

Eén of twee medisch adviseur(s)?

Onderzoeksresultaten

Maastricht, januari 2017

Prof. mr. G. van Dijck

m.m.v. S. van Erp

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	2
1. INTRODUCTIE	3
2. ONDERZOEKSHYPOTHESEN	3
3. METHODE	4
4. RESULTATEN DOSSIERGEGEVENS	12
5. RESULTATEN VRAGENLIJSTONDERZOEK	25
6. CONCLUSIES	33
LITERATUUR	36
BIJLAGE 1	37
BIJLAGE 2	38
BIJLAGE 3	40
BIJLAGE 4	42

Een of twee medisch adviseurs? Resultaten van een experiment

Gijs van Dijck, m.m.v. Sara van Erp*

Samenvatting

In dit onderzoek wordt geanalyseerd of een procedure met één medisch adviseur sneller verloopt en minder kostbaar is dan een procedure met twee medisch adviseurs. Tevens wordt onderzocht of er een vergelijkbare mate van tevredenheid bestaat bij benadeelden in de twee procedures. Daartoe is een veldexperiment uitgevoerd, waarbij 129 zaken willekeurig zijn toegewezen aan ofwel het thans gangbare letselschadetraject ofwel een traject waarbij één onafhankelijke medisch adviseur betrokken is. In het gangbare traject kan zowel de benadeelde als de schadeveroorzaker (doorgaans de verzekeraar) een medisch adviseur inschakelen (2MA). In het alternatieve traject is een medisch adviseur betrokken die niet slechts voor één partij optreedt (1MA), maar werkzaamheden uitvoert in gelijktijdig en gemeenschappelijk opdrachtgeverschap van beide partijen.

De conclusies van dit onderzoek laten zich als volgt samenvatten:

- Een 1MA-procedure kent kortere doorlooptijden dan een 2MA-procedure.
- Een 1MA-procedure gaat gepaard met lagere kosten in vergelijking met een traject met twee medisch adviseurs.
- Er zijn geen aanwijzingen gevonden die er op duiden dat benadeelden het 1MA-traject als positiever of negatiever ervaren dan het 2MA-traject.
- Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat benadeelden in een 1MA-traject een ander schadebedrag ontvangen dan benadeelden in een 2MA-traject.

Op grond van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat (1) een 1MA-traject dan wel een traject met één medisch adviseur beter presteert in termen van doorlooptijd en kosten dan een 2MA-traject respectievelijk een traject met twee medisch adviseurs en (2) er geen aanwijzingen zijn gevonden dat een 1MA-traject minder goed presteert dan wel als (wezenlijk) negatiever wordt gepercipieerd dan een 2MA-traject.

* Gijs van Dijck is hoogleraar Privaatrecht aan Maastricht University, School of Law. Sara van Erp is Ph.D.-onderzoeker aan Department of Methodology and Statistics, Tilburg School for Social and Behavioral Sciences en verleende onderzoeksassistente en schreef een deel van de teksten met betrekking tot de statistische vooranalyse. Het onderzoek is gefinancierd door Interpolis/Achmea. Met dank aan Nina Dorenbosch en Jurgen Braspenning, die beiden ondersteunende werkzaamheden hebben verricht. Dank voorts aan de slachtoffers, verzekeraar Interpolis/Achmea, 1Medisch Adviseur en de belangenbehartigers en medewerkers werkzaam bij Europrotector (thans FLYCT), Letselschadebureau Kloppenburg en Van der Toorn Personenschade voor hun medewerking aan het onderzoek. De betrokkenheid van Laurens Buisman was in dit verband onmisbaar.

1. Introductie

Dit onderzoek richt zich op de gevolgen van een procedure met één (onafhankelijke) medisch adviseur (1MA) in vergelijking met een procedure met twee medisch adviseurs (2MA). Het is thans gangbaar (en wettelijk geregeld) dat een benadeelde zich in een letselschadezaak kan laten bijstaan door een belangenbehartiger. Deze belangenbehartiger laat zich op medisch vlak in de regel adviseren door een medisch adviseur. Deze medisch adviseur wordt ook wel aangeduid als de MAS (medisch adviseur opkomend voor slachtoffers) genoemd. Op haar beurt laat de (schadebehandelaar van de) aansprakelijk verzekeraar zich ook adviseren door een medisch adviseur, kortweg de MAA (medisch adviseur aansprakelijk verzekeraar). Zowel de MAS als de MAA kan in loondienst zijn bij de belangenbehartiger of de verzekeraar. Zij kan ook als externe ingeschakeld worden.

In de praktijk leeft de gedachte dat er geregeld verschil van inzicht bestaat tussen de MAA en de MAS. Dit zou leiden tot discussie en vertragingen, hetgeen niet ten goede komt aan het slachtoffer en de schaderegeling. Een mogelijkheid is dat de (financiering)structuur van de MAS en MAA tot gevolg kan hebben dat de onafhankelijke status van een arts/medisch adviseur onder druk komt te staan. Een en ander heeft er toe geleid dat binnen de letselschademarkt in toenemende mate stemmen op gaan voor de mogelijkheid van het inzetten van één onafhankelijke medisch adviseur. Een belangrijk verschil is dat de belangenbehartiger in het reguliere traject de regie heeft over het medisch traject, terwijl deze de controle uit handen geeft bij het alternatieve, 1MA-traject.¹

2. Onderzoekshypothesen

Deze studie vergelijkt het reguliere traject met twee medisch adviseurs met een traject met één (onafhankelijke) medisch adviseur. In de praktijk bestaat de verwachting dat 1MA voordelen heeft boven 2MA. Meer specifiek zou 1MA doorlooptijden verkorten en kosten besparen, waarbij de kostenbesparing een gevolg kan zijn van een kortere doorlooptijd, maar ook van een reductie van activiteiten door de inzet van één medisch adviseur. De volgende hypothesen worden dan ook getoetst in dit onderzoek:

H₁: 1MA leidt tot kortere doorlooptijden ten aanzien van het medisch traject in vergelijking met 2MA.

H₂: 1MA leidt tot kortere doorlooptijden ten aanzien van het schaderegelingsproces in vergelijking met 2MA.

¹ Zie bijvoorbeeld <<http://stichtingpiv.nl/piv-info/piv-stappenplan-medisch-traject/>> (laatst geraadpleegd op 9 januari 2017), waarin de stappen binnen het medische traject worden beschreven.

H₃: 1MA leidt tot lagere kosten ten aanzien van het medisch traject in vergelijking met 2MA.

H₄: 1MA leidt tot lagere kosten ten aanzien van het schaderegelingsproces in vergelijking met 2MA.

Kenmerkend voor het verschil tussen 1MA en 2MA is de positie van de medisch adviseur. Hoewel medisch adviseurs onafhankelijk behoren te zijn, ook binnen 2MA, kan vanwege de klantrelatie met ofwel de verzekeraar ofwel de belangenbehartiger bij 2MA-trajecten de indruk ontstaan dat medisch adviseurs partijdeskundigen zijn. Daarnaast zou de medisch adviseur in een 2MA-traject minder partijneutraal lijken dan in 1MA-traject. Daarom is tevens onderzocht of de medisch adviseur binnen een 1MA-traject als meer dan wel minder onafhankelijk wordt gepercipieerd dan de ‘eigen’ medisch adviseur in een 2MA-traject.

Meer in het algemeen is onderzocht of benadeelden binnen 1MA tevredener waren met de procedure en de uitkomst dan benadeelden binnen 2MA. Tevens is onderzocht of er een verschil bestond tussen de twee groepen met betrekking tot de ervaren stress.

3. Methode

Voor het toetsen van de hypotheses is een *randomized controlled trial* (RCT) uitgevoerd waarin een traject met een (onafhankelijke) medisch adviseur (1MA) is vergeleken met een traject met twee medisch adviseurs (2MA). Deze trajecten zijn vergeleken op uitkomstmaten als doorlooptijd, kosten, gepercipieerde uitkomstrechtvaardigheid, gepercipieerde procedurele rechtvaardigheid, gepercipieerde onafhankelijkheid van de medisch adviseur alsook de door de benadeelde ervaren stress. Er is geanalyseerd of 1MA anders scoort op deze uitkomstmaten dan 2MA.

Powerberekening. Er is voorafgaand aan het onderzoek een powerberekening uitgevoerd. Aan de hand van een powerberekening kan worden bepaald hoe groot de steekproef dient te zijn om statistisch significante verschillen met een bepaalde effectgrootte te kunnen detecteren. Eerder onderzoek geeft geen duidelijke informatie over de te verwachten effectgrootte (Goriely, Moorhead, & Abrams, 2002). Vanuit theoretisch perspectief is ten minste een middelgroot effect gewenst. Voor de praktijk kan ook het detecteren van kleine effecten van belang zijn. Met de powerberekening is dan ook beoogd een zodanige steekproef te kunnen trekken waarmee kleine tot middelgrote effecten kunnen worden gedetecteerd. Het onderwerp van ‘1 medisch adviseur’ is een belangrijk onderwerp in de praktijk, waarbij dit onderzoeksproject belangrijke implicaties kan hebben voor de inzet van 1MA in toekomstige gevallen. Om die reden werd het van belang geacht om een zodanig grote steekproef te hebben dat middelgrote verbanden kunnen worden gedetecteerd.

De powerberekening leverde op dat een steekproef van 128 zaken nodig zou zijn om kleine tot middelgrote verschillen te kunnen detecteren.² Dit aantal (n=129) is gehaald. In verband met de (on)geschiktheid van zaken, de mogelijke uitval van zaken, ‘missing values’ en de mogelijkheid dat sommige zaken volledig waren afgerond aan het einde van het project, maar andere zaken niet, is in de initiële steekproef van ongeveer 175 tot 200 zaken aangehouden. Deze steekproefgrootte maakte het mogelijk om in het geval van een relatief hoge mate van uitval toch kleine tot middelgrote (en grotere) verschillen te kunnen detecteren.

Omdat dit het eerste onderzoek is dat de verschillen tussen 1MA en 2MA empirisch toetst, was de verwachte uitval of non-respons moeilijk te voorspellen. Belangenbehartigers verwachtten dat een aantal personen zou uitstappen zodra zij bekend zouden raken met de uitkomst van het medisch advies (gunstig of niet), maar hoe groot dit percentage zou zijn, was niet te voorspellen. Wat de respons betreft, geldt dat benadeelden toestemming hebben gegeven voor deelname en dat er door zowel de onderzoekers als door de belangenbehartigers kan worden gerappelleerd. Dit neemt niet weg dat een zekere non-respons te verwachten was.

Steekproef. De metingen zijn in 2011 aangevangen. Datacollectie is geëindigd in augustus 2016. De zaken zijn verdeeld over drie belangenbehartigers, waarbij steeds dezelfde verzekeraar betrokken was. Uitgangspunt was om alle zaken te volgen waarin sprake is van schulddeeling en/of erkenning van aansprakelijkheid. De betrokken verzekeraar kreeg maandelijks een groot aantal schades binnen, maar veel zaken bleken niet geschikt voor het onderzoek. Bij een behoorlijk aantal zaken hoefde bijvoorbeeld geen medisch adviseur te worden ingeschakeld (zie ook hieronder).

De gemiddelde doorlooptijd van een zaak is door de deelnemende personen (verzekeraar en drie belangenbehartigende kantoren) geschat op twee jaar. Uit gegevens die door de *Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars* (PIV) bij aanvang van het onderzoek beschikbaar zijn gesteld, blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd ten tijde van de start van het onderzoek varieerde van 0,9 jaar tot 2,3 jaar, afhankelijk van het type zaak (Tabel 1). Ongevallen met personenauto's blijkt veruit de grootste categorie. De gemiddelde doorlooptijd is daar 1,4 jaar. Dit betekent dat het onderzoek, gezien haar duur, een groot deel van de schades mee zou moeten hebben kunnen nemen.

Tabel 1: Doorlooptijden naar soort schade (2008 tot en met juni 2011)

Soort schade	Benchmark gemiddelde doorlooptijd (in dagen)	Benchmark gemiddelde doorlooptijd (in jaar)	Benchmark Aantal (% van totaal)
Bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering (AVB)	829	2,3	1.442 (4,3%)
Aansprakelijkheidsverzekering particulieren (AVP)	467	1,3	3.441 (10,4%)

² Berekend aan de hand van een verwachte effect size van 0.25, een alpha van .05, een power van .80 en zes covariaten.

