



Letseljournaal

Nieuwsjournaal voor Letselschadeland, een uitgave van de VvLS

**Interview met
Marc de Hond**

**Het verhaal van
Dimitiri**

**Jaarlijks duizenden
doden door onnodige
medische missers**

Jaarlijks duizenden doden door onnodige medische missers

8



I
M

-Waar heeft u recht op?-
**Vergoeding voor
huishoudelijke ondersteuning**

7



**Het verhaal van
Dimitri**

10



Interview met Marc de Hond

4

Verder in dit nummer:

Handige Hulpmiddelen.....	12
Nieuws.....	14
Letselschaderaadvrouw.....	16
Agenda.....	16

Allereerst een heel voorspoedig en gezond 2007 gewenst namens de Vereniging voor LetselschadeSlachtoffers!

2007 begint voor de VvLS met een verandering op personeel gebied. Na jaren trouwe dienst heeft Ard Westerink zijn taken als landelijk coördinator neergelegd. Gelukkig is hij bereid de vereniging bij te blijven staan en zijn kennis te blijven delen. Met het vertrek van Ard Westerink treedt een nieuwe coördinator aan: Tamara Scheffers. De redactie van het Letseljournaal wenst haar veel succes!

Het eerste nummer van het Letseljournaal van dit nieuwe jaar schenkt extra aandacht aan medische fouten. Hoewel voor ons gevoel de gezondheidszorg in Nederland goed geregeld is, blijkt dit in de praktijk vaak niet het geval. Meer hierover kunt u lezen in het hoofdartikel "Jaarlijks duizenden doden door onnodige medische missers".

Daarnaast sprak het Letseljournaal met een aantal slachtoffers van medische fouten. Radio-dj Marc de Hond vertelt hoe hij zijn leven weer probeert op te pakken na een medische misser waardoor hij een dwarslaesie opliep en John Kleijn en Ingrid van der Bogt vertellen over het verlies van hun zoontje Dimitri. Hij overleed, amper een half jaar oud, aan een opeenstapeling van medische fouten. Om meer slachtoffers in de toekomst te voorkomen, proberen zij hun verdriet en woede om te buigen in acties om het aantal medische fouten te beperken.

Colofon

VvLS: Postbus 157, 1000 AD, Amsterdam,
0900-6353538, www.vvls.nl, info@vvls.nl

Abonnementen: Antwoordnummer 9407,
1000 VP, Amsterdam, 16 euro per jaar

Opmaak: Studio Noord, Amsterdam

Drukwerk: Van der Wiel en Smit, Arnhem
ISSN 1872-6682

'IK LEERDE AL VROEG VOOR MEZELF OPKOMEN EN DE KANSEN DIE ER ZIJN TE BENUTTEN'

Het werd hem al jong met de paplepel ingegoten door de hoogte van zijn zakgeld te koppelen aan zijn prestaties op school: als je iets wilt bereiken, moet je er zelf hard voor werken. Een adagium waarmee hij al voor zijn dertigste twee succesvolle carrières opzette. Het leek Marc de Hond (tegenwoordig radio-dj bij CAZ!) allemaal voor de wind te gaan, tot eind 2002 een tumor in zijn rug wordt geconstateerd. Na een ingreep die in eerste instantie geslaagd lijkt, blijkt de nazorg in het ziekenhuis waar hij is geopereerd niet goed genoeg. Door een bloeding in het operatiegebied ontstaat er druk op het ruggenmerg en wordt een partiële dwarslaesie veroorzaakt.

Ondernemend

Marc de Hond (29), groeit op in Amsterdam-Buitenveldert. Zijn jeugd bestaat vooral uit voetbal, computers, leuke dingen doen met vrienden en hard leren om goede cijfers te halen. Na zijn middelbare schooltijd besluit hij Economie te gaan studeren, maar binnen een halfjaar houdt hij het alweer voor gezien. Hij wil geld verdienen en zelfstandig worden en wil daarmee niet nog vier jaar wachten. Binnen een mum van tijd leert hij hoe hij websites moet bouwen en gaat hij aan de slag bij één van de eerste internetbedrijfjes in Nederland. Na daar een paar maanden te hebben gewerkt, besluit hij zijn eigen internetbedrijf op te zetten, 'Hatchoo!'.

Als 'broekie' van een jaar of twee-, drieëntwintig, meegezogen in de eerste golf van internetbedrijfjes, bouwt hij niet alleen websites, maar 'verkoopt' hij ze ook. "Het was niet alleen zaak bedrijven ervan te overtuigen dat ze hun internetsite door ons moesten laten bouwen, vaak moesten ze er eerst van overtuigd worden dat internet de toekomst had en dat een bedrijf eigenlijk niet zonder kan." Het 'pioniers-gevoel' van toen, bevalt hem wel. "Omdat internet nog zo in de kinderschoenen stond, was alles wat je bedacht ook écht nieuw en vooruitstrevend. Dat gaf een enorme kick".

Radiodebuut

Ook voor de buitenwereld bleef zijn zakelijk suc-

ces niet onopgemerkt. "Ik denk dat ik in die periode wel bijna wekelijks interviews gaf voor tv en radio. Internet werd gezien als een echte hype en regelmatig werd ik, als succesvolle jonge ondernemer, uitgenodigd om erover te vertellen." Hoewel van te voren vaak erg nerveus, gaan deze gesprekken hem over het algemeen goed af. Als hij er eenmaal zit en kan vertellen over 'zijn' onderwerp, ontstaan er leuke, boeiende gesprekken.

Zijn enthousiasme leidt er toe dat de NCRV hem na een radio-interview vraagt om vaker op te treden in programma's. "In eerste instantie ging ik hierop in omdat ik de zenuwen die ik bij zulke optredens voelde, kwijt wilde raken en me meer op mijn gemak wilde voelen met een microfoon onder mijn neus. Maar al snel kreeg ik er meer en meer aardigheid in om mee te werken aan radioprogramma's."

De stap van ondernemer naar 'dj' neemt hij in 2000. Op zijn internetbedrijf wordt een aantrekkelijk bod gedaan en Marc wordt ongeveer gelijktijdig door 3FM gevraagd om een opleidingstraject te gaan volgen. Elke zondagavond gaat hij zijn eigen radioprogramma presenteren, hij gaat 2x per week 's nachts uitzenden en loopt stage bij zijn idool Ruud de Wild. Hij is erg ambitieus en stort zich volledig op het leren van dit nieuwe vak. Daarnaast heeft hij, zoals iedere jongen van midden 20, een druk sociaal leven.

Mis

Het is tijdens één van de trainingen met zijn voetbalelftal (Marc is keeper in het 1e zaterdagelftal van AFC) dat hij voor het eerste merkt dat er iets niet helemaal klopt. Het is dan november 2002. "Ik liep wat gek en had de coördinatie van mijn been niet helemaal in de hand." Op de MRI-scan die enkele weken daarna wordt gemaakt, is te zien dat Marc een tumor in zijn rug heeft. Hoewel de tumor daar waarschijnlijk al langere tijd zit, is het advies van zijn neuroloog om hem zo snel mogelijk te laten verwijderen. Marc besluit dit inderdaad niet langer uit te stellen en rijdt vanaf het consult bij de neuroloog naar huis om wat spullen op te halen en vervolgens direct door naar het ziekenhuis om zich op te laten nemen. Achteraf blijkt dit de laatste keer

te zijn dat hij in zijn (rolstoelonvriendelijke) woning is geweest.

