

sing van de omkeringsregel. Voor toepassing van de omkeringsregel is immers vereist dat sprake is van een normschending die ertoe strekt een specifiek gevaar ter zake van het ontstaan van schade bij een ander te voorkomen als dit gevaar door de normschending in het algemeen aanmerkelijk wordt vergroot. De benadeelde moet daarvoor – bij voldoende betwisting – aannemelijk maken dat in het concrete geval het specifieke gevaar waartegen de norm bescherming beoogt te bieden zich heeft verwezenlijkt. In de praktijk blijkt dat niet snel wordt aangenomen dat er sprake is van een specifieke normschending (zie bijvoorbeeld HR 7 april 2006, NJ 2006, 244). De rechtbank had, naar mijn oordeel, moeten onderzoeken of in de vastgestelde feiten, mede aan de hand van de aan de vordering ten grondslag gelegde normschending, het specifieke gevaar waartegen de norm bescherming beoogt te bieden zich hier heeft verwezenlijkt.

12. Het verdient opmerking dat schending van de zorgplicht van een docent/school tijdens een gymles niet snel wordt aangenomen. De Rechtbank Maastricht oordeelde in 2003 (12 maart 2003, LJN AF5913) dat tijdens een stoetspel opgetreden letsel valt aan te merken als een ongelukkige samenloop van omstandigheden. De kern van dat oordeel lag besloten in de beoordeling van het met dat spel gemoeide risico op het ontstaan van letsel. Dat risico was volgens de rechtbank niet zodanig dat de docent het stoetspel niet had mogen laten plaatsvinden of maatregelen had moeten treffen ter voorkoming van schade. De Rechtbank Haarlem (19 juli 2006, LJN AY4382) oordeelde ook in deze lijn.

13. De Rechtbank Rotterdam (7 maart 2007, LJN BA1304) benoemde een deskundige ten behoeve van de beoordeling van de vraag of en zo ja, welke maatregelen getroffen hadden moeten worden ter voorkoming van schade tijdens een gymles.

14. Het Hof Leeuwarden (9 november 2005, VR 2006, 125) wees af een beroep op de omkeringsregel naar aanleiding van een gymongeval waarbij een 9-jarige leerlinge tijdens een spel aan haar rug was geraakt door een omvallende mat van ongeveer 55 kg. Het hof overwoog: "In dit concrete geval is immers slechts als algemene veiligheidsnorm aan te wijzen het zodanig inrichten van een gymnasietiekles dat daarbij de veiligheid van de deelne-

mers aan die les niet in gevaar komt. Het is deze, aan art. 6:162 lid 2 BW ontleende, algemene, norm welke is geschonden. Dat die norm ook specifiek bescherming beoogt te bieden tegen pijnklachten, kan evenwel in zijn algemeenheid echter niet worden aanvaard."

15. De rechtbank heeft naar mijn oordeel te snel aangenomen dat de omkeringsregel in casu van toepassing is. In het door de rechtbank gelopen parcours naar die overweging werden de nodige hordes gemist.

Jeroen Quakkelaar
advocaat bij Beer advocaten

Medische aansprakelijkheid

5

Rechtbank 's-Hertogenbosch
30 september 2009, nr. 159969/HA ZA 07-1097,
LJN BK3959
(mr. Van Dam)
Noot R.W.M. Giard

Diagnostische fouten. Medische aansprakelijkheid. Deskundigenonderzoek. Normstelling.

[BW art. 6:74, 6:162, 7:453; Rv art. 194-198]

De ongeruste ouders bellen de huisarts omdat hun dochtertje van anderhalf flink ziek is en hoge koorts heeft. De huisarts en de onder diens verantwoordelijkheid vallende huisarts in opleiding schatten de situatie als niet ernstig in, maar uiteindelijk brengen de ouders het kind zelf naar het ziekenhuis, waar hersenvliesontsteking (meningokokkenziekte) met bloedvergiftiging wordt vastgesteld. Gelukkig blijft het meisje na behandeling in leven, maar zij houdt aan de ziekte wel restverschijnselen over. De ouders vinden dat de artsen niet hebben gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en redelijk handelend huisarts in opleiding respectievelijk huisartsopleider mocht worden verwacht. Bovendien zou onvolgende zorg zijn betracht ten aanzien van de overdracht aan de waarnemer. Daardoor ging kostbare tijd verloren, want als de ziekte bijtijds was herkend

en de dochter daardoor eerder behandeld, zou zij betere genezingskansen hebben gehad.

De rechtbank acht hen aansprakelijk voor de gevolgen van hun tekortkoming in de nakoming van de behandelovereenkomst. Er wordt besloten nog een deskundige te benoemen, vooral om het verlies van de kans op een beter behandelingsresultaat te schatten wanneer tijdig zou zijn behandeld.

[Eiser], in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige [dochter], te [woonplaats],

eiser,

advocaat: mr. G.J.L.F.M. Schakenraad,
tegen

1. [gedaagde sub 1] te [woonplaats],

2. [gedaagde sub 2] te [woonplaats],

gedaagden,

advocaat: mr. J.J.W. Remme.

Eiser zal hierna worden aangeduid als [eiser] en zijn dochter zal [de dochter] worden genoemd. Gedaagden zullen afzonderlijk worden aangeduid als [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2].