Bestel-Vrachtauto	467	1,3	553 (1,7%)
Bromfiets	340	0,9	820 (2,5%)
Garage	695	1,9	262 (0,8%)
Motorfiets	400	1,1	140 (0,4%)
Overig/ongekentekend	379	1,0	82 (0,2%)
Personenauto	507	1,4	22.626 (68,2%)
Transport/Landmateriaal	545	1,5	3.735 (11,3%)
Vrachtwagen	596	1,6	62 (0,2%)

Bron: PIV

De zaken die in dit onderzoek zijn onderzocht betreffen zogenaamde WA-zaken (wettelijke aansprakelijkheid) en SVI-zaken (schadeverzekering inzittenden). In het belang van de uitvoerbaarheid van de studie zijn echter niet alle zaken meegenomen in het onderzoek, namelijk.³

- *Geen polisdekking / geen erkenning van aansprakelijkheid.* Er is in deze gevallen geen zaak waar de verzekeraar bij betrokken is. Deze zal niet tot uitkering overgaan en is daarom geen partij bij het project.
- *Beroepsziekten.* Deze zaken hebben een lang voortraject – anderhalf jaar om een rapport over bijvoorbeeld asbestschade te krijgen is geen uitzondering – en hebben dan ook een verwachte looptijd die de looptijd van het onderzoek overstijgt.
- *Meervoudige aanrijdingen op verschillende data met partijen die niet aan het onderzoek deelnemen.* In dit soort situaties zijn geregeld partijen betrokken bij het medisch traject en proces van schadeafwikkeling die niet aan het onderzoek deelnemen.
- *Dossier waar op voorhand geen medische informatie wordt opgevraagd.* Hiervan is sprake bij onder andere schaafwonden, kneuzingen en blauwe plekken. In dit soort gevallen wordt doorgaans geen medisch traject ingezet.
- *Enkelvoudige fracturen die binnen zes weken zijn hersteld (met uitzondering van kinderen).* Ook hier is doorgaans geen medisch advies met deskundigen bij beide partijen.
- *Medische fouten.* Deze zaken vallen grotendeels buiten de reikwijdte van de verzekeraar. Bovendien is de looptijd van deze zaken doorgaans lang.

³ Ten behoeve van het onderzoek is een procesbeschrijving gemaakt met daarop de verschillende beslissingsmomenten staan, inclusief de criteria en beslissing om zaken al dan niet toe te laten tot het onderzoek.

De IMA-dossiers zijn na afloop van het onderzoek onafhankelijk van het onderzoek als IMA-dossier doorgegaan.

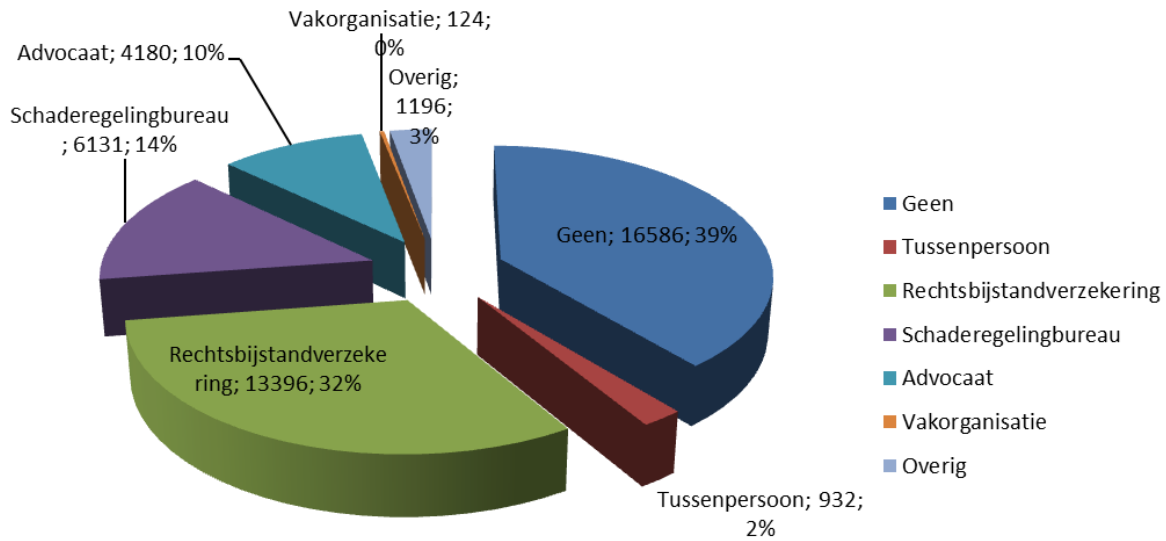
Uit het eerdere overzicht (Tabel 1) volgt dat het overgrote deel van letselschades waarbij een verzekeraar betrokken is verkeersongevallen betreft, gevolgd door schades die onder een particuliere aansprakelijkheidsverzekering kunnen worden gebracht en schades die onder een bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering vallen. Dit komt overeen met de inschatting van de partijen die aan dit onderzoek mee hebben gedaan. Ook zij schatten dat de meerderheid van de zaken (circa 80%) betrekking zou hebben op verkeersongevallen, gevolgd door bedrijfsongevallen (circa 10%), beroepsziekten (circa 2%) en overige gevallen.

Over de representativiteit van het onderzoek kan het volgende worden gesteld. De belangenbehartigers die mee hebben gedaan aan het onderzoek, behandelden naar eigen zeggen ongeveer 1.500 letselschadezaken per jaar. In hoeverre de drie belangenbehartigers die aan dit onderzoek meedoen representatief zijn voor alle belangenbehartigers (en advocaten en rechtsbijstandsverzekeraars die letselschadezaken afwikkelen), is moeilijk te bepalen. Het veld is sterk versnipperd: er waren ten tijde van de start van het onderzoek circa tien grote letselschadebureaus (ongeveer 15 fte of meer), maar de marktaandelen van deze spelers is beperkt (enkele procenten). Tegelijk zijn er geen gegevens voorhanden voor verschillen tussen bureaus ten aanzien van het type zaken dat zij behandelen (enkele specialistische bureaus uitgezonderd, maar die doen niet mee aan het onderzoek). Schaderegelingbureaus nemen voorts een beperkt deel van de markt voor haar regeling. Uit PIV-gegevens die ter beschikking zijn gesteld blijkt dat ongeveer 14% van alle dossiers in behandeling zijn bij een schaderegelingbureau, tegen 32% en 10% van de dossiers dat in behandeling is bij rechtsbijstandsverzekeraars respectievelijk advocaten (Figuur 1). In 39% werd geen belangenbehartiger ingeschakeld. Indien laatstgenoemde zaken buiten beschouwing worden gelaten, bedraagt het marktaandeel van schaderegelingbureaus ongeveer 24%.

Figuur 1: Aantal dossiers per belangenbehartiger (2008 tot en met juni 2011)

Aantal dossiers per belangenbehartiger

n= 42.545



Bron: PIV

Uiteindelijk kwamen er 187 zaken in aanmerking voor deelname aan het onderzoek. Hiervan zijn er 129 geanalyseerd. Een deel (n=39) betreft uitval omdat de benadeelde is uitgestapt, omdat de zaak tussentijds is geregeld, of omdat de zaak bij nader inzien toch niet geschikt bleek. In één zaak was het onduidelijk of deze was afgehandeld binnen het 1MA-traject of binnen een 2MA-traject. Deze zaak is dan ook niet meegenomen in het onderzoek. De overige zaken (n=18) konden niet worden meegenomen omdat zij nog niet waren afgerond ten tijde van het afronden van het onderzoek.

Procedure. In zaken met een label van de aan het onderzoek deelnemende verzekeraar nam de deelnemende belangenbehartiger contact op met de verzekeraar. Samen toetsten zij vervolgens of de zaak geschikt was om deel te nemen aan het onderzoek. Daartoe zijn de criteria gehanteerd zoals die hierboven zijn beschreven (geen medische missers, meervoudige aanrijdingen etc.). Indien de zaak geschikt bleek, is deze op basis van willekeur toegewezen aan de 1MA-groep dan wel de 2MA-groep. De belangenbehartigers zijn vooraf geïnformeerd over de criteria die zijn gebruikt om zaken aan te melden. In sommige gevallen was op voorhand onduidelijk of in de zaak een medisch adviseur zou worden ingeschakeld. Ook deze zaken zijn random verdeeld over de twee groepen en geregistreerd gebleven totdat duidelijk was dat er een medisch traject in beeld kwam. Indien geen medisch traject volgde, zijn de dossiers uit het overzicht gehaald. Deze deden dan niet meer mee aan het onderzoek. In SVI-zaken schatte de verzekeraar in of de zaak in aanmerking kwam voor deelname aan het onderzoek. Was dat het geval, dan zocht de verzekeraar contact met het slachtoffer met de

vraag of het aan het onderzoek wilde deelnemen. Het slachtoffer werd vervolgens in contact gebracht met een belangenbehartiger.

Aan slachtoffers is steeds bij aanvang van de procedure gevraagd of zij deel wilden nemen aan het experiment. Daartoe zijn informatie- en toestemmingsbrieven opgesteld en gebruikt. Alleen zaken waarin het slachtoffer heeft ingestemd met deelname aan het onderzoek zijn willekeurig verdeeld over de controlegroep en de interventiegroep (interventiegroep). De controlegroep bestond uit zaken zoals die normaal gesproken worden behandeld en afgewikkeld, dat wil zeggen, met de mogelijkheid voor zowel de belangenbehartiger als de verzekeraar om een medisch adviseur in te schakelen (2MA). De interventiegroep bestond uit zaken met één (onafhankelijke) medisch adviseur (1MA).

In de interventiegroep vroeg het medisch secretariaat de medische informatie op, vervolgens (via het cliëntenplatform) aan het slachtoffer en diens belangenbehartiger werd verstuurd. Het slachtoffer kreeg daarbij de mogelijkheid om te reageren op de ontvangen medische stukken (het zogenaamde inzage- en correctierecht op feitelijke onjuistheden). Na akkoord van de cliënt werd het advies binnen twee weken opgemaakt door de medisch adviseur. Afhankelijk van de vraag of partijen (verzekeraar en belangenbehartiger) het eens waren, konden aanvullende vragen aan de medisch adviseur worden gesteld, kon aanvullende medische informatie worden opgevraagd (voor vervolgadvisie) of kon een medische expertise worden opgestart.

Aan slachtoffers in zowel de 2MA-groep als de 1MA-groep is periodiek een vragenlijst voorgelegd met daarin vragen en stellingen die de uitkomstmaten hebben gemeten. Er zijn vier meetmomenten geweest: na zes maanden, twaalf maanden, vijftien maanden en aan het einde van het traject van schadeafwikkeling. De vragenlijsten zijn zo veel mogelijk opgesteld aan de hand van bestaande theorieën en beschikbare meetschalen. In verband met non-respons zijn alleen de eindvragenlijsten meegenomen (waarbij is gecorrigeerd voor respondenten die wel/niet een tussenvragenlijst hadden ingevuld).

Uitkomstmaten (afhankelijke variabelen). De twee procedures (1MA / 2MA) zijn vergeleken in termen van de looptijd van het medisch traject, de looptijd van het letselschadetraject, de kosten van het medisch traject, de totale kosten, de door benadeelden gepercipieerde tevredenheid en de door benadeelden ervaren stress. De gegevens over de looptijd en kosten waren beschikbaar bij de belangenbehartigers die participeerden in het onderzoek. Aan de hand van informatie van de verzekeraar en nota's en urenspecificaties van belangenbehartigers (en de medisch adviseurs die zij inschakelden bij 2MA) kon zicht worden gekregen op de duur en kosten van het medisch traject alsook van het letselschadetraject als geheel. De gepercipieerde tevredenheid en ervaren stress onder benadeelden is gemeten aan de hand van een vragenlijstonderzoek onder deelnemers aan het onderzoek. Tevredenheid valt daarbij uiteen in distributieve rechtvaardigheid (uitkomstrechtvaardigheid) en procedurele rechtvaardigheid. Bestaand onderzoek maakt doorgaans onderscheid tussen deze twee vormen van rechtvaardigheid. Daarnaast is geanalyseerd of de medisch adviseur in de 1MA-procedure inderdaad als onafhankelijk wordt gezien in vergelijking met de 'eigen' medisch adviseur in de 2MA-procedure. Het was interessant geweest om ook andere aspecten mee te nemen in het

onderzoek, bijvoorbeeld de rol en het effect van zelfredzaamheid van slachtoffers op hun percepties van het proces. Gezien de extra belasting die het invullen van vragenlijsten voor slachtoffers meebrengt, is er voor gekozen de vragenlijst te beperken tot de meest essentiële aspecten.