“Het eerste wat ik deed toen ik uit de narcose kwam, was kijken of ik mijn benen nog kon bewegen. Gelukkig was dat het geval.”

Operatie

De operatie vindt plaats op 20 december 2002, nog geen maand nadat hij het eerste signaal dat er iets niet helemaal klopte, kreeg. Van tevoren is duidelijk dat het een operatie is die niet zonder risico's is. “Het eerste wat ik deed toen ik uit de narcose kwam, was kijken of ik mijn benen nog kon bewegen. Gelukkig was dat het geval.” Ook de arts die hem geopereerd had, was tevreden over de afloop van de operatie. Een groot deel van de tumor was verwijderd. Marc moet op zijn buik blijven liggen om de wond, die wat gezwollen is, niet teveel te belasten en de zaalarts laat het verplegend personeel elk half uur controleren hoe het gaat met de wond, temperatuur, bloeddruk etc.

Gedurende de nacht na de operatie wordt dit door een verpleegster stipt elk half uur gedaan. Marc heeft wel een enigszins verdoofd gevoel in

zijn benen, maar omdat de verpleegster telkens zegt dat alles in orde is, gaat hij ervan uit dat dit normaal is na een operatie zoals hij die heeft ondergaan. De volgende ochtend blijkt dit niet zo te zijn. Na de opluchting dat hij zijn benen nog gewoon kon bewegen direct na de operatie, blijkt nu dat zijn gevoel vrijwel weg is en zijn motoriek ernstig verstoord. Met spoed wordt Marc opnieuw geopereerd, ditmaal om een bloeding op zijn ruggenmerg, die de stoornissen veroorzaakt, te verwijderen.

“Achteraf hebben we de ongeveer dertien uur die tussen beide operaties zat kunnen reconstrueren. Kennelijk heeft de zaalarts het gevaar van de zwelling van de wond wel onderkend en daarom bepaald dat er regelmatig iemand naar mij moest komen kijken, maar heeft ze aan de verpleegster een incomplete instructie gegeven. Deze had ook regelmatig moeten controleren hoe het met het gevoel en de motoriek van mijn benen gesteld was. Op die manier zou eerder zijn ontdekt dat er een bloeding in mijn rug zat en dan zou de schade waarschijnlijk veel minder groot zijn.”

Geen excuses

Hoewel zijn behandelend chirurg van meet af aan duidelijk is geweest over wat er aan de hand was en er een rapport is uitgebracht waarin de situatie duidelijk wordt omschreven, zijn er door het ziekenhuis of de artsen nooit excuses aangeboden. “De betrokken zaalarts en verpleegster



schuiven elkaar de zwarte piet toe. Er is duidelijk een misverstand ontstaan in de communicatie tussen hen, maar geen van beiden durft dit hardop toe te geven." Sterker nog, in een brief die hij van de zaalarts ontving, kreeg Marc min of meer zelf de schuld van wat er gebeurd was, omdat je volgens haar toch zou moeten voelen dat er iets mis is? Verder dan dit verwijt en de opmerking dat het altijd naar is om te zien dat zo'n jong iemand zoiets ernstigs overkomt, kwam ze niet.

"De zaalarts en de verpleegster schuiven elkaar de zwarte piet toe. Er is duidelijk een misverstand ontstaan tussen hen, maar geen van beiden durft dit harop toe te geven"

Revalideren

Na nog een derde operatie te hebben ondergaan om de tumor volledig te verwijderen, is Marc zich gaan richten op zijn herstel. "Wat mij heeft verbaasd, is het feit dat je hier in Nederland niet gestimuleerd wordt om het onderste uit de kan te halen, maar dat ze in het revalidatiecentrum alleen maar willen dat je je zo snel mogelijk zelfstandig kunt redden. Als de snelste manier is om je te leren hoe je dit in een rolstoel voor elkaar krijgt, wordt alleen daarop gefocust. Ik kreeg dus weinig ruimte om het beste uit mijzelf te halen en te oefenen met lopen. En toen ik zelf duidelijk maakte dat dat juist was wat ik wilde, werd dit door sommigen gezien alsof ik in een soort ontkenningfase zat. Er werd gesuggereerd dat ik het misschien maar gewoon moest gaan accepteren. Gelukkig is er één fysiotherapeut geweest die me wel heel goed geholpen heeft en me op alle mogelijke manieren heeft getraind om me sterker te maken. Hierdoor lukte het uiteindelijk om met hulp van een rollator of krukken weer hele kleine stukjes te lopen."

Lokomat

Amper vier maanden nadat de laatste operatie heeft plaatsgevonden, zit Marc alweer achter zijn microfoon bij 3FM. De daaropvolgende 2,5 jaar blijft hij intensief trainen, maar langzaam besteedt hij weer meer en meer tijd aan zijn werk, niet in de laatste plaats omdat de energie die hij erin steekt niet tegen de baten opweegt.

Een prikkel om toch weer te gaan proberen om weer aan het lopen te komen, krijgt hij wanneer hij kijkt naar een uitzending van Oprah Winfrey. Daarin ziet hij een meisje dat net als hij een partiële dwarslaesie had, binnenwandelen op krukken. Zij is door middel van training met een zogenaamde 'Lokomat', een machine waar je in 'hangt' en automatisch de loopbeweging oefent, weer zo sterk geworden dat ze met krukken kan lopen.

Tot zijn grote teleurstelling komt Marc erachter dat er in ons land nergens een Lokomat staat, puur omdat er niemand is die zijn nek uit wil steken en wil investeren. Hij besluit er alles aan te gaan doen om deze trainingsmogelijkheid voor hem beschikbaar te maken. Hij krijgt de Zwitserse fabrikant zover dat deze de helft van de kosten op zich wil nemen en probeert investeerders warm te maken. In de zomer van 2006, negen maanden na de uitzending van Oprah, is het zover. Door de inspanningen van Marc zijn er genoeg fondsen geworven om de Lokomat op proef geplaatst te krijgen in het revalidatiecentrum in Amsterdam. "Het is een heerlijke manier van trainen. Ik ben dan momenteel ook hard bezig om ervoor te zorgen dat de Lokomat in Amsterdam kan blijven. Eigenlijk zou elk revalidatiecentrum in Nederland er één moeten hebben."