1. De verdere procedure
(...; red.)

2. De verdere beoordeling

2.1. Ter beoordeling rest thans nog de vraag of [gedaagde sub 2] en/of [gedaagde sub 1] in de (na)middag van 2 maart 1993 ten aanzien van het vervolgbeleid en de overdracht al dan niet hebben gehandeld zoals destijds (in 1993) van een redelijk bekwaam en redelijk handelend huisarts in opleiding respectievelijk huisartsopleider mocht worden verwacht.

2.2. Omdat de rechtbank [eiser] eerder niet geslaagd achtte in het bewijs van zijn stelling dat het vervolgbeleid en de overdracht onvoldoende zijn geweest, is prof. dr. G.J. Dinant, huisarts-epidemioloog en hoogleraar huisartsgeneeskunde (verder: Dinant) door deze rechtbank als deskundige benoemd. Zoals gemeld heeft hij zijn deskundigenbericht inmiddels bij deze rechtbank gedeponeerd.

2.3. Dinant stelt voorop dat uit Vlaams onderzoek, dat ook representatief is voor de Nederlandse situatie, is gebleken dat de gemiddelde huisarts niet vaker dan ongeveer eens per tien jaar een kind ziet met een meningitis of sepsis, waaronder ook de bij [de dochter] ontstane meningokokkensepsis valt. Dit bete-

kent dat de huisarts die ziektebeelden slechts uiterst zelden tegenkomt. Uit genoemd onderzoek is verder gebleken dat meningale prikkeling (bijvoorbeeld nekstijfheid) en andere klassieke symptomen van meningitis en sepsis, zoals petechiën (puntbloedingen van de huid), braken en bewustzijnsverlies (sufheid) slechts een zeer beperkte voorspellende waarde hebben voor de aanwezigheid van meningitis of sepsis bij kinderen (zoals [de dochter]) die wegens een acuut ontstane ziekte door de huisarts worden gezien. Daarbij merkt Dinant op dat de aanwezigheid van genoemde klassieke symptomen vaker niet dan wel leidt tot de diagnose meningitis of sepsis, terwijl de afwezigheid van de klassieke symptomen genoemde diagnoses niet uitsluit.

2.4. Omdat huisartsen derhalve niet alleen gebruik (kunnen) maken van klassieke symptomen gaan zij ook af op hun indruk dat “hier iets niet klopt”, vaak omschreven als het “niet-pluisgevoel”. Ook de ouders van een ziek kind signaleren bij zichzelf een dergelijk gevoel, als zij het idee hebben dat de ziekte anders is dan normaal. Dinant tekent aan dat uit het Vlaamse onderzoek is gebleken dat het “niet-pluisgevoel” van de huisarts en de ouders juist wel een goede voorspeller is van het ontstaan van ernstige infectieziekten bij kinderen. Dergelijke gevoelens van huisarts en ouders zijn zelfs dermate krachtig dat alle klassieke symptomen daartegen wegvallen, aldus Dinant.

2.5. Hoewel Dinant uit de stukken opmaakt dat de vader van [de dochter] uiting heeft gegeven aan zijn bezorgdheid en dat [gedaagde sub 2] haar ongerustheid heeft laten blijken aan haar opleider, geeft hij aan dat enkel op basis van de stukken moeilijk te beoordelen valt of er destijds al dan niet een “niet-pluisgevoel” aanwezig was. Bovendien acht hij een antwoord op vragen in die richting 15 jaar na dato onvoldoende betrouwbaar. Er kennelijk vanuit gaande dat een dergelijk gevoel niet, althans onvoldoende sterk, aanwezig was, in elk geval niet bij [gedaagde sub 2], heeft Dinant in antwoord op vraag 1 van de rechtbank aangegeven dat er naar zijn mening in de middag van 2 maart 1993 geen aanwijzingen bestonden op grond waarvan [gedaagde sub 2] en/of [gedaagde sub 1] aan het bestaan van meningale sepsis had(den) moeten denken. [Gedaagde sub 2] en [gedaagde sub 1] hebben

met die bevindingen ingestemd. [Eiser] heeft enkele opmerkingen geplaatst bij de argumenten die Dinant heeft gebruikt bij de beantwoording van de vraag. Deze geven de rechtbank echter geen aanleiding om de conclusie van Dinant niet te volgen. De rechtbank sluit zich dan ook aan bij diens bevindingen en gaat er vanuit dat er in de loop van de bewuste middag geen aanwijzingen bestonden op grond waarvan [gedaagde sub 2] en/of [gedaagde sub 1] aan het bestaan van meningeale sepsis hadden moeten denken.

2.6. In antwoord op de vraag of de uitkomst van het urineonderzoek in de loop van de middag voor [gedaagde sub 2] en/of [gedaagde sub 1] aanleiding had moeten vormen om vervolgstappen te ondernemen, verwijst Dinant naar de destijds geldende NHG-Standaard Kinderen met koorts en de NHG-Standaard Urineweginfecties. Laatstgenoemde standaard vermeldt over de nitriettest dat het aantal fout-positieve uitslagen zo gering is dat op grond van een positieve uitslag de diagnose urineweginfectie mag worden gesteld. Op grond hiervan en gegeven het toestandsbeeld van [de dochter] (hoge koorts en algemeen ziek zijn waar tot op dat moment nog geen aanwijsbare oorzaak voor was gevonden) had de diagnose “urineweginfectie met een zeer grote waarschijnlijkheid” mogen worden gesteld, aldus Dinant. Daarbij tekent hij aan dat dat laatste echter niet wil zeggen dat [de dochter] op dat moment alleen aan een urineweginfectie leed.