Bij het opstellen van de vragenlijst is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande, gevalideerde vragenlijsten. Zo zijn er vragen ontleend aan *The Perceived Stress Questionnaire* (PSQ) om de gepercipieerde stress te meten (Fliege et al., 2005). Deze schaal bestaat uit vier subschalen: ‘worries’, ‘tension’, ‘joy’ en ‘demands’. De subschaal ‘joy’⁴ is weggelaten, omdat het niet gepast werd geacht om dergelijke vragen voor te leggen gezien de positie waarin (sommige) slachtoffers van letselschade zich bevinden. Tevens speelde de lengte van de vragenlijst mee; die moest zo veel mogelijk worden ingekort om de respons zo hoog mogelijk te houden. Aan de vragenlijst is de stelling ‘U voelt zich moe’ toegevoegd. Deze stelling stond in de ‘oude’ PSQ waarvan Fliege e.a. (2005) zelf vragen hebben weggelaten, maar niet in de latere versie met 20 vragen. In de oude PSQ had dit item een hoge factorlading (.758). Van de oude PSQ zijn verder geen vragen overgenomen. De PSQ-vragenlijst is te vinden in Bijlage 1.

Ook de vragen van procedurele rechtvaardigheid zijn overgenomen uit een bestaande vragenlijst (Colquitt, 2001). Deze vragenlijst maakt onderscheid tussen informatieve, interpersoonlijke en procedurele rechtvaardigheid. Informatieve rechtvaardigheid meet of de informatie die is gegeven voldoende en duidelijk is, interpersoonlijke rechtvaardigheid staat voor hoe iemand bejegend is en procedurele rechtvaardigheid gaat over of de procedure eerlijk is, of er ruimte was om eigen inzichten naar voren te brengen en of in de procedure juiste informatie is gebruikt. Daarbij zijn drie vragen niet in dit onderzoek meegenomen, omdat ze niet of minder goed op dit onderzoek van toepassing waren.⁵ De vragenlijsten zoals die zijn gebruikt, zijn opgenomen in Bijlage 2.

Zowel de PSQ-schaal als de schalen die informatieve, interpersoonlijke en procedurele rechtvaardigheid meten zijn gevalideerd. Dit wil zeggen dat in eerder onderzoek is vastgesteld dat de vragenlijsten meten wat ze beogen te meten. De schalen zijn echter gevalideerd in een andere context dan die in dit onderzoek centraal staat (medische advisering bij het afwikkelen van letselschade). Het onderzoek naar informatieve, interpersoonlijke en procedurele rechtvaardigheid heeft deze dimensies van rechtvaardigheid vooral gemeten in organisaties, meestal bedrijven. Het is niet zeker dat dezelfde dimensies te onderscheiden zijn in de context waarbinnen dit onderzoek wordt verricht. In onderzoek naar comparities bij civiele zittingen bleek bijvoorbeeld dat de drie concepten niet helder te onderscheiden waren (Van der Linden,

⁴ You feel you're doing things you really like: (1) You enjoy yourself, (2) You are lighthearted, (3) You are full of energy, (4) You feel safe and protected.

⁵ Het gaat om de volgende drie vragen: (1) Have you had influence over the (outcome) arrived at by those procedures?, (2) Have those procedures been applied consistently?, (3) Have you been able to appeal the (outcome) arrived at by those procedures?

2010).⁶ Ook *perceived stress* is, voor zover bekend, niet eerder gemeten in de context van medische advisering en het afwikkelen van letselschadezaken.

De schaal van Colquitt bevat ook een vragenlijst over uitkomstrechtvaardigheid (distributieve rechtvaardigheid). Ook hiervoor geldt dat deze is veelal is getest en toegepast binnen organisaties, bijvoorbeeld om de tevredenheid van werknemers met de hen geboden beloning te meten. Er wordt in dat verband onder meer gemeten of de uitkomst, bijvoorbeeld de beloning, recht doet aan de geleverde inspanningen. Dergelijke vragen worden ook vaak gebruikt in psychologisch onderzoek, meer in het bijzonder in het kader van een *public good dilemma* of *resource dilemma* (Stouten, 2005). Bij dergelijke dilemma's moeten deelnemers aan het experiment iets inleggen (public good) of uit de 'pot' halen (resource dilemma). Een dergelijke situatie, waarbij deelnemers iets moeten inleggen (public good) of iets uit de 'pot' moeten halen (resource dilemma), is niet goed te vergelijken met de situatie waarin slachtoffers van letselschade zich bevinden. Daar is het niet duidelijk wat de inspanningen zijn die zij hebben geleverd en of er een verband is tussen de geleverde inspanningen en de uiteindelijke uitkomst (positief/negatief medisch advies, wel/geen schadevergoeding, hoogte schadevergoeding). Om die reden werden bestaande vragenlijsten naar uitkomstrechtvaardigheid voor dit onderzoek niet bruikbaar geacht.

Uitkomstrechtvaardigheid is daarom gemeten aan de hand van een nieuw geconstrueerde schaal. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen drie uitkomsten: (1) het medisch advies en (2) de tevredenheid met de duur van het letselschadetraject en (3) de hoogte van de schadevergoeding. De vragenlijsten staan in Bijlage 3.

Daarnaast is gemeten in hoeverre slachtoffers de medisch adviseur(s) als onafhankelijk beschouwen. Ook hierbij is gebruik gemaakt van een zelf ontwikkelde vragenlijst. De vragen, te vinden in Bijlage 4, zijn gebaseerd op een literatuurstudie ten aanzien van neutraliteit van mediators.⁷ Daarbij zijn de vragen opgesteld aan de hand van belangrijkste kenmerken over neutraliteit in een juridische context, met name ten aanzien van mediators.

Met de vragenlijsten is proefgedraaid door ze te gebruiken en te toetsen in zaken die niet in het onderzoek zijn meegenomen. Aan de slachtoffers uit de testgroep is vooraf toestemming gevraagd. Voorts zijn in de testfase slachtoffers vermeden die zich in zeer ernstige fysieke, psychologische of financiële toestanden bevinden.

Covariaten. Er is in de verschillende analyses steeds gecorrigeerd voor andere factoren (variabelen) die van invloed zouden kunnen zijn op de hierboven genoemde uitkomstmaten. Het voordeel van het corrigeren voor die invloeden is dat de impact van de procedure (1MA / 2MA) op de uitkomstmaten preciezer kan worden geschat. De covariaten die zijn meegenomen in dit onderzoek zijn het geslacht, het beroep (werk / geen werk / scholier of student) en de leeftijd van het slachtoffer, het type verzekering (WA(M)/AVB/AVP versus SVI/IVB), de belangenbehartiger die de benadeelde bijstond (belangenbehartiger 1 / 2 / 3) en

⁶ Het onderzoek heeft echter gebruik gemaakt van een net iets andere meetschaal dan Colquitt (2001). Bovendien zijn de stellingen vertaald, maar niet terugvertaald (wat idealiter wel dient te gebeuren), en zijn enkele aangepast omdat ze anders ongeschikt zouden zijn voor een juridische procedure.

⁷ Zie onder meer (Astor, 2007); (Rock, 2006); (Hung, 2002).

het schadebedrag waarvoor de persoonlijke schade van het slachtoffer is geregeld, dat wil zeggen het bedrag dat aan een slachtoffer is betaald en waarvoor een vaststellingsovereenkomst is getekend. Het schadebedrag, zo was de gedachte, zou daarbij een indicatie kunnen zijn voor het belang en/of complexiteit van de zaak (hoe hoger het schadebedrag, hoe groter het belang). Afhankelijk van de analyse, is ook gecorrigeerd voor de looptijd van het medisch traject en/of de kosten van het medisch traject.

Selectie medisch adviseurs. Van belang om te vermelden is voorts de selectie van medisch adviseurs. De kwaliteit en insteek van de medisch adviseur kan van invloed zijn op het proces en hoe betrokkenen het proces beleven. In het onderzoek is om praktische redenen een poule van drie medisch adviseurs gecreëerd die alle zaken in de interventiegroep af hebben gehandeld, waarbij de zaken gelijk verdeeld zijn over de drie adviseurs. Het is mogelijk dat diezelfde medisch adviseurs ook zaken in de controlegroep hebben behandeld, maar in de controlegroep zijn er ook andere medisch adviseurs actief geweest. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat eventuele verschillen (deels) moeten worden toegeschreven aan verschillen tussen medisch adviseurs in de controlegroep en die uit de interventiegroep. Om de kans op verschillen tussen medisch adviseurs te reduceren, is er voor gezorgd dat de medisch adviseurs allen gecertificeerd zijn. Om praktische redenen is niet gekozen voor een aanpak waarbij steeds dezelfde medisch adviseurs alle zaken in zowel de IMA-groep als de 2MA-groep behandelen. Deze benadering zou de omvang van de steekproef ernstig verkleinen.

Ethische Toets. Het onderzoek is voorgelegd aan, en beoordeeld door, de *Psychologische Ethische ToetsingsCommissie* (PETC) van de *Tilburg School of Social and Behavioral Sciences* (TSB). De PETC, die de ethische aspecten van onderzoeksprojecten beoordeelt, heeft positief beslist over het onderzoek.

4. Resultaten dossiergegevens

4.1 Zaakskenmerken

De schademeldingen van de zaken die zijn onderzocht variëren van 10 mei 2011 (vroegste datum) en 26 maart 2014 (laatste datum, gevolg door 13 juni 2013 als meest recente schademelding). Dit betekent dat bijna alle letselschadetrajecten die in dit onderzoek zijn meegenomen binnen een tijdsperiode van twee jaren zijn aangevangen.

Uiteindelijk zijn 63 zaken in de interventiegroep (1MA) vergeleken met 66 zaken in de controlegroep (2MA), zonder statistisch significante verschillen tussen de groepen in termen van leeftijd, geslacht, type verzekering, werkloosheid/beroep van de benadeelde, de belangenbehartiger die de benadeelde in de procedure en het schadebedrag:

- gemiddelde leeftijd van de benadeelden (45,8 jaar in de 2MA-groep, 50,1 jaar in de 1MA-groep).
- man-vrouw-verdeling (50,8% vrouw in de 1MA-groep, 59,1% vrouw in de 2MA-groep);
- type verzekering (76,2% WA(M), AVB of AVP en 23,8% SVI of IBV in de 1MA-groep, tegenover 60,6% WA(M), AVB of AVP en 39,4% SVI of IBV in de 2MA-groep);
- of benadeelden werkzaam waren ten tijde van de start van de schademelding (74,6% werkzaam in de 1MA-groep, 63,6% werkzaam in de 2MA-groep);
- belangenbehartiger die benadeelde bijstond in de procedure (bbh1 47,6% in de 1MA-groep versus 37,9% in de 2MA-groep, bbh2 25,4% in de 1MA-groep versus 33,3% in de 2MA-groep, bbh3 27,0% in de 1MA-groep versus 28,8% in de 2MA-groep);
- het schadebedrag (35.225,49 euro in de 1MA-groep versus 22.492,38 euro in de 2MA-groep), variërend van 750 euro tot 295.000 euro.⁸

Geen van de verschillen tussen de groepen is statistisch significant. Dit duidt er op dat het random toewijzen van zaken aan de 1MA-groep of 2MA-groep is geslaagd. De groepen (1MA / 2MA) lijken daarmee vergelijkbaar, in die zin dat het enige wezenlijke verschil tussen de groepen het type procedure is (1MA / 2MA).

