

*Results.* Medical courses scarcely devoted any attention to the fact that physicians need to deal with a multicultural society. Only the medical courses at the Free University of Amsterdam and Nijmegen University had included a compulsory module in this subject. The other universities were aiming for a more integrated treatment of the subject. However, for the time being, the acquisition of information about cultural diversity (specific diseases in different ethnic groups, different conceptions about health and disease and possibilities for solving communication problems) depended mainly on the personal interest of the teacher and the choices of the medical students.

*Conclusion.* Cultural diversity receives little attention in the medical courses at the eight Dutch university medical faculties. A national approach to this problem is therefore recommended, with the setting up of an interfaculty workgroup to develop good teaching material on subjects related to cultural diversity.

#### LITERATUUR

- 1 Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 2 Loudon RF, Anderson PM, Gill PS, Greenfield SM. Educating medical students for work in culturally diverse societies. *JAMA* 1999;282:875-80.
- 3 Wieringen JCM van, Schulpen TWJ, Kuyvenhoven MM. Intercultural training of medical students. *Medical Teacher* 2001;25:80-2.
- 4 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Interculturalisatie van de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ; 2000.
- 5 Wieringen JCM van, Kijlstra MA, Schulpen TWJ. Interculturalisatie van het medisch onderwijs in Nederland. Een inventarisatie bij de faculteiten geneeskunde. Den Haag: SGO/ZonMw; 2002.
- 6 Schulpen TWJ. Medisch onderwijs in multicultureel Nederland. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 2000;78:268-70.
- 7 Bedaux T, Dahan N, Jansen P, Smulders R. Kwaliteitszorg voor allochtonen. Een handreiking voor de praktijk. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders; 1997.

Aanvaard op 21 oktober 2002

---

## Geneeskunde en recht

### *De arts als deskundige bij medische beroepsfouten*

R.W.M.GIARD EN C.J.J.M.STOLKER

Wie zich als arts juridisch moet verantwoorden voor een vermeende beroepsfout krijgt steevast te maken met vakgenoten aan wie een oordeel wordt gevraagd. De noodzakelijke medisch-inhoudelijke kennis van een jurist schiet immers tekort. Een voorbeeld.

Een man was naar een neuroloog verwezen vanwege in het been uitstralende rugpijn. Deze stelde als diagnose 'hernia op niveau LIII-LIV' en verwees patiënt naar de neurochirurg voor operatief ingrijpen. Nadat de operatie was uitgevoerd, bleven de klachten bestaan. Bij onderzoek bleek niet de discus LIII-LIV, maar die van LII-LIII te zijn geopereerd. Vijf weken later werd patiënt opnieuw geopereerd en hij was daarna snel klachtenvrij.

Patiënt diende bij het Medisch Tuchtcollege een klacht tegen de neurochirurg in, die echter afgewezen werd. Hierna startte hij een civiele procedure waarbij schadevergoeding werd gevorderd op grond van het niet goed nakomen van de behandelovereenkomst. De juridische strijd hierover werd uiteindelijk tot in de Hoge Raad uitgevochten ([www.rechtpraak.nl/hoge\\_raad/](http://www.rechtpraak.nl/hoge_raad/) (kopje uitspraken); 12 juli 2002, LJN-nummer AE1532, zaaknr: Coo/274HR).<sup>1</sup>

De inbreng van medische deskundigheid, in dit geval vanuit de neurochirurgie, is veelal van doorslaggevend invloed op het rechterlijke oordeel; de kwaliteit van het

---

#### SAMENVATTING

In een rechtszaak die volgt als een arts wegens een vermeende beroepsfout wordt aangeklaagd, is altijd een professioneel oordeel van een andere arts nodig. De kwaliteit van het deskundigenonderzoek is beslissend voor die van het rechterlijke oordeel. Daarbij kunnen 3 soorten problemen bestaan: de deskundige kan de professionele standaard omhoogstuwen, een ander oordeel hebben dan andere deskundigen en vooringenomen zijn door kennis van de afloop. Ter vermindering hiervan is een systematische benadering nodig waarbij rekening wordt gehouden met de wetenschappelijke stand van zaken, de klinische context, het gevolgde beleid, de mate waarin de uitkomst overeenkomt met de te verwachten uitkomst, herbeoordeling van de feiten en organisatorische aspecten. Vooral vooringenomenheid bij de deskundige doordat hij of zij bij aanvang van het onderzoek kennis heeft van de (ongunstige) afloop, noopt tot meer aandacht voor inhoudelijke en procedurele aspecten bij het totstandkomen van een deskundigenoordeel.

