2,5 uur), toen mijn tijdelijke contract afliep en ik ziek uit dienst ging. Het UWV moest schriftelijk toestemming geven om verder te re-integreren bij de betrokken werkgever, maar hier wilden ze niet aan meewerken. "Daar waren ze niet voor", kreeg ik te horen. Een aantal maanden later (een jaar na het ongeval) kreeg ik te horen dat "het" nu lang genoeg geduurd heeft en ik werd 100% arbeidsgeschikt verklaard.

Ik werk in de zorg, dus nieuw werk vinden was niet zo'n probleem. Omdat je wat mankeert (dan dus wel), krijg je alleen tijdelijke nulurencontracten. Mijn "normale" aantal uren bleek te veel. Door overbelasting val je regelmatig uit, waardoor contracten niet verlengd worden. Bedrijfsartsen laten het gebeuren, want je contract is toch van tijdelijke aard en dan zijn ze weer van je af. Door schade en schande heb ik zelf mijn aantal uren steeds weer wat verminderd tot ik op een beperkt aantal uren zat dat goed vol te houden was. Mijn belangenbehartiger nam hierin ook geen rol, door je bij al dit "gedoe" op de één of andere manier te ondersteunen of om iemand in te schakelen, die deze rol op zich kan nemen. Ik heb dit ervaren als "zoek het zelf maar uit" en heb in vijf jaar tijd vier banen gehad met tussendoor weer periodes van verzuim en WW.

Eigenlijk als direct gevolg van het ongeluk raakte ik afgelopen juni mijn baan weer kwijt nu door overbelasting (extra gewerkt door de corona) en het niet verlengen van een contract om onduidelijke redenen. Ik ben weer ziek uit dienst gegaan en zou nu weer moeten re-integreren. Het particuliere verzuim-re-integratiebureau wil me via mijn ex-werkgever laten re-integreren zonder arbeidsovereenkomst. Ik ben wel erg vermoeiend bezig als ik hem vertel dat dat niet kan en dat je toestemming op papier nodig hebt. Volgens hem was dit niet zo. Ik heb dit nagevraagd bij de vakbond en ik heb wel degelijk gelijk.

En re-integreren? Ik denk dat ik dat kan vergeten! En hulp bij het zoeken naar een nieuwe baan voor mijn beperkt aantal uren is ook ijdele hoop! Dus weer "zoek het zelf maar uit"

Het medisch traject

Mijn klachten, veroorzaakt door het ongeval werden niet altijd serieus genomen en voor mijn gevoel afgedaan als "aanstelleritis". Men haastte zich om dit uit de wereld te helpen, want één van de brieven van de medisch adviseur van de belangenbehartiger eindigde met een soort P.S.: "het vanzelf spreekt dat de klachten van cliënte niet worden gezien als aanstelleritis en serieus worden beoordeeld".

In het expertiserapport staat dat ik klachten heb, die ik zonder ongeval niet had gehad. Deze conclusie is na vragen van de medisch adviseur van de dossierbeheerder teruggetrokken. De medisch adviseur van de advocaat heeft later op basis van ditzelfde rapport(!) steeds volgehouden dat mijn klachten van het ongeval komen.

Het slachtoffer lijkt een speelbal in het spel tussen de medische adviseurs. Zij spelen het welles-nietes spelletje en als slachtoffer ben je het lijdend voorwerp. Je hebt er ook geen enkele invloed op. Als de klachten niet goed verklaarbaar zijn, dan wordt al snel gezegd "dat het tussen je oren zit". Al met al heeft het bovenstaande geen positieve invloed op je herstel.

Aan het einde heb ik mijn eigen ervaringen als speelbal en lijdend voorwerp beschreven.