Niettemin verdient de randomisatie nadere aandacht. Gaandeweg het onderzoek werd duidelijk dat er binnen het 2MA-traject zaken waren waarbij er uiteindelijk maar één of zelfs geen medisch adviseur was ingeschakeld. Dit terwijl in de 1MA-groep alle zaken zijn afgewikkeld met één medisch adviseur. De reden dat er binnen de 2MA-groep geen of maar één medisch adviseur was ingeschakeld, zo leerde navraag, was omdat ‘dit handig was’: soms achtte de verzekeraar het zinvol om mee te liften op het advies van de belangenbehartiger en in andere gevallen achtte de belangenbehartiger of benadeelde het niet nodig om een medisch adviseur in te schakelen. In de 2MA-groep is dus en veel vaker geen medisch adviseur ingeschakeld dan in de 1MA-groep. Het voorgaande betekent dat er geregeld geen procedure is gevolgd in de 2MA-groep waarin ook daadwerkelijk twee medisch adviseurs actief waren.

Het bovenstaande roept vragen op ten aanzien van de vergelijkbaarheid van de 1MA-groep en de 2MA-groep. Kennelijk hebben zich na het random toewijzen van zaken processen voorgedaan waardoor zaken in de 2MA-groep anders zijn afgewikkeld dan binnen de 1MA-groep. Dit heeft tot gevolg dat er in 20,0% (13 van de 65) van de zaken in de 2MA-groep geen medisch adviseur is ingeschakeld, in 41,5% (27 van de 65) van de zaken er één medisch adviseur is betrokken en in 38,5% (25 van de 65) van de zaken twee medisch adviseurs betrokken zijn geweest. In gevallen waarin één medisch adviseur is ingeschakeld, ging het doorgaans om de medisch adviseur aan de zijde van de benadeelde (21 zaken, tegenover 6 zaken waarin alleen door de medisch adviseur van de verzekeraar een advies is gegeven).⁹

⁸ Weergave van resultaten inclusief outliers (extreme waarden). Analyses met en zonder outliers leveren beide niet-significante verschillen op.

⁹ In één geval was het aantal medisch adviseurs onbekend.

Het voorgaande brengt mee dat eventuele verschillen tussen de 1MA-groep en 2MA-groep vertekend zullen zijn in het voordeel van de 2MA-groep, omdat daar niet alle zaken zijn afgewikkeld met twee medisch adviseurs. Het excluseren van zaken waar geen medisch advies heeft plaatsgevonden zou een oplossing kunnen zijn, maar waarschijnlijk gaat het om zaken met een relatief klein belang en / of van geringe complexiteit. Deze strategie heeft dan tot gevolg dat zaken in de 1MA-groep worden vergeleken met zaken in de 2MA-groep die, gemiddeld genomen, een groter belang kennen of van grotere complexiteit groep zijn. In dat geval zullen de uitkomsten in het voordeel zijn van de 1MA-groep. Een vergelijking met 2MA-zaken waar twee medisch adviseurs actief zijn geweest zal waarschijnlijk tot een nog grotere ongelijkheid leiden in vergelijkbaarheid tussen de 1MA-groep en de 2MA-groep (in het nadeel van laatstgenoemde groep). Er is daarom gezocht naar een variabele waarmee kan worden gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen de groepen in termen van belang of complexiteit van de zaak. Aangenomen wordt dat het schadebedrag complexiteit en belang 'vangt' (hoe groter de schade, hoe groter het belang en/of de complexiteit van de zaak). Daarom zal steeds worden gecorrigeerd voor het schadebedrag (samen met de andere covariaten).

4.2 Statistisch vooronderzoek

Voordat de hypothesen kunnen worden getoetst, is het nodig om de gegevens aan een inspectie te onderwerpen. Het vooronderzoek bestaat uit verschillende onderdelen. De bespreking hiervan, die hieronder volgt, is vrij technisch, maar wel belangrijk vanuit het oogpunt van transparantie en controleerbaarheid. De lezer die vooral geïnteresseerd is in de uitkomsten van het onderzoek, kan overwegen de informatie in deze paragraaf over te slaan en te vervolgen met de paragraaf waarin de uitkomsten worden besproken.

Outliers (extreme waarden). Bij het verrichten van statistische analyses is het belangrijk om de data te inspecteren op uitschieters. Het meenemen van outliers kan namelijk leiden tot niet-precieze schattingen of zelfs tot onjuiste uitkomsten. Het criterium dat in dit onderzoek is gebruikt om outliers te identificeren is 1,5 maal de 'interquartile range' (IQR) van de 'upper adjacent value' en de 'lower adjacent value'. Het boxplot voor de kosten van het medische traject laat drie outliers zien en die voor de totale kosten één outlier. De 5% trimmed mean scores geven aan dat de outliers een geringe invloed hebben op het gemiddelde en dat de invloed in de 1MA-groep en de 2MA-groep vergelijkbaar is. Besloten is deze outliers mee te nemen in de analyses. Het schadebedrag laat zeven outliers zien (waarvan twee in de controlegroep en vijf in de interventiegroep), met tevens een niet-geringe invloed op het gemiddelde. Vanwege de gevoeligheid van outliers als zij worden gebruikt als covariaat, is besloten is om, waar het gaat om het schadebedrag, de outliers niet mee te nemen in de analyses.

Correlaties. Eerst zijn de correlaties tussen de verschillende continue variabelen geanalyseerd. Deze correlaties zijn belangrijk, omdat zij er op kunnen wijzen dat voor

bepaalde variabelen gecorrigeerd dient te worden. Het schadebedrag bleek gecorreleerd aan (alle) andere continue variabelen. De correlaties zijn respectievelijk:

- Correlatie Schadebedrag - Duur medisch traject: $r=.42$, $p < .001$.
- Correlatie Schadebedrag - Duur totale traject: $r=.42$, $p < .001$.
- Correlatie Schadebedrag - Kosten medisch traject: $r=.54$, $p < .001$.
- Correlatie Schadebedrag - Kosten letselschadetraject: $r=.81$, $p < .001$.

Aangezien Leeftijd en Schadebedrag in de analyses mee worden genomen als covariaten, moeten deze niet te sterk met elkaar te correleren. Deze correlatie is zeer klein en niet statistisch significant ($r=.00$, ns). Daarnaast waren de verschillende variabelen ten aanzien van kosten en looptijd aan elkaar gecorreleerd, hetgeen niet verbaast gezien de verwachting dat een langere duur van een traject gepaard gaat met hogere kosten en dat een duurder of langer lopend medisch traject zal leiden tot hogere kosten en een hogere looptijd in het letselschadetraject als geheel.

Het meenemen van Schadebedrag kan problematisch zijn, aangezien het schadebedrag aan het slot van het letselschadetraject wordt vastgesteld, dat wil zeggen, na afronding van het medisch traject. Een covariaat wordt echter, chronologisch gezien, geacht vooraf te gaan aan de uitkomstvariabele(n). De reden hiervoor is dat de onafhankelijke variabele van invloed kan zijn op het schadebedrag: de groep (1MA / 2MA) waarin een benadeelde is ingedeeld, kan van invloed zijn op de hoogte van de schadevergoeding die de benadeelde krijgt toegewezen. Het is daarom zinvol duidelijkheid te krijgen over het verband tussen de procedure (1MA / 2MA) en het schadebedrag. Alleen indien de procedure geen invloed heeft op het schadebedrag zou Schadebedrag als covariaat kunnen worden meegenomen. Als de procedure namelijk wel van invloed is op het schadebedrag, zou het corrigeren voor het schadebedrag (een deel van) de invloed van de procedure op de uitkomstvariabele wegfilteren; beide variabelen meten dan immers hetzelfde.

Om zicht te krijgen op het verband tussen Procedure en Schadebedrag, is de relatie tussen de twee variabelen onderzocht. De vergelijking is uitgevoerd zonder de extreme schadebedragen (outliers). De resultaten laten kleine verschillen zien tussen de 1MA- en 2MA-groep (Tabel 2). Het schadebedrag ligt in de 1MA-groep gemiddeld gezien hoger (22032,71 euro) dan in de 2MA-groep (19652,86 euro).

Tabel 2: Schadebedrag

		Aantal zaken	Schadebedrag (in Euro)
Controlegroep (2MA)	Totaal	64	19652,86 (17977,48)
	0 adviseurs	13	16988,62 (17621,78)
	1 adviseur	25	16198,37 (14430,32)

	2 adviseurs	25	24668,88 (21013,89)
Interventiegroep (1MA)	Totaal	58	22032,71 (21657,81)

NOOT: Standaarddeviaties tussen haken. Het totaal aantal 2MA-zaken (n=64) overstijgt het aantal van de opstelsom van de drie subcategorieën (n=63) omdat in één zaak het aantal medisch adviseurs onbekend is.

Opvallend is het verschil in schadebedragen tussen 2MA-zaken waar één medisch adviseur is betrokken en 2MA-zaken waar twee medisch adviseurs bij zijn betrokken. Dit verschil wordt mogelijk verklaard door het belang van de zaak: het ligt voor de hand dat in zaken waar veel op het spel staat eerder twee medisch adviseurs betrokken zullen worden dan in zaken waar het belang relatief gezien minder groot is.

Getoetst is of het gevonden verschil statistisch significant is, dat wil (heel in het kort) zeggen of het waarschijnlijk is dat het gevonden verschil toevallig is. De resultaten van het statistische model waarin wordt gecorrigeerd voor de belangenbehartiger, het type verzekering, het geslacht van het slachtoffer, het beroep van het slachtoffer en de leeftijd van het slachtoffer laten extreem kleine verschillen zien die bovendien niet statistisch significant zijn. Hetzelfde geldt indien wordt vergeleken tussen alle 1MA-zaken met de 2MA-zaken waarin een medisch adviseur betrokken is geweest. De resultaten suggereren dan ook dat benadeelden vergelijkbare schadebedragen krijgen toegewezen in een 1MA-procedure als in een 2MA-groep.

Niettemin kan het meenemen van Schadebedrag als covariaat nog altijd problematisch zijn, gezien de statistisch significante verbanden tussen Schadebedrag en de uitkomstmaten (looptijd en kosten) en gezien de verwachte verbanden tussen Procedure (1MA / 2MA) en diezelfde uitkomstmaten. Het kan zijn dat er geen direct verband is tussen Procedure en Schadebedrag, maar wel een indirect verband (Procedure heeft een impact op duur of kosten, dat een impact heeft op Schadebedrag). In het geval van een indirect verband zou het meenemen van Schadebedrag kwalijke gevolgen hebben voor de resultaten, in die zin dat Schadebedrag een deel van het verband zal meten dat ook Procedure meet. Het gevolg hiervan is dat de resultaten niet of minder snel statistisch significante verbanden laat zien van Procedure terwijl deze er in werkelijkheid wel zijn. De aanwezigheid van indirecte effecten zouden voeren naar de conclusie dat het beter is om Schadebedrag niet mee te nemen in de analyses.

Een mediatieanalyse is uitgevoerd om te toetsen of er een indirect verband bestaat tussen Procedure en Schadebedrag. In deze analyse is getoetst of het effect van Procedure (1MA / 2MA) op Schadebedrag verschilt wanneer de looptijd- en kostenvariabelen wel en niet worden meegenomen. De analyse is uitgevoerd in SPSS met gebruikmaking van de PROCESS-plugin. De resultaten laten geen indirecte effecten zien wanneer modellen met en zonder de looptijd- en kostenvariabelen met elkaar worden vergeleken. Geen van de indirecte effecten is statistisch significant. Dit geldt voor looptijd medisch traject ($p = .58$), kosten medisch traject ($p = .38$), looptijd van de gehele procedure ($p = .32$) en kosten gehele

procedure ($p = .99$). Gezien het gebrek aan indirecte verbanden is besloten om de analyses uit te voeren met Schadebedrag als covariaat.

Statistische assumpties. Het toetsen van assumpties van de verschillende analysetechnieken is een ander onderdeel van het vooronderzoek. Schendingen van bepaalde assumpties kan er namelijk toe leiden dat een bepaalde analyse niet mag worden gebruikt, of dat er bepaalde beperkingen kleven aan het gebruik van een analysetechniek. De patronen in de data bepalen welke analyse mag worden gebruikt.