2.7. Genoemde standaard vermeldde destijds bovendien: “Bij kinderen van 0-12 jaar zijn een kweek, lichamenlijk onderzoek en intensieve controle van het effect van de therapie (lees antibiotica) aangewezen”. Duidelijk is echter dat na de uitslag van het urineonderzoek niet is gestart met een therapie ter behandeling van de urineweginfectie, terwijl een positieve uitslag van de nitriettest daarvoor volgens de standaard vrijwel bewijzend was. Nu [gedaagde sub 2] had medegedeeld dat zij de volgende morgen weer naar [de dochter] zou komen kijken, zou een dergelijke (antibiotica)behandeling ook niet eerder dan op 3 maart zijn ingezet.

2.8. Volgens Dinant is de NHG-Standaard Urineweginfecties in 2005 aangepast, in die zin dat koorts bij een patiënt met een urineweginfectie sedertdien wordt gezien als teken

van weefselinvasie waarvoor een behandeling met antibiotica blind wordt ingezet. Omdat de standaard evenwel pas nadien is gewijzigd, is het [gedaagde sub 1] en/of [gedaagde sub 2] volgens Dinant in strikte zin echter niet aan te rekenen dat niet dezelfde dag nog is gestart met een behandeling met antibiotica.

2.9. Op basis van het voorgaande concludeert Dinant:

“Samenvattend was het een juist besluit om urineonderzoek te verrichten en had de diagnose ‘ten minste een urineweginfectie’ gesteld mogen worden. Ook heeft het in de NHG-Standaard bedoelde lichamenlijk onderzoek plaatsgevonden. Het niet dezelfde dag starten met antibiotica is de behandelaars in strikte zin niet aan te rekenen. (...) Echter, een urineweginfectie met koorts bij een ziek kind is een ernstige aandoening die nader onderzoek en/of een verwijzing rechtvaardigt (...).

De snelheid waarmee het laatste dient te gebeuren is niet vastgelegd in de betreffende NHG-Standaarden. De huisarts maakt derhalve een inschatting waarbij normaal gesproken het beloop van het ziektebeeld en zijn ‘niet-pluisgevoel’ (zie ook vraag 1) richtinggevend zijn.”

2.10. De rechtbank volgt deze conclusie van Dinant en constateert dat het aan [gedaagde sub 2] en/of [gedaagde sub 1] in strikte zin niet is aan te rekenen dat niet dezelfde dag nog is gestart met een behandeling met antibiotica. Of van (één van) hen verwacht had mogen worden de betreffende dag nog een 2e visite aan [de dochter] te brengen kan in het midden blijven gelet op het navolgende.

2.11. Er resteert de vraag of [gedaagde sub 2] dan wel [gedaagde sub 1] meer zorg had(den) moeten betrachten aan het einde van die middag dan zij hebben gedaan, met name of zij de dienstdoende waarnemer op de hoogte hadden moeten stellen van de situatie van [de dochter] en of zij [eiser] voldoende hebben geïnstrueerd hoe hij zou moeten handelen als het ziektebeeld van [de dochter] zou verslechteren (zie het tussenvonnissen van 30 januari 2008, 4.19)

2.12. De rechtbank beantwoordt deze vraag in het licht van de volgende omstandigheden.

[Gedaagde sub 2] heeft tussen de middag zelf vastgesteld dat [de dochter], anderhalf jaar oud en nooit eerder bij haar onder behandeling geweest, tussen de middag 40,7°C koorts

had, dat zij in de morgen gebraakt had, dat zij op [gedaagde sub 2] een zieke indruk maakte, dat zij lusteloos was, dat zij een blafhoest had en dat haar ouders zeer bezorgd waren. Zo heeft [eiser] rond 9.00 uur met de praktijk gebeld en heeft hij rond 9.15 opnieuw telefonisch contact opgenomen met de praktijk omdat hij erg ongerust was en omdat hij wilde dat [de dochter] door een arts zou worden gezien of dat zij naar het ziekenhuis zou worden doorverwezen. Dat hun ongerustheid alleen maar toenam, mag eveneens blijken uit het feit dat de ouders rond 12.00 uur besloten hebben om zelf met [de dochter] naar het ziekenhuis te gaan, toen [gedaagde sub 2] juist bij hun woning aan kwam. Ook is [eiser] direct na het consult naar de apotheek gegaan, waarna hij [de dochter] de voorgeschreven medicatie heeft toegediend. Bovendien is hij, nadat hij urine had kunnen opvangen en haar opnieuw had getemperatuur, rond 15.00 uur naar de praktijk gegaan om het urinemonster in te leveren en nog even met een arts te spreken.

2.13. Volgens Dinant rechtvaardigde de uitslag van het urineonderzoek de diagnose “ten minste een urineweginfectie”, terwijl hij ook vermeldt dat “een urineweginfectie met koorts bij een ziek kind (is) een ernstige aandoening die nader onderzoek en/of verwijzing rechtvaardigt”, die derhalve rechtvaardigt het kind en het ziektebeloop goed te volgen.

