

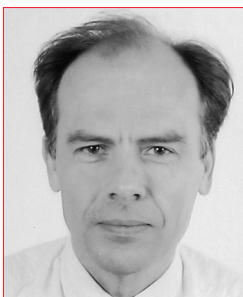
Dr R.W.M. Giard en prof. mr C.J.J.M. Stolker

Medische aansprakelijkheid: de rol van de dokter als deskundige

Valkuilen, voetangels en zelfs klemmen



Raimond Giard is als patholoog en klinisch epidemioloog verbonden aan het Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (locatie Clara) te Rotterdam en tevens redacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.



Carel Stolker is hoogleraar-directeur van het E.M. Meijers Instituut van de Leidse juridische faculteit. Het artikel is geschreven in het kader van het Leidse project 'Invloed en rol van de niet-juridische deskundige in juridische geschillenbeslechting'.

De inbreng van deskundige artsen bij medische aansprakelijkheid is onontbeerlijk, maar er gaat veel mis. Wetenschappers, praktijkjuristen en artsen buigen zich over die problematiek. Een deskundigenonderzoek is geen doel op zich maar een middel met een juridisch oogmerk. Hoe helderder dat doel wordt geformuleerd, des te groter de mogelijkheden om het middel te perfectioneren. Een specialist en een civilist ontleden samen deze kwestie. Deze inhoudelijke problemen worden ook buiten de medische problematiek gesignaleerd.

In de geneeskunde kan gering medisch falen grote schadelijke gevolgen hebben. Het startpunt om een arts juridisch ter verantwoording te roepen voor zijn daden is dan ook doorgaans de ongunstige afloop van een medische interventie. Twee illustratieve casusposities.

Casus 1: Tijdens een radiodiagnostisch onderzoek van de borstkas wordt bij een 52-jarige vrouw bij toeval een afwijking gezien in haar rechter borst, waarvoor nadere diagnostiek wordt geadviseerd. Vervolgens worden er röntgenfoto's (mammografie) gemaakt van beide borsten waarbij door de radiodiagnost aan de rechterzijde een suspecte afwijking diep midden in de borst wordt gezien en bovendien nog een tweede wat minder verdachte afwijking opzij daarvan bij de okselrand. Daarna worden uit de beide afwijkingen cellen opgezogen voor microscopisch onderzoek (punctiecytologie). De patholoog classificeert de cellen uit de midden in de borst gelegen laesie als zeker afkomstig van een kwaadaardig gezwel, van de tweede afwijking werden niet genoeg cellen voor onderzoek verkregen, maar bij herhaling van het onderzoek blijkt deze cytologisch goedaardig. De chirurg vindt bij diens onderzoek van de vrouw de afwijkingen ook suspect en besluit om de rechter

borst te amputeren. Bij onderzoek nadien van het operatiepreparaat worden inderdaad twee tumoren gevonden, maar die blijken allebei goedaardig. De borstamputatie was dus achteraf onnodig en de gedupeerde vrouw start een civiele procedure tegen het ziekenhuis.

Casus 2: Een drie weken oude baby wordt door de huisarts naar een kinderziekenhuis verwezen vanwege een vitamine K-tekort en pupilongelijkheid. De kinderarts constateert geen tekenen van een hersenbloeding, behandelt het vitaminetekort en laat de baby naar huis gaan. Diezelfde avond keert de moeder met haar kind terug naar het ziekenhuis. Ook de dienstdoende arts-assistent vindt dan geen tekenen van een hersenbloeding, het vitamine K-tekort was reeds bestreden en na overleg met de achterwacht mogen moeder en kind weer naar huis. Er is een controleafpraak voor de volgende ochtend. Bij die controle constateert de kinderarts een grote hersenbloeding, er wordt nog die dag neurochirurgisch ingegrepen waarbij 400 ml bloed uit het hoofd wordt verwijderd. Het kind zal hierna levenslang zeer ernstig gehandicapt blijven.¹

Is hier sprake van slecht hulpverlenerschap (art. 7:453 BW)? In het eerste geval is de ernst van de afwijking overschat, in het tweede onderschat, respectievelijk resulterend in vermindering door een onnodige operatie en in een kind met ernstige en onherstelbare hersenbeschadiging. Pas achteraf blijkt dat door de betrokken arts de situatie niet op de juiste wijze is beoordeeld waardoor zowel materiële als immateriële schade ontstond.

Vanaf het moment dat een gelaedeerde besluit om zijn behandelaar hiervoor juridisch ter verantwoording te roepen, moeten andere medici geraadpleegd worden over de vraag of de behandelende arts anders had kunnen en moeten handelen. Dat oordeel is in de eerste plaats van belang voor de schatting van de proceskansen. Vervolgens ook voor de argumentatieve onderbouwing van de vordering en het verweer daarop. Komt het tot een rechtszaak (tuchtrecht, civiel), dan blijkt de inbreng van deskundigen veelal doorslaggevend bij het oordeel. Formeel wordt onderscheid gemaakt tussen deskundigen die wel of niet door de rechter zijn benoemd: deskundigen binnen of buiten rechte.² De rechter kan een deskundigenonderzoek³ of een voorlopig deskundigenonderzoek⁴ gelasten. Bij het deskundigenonderzoek laat de rechter zich informeren door de expert ter voorbereiding van zijn beslissing. Bij het voorlopig deskundigenonderzoek is dit om partijen meer inzicht te geven in de omstreden materie. In beide gevallen kan de rechter de uitkomst als bewijsmiddel gebruiken, maar die ook naast zich neerleggen. Ook kunnen deskundigen een rol spelen bij alternatieve geschillenbeslechting en dan soms, in tegenstelling tot een civiele procedure, wel (mee)beslissen.

Er is groei van het aantal medische aansprakelijkheidszaken en dus een grotere vraag naar medische deskundigen.⁵ Een belangrijke factor hierbij is de opkomst van de letselschadeadvocatuur.⁶ Hoewel het inschakelen van experts al vele jaren gangbaar is, realiseert men zich thans in toenemende mate de problemen bij deskundigenonderzoek, niet alleen voor medische aansprakelijkheid (inclusief causaliteitsvragen) maar op vrijwel het gehele juridische terrein. Het gaat om de tekortschietende kwaliteit van de expertises en de gevolgen daarvan voor de procesgang.⁷ Binnen advocatuur, rechterlijke macht, juridische en medische wetenschap bestaat een groeiende belangstelling voor deze complexe materie en is er een groeiende behoefte om de gesignaleerde problemen aan te pakken. De kwaliteit van het deskundigenbericht is een determinant van de kwaliteit van de rechterlijke beslissing.

