

---

**ABSTRACT**

*A reversible memory disorder in a patient with epilepsy.* – Memory impairment in a 63-year-old man was the most prominent expression of partial epileptic seizures from the temporal lobe, probably resulting from a head injury. Treatment with antiepileptic drugs resulted in complete recovery. This case illustrates that epilepsy should be considered in the differential diagnosis in elderly patients with an isolated memory disorder. The diagnosis is made by clinical methods and may be confirmed by electroencephalography.

---

**LITERATUUR**

- <sup>1</sup> Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- <sup>2</sup> Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989;30:389-99.
- <sup>3</sup> Walstra GJM, Teunisse S. Enkele patiënten met geheugenstoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:361-4.
- <sup>4</sup> Hodges JR. *Cognitive assessment for clinicians*. Oxford: Oxford University Press; 1990.
- <sup>5</sup> Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990;53:834-43.
- <sup>6</sup> Kapur N. Transient epileptic amnesia – a clinical update and a reformulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;56:1184-90.

- <sup>7</sup> Zeman AZJ, Boniface SJ, Hodges JR. Transient epileptic amnesia: a description of the clinical and neuropsychological features in 10 cases and a review of the literature. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:435-43.
- <sup>8</sup> Theodore WH, Porter RJ, Penry JK. Complex partial seizures: clinical characteristics and differential diagnosis. *Neurology* 1983;33:1115-21.
- <sup>9</sup> Blum DE, Eskola J, Bortz JJ, Fisher RS. Patient awareness of seizures. *Neurology* 1996;47:260-4.
- <sup>10</sup> Jackson JH, Colman WS. Case of epilepsy with tasting movements and 'dreamy state': very small patch of softening in the left uncinate gyrus. *Brain* 1898;21:580-90.
- <sup>11</sup> Kapur N, Millar J, Colbourn C, Abbott P, Kennedy P, Docherty T. Very long-term amnesia in association with temporal lobe epilepsy: evidence for multiple-stage consolidation processes. *Brain Cogn* 1997;35:58-70.
- <sup>12</sup> Loiseau P, Signoret JL, Strube E, Broustet D, Dartigues JF. Nouveaux procédés d'appréciation des troubles de la mémoire chez les épileptiques. *Rev Neurol* 1982;138:387-400.
- <sup>13</sup> Galassi R, Morreale A, Sarro D, Lugaesi E. Epileptic amnesic syndrome. *Epilepsia* 1992;33(Suppl 6):S21-5.
- <sup>14</sup> Tatum IV WO, Ross J, Cole AJ. Epileptic pseudodementia. *Neurology* 1998;50:1472-5.
- <sup>15</sup> Aldenkamp AP. Effect of seizures and epileptiform discharges on cognitive function. *Epilepsia* 1997;38(Suppl 1):S52-5.
- <sup>16</sup> Leijten FSS. Epileptische aanvallen bij ouderen: diagnostische problemen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:1730-2.

Aanvaard op 1 november 1999

---

**Geneeskunde en recht**

## *Naar een objectieve herbeoordelingsprocedure bij een mogelijke diagnostische dwaling*

R. W. M. GIARD EN J. M. BROEKMAN

Het kan iedere patholoog overkomen dat hij of zij bij het stellen van een diagnose een fout maakt. Dit kan verschillende oorzaken hebben; een fout is niet per definitie verwijtbaar. Onjuiste ziekteclassificaties komen vrijwel altijd aan het licht doordat nieuw cel- of weefselonderzoek of nieuwe klinische informatie het noodzakelijk maakt de juistheid van de eerder gestelde diagnose ter discussie te stellen. Een diagnostische dwaling kan voor de patiënt ernstige gevolgen hebben: hetzij onnodig uitstel van behandeling, hetzij onjuiste of overbodige – soms ingrijpende en schadelijke – therapie. Het stellen van een verkeerde diagnose komt ook voor bij de andere diagnostische disciplines zoals radiodiagnostiek, bijvoorbeeld wanneer blijkt dat een mammacarcinoom ook al op een eerder gemaakt mammogram had kunnen worden gedetecteerd. Indien een patiënt als gevolg van