Mijn ervaringen (als speelbal) in het medisch traject:

In september 2011 liep ik een gebroken middenvoetsbeentje rechts op, dat zeer moeizaam is hersteld. Ik heb daarna altijd een zeer beperkt belastbare rechtervoet/-been gehad. Lange afstanden altijd met behulp van krukken gelopen.

groene tekst: medisch adviseur belangenbehartiger

rode tekst: medisch adviseur dossierbeheerder. In augustus 2015 is er een wisseling.

mei 2012:

spreekt zijn zorg uit voor de toekomst

juni 2012:

spreekt zijn zorg uit voor de toekomst door een mogelijke gestoorde fractuurgenezing.

augustus 2012:

verwacht een volledig herstel en geen blijvende invaliditeit.

maart 2013:

pijnklachten na deze fractuur blijven vaak lang bestaan, relatieve eindtoestand ontstaan. Tijd om de zaak af te wikkelen met een voorbehoud van 10 jaar.

mei 2013:

twijfel aan noodzaak van het voorbehoud. Orthopedische expertise?

juni 2013:

omdat ik klachten hou en nog met krukken loop, een advies voor een orthopedische expertise.

augustus 2013:

zolang ik lokale pijn ervaar en met krukken loop is, kan er niet gesproken worden over een eindsituatie. Expertise wordt dan ook afgeraden.

oktober 2013:

sprake van een medische eindtoestand.

april 2014:

chronische pijnklachten door overbelasting. Uitval van werk volledig toe te schrijven aan het ongeluk.

verklaring voor de pijnklachten is er niet.

juli – november 2014:

uitval van werk en ook het niet terugkomen op het niveau van de 20 uur werken is wel degelijk een gevolg van het ongeval.

klachten kunnen niet meer gerelateerd worden aan het ongeval.

mei 2015:

huisbezoek medisch adviseur: spieren in het been voelen hard aan, te grote spierspanning in het been (in rust) in het rechterbeen. Door pijn prikkel ontstaat een gestoord looppatroon. Dit werd door de advocaat als medisch objectiveerbaar gezien!

expertise noodzakelijk.

december 2015:

medische expertise. De expertisearts oppert of de klachten voortkomen uit een onopgemerkte breuk/scheur in het scheenbeen of door een beklemde zenuw.

februari 2016:

conceptrapport. Over de eventuele breuk in het scheenbeen of een beklemde zenuw wordt niet (meer) gesproken. Uitslagen van de röntgenfoto's van het scheenbeen ontbreken.

de expertisearts schrijft de klachten toe aan het ongeval.

maart 2016:

Definitief expertiserapport.

Er zijn geen objectiveerbare afwijkingen. Zonder ongeval had ik deze klachten niet gehad. Uitslag foto's scheenbeen: niets aan de hand.

Zenuwbeklemming; wordt niet meer over gesproken.

mei 2016:

heeft nog aanvullende vragen gesteld over het expertiserapport.

conclusie over mijn beperkingen wordt teruggetrokken. Mijn klachten komen blijkbaar niet meer van het ongeval.

De medisch adviseur van de dossierbeheerder was op het moment dat hij mijn medische gegevens (het expertiserapport) van advies moest voorzien bijna 80 jaar was en al jaren niet meer werkzaam in het ziekenhuis. Hoe ik dit weet? Door in de krant een overlijdensadvertentie tegen te komen met een volgens mij bekende naam. Ik ben gaan zoeken met het idee: dit kan toch niet waar zijn? Maar het was maar al te waar!

nooit meer een reactie van de medisch adviseur gehad.

Zelf een consult bij de neuroloog geregeld: geen zenuwbeklemming.

juni 2018:

second opinion door een door mij gekozen letselschadeadvocaat.

- er zijn fouten gemaakt door het letselschadebureau. Er ontbreken stukken in het dossier, o.a. gespreksverslagen (moet ieder jaar) en schadestukken.
- in het expertiserapport wordt aangegeven dat ik klachten heb, die ik zonder ongeval niet gehad zou hebben.
Orthopeed mag geen beperkingen toekennen, maar dat wil niet zeggen dat ze er niet zijn.

Conclusie:

Er is niet geprobeerd om een juridisch causaal verband tussen klachten en ongeval vastgesteld te krijgen.