Het bestuderen en oplossen van de problemen vraagt om integratie van materiële, processuele, procedurele en inhoudelijke aspecten van een dergelijk deskundigenonderzoek. Daarbij spreken arts en jurist niet steeds dezelfde professionele taal. De volgende vragen dienen zich aan: welke problemen doen zich bij het deskundigenonderzoek voor en wat is daarvan de oorzaak? Wat hebben die te maken met de gronden en de grenzen van het aansprakelijkheidsrecht? Hoe beïnvloedt de juridische doctrine de werkwijze van de deskundige dokter? Is de gangbare werkwijze van de medische deskundige zodanig dat

de resultaten voor de rechter betrouwbaar en daarmee bruikbaar zijn? Dit artikel, geschreven door een arts en een jurist, wil vooral de inhoudelijke kwesties in kaart brengen; de meer praktische juridische aspecten en knelpunten werden recent elders verkend.⁸ We beperken ons grotendeels tot het werk van de door de rechter benoemde deskundigen bij civiele procedures wegens vermeende fouten van artsen, maar deze inhoudelijke kwesties worden ook buiten de medische problematiek gesignaleerd.

1. Een inventarisatie van problemen

Vakdeskundigen worden geraadpleegd waar de benodigde kennis van de jurist tekortschiet. Ten eerste is inzicht in de aard van het medische probleem nodig door feitelijke voorlichting; in de tweede plaats bestaat behoefte aan een professioneel oordeel over de ter discussie staande gedraging van de arts. Het zijn vraagstukken rond toedracht, causaliteit en aard en omvang van de schade. Informatie daarover is van belang voor de juridische stellingname en het rechtelijke oordeel. De problemen die zich voordoen, zijn praktisch, processueel, psychologisch en methodologisch van aard.

Praktische problemen. Het inschakelen van deskundigen maakt een procedure ingewikkelder, langer en kostbaarder.⁹ Een deskundige heeft tijd nodig heeft. Niet zelden komen vervolgens feiten boven tafel die weer nadere bestudering vragen, of zelfs de inbreng van een andere deskundige als de materie buiten de competentie van de eerst aangezochte deskundige blijkt te liggen. Deze nieuwe informatie biedt nadien weer stof tot discussie tussen procespartijen. Ook vraagt het organiseren en begeleiden van een deskundigenonderzoek de nodige energie van de griffie. Ten slotte is er nog het vereiste van hoor en wederhoor, wat weer extra tijd vergt.¹⁰ Was deze extra stap uiteindelijk wel de moeite waard?

Kwaliteit van de deskundige. Uit een 'pilot study' gehouden door Slabbers en Mulder blijkt de kwaliteit van de deskundige geen vanzelfsprekendheid te zijn. Bij sommige rechtscolleges bestaan er lijsten van personen die zich hebben aangeboden om als deskundige te fungeren. Rechters maken ook wel gebruik van 'vaste' deskundigen. Uit interviews noteerden de onderzoekers dat soms lang moet worden gezocht voordat een deskundige bereid wordt gevonden onderzoek te doen en dat de werving vaak *ad hoc* gebeurt, mede omdat de lijsten niet *up to date* zijn.¹¹ De bedoelingen lijken goed, maar bij de feitelijke selectie kan men grote vraagstekens plaatsen.

Processuele problemen. Er zijn twee partijen die elkaars mening betwisten. In dit bipolaire model zou het idealiter om waarheidsvinding moeten gaan, maar de wens om te winnen blijkt toch vaak belangrijker. Experts worden dan een wapen in de strijd en dat roept een ware deskundigenindustrie in het leven. In de Verenigde Staten en in Engeland, maar ook in ons eigen land, bieden 'experts' zich in advertenties aan. Hun opvattingen raken in diverse kwesties bekend en dus kan een procespartij een voor zijn positie passende deskundige zoeken, een *hired gun*. Processen onttaarden daardoor geregeld in een veldslag van tegenover elkaar staande legers experts: *the battle of experts*.

En hoe staat het bij *expert shopping* met de wetenschappelijke integriteit? Daarmee is het vaak verdrietig gesteld. Zowel binnen de geneeskunde als bij andere wetenschapsgedieden geven 'deskundigen' blijk van grote creativiteit, waarbij theorieën en uitspraken weliswaar worden gepresenteerd alsof ze wetenschappelijk zijn, maar die ondertussen elke objec-

Deze artikelen zijn ook te raadplegen op Internet www.njb.nl

1. Gerechtshof Amsterdam 1996, 1997/7, *TvG* 1997, nr 1, p. 58-66 (baby Ruth).
2. Art. 194 Rv (nieuw), zie ook: W.D.H. Asser, 'Enkele opmerkingen bij de rol van de deskundige in het civiele procesrecht', Lelystad: Vermande 2001, LSA – Vermande bundel, p.1-12 (zie noot 6).
3. Art. 194-200 Rv (nieuw).
4. Art. 202 Rv (nieuw).
5. Er is meer medische consumptie, medische interventies worden ingewikkelder waardoor er ook meer fout kan gaan, de drempel om te klagen ligt lager en er is meer gespecialiseerde kennis aan juridische zijde.
6. Zie bijv. de bundel *De rol van de deskundige in het schaderegelingsproces* n.a.v. een symposium van de LSA in 2001, Lelystad: Vermande, 2001.
7. Zie o.a. W.R. Kastelein, 'Het (voorlopige) deskundigenonderzoek: deskundig, onpartijdig en onafhankelijk?' *TvG* 2001, nr 2, p. 61; R.W.M. Giard, 'De deskundige en de rechter bij aansprakelijkheid voor schade door medische fouten', *TvG* 2001, nr 4, p. 245-246; A.J. Akkermans & A.J. Van, 'De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen', *TVP* 2002, nr 2, p.57-61.
8. S. Slabbers & N.M. Mulder, 'Het deskundigenbericht in de civiele procedure: wet en praktijk', *TvG* 2001, nr 4, p. 228-244.
9. J.W. Westenberg, 'Gooi het maar in mijn pet', in: W.D.H. Asser, e.a., *De rol van de deskundige in het schaderegelingsproces (LSA Symposium 2001)*, Lelystad: Vermande 2001, p.25-33.
10. Art. 19 en 198 lid 2 (nieuw) Rv en art. 6 EVRM.
11. Slabbers & Mulder, p. 231 en 232.