Hieronder wordt voor het doen van de analyses gebruik gemaakt van ANCOVAs. Een van de assumpties van ANCOVA is dat de scores op de afhankelijke variabele normaal verdeeld zijn. De Kolmogorov-Smirnov-statistieken suggereren dat deze assumptie mogelijk wordt geschonden voor alle vier de afhankelijke variabelen, dat wil zeggen de duur en kosten van het medische traject en het gehele letselschadetraject. Histogrammen en Q-Q plots laten zien dat de assumptie wordt geschonden voor de duur en kosten van het medisch traject. De toets is echter robuust voor deze schending door de grote steekproef die in dit onderzoek is getrokken.

Een tweede assumptie van ANCOVA is dat een lineaire relatie bestaat tussen de afhankelijke variabele en de afzonderlijke covariaten. Scatterplots laten geen hele mooie lineaire effecten zien, maar ook geen extreem curvilineaire effecten. Een derde assumptie (van homogene varianties) is getest met de Levene's toets. Deze assumptie wordt geschonden in de analyse met 'kosten medisch traject' als afhankelijke variabele'. Daarover later meer. Een vierde assumptie is die van homogene regressieslopes. Deze assumptie is per afhankelijke variabele getoetst door te kijken of er een significante interactie bestaat tussen conditie en iedere covariaat. Indien dit het geval is, is de assumptie geschonden. Er zijn geen significante interacties gevonden, hetgeen er op duidt dat de assumptie van homogene regressieslopes niet is geschonden.

4.3 Leeswijzer

Hieronder volgen de resultaten met betrekking tot de vier uitkomstvariabelen. Er zal steeds worden nagegaan of er verschillen zijn tussen de 1MA-groep en de 2MA-groep. Dit gebeurt op twee manieren. Eerst wordt dit gedaan voor de steekproef, dat wil zeggen de dossiers die zijn geanalyseerd. Omdat een steekproef een selectie is van alle zaken – de populatie – en omdat er door die selectie toevallige verschillen kunnen ontstaan die niet in de populatie bestaan, zijn er statistische toetsen ontwikkeld aan de hand waarvan – eenvoudig gesteld – de kans kan worden bepaald dat de gevonden verschillen toevallige verschillen zijn. Wanneer hieronder wordt gesproken over statistisch significante verbanden, wil dit zeggen dat die kans klein is.

4.4 Impact van procedure (1MA / 2MA) op looptijd medisch traject

De eerste uitkomstvariabele die is geanalyseerd betreft de duur van het medisch traject. De looptijd van een medisch traject ligt gemiddeld gezien lager in de 1MA-groep (270 dagen) dan in de 2MA-groep (303 dagen) (Tabel 3). Dit verschil lijkt vooral het gevolg te zijn van het meenemen van 13 zaken waarin geen medisch adviseur is ingeschakeld en waar de gemiddelde duur 0 (nul) dagen is. Meer in het algemeen geldt dat het aantal medisch adviseurs dat in een zaak betrokken de duur van het medisch traject lijkt te beïnvloeden. De duur van het medisch traject waarbij twee medisch adviseurs betrokken zijn (543 dagen) is substantieel langer dan het medisch traject in de controlegroep waarin één medisch adviseur is betrokken (224 dagen) (Tabel 3).

Tabel 3: Duur medisch traject (gemiddeld)

		Aantal zaken	Duur (in dagen)
Controlegroep (2MA)	Total	64	302,98 (356,57)
	0 adviseurs	13	0
	1 adviseur	26	224,15 (304,13)
	2 adviseurs	25	542,52 (348,10)
Interventiegroep (1MA)	Totaal	63	269,78 (242,63)

NOOT: Standaarddeviaties tussen haken

Diverse modellen zijn geanalyseerd om te toetsen of de gevonden verschillen toevallige verschillen zijn. Met de analyses kan worden nagegaan wat de kans is dat er andere uitkomsten zouden zijn verkregen indien een andere (willekeurige) steekproef zou zijn getrokken. Deze kans wordt uitgedrukt in statistische significantie, waarbij als vuistregel geldt dat bij een significantieniveau van 5% of lager er mag worden aangenomen dat de kans klein is dat de gevonden verschillen op toeval berusten.

In de analyses is gecorrigeerd voor mogelijke invloeden van andere factoren (covariaten). Meer concreet is steeds rekening gehouden met mogelijke invloeden van de belangenbehartiger die bij de zaak betrokken was, het type verzekering, het geslacht van het slachtoffer, het beroep van het slachtoffer, de leeftijd van het slachtoffer en het schadebedrag.

De resultaten die worden weergegeven, betreffen de resultaten van een vergelijking van 1MA-zaken met (1) alle 2MA-zaken, (2) alle 2MA-zaken waarin ten minste één medisch

adviseur is ingeschakeld en (3) 2MA-zaken waarin twee medisch adviseurs actief zijn geweest. De analyses laten statistisch significante verbanden zien voor vergelijkingen 2 en 3, met middelgrote tot zeer grote effectgroottes (Tabel 4).

Tabel 4. Resultaten ANCOVA (duur medisch traject)

	Significantie (p)	Effectgrootte (partial η^2)
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken	.26	.01
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met ten minste een medisch adviseur	.03	.05
1MA-zaken vs 2MA-zaken met twee adviseurs	< .001	.25

NOOT: Covariaten: belangenbehartiger, type verzekering, geslacht slachtoffer, beroep slachtoffer, leeftijd slachtoffer, schadebedrag.

Alleen de vergelijking tussen 1MA-zaken en alle 2MA-zaken geeft geen statistisch significante verbanden. Dit verbaast niet, aangezien het opstarten van een medisch traject op zichzelf al een substantiële tijdsinvestering vergt, nog los van hoe de procedure is ingericht. Het vergelijken van zaken waarin medisch adviseurs zijn ingeschakeld met zaken waarin dit niet is gedaan is dan niet reëel. Om die reden is het belangrijk vooral ook te kijken naar de andere vergelijkingen, die wel statistisch significante verschillen laten zien. Op basis van deze andere verschillen mag, zij het voorzichtig, worden geconcludeerd dat het verschil in looptijd tussen 1MA-zaken en 2MA-zaken middelgroot tot zeer groot is en bovendien statistisch significant.

4.5 Impact van procedure (1MA / 2MA) op looptijd letselschadetraject

Ook de gemiddelde duur van het gehele letselschadetraject is lager in de 1MA-groep (569 dagen) dan in de 2MA-groep (594 dagen) (Tabel 5). Opnieuw lijkt het aantal medisch adviseurs dat in de procedure betrokken relevant. Zo is de duur van het letselschadetraject waarbij twee medisch adviseurs betrokken zijn (706 dagen) substantieel langer dan een medisch traject met één medisch adviseur (569 dagen in de 1MA-groep, 564 dagen in de 1MA-groep), en is een traject zonder medisch adviseurs substantieel korter (391 dagen) dan de gemiddelde looptijd in trajecten met één medisch adviseur (Tabel 5).

Tabel 5: Duur letselschadetraject (gemiddeld)

		Aantal zaken	Duur (in dagen)
Controlegroep (2MA)	Totaal	66	593,70 (256,35)
	0 adviseurs	13	390,92 (155,30)
	1 adviseur	27	564,33 (180,90)
	2 adviseurs	25	705,76 (278,83)
Interventiegroep (1MA)	Totaal	63	569,00 (302,45)

NOOT: Standaarddeviaties tussen haken.

Er is wederom geanalyseerd of de gevonden verschillen toevallige verschillen zijn. De procedure die is gevolgd, is vergelijkbaar met de analyse die is uitgevoerd bij het analyseren van de duur van het medisch traject. Dit betekent dat er is gecorrigeerd voor mogelijke invloeden van de belangenbehartiger die bij de zaak betrokken was, het type verzekering, het geslacht van het slachtoffer, het beroep van het slachtoffer, de leeftijd van het slachtoffer en het schadebedrag. Daarbij zijn de volgende vergelijkingen gemaakt:

- Vergelijking van 1MA-zaken met alle 2MA-zaken (inclusief zaken waarin geen medisch adviseur is ingeschakeld).
- Vergelijking van 1MA-zaken met 2MA-zaken waarin ten minste één medisch adviseur is ingeschakeld.
- Vergelijking van 1MA-zaken met 2MA-zaken waarin twee medisch adviseurs actief zijn geweest.

De resultaten laten een wisselend beeld zien. Afhankelijk van de analyse is het gevonden verband statistisch significant (Tabel 6). Ook de effectgroottes verschillen (Tabel 6). Ook nu nemen de verschillen tussen 1MA-zaken en 2MA-zaken (in termen van significantieniveaus en effectgroottes) toe naarmate het aantal medisch adviseurs dat betrokken is in de 2MA-zaken toeneemt.

Tabel 6: Resultaten ANCOVA (duur letselschadetraject)

Significantie (p) Effectgrootte (partial η^2)

1MA-zaken vs alle 2MA-zaken (incl. zonder medisch traject)	.15	.02
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met ten minste één medisch adviseur	.04	.04
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met medisch traject	.00	.12

NOOT: Covariaten: belangenbehartiger, type verzekering, geslacht slachtoffer, beroep slachtoffer, leeftijd slachtoffer, schadebedrag.

De afwezigheid van statistisch significante verschillen wanneer alle 2MA-zaken worden meegenomen kan worden verklaard door de afwezigheid van een medisch traject met een medisch adviseur, welke trajecten per definitie een tijdsbesparing opleveren ten opzichte procedures waarin wel medisch adviseurs zijn ingeschakeld, *ceteris paribus*.

Het verschil in looptijd tussen de 1MA-groep en 2MA-groep (25 dagen) is vergelijkbaar met het verschil tussen de procedures met betrekking tot het medisch traject (33 dagen). Dit suggereert dat de geboekte tijdwinst in het gehele letselschadetraject kan worden verklaard door de tijdwinst in het medische traject. Aanvullende analyses bevestigen dit. In deze analyses, waarin is gecorrigeerd voor de looptijd van het medisch traject, is de invloed van procedure (1MA / 2MA) niet significant in alle van de uitgevoerde analyses. De tijdwinst die wordt geboekt in het letselschadetraject wordt dus niet ingelopen in het gehele letselschadetraject.

Gelet op het gevonden verschil tussen 1MA-zaken en 2MA-zaken met een medisch traject en gelet op de omstandigheid dat gecontroleerd is voor schadebedrag (en andere variabelen), kan, zij het voorzichtig, worden geconcludeerd dat de duur van het gehele letselschadetraject korter is in een 1MA-traject dan in een 2MA-traject waarin een medisch adviseur actief is geweest. De gevonden verschillen zijn middelgroot.

4.6 Impact van procedure (1MA / 2MA) op kosten medisch traject

Het gemiddelde van de totale kosten van het medisch traject in de 2MA-groep (€ 1.163) lag lager dan het gemiddelde in de 1MA-groep (€ 1.439) (Tabel 7).

Tabel 7: Kosten medisch traject (gemiddeld)

		Aantal zaken	Kosten (in Euro)
Controlegroep (2MA)	Total	64	1163,23 (1194,68)
	0 adviseurs	13	194,94 (120,62)
	1 adviseur	26	875,09 (554,26)
	2 adviseurs	25	1966,41 (1466,11)
Interventiegroep (1MA)	Totaal	63	1439,38 (1158,57)

NOOT: Standaarddeviaties tussen haken

Getoetst is of het gevonden verschil tussen de 1MA- en 2MA-groep statistisch significant is. Vanwege schendingen van de assumptie van homogene varianties (Levene's test is significant), is een andere statistische toets uitgevoerd (*Mann-Whitney U*-test) dan een ANCOVA. De resultaten van deze alternatieve analyse laten zien dat alleen het verschil tussen de 1MA-groep en de 2MA-groep met twee adviseurs statistisch significant is [$U = 499$, $p = .01$].