deskundigenonderzoek is een belangrijke determinant van de kwaliteit van de juridische beslissing. In de praktijk blijkt helaas dat er nog wel eens wat misgaat en dat kan zowel voor de klager als voor de aangeklaagde arts onaangename gevolgen hebben.<sup>2,3</sup> In dit artikel zullen wij deze problematiek verkennen, waarbij wij ons voornamelijk richten op het aansprakelijkheidsrecht.

---

#### DE JURIDISCHE CONTEXT: DE TOEREKENING VAN MEDISCH TEKORTSCHIETEN

Iedereen is steeds tegenover een ander verantwoordelijk voor zijn of haar doen en laten. Die verantwoordelijkheid is in de eerste plaats maatschappelijk en pas in

---

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, locatie Clara, afd. Klinische Pathologie, Olympiaweg 350, 3078 HT Rotterdam.  
Dr.R.W.M.Giard, patholoog-klinisch epidemioloog.  
Universiteit Leiden, E.M.Meijers Instituut voor Rechtswetenschappelijk Onderzoek, Leiden.  
Prof.mr.C.J.J.M.Stolker, hoogleraar aansprakelijkheidsrecht.  
Correspondentieadres: dr.R.W.M.Giard (giardr@mcrz.nl).

de tweede instantie juridisch van aard. Als een patiënt schade lijdt, is het praktische doel van het aansprakelijkheidsrecht het regelen van de schadeloosstelling. Maar wanneer is het toekennen van compensatie redelijk? En wat is de norm waaraan wordt getoetst? De wet stelt dat de arts de zorg van een goed hulpverlener in acht dient te nemen (Burgerlijk Wetboek, artikel 7:453). Deze rechtsregel is ontleend aan een uitspraak van de Hoge Raad waarin deze stelde dat gekeken moet worden of de medicus handelde met de zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts.<sup>4</sup> Het woord 'redelijk' geeft aan dat de 'gewone' arts de norm is: de rechter spiegelt de arts niet aan een topspecialist.

Deze abstracte juridische norm moet geconcretiseerd kunnen worden, maar hoe? Belangrijk is of de patiënt aan meer risico werd blootgesteld dan gangbaar is, want dan is dit een grond voor toekenning van schadevergoeding. Geen enkele medische handeling is echter zonder risico en het is de taak van de deskundige(n) om die eventuele gevaarzetting aan te tonen of juist uit te sluiten. Dat brengt ons tot een nadere beschouwing van die opdracht.

#### WANNEER EN WAARTOE EEN DESKUNDIGE?

De eerste vraag is of juridische stappen gegeven de feiten wel realistisch zijn. Daarvoor doen juristen een beroep op medisch adviseurs of verzekeringsartsen, die op hun beurt soms raad vragen aan artsen uit de beroepsgroep van de desbetreffende behandelaar. Deze eerste stap is dus cruciaal. Blijkt de klacht terecht, dan kan er vervolgens een schikking worden getroffen of een tucht- of civielrechtelijke procedure worden gestart.

De juridische eis moet steeds medisch onderbouwd worden, evenals het verweer daarop: ook dat is een zaak van artsen. Deze doen hun werk ten dienste van de respectieve procespartijen en zijn niet a priori onafhankelijk.