De zaak wordt overgenomen door deze letselschadeadvocaat

groene tekst: medisch adviseur belangenbehartiger (een andere dan bij het letselschadebureau).

rode tekst: medisch adviseur dossierbeheerder. Ook hier is een wisseling door het onverwacht overlijden van de behandelend medisch adviseur.

mei 2019:

enige verklaring voor de klachten is het ongeval.

juli 2019:

de tegenpartij neemt de klachten niet serieus en is hierin de enige:

ongeval is niet de oorzaak van de pijnklachten. De schadeafwikkeling zou de subjectieve pijnklachten onderhouden.

augustus 2019:

expertisearts heeft geen medische verklaring voor de subjectieve klachten.

er is nooit informatie gevraagd aan de huisarts over eerdere klachten van het bewegingsapparaat. De huisarts heeft voor de vierde(!) keer laten weten dat ik voor het ongeval nooit klachten heb gehad.

ik ben werkzaam als verpleegkundige en die hebben aanmerkelijk vaker dan de gewone bevolking klachten van hun steun- en bewegingsapparaat.

Dus: verpleegkundigen horen niet bij de gewone mensen en als je lang in de zorg werkt, mag je ervan uitgaan dat er klachten zijn ontstaan!!

november 2019:

wel degelijk een causaal verband tussen de klachten en het ongeval.

pragmatische afwikkeling heeft de voorkeur, eventueel nog een expertise door revalidatiearts.

En dan stopt het.

De advocaat heeft geschreven dat mocht men het causaal verband blijven betwisten dat dan de rechtbank ingeschakeld zou worden.

De aansprakelijkheidsverzekeraar heeft na een (wederom) door mij afgewezen bod een acceptabel eindbod gedaan; niet omdat men mijn klachten erkende, maar omdat men bang was dat ik alles in de publiciteit zou brengen. Bang dus voor negatieve publiciteit!!!

Appendix 2

Ervaringen van Hans

Ik ben op mijn motor, toen ik rechtdoor wilde rijden, geschept door een linksaf slaande bellende automobilist. Ik lag voor oud vuil op straat, 'meneer' tegenpartij kon ongevarend uit zijn Volvo stappen,

Hij heeft verklaard dat ik 'met extreem hoge snelheid, tussen de stilstaande auto's door, zonder het voeren van licht bij duisternis, door het rode licht de kruising was opgereden'. Een kind van drie begrijpt nog dat dit wel erg ongeloofwaardig is, maar omdat het PV het beste kan worden gekwalificeerd als 'broddelwerk' en de OvJ geen snars verstand heeft van technologie en logisch nadenken kon 'meneer' tegenpartij gerust verklaringen afleggen die in strijd met de feiten zijn! Maar de OvJ heeft de zaak geseponeerd omdat 'er geen getuigen waren' en dat betekent in het Nederlandse 'recht' dat er ook geen 'bewijs' is.

De verzekering van 'meneer' tegenpartij weigerde dan ook de aansprakelijkheid te erkennen, waardoor ik uiteindelijk gedwongen was om een civiele rechtszaak te beginnen. Na een kermis van vijf(!) jaar (anders kan ik het echt niet noemen, want het kwam er uiteindelijk op neer dat ik maar een getuige moest vinden, anders was mijn claim afgewezen -dus het had in tien seconden klaar kunnen zijn (!)- die ik na drie oproepen in de krant uiteindelijk heb gevonden) werd ik in het gelijk gesteld. Daarna kon het gemarchandeer over de schade en het smartengeld beginnen. Ik kan dit niet anders kwalificeren dan 'slachtoffertje pesten'.