Het is allesbehalve denkbeeldig dat het deskundigenonderzoek de gelegenheid tot pedanterie biedt.

De kern van elke medische activiteit is dat het veelal handelen in onzekerheid is.

tieve toetsingsgrond missen.¹² Daarvoor is de naam *junk science* in zwang gekomen. In de Verenigde Staten werd door het Hooggerechtshof in de *Daubert* zaak op de noodzaak gewezen dat de rechter een deskundigenrapport inhoudelijk toetst om te zien of het daarin gestelde ook voldoende wetenschappelijke onderbouwing heeft.¹³ Ook Crombagh heeft in dit blad vragen gesteld als: hoe onderscheidt een rechter een quasi-deskundige van een echte? Hoe overtuigt de deskundige een ander dat hij werkelijk een echte deskundige is? Hebben rechter en deskundige het wel over hetzelfde?¹⁴ Het is in Nederland allesbehalve zeldzaam, zeker bij letselschadezaken, dat er door verschillende experts buiten rechte uiteenlopende meningen naar voren worden gebracht. Wordt er dan van de rechtbankdeskundige een Salomo-superstatus verlangd?

Psychologisch. Men wendt zich vaak tot een gezaghebbende persoon die zijn sporen in een bepaald wetenschapsgebied verdiend heeft en aan wiens oordeel daarom grote waarde wordt toegekend. Het gezagsargument kan gaan prevaleren boven het inhoudelijke, het gevaar van afglijden naar een gezagsdrogreden ligt op de loer. Heeft de deskundige in deze speciale rol ook voldoende relativiseringsvermogen, vooral het vermogen tot zélfrelativering? Het is allesbehalve denkbeeldig dat het deskundigenonderzoek de gelegenheid tot pedanterie biedt ('ik had het nooit zo gedaan' of 'ik had dat onmiddellijk wél gezien').

Methodologisch. Het burgerlijk procesrecht heeft meerdere functies. Het concrete einddoel van geschillenbeslechting is een degelijk gemotiveerd normatief oordeel van de rechter, waarmee recht wordt verschafft. Daarnaast zal het vonnis ook willen bijdragen aan de functies van rechtsontwikkeling, rechts-eenheid en rechtszekerheid. Het deskundigenbericht is daarbij een middel en het juridische doel bepaalt dus de te volgen medisch-wetenschappelijke methode. Het aansprakelijkheidsrecht heeft verschillende functies, zoals vergoeding van schade en preventie, en kent verschillende grondslagen (schuld- en risicoaansprakelijkheid en allerlei tussenvormen). Maar over al deze aspecten zijn de meningen niet eensluidend¹⁵, terwijl ook zeer genuanceerd wordt gedacht over de wijze van toerekening van een gedraging of nalaten aan de dader.¹⁶ Is door de jurist het concrete doel voor de medische deskundige helder te formuleren? Aan medische zijde bestaan kwesties die afbreuk kunnen doen aan de bruikbaarheid van het deskundigenoordeel: gebrek aan eensluidendheid, normopdriving en bevooroordeelning door kennis van de afloop. Hoe wordt een vruchtbare sa-

menwerking tussen de deskundige en de rechtbank bereikt? Alvorens dit verder uit te werken, zullen we eerst de juridische context beschrijven, want die is in hoge mate bepalend voor de omschrijving van het doel van het (voorlopige) deskundigenonderzoek.

2. De juridische context: de toerekening van medisch tekortschieten

In geval van personenschade zijn twee civielrechtelijke marsroutes mogelijk: een contractuele en een delictuele, maar tussen deze bestaat geen wezenlijk onderscheid. Steeds geldt dat de toerekening van de gedraging aan de dader de centrale vraag is. Het ligt het meest voor de hand om de contractuele weg te volgen. De vragen naar de grondslag, grenzen en doel van de wettelijke regeling van de (contractuele) aansprakelijkheid hebben uiteindelijk hun doorwerking in het deskundigenonderzoek.

Als funderend principe voor het aansprakelijkheidsrecht geldt dat eenieder tegenover de ander verantwoordelijk is voor zijn eigen gedragingen.¹⁷ Die verantwoordelijkheid is niet in de eerste plaats juridisch maar maatschappelijk.¹⁸ Het praktische doel van het aansprakelijkheidsrecht is (vooral) schadeloosstelling van de benadeelde. Maar wanneer is dat redelijk? Dat hangt dan weer af van het evenwicht dat gevonden wordt tussen het ene gezichtspunt 'berokken een ander geen schade' en 'ieder draagt zijn eigen schade'.¹⁹ Maar deze abstracte formuleringen bieden nog geen operationele criteria om de concrete voorwaarden te formuleren *wanneer* de een jegens de ander aansprakelijk is voor de ontstane schade. In artikel 7:453 BW gaat het om een ongeschreven zorgvuldigheidnorm ('de zorg van een goed hulpverlener'; een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts), een open rechtsnorm waarbij de rechter geheel op eigen rechtsbesef is aangewezen. Een *ius in causa positum*, ook al verwijst artikel 453 naar de op de arts 'rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'.²⁰ Maar de argumenten voor de beslissing – wanprestatie of niet? – komen voor een belangrijk deel van de medische deskundige. Zo gaat het er bij de aansprakelijkheid van de orthopedische chirurg voor zijn medisch handelen om of hij heeft gehandeld met de zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en/of redelijk handelend in de perifere praktijk werkzame orthopedisch chirurg.²¹ Het vergelijkstype als objectieve toetsing: de norm is de gewone en niet de buitengewone mens, hiermee moet duidelijk worden wat de veroorzaker aan kennis van het risico *behoort* te hebben en welke risico's hij *behoort* te vermijden.²² In gecodificeerde vorm (opnieuw): de hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht ne-

12. Zie M.I. Weintraub (red.), *Medical-legal issues facing neurologists, neurologic clinics*, Philadelphia PA: W.B. Saunders 1999 en ook P. Huber, *Galileo's revenge: junk science in the court room*, New York, Basic Books 1991 alsmede D.L. Faigman, *Legal alchemy: the use and misuse of science in law*, New York; Freeman 1999.