Als de rechter zich ter voorbereiding op zijn of haar beslissing wil laten voorlichten door een expert, dan moet deze zowel deskundig als onpartijdig zijn. Soms gaat de rechtszaak om het probleem van één individu met een geringe reikwijdte; soms is er met de kwestie een groter belang in het geding, zoals de problemen rond diëthylstilbestrol (DES), de derde generatie anticonceptiepil of siliconenborstprothesen. Er kunnen grote financiële belangen op het spel staan en partijgebonden deskundigen kunnen zich bij hun wetenschappelijk oordeel door het belang van hun opdrachtgever laten beïnvloeden. Dit is binnen en buiten de medische wetenschap vaak vertoond en wordt veelzeggend aangeduid als 'junk science'.<sup>5 6</sup> Bovendien bestaat het fenomeen van 'expert shopping': het zoeken naar de deskundige wiens mening de eigen stellingname in het geschil ondersteunt.

Bij een deskundige benoemd door de rechter mag geen twijfel bestaan aan diens wetenschappelijke integriteit en deskundigheid. Maar hoe vindt de magistraat zo iemand? Hoe onderscheidt hij een quasi-deskundige van een echte? Hoe overtuigt de expert de anderen van zijn standpunt? Hebben de rechter en de deskundige het wel over hetzelfde?<sup>7</sup> Voor het deskundigenonderzoek

kiest men vaak een gezaghebbende persoon aan wiens oordeel grote waarde wordt toegekend. Maar beschikt deze ook over voldoende relativiseringsvermogen, vooral tot zelfrelativering? De benoeming biedt de deskundige gelegenheid tot pedanterie ('ik had het nooit zo gedaan' of 'ik had dat onmiddellijk wél gezien'). Het accent moet liggen bij de nauwkeurig omschreven taak van de deskundige, niet bij de persoon.

Aan de deskundige worden twee met elkaar samenhangende vragen gesteld: wat was in de gegeven situatie de geëigende handelwijze geweest (normstelling) en hoe verhoudt zich deze tot de toegepaste (normschending)? Daarbij spelen drie lastige kwesties. De deskundige kan de professionele standaard omhoogstuwen, deskundigen hebben over dezelfde feiten niet altijd een eensluidend oordeel en de expert kan vooringenomen zijn door kennis van de afloop.

#### OPDRIJVING VAN DE PROFESSIONELE NORM

Hoe kan de norm worden opgedreven? De deskundige zal de literatuur bestuderen voor voldoende onderbouwing van zijn of haar standpunt en eventueel ook anderen raadplegen. Als uit het oog wordt verloren dat de 'redelijk handelende en redelijk bekwame arts' de maat is, wordt eerder een maximum- dan een minimumnorm geformuleerd.<sup>8</sup> In een juridische context is de deskundige eerder geneigd te formuleren wat er zou dienen te gebeuren in plaats van wat er in de praktijk gangbaar is.

Als deskundigen worden vaak specialisten aangezocht die werkzaam zijn in universitaire of categoriale centra en die een grote en diepgaande kennis hebben van een beperkt terrein van de geneeskunde; de populatie geraadpleegde deskundigen bevat een groot aantal hoogleraren. Het meeste werk wordt in de gezondheidszorg echter verricht door 'breedbanddokters', huisartsen of ziekenhuisartsen met een brede en minder diepgaande scholing dan de geconsulteerde medisch deskundige. De keuze van de deskundige is van invloed op de te stellen norm: hoe groter de deskundigheid, des te strenger (mogelijk) de norm.

#### GEBREK AAN EENSLUIDENDHEID

Twee artsen kunnen in eenzelfde situatie verschillend oordelen over de uitkomst van diagnostisch onderzoek of de keuze van een therapeutische interventie. Voor dat gebrek aan gelijkkluidendheid zijn verschillende verklaringen mogelijk. Wat is de juridische betekenis daarvan?

*Verschillen in ervaring en talent.* Hoe meer routine een arts heeft, des te beter zijn of haar beoordeling van een situatie. Ervaring is de som van onze fouten. Iedere arts moet in ons land aan minimumeisen voldoen en tussen dit laagst wenselijke en het hoogst haalbare niveau bestaat onmiskenbaar een marge.

*Verschillende scholen.* Er kunnen verschillende professionele opvattingen bestaan over welke benadering tot een juiste diagnose voert, wat in de gegeven situatie de juiste diagnose is of welke therapeutische interventie is aangewezen. Maar wat is nu de juiste werkwijze? Is dat een kwestie van numerieke aanhang? Een bepaalde

'school' moet voldoen aan de eisen van wetenschappelijke fundering van haar principes: maar wat zijn die dan concreet? Deze kwestie is ook van belang bij het opstellen van de vragen aan de deskundige en het beoordelen van diens rapport.