Allereerst had NN, ik zal verder geen namen noemen, wat er ook gebeurt, niet het fatsoen om na de uitspraak in mijn voordeel contact op te nemen met de mededeling dat men niet in beroep wenste te gaan en daarom de zaak wilde afwickelen. Nee, men liet mij lekker drie maanden (!), de wettelijke termijn waarop in beroep mag gaan (ook zo'n voorbeeld van slachtoffervrijdige wetgeving) in spanning zitten of men toch nog niet op het laatste moment beroep zou aantekenen. Uit het verstrijken van de datum moest ik dan zelf maar de gevolgtrekking maken dat het vonnis definitief was. Daarna samen met de rechtsbijstand een schadestaat opgemaakt en naar NN gestuurd. Na een maand kwam er een reactie in de vorm van 'U claimt hier xx voor de taxi van het ziekenhuis naar huis. Heeft U daar een bon van?' De overduidelijke bedoeling was om mij voor ieder bonnetje eens per maand een verzoek te sturen en omdat ik een dikke stapel bonnen had zou dat de nodige jaren gaan duren. Ik heb toen alle bonnen integraal door de kopieermachine gehaald en bij de rechtsbijstand ingeleverd met de woorden 'Meneer rechtsbijstand, die zijn kopieën van **alle** bonnen die ik heb, NN zoekt zelf het bonnetje maar waar ze om vragen, dat ga ik niet voor ze doen, ik heb door hun gedrag al veel te veel werk op mijn dak gekregen en ze hoeven ook volgende maand niet met een vraag voor een volgend bonnetje te komen, want dit zijn ze allemaal.' Niet te lang daarna bleek ook wel dat het helemaal niet om dat bonnetje ging, maar alleen om tijdrekken (wat door mijn actie aardig mislukt is), want het werd een misselijk makend loven-en-bieden over het smartengeld, dat uiteraard veel meer was dan het bedrag van dat ene bonnetje.

Ik kan de houding en benadering van NN dan ook niet anders kwalificeren als kotsmisselijk makend en veel van de aspecten die in dit rapport, vooral bij de interviews naar voren kwamen, kan ik terugvinden, dus er is in de tussentijd niet veel verbeterd in de houding van verzekeraars.

Tweede voorbeeld

Mijn (helaas overleden) partner werd op een T-splitsing op zijn motor aangereden en van weg geduwd door een linksaf slaande automobiliste. Hij wilde rechtdoor en kwam van rechts, zij moest hem dus voorrang verlenen. Meteen na het ongeval verklaarde ze dat ze echt niet wist of ze hem wel of niet geraakt had. Maar na een gesprek met de verzekering was ze 'er absoluut zeker van' dat ze hem **niet** geraakt had. Omdat ze dezelfde snelheid hadden en het contact met het rubber van het stuur geweest was, waren er geen duidelijke sporen op de auto.

Na enige weken komt er een vertegenwoordiger van de verzekering op bezoek en na een paar koetjes-en-kalfjes komt hij met het verhaal dat 'mijn partner geprobeerd zou hebben om de auto rechts in te halen en daarbij ten val was gekomen en dat dus de schuld en de aansprakelijkheid geheel bij hem lagen'. Allereerst: een dergelijke lezing is **door geen van de betrokken partijen naar voren gebracht** en komt dus uit de dikke duim van de verzekering. In de tweede plaats: ter plekke is de straat dusdanig smal dat twee personenauto's elkaar met moeite kunnen passeren. Oftewel een muis op een muizenautoped kan er nog niet langs, laat staan een motor van 1500 cc. Maar de verzekering van de automobiliste wilde op basis van dit **verzinsel** en de ingefluisterde ontkenning van de automobiliste geen aansprakelijkheid erkennen. Ik heb toen een nauwkeurige situatietekening gemaakt en die laten verifiëren door een kennis, de boel naar zijn verzekering opgestuurd (hij was all-risk verzekerd) met de mededeling dat de verzekering van de automobiliste kon kiezen uit twee opties: of de aansprakelijkheid erkennen en betalen of een proces aan de broek krijgen. Ik was des duivels. Uiteindelijk hebben ze voor de eerste optie gekozen omdat ze ook wel inzagen dat ze een proces zeer waarschijnlijk zouden verliezen en dat dan meer zou gaan kosten dan de schade zelf. Maar ook in dit geval worden weer de kwalijke praktijken van de verzekeraars ten voeten uit getoond.