Tabel 8: Resultaten Mann-Whitney U tests (kosten medisch traject)

	U	Significantie (p)
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken (incl. zonder medisch traject)	1568	.03
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met ten minste één medisch adviseur	1565	.81
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met medisch traject	499	.01

De gemiddelden worden sterk beïnvloed door het aantal medisch adviseurs dat betrokken is in de trajecten. Dit geldt in het bijzonder voor zaken waarin geen medisch adviseur is ingeschakeld en waarin er dus nauwelijks kosten zijn gemaakt voor een medisch adviseur (maar mogelijk wel voor het opvragen van medische informatie). Gelet op de onderzochte zaken, suggereren de resultaten dat de kosten van het medisch traject stijgen naar mate het aantal medisch adviseurs toeneemt. Om nader te toetsen of meer medisch adviseurs inderdaad tot hogere kosten leidt, is wederom de alternatieve statistische toets uitgevoerd (*Mann-*

Whitney U-test; ook hier was de Levene's test statistisch significant). De resultaten laten een statistisch significant verband zien tussen het aantal medisch adviseurs en de kosten van het medisch traject [$\chi^2 = 43.901$, $p < .001$]. Een post-hoc-toets (Games-Howell) is uitgevoerd om na te gaan waar precies de verschillen zitten. Hieruit volgt dat het verschil in kosten tussen trajecten zonder medisch adviseur enerzijds en trajecten met één medisch adviseur (ongeacht of de medisch adviseur werkzaam was in een 1MA-traject of in een 2MA-traject) [€ 1080 verschil, $p < .001$] of twee medisch adviseurs anderzijds statistisch significant is [€ 1771 verschil, $p < .001$]. De verschillen zijn hierbij steeds in het voordeel van 1MA. Ook het verschil tussen trajecten met één medisch adviseur (ongeacht of de medisch adviseur werkzaam was in een 1MA-traject of in een 2MA-traject) en die met twee medisch adviseurs is statistisch significant [€ 692 verschil, $p = .09$], maar alleen bij een significantieniveau van .10.

4.7 Impact van procedure (1MA / 2MA) op totale kosten

Net als bij de kosten in het medisch traject ligt het gemiddelde van de totale kosten van het medisch traject lager in de 2MA-groep dan in de 1MA-groep (Tabel 9). Dit verschil is echter niet statistisch significant [$F(1,110) = .970$, $p = .33$, $\eta^2 = .01$].

Tabel 9: Totale kosten (gemiddeld)

		Aantal zaken	Kosten (in Euro)
Controlegroep (2MA)	Totaal	64	6635,19 (3688,94)
	0 adviseurs	13	4351,02 (2148,86)
	1 adviseur	26	6260,72 (3521,75)
	2 adviseurs	25	8212,40 (3863,19)
Interventiegroep (1MA)	Totaal	63	7089,88 (4733,58)

NOOT: Standaarddeviaties tussen haken.

Net als bij de kosten voor het medisch traject, suggereren de resultaten dat de kosten stijgen naarmate er meer medisch adviseurs bij de procedure worden betrokken. Een procedure waarin één medisch adviseur is betrokken, gaat gepaard met lagere kosten (€ 6.261 in de

2MA-groep, € 7.090 in de 1MA-groep) dan een procedure met twee medisch adviseurs (€ 8.212) en met hogere kosten dan in een procedure zonder medisch adviseurs (€ 4.351) (Tabel 9). Analyses die zaken waarin geen medisch adviseurs zijn betrokken buiten beschouwing laten, leveren dan ook wel statistisch significante verband op (gecorrigeerd voor covariaten, waaronder Schadebedrag) (Tabel 10).

Tabel 10: Resultaten ANCOVA (totale kosten)

	Significantie (p)	Effectgrootte (partial η^2)
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken (incl. zonder medisch traject)	.33	.01
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met ten minste één medisch adviseur	.05	.04
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met medisch traject	.00	.14

NOOT: Covariaten: belangenbehartiger, type verzekering, geslacht slachtoffer, beroep slachtoffer, leeftijd slachtoffer, schadebedrag.

Het model dat 1MA-zaken vergelijkt met 2MA-zaken waar ten minste één medisch adviseur actief is geweest laat statistisch significante verschillen zien [$F(1,97) = 3.741$, $p = .05$, $\eta^2 = .04$]. Hetzelfde geldt voor een model waarin de 1MA-zaken vergelijkt met zaken in de 2MA-groep waarin twee medisch adviseurs actief zijn geweest [$F(1,73) = 11.435$, $p = .001$, $\eta^2 = .14$]. De gevonden verschillen zijn middelgroot tot groot.

Aanvullende analyses waarin wordt gecorrigeerd voor de kosten van het medisch traject wekken de indruk dat er een zelfstandig effect is van de procedure op de totale kosten. Wanneer dezelfde analyses als hierboven worden uitgevoerd, maar nu gecorrigeerd voor de kosten in het medische traject, zijn de modellen statistisch significant (Tabel 11).

Tabel 11: Resultaten ANCOVA (totale kosten, gecorrigeerd voor kosten medisch traject)

	Significantie (p)	Effectgrootte (partial η^2)
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken (incl. zonder medisch traject)	.06	.03

1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met ten minste één medisch adviseur	.06	.04
1MA-zaken vs alle 2MA-zaken met medisch traject	.05	.06

NOOT: Covariaten: belangenbehartiger, type verzekering, geslacht slachtoffer, beroep slachtoffer, leeftijd slachtoffer, schadebedrag, kosten medisch traject. Analyses uitgevoerd zonder outliers 'kosten medisch traject'-variabele.

In een model waarin de 1MA-zaken worden vergeleken met 2MA-zaken waarin ten minste één medisch adviseur actief is geweest, is er een klein tot middelgroot verband te zien van Procedure op de totale kosten [$F(1,94) = 3.523$, $p < .06$, $\eta^2 = .04$] (maar alleen bij een significantieniveau van .10). Hetzelfde geldt wanneer alle 1MA-zaken worden vergeleken met 2MA-zaken met twee medisch adviseurs [$F(1,70) = 4.085$, $p = .05$, $\eta^2 = .06$].

5. Resultaten vragenlijstonderzoek

5.1 Inleiding

De informatie die hieronder wordt gepresenteerd, betreft de resultaten verkregen uit het vragenlijstonderzoek. De vragenlijst had tot doel gepercipieerde rechtvaardigheid en stress te meten. In de vragenlijst is onderscheid gemaakt tussen verschillende theoretische concepten, te weten procedurele rechtvaardigheid (zien respondenten de procedure van het medisch traject als rechtvaardig?), informationele rechtvaardigheid (worden respondenten behoorlijk en adequaat geïnformeerd?), interpersoonlijke rechtvaardigheid (worden respondenten op een respectvolle wijze bejegend door de medisch adviseur?), de gepercipieerde rechtvaardigheid van het advies (wordt het medisch advies dat is uitgebracht als rechtvaardig beschouwd?), de gepercipieerde rechtvaardigheid van de uitkomst van het letselschadetraject (bijvoorbeeld de ontvangen schadevergoeding) en de looptijd (is men tevreden met duur van het traject?), alsook de ervaren stress (in hoeverre ervaren respondenten stress?). Bij het bespreken van de resultaten hieronder wordt steeds onderscheid gemaakt tussen respondenten in de 1MA-groep en respondenten in de 2MA-groep. Gezien het beperkt aantal respondenten (waarover hieronder meer) is besloten geen vergelijking uit te voeren ten aanzien van het aantal respondenten. Bij de analyses is wel gecorrigeerd voor factoren zoals geslacht, leeftijd en beroep (werk / geen werk / scholier of student) van de benadeelde, alsook de belangenbehartiger (1 / 2 / 3), het type verzekering en het schadebedrag. Daarnaast is gecorrigeerd voor of respondenten een tussentijdse vragenlijst hadden ingevuld.

De theoretische concepten zijn gemeten aan de hand van meerdere vragen of stellingen (items). Procedurele rechtvaardigheid is aan de hand van een viertal items gemeten. De samenhang tussen de items is zeer goed ($\alpha = .89$), wat suggereert dat de items samen inderdaad hetzelfde concept – procedurele rechtvaardigheid – meten. Hetzelfde geldt voor informationele rechtvaardigheid (5 items, $\alpha = .95$), interpersoonlijke rechtvaardigheid (4 items, $\alpha = .96$), uitkomstrechtvaardigheid ten aanzien van het medisch traject (6 items, $\alpha = .98$), uitkomstrechtvaardigheid ten aanzien van het letselschadetraject als geheel (6 items, $\alpha = .97$), duur van het totale letselschadetraject (6 items, $\alpha = .85$), de ervaren onafhankelijkheid van de medisch adviseur (5 items, $\alpha = .94$) en ervaren stress (16 items, $\alpha = .91$). In de theorie wordt voorts onderscheid gemaakt tussen verschillende subcategorieën ten aanzien van stress. In de data zijn deze subcategorieën niet goed te onderscheiden. Deze constatering kan van belang zijn voor de theorie omtrent stress maar heeft geen invloed op de hierboven gepresenteerde resultaten of op het vervolg van het onderzoek.

5.2 Respons en non-respons

38,5% ($n=50$) van de benadeelden die in het onderzoek betrokken waren, vulden de eindvragenlijst volledig in. Een groter gedeelte van de respondenten in de 1MA-groep vulde de vragenlijst in dan de respondenten in de 2MA-groep (57% versus 43%), maar dit verschil is niet statistisch significant [$p = .14$, Cramer's $V = .13$]. Statistisch significante verschillen tussen personen die wel hebben gereageerd en niet hebben gereageerd, beperken zich tot de duur van het medische traject (oververtegenwoordiging in de steekproef van respondenten met een relatief korte looptijd) [$U = 1458$, $p = .02$] en de duur van het letselschadetraject (oververtegenwoordiging in de steekproef van respondenten met een relatief korte looptijd) [$U = 1247$, $p < .001$] (Tabel 12).

Tabel 12: Verschillen respondenten – niet-respondenten

Categorie		Respondenten		Verschil significant
		Respondenten	Niet-respondenten	
Geslacht	Vrouw	52,0%	57,3%	ns
	Man	48,0%	42,7%	
Leeftijd (in jaren)		50,4	46,1	ns
Beroep	Geen werk	20,0%	23,8%	ns
	Werk	76,0%	65,0%	
	Student/scholier	4,0%	11,3%	

Belangenbehartiger	1	40,0%	43,8%	
	2	40,0%	22,5%	ns
	3	20,0%	33,8%	
Type verzekering	SVI/IBV	36,0%	30,0%	
	WA(M)/AVB/AVP	64,0%	70,0%	ns
Duur medisch traject (in dagen)		221,38	381,54	*
Duur letselschadetraject (in dagen)		466,80	649,563	***
Kosten medisch traject (in euro)		1184,96	1563,06	ns
Kosten gehele traject (in euro)		5922,90	7366,99	ns
Schadebedrag (in euro)		15831,89	23014,96	ns

NOOT: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; † $< .10$; ns = niet significant.

Gezien het gering aantal significante verschillen is besloten niet te werken met gewogen gemiddeldes (of om de analyses niet uit te voeren).

5.3 Medisch advies gegeven

De onbekendheid met een gegeven medisch advies is groot. Van alle respondenten gaf 60,0% (n=30) aan dat er (naar eigen zeggen) een medisch advies is gegeven. 24,0% van de respondenten (n=12) zegt geen medisch advies te hebben gekregen, terwijl 16,0% (n=8) zegt niet te weten of er een medisch advies is gegeven. Verder gaven twee respondenten in de 2MA-groep waar geen medisch adviseur is ingeschakeld toch aan dat zij een medisch advies hadden ontvangen. Van de respondenten die volgens de dossiergegevens een medisch advies hadden gekregen, is het percentage ‘weet niet’ in de 1MA-groep (17,9%) groter dan in de 2MA-groep (6,7%), en het percentage dat een medisch advies zegt te hebben gekregen kleiner in de 1MA-groep (57,1% versus 80,0%). De verschillen zijn echter niet significant ($p = .32$).