*Cognitieve psychologie.* Ook zijn wij aangewezen op psychologische inzichten over menselijke waarnemingen en oordeelsvorming, complexe mentale processen waarvan de uitkomsten door uiteenlopende in- en externe factoren worden bepaald.<sup>9</sup> Die verklaren waarom dezelfde gebeurtenis door verschillende getuigen uiteenlopend wordt beschreven en beoordeeld. Deze cognitieve psychologie maakt bovendien duidelijk dat elke menselijke beoordeling bepaald wordt door de al aanwezige kennis.

#### WIJSHEID ACHTERAF

Bij het deskundigenonderzoek is er een omkering van de tijdstroom. Het zich verantwoorden gebeurt steeds achteraf, terwijl verantwoordelijkheid de basis vormt van de nog te verrichten handeling en dus daaraan voorafgaat.<sup>10</sup> Uit diverse medische, psychologische en juridische onderzoeken is gebleken dat, als de deskundige bij de aanvang van het onderzoek al weet heeft van de afloop, deze hierdoor vooringenomen is.<sup>11</sup> Bij die bevooroordeeldheid speelt ook nog: hoe ernstiger de schade, des te strenger het oordeel.<sup>12</sup> Dit is een fenomeen waarmee de juridische praktijk terdege rekening moet houden.<sup>13-16</sup> Wijsheid achteraf speelt niet alleen deskundige medici parten, maar ook oordelende juristen: ook zij oordelen afhankelijk van kennis van de afloop.<sup>17 18</sup>

#### NAAR EEN SYSTEMATISCHE TOETSING VAN MEDISCH HANDELEN

Menig rechter wordt geconfronteerd met deskundigenonderzoek van onvoldoende kwaliteit en met eindeloze disputen tussen 'deskundigen'. Er is dus praktisch behoefte aan een goede organisatorische en inhoudelijke sturing van het deskundigenonderzoek. Als de medische deskundige een gestandaardiseerde en wetenschappelijk verantwoorde werkwijze hanteert, is de kans het grootst dat daarmee een bruikbaar en reproduceerbaar antwoord wordt verkregen op de rechtsvragen. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt primair aan medische zijde.

Als de juridische basis voor de beoordeling van medisch tekortschieten vooral is of er onnodig risico in het leven werd geroepen, dan rijzen vragen als: waardoor ontstaat dit risico? Waaruit blijkt de aanwezigheid ervan? Hoe kan het worden voorkomen? Wordt er regelmatig doelbewust op kwaliteit gecontroleerd? Er zijn ruim 30 verschillende medische specialismen waarbij steeds de aard van het vak bepalend is voor de wijze van beantwoording van die vragen. Bestaat er een grootste gemene deler?

Om te beoordelen of de patiënt aan gevaar was blootgesteld, moet men steeds systematisch vanuit verschillende gezichtspunten naar de kwestie kijken. In plaats van het ad-hoconderzoek van één gezaghebbende persoon verandert het deskundigenonderzoek dan in een

systematische niet-persoonsgebonden deskundigheids-toets vanuit de desbetreffende medische discipline. De volgende 6 punten zijn minimaal van belang, waarbij het accent van geval tot geval kan verschillen.

*De wetenschappelijke context.* De kern van elk medisch handelen is onzekerheid: niet elke uitkomst van diagnostisch onderzoek weerspiegelt de ware situatie, een behandeling resulteert niet altijd in genezing, maar levert veelal ook nog ongewenste – soms ernstige – bijwerkingen op. De medische wetenschap attendeert op die mogelijke fouten, analyseert ze en geeft vervolgens de veiligste strategieën aan met 'evidence-based medicine'.<sup>19</sup> Hield de arts in kwestie daarmee voldoende rekening?