2.14. De eerder door beide partijen ingeschakelde deskundige prof. dr. A Prins, hoogleraar huisartsgeneeskunde, heeft in zijn rapport van 7 december 1998 (prod. 2 [eiser]) in antwoord op hun vragen gesteld: “Nu ook bij het urineonderzoek te ongeveer 15.00 de nitriet en eiwit reactie positief was en de koorts niet verdwenen was (Over de hoogte ervan is volgens de HAIIO toen niet gesproken) had mi. na het leergesprek met de opleider een 2e visite of anderszins overdracht van de casus aan de dienstdoend waarnemer moeten plaats vinden.”

Prins achtte het vervolgsbeleid dan ook niet voldoende.

Bij brief van 19 januari 2000 heeft Prins nog bericht dat, nu op de patiëntenkaart was genoteerd dat [de dochter] koorts had en lusteloos was, deze gegevens het bij een kind van die leeftijd gewenst maken dat de waarnemer op de hoogte wordt gesteld van de casus. Een waarnemer kan dan bij een nieuw verzoek tot

consultatie tot een betere advisering komen, aldus Prins.

2.15. In antwoord op vraag 4 geeft Dinant, voor zover hier van belang, onder verwijzing naar de in 1992 geldende NHG-Standaard aan:

“De Standaard beschrijft voorts welke voorlichting en adviezen aan de ouders kunnen worden gegeven. Een van de adviezen luidt als volgt: ‘Ouders worden geïnstrueerd (opnieuw) contact op te nemen met de arts als het kind zieker wordt, met symptomen van braken, diarree, dyspnoe (kort van adem), sufheid of slecht drinken’.

In de processtukken lees ik bij monde van [eiser]: ‘Mij werd toen meegedeeld dat de dokter na 17.00 uur niets meer voor mij zou kunnen doen en zij gaf mij verder geen advies’. [Gedaagde sub 2] stelt hier tegenover: ‘Of ik hem gewezen heb op het feit dat hij na 17.00 uur in dringende gevallen de waarnemer kan bellen weet ik niet meer.’ Zelfs al zou het laatste wel hebben plaatsgevonden, dan nog acht in (rechtbank: lees ik) deze instructie onvoldoende overeenkomend met wat de NHG-Standaard aanbeveelt. (zie hierboven).

Immers, er mag niet van ouders (tenzij het artsen of verpleegkundigen betreft) worden verwacht dat zij het begrip ‘dringende gevallen’ kunnen interpreteren. Het advies ‘in dringende gevallen’ kan tevens het ongewenste effect hebben dat ouders het waarschuwen van een arts uitstellen teneinde die persoon niet onnodig lastig te vallen.

Voorts moet worden bedacht dat ouders van een ziek kind altijd bezorgd en vaak angstig zijn en derhalve concrete, begrijpelijke en toepasbare adviezen van de behandelend arts te horen krijgen.”

2.16. Dinant concludeert vervolgens dat de ouders onvoldoende zorgvuldig zijn geïnstrueerd omtrent de vraag wanneer wederom contact zou moeten worden opgenomen met de (dienstdoende) arts.

2.17. [Eiser] heeft zich aangesloten bij de bevindingen van Dinant. Daarbij is er nog op gewezen dat, gezien de beperkte beheersing van de Nederlandse taal, te voorzien was dat communicatie van [eiser] met de avond- en nachtwaarnemer problematisch zou zijn, terwijl [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] bovendien geen criteria hebben gegeven voor observatie van [de dochter] dan wel een beslissings-

moment hebben genoemd waarop zij sowieso contact met de waarnemend huisarts zouden moeten opnemen.

2.18. [Gedaagde sub 2] stelt dat zij niet meer weet of zij [eiser] erop heeft gewezen dat hij na 17.00 uur in dringende gevallen de waarnemer kon bellen. In dat kader merken [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] op dat het niet zo mag zijn dat een procespartij die naar waarheid stelt zich tengevolge van tijdsverloop een bepaalde gang van zaken niet meer te herinneren, altijd het onderspit delft indien de wederpartij een andere lezing van het gebeurde verstrekt.

De rechtbank is evenwel van oordeel dat, ook indien vast zou komen te staan dat [gedaagde sub 2] [eiser] erop heeft gewezen dat hij na 17.00 uur in dringende gevallen de waarnemer kon bellen, de overdracht onvoldoende zorgvuldig is geweest.

2.19. [Gedaagde sub 2] en [gedaagde sub 1] hebben gesteld dat redelijkerwijs moet worden aangenomen dat [eiser] naar behoren is geïnformeerd omdat hij reeds korte tijd later contact heeft gezocht met de waarnemer. Eenmaal thuis heeft hij immers gebeld met de praktijk en is hij via het antwoordapparaat naar de dienstdoende arts verwezen, aldus [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2], aan welk advies [eiser] in de loop van de avond kennelijk gehoor heeft gegeven. Uit deze stellingen van [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] begrijpt de rechtbank dat zij van mening zijn dat het inschakelen van een antwoordapparaat met een verwijzing naar de dienstdoende waarnemer voldoende is voor een juiste overdracht. Dat mag zo zijn in geval een willekeurige patiënt, waarvan het de behandelend arts niet bekend is dat deze bijzondere spoedeisende zorg behoeft, in de avonduren contact opneemt met de praktijk, maar gelet op de omstandigheden van [de dochter], waarbij in aanmerking dient te worden genomen dat de ouders de Nederlandse taal niet, althans niet goed beheersten, is de rechtbank van oordeel dat [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] jegens [eiser] aldus niet de zorg van een goed hulpverlener in acht hebben genomen.