---

**SAMENVATTING**

Ondersteunende diagnostisch specialisten, zoals klinisch pathologen of radiodiagnosten, kunnen voor foute diagnoses juridisch aansprakelijk gesteld worden door gedupeerde patiënten. Vrijwel altijd vindt er een reconstructie plaats van de situatie waarin de vermeende fout werd begaan en worden de terzake relevante feiten getoetst aan zowel professionele als juridische normen. Door de rechtbank of één der partijen wordt veelvuldig een deskundig vakgenoot om een oordeel gevraagd, waarbij herbeoordeling van bijvoorbeeld microscopische preparaten of röntgenfoto's plaatsvindt. Deze objectiverende beoordeling vergt een procedure die recht doet aan de oorspronkelijke diagnostische situatie en kan daarom niet door één deskundige met voorkennis van de afloop worden verricht. De uitkomsten van de herbeoordeling moeten zorgvuldig worden geïnterpreteerd en de relatieve betekenis ervan moet door de rechter worden vastgesteld.

---

Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, locatie Clara, afd. Klinische Pathologie, Olympiaweg 350, 3078 HT Rotterdam.

Dr. R. W. M. Giard, patholoog en klinisch epidemioloog.  
Bosch Medicentrum, afd. Klinische Pathologie, 's-Hertogenbosch.  
J. M. Broekman, klinisch patholoog.

Correspondentieadres: dr. R. W. M. Giard (giard@bart.nl).

een diagnosefout lichamelijke en/of financiële schade meent te hebben ondervonden, kan deze de verantwoordelijke patholoog daarvoor juridisch aansprakelijk stellen. Als die aansprakelijkheid door de beroepsbeoefenaar of door de instelling wordt erkend, kunnen gedu-

peerde en schadeverzekeraar de kwestie veelal onderling schikken. Komt men niet tot overeenstemming of wordt de aansprakelijkheid niet erkend, dan kan de patiënt besluiten tot een civiele procedure waarbij schadevergoeding wordt gevorderd.<sup>1</sup>

Tijdens het proces wordt de betreffende casus getoetst aan zowel professionele als juridische normen. Voor een oordeel vanuit medisch perspectief wordt meestal door de rechter of door één der partijen de hulp ingeroepen van een vakgenoot van de aangeklaagde arts, die om een zogenoemd deskundigenrapport wordt gevraagd.<sup>2</sup> De medisch deskundige kan alleen op grond van en binnen de grenzen van de medisch-professionele standaard oordelen.<sup>3</sup> Getracht wordt de situatie waarin de vermoedelijke fout werd begaan zo nauwgezet mogelijk te reconstrueren om zo de relevante feiten te kunnen verzamelen. Aangezien microscopische preparaten en röntgenfoto's in een archief worden bewaard, kan de deskundige deze opnieuw beoordelen om te bezien of zijn of haar diagnose overeenstemt met danwel afwijkt van de oorspronkelijke. De rechter let er vooral op of de aangesproken arts voldoende bekwaam en zorgvuldig heeft gehandeld.

Uit dit alles blijkt dat niet alleen de aangeklaagde arts, maar ook diens vakgebied bij zo'n juridische procedure betrokken raakt. Daarom moet de betreffende wetenschappelijke vereniging zowel inhoudelijk (kwaliteitsbeleid) als procedureel goed toegerust zijn voor ontmoetingen met het recht. De juridische taakgroep van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie heeft de beschreven problematiek geanalyseerd en onlangs daarover gerapporteerd.<sup>4</sup> In dit rapport worden zowel de praktische als de juridische aspecten van de omgang met fouten alsmede de mogelijkheden voor foutenpreventie behandeld. Voorts worden de voorwaarden en procedures omschreven ten behoeve van een patholoog die wordt ingeschakeld om als deskundig vakgenoot te oordelen over een mogelijke fout van een collega. Aan de hand van een recente juridische casus zullen wij nader ingaan op deze problematiek voor de pathologie. Vooral de wijze van herbeoordeling van preparaten en de betekenis van de uitkomst van het heronderzoek zal daarbij kritisch worden beschouwd.