*De klinische context.* Een factor van grote – wellicht doorslaggevend – invloed is de klinische context. Hierdoor wordt de arts op een bepaald spoor gezet, dat later een dwaalspoor kan blijken. Het is van groot belang die initiële fase nauwgezet te onderzoeken en te beoordelen. Was het te begrijpen dat de arts door die context op het verkeerde been werd gezet of juist niet?

*Procedurele toetsing.* Er worden steeds meer richtsnoeren verstrekt hoe in concrete situaties te handelen om de kansen op ongewenste uitkomsten zo gering mogelijk te maken: protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels.<sup>20</sup> Het niet volgen van de voorschriften kan risico's onnodig vergroten en, als de arts vanuit zijn of haar professionaliteit onvoldoende grond heeft om van voorschriften af te wijken, leiden tot aansprakelijkheid.<sup>21</sup>

De deskundige gaat dus steeds na of er een praktijkrichtlijn is, of deze voldoet aan de daaraan te stellen inhoudelijke en procedurele eisen (wetenschappelijkheid, gezag van de opstellende instantie, bereik, duidelijkheid, wijze van totstandkoming, kenbaarheid en tijdige actualisatie), of van het richtsnoer is afgeweken en, zo ja, of dat afwijken is gemotiveerd en eventueel of de fout in kwestie berust op een fout in het protocol.<sup>22</sup>

*Frequentiële uitkomsttoetsing.* Een rechtsgeding gaat over één patiënt. Liep deze in het betreffende ziekenhuis een grotere kans dan elders op dat bepaalde risico? Een mogelijk argument voor het (on)aannemelijk maken van kansverhoging is frequentiële uitkomsttoetsing. Als de gegevens van vergelijkbare patiënten binnen een zorginstelling worden verzameld, kan vervolgens op populatieniveau worden vastgesteld hoe vaak diagnostische of therapeutische fouten in de onderzochte patiëntengroep vóórkomen. Als die foutenkans in een bepaald ziekenhuis hoger ligt dan een gemiddelde of als deze afwijkt van een streefnorm, indien deze is geformuleerd, dan kan er gesproken worden van blootstelling aan risico. Deze benadering vraagt veel energie; vaak zijn dergelijke gegevens niet voorhanden.

Deze statistische benadering stelt scherpe eisen aan zowel de opzet van zo'n onderzoek als de interpretatie van de uitkomsten.<sup>23</sup> In gespecialiseerde behandelcentra, bijvoorbeeld academische of categoriale ziekenhuizen, worden patiënten behandeld met ernstigere of moeilijker aandoeningen en dito meer kans op complicaties. De praktische vraag is of in een concreet geval de

deskundige een dergelijk onderzoek kan verrichten en vooral of er referentiewaarden uit de medisch-wetenschappelijke literatuur voorhanden zijn. Dat is nogal eens niet het geval.

*Objectiverende herbeoordeling.* Een belangrijk onderdeel van het deskundigenonderzoek is een reconstructie van de feitelijke toedracht. Komt een deskundige dan tot dezelfde of tot een andere conclusie? Beschikbare bronnen daarvoor zijn het patiëntendossier, registraties van elektronische bewaking, gearchiveerde röntgenfoto's of microscopische preparaten. Maar dan speelt het probleem van de achterafinterpretatie. Radiologisch 'gemiste' borstkankers bijvoorbeeld bleken bij herbeoordeling van de foto's ruim tweemaal zo vaak wel achteraf te worden gezien met voorkennis van de afloop als bij een onbeoordeelde herbeoordeling.<sup>24</sup>

Een methode voor objectieve herbeoordeling van röntgenfoto's of microscopische preparaten is om deze onder te brengen in een reeks van vergelijkbare gevallen en die door meerdere redelijk bekwaame beroepsgenoten te laten beoordelen zonder voorkennis van de uitkomst en vervolgens te zien hoe hun oordelen uitpakken.<sup>25</sup> Bij een patiëntendossier kan iemand eerst de relevante feiten verzamelen in een verslag dat zorgvuldig is ontdaan van alle verwijzingen naar de bekende afloop. Vervolgens beoordeelt een tweede deskundige deze feiten en formuleert hij hoe hij zou hebben geoordeeld en/of gehandeld. Ook hier zou het toevoegen van andere vergelijkbare – desnoods gefingeerde – gevallen kunnen helpen om de objectiviteit te vergroten.