2.20. Waar [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] verder betogen dat hun handelwijze geen consequenties heeft gehad omdat vaststaat dat [eiser] het verdere ziektebeloop nauwkeurig in de gaten heeft gehouden en hij

hieromtrent passende actie heeft ondernomen, is de rechtbank van oordeel dat deze bewering uit de lucht is gegrepen, zeker in het licht van de deplorabele medische situatie van [de dochter] op het moment dat de waarnemer haar aan het einde van de avond bezocht. Bovendien gaan [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] eraan voorbij dat [eiser], die nota bene rond 15.00 uur nog in de praktijk was geweest, al rond 17.00 opnieuw aanleiding zag om contact te zoeken met een arts.

2.21. De rechtbank stelt vast dat niet is gebleken dat [gedaagde sub 2] dan wel [gedaagde sub 1] [eiser] na de uitslag van het urineonderzoek op de hoogte hebben gesteld van de gang van zaken na sluiting van de praktijk. Meer in het bijzonder is niet komen vast te staan dat zij [eiser] op enigerlei wijze hebben geïnstrueerd hoe hij zou moeten handelen wanneer de toestand van [de dochter] zou verslechteren en waarop hij dan specifiek moest letten. Bovendien staat vast dat [gedaagde sub 2] dan wel [gedaagde sub 1] de waarnemer niet op de hoogte hebben gesteld van de situatie van [de dochter]. Gelet op het vorenstaande is de rechtbank dan ook van oordeel dat [gedaagde sub 1] en [gedaagde sub 2] ten aanzien van de overdracht aan de waarnemend huisarts niet hebben gehandeld in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid. De rechtbank acht hen om die reden aansprakelijk voor de gevolgen van hun tekortkoming in de nakoming van de geneeskundige behandelingsovereenkomst ten behoeve van [de dochter].

2.22. Welke gevolgen dat zijn en of, en zo ja in hoeverre, deze in causaal verband staan tot hun handelwijze, kan de rechtbank echter niet beoordelen. Bij vonnis van 30 januari 2008 heeft de rechtbank overwogen dat, indien en voor zover bewijs geleverd wordt dat het gevoerde vervolgbeleid onvoldoende is geweest, de rechtbank voornemens was een andere medicus, niet zijnde een deskundige op het gebied van de huisartsgeneeskunde, als deskundige te benoemen om zich uit te laten over de vraag of een ander vervolgbeleid tot een ander ziekteverloop zou hebben geleid en met name omtrent de vraag of en zo ja in hoeverre alsdan een beter behandelresultaat had kunnen worden gerealiseerd.

Waar Dinant de vragen van de rechtbank niet (voldoende concreet) kan beantwoorden,

wijst hij erop dat nader onderzoek het beste zou kunnen worden verricht door een infectioloog. [Eiser] heeft ingestemd met de benoeming van een infectioloog.

2.23. Gezien het foudroyante verloop van een meningokokkensepsis staat niet ter discussie dat de snelheid van handelen na de diagnose cruciaal is. Hoe eerder een antibioticum wordt toegediend en ziekenhuisopname plaatsvindt, hoe groter de kans op (gedeeltelijke) genezing is. De rechtbank acht het voldoende aannemelijk dat [eiser] (die zich al vanaf de vroege ochtend bezorgd maakte om de gezondheid van [de dochter], daar ook duidelijk uiting aan gaf en alles in het werk stelde om zo goed mogelijk voor [de dochter] te zorgen) bij een zorgvuldige overdracht zo niet reeds kort na 17.00 uur dan in elk geval aan het begin van de bewuste avond contact zou hebben opgenomen met de waarnemend huisarts. Vervolgens rijst de vraag of de ziekte die avond eerder zou zijn ontdekt en of de ziekte een ander beloop zou hebben gehad indien eerder zou zijn gestart met behandeling van de meningokokkensepsis. Ter beantwoording van die vraag acht de rechtbank het noodzakelijk een deskundigenbericht in te winnen van een infectioloog. Voordat daartoe wordt overgegaan, zal de rechtbank de zaak naar de rol verwijzen ten einde partijen in de gelegenheid te stellen zich uit te laten omtrent het aantal en de persoon van de te benoemen deskundige(n) en de te stellen vragen. Het verdient aanbeveling dat partijen met name wat betreft de persoon van de te benoemen deskundige(n) een gezamenlijk voorstel doen. Voorshands is de rechtbank van oordeel dat kan worden volstaan met de benoeming van één deskundige.

2.24. Verder is de rechtbank voorshands van oordeel dat de navolgende vragen aan de deskundige dienen te worden voorgelegd, waarbij de deskundige dient uit te gaan van de medische situatie van [de dochter] op 2 maart 1993 rond 23.00 uur, althans het tijdstip waarop met de behandeling van meningokokkensepsis werd gestart:

1. Kunt u, uitgaande van de informatie over de medische situatie van [de dochter] die in de loop van de dag bij de artsen was binnengekomen in combinatie met het stadium waarin de meningokokkensepsis zich had ontwikkeld op het moment dat met de behandeling werd gestart, aangeven vanaf welk tijdstip onder-

zoek van [de dochter] door een redelijk bewaam en redelijk handelend huisarts zou hebben geleid tot de diagnose meningitis of sepsis, dan wel vanaf welk tijdstip voor de aanwezigheid daarvan zodanig ernstige vermoedens zouden hebben bestaan dat [de dochter] naar het ziekenhuis was doorgestuurd voor verder onderzoek? Wilt u uw antwoord motiveren?