#### CASUS

Een 41-jarige man werd opgenomen vanwege haematemesis bij een krampende pijn in de bovenbuik. Bij gastroduodenoscopie werd in het maagantrum een ulcus gezien met een stugge maagwand, dat klinisch deed denken aan een carcinoom. De ingestuurde bipten werden door de patholoog als volgt beoordeeld: 'maagantrumbiopen met daarin een goed gedifferentieerd adenocarcinoom'. Er werd een partiële maagresectie geadviseerd, wat besproken werd met patiënt. Op dat moment liep een trial waarin de waarde van uitgebreidere lymfadenectomie bij maagcarcinoom werd onderzocht. Patiënt gaf na informatie toestemming voor deelname aan dit wetenschappelijk onderzoek. Aangezien om organisatorische redenen de operatie niet onmiddellijk kon plaatsvinden, werd patiënt met zuurremmende medica-

tie ontslagen en twee weken na het vaststellen van het ulcus geopereerd. Peroperatief kon de chirurg het starre gebied in de maag met ulceratie niet meer terugvinden. Gezien de bekende prepylorische lokalisatie en de zonder enige terughoudendheid gestelde diagnose 'maagcarcinoom' werd doorgegaan met het uitvoeren van de maagresectie, een gastrostomie volgens het Roux-Y-principe met extra lymfklierresectie voor de trial. Grondig onderzoek van het maagresectiepreparaat liet echter noch een ulcus, noch een maagcarcinoom zien. Patiënt werd daar niet direct van in kennis gesteld.

Al kort na de operatie ontwikkelden zich bij patiënt dumpingklachten, die na ontslag uit het ziekenhuis verder in ernst toenamen, later gevolgd door regurgitatieklachten waardoor hij niet meer kon bukken. Toen de patiënt vervolgens naar de polikliniek Interne Geneeskunde werd terugverwezen en aldaar van een internist te horen kreeg dat het toch wel bijzonder spijtig was dat eerst de maag er 'voor niets was uitgehaald' en dat hij vervolgens zulke ernstige klachten had gekregen, werd het hem pas duidelijk dat er iets ernstig fout was gegaan. Hij confronteerde de behandelend chirurg met deze mededeling, die hem vervolgens informeerde over wat er fout was gegaan. De klachten waren zodanig invaliderend dat patiënt zijn werk erdoor verloor, hetgeen leidde tot ernstige psychosociale problemen. Na overleg met een advocaat werd besloten om zowel de verantwoordelijke patholoog als de chirurg aansprakelijk te stellen voor de geleden en nog te lijden schade. Aangezien de verzekeringsmaatschappij van de betreffende zorginstelling niet bereid was tot een zakelijke schikking, mede omdat de betrokken patholoog stellig van mening bleef niet fout te hebben gehandeld, werd een civiele procedure aangespannen.

#### BEOORDELING VANUIT JURIDISCH PERSPECTIEF

De Hoge Raad bepaalde in 1990 dat van een arts de zorgvuldigheid van een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot verwacht mag worden en in de in 1996 in werking getreden Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, opgenomen in boek 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (BW)) wordt in vergelijkbare termen gesteld dat de arts bij zijn of haar werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen'.<sup>5,6</sup> Schiet de behandelend arts tekort in uitvoering van de behandelingsovereenkomst, dan zijn hier de regels van het verbintenisrecht op van toepassing (boek 6, BW).<sup>7</sup> Hierbij wordt in de meeste gevallen het juridische begrip 'onrechtmatige daad' gebruikt (art. 6:162 BW, lid 2), waarover in het Nederlands recht een zeer uitgebreide jurisprudentie bestaat. De klager moet dan aantonen dat de arts toerekenbaar tekortschoot, dat de patiënt daardoor schade heeft geleden en dat er een causaal verband bestaat tussen de fout en de geleden schade. Terzake van medische beroepsuitoefening gaat het om de (ongeschreven) plicht tot zorgvuldig optreden. Geen enkel medische handeling is van risico's ontbloot, maar door onzorgvuldig handelen stelt de arts de patiënt aan grotere gevaren dan gemiddeld bloot, hetgeen gevaarzetting wordt ge-

noemd. Een belangrijk arrest dienaangaande is bijvoorbeeld het Kelderluikarrest van de Hoge Raad.<sup>8</sup> Een cafébezoeker raakte bij een val door een kelderluik dat openstond voor het aanvullen van voorraden ernstig gewond. Hierbij rezen de vragen wanneer iemand aan extra onnodig risico wordt blootgesteld, hoe dat had kunnen worden voorkomen en welke oplettendheid eventueel van de cafégast mag worden verwacht. De in genoemd arrest geformuleerde criteria bieden bij de beschreven casus een bruikbaar raamwerk voor risicoaansprakelijkheid in de geneeskunde en kunnen als volgt worden getransponeerd:

- Hoe groot is de kans dat er door onoplettendheid, onzorgvuldigheid of andere oorzaken bij de beoordeling van een biopsie een fout wordt gemaakt?
- Wat is de omvang van de letsel- en eventuele inkomensschade die hiervan het gevolg kunnen zijn?
- Welke mogelijkheden bestaan er en welke inspanning kost het om fouten te voorkomen?
- Was de clinicus bij het interpreteren van de uitslag van het pathologisch onderzoek wel oplettend genoeg?

Het eerste punt benadrukt de noodzaak voor de medische beroepsgroep, in dit geval de pathologen, om onderzoek te doen naar de frequentie van dergelijke fouten en de mogelijke oorzaken daarvan. Op die wijze komen er objectieve gegevens voorhanden die duidelijk kunnen maken hoe groot de kans is op een 'fout' en welke omstandigheden eventueel daaraan bijdragen. Het is ook verstandig de uitkomsten van een dergelijk onderzoek te gebruiken voor patiëntenvoorlichting om aan te geven dat onfeilbare onderzoeken niet bestaan en zo irreële verwachtingen aangaande het resultaat van diagnostiek te temperen.

Het tweede punt behelst het vaststellen van de letselschade en de causale relatie tussen de gemaakte 'fout' en de schade. Het derde betreft het nagaan of het redelijkerwijs mogelijk is dergelijke misclassificaties te voorkomen. Het al genoemde wetenschappelijke onderzoek kan hiervoor de benodigde 'therapeutische' aanknopingspunten bieden. Het laatste punt wijst op de verantwoordelijkheid die bij de behandelend arts ligt (consideratieplicht). Aangezien er geen enkel onfeilbaar diagnosticum bestaat, moet elke uitkomst van een test altijd zorgvuldig gewogen worden in het licht van de klinische handelingscontext en mag een uitslag nooit klakkeloos worden geaccepteerd.

Wat betekent dit voor de juridische procedure in de beschreven casus? De in de WGBO gestelde norm is niet die van een op dat vakgebied erkende superspecialist, maar van een voldoende bekwaam en verantwoordelijk handelend vakgenoot.<sup>1</sup> Het wetsartikel luidt: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor de hulpverleners geldende professionele standaard' (art. 7:453 BW). Voor de operationalisering van deze open rechtsnorm is een concretere omschrijving vanuit de beroepsgroep nodig; deze dient professionele standaarden te formuleren.<sup>9</sup> Ook de geraadpleegde deskundige vakge-

noot dient die maatstaf in een civiele procedure zorgvuldig te hanteren. In het deskundigenbericht moet derhalve aan de volgende twee vragen aandacht worden geschonken. Ten eerste: handelde de patholoog volgens de geldende professionele normen? Ten tweede: zou een voldoende bekwame patholoog onder dezelfde omstandigheden aan de hand van de microscopische preparaten tot dezelfde diagnose zijn gekomen? Dit laatste punt kan beter worden onderzocht met een zogenaamde objectiverende beoordelingsprocedure dan met een herbeoordeling door de deskundige. Daarvoor is een protocol nodig dat recht doet aan de gangbare manier van werken van de patholoog en een resultaat oplevert dat voor de rechter voldoende objectief en bruikbaar is.

#### BEOORDELING VANUIT PROFESSIONEEL PERSPECTIEF

Bij de beantwoording van de vraag of de patholoog op de juiste, ook juridisch niet verwijtbare, wijze heeft gehandeld, zijn de volgende drie aspecten van belang: de klinische context, de professioneel-wetenschappelijke context en de objectiverende beoordelingsprocedure.