5.4 Procedurele rechtvaardigheid

Voor de respondenten die bekend zeiden te zijn met het gegeven medisch advies is geanalyseerd in hoeverre zij de procedure van het medisch traject als rechtvaardig hebben ervaren. De scores zijn relatief hoog: iets boven de 4 op een vijfpuntsschaal (Tabel 13). De

verschillen in gepercipieerde procedurele rechtvaardigheid tussen de respondenten binnen 1MA-procedure en die binnen de 2MA-procedure zijn verwaarloosbaar klein. Beide procedures zijn in de ogen van de respondenten positief en vergelijkbaar in termen van het kunnen uiten van zienswijzen en gevoelens, vooringenomenheid, het gebruik van accurate informatie en het voldoen aan ethische/morele standaarden (Tabel 13).

Tabel 13: Gepercipieerde procedurele rechtvaardigheid

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Controlegroep (2MA)	14	4,1 (1,07)
Interventiegroep (1MA)	16	4,1 (0,77)

NOOT: Scores berekend op basis van vijfpunts-Likert-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de gepercipieerde rechtvaardigheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Het aantal respondenten (14 versus 16) is te gering om statistische toetsen los te laten op de gevonden verschillen. Bovendien zijn de verschillen zo verwaarloosbaar klein dat geen statistisch significante verschillen te verwachten zijn. De conclusie is dan ook dat er geen indicaties zijn dat de procedurele rechtvaardigheid in het 2MA-traject positiever of negatiever wordt gepercipieerd dan in het 1MA-traject.

5.5 Interpersoonlijke rechtvaardigheid

Veertien respondenten hebben de medisch adviseur gesproken, tegen 29 respondenten die geen contact hebben gehad en zeven respondenten die dit niet weten. Vooral in de 1MA-groep gaven respondenten aan contact te hebben gehad met de medisch adviseur: 39,3% van de 1MA-respondenten versus 14,3% van de 2MA-respondenten. De antwoorden van de 1MA-respondenten laten zien dat zij tevreden zijn over het contact met de medisch adviseur. Respondenten waarderen de communicatie met gemiddeld een 4,8 (op een vijfpuntsschaal). Vanwege het klein aantal respondenten, vooral in de 2MA-groep (n=3), zijn de gegevens niet aan nadere analyses onderworpen. Overigens zijn ook de scores in de 2MA-groep (n=3) hoog: 5,0.

5.6 Informatieele rechtvaardigheid

De ervaren informationele rechtvaardigheid (onder andere: uitleg over het traject, de aanvaardbaarheid ervan) ten aanzien van het letselschadetraject is vrijwel gelijk voor respondenten binnen het 1MA-traject als voor respondenten binnen het 2MA-traject. De scores zijn wederom hoog (Tabel 14).

Tabel 14: Gepercipieerde informationele rechtvaardigheid

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Controlegroep (2MA)	14	4,1 (1,23)
Interventiegroep (1MA)	28	3,8 (1,19)

NOOT: Scores berekend op basis van vijfpunts-Likert-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de gepercipieerde rechtvaardigheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Dat er op dit punt geen verschillen zijn gevonden, verbaast niet. Er is geen reden om aan te nemen dat de benadeelden in de controlegroep anders zouden worden geïnformeerd over het medische traject dan benadeelden in de interventiegroep.

De verschillen zijn getoetst op statistische significantie. Dit leverde in geen van de getoetste modellen statistisch significante verschillen op. Ook de effectgroottes waren klein, hetgeen voor de hand ligt gezien de kleine verschillen tussen de 1MA- en 2MA-groep.

5.7 Uitkomstrechtvaardigheid (medisch traject)

Voor de respondenten die hebben aangegeven een medisch advies te hebben ontvangen is gemeten hoe rechtvaardig zij het medisch traject hebben gepercipieerd. De uitkomstrechtvaardigheid is hoog in beide groepen, met verwaarloosbaar kleine verschillen (Tabel 15).

Tabel 15: Gepercipieerde uitkomstrechtvaardigheid (medisch traject)

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
--	---------------------	------------------

Controlegroep (2MA)	9	4,2 (1,06)
Interventiegroep (1MA)	14	4,3 (0,91)

NOOT: Scores berekend op basis van vijfpunts-Likert-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de gepercipieerde rechtvaardigheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Vanwege het kleine aantal respondenten, vooral in de 2MA-groep, en vanwege het zeer geringe verschil in gemiddelde scores, zijn geen nadere analyses uitgevoerd.

5.8 Uitkomstrechtvaardigheid (gehele letselschadetraject)

Ook de gepercipieerde rechtvaardigheid van de uitkomst van het gehele traject (onder andere: Doet de uitkomst recht aan wat de benadeelde is overkomen?, Is de uitkomst rechtvaardig?) is gemeten. De verschillen zijn wederom klein: de ervaren rechtvaardigheid is 4,2 in de 2MA-groep en 3,9 in de 1MA-groep (gemeten op een vijfpuntsschaal) (Tabel 16).

Tabel 16: Gepercipieerde uitkomstrechtvaardigheid (gehele traject)

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Controlegroep (2MA)	21	4,2 (1,25)
Interventiegroep (1MA)	26	4,0 (1,04)

NOOT: Scores berekend op basis van vijfpunts-Likert-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de gepercipieerde rechtvaardigheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Onderzocht is of het gevonden verschil statistisch significant is, maar in geen van de geanalyseerde modellen is een dergelijk verband gevonden. Ook de grootte van het effect bleek in alle modellen klein.

5.9 Duur van het letselschadetraject

De tevredenheid met de duur van het letselschadetraject is lager in vergelijking met de gepercipieerde rechtvaardigheid van de procedure, de geboden informatie en de uitkomst van het medische en gehele traject. De gemiddelde tevredenheid ligt wat lager in de interventiegroep (3,2) dan in de controlegroep (3,6) (Tabel 17).

Tabel 17: Tevredenheid met looptijd (letselschadetraject)

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Controlegroep (2MA)	21	3,6 (0,77)
Interventiegroep (1MA)	26	3,2 (1,10)

NOOT: Scores berekend op basis van vijfpunts-Likert-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de tevredenheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Geen van de statistische analyses (waarbij wel en niet is gecorrigeerd voor invloeden van andere factoren) laten statistisch significante verschillen zien tussen de twee groepen. Dit betekent dat de kans te groot is dat het gevonden verschil in tevredenheid met de looptijd van het letselschadetraject toevallig is. Er is op basis van de gegevens dan ook geen aanleiding te veronderstellen dat benadeelden in een 1MA-traject minder of meer tevreden zijn met de duur van het letselschadetraject dan benadeelden in een 2MA-traject. Hetzelfde geldt indien de analyses worden uitgevoerd met alle zaken waarin ten minste één medisch adviseur actief is geweest.

5.10 Ervaren onafhankelijkheid van de medisch adviseur

Voor personen met een medisch traject waarbij ten minste één medisch adviseur actief is geweest, is onderzocht of de medisch adviseur in de 2MA-groep als minder of meer onafhankelijk wordt gezien als de medisch adviseur in de 1MA-groep. Het gaat daarbij om de vergelijking tussen de ‘eigen’ medisch adviseur in de 2MA-groep en de ‘onafhankelijke’ medisch adviseur in de 1MA-groep. De resultaten laten een klein verschil zien tussen de gepercipieerde onafhankelijkheid van de medisch adviseur. De gemiddelde score in de 2MA-groep is 4,6, tegenover 4,2 in de 1MA-groep (gemeten op een vijfpuntsschaal) (Tabel 18).

Tabel 18: Gepercipieerde onafhankelijkheid medisch adviseur

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Controlegroep (2MA)	8	4,6 (0,49)
Interventiegroep (1MA)	18	4,2 (1,05)

NOOT: Scores berekend op basis van vijfpunts-Likert-schaal. Hoe hoger de score, hoe groter de gepercipieerde onafhankelijkheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Vanwege het kleine aantal respondenten, met name in de controlegroep, worden uitkomsten van nadere analyses niet gerapporteerd.

5.11 Ervaren stress

De resultaten van de analyse laten zien dat de stress zoals die wordt ervaren door de respondenten over het algemeen gemiddeld zijn en ook vergelijkbaar tussen de groepen. De gemiddelde scores zijn 1,9 (2MA) en 2,1 (1MA), gemeten op een vierpuntsschaal waarbij de ervaren stress toeneemt naarmate de score hoger uitvalt (Tabel 19).

Tabel 19: Ervaren stress

	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Controlegroep (2MA)	21	1,9 (0,54)
Interventiegroep (1MA)	28	2,1 (0,48)

NOOT: Scores berekend op basis van vierpuntsschaal. Hoe hoger de score, hoe groter de tevredenheid. Standaarddeviaties tussen haken.

Nadere analyses geven geen aanleiding te veronderstellen dat het gevonden verschil waarschijnlijk en wezenlijk is. In geen van de modellen die zijn getoetst zijn statistisch significante verschillen gevonden.

6. Conclusies

In dit onderzoek is geanalyseerd of een procedure met één medisch adviseur beter presteert dan een procedure met twee medisch adviseurs. ‘Beter’ is in het kader van dit onderzoek opgevat als sneller, minder kostbaar en met gelijke (of grotere) tevredenheid.

Wat de duur betreft is gekeken naar de looptijd van het medisch traject en de looptijd van het gehele letselschadetraject. De onderzoeksresultaten laten zien dat het medisch traject in 1MA-zaken substantieel sneller verloopt dan het medisch traject in 2MA-zaken (bevestiging H_1). De tijdwinst is indrukwekkend – bijna een halvering van de duur in het voordeel van 1MA – indien 1MA wordt vergeleken met een 2MA-traject waarin twee medisch adviseurs actief zijn geweest. De winst die is geboekt blijft substantieel indien wordt vergeleken met een 2MA-traject waarin ten minste één medisch adviseur actief is geweest, maar zij verdwijnt indien ook zaken waarin geen medisch adviseur betrokken is geweest worden betrokken in de vergelijking.

Er zijn tevens verschillen gevonden in het voordeel van 1MA ten aanzien van de looptijd van het gehele letselschadetraject (bevestiging H_2). De verschillen in het medische traject zijn vergelijkbaar met de verschillen in het totale traject, hetgeen suggereert dat de kortere looptijd in het medisch traject in 1MA-trajecten zich één-op-één vertaalt in de (kortere) looptijd van het letselschadetraject als geheel.

Ten aanzien van de kosten van het medisch traject geldt dat de kosten in het medische traject toenemen indien het aantal medisch adviseurs stijgt. De grootste verschillen zijn te vinden indien trajecten zonder medisch adviseur worden vergeleken met trajecten waarin één of twee medisch adviseur(s) werkzaam zijn geweest. Er zijn ook aanwijzingen dat de kosten in het medische traject hoger zijn in trajecten met twee medisch adviseurs dan in trajecten met één medisch adviseur. Het bewijs is echter onvoldoende sterk om de hypothese dat 1MA leidt tot een kostenreductie in vergelijking met 2MA te kunnen bevestigen (H_3 niet bevestigd).

De kosten in 2MA-trajecten met één medisch adviseur liggen lager dan in 1MA-trajecten (met één medisch adviseur). Hieruit volgt dat een 1MA-procedure niet een volledige medisch adviseur bespaart in vergelijking met een 2MA-procedure met twee medisch adviseurs. Dit kan worden verklaard door het feit dat de advisering uitgebreider is bij 1MA dan bij 2MA (want voor twee partijen, meer toelichting en onderbouwing) en omdat, zoals uit het vragenlijstonderzoek volgt, er vaker rechtstreeks contact met het slachtoffer is geweest.

Interessant genoeg zijn er wel verschillen tussen een 1MA- en 2MA-traject ten aanzien van de kosten in het letselschadetraject als geheel (bevestiging H_4). De verschillen blijven bestaan indien wordt gecorrigeerd voor de kosten in het medisch traject. Dit laatste heeft ten minste twee mogelijke verklaringen. Een eerste verklaring is dat er een zelfstandig positief effect uitgaat van een 1MA-traject waar het gaat om de kosten in het gehele letselschadetraject, dat wil zeggen een effect los van het medisch traject. Een tweede verklaring is dat kosten die zijn gemaakt in het medische traject niet altijd door de

belangenbehartigers worden geadministreerd als kosten gemaakt in het medisch traject, maar als buitengerechtigde kosten. Het is immers denkbaar dat het in de praktijk moeilijk is om medische kosten volledig te scheiden van overige kosten. Dit ligt anders in het 1MA-traject, omdat de kosten van het medisch traject en de overige kosten duidelijk verspreid zijn over twee partijen (1 Medisch Adviseur respectievelijk de belangenbehartiger).