Rolstoel onvriendelijk

De moeite die het hem kostte om de Lokomat naar Nederland te krijgen en de moeite die het hem nu kost om hem hier te houden, is volgens Marc kenmerkend voor de manier waarop in Nederland met gehandicapte mensen wordt omgaan. "Omdat er relatief weinig mensen in een rolstoel zitten, wordt er vrijwel niet in hen geïnvesteerd. Er zijn bijna geen hotels met rolstoelvriendelijke kamers, in negen van de tien restaurants past mijn rolstoel niet onder de tafeltjes, een avondje uit in een café of discotheek begint steevast met naar binnen getild worden door vrienden omdat niet eens de moeite wordt genomen om een opritje te plaatsen en als ik ergens naar de wc wil, kan ik net zo goed naar huis gaan omdat er bijna nergens aangepaste toiletten zijn. Maar, ik sla me er doorheen, omdat ik al vroeg leerde voor mezelf op te komen en de kansen die er zijn te benutten. En steeds vaker merk ik trouwens dat ik vergeet dat ik in een rolstoel zit, bijvoorbeeld wanneer ik weer een goede radio-uitzending heb gemaakt. Ik kan daar zo van genieten dat ik soms bij het instappen in mijn auto pas denk: oh ja, ik zit in een rolstoel."

Vergoeding voor huishoudelijke ondersteuning

Welke dingen er allemaal niet meer mogelijk zijn wanneer je letsel oploopt door een ongeval of medische fout, merk je het meest in het leven van alledag. Even door het huis met de stofzuiger of snel boodschappen halen, is er niet meer bij en het is vrij-wel onontkoombaar om dagelijks mensen in te schakelen die je helpen bij de uitvoering van huishoudelijke klussen.

Professionele hulp of niet?

Op het moment dat iemand uitvalt door letsel of ziekte, ontstaat er vaak op een vrij vanzelfsprekende manier een groep vrienden en familie die af en toe bijspringt in het huishouden. De (onbetaalde) hulp die zij bieden, wordt mantelzorg genoemd. Ze vinden het vaak niet meer dan normaal dat ze je een helpende hand bieden en willen geen vergoeding voor hun hulp ontvangen. Voor de hulpvrager kan het echter erg vervelend en frustrerend voelen dat hij telkens mensen om hulp moet vragen, zonder dat daar veel tegenover kan staan. Kort door de bocht zijn hier eigenlijk twee oplossingen voor: a) exact die professionele hulp inschakelen die je wenst of b) gebruik blijven maken van de mantelzorgers die je ondersteunen, maar hiervoor een schadevergoeding vragen.

Hoe wordt de vergoeding bepaald?

Het is vaak klip en klaar dat schade wordt geleden doordat letselschadeslachtoffers mensen moeten inhuren om hen huishoudelijke ondersteuning te bieden. Het vaststellen van de omvang van de ondersteuning en de hoogte van deze schadevergoeding is vaak een stuk lastiger. Grofweg wordt hierbij gekeken naar de volgende twee aspecten:

1. Welke werkzaamheden verrichtte het slachtoffer voorheen?
2. Welke werkzaamheden kunnen nu nog door het slachtoffer worden verricht?

Het verschil hiertussen wordt de behoefte aan huishoudelijke ondersteuning genoemd en wordt meestal uitgedrukt in een aantal uren. Als slachtoffer moet je *stellen* wat de omvang van de behoefte aan huishoudelijke ondersteuning is en *bewijzen* dat het aantal genoemde uren kloppend is met de werkelijkheid. Tegen de manier waarop

een slachtoffer zijn huishouden wil voeren, kan de partij die de schade moet vergoeden in principe niets inbrengen. Wanneer iemand bijvoorbeeld vanwege smetvrees zijn huis vaker dan gemiddeld schoonmaakt, moet de schadevergoeding (binnen bepaalde grenzen) hierop worden afgestemd.

Naast de al verschenen schade moet er ook worden gekeken naar de schade die in de toekomst nog zal gaan ontstaan. Er moet worden ingeschat hoe het letsel zich in de toekomst zal ontwikkelen en of hierdoor op de lange termijn meer of juist minder huishoudelijke ondersteuning is vereist. Ook moet worden bepaald welke invloed de gezinssamenstelling op de lange termijn zal hebben op de behoefte aan huishoudelijke ondersteuning. Wanneer het slachtoffer bijvoorbeeld inwonende kinderen heeft, zullen deze op een bepaald moment het ouderlijk huis gaan verlaten. Dit betekent dat het aantal huishoudelijke taken afneemt. Tot slot moet in de berekening worden meegenomen of het slachtoffer in de toekomst niet sowieso gebruik zou gaan maken van ondersteuning door derden. Hoe ouder mensen worden, hoe groter de kans is dat ze niet meer alle huishoudelijke klussen zelf kunnen doen. Omdat dit deel van de kosten ook zonder ongeval zou zijn gemaakt, hoeft hiervoor geen schadevergoeding te worden uitgekeerd.

Waar op letten in de praktijk?

Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding moet worden gekeken naar dat wat iemand door functieverlies niet meer zelf kan en niet naar welke hulp er nu exact wordt ingeschakeld. Met andere woorden, er moet ook een schadevergoeding worden betaald wanneer de ontstane behoefte wordt ingevuld door mensen die daar niet voor betaald krijgen.

Verder mag je als slachtoffer verwachten dat er niet alleen vergoeding van de goedkoopst mogelijke zorg plaatsvindt, maar dat ook de meerkosten voor het inschakelen van een andere (betere) professionele kracht worden vergoed. Er moet begrip worden getoond voor het feit dat iemand hulp inschakelt van een zo hoog mogelijke kwaliteit, die aansluit bij zijn leven en zorgbehoefte.

Jaarlijks duizenden doden door onnodige medische missers

Op 29 september 2006 stond de volgende kop vetgedrukt in De Telegraaf: "Halve long verwijderd door fout ziekenhuis". Deze onwerkelijke situatie die je niemand gunt, werd waarheid in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Door het verwisselen van de gegevens van twee patiënten op de laboratoriumafdeling van het Universitair Medisch Centrum in Groningen, werd bij een gezonde patiënt een halve long verwijderd en werd een andere patiënt onterecht verblijd met het bericht dat er met hem niets aan de hand was.

Wie denkt dat dergelijke fouten in de zorgsector in Nederland slechts mondjesmaat gemaakt worden, heeft het bij het verkeerde eind. De fouten die de voorpagina van de kranten halen, zijn nog maar het topje van de ijsberg. Naar schatting worden er jaarlijks 25.000 tot 30.000 medische fouten gemaakt (denk aan een operatie die niet goed wordt uitgevoerd, medicatie die in een verkeerde dosering wordt toegediend, een gemiste of onjuiste diagnose etc.)¹. In ongeveer de helft van de gevallen is er sprake van een verwijtbare fout en voor zo'n 3000 patiënten (dat zijn er ongeveer acht per dag!) heeft de medische misser de dood tot gevolg.

Wat is een medische fout?