*De actuele klinische context.* Bij het beoordelen van een (vermeende) fout moet men altijd de klinische context daarbij betrekken. Elk diagnostisch handelen vindt immers plaats binnen een klinisch kader, dat sterk bepalend is voor vrijwel alle aspecten van het onderzoek: de keuze van het type diagnostisch onderzoek en de wijze van uitvoering, de bewerking van het patiëntmateriaal en de morfologische beoordeling. Het weefselmonster wordt door de behandelend arts afgenomen en is niet altijd representatief. Een patholoog kan door onjuiste of onvolledige klinische informatie diagnostisch op een verkeerd spoor worden gezet. De biopsiediagnose wordt vervolgens gerapporteerd aan de aanvragend arts, die de uitslag altijd dient te interpreteren op grond van de reeds bekende klinische informatie. Bij deze casus waren in de preoperatieve fase het klinisch vermoeden van carcinoom en de uitkomst van weefselonderzoek van het maagbiopsie niet met elkaar in tegenspraak en er was dus geen reden om aan de juistheid van de biopsiediagnose te twijfelen.

*De professioneel-wetenschappelijke context.* De laboratoriumbewerking en de morfologische criteria voor het stellen van de diagnose zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis en praktische ervaring. Daarnaast is voor elke vorm van diagnostiek ook bekend, deels uit eigen of andermans ervaring en deels uit wetenschappelijke publicaties, welke specifieke problemen en valkuilen er bestaan. Voldeden alle bij deze patiënt uitgevoerde pathologische onderzoeken aan de gangbare professionele norm? De uitkomst van het onderzoek van het maagresectiepreparaat was aanleiding voor het ter discussie stellen van de oorspronkelijke biopsiediagnose. In de maag kunnen minuscule carcinomen voorkomen, soms bij toeval endoscopisch gevonden, die in resectiepreparaten lastig terug te vinden zijn. Daarvoor bestaat een protocol, waarbij het gehele slijmvlies zorgvuldig in repen wordt afgeprepareerd en in 'Swiss-rolls' wordt onderzocht. Alhoewel volgens het pathologische

verslag talrijke coupes waren genomen uit het resectiepreparaat, was de maag toch niet op een dergelijke wijze volledig onderzocht. Alhoewel dit weinig waarschijnlijk is, kan een zeer klein carcinoom in het resectiepreparaat zijn gemist.

Dat er op kanker gelijkende drogbeelden bestaan, werd vaak pas duidelijk als het voor de patiënt al te laat was. Deze ervaringen zijn inmiddels echter gepubliceerd en bij het beoordelen van maagbipten worden pathologen geacht bekend te zijn met de mogelijkheid van drogbeelden.<sup>10 11</sup> Er is ook wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de frequentie van fout-negatieve en -positieve uitkomsten.<sup>12</sup>

*De objectiverende beoordelingsprocedure.* De gewraakte microscopische preparaten bevinden zich in een archief en kunnen dus opnieuw door een deskundige worden beoordeeld. Een cruciale vraag is echter of het wel mogelijk is om als de ware diagnostische uitkomst inmiddels bekend is, achteraf nog onbevooroordeeld tot een diagnose te komen. Welke procedure moet men dan volgen? Welk gewicht moet men aan de uitkomst van die herbeoordeling toekennen? Wij zagen al dat in de objectiverende beoordelingsprocedure de vraag beantwoord moet worden of een even ervaren ('doorsnee') beroepsgeenoot onder dezelfde omstandigheden een identieke diagnose zou hebben gesteld of juist anders zou hebben geoordeeld. In de beschreven casus werd een oncologisch patholoog als deskundige aangezocht. Deze liet, zonder vooraf de afloop te vermelden, de preparaten door in totaal 7 pathologen beoordelen, waarbij de meesten de afwijking duiden als regeneratietypie en 2 aanvankelijk de diagnose 'maagkanker' stelden, die zij dadelijk herriepen na het vernemen van de ware toedracht. In zijn deskundigenrapport stelde de patholoog dat de bipten van deze patiënt het grijze gebied tussen goed- en kwaadaardige afwijkingen representeren. De rechtbank kon hiermee niet goed uit de voeten en vroeg om nadere toelichting. De deskundige gaf vervolgens te kennen dat de betreffende patholoog zijns inziens te goeder naam en faam bekend stond en in zijn ogen niet onoordeelkundig had gehandeld, echter zonder dit te beargumenteren. De rechtbank achtte deze stellingname dan ook onvoldoende feitelijk onderbouwd. Alhoewel de deskundige gepoogd had de preparaten 'blind' te laten beoordelen door meerdere pathologen, voldoet deze ook in het verleden vaak gehanteerde procedure niet aan de essentiële voorwaarde voor een onbevooroordeelde revisie. De gewraakte preparaten dienen namelijk op een zo natuurlijk mogelijke wijze – uiteraard zonder enige voorkennis van de klinische afloop – opnieuw te worden beoordeeld, dat wil zeggen alsof het de dagelijkse routinediagnostiek betreft, waarbij de te herbeoordelen preparaten tussen een reeks van andere onderzoeken worden gestopt en niet als bijzonder beoordelingsgeval herkenbaar zijn. Daarmee wordt voorkomen dat de patholoog extra oplettend, behoedzaam of vooringenomen wordt.