13. *Daubert versus Merrel Dow Pharmaceuticals inc.* 509 US 570, 1993. Zie uitvoerig, maar dan voor het strafrecht, P.T.C. van Kampen, *Expert evidence compared, Rules and practices in the Dutch and American Criminal Justice system*, diss. Leiden, Meijers-reeks nr 8, Antwerpen/Groningen: Intersentia 1998.

14. H.F.M. Crombagh, 'Rechtens & deskundigen', *NJB*

2000/33, p. 1659-1666.

15. Zie bijv. T. Hartlief, *Ieder draagt zijn eigen schade*, Deventer: Kluwer 1997. De Grotius bundel *Aansprakelijkheid: gronden en grenzen*, Deventer: Kluwer 2001 (m.n. p. 97-246) en de talrijke besprekingen van haar boek (o.a. *RM Themis* 2001/7, p.226-228, *WPNR* 01/6441 p. 335-341; *NTBR* 2001/10 p. 514-520, *Verkeersrecht* 2001/3 p. 71-74) en voorts C.C.

16. Zie de dissertatie van C.H. Sieburgh, *Toerekening van een onrechtmatige daad*, Deventer: Kluwer 2000, (m.n. p. 97-246) en de talrijke besprekingen van haar boek (o.a. *RM Themis* 2001/7, p.226-228, *WPNR* 01/6441 p. 335-341; *NTBR* 2001/10 p. 514-520, *Verkeersrecht* 2001/3 p. 71-74) en voorts C.C.

van Dam, *Aansprakelijkheidsrecht*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2000.

17. Van Dam (noot 15), nr 001.

18. A.C. Zijdeveld, 'Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid', in: R.J. van den Bergh e.a., *Aansprakelijkheid: gronden en grenzen*, Deventer: Kluwer 2001, p. 3-24.

19. C.H. Sieburgh, 'Wat beweegt de buitencontractuele aansprakelijkheid omstreeks 2000?', *WPNR* 01/6450, p. 580-495.

20. G. Wiarda, *Drie typen van rechtsvinding*, Deventer: W.E.J. Tjeenk Willink 1999, p. 27-33.

21. HR 9 november 1990, *NJ* 1991, 26, r.o. 2.1.

22. Van Dam, nr 909 en 912-914.

Welke eigenschappen predisponeren dan vooral tot juridische afrekeningen? Dat zijn: het mannelijke geslacht, een 'snijdend' specialisme, de leeftijd van de arts (een piek rond de leeftijd van 40) en diens communicatieve eigenschappen.

men en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor de hulpverleners geldende professionele standaard (art. 7:453 BW).

3. Problemen bij het deskundigenonderzoek

Weet de expert nu concreet wat er van hem wordt verwacht en levert zijn werkwijze juiste en reproduceerbare antwoorden? Er zijn steeds twee samenhangende vragen: wat was in de gegeven situatie de meest geëigende handelwijze geweest (normstelling) en hoe verhoudt zich deze tot de toegepaste handelwijze (normschending)? Daarbij spelen drie lastige kwesties. De eerste heeft te maken met de normstelling, want de deskundige kan de professionele standaard omhoogstuwen. Voorts hebben de deskundigen over dezelfde feiten niet altijd een eensluidend oordeel, en ten slotte kan de expert vooringenomen zijn omdat hij weet heeft van de afloop.

3.1. De professionele norm: het gevaar van opdrijving

De deskundige kan de norm van de 'redelijk handelende en redelijk bekwame arts' door verschillende factoren opdrijven.²³ Alleen al de opdracht binnen een juridische context brengt met zich mee dat de expert geneigd is te formuleren wat er in een dergelijke situatie zou dienen te gebeuren, in plaats van wat er meestal in de praktijk gangbaar is. De deskundige zal voor zijn standpunt zorgvuldig de literatuur doorzoeken en eventueel ook andere artsen raadplegen. Daardoor wordt er eerder een maximale standaard dan een minimale maatstaf geformuleerd. Het meeste werk wordt in de gezondheidszorg verricht door huis- en ziekenhuisartsen met een brede scholing, 'breedbanddokters' die waar nodig kunnen terugvallen op meer ervaren of meer gespecialiseerde artsen. Slechts in bepaalde centra treft men specialisten met een grote en diepgaande kennis over een beperkt terrein van de geneeskunde. Maar juist die worden in de praktijk vaak aangezocht voor een deskundig oordeel: de populatie geraadpleegde deskundigen kent een hoog 'onder professoren'-gehalte. Omdat duidelijk is dat de keuze van de specialist van invloed is op de te stellen norm, stelde de Hoge Raad (zie noot 21) dan ook dat het om een in de periferie (d.w.z. niet-universitair ziekenhuis) werkzame specialist en niet om een hoogleraar moet gaan; hoe groot de neiging ook is om die medicus te vragen aan wie voortreffelijkheid in het vak wordt toegeschreven.

3.2. Gebrek aan eensluidendheid

Wat betekent het als een deskundige anders over de situatie oordeelt of verschillend zou hebben gehandeld dan de aangesproken arts? Is dat een steekhoudend argument dat de arts anders had kunnen en moeten handelen? Twee artsen kunnen dezelfde situatie verschillend beoordelen en ook kan een arts bij twee opeenvolgende gelegenheden verschillende oordelen geven over precies dezelfde gebeurtenis. Dat leidt tot variabiliteit bij het toepassen van diagnostisch onderzoek of het kiezen van therapeuti-

sche interventies. Voor dit verschijnsel zijn verschillende, elkaar niet uitsluitende verklaringen mogelijk. *Spreiding van ervaring en talent.* Er bestaan tussen artsen verschillen in ervaring en talent: hoe langer een arts werkt, hoe meer hij heeft meegemaakt en des te beter diens beoordeling van een situatie. Ervaring is de som van gemaakte fouten. Iedere arts moet in ons land aan minimumeisen voldoen en tussen dit laagst wenselijke en het hoogst haalbare niveau bestaat onmiskenbaar een marge. We schreven hierboven al dat het meeste werk in eerste instantie wordt verricht door minder diepgaand geschoolde 'breedbanddokters'.