Een behandeling die niet het gewenste resultaat, maar juist een verergerde situatie tot gevolg heeft, zou een medische misser kunnen zijn. Pas wanneer het behandelingsresultaat voorkomen had kunnen worden door de medische kennis van het moment op een juiste manier toe te passen, kan echt van een fout worden gesproken. Zo is er bijvoorbeeld wel sprake van een fout wanneer een diagnose wordt gemist omdat het geldende protocol niet wordt doorlopen, maar niet wan-

neer er tijdens een operatie een bekende complicatie optreedt en er geen operatietechnieken beschikbaar zijn die dit hadden kunnen voorkomen.

Grofweg kunnen medische fouten worden opgedeeld in een aantal categorieën:

- Diagnose

(een gemiste diagnose, een foutieve diagnose);

- Medicatie

(het toedienen verkeerde medicatie, het toedienen van foutieve combinatie van medicijnen, het toedienen van verkeerde dosering medicijnen);

- Behandeling

(het toepassen van een verkeerde behandelingsmethode, een fout tijdens een operatie/ingreep, het niet goed 'in de gaten houden' van een patiënt na een ingreep).

Hoe ontstaan fouten?

Er zijn een aantal factoren die de kans op een medische fout vergroten. Vaak speelt slechte communicatie en coördinatie tussen hulpverleners een rol (bijvoorbeeld wanneer verschillende soorten medicijnen die elkaars werking opheffen of die elkaar niet verdragen, worden voorgeschreven door verschillende artsen). Ook kan het onzorgvuldig omgaan met persoonlijke gegevens van patiënten tot missers leiden (denk aan het verwisselen van gegevens van patiënten of medische dossiers die incompleet zijn). Verder speelt de hoge werkdruk waaronder artsen en verplegers werken vaak een rol. Door deze druk worden hulpverleners gedwongen sneller en dus onzorgvuldiger te werk te gaan. Een goed voorbeeld hiervan is dat recent is gebleken dat artsen in opleiding vaak diensten van zo'n tien aaneengesloten uren draaien en tussendoor nauwelijks de mogelijkheid hebben om te pauzeren (bron: Trouw, 9/11/2006). Het is dan ook niet verwonderlijk dat zo'n 40% van hen tegen een burn-out blijkt aan te zitten.

Fouten nauwelijks gemeld

Hoewel er naar schatting vele duizenden medische fouten per jaar worden gemaakt in ons land, wordt er maar heel sporadisch melding van gemaakt. Tegenover patiënten wordt veelal gezwegen over missers omdat aansprakelijk-





heidsverzekeringen van ziekenhuizen artsen vaak verbieden gemaakte fouten toe te geven, uit angst voor grote schadeclaims. Tegen patiënten wordt dan niets gezegd over een mogelijke fout, of er wordt gesproken over een complicatie die regelmatig voorkomt en in het specifieke geval niet vermijdbaar was. Ook worden gemaakte fouten vaak niet gemeld (intern of bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg), omdat ze geen fatale of andere ernstige gevolgen hebben gehad, of omdat mensen bang zijn voor hun positie binnen de instelling waar ze werken.

Keer op keer dezelfde fout

Omdat fouten zo weinig gemeld worden, is er nauwelijks een mogelijkheid om van gemaakte fouten te leren. Er wordt niet structureel gekeken naar de oorzaken van fouten en er wordt dus ook niets gedaan om dezelfde (soort) fout in de toekomst te voorkomen.

Naar aanleiding van het onderzoek 'To err is human', is er in de Verenigde Staten al wel geprobeerd om een cultuuromslag op dit gebied teweeg te brengen. Medische missers kunnen daar door hulpverleners nu anoniem worden aangemeld. Vervolgens worden ze in een landelijk registratiesysteem opgenomen en zorgvuldig en systematisch geanalyseerd. De informatie die hieruit voortkomt, wordt verwerkt in protocollen en behandelplannen die ervoor moeten zorgen dat dezelfde fout in de toekomst niet opnieuw gemaakt wordt. De doelstelling is om op deze manier tot een afname van 50% van het totaal aantal medische fouten te komen.

Toekomst in Nederland

Ook in Nederland wordt tegenwoordig meer nagedacht over hoe het aantal medische fouten kan worden teruggebracht. Eén van de manieren waarop dit gerealiseerd kan worden, is door

hulpverleners die hun fouten willen melden beter te beschermen. Te vaak worden incidenten in de doofpot gestopt, uit angst voor de maatregelen die de werkgever zou kunnen nemen. Een ander voorstel om het aantal medische fouten te verminderen, is het bij wet verbieden van het opnemen van de polisvoorwaarde dat artsen en ziekenhuizen hun fouten tegenover patiënten niet mogen erkennen.

Hoe haal je als patiënt je recht?

Als patiënt heeft u verschillende mogelijkheden om te 'klagen' over een medische fout. Natuurlijk is het het meest voor de hand liggend om u in eerste instantie te wenden tot de zorgverlener die de fout zou hebben gemaakt. Leidt dit niet tot een oplossing, dan kunt u melding maken van de fout bij de klachtencommissie van de zorginstelling waar de fout plaatsvond. De klachtencommissie kan, als de klacht gegrond wordt geacht, een aanbeveling aan de hulpverlener of zorginstelling doen.

Daarnaast kunt u een klacht indienen bij het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in de regio waar de betreffende beroepsbeoefenaar woont. Dit kan alleen als de hulpverlener tegen wie u de klacht wilt indienen onder de wet BIG valt (artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen). Het Tuchtcollege heeft de mogelijkheid om de hulpverlener een straf op te leggen (bijvoorbeeld een berisping, boete of schorsing). Een vergoeding voor de geleden schade kunt u niet via deze wegen verhalen.

Schadevergoeding

Een vergoeding van de schade die u geleden hebt en nog zult lijden, kunt u op twee manieren verhalen. In de eerste plaats kunt u proberen rechtstreeks met (de verzekeraar van) de betreffende hulpverlener een regeling tot schadevergoeding te treffen. Komt u er op deze manier niet uit, dan kunt u zich wenden tot de civiele rechter. Beide trajecten kunt u gelijktijdig met het indienen van een klacht bij een klachtencommissie of het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg laten verlopen.

Meer informatie? Bel 0900-6353538
of stuur een e-mail: info@vvls.nl.

¹ Genoemde getallen zijn afgeleid uit het Amerikaanse onderzoek 'To err is human' uit 2000 en zijn dus slechts een schatting. Er is in ons land nog nooit een gedegen onderzoek gedaan naar het aantal medische fouten dat gemaakt wordt.

Het verhaal van Dimitri

Een kind verliezen is het ergste dat een ouder kan overkomen. Voor John Kleijn en Ingrid van der Bogt is deze nachtmerrie werkelijkheid geworden. Op 21 juni 2005 overleed hun zoontje Dimitri van amper een half jaar oud door de fouten die zijn behandelend artsen maakten. De verbijstering over de manier waarop de opeenstapeling van fouten in Dimitri's behandeling onder tafel wordt geschoven, zette hen ertoe de internetsite www.dimitri.nu op te richten. Hierop wordt niet alleen het verhaal van Dimitri verteld, maar willen ze juist ook de aandacht vestigen op al die andere medische fouten die worden gemaakt. "Ik doe dit voor Dimitri, zodat zijn leven zin heeft gehad. En voor zijn tweelingbroertje Fabian; ik wil hem voor dit soort fouten behoeden", aldus John Kleijn.