Alhoewel het in de 'labroutine' inbrengen van de opnieuw te beoordelen preparaten zonder dat de patholoog er weet van heeft theoretisch de natuurlijkste be-

nadering van de dagelijkse diagnostiek lijkt, is dat vrijwel niet te realiseren. Oudere preparaten, zeker indien afkomstig uit een ander laboratorium, vallen vrijwel altijd op tussen de 'normale' preparaten door materiaal-, nummering- en kleurverschillen. Een alternatief voor deze methode is om een set coupes samen te laten stellen door een niet bij de feitelijke herbeoordeling betrokken patholoog. De gewraakte preparaten bevinden zich onidentificeerbaar daartussen en worden op precies dezelfde manier beoordeeld alsof het een dagelijks portie diagnostiek betreft, waardoor de praktijksituatie het dichtst wordt benaderd, waarbij het dan wel bekend is dat het om een beoordeling met een speciale reden gaat. Dat deze set niet door één, maar door meerdere pathologen dient te worden beoordeeld, is om rekening te kunnen houden met het verschijnsel interwaarnemer-variantie. De uitkomsten worden schriftelijk vastgelegd en verzameld, waarna de uitslagen van het gewraakte preparaat er tussenuit worden gehaald. Niet alleen de gestelde nominale diagnose, maar ook een eventuele nuancering daarvan (bijvoorbeeld 'zeker' of 'vermoedelijk') is belangrijk. Immers, een nuancering kan de behandelend arts ertoe brengen eerst nog nader onderzoek te doen alvorens tot behandeling over te gaan.

Hoe moeten de resultaten nu geïnterpreteerd worden? Er zijn drie mogelijke uitkomsten: (a) er bestaat unanimititeit en de gezamenlijke diagnose stemt overeen met de oorspronkelijke; (b) er bestaat unanimititeit en de gezamenlijke diagnose stemt niet overeen met de oorspronkelijke; (c) er bestaat geen unanimititeit: er is dan óf een meerderheidsstandpunt aanwijsbaar, óf de stemmen staken.

Bij de eerste mogelijkheid komen bekwame en zorgvuldig handelende vakgenoten tot precies dezelfde conclusie, die de in het rechtsgeding ter discussie staande diagnose onderschrijft. De aansprakelijk gestelde patholoog lijkt dan geen verkeerde diagnose te kunnen worden verweten. Bij de andere twee opties ligt de zaak minder eenvoudig. Wat nu als de pathologen unaniem of in meerderheid een andere conclusie trekken die essentieel afwijkt van de oorspronkelijke diagnose? Is een meerderheidsstandpunt een overtuigend argument voor de onjuistheid van een diagnose? Als de follow-up geen steun geeft aan de gewraakte diagnose en bekwame en zorgvuldig handelende vakgenoten tot een andersluidende conclusie komen, moet de rechter uitmaken of de patholoog in juridische zin verwijtbaar schuldig is. Bij aansprakelijkheidstelling vanuit onrechtmatige daad komen er meer factoren dan alleen de (on)juistheid van de gestelde diagnose kijken, namelijk de mate van zorgvuldigheid waarmee de patholoog te werk ging. Dat begrip 'zorgvuldigheid' moet in zowel procedurele als wetenschappelijke zin door de beroepsvereniging worden geoperationaliseerd.