Toch blijft het probleem dat, zodra iemand als deskundige wordt gevraagd bij hem of haar onmiddellijk de vraag rijst: 'wat zouden ze hier nu toch fout gedaan hebben?' Deze zal dan argwanender, oplettender of voorzichtiger kijken naar alle feiten en behoedzamer handelen dan in de oorspronkelijke situatie en dat drijft de norm vervolgens omhoog.

*De organisatorische context.* Iedere arts, ook de individueel opererende huisarts, heeft altijd een organisatorische inbedding en die is medebepalend voor de kans op fouten.<sup>26</sup> Daarom moet het deskundigenonderzoek zich ook 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 op grond daarvan preventieve maatregelen te kunnen nemen.<sup>27</sup>

#### CONCLUSIES

De door de rechtbank benoemde medisch deskundige draagt feiten en oordelen aan, die voor de rechter zwaar wegen bij het formuleren van zijn of haar beslissing. De inhoudelijke verantwoordelijkheid hiervoor ligt aan medische en niet aan juridische zijde. Als de kwaliteit van het deskundigenonderzoek een essentiële determinant is van de deugdelijkheid van het juridische oordeel, ligt hier een taak voor alle medisch-wetenschappelijke verenigingen. Enkele hebben inmiddels een leidraad voor deskundigen gepubliceerd. Als die in staat blijken op verzoek van de rechtbank een expertise volgens de

bovenbeschreven systematische toetsing te leveren, draagt dat bij tot betere geschilbeslechting. Dan is het wel zaak om aan zowel de organisatorische als de inhoudelijke voorwaarden te voldoen. De gesignaleerde factoren die de normstelling en normschending beïnvloeden, vragen om nadere bestudering en aanpak. De medische professie zal zich steeds vaker juridisch moeten verantwoorden en zal daartoe ook bereid moeten zijn. Dat vraagt een proactieve aanpak.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

---

#### ABSTRACT

*The physician as an expert in medical negligence cases.* – Whenever a physician is charged with negligence, the professional opinion of another doctor is always required. The quality of the expert report is a decisive factor in the quality of the ruling by the adjudicator. Three main problems may arise here: the medical expert may push up the professional standard, experts may differ in opinion, and finally their judgment may be influenced by prior knowledge of the outcome (hindsight bias). To avoid these problems, a systematic approach is needed, taking into account the scientific context, the clinical context, the procedure followed, the degree to which the outcome corresponds with the predicted outcome, reappraisal of the facts and the organisational context. In particular, the problem of hindsight bias through prior knowledge of the (unhappy) outcome highlights the need for greater attention to scientific and procedural aspects in the formation of an expert opinion.

---

#### LITERATUUR

- 1 Giard RWM, Stolker CJJM. Medische aansprakelijkheid: de rol van de dokter als deskundige. Valkuilen, voetangels en zelfs klemmen. *Nederlands Juristenblad* 2003(12):610-6.
- 2 Giard RWM. De deskundige en de rechter bij aansprakelijkheid voor schade door medische fouten. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001;25:245-6.
- 3 Akkermans AJ, Van AJ. De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen. *Tijdschrift voor Personenschade* 2002;(2):57-61.
- 4 Hoge Raad, 9 november 1990. *Nederlandse Jurisprudentie* 1991;(26) (zie rechtsoverweging 2.1).
- 5 Weintraub MI, redacteur. *Medical-legal issues facing neurologists, neurologic clinics*. Philadelphia: Saunders; 1999.
- 6 Faigman DL. *Legal alchemy: the use and misuse of science in law*. New York: Freeman; 1999.
- 7 Crombagh HFM. Rechsters & deskundigen. *Nederlands Juristenblad* 2000;33:1659-66.
- 8 Merry A, McCall Smith A. *The standard of care*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. p. 152-75.
- 9 Cook RI, Woods DD. Operating at the sharp end: the complexity of human error. In: Bogner MS, editor. *Human error in medicine*. Hillsdale: Erlbaum; 1994. p. 255-310.
- 10 Zijderveld AC. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. In: *Aansprakelijkheid: gronden en grenzen*. Nijmegen: Grotiusbundel Kluwer; 2001.
- 11 Hugh TB, Tracy GD. Hindsight bias in medicolegal expert reports. *Med J Aust* 2002;176:277-8.
- 12 LaBine SJ, LaBine G. Determinations of negligence and the hindsight bias. *Law Hum Behav* 1996;20:501-16.
- 13 Fischhoff B. Hindsight ≠ foresight: the effect of outcome knowledge on judgment under uncertainty. *J Exp Psychol* 1975;1:288-99.
- 14 Baron J, Hershey JC. Outcome bias in decision evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1988;54:569-79.
- 15 Berlin L. Malpractice issues in radiology – hindsight bias. *AJR Am J Roentgenol* 2000;175:597-601.