2. Indien u bij vraag 1 hebt aangegeven dat u diagnose op een eerder tijdstip (dan zich in werkelijkheid heeft voorgedaan) mogelijk acht, kunt u dan aangeven of een beter behandelresultaat mogelijk was geweest indien vanaf dat eerdere tijdstip met de behandeling van de meningokokkensepsis was gestart? Wilt u uw antwoord motiveren?

3. Geven de standpunten van partijen, de stukken van het geding en/of uw bevindingen in het algemeen nog aanleiding tot opmerkingen die van belang zouden kunnen zijn bij het nemen van beslissingen in deze zaak?

2.25. Vooralsnog wordt iedere verdere beslissing aangehouden.

2.26. Volledigheidshalve merkt de rechtbank op dat [de dochter] inmiddels meerderjarig is geworden, zodat aan haar zijde aandacht dient te worden besteed aan de procesrechtelijke gevolgen daarvan.

3. De beslissing

De rechtbank

3.1. stelt partijen in de gelegenheid inlichtingen te verschaffen als bedoeld in r.o. 2.23,

3.2. verwijst de zaak daartoe naar de rolzitting van deze rechtbank van woensdag 28 oktober 2009,

3.3. houdt iedere verdere beslissing aan.

NOOT¹

1. De juiste (rechts)vraag

Een journalist vroeg eens aan de bekende socioloog J.J.A. van Doorn waarom hij toch zulke heldere columns en artikelen schreef. Diens antwoord was dat je bij analyse van een kwestie eerst de goede vragen moet stellen en je daar verder door moet laten leiden. Rechtenstudenten leren dat je voor het oplossen van

1. Met dank aan Willem van Boom voor diens commentaar op een eerdere versie van deze annotatie.

een casuspositie bij aanvang de rechtsvraag moet formuleren door de vordering-met-grondslag in een vragende vorm te gieten. Is dat dan ook, in de geest van Van Doorns werkwijze, een juiste en vooral heldere vraag die een betrouwbare en bruikbare leidraad vormt voor onderzoek van de kwestie? Het formuleren ervan behoort in ieder geval tot de rechtskundige rituelen, maar dat zegt ons nog niets over de kwaliteit van de vraag. We lezen in de voorliggende casus bij r.o. 2.1 als de – routineuze – rechtsvraag of de gedaagde huisarts in opleiding en diens huisartsopleider gehandeld hebben zoals van een redelijk bekwaam en redelijk handelend huisarts in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht.² We kennen al het begrip “vage rechtsnorm” en daar kunnen we gerust het begrip “vage rechtsvraag” aan toevoegen. De zojuist geciteerde rechtsvraag kwalificeert zich stellig als vaag. Alvorens de deskundigen aan de slag kunnen, dient die kwestie eerst nader te worden gepreciseerd. Een billijk aansprakelijkheidsrecht verlangt dat we de juiste vraag of vragen stellen en vervolgens dat we de geëigende methode hanteren om die vraag te beantwoorden.³ Maar hoe dan? Laten we eerst de medische kwestie verkennen, want die context is bepalend voor de aanpak.

2. De medische kwestie

Het draait bij onderhavige casus om een omis-sie, een gemiste diagnose bacteriële hersenvliesontsteking (meningitis of nekkramp). De meest voorkomende en ook meest bedreigende verwekker is de meningokok. Als niet tijdig wordt behandeld, kan de afloop fataal zijn. Maar bijtijds herkennen blijkt in de praktijk niet altijd even eenvoudig en daarom is deze problematiek vaker onderwerp van civielrechtelijk onderzoek en frequent op de agenda bij tuchtcolleges voor de gezondheidszorg te vinden.⁴ De casuïstiek betreft meestal jonge kinderen

(onder de twee jaar) die hoge koorts krijgen en flink ziek zijn. De huisarts die het zieke kind ziet, denkt aan een onschuldige – waarschijnlijk virale – infectie. Vervolgens verslechtert, soms al binnen enkele uren, de situatie. Ziekenhuisopname volgt, waarna de diagnose meningitis pas gesteld wordt – soms na overlijden. Ook bij onze casuspositie gaat het om een anderhalf jaar oud meisje met hoge koorts (40,7°C) waarbij pas na ziekenhuisopname de diagnose meningokokken meningitis met sepsis (bloedvergiftiging) wordt gesteld. Zij overleeft na behandeling haar ziekte wel, maar niet zonder restverschijnselen. Hadden de betrokken huisartsen die diagnose dan niet eerder kunnen stellen? Het gevaar van wijsheid achteraf ligt hier levensgroot op de loer. Hoe dan een kwestie als deze zonder vooroordeel te onderzoeken?