Uiteenlopende professionele meningen (scholen). Er kunnen verschillende professionele opvattingen bestaan over de vraag welke benadering tot een juiste diagnose voert, wat in de gegeven situatie de juiste diagnose is, of welke therapeutische interventie is aangevoelen. Maar wat is nu de juiste benadering? Telt de numerieke aanhang? Maar is een opvatting die in een gegeven situatie niet door de meeste artsen wordt aangehangen dan onjuist? In Engeland kwam dit probleem aan de orde in de zaak van een vrouw bij wie een achteraf onnodige diagnostische procedure tot stembandletsel had geleid.²⁴ Een bepaalde 'school' moet voldoen aan de eisen van wetenschappelijke fundering van hun principes. Deze kwestie is ook van belang bij het opstellen van de vraag of vragen aan de deskundige en het beoordelen van diens rapport.²⁵

Cognitieve psychologie. Voor een belangrijk deel zijn we tevens aangewezen op inzichten in het menselijke kenvermogen, het domein van de cognitieve psychologie.²⁶ Waarnemings- en oordeelsvorming zijn complexe mentale processen, waarvan de uitkomsten door uiteenlopende in- en externe factoren worden bepaald. Dit verklaart waarom dezelfde gebeurtenis door verschillende personen uiteenlopend wordt waargenomen en beoordeeld, zoals ook bijvoorbeeld bekend is uit het strafrecht. Vanuit deze psychologie is bovendien duidelijk geworden dat elke menselijke beoordeling bepaald (mede) wordt door de al aanwezige kennis. De 'voorafkennis' van de afloop zal het oordeel over de gedragingen van een arts dus in belangrijke mate kunnen kleuren, de *hindsight bias*.

3.3. Had de arts anders kunnen en moeten handelen? Hindsight bias

Als een arts ter verantwoording wordt geroepen, is er sprake van een omkering van de tijdstroom. De verantwoording gebeurt steeds achteraf, terwijl de verantwoordelijkheid vooraf gaat aan de gedraging en die fundeert.²⁷ Bovendien wordt het oordeel gegeven met kennis van de verkeerde afloop. Dat wringt, zoals uit diverse medische, psychologische en juridische onderzoeken is gebleken, want kennis van de afloop beïnvloedt het oordeel. De deskundige raakt hierdoor bevooroordeeld en dat wordt *hindsight bias* genoemd.²⁸ De oud-vaderlandse wijsheid-achteraf is een verschijnsel waar terdege rekening mee moet worden gehouden.²⁹ De mate van bevooroordeeling door kennis van de afloop houdt verband met de ernst ervan: hoe ernstiger de schade, des te harder het oordeel.³⁰ Wijsheid achteraf speelt niet alleen de medische deskundige maar ook de jurist parten: ook

23. Zie A. Merry & A. McCall Smith, *Errors, medicine and the law*, Cambridge: Cambridge University Press 2001, hoofdstuk 6 'The standard of care', p.152-175.
24. Maynard v. West Midlands Regional Health Authority, (1985) 1 All ER 635, 638.
25. Zie ook Bolitho v. City Health Authority (1997), a All ER 771,778.
26. Zie ook R.I. Cook & D.D. Woods, 'Operating at the sharp end: the complexity of human error', in: M.S. Bogner (red.) *Human error in medicine*, Hillsdale(NJ): Lawrence Erlbaum 1994, p. 255-310.
27. A.C. Zijdeveld, 'Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid', in de bundel: *Aansprakelijkheid: gronden en grenzen* (zie noot 14), p. 3 e.v.
28. T.B. Hugh & G.D. Tracy, 'Hindsight bias in medicolegal reports', *Med. J. Austral.* 2002, vol.176, p. 277-278.
29. Zie bijv. B. Fischhoff, 'Hindsight ? foresight: The effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty'. *J Exp Psychol* 1975, vol. 1, p. 288-299. Voorts: J. Baron & J.C. Hershey, 'Outcome bias in decision evaluation', *J Pers Soc Psychol* 1988, vol. 54, p. 569-579; L. Berlin, 'Malpractice issues in radiology - hindsight bias', *Am J Radiol* 2000, vol. 175, p. 597-601 en R.A. Caplan, K.L. Posner & F.W. Cheney, 'Effect of outcome on physician judgments of appropriateness of care', *JAMA* 1991, vol. 265, p. 1957-1960.
30. S.J. LaBine & G LaBine, 'Determinations of negligence and the hindsight bias', *Law and Human Behavior*, 1996, vol. 20, nr 5, p. 501-516.

De uitkomst van een herbeoordeling wordt beïnvloed door kennis van de afloop.

zij oordelen anders zoals onder andere experimenteel werd vastgesteld.³¹ Hoe zou het Willibrord-arrest geluid hebben als de psychiatrische patiënt in kwestie in zijn dronken bui

op wildplassen was betrapt of eenabri had doen vergruizen in plaats van een huis in brand te steken? Is deze bedenkelijke afloop mogelijk allesbepalend geworden voor de 'schuld' van de psychiatrische kliniek?³²

4. Expertise: een persoonsgebonden deskundigenbericht of een niet-persoonsgebonden deskundigheidstoets?

De opinie van een gezaghebbende persoon leidt dikwijls tot eindeloze discussies over de uitkomsten ervan; frequent worden er contra-expertises opgesteld. Ook disputen tussen partijdeskundigen over wie er nu eigenlijk gelijk heeft, zijn legio. Menig rechter wordt daar wel eens moe en moedeloos van. Er is dus praktisch behoefte aan een goed georganiseerd en daardoor efficiënt verlopend onderzoek waarbij een gestandaardiseerde en wetenschappelijk verantwoorde werkwijze wordt gehanteerd resulterend in een bruikbaar en reproduceerbaar antwoord op rechtsrelevante vragen. Alleen dan draagt de deskundige bij aan kwalitatief verantwoorde geschillenbeslechting.

Een methodisch werkende deskundige zal de kwestie altijd vanuit verschillende gezichtspunten willen onderzoeken: alleen zo wordt duidelijk of er wel of geen sprake was van gevaarstelling. Daarmee verandert het accent: het deskundigenbericht is niet langer het ad hoc onderzoek van één gezaghebbende persoon, maar wordt een systematische niet-persoonsgebonden deskundigheidstoets vanuit de desbetreffende medische discipline – veelal uitgevoerd door een team. De vraag is vervolgens welke vaste onderdelen daar dan in voor moeten komen. Deze worden hieronder opgesomd en toegelicht.