Worden bovenstaande resultaten in samenhang gezien, dan kan worden geconcludeerd dat tijdwinst kan worden geboekt en een kostenreductie kan worden bereikt door een procedure met één medisch adviseur (in vergelijking met een traject met twee medisch adviseurs).

De onderzoeksresultaten laten voorts zien dat benadeelden binnen een 1MA-traject vergelijkbare schadevergoedingen krijgen toegewezen in vergelijking met benadeelden binnen een 2MA-traject. Benadeelden lijken dan ook slechter noch beter af in een 1MA-procedure dan in 2MA-procedure wanneer wordt gekeken naar de hoogte van de schadevergoeding die zij ontvangen.

Bij het interpreteren van de onderzoeksresultaten hieronder is het belangrijk voor ogen te houden dat er zich binnen de 2MA-groep andere processen hebben voorgedaan dan binnen de 1MA-groep. De vergelijking tussen de 1MA- en 2MA-groep is niet geheel zuiver, omdat (bijna) alle zaken in de 1MA-groep zijn afgewikkeld met een medisch adviseur, maar de zaken binnen de 2MA-groep niet alleen bestaan uit zaken waarin twee medisch adviseurs actief zijn geweest, maar ook uit zaken met slechts één medisch adviseur of zelfs zonder medisch adviseur. Het waarschijnlijke gevolg hiervan is dat de 1MA-procedure minder goed uit de verf komt in dit onderzoek dan het geval zou zijn geweest indien alle zaken binnen de 2MA-groep afgewikkeld waren geweest met twee medisch adviseurs. Daarom zijn de analyses doorgaans uitgevoerd zonder zaken waarin geen medisch adviseur betrokken is geweest en is, om de vergelijkbaarheid te vergroten, gecorrigeerd voor het schadebedrag (en andere variabelen).

Daarnaast is het denkbaar dat zaken in de 2MA-groep voor een deel hebben ‘meegelift’ met de voordelen van het 1MA-traject en het onderzoek als geheel. Betrokkenen kennen elkaar uit het onderzoek, hetgeen kan bijdragen aan het onderling vertrouwen. Ook het enkele feit dat de betrokkenen samen het onderzoek wisten, kan er voor hebben gezorgd dat 2MA-zaken in dit onderzoek sneller, met minder discussie en goedkoper zijn verlopen dan reguliere 2MA-zaken buiten het project om. Toekomstig onderzoek zou de gegevens uit dit onderzoek kunnen vergelijken met de gegevens van reeds afgeronde 2MA-zaken, dat wil zeggen zaken die waren afgerond voorafgaand aan dit onderzoek.

Het vragenlijstonderzoek voert naar de conclusie dat er op basis van de uitgevoerde analyses geen aanwijzingen zijn om te veronderstellen dat het 1MA-traject negatiever of positiever wordt ervaren of gepercipieerd dan het 2MA-traject. De respondenten in de 1MA-groep ervaren een vergelijkbare mate van stress als die in de 2MA-groep. Ook zijn er geen (wezenlijke) verschillen gevonden tussen de twee groepen ten aanzien van de ervaren rechtvaardigheid van de duur van de procedure en de mate van procedurele, informatiele, interpersoonlijke rechtvaardigheid en uitkomstrechtvaardigheid. Het is belangrijk hierbij te

realiseren dat een aantal vergelijkingen (met name de categorieën ‘interpersoonlijke rechtvaardigheid’ en ‘gepercipieerde onafhankelijkheid van de medisch adviseur’) neerkomt op een verschil in perceptie ten aanzien van de ‘eigen’ medisch adviseur (in een 2MA-traject) en die van de medisch adviseur in het 1MA-traject. Dit is goed nieuws voor de 1MA-procedure, omdat het denkbaar was geweest dat benadeelden de ‘eigen’ medisch adviseur positiever zouden waarderen dan de medisch adviseur binnen het 1MA-traject.

Voor de situaties waarin geen verschillen zijn gevonden tussen de 1MA- en 2MA-procedure zijn er twee mogelijke verklaringen. Een eerste verklaring is dat er ook daadwerkelijk geen verschillen zijn tussen de twee procedures. De alternatieve verklaring is dat er wel verschillen zijn, maar dat de steekproef (bijvoorbeeld het aantal respondenten) te klein is om bepaalde verschillen te detecteren. De conclusie voor het vragenlijstonderzoek is dan ook dat het geen aanwijzingen bevat die wijzen op een negatievere of positievere houding van benadeelden ten aanzien van de 1MA-procedure ten opzichte van de 2MA-procedure.

De slotsom van dit onderzoek is dan ook dat het medisch traject binnen de 1MA-procedure zoals die is getoetst sneller verloopt dan binnen een 2MA-procedure, dat een traject met één medisch adviseur met lagere kosten gepaard gaat dan een traject met twee medisch adviseurs, dat de schadevergoedingen in de 1MA- en 2MA- trajecten vergelijkbaar zijn en dat er geen aanwijzingen zijn gevonden die er op duiden dat benadeelden het 1MA-traject als beter of juist als minder goed ervaren dan het 2MA-traject. Een 1MA-traject, althans een traject met één medisch adviseur, lijkt dan ook beter te presteren dan het 2MA-traject in termen van doorlooptijd en kosten.

Literatuur

- Astor, H. (2007). Mediator Neutrality: Making Sense of Theory and Practice. *Social Legal Studies*, 2007(16), 2.
- Colquitt, J. A. (2001). On the Dimensionality of Organizational Justice: A Construct Validation of a Measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O. B., Kocalevent, R.-D., Weber, C., & Klapp, B. F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) Reconsidered: Validation and Reference Values From Different Clinical and Healthy Adult Samples. *Psychomatic Medicine*, 67, 78-88.
- Goriely, T., Moorhead, R., & Abrams, P. (2002). *More Civil Justice? The impact of the Woolf reforms on pre-action behaviour*.
- Hung, H. (2002). Neutrality and impartiality in mediation. *ADR Bulletin*, 5(3), 1-4.
- Rock, E. M. (2006). Mindfulness mediation, the cultivation of awareness, mediator neutrality, and the possibility of justice. *Cardozo Journal of Conflict Resolution*, 6(2), 347-365.
- Stouten, J. (2005). *Virtue Summons the Fury: Coordination Rules and Fairness in Social Dilemmas (doctorate thesis Tilburg)*: Tilburg University.
- Van der Linden, J. (2010). *De civiele zitting centraal: informeren, afstemmen en schikken (Vol. VIII)*. Deventer: Kluwer.

Bijlage 1

Perceived Stress Questionnaire (PSQ) (Fliege et al., 2005)

(omcirkel wat van toepassing is)

Uw persoonlijke situatie	Antwoord			
	Bijna nooit	Soms	Vaak	Bijna altijd
1. U heeft genoeg tijd voor uzelf	1	2	3	4
2. U voelt zich moe.	1	2	3	4
3. U bent bang voor de toekomst.	1	2	3	4
4. U voelt zich gehaast.	1	2	3	4
5. U heeft moeite te ontspannen.	1	2	3	4
6. U heeft het gevoel dat u onder druk staat van deadlines.	1	2	3	4
7. U heeft te veel dingen te doen.	1	2	3	4
8. U voelt zich gefrustreerd.	1	2	3	4
9. U heeft veel zorgen.	1	2	3	4
10. U voelt zich gespannen.	1	2	3	4
11. U heeft het gevoel dat er te veel eisen aan u worden gesteld.	1	2	3	4
12. U voelt zich uitgerust.	1	2	3	4
13. U voelt zich kalm.	1	2	3	4
14. Uw problemen lijken zich op te stapelen.	1	2	3	4
15. U bent bang dat u uw doelen niet bereikt.	1	2	3	4
16. U voelt zich mentaal uitgeput.	1	2	3	4

Bijlage 2

Procedurele, informatieve en interpersoonlijke rechtvaardigheid (Colquitt, 2001)

Procedurele rechtvaardigheid

(omcirkel wat van toepassing is)

	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. Heeft u uw zienswijzen en gevoelens kunnen uiten tijdens het medisch traject?	1	2	3	4	5
2. Was het medisch traject vrij van vooringenomenheid?	1	2	3	4	5
3. Was het medisch traject gebaseerd op accurate informatie?	1	2	3	4	5
4. Voldeed het medisch traject aan ethische en morele standaarden?	1	2	3	4	5

Informationele rechtvaardigheid

(omcirkel wat van toepassing is)

	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. Is met u open gecommuniceerd over het medisch traject?	1	2	3	4	5
2. Is het medisch traject goed uitgelegd aan u?	1	2	3	4	5
3. Was de uitleg over het medisch traject aanvaardbaar?	1	2	3	4	5
4. Zijn de details van het medisch traject tijdig aan u gecommuniceerd?	1	2	3	4	5
5. Zijn de mededelingen met betrekking tot het medisch traject afgestemd op uw specifieke behoeften?	1	2	3	4	5

Interpersoonlijke rechtvaardigheid

(omcirkel wat van toepassing is)

	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. Heeft de medisch adviseur u op een beleefde manier behandeld?	1	2	3	4	5
2. Heeft de medisch adviseur u met waardigheid behandeld?	1	2	3	4	5
3. Heeft de medische adviseur u met respect behandeld?	1	2	3	4	5
4. Heeft de medisch adviseur zich onthouden van ongepaste opmerkingen of commentaar?	1	2	3	4	5

Bijlage 3

Uitkomstrechtvaardigheid

Het medisch advies	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. Doet het medisch advies recht aan wat u is overkomen?	1	2	3	4	5
2. Bent u tevreden met het gegeven advies van de medisch adviseur?	1	2	3	4	5
3. Is het advies van de medisch adviseur rechtvaardig?	1	2	3	4	5
4. Is het medisch advies tevens rechtvaardig voor de andere partij (de verzekeraar)?	1	2	3	4	5
5. Is het medisch advies redelijk gelet op uw belangen?	1	2	3	4	5
6. Doet het medisch advies recht aan de door u geleden schade?	1	2	3	4	5

Tevredenheid met de duur	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. Ik ben tevreden met de duur van het letselschadetraject.	1	2	3	4	5
2. Het letselschadetraject is voorspoedig verlopen.	1	2	3	4	5
3. Het letselschadetraject heeft lang geduurd.	1	2	3	4	5
4. Ik heb lang moeten wachten op de uitkomst.	1	2	3	4	5
5. Ik had gehoopt de uitkomst sneller te krijgen.	1	2	3	4	5
6. Ik heb niet te klagen over de snelheid waarmee het letselschadetraject is verlopen.	1	2	3	4	5

Tevredenheid met de uitkomst <i>(De uitkomst gaat over of u wel/geen schadevergoeding heeft ontvangen en over de hoogte van de vergoeding)</i>	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. Doet de uitkomst recht aan wat u is overkomen?	1	2	3	4	5

2. Bent u tevreden met de uitkomst?	1	2	3	4	5
3. Is de uitkomst rechtvaardig?	1	2	3	4	5
4. Is de uitkomst rechtvaardig voor de andere partij (de verzekeraar)?	1	2	3	4	5
5. Is de uitkomst redelijk gelet op uw belangen?	1	2	3	4	5
6. Doet de uitkomst recht aan de door u geleden schade?	1	2	3	4	5

Bijlage 4

Onafhankelijkheid medisch adviseur

Medisch adviseur	Antwoord				
	Voor een klein deel			Grotendeels	
1. De medisch adviseur handelde onpartijdig.	1	2	3	4	5
2. De medisch adviseur handelde onafhankelijk van de partijen	1	2	3	4	5
3. De medisch adviseur heeft zich strikt aan zijn taak gehouden.	1	2	3	4	5
4. De medisch adviseur handelde zoals je van een medisch adviseur zou verwachten.	1	2	3	4	5
5. De medisch adviseur is binnen zijn rol gebleven.	1	2	3	4	5