Op 7 december 2004 bevalt Ingrid van der Bogt in het Radboud Ziekenhuis in Nijmegen van een tweeling, Fabian en Dimitri. Fabian is helemaal gezond; Dimitri wordt geboren met een open buikje. Al voor de geboorte weten Ingrid en haar partner John dat Dimitri deze ernstige aandoening heeft. Een hele schrik, maar ze weten ook dat zijn overlevingskans volgens de statistieken 90% is. Met de juiste behandeling en zorg kan hij opgroeien tot een gezonde jongen.

John: "Achteraf gezien hadden we misschien voor de bevalling al moeten aanvoelen dat het met de zorg in het Radboud niet zo goed gesteld was. Op de dag dat Ingrid in het ziekenhuis opgenomen zou worden, bleek dat niemand van onze komst op de hoogte was. Terwijl we de dag ervoor hierover nota bene nog contact hebben gehad. Pas na een uur wachten op een hard stoeltje in de gang, kwam er iemand om het opnameformulier in te vullen." Het blijkt het eerste incident in een lange reeks van miscommunicaties en onbegrip.

Vertrouwen

In eerste instantie hebben Ingrid en John volop vertrouwen in het Radboud Ziekenhuis en de art-



sen die er werken. Van meet af aan wordt hen gezegd dat er alles aan gedaan zal worden om Dimitri die behandeling te geven die hij nodig heeft. En als er hulp van buitenaf nodig is, dan wordt die ingeschakeld. Al moet er een arts voor uit Timboektoe gehaald worden, niets is teveel.

Later blijkt dat dé autoriteit op het gebied van de aandoening van Dimitri in Rotterdam werkt, in het Sophia Kinderziekenhuis en dat hij niet geconsulteerd is ondanks goede contacten tussen beide ziekenhuizen. "Je voelt je achteraf zó bedrogen als je weet dat de behandelend artsen dit al die tijd geweten hebben, maar kennelijk te arrogant waren om de zorg voor Dimitri uit handen te geven. Ze hebben ons glashard voorgelogen dat er niemand in Nederland deskundiger was dan zij. Toen deze specialist uiteindelijk wel ingeschakeld werd door een arts van de intensive care, waar Dimitri inmiddels terecht was gekomen, was het helaas al te laat."



Waslijst

John en Ingrid kunnen een waslijst met fouten die gemaakt zijn tijdens de behandeling van Dimitri opnoemen. "We merkten aan zoveel kleine dingen dat de zorg in het Radboud, zacht uitgedrukt, niet goed was." Regelmatig troffen ze Dimitri huilend aan en het duurde soms wel een kwartier voor een verpleegster op het alarm reageerde. En, ook al ging het alarm af, dan nog kreeg Dimitri niet altijd extra zuurstof toegediend; verpleegsters beweerden vaak dat het 'vals alarm' was, soms ook wanneer Dimitri al blauw begon te zien. Verder lag hij vaak in zijn blote buikje in de koude straal van een airco die niet goed te reguleren was (zelfs de verpleegsters liepen in dikke truien). "En dat zijn dan nog maar de kleine dingen waarvan je zelfs als leek weet dat ze niet goed kunnen zijn voor een ziek kindje."

"En dan de manier waarop ze je behandelden. Alsof je een idioot bent die té bezorgd of té agressief reageert. Maar ik zag mijn kind daar gewoon creperen en langzaam dood gaan!"

Woedend is John nog steeds over de houding van de artsen en verpleegsters van Dimitri. Zelf na verloop van tijd een halve medicus geworden en wetend hoe Dimitri op medicatie reageert, probeert hij op een gegeven moment een arts te overtuigen dat Dimitri geen ijzer toegediend moet krijgen, omdat hij daar een verstopping van krijgt. Tegen zijn protesten in, doet de arts dit wel. Twee dagen later krijgt Dimitri inderdaad hevige buikpijn en wordt hij erg onrustig. Hoewel Ingrid tot vijf keer toe de artsen probeert te overtuigen dat Dimitri onmiddellijk een laxeremiddel toegediend moet krijgen, wordt dit pas na drie dagen gedaan. Het resultaat is er vrijwel direct. Dimitri poept een flinke luier vol en is zichtbaar opgelucht en rustiger. Maar, het kwaad is dan al geschied. Zijn longetjes en hart zijn zo zwaar belast door de pijn en onrust die hij had, dat het steeds slechter met hem gaat. "En natuurlijk schiet je als ouder dan wel eens te veel uit je slof, als je ziet dat het niet goed gaat met je kind en als je merkt dat je adviezen niet serieus worden genomen. Als je ziet dat je kind bij wijze van spreken geslagen wordt, spring je er toch ook tussen! Je wilt als ouder gewoon dat je noodkreet gehoord wordt."

Eén van de grootste medische problemen, zo blijkt achteraf, is dat van het begin af aan voeding in Dimitri's longetjes terecht is gekomen. Net als bij veel andere jonge baby's sloot zijn maagklepje niet goed, waardoor voedsel terug zijn slokdarm in kon lopen. Hierdoor ademde hij als het ware zijn eigen voeding en maagzuur in en werd zijn longweefsel langzaam aangeast. "Omdat Dimitri in verband met zijn open buikje op zijn ruggetje moest liggen, is het voedsel heel makkelijk teruggelopen. Pas veel te laat hebben ze zijn houding aangepast, waardoor dit werd voorkomen", aldus Ingrid.

Na een gevecht van een half jaar is Dimitri op 21 juni 2005 overleden. Hij kon de virusinfectie die hem trof niet meer het hoofd bieden. "Ze hebben hem door alle fouten in de behandeling ongelooflijk uitgeput; dat kleine kereltje heeft zeven maanden zó hard geknokt, dat hij volkomen verzwakt was."

Zorgsysteem

Wat John en Ingrid het meest schokt, is dat Dimitri is overleden doordat de artsen die hem behandelden te eigenwijs waren om hem door te sturen naar de specialist op het gebied van zijn aandoening. Kennelijk weegt de academische status van een ziekenhuis of arts zwaarder dan het leven van een kindje. Daarnaast hebben ze zich verbaast over het zorgsysteem in Nederland. Hiermee is volgens hen iets fundamenteel mis. "Er is tijdens de behandeling van Dimitri niet álles gedaan wat medisch gezien mogelijk was.

Dat is puur een geldkwestie. Wanneer Dimitri bijvoorbeeld van het begin af aan op de intensive care geplaatst was, hadden ze hem veel beter in de gaten kunnen houden. Maar zo'n ic-bed is duur, helemaal voor een 'verliesgevend' patiëntje, zoals Dimitri." Kennelijk wordt er in ziekenhuizen niet alleen gekeken of een kindje goed behandeld kan worden, maar ook naar hoe duur die behandeling is. "Het is heel erg om te bedenken dat Dimitri nu net als Fabian zijn tweede verjaardag had kunnen vieren, maar dat hij die kans om financiële redenen niet heeft gekregen. En ook al had hij geen goede kansen gehad, dan nog verwacht je in een land als Nederland dat hij gewoon een optimale verzorging en behandeling krijgt."