4.1. De wetenschappelijke context

De reguliere geneeskunde pretendeert de patiënt adequate, wetenschappelijk gefundeerde zorg te verschaffen door gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van de huidige stand van de kennis om beslissingen te nemen voor individuele patiënten.³³ In de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond het begrip *evidence-based medicine*, een stroming die het klinisch handelen van artsen voldoende wetenschappelijke basis wil verschaffen door integratie van gegevens van zowel uitkomsten van basaal ziektekundig onderzoek als van evaluatie van diagnostische en therapeutische interventies. Aldus kan men aanbevelingen formuleren voor wat in een gegeven situatie het beste kan worden gedaan – na een methodische afweging van alle voor- en nadelen.

De kern van elke medische activiteit is dat het veelal handelen in onzekerheid is. Niet elke uitkomst van diagnostisch onderzoek weerspiegelt de werkelijke toestand van de patiënt, niet elke behandeling resulteert in genezing, maar levert veelal ook nog ongewenste – soms ernstige – bijwerkingen op. De diagnostische foutenkans en de nadelige effecten van behandelingen zijn in de medisch-wetenschappelijke literatuur beschreven. De vermeende fout, het onderwerp van de geschillenbeslechting, moet in die context worden geplaatst: hoe vaak en onder welke

omstandigheden komt het voor? Plaatste de arts zich moedwillig buiten deze wetenschappelijke context?

4.2. De klinische context

Een cruciale factor die van grote – zometer doorslaggevende – invloed is op het handelen van een arts is de klinische context. Daarmee worden alle kenmerken van de patiënt bedoeld zoals die zich presenteren vanaf de eerste ontmoeting met de behandelaar. Hierdoor wordt de dokter op een bepaald spoor gezet, dat later een dwaalspoor kan blijken te zijn. Omdat pas achteraf bleek dat de verkeerde weg was ingeslagen, is het van groot belang de initiële fase nauwgezet te onderzoeken en te waarderen. Die klinische context bepaalt ook de interpretatie van diagnostische gegevens. Een negatieve test moet anders geïnterpreteerd worden bij iemand bij wie het vooraf al weinig waarschijnlijk is dat deze ziek is, dan wanneer er gereede kans op ziekte bestaat.

4.3. Procedurele toetsing

Er worden in de geneeskunde in toenemende mate richtsnoeren gegeven hoe in concrete situaties het beste te handelen. Zo worden onderscheiden: protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels.³⁴ Wanneer deze voldoen aan de eisen van juiste totstandkoming³⁵, dan zullen ze de kansen op ongewenste uitkomsten zo gering mogelijk maken. Worden de voorschriften niet gevolgd, dan kan dat leiden tot een onnodige vergroting van het risico, tot gevaarstelling dus. Zo kon een patiënt die trombose ontwikkelde omdat de desbetreffende specialist geen antistolling had voorgeschreven en daarmee aantoonbaar het protocol dienaangaande niet had gevolgd, met succes het ziekenhuis in rechte aanspreken.³⁶

De deskundige zal dus steeds dienen te onderzoeken of er een praktijkrichtlijn is en als dat zo is of deze voldoet aan de daaraan te stellen inhoudelijke en procedurele eisen, of de fout in kwestie niet berust op een fout in het protocol³⁷ (protocollen kunnen gemakkelijk verouderen), en ten slotte of er wel of niet gemotiveerd van het richtsnoer werd afgeweken.

4.4. Uitkomsttoetsing

In een medische aansprakelijkheidszaak zal het vaak gaan om een individuele patiënt bij wie zich een bepaald risico heeft verwezenlijkt. Meestal gaat het om een bekend gevaar, maar de vraag is of het intreden daarvan voorkomen had moeten worden. Spant de arts zich onvoldoende in om gevaren te voorkomen,



31. K.A. Kamin & J.J. Rachlinski, 'Ex post? ex ante. Determining liability in hindsight', *Law and Human Behavior* 1995, vol. 19, p. 89-104. Zie voorts het fascinerende artikel van de Britse psycholoog P.T.W. Hudson, 'They didn't see in coming: Foresight and hindsight on the road to disaster', in: *Ramp en recht – Beschouwingen over rampen, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid*, (E.R Muller en C.J.J.M. Stolker red.) Meijers-reeks nr 37, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2001, p. 91 e.v.
32. Zie Sint-Willibrord arrest, HR 16 juni 2000, NJ 2000, 584.
33. M. Offringa, W.J.J. Assendelft en R.J.P.M. Scholten, *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2000, p.1-10.
34. M.J.A.M. Buijsen, 'Richtsnoeren voor artsen: hun toepassing in de rechtspraak', *TvGR* 2000/1, p. 19-33. P.P.M. van Rijssen, *Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht*, (diss) Lelystad: Koninklijke Vermande 1999.
35. Zie Buijsen t.a.p. Hij noemt als belangrijke eigenschappen: wetenschappelijkheid, gezag van de opstellende instantie, bereik, duidelijkheid, wijze van totstandkoming, kenbaarheid en tijdige actualisatie.
36. HR 2 maart 2001, *RvdW* 2001, 62 waarover T. Hartlief, 'Aansprakelijkheid voor schending van een medisch protocol', *NTBR* 2001/7 p. 376-379.
37. M.J.A.M. Buijsen, 'Schade door gebrekkige medische protocollen', *NTBR* 2002/2, p.57-62.

dan wordt de patiënt aan meer risico dan nodig blootgesteld. Om daar achter te komen is er de zogenoemde uitkomsttoetsing. De gegevens van vergelijkbare patiënten kunnen worden verzameld en zo kan op populatieniveau wordt vastgesteld hoe vaak diagnostische of therapeutische fouten binnen de onderzochte groep vóórkomen. Zo wordt de foutenkans geschat. Een dergelijk populatieonderzoek is dus mogelijk bij een arts of een ziekenhuisafdeling om te zien of de foutenkans bij die arts of op die afdeling afwijkt van het gemiddelde. Als die kans hoger ligt dan een gemiddelde of, indien geformuleerd, deze afwijkt van een streefnorm dan kan er sprake zijn van medisch tekortschieten.