- <sup>16</sup> Caplan RA, Posner KL, Cheney FW. Effect of outcome on physician judgments of appropriateness of care. *JAMA* 1991;265:1957-60.
- <sup>17</sup> Kamin KA, Rachlinski JJ. Ex post ≠ ex ante. Determining liability in hindsight. *Law Hum Behav* 1995;19:89-104.
- <sup>18</sup> Hudson PTW. They didn't see it coming: foresight and hindsight on the road to disaster. In: Muller ER, Stolker CJJM, redacteuren. *Ramp en recht – Beschouwingen over rampen, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid*. Meijers-reeks nr 37. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2001.
- <sup>19</sup> Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM, redacteuren. *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000. p. 1-10.
- <sup>20</sup> Buijsen MJAM. Richtsnoeren voor artsen: hun toepassing in de rechtspraak. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000;24:19-33.
- <sup>21</sup> Hoge Raad, 2 maart 2001. *Nederlandse Jurisprudentie* 2001;(649).
- <sup>22</sup> Buijsen MJAM. Schade door gebrekkige medische protocollen. *Nederlands Tijdschrift voor Burgerlijk Recht* 2002;(2):57-62.
- <sup>23</sup> Watkins SJ. Conviction by mathematical error? Doctors and lawyers should get probability theory right. *BMJ* 2000;320:2-3.
- <sup>24</sup> Rijke JM de, Schouten LJ, Schreutelkamp JL, Jochem I, Verbeek AL. A blind review and an informed review of interval breast cancer cases in the Limburg screening programme, the Netherlands. *J Med Screen* 2000;7:19-23.
- <sup>25</sup> Giard RWM, Broekman JM. Naar een objectieve herbeoordelingsprocedure bij een mogelijke diagnostische dwaling. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:566-71.
- <sup>26</sup> Giard RWM. Medische fouten: onvermijdelijk, maar bestrijdbaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:2062-5.
- <sup>27</sup> Wilson LL, Fulton M. Risk management: how doctors, hospitals and MDOs can limit the costs of malpractice litigation. *Med J Aust* 2000;172:77-80.

Aanvaard op 21 februari 2003

## Bladvulling

### *XIVde Internationaal Geneeskundig Congres te Madrid*

Het congres is gesloten en ik benut een vrij oogenblik om aan Uw verzoek te voldoen en een paar afdrucken van indrukken te geven, die ik te Madrid heb ontvangen. De eerste van deze zou dan een lange klacht moeten zijn over de slechte regeling. Met Spaanschen zwier, sierlijk maar oppervlakkig, had men klaarblijkelijk de geheele inrichting als een kleinigheid beschouwd, als iets, dat zich van zelf wel schikt, wanneer maar de deelnemers van goeden wille zijn.

Nu, van goeden wille waren zij zeker. Er is gemopperd, geklaagd, geprotesteerd; natuurlijk, de leiding ontbrak te zeer, de behandeling der bezoekers door de woningbureau's was te schandelijk, doch verder is men niet gegaan. Tenminste ik vernam niets van eenig gevolg, die samensprekingen hebben gehad om tot een protestvergadering te komen.

Men was van goeden wille en ten slotte hebben de congressisten het grootste deel gehad aan den gelukkigen afloop. De eer is gered; de boel is niet zóó in het honderd geloopt of de Madrileensche bladen konden met Spaansche gratie hun lezers verhalen van de wonderbare regeling, van het vernuft der voor mannen, van het volkomen welslagen en van de glorie, die van het congres op Madrid en Spanje afstraalde.