Internetsite

Om aandacht te vragen voor het verhaal van Dimitri, maar ook om in het algemeen de aandacht te vestigen op de misstanden in de zorg en het grote aantal medische fouten dat in Nederland gemaakt wordt, hebben John en Ingrid de website www.dimitri.nu opgericht. Daarnaast zijn ze momenteel bezig een stichting op te zetten die als doel heeft het aantal medische fouten in Nederland te minimaliseren. John: "Ik heb geen vertrouwen in de gebruikelijke manier om klachten aanhangig te maken, bijvoorbeeld via de klachtencommissie van het ziekenhuis of het Tuchtcollege. Ik ga luidkeels om aandacht vragen om zo meer en meer mensen bewust te maken van dit probleem. Uiteindelijk moet de politiek dan wel luisteren en ingrijpen." Waar hij de kracht vandaan haalt om dit allemaal te doen? "Het doet me goed te zien wat we in het Radboud Ziekenhuis al allemaal bereikt hebben voor andere kinderen, maar dit moet veel breder worden getrokken. Uit deze wetenschap en overtuiging haal ik de energie om dit te doen."



Handige hulpmiddelen voor slimme oplossingen

Heeft u dat soms ook? U wilt liever geen hulp vragen tijdens het douchen, zelf in en uit bed komen, met uw pijnlijke handen toch zelf uw schoenen aantrekken, beter kunnen lezen, handwerken of blijven tuinieren. Voor veel dagelijkse hindernissen die mensen met een functiebeperking ervaren zijn slimme oplossingen. Maar je moet wel weten dat ze er zijn en waar je ze kunt kopen. De nieuwe website www.handigeproducten.nl helpt u daarbij.

Heeft u een handig product dat nog niet is opgenomen in de website www.handigeproducten.nl? Of hebt u een probleem met een bepaalde handeling of activiteit, waar u geen oplossing voor kunt vinden? Meldt het aan bij Vilans, Déliena de Vries: d.devries@vilans.nl of telefoon 030-789 24 29.

Aangenaam lezen, ook in bed



Krantenstandaard/ boekensteun

In een krantenstandaard/boekensteun kunnen kranten of boeken worden geplaatst. Er zijn standaarden/steunen die u aan het tafelblad bevestigt. Ook zijn er transparante standaarden die u in bed kunt gebruiken om liggend te lezen. Er zijn standaarden/steunen die kunnen worden ingeklapt zodat u ze ook op reis mee kunt nemen.

Wanneer gebruiken?

Als ondersteuning bij het vasthouden van een boek en het gelijktijdig omslaan van een bladzijde.

Tip

Handig is om bij het lezen in bed een (verstelbare) rugsteun te gebruiken. De rugsteun maakt het makkelijk om in bed te zitten.

Verkrijgbaarheid:

Thuiszorgwinkel.

Bladzijdevergroter

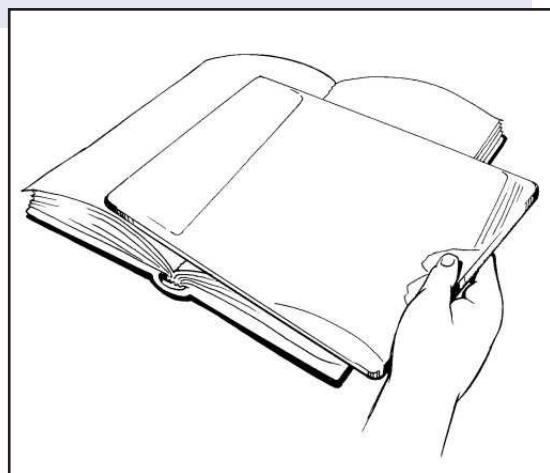
Een bladzijdevergroter vergroot in een keer een oppervlak van 23 x 16 centimeter. Het helpt overbelasting van uw ogen voorkomen. De bladzijdevergroter maakt het lezen van kranten, boeken en andere stukken aangenamer.

Wanneer gebruiken?

Bij slechter kunnen zien.

Verkrijgbaarheid:

Hulpmiddelenwinkel



KITZ is samengegaan met KBOH en NIZW Zorg. De projecten van KITZ gaan gewoon door. Daarom treft u hier de gebruikelijk informatie over handige producten en Design for All aan, maar dan afkomstig van Vilans.

Vilans ontwikkelt, verzamelt, bewerkt, verspreidt en implementeert toepasbare kennis waarmee vraag en aanbod van zorg, wonen en welzijn beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Het eindresultaat daarvan moet zijn dat de kwaliteit van leven van ouderen en mensen met een handicap of chronische ziekte verbetert en dat zij binnen hun eigen mogelijkheden optimaal maatschappelijk kunnen participeren.

Dat doel kan het best worden bereikt vanuit een integrale benadering, waarin alle aspecten van leven met en zorgen voor mensen met een functiebeperking aan bod komen. De kennis en informatie die Vilans ontwikkelt en verspreidt, stelt cliënten en consumenten in staat hun vraag en behoefte duidelijk te maken, te kijken



Vilans

KENNIS DIE WERKT IN ZORG

wat hun eigen mogelijkheden zijn en, als er hulpmiddelen, hulp of ondersteuning nodig zijn, de weg te vinden naar het best passende aanbod.

Tegelijkertijd stimuleert Vilans aanbieders van wonen, welzijn, zorg en diensten om, met de kennis die Vilans biedt, hun aanbod beter af te stemmen op de vraag en kwaliteit te leveren. Kennis delen tussen consumenten en aanbieders is nodig om de aansluiting tussen beiden te kunnen maken. Vilans stelt zich ten doel het centrum te zijn dat alle partijen rond kennis verbindt.

Design for All debat: hoeveel klanten wilt u missen?

Op de openingsdag van de Dutch Design Week, 21 oktober in Eindhoven, vond in de raadzaal van de gemeente Eindhoven het Design for All debat plaats. Het debat is in opdracht van de Taskforce Handicap en Samenleving uitgevoerd door KITZ, om ondernemers te inspireren tot het benutten van de strategische kansen van Design for All. Design for All wil zeggen: ontwerpen op basis van gebruiksgemak en comfort, gecombineerd met fraaie vormgeving. Het toepassen van Design for All levert niet alleen de ondernemer extra omzet. Het maakt onze samenleving een stuk toegankelijker en comfortabeler voor iedereen en voorkomt dat groepen mensen zoals ouderen en mensen met een handicap worden buitengesloten.