Er is vanzelfsprekend wel gedegen kennis nodig van de interpretatie van verschillen in foutenkansen tussen de ene en de andere onderzochte populatie.³⁸ De praktische vraag is natuurlijk of in een concreet geval de deskundige een dergelijk onderzoek kan verrichten en ook of er 'normaalwaarden' uit de medisch-wetenschappelijke literatuur voorhanden zijn. Het antwoord op die vraag zal jammer genoeg vaak ontkennend luiden.

4.5. Objectiverende herbeoordeling

Een belangrijk onderdeel van het deskundigenonderzoek is een reconstructie van de feitelijke toedracht. Als de gebeurtenissen door een deskundige opnieuw worden beoordeeld, komt deze dan tot dezelfde of tot een andere conclusie? Beschikbare bronnen daarvoor zijn bijvoorbeeld het patiëntendossier, registraties van elektronische bewaking of gearchiveerde röntgenfoto's of microscopische preparaten.

Onmiddellijk roept dit het onder punt 3.2 behandelde probleem van de *hindsight bias* op. De uitkomst van een herbeoordeling wordt immers beïnvloed door kennis van de afloop: radiodiagnostische 'gemiste' diagnoses borstkanker bijvoorbeeld bleken bij herbeoordeling van de foto's ruim tweemaal zo vaak wel achteraf te worden gezien met voorkennis van de afloop in vergelijking met een onbeoordeelde herbeoordeling.³⁹ Daarom is een speciale opzet van die herwaardering van de feiten noodzakelijk, maar ook dat is praktisch niet altijd eenvoudig uitvoerbaar.

Een mogelijkheid is om bijvoorbeeld bij herbeoordeling van röntgenfoto's of microscopische preparaten deze onder te brengen in een reeks van vergelijkbare gevallen en die door verschillende redelijk bekwame beroepsgenoten te laten beoordelen en vervolgens te zien hoe hun oordelen uitpakken.⁴⁰ Bij een patiëntendossier zou men een tweestapsbenadering kunnen kiezen: eerst verzamelt iemand de relevante feiten en maakt daarvan een verslag dat zorgvuldig ontstaat is van alle mogelijke verwijzingen naar de ondertussen bekende afloop. Vervolgens beoordeelt een andere deskundige deze feiten en formuleert hoe hij op grond van deze feiten zou hebben geoordeeld en/of gehandeld. Ook hier zou het toevoegen van andere vergelijkbare – desnoods gefingeerde – gevallen kunnen helpen om de objectiviteit te vergroten. Deze werkwijze kost veel tijd en het is de vraag of de

desbetreffende partijen daar wel geld voor hebben.

Al dergelijke voorzorgsmaatregelen ten spijt speelt bovendien steeds mee dat zodra iemand als deskundige wordt gevraagd bij hem onmiddellijk de vraag rijst 'wat zouden ze hier nu toch fout gedaan hebben?' Er wordt dan toch argwanender, oplettender of voorzichtiger naar alle feiten gekeken en behoedzamer gehandeld dan in de oorspronkelijke situatie en dat drijft de norm vervolgens weer omhoog.

4.6. De organisatorische context

Iedere arts, ook de individueel opererende huisarts, kent altijd een organisatorische inbedding die medebepalend is voor de kans op fouten: een slechte inrichting van de zorgverlening kan het maken van fouten uitlokken.⁴¹ Een 'fout' is daardoor zelden of nooit een individuele aangelegenheid. Daarom zal het deskundigenonderzoek zich ook moeten uitstrekken over de *organisatorische* aspecten. Het belang van dit punt blijkt ook uit de ontwikkeling van het concept 'risicomanagement', waarbij van bedrijfsprocessen wordt onderzocht waar er zich onveilige situaties kunnen voordoen – om zo preventieve maatregelen te kunnen nemen.⁴²

5. En de dader dan?

Iedere arts maakt geregeld fouten. Maar hoe komt het dan dat een kleine groep artsen een disproportioneel groot aandeel heeft in alle medische zaken?⁴³ Bij de kwestie of de daad aan de dader kan worden toegerekend rijst de vraag: spelen persoonlijke kenmerken van de dader hier dan ook geen rol? Er bestaat een zeker algemeen risicoprofiel: er zijn artsen die op grond van persoonlijke kenmerken vaker problemen krijgen dan anderen.⁴⁴ Medisch tekortschieten ontstaat door het samenspel van de attitude van de arts(en) en omgevingskenmerken.

Welke eigenschappen predisponeren dan vooral tot juridische afrekeningen? Dat zijn: het mannelijke geslacht, een 'snijdend' specialisme, de leeftijd van de arts (een piek rond de leeftijd van 40) en diens communicatieve eigenschappen. Maar de vraag is wel of 'daderkenmerken' eigenlijk passen in het civiele recht? Is dat niet meer iets voor het strafrecht? Een belangrijk deel van de medische fouten is waarschijnlijk incidenteel, maar een deel heeft toch ook te maken met persoonlijke structurele tekortkomingen, die potentieel leiden tot een grotere foutenkans. Dat zijn dan de disfunctionerende specialisten bij wie zich bij herhaling problemen voordoen.⁴⁵

6. Conclusies

In medische aansprakelijkheidszaken is de invloed van de deskundige groot. Zoals de beide casusposities aan het begin van dit artikel illustreren, kan een rechter daarover zonder medische inbreng niet goed beslissen en moet hij zich dus in hoge mate op hun

38. De hamvraag is of die verschillen statistisch significant zijn of mogelijk op toeval berusten. Zie ook: S.J. Watkins, 'Conviction by mathematical error? Doctors and lawyers should get probability theory right', *British Medical Journal* 2000, vol. 320, p. 1-2.

39. Zie J.M. de Rijke e.a., 'A blind review and an informed review of interval breast cancer cases in the Limburg screening program', the Netherlands, *Journal of Medical Screening* 2000; vol. 7 nr 1, p.19-23.

40. Dit procédé is verder uitgewerkt in: R.W.M. Giard &

J.M. Broekman, 'Naar een objectieve herbeoordelingsprocedure bij een mogelijke diagnostische dwaling', *Ned Tijdschr Geneesk* 2000, vol. 144, p. 566-572.