#### BESCHOUWING

Na een acht jaar durende en voor beide partijen traumatische procesgang oordeelde de rechtbank tenslotte dat de patholoog te weinig zorgvuldigheid in acht had genomen, omdat er kennelijk een zodanige afwijking in

de maagbipten was waarbij hij niet zonder enig voorbehoud de diagnose 'adenocarcinoom' had mogen stellen. Dit werd als medische kunstfout aangemerkt zodat het betreffende laboratorium tot schadeloosstelling werd veroordeeld.<sup>13</sup> De chirurg ging vrijuit.

Velen hebben erop gewezen dat moeilijkheden rond medische misslagen meestal ontstaan doordat artsen fout met fouten omgaan. Deze patiënt was begrijpelijkerwijs zeer onthutst over het feit dat hij pas weken na operatie op indirecte wijze vernam dat er mogelijk een fout was gemaakt. Als de chirurg na overleg met de patholoog en eventueel samen met deze terstond opening van zaken had gegeven, was een rechtszaak als deze misschien niet nodig geweest. Daarbij had het laboratorium de bipten direct aan een op het betreffende terrein gespecialiseerde collega moeten voorleggen om diens oordeel te vernemen en zo nodig een daarop gebaseerd aanvullend bericht ter correctie moeten sturen.

Beleidsmatig zullen medisch-wetenschappelijke verenigingen twee trajecten moeten ontwikkelen: wat betreft foutenpreventie dienen zij zorg te dragen voor een goed doortimmerd kwaliteitsbeleid en wat betreft de praktische omgang met fouten en de eventuele juridische aansprakelijkstelling daarvoor dienen zij de te volgen procedures vast te leggen. Ook al is er van goede kwaliteit sprake en heeft de arts vanuit professioneel perspectief juist gehandeld, kan een patiënt de rechter toch om een oordeel vragen. Als een vakgenoot om een deskundigenbericht wordt gevraagd, dient de wetenschappelijke vereniging de procedures vastgelegd te hebben waaraan een lid zich in het belang van goede waarheidsvinding zorgvuldig dient te houden. Dat mag nimmer met het oogmerk zijn om een collega-arts maar zoveel mogelijk te dekken. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft een dergelijke regeling gepubliceerd.<sup>14</sup> Dit goede initiatief verdient brede navolging. De Nederlandse Vereniging voor Pathologie heeft inmiddels ook een geaccordeerde gedragsnorm voor deskundigen geformuleerd, alsmede een procedure voor herbeoordeling.<sup>4</sup>

Leenen heeft terecht aandacht gevraagd voor het feit dat een medisch deskundige moet weten hoe de betreffende juridische procedure verloopt en welke functie het deskundigenoordeel in de rechtszaak vervult.<sup>3</sup> Ook moge duidelijk zijn dat bij een vermeende diagnostische fout nimmer alleen het resultaat van de objectiverende beoordelingsprocedure vanuit juridisch perspectief van belang is, maar dat juist ook de handelingsituatie moet worden geanalyseerd. Daarbij moet men bezien of zowel de aanvrager van het onderzoek als de patholoog de professionele en maatschappelijke zorgvuldigheidsnormen voldoende in acht heeft genomen en de patiënt niet onnodig aan gevaar heeft blootgesteld.

Artsen klagen over de toenemende juridisering van de geneeskunde. Zijderveld heeft erop gewezen dat in onze samenleving bijna het gehele maatschappelijke verkeer steeds meer wettelijk en procedureel wordt ingekaderd, waardoor de relaties veel meer contractueel van aard zijn geworden; zo ook in de geneeskunde.<sup>15</sup> Hoe men hierover ook wil denken, het is de realiteit. Het

is voor artsen zeker niet aangenaam vaker dan vroeger voor hun handelingen ter verantwoording te worden geroepen, maar dit kan juist stimuleren om zowel inhoudelijk als procesmatig de werkzaamheden diepgaander te onderzoeken en waar nodig aan te passen in het kader van een op foutenpreventie gericht beleid. De mondig patiënt van tegenwoordig verlangt kwaliteit en professionaliteit. Het vertrouwen dat de patiënt heeft in de kwaliteit van zorg moet gerechtvaardigd blijven, want dat is de smeerolie voor een goed functionerende zorgverlening. Vrees voor 'Amerikaanse' toestanden (claimcultuur) lijkt in Nederland ongegrond.<sup>16</sup> De patiënt heeft in menselijke, juridische en technische zin het volste recht op een zorgvuldige behandeling. De plicht hiervoor zorg te dragen is voor artsen van oudsher de kern van hun beroep.