Aan tafel zaten de leiders van HEMA, Connexion, Gazelle, Rabobank en Plus Supermarkt. In een levendige discussie met de zaal kwam het tot opmerkelijke uitspraken. Bijvoorbeeld: Peter Kortenhorst, voorzitter groepsdirectie Connexion laat er geen twijfel over bestaan. "Sinds de concurrentie is ingevoerd in het openbaar vervoer, zijn op tijd rijden en toegankelijkheid belangrijker geworden. Ruim 40% van de reizigers heeft een koffer, buggy of

rollator bij zich. Die klanten willen wij niet missen en daarom zijn de bussen met lage en brede instap een uitkomst. Het afgelopen jaar is het aantal reizigers met 15% toegenomen, in welke markt zie je een buitensporig hoge groei als deze? De aandacht gaat nu uit naar het aanpassen van de perrons, zodat deze op gelijke hoogte komen met de businstap."

Sabien Duetz, hoofd design van HEMA zegt: "Bijzondere eenvoud, dat is ons uitgangspunt. Als een klant moet vragen waartoe het product dient, zal de HEMA het zeker niet verkopen. Onze fluitketel 'Le lapin' is het voorbeeld van fraai design dat meteen toont welk probleem het oplost: geen verbrande vingers meer om de dop van de ketel te halen. Met één vingerbeweging is de dop open. Dit is Design for All ten voeten uit.

Joost Belt, marketing manager Gazelle stelt: "Onze fietsen worden steeds comfortabeler. Het gemak van een fiets met lage instap, ooit bedacht voor ouderen die hun been niet hoog kunnen optillen, is ontdekt door pubers. Dezelfde fiets in een hippe kleur, verkoopt bijzonder goed. Fraai design is essentieel voor een goed product, gecombineerd met comfort. Dat vraagt continu aandacht, maar daarmee onderscheiden we ons."

'Ziek door werk: uitkering hoger'

De uitkering voor mensen die door hun werk arbeidsongeschikt zijn geraakt, is veel te laag. Nederland krijgt daar grote juridische problemen mee.

Daarvoor waarschuwt Malva Driessen, docent sociaal zekerheidsrecht in Maastricht. De uitkering voor mensen die helemaal niet meer kunnen werken, is volgens haar in orde. Zo niet de uitkering voor degenen die nog wel parttime kunnen werken maar geen baan kunnen vinden. Zij kunnen na verloop van tijd op of zelfs onder het sociaal minimum terecht komen, ook na een bedrijfsongeval of beroepsziekte. Dat druist volgens Driessen in tegen internationale verdragen.

Driessen reageert op een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, hoogste bestuursrechter bij geschillen over sociale zekerheid. Die oordeelde dat een man die door een bedrijfsongeval in een psychiatrisch ziekenhuis terecht kwam, daarvoor geen eigen bijdrage hoeft te betalen. Hij krijgt nu tienduizenden euro's terug. Een onbekend aantal andere (ex-) werknemers heeft daar mogelijk ook recht op.

„Het bijzondere is dat de Centrale Raad van Beroep dit afleidt uit de Europese Sociale Code. Dat is geen wet maar een verdrag”, zegt Driessen. Voorheen werd zo'n verdrag gewoonlijk beschouwd als een richtlijn voor overheden, waar individuele burgers zich niet voor de rechter op kunnen beroepen.

Voor bovengenoemde ex-werknemer week de Centrale Raad van Beroep daarvan af: in dit individuele geval is het sociale verdrag volgens de raad bindend. De Nederlandse eigen bijdrageregeling voor medische zorg gaat hierdoor geheel sneuvelen, voorspelt Driessen.

Maar er is volgens haar een nog veel fundamentele vraag, namelijk of de Nederlandse uitkering voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA) er ook aan gaat. Die is, meent Driessen, eveneens in strijd met een internationaal verdrag: nummer 121 van de Internationale Arbeidsorganisatie.

Hierin staat dat als mensen door hun werk arbeidsongeschikt zijn geraakt, hun uitkering niet mag afhangen van het aantal gewerkte jaren en de mate van arbeidsongeschiktheid. Zulke strenge voorwaarden kent de WGA nu juist wel, ook na een bedrijfsongeval of beroepsziekte. Driessen spreekt van een bom onder het Nederlandse arbeidsongeschiktheidssysteem.

„We kunnen hier problemen mee krijgen”, bevestigt Frans Pennings, hoogleraar internationaal sociaal zekerheidsrecht in Utrecht en Tilburg. Maar de Centrale Raad van Beroep baseerde zich bij de uitspraak over de eigen bijdrageregeling niet alleen op het Europese verdrag. Ook een resolutie van de ministers van de Raad van Europa woog mee.

Blijvende aandacht verkeersveiligheid loont

Uit onderzoek van de SWOV (Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid) naar de daling van het aantal verkeersdoden in 2004 en 2005 blijkt dat Nederlanders minder hard rijden, minder vaak onder invloed rijden en vaker de autogordel dragen. Veilig Verkeer Nederland ziet de onderzoeksresultaten als een ondersteuning voor de prioriteiten die zij de afgelopen jaren heeft gesteld: snelheidsbeheersing en het tegengaan van rijden onder invloed.

De verheugende daling van het aantal verkeersdoden mag de aandacht echter niet afleiden van het aantal ziekenhuisgewonden. Veilig Verkeer Nederland pleit voor aanscherping van het streefcijfer voor ziekenhuisgewonden van 17.000 naar 14.000 in 2010. Juist omdat de daling van

de ziekenhuisgewonden achterblijft bij de daling van het aantal verkeersdoden (respectievelijk ongeveer 1% en 7%), acht Veilig Verkeer Nederland het streven naar een evenredige daling van het aantal ziekenhuisgewonden van belang voor een daadwerkelijke verbetering van de verkeersveiligheid. Veilig Verkeer Nederland vindt het zorgwekkend dat het aantal verkeersdoden in de verblijfsgebieden - de 30 en 60 km-gebieden - en onder fietsers en voetgangers niet is gedaald. Het aantal verkeersslachtoffers kan volgens Veilig Verkeer Nederland verder naar beneden worden gebracht door buurten en wijken levensloopbestendig in te richten. In levensloopbestendige buurten en wijken zijn snelheden aangepast aan de leefomgeving, kunnen kinderen veilig naar school, is er ruimte om veilig buiten te spelen en kunnen ouderen en mensen met een functiebeperking zich veilig verplaatsen.

Rechter kent schadevergoeding toe na burn-out

Werkgevers kunnen aansprakelijk worden gesteld voor de schade die een werknemer oploopt door een burn-out. Dat besliste de rechtbank in Heerlen, die onlangs een servicemonteur met een burn-out een schadevergoeding toekende. De hoogte van het bedrag moet nog worden vastgesteld.

Het Bureau Beroepsziekten van de vakcentrale FNV is blij met de uitspraak en ziet die als een waarschuwing voor werkgevers. Het ging in dit geval om een man die 's avonds en 's nachts kon worden opgeroepen en dan de volgende dag gewoon weer op zijn werk moest komen, aldus Jan Warning, directeur van het bureau. Volgens hem gaat de werkgever niet tegen de uitspraak in beroep en ligt er nu voor het eerst een definitief vonnis.