41. R.W.M. Giard, 'Medische fouten: onvermijdelijk maar bestrijdbaar', *Ned Tijdschr Geneesk* 2001, vol.145 p. 2062-2065.

42. L.L. Wilson & M. Fulton, 'Risk management: how doctors, hospitals and MDO can limit the costs of malpractice litigation', *Med J Austral* 2000,172:77-80.

43. G.B. Hickson e.a., 'Patient complaints and malprac-

tice risk', *Journal of the American Medical Association* 2002;287:2951-2957.

44. Zie o.a. SC Charles e.a., 'Predicting risk for medical malpractice claims using quality-of-care characteristics', *West J Med* 1992,157:433-439 en M.I. Taragin e.a. 'Physician demographics and the risk of medical malpractice', *Am J Med* 1992;93:537-542.

45. P. Lens & G vd Wal, 'Een onderzoek naar disfunctioneren van specialisten', *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138: 1127-31.

In het recent vernieuwde Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering heeft het onderdeel over de deskundige nauwelijks wijziging ondergaan terwijl in Engeland naar aanleiding van het Woolff-rapport getracht is de rol van de partijdeskundigen sterk terug te dringen.

46. N.M. Mulder, 'De (medische) deskundige in de civiele procedure', *Letsel & Schade* 2001/4 p. 5-11.

47. Bijvoorbeeld de Studiekring Deskundigen en Rechtspleging, de Interdisciplinaire werkgroep medische deskundigen, een werkgroep van de letselschadeadvocaten, of de werkgroep Artsen-advocaten.

48. Zie bijv. 'Leidraad voor (getuige)deskundigen' opgesteld door de Ned.Ver.v. Obstetrie & Gynaecologie *Medisch Contact* 1997, nr 52, p.1546 en 'De omgang met fouten in de pathologie' door de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (zie www.pathology.nl).

49. Zie Committee on Medical Liability, 'Guidelines for expert witness testimony in medical malpractice litigation', *Pediatrics* vol. 109, nr 5, p. 974-979.

50. E. Pronk, De beladenheid van het tuchtrecht, *Medisch Contact* 2002, 57/17, p. 656-658.

51. Zie het artikel van Mulder en Slabbers, noot 7.

52. Aldus Hans-Ludwig Schreiber, in een rede 'Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle der Medizin'.

oordeel verlaten. Daarbij doemen, zoals wij beschreven, vele praktische en methodologische problemen op.⁴⁶ Die liggen enerzijds in de vraagstellingssfeer en anderzijds in het uitvoeringstraject.

Een door velen als aanzienlijk beschouwde kwestie is het formuleren van de opgave voor de deskundige: het is lastig om tot een goede vraagstelling te komen. Maar de praktische uitwerking wordt primair bepaald door de grondslag van het desbetreffende juridische leerstuk. Het lukt niet zonder goede medisch-juridische communicatie over en weer om tot een correcte vraagstelling te komen. Datzelfde geldt ook voor het uitvoeringstraject. Wat gevraagd wordt is te komen tot professionalisering van de deskundigeninbreng in rechte en daarvoor is zowel een ontwikkeling van de methodologie als de procedurele inkadering nodig. Aandacht zal ontgetwijfeld ook de *selectie* van de deskundigen behoeven. Met het signaleren van problemen groeit ook het besef in beide wetenschapsgebieden dat hier iets aan gedaan moet worden, niet in de laatste plaats door meer samenwerking.

Zo ontstonden er de laatste jaren talrijke werkgroepen of studiekringen.⁴⁷ Binnen medisch-wetenschappelijke verenigingen kwamen er commissies die zich met deze problematiek gingen bezighouden, en deze formuleerden zowel gedragscodes voor (getuigen)deskundigen als methoden voor systematisch onderzoek.⁴⁸ Ook worden er formele richtlijnen in de medisch-wetenschappelijke literatuur gepubliceerd.⁴⁹ Maar daarmee zijn we er nog lang niet. In het recent vernieuwde Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering heeft het onderdeel over de deskundige nauwelijks wijziging ondergaan terwijl in Engeland naar aanleiding van het Woolff-rapport getracht is de rol van de partijdeskundigen sterk terug te dringen. Nog lang niet alle medische disciplines zijn bezig met organiseren en instrueren van hun deskundigen. Enige coördinatie van activiteiten lijkt, gezien de toename van het aantal werkgroepen en commissies, trouwens ook gewenst.

Misschien kunnen al deze activiteiten, waarbij juristen en medici samen een oplossing zoeken voor een goede en rechtvaardige beslissing door een adequate deskundigeninbreng ook bijdragen de emotionele beladenheid van het tucht- of civiele recht weg te nemen. Het is een gewoon maatschappelijk mechanisme van verantwoording voor professioneel handelen.⁵⁰ Die opdracht zal in de praktijk vooral een opdracht aan de rechtbanken zijn. De wijze waarop de vraagstelling aan de deskundige tot stand komt, maar zeker ook de betrekkelijk laconieke wijze waarop rechtbanken aan deskundigen lijken te komen⁵¹, maken het onderwerp van de deskundige in geschillenbeslechting buitengewoon belangrijk. Even belangrijk is het zich voortdurend rekenschap te geven van de verschillen in denken en doen tussen juristen en artsen. De geneeskunde opereert in het wit, het recht in het zwart.

Niet zo lang geleden kwamen in Göttingen, aan de voet van het Harzgebergte, een ziekenhuisdirecteur en een rechter elkaar tegen. De rechter zei: 'Wij leven in twee verschillende werelden. U leeft in een wereld van lichamelijk en psychisch lijden, vol van ziekte, hulpbehoevendheid, van hoop en van uitzichtloosheid. In uw wereld van lijden en sterven moet u voortdurend risico's nemen, als u tenminste succes wilt hebben bij het genezen van mensen.'

'Wij juristen daarentegen', zo vervolgde de rechter, 'leven in een wereld van ordening, van controle, van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Onze taak is het, om wat gebeurd is te achterhalen, terwijl ú zich aan de toekomst wijdt. Wij juristen zijn gericht op algemeen geldende regels, op bescherming van de burger ook tegen fouten van artsen. U moet maar niet proberen deze beide werelden met elkaar te laten samenvallen, of zelfs maar met elkaar in harmonie te brengen.'⁵² En juist dát wordt van de medische deskundige gevraagd. ■