Mw.mr.N.Verschoor, jurist, en dr.P.Blok, patholoog, leverden commentaar bij de totstandkoming van het manuscript.

---

#### ABSTRACT

*Towards an objective re-evaluation procedure in cases of possible diagnostic error.* – Auxiliary diagnostic specialists such as clinical pathologists or radiodiagnosticians may be held liable by injured patients for erroneous diagnoses. Nearly always there will be a reconstruction of the situation in which the alleged mistake was made, and relevant facts will be tested against both professional and legal rules. The Court or one of the parties involved frequently ask an expert for re-evaluation of microscopic preparations, X-rays, etc. This objectivating evaluation requires a procedure that does justice to the original diagnostic situation and therefore should not be made by one single expert familiar with the chain of events. The results of the re-evaluation should be interpreted meticulously and their relative importance established by the Court.

---

#### LITERATUUR

- 1 Legemaate J. Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg. Deventer: W.E.J.Tjeenk Willink; 1997. p. 38-47.
- 2 Kalsbeek HL. Ervaringen met medische aansprakelijkheid. Med Contact 1997;52:1014-5.
- 3 Leenen HJJ. De arts als medisch deskundige in juridische procedures. Ned Tijdschr Geneeskd 1993;137:419-23.
- 4 Juridische Taakgroep. De omgang met fouten in laboratoria voor pathologie: praktische en juridische aspecten. Rotterdam: Nederlandse Vereniging voor Pathologie; 1999.
- 5 Hoge Raad 9 november 1990. Nederlandse Jurisprudentie 1991;nr 26.
- 6 Legemaate J. De zorg van een goed hulpverlener, in relatie tot de professionele standaard. In: Legemaate J, redacteur. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1995. p. 10-21.
- 7 Stolker CJJM. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. In: Sluijters B, Biesart MCIH, Hamilton-van Hest GCJM, Kalkman-Bogerd LE, redacteurs. Gezondheidsrecht. Tekst & commentaar. Deventer: Kluwer; 1999. p. 411-38.
- 8 Hoge Raad 5 november 1965. Nederlandse Jurisprudentie 1966;nr 136.
- 9 Stolker CJJM. WGBO en aansprakelijkheid. In: Leegemate J, redacteur. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1995. p. 110-21.
- 10 Isaacson P. Biopsy appearances easily mistaken for malignancy in gastrointestinal endoscopy. Histopathology 1982;6:377-89.
- 11 Rubio C, Hirota T, Itabashi M, Hirohashi S, Kato Y. A possible error in the interpretation of gastric carcinoma. Jpn J Cancer Res 1991;82:1354-5.

- <sup>12</sup> Tatsuta M, Iishi H, Okuda S, Oshima A, Taniguchi H. Prospective evaluation of diagnostic accuracy of gastrofiberscopic biopsy in diagnosis of gastric cancer. *Cancer* 1989;63:1415-20.
- <sup>13</sup> Vonnis van 17 maart 1999. Rolnummer 95/950. Arrondissementsrechtbank te Den Haag.
- <sup>14</sup> Leidraad voor (getuige-)deskundigen. Een advies van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Med Contact* 1997;52:1546.

<sup>15</sup> Zijdeveld AC. Maatschappelijke juridisering. *Ars Aequi* 1999;48:634-8.

<sup>16</sup> Stolker CJJM. Nederlandse toestanden? Medische aansprakelijkheid en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. *Verkeersrecht* 1996;1:1-8.

Aanvaard op 26 januari 2000

## Bladvulling

### *Medische concurrentie*

Het zij mij geoorloofd aan het einde van dit verslag nog mijne meening uit te spreken over door Holland verleende en mischien nog te verleenen hulp.

Men vergeete dan niet, dat