3. Retrospectief oordelen betekent prospectief onderzoeken

De akelige afloop maakt het vanuit het perspectief van de ouders mogelijk de afzonderlijke gebeurtenissen met elkaar in verband te brengen tot één verklarend verhaal. Hun in-voelbare perceptie is dat de huisarts gefaald heeft tijdig de juiste diagnose te stellen – met noodlottige gevolgen voor hun kind. Dat vormt het psychologische kader van de verdere procedure en is daarmee – onbewust – bepalend voor het waarnemingsraster waardoor de feiten bekeken en geïnterpreteerd worden. Maar wat behoort een redelijk bekwaam en redelijk handelend huisarts nu diagnostisch te doen bij een ziek kind, zoals het meisje in deze zaak? De juiste diagnose stellen! Maar wat zijn de mogelijkheden en vooral ook de beperkingen van dat diagnostische proces in de situatie van de huisarts? In tegenstelling tot de deskundigen en de juridische beslissers die de zaak achteraf beoordelen, weet de huisarts op dat beslissende moment de diagnose meningokokken meningitis nog niet! Art. 6 EVRM voorziet in de waarborgen voor een deugdelijke rechtspraak en dat vraagt ook om de juiste – objectieve – methode waarbij het gehele medische proces van moment tot moment onbevooroordeeld wordt gevolgd en beoordeeld. Maar hoe dat moet, staat niet in de juridische leerboeken. De bewegingsrichting van juist onderzoek is niet retrospectief maar prospectief: welke informatie was er op welk moment beschikbaar,

2. HR 9 november 1990, NJ 1991, 26.

3. Akkermans, A.J., Hendrix, L.G.J., Van, A.J. (2009), ‘De vraagstelling voor expertises in medische aansprakelijkheidszaken’, *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade*, 2009 (3), 89-99.

4. Zie onder andere voor een civiele rechtspraak bijvoorbeeld Rechtbank Zutphen 29 augustus 2002, LJN AE7282, en voor het tuchtrecht RTG Amsterdam 22 september 2005.

wat was de feitelijke betekenis daarvan en wat werd daarmee door de betrokkene gedaan? Medische kundigheid hangt af van kennis en ervaring en dus dient bij het normatieve oordeel ook rekening te worden gehouden met de kennistheoretische en epidemiologische kanten van de zaak. Met deze globale verkenning kunnen we al tot een preciezere vraagstelling komen: is het redelijk te verwachten dat een huisarts meningokokkenziekte vlekkeloos kan vaststellen binnen het scala van mogelijke oorzaken van koorts bij jonge kinderen?

4. Meningokokkenziekte

Meningokokkenziekte is een meldingsplichtige infectieziekte.⁵ Daarom weten we vrij nauwkeurig hoeveel ziektegevallen er per jaar zijn en kunnen we schatten hoe vaak een huisarts te maken kan krijgen met deze problematiek. Er zijn jaarlijks circa 145 gevallen van meningokokkenziekte bij kinderen van 3 jaar of jonger. Dat betekent dat zich eens in de 55 jaar per huisarts een jong kind met meningokokkenziekte presenteert.⁶ Gevallen waarbij bloedvergiftiging optreedt, zijn nog zeldzamer. Daarentegen staat het probleem van kinderen met koorts in de top-20 van klachten en aandoeningen bij kinderen in de huisartsenpraktijk.⁷ Als een huisarts met een kind met koorts wordt geconfronteerd, is de kans dus vele malen groter dat er niets bijzonders aan de hand is dan dat er meningokokken in het spel zijn. Het is belangrijk dergelijke epidemiologische gegevens te betrekken bij de beoordeling van een dergelijke casus.⁸

De klachten en afwijkingen die voorkomen bij meningokokkenziekte stellen de huisarts niet in staat betrouwbaar de diagnose te stellen: die zijn gewoon niet specifiek genoeg.⁹ Dat ver-

klaart ook waarom bij meningokokkenziekte in meer dan de helft van de gevallen de huisarts het kind eerder heeft gezien en de diagnose stelde op een niet-bedreigende infectie.¹⁰ De deskundige beaamt dat ook bij deze casuspositie. Een huisarts maakt steeds een schifting tussen afwachten of behandelen ofwel naar het ziekenhuis verwijzen. In het bovenstaande vonnis bepleit de deskundige het intuïtieve "niet-pluis" gevoel als "diagnosticum". Bij een situatie als een kind met hoge koorts weet iedere goede hulpverlener dat een meningitis in het rijtje van mogelijkheden hoort. Maar diagnostiek heeft tegelijkertijd twee functies: aantonen en uitsluiten van ziekte. Het niet-pluisgevoel is niet 100% trefzeker bij meningokokkenziekte en dus sluit het nimmer de diagnose met zekerheid uit. Dat verklaart waarom een deel van de ziektegevallen wél wordt herkend met het niet-pluisgevoel en dus wordt doorgestuurd naar het ziekenhuis, maar een deel ook wordt gemist. Om meningokokkenziekte met meer zekerheid uit te sluiten zou ieder kind met deze aspecifieke klachten naar het ziekenhuis verwezen moeten worden, maar dan verschuift het probleem zich: ook kinderartsen kunnen de diagnose in eerste instantie niet herkennen en de werklast zou te groot worden.¹¹ Het is vaak gissen geblazen én geluk hebben bij het stellen van een diagnose. Bij meningokokkenziekte is de faalkans groot; dát is de realiteit. In een ander geval van een gemiste infectieuze diagnose bij een jong kind eindigt de Rechtbank Zutphen met de volgende overweging: "De rechtbank hecht eraan om de algemene opmerking van Kollée aan te halen dat de beoordeling van zui-gelingen en jonge kinderen zeer moeilijk kan zijn omdat de symptomatologie bij zowel niet-ernstige als zeer ernstige aandoeningen aanvankelijk aspecifiek is."¹²