Het is voor menschen, die den eersten dag van hun verblijf moeten werken met alle beschikbare krachten om aan kamers te komen, niettegenstaande zij maanden vooruit hadden geschreven en vijftig peseta's hadden gestort, geen bedarend middel, zoo'n artikeltje in een courant, dat den lof zingt van weldaden, die zij ten eenenmale moesten missen.

De woningquaestie was aan een Zwitser, het vraagstuk der spoorwegreductie en van andere reisaangelegenheden aan een Franschman ter oplossing gegeven. Nu, opgelost hebben deze heeren de zaken volkomen. Ik zou het batig slot van hun onnaspeurlijke rekening wel eens willen zien.

Het moet duizenden beloopten. Dertig peseta's, d. i. ongeveer elf gulden, per dag voor een kamer met pension, was een matige prijs. In het grootste hôtél werden honderd tot tweehonderd peseta's betaald! Sommigen moesten hun kamers voor een maand nemen, anderen kwamen met veertien dagen vrij; de gelukkigsten betaalden alleen voor den werkelijken duur van hun verblijf. En was men hiermede dan nog maar klaar geweest! Ik zag een collega acht honderd peseta's betalen voor zich en twee vrienden. Deze betaling geschiedde aan een bureau in de bibliotheek, waar ook de sectie's vergaderden. Aan zijn hôtél gekomen vond hij alles bezet. Zonder tusschen-

komst van het woningbureau onder dak gekomen, moesten zij nu zien hun geld terug te krijgen, wat ten slotte gelukte. Een groot getal collega's heeft den geheelen dag gezocht, voordat zij kamers hadden. Zooveel mogelijk had het 'bureau de logement' op alle hôtels en particuliere woningen beslag gelegd. Mijn kamer, die mij bij aankomst door een bureau aan het station werd aangewezen, was zóó vuil, dat ik haar onmiddellijk verliet. Ik moest met mijn bagage naar de bibliotheek en verkreeg eindelijk na een hartig woordje onderkomen in een hôtél, dat een goed onderdak bleek te zijn en voor Spanje een vrij goede tafel bood.

Langzaam zakt men naar het peil van het land en zoo duerde het geen drie dagen of wij applaudiseerden de aardbeien, die wij eerst naar Bredaschen maatstaf gemeten, voor Hollandsche monden ongeschikt hadden geoordeeld.

Donderdagmiddag werd het congres om drie uur geopend. Het groote theater bood een schitterenden aanblik. Op het verruimde tooneel een lange tafel met de ministers en den bisschop van Madrid. Terzijde de vertegenwoordigers der verschillende landen en de afgevaardigden der Universiteiten van Edingburgh, Oxford en Cambridge in hun roode toga's.

Alles wat Madrid aan uniform en toilet kon leveren scheen tegenwoordig. Alle rangen zijn dicht bezet, het midden van den hoogsten rang heeft twintig rijen tot aan de nok van het huis. In de parterre dringt een dichte massa. Stipt drie uur verschijnt de Koning met de Koningin-Moeder en gevolg in de loge, die zich bevindt tegenover een kleine verhevenheid op het tooneel, waar president en secretaris van het congres hebben plaats genomen en waar een derde plaats voor de elkander opvolgende sprekers is vrijgelaten.

Luide toejuichingen vonden de vertegenwoordigers der Spaansche volken in Zuid-Amerika.

De minister-president hield aan het slot een lange en hartschotelijke toespraak, wat al te theatraal, maar toch pakkend door meeslependen gloed. Al verstond men zijn taal niet, dicte en gebaar waren het eigen van den bezielenden demagoog.

Te half zes was de plechtigheid geëindigd. Het vertoon, de praal maakten ongetwijfeld indruk. Het publiek, dat getuige was, en al het goeds in de bladen las, moet in de meening leven, dat er niets grootscher zich denken laat dan een geneeskundig congres te Madrid.

(Particuliere Correspondentie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1903; 47I:1093-4.)