Het is niet voor het eerst dat een werkgever een schadevergoeding betaalt. Ruim vier jaar geleden betaalde een werkgever na bemiddeling door het Bureau Beroepsziekten 80.000 euro schadevergoeding aan een vrouw. Zij moest zo vaak overwerken dat zij instortte. "Dat was een schikking en nu ligt er een uitspraak van de rechter", aldus Warning.

Werkgeversorganisatie VNO-NCW ziet de uitspraak als een op zichzelf staand geval. Er lopen nog meer zaken en die worden individueel door de rechter getoetst, aldus een woordvoerder.

Reïntegratie: Goedgekeurde WAO'ers toch afgeschreven

Gezond verklaarde WAO'ers hebben van uitkeringsinstantie UWV en reïntegratiebureaus te horen gekregen dat ze 'geen schijn van kans' maken op de arbeidsmarkt.

Dat melden 21 organisaties, waaronder de FNV en de Gehandicaptenraad, naar aanleiding van een onderzoek onder 380 herkeurde arbeids-ongeschikten. Het onderzoek boden ze aan de Tweede Kamer aan.

Door de betrokkenheid van verschillende patiëntenorganisaties zijn bepaalde aandoeningen oververtegenwoordigd, zoals psychische klachten (35 procent) en rugklachten (23%). De organisaties erkennen dat het onderzoek beperkt is en selectief, maar toch vinden ze dat de resultaten een belangrijk signaal opleveren.

De herkeurnormen, die sinds oktober 2004 op 325.000 WAO'ers worden toegepast, zijn volgens hen veel te streng. In het rapport citeren zij verschillende arbeidsongeschikten, die te horen kregen dat ze geen enkele kans zouden maken op een baan. Zo vertelt een gezondverklaarde: "De arbeidsdeskundige (UWV) zei dat het zonde was om een reïntegratietraject te volgen. Ik zou toch niet aan het werk komen; het was zonde van de tijd en het geld."

Ook komen WAO'ers aan het woord die door reïntegratiebureaus worden geweigerd. "Het reïntegratiebureau concludeerde dat ik te zwak was voor zoveel uren werk en kon daarom ook niet voor mij bemiddelen. Ik heb zelf een baan voor twintig uur gevonden en ben nu nog zeker in de ziektewet."

Van de 380 ondervraagde WAO'ers werd de helft minder dan een jaar geleden herkeurd. Ongeveer 90 procent van hen had (nog) geen werk. Weliswaar gaat een kwart een half jaar na een reïntegratietraject alsnog aan de slag, maar dan gaat het dikwijls om kleine baantjes of uitzendwerk. Zodoende wordt er 60 procent van de tijd niet gewerkt.

De ruim 10 procent van de herkeurden die wel een baan heeft, raakt die overigens vrij snel weer kwijt. Niet alleen tijdelijke contracten of uitzendwerk zijn de oorzaak, maar ook toenemende gezondheidsproblemen.

Bijna alle ondervraagden (94%) waren het niet eens met hun herkeuring. Een kwart van de respondenten heeft er desondanks vertrouwen in aan het werk te komen, of te blijven. Van de 75 procent die dat niet heeft, ziet het merendeel de toekomst somber in vanwege de gezondheid.

Zat 10 februari, 10.00 u, De Pit, Goes

Leerdag 'Opkomen voor jezelf'

Wat is zeggenschap? Hoe krijg je regie over je eigen leven? Geef je op voor deze leerdag via LFB Steunpunt zuid-west: 0164-265151.

Zat 17 februari, 10.00u, Sportstad Heerenveen

Markt van Mogelijkheden

Uitgebreiden informatie op alle terreinen van het dagelijks leven (arbeid, belangenbehartiging, hulpmiddelen/aanpassingen etc.). De markt is geopend vanaf 10.00u en de toegang is gratis.

Woe 21 februari, 19.30u, AC De Trommel, Zwolle

Lotgenotenavond "Onzichtbare gevolgen van niet aangeboren hersenletsel"

M.m.v. Hans van Dam, consulent niet aangeboren hersenletsel, docent neurologie. Zie www.cerebraal.nl.

Din 27 februari, 19.30u, SGL Sittard

Themadag WIA, de nieuwe WAO

Zie www.cerebraal.nl

Zat 29 maart/zon 1 april, 11.00u, Expocenter, Hengelo

Gezondheidsbeurs 'Leef'

Op de beurs vindt u stands met informatie over alle facetten van gezondheid, bewegen en voeding. De toegang is gratis.

Zat 14 april, Hogeschool Domstad, Utrecht

Nationale Brandwondendag

Een uniek evenement voor mensen met brandwonden en hun partners. Het afwisselende programma bestaat uit presentaties, gespreksgroepen en interessante informatiebijeenkomsten. Opgeven kan via www.brandwonden.nl.

Letselschaderaadvrouw

Vraag:

Op één van de prachtige nazomerdagen in augustus van het afgelopen jaar fietste ik met mijn vrouw een mooie route langs het Wad op Ameland. Voor de aardigheid hadden we een tandem gehuurd. Na zo'n drie uur fietsen, we waren net weer opgestapt na het nuttigen van ons bruine boterhammetje met kaas, rende er plotseling een schaap vanaf de dijk het fietspad op. Mijn vrouw die voorop zat en dus moest sturen, kon het beestje niet meer ontwijken en ik kon niet anders dan van achterop de tandem machteloos toekijken. Door de botsing begon de tandem te zweberen en vielen we. De schade? Een kapotte tandem (de reparatie à € 450,00 moesten we zelf betalen aan de fietsenverhuur), een kapotte broek voor mijn vrouw, mijn bril vol krassen en, nog wel het meest vervelend, mijn vrouw heeft vier weken niet kunnen werken doordat haar knie is gaan ontsteken door het vuil en de kiezels die erin terecht waren gekomen. En het schaap? Dat was ongedeerd en rende terug de dijk op, waarna van het schaap geen

spoor meer te bekennen was. Is er een manier om de schade die we geleden hebben toch vergoed te krijgen?

Antwoord:

Wanneer u wordt aangereden door een onbekende bestuurder die doorrijdt, kunt u een beroep doen op het Waarborgfonds Motorverkeer. Bij een doorrennend schaap ligt dat anders; er is geen fonds of regeling waar u een beroep op kunt doen. De enige manier om de schade vergoed te krijgen, is door boven water te krijgen wie de eigenaar van het beestje is en deze persoon aansprakelijk te stellen. Misschien kan in dit geval de plaatselijke politie u helpen te achterhalen van wie de kudde is die op dat specifieke stukje dijk weidt. Houdt er wel rekening mee dat het erg moeilijk te bewijzen is dat het schaap daadwerkelijk aan de betreffende persoon toebehoort.

Heeft u een probleem of vraag waar u zelf niet uitkomt? De VvLS helpt u graag! Schrijf naar: VvLS, o.v.v. 'Letselschaderaadvrouw', Postbus 157, 1000 AD Amsterdam of stuur een e-mailtje naar info@vvl.nl.