5. Wet publieke gezondheid art. 19 en Besluit publieke gezondheid van 27 oktober 2008.
6. De deskundige Dinant stelt in r.o. 2.3 de kans op eens in de tien jaar (zijn bron is in het vonnis niet herleidbaar).
7. Zie het rapport *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het kind in de huisartspraktijk*, Nivel 2005.
8. Het achterwege laten van die overweging bij de beoordeling van het handelen heet "base-rate neglect" of "base-rate fallacy".
9. D.S. Stephens, B. Greenwood, P. Brandtzaeg, 'Epidemic meningitis, meningococcaemia, and Neisseria meningitidis', *Lancet* 2007;369:2196-210.

10. F. Jewkes, 'Prehospital management of the acutely ill child', *Arch Dis Child*, 2006;91:462-4.
11. A.E. Carroll, J.L. Buddenbaum, 'Malpractice Claims Involving Pediatricians: Epidemiology and Etiology', *Pediatrics* 2007;120:10-17. A.E. Carroll, J.L. Buddenbaum, 'Malpractice Claims Involving Pediatricians: Epidemiology and Etiology', *Pediatrics* 2007;120:10-17.
12. Rechtbank Zutphen 18 november 2009, LJN BK4468 (r.o. 5.8).

5. Goede en slechte rechtspraak over medische aansprakelijkheid

In de inleiding stelde ik dat we eerst de juiste vragen behoren te stellen en vervolgens omschrijven langs welke weg we die zullen dienen te beantwoorden om uiteindelijk tot een billijk oordeel te komen. De rechtbank heeft al geconcludeerd dat de huisartsen tekort zijn geschoten in de nakoming van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Is dat, in het licht van het bovenstaande, een billijk oordeel? Bij het aanleggen van maatstaven wat goede en slechte rechtspraak is, zijn niet alleen de materieel- en formeelrechtelijke regels van belang maar ook de methodologische bewaking van het feitenonderzoek en de interpretatie om cognitieve dwalingen te voorkomen. In het vermijden van de valkuil van wijsheid achteraf is de rechtbank niet geslaagd en gaat daar mee door want er wordt nu nog een derde (!) deskundigenonderzoek bevolen met de vraag (r.o. 2.24 sub 1): "Kunt u, uitgaande van de informatie over de medische situatie van de dochter die in de loop van de dag bij de artsen was binnengekomen *in combinatie met het stadium waarin de meningokokkensepsis zich had ontwikkeld op het moment dat met de behandeling werd gestart* (curs. RG), aangeven vanaf welk tijdstip onderzoek van de dochter door een redelijk bekwaam en redelijk handelend huisarts zou hebben geleid tot de diagnose meningitis of sepsis, dan wel vanaf welk tijdstip voor de aanwezigheid daarvan zodanig ernstige vermoedens zouden hebben bestaan dat de dochter naar het ziekenhuis was doorgestuurd voor verder onderzoek? Wilt u uw antwoord motiveren?" Deze vraag, op deze manier verwoord, helpt ons niet verder, integendeel. Ten eerste (zie cursivering) is dit wijsheid achteraf: geen enkele arts kan die vraag serieus beantwoorden want je bent als huisarts bezig een puzzel op te lossen zonder dat je het antwoord weet. De deskundige weet het antwoord, moet nu de puzzel daarvoor gaan bedenken die weer tot het gewenste juiste antwoord leidt. Ten tweede wordt ervan uitgegaan dat dit ziektebeeld verloopt als een lineair proces met vast patroon wat betreft symptomatologie en achtereenvolgende stadia, waardoor eenvoudig valt terug te rekenen hoe laat wat gezien had kunnen – en moeten – worden. Dergelijke ziekteprocessen verlopen juist grillig, er kan een plotselinge omslag plaatsvinden, en

zijn daardoor slecht voorspelbaar. In feite wordt hier op een minder gelukkige wijze om schatting van kansverlies gevraagd. Centraal staat de vraag: gegeven de op het moment van consultatie beschikbare gegevens (klachten, ziekteverschijnselen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek), tot welke conclusies zouden die bij een redelijk bekwaame huisarts geleid hebben? De later bekend geworden afloop mag daarin niet worden betrokken. Een andere relevante vraag is: zijn er zodanig specifieke klachten, ziekteverschijnselen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek dat daarmee de diagnose meningokokkenziekte als verklaring voor de koortsende ziekte bij het kind voldoende duidelijk herkenbaar is? Als de diagnose eerder gesteld had kunnen en moeten worden: indien volgens uw opinie eerder aan meningokokkenziekte had moeten worden gedacht, welk effect zou vroegere antibiotische behandeling op het ziektebeloop bij dit kind waarschijnlijk hebben gehad, gebaseerd op uitkomsten van empirisch onderzoek? Is dat deugdelijk uit te drukken in een procentuele risicoreductie? Van Doorn had groot gelijk: zonder juiste vragen krijg je geen heldere kijk op de zaak.

R.W.M. Giard
universitair hoofddocent, afd. burgerlijk
recht EUR en klinisch patholoog Maasstad
Ziekenhuis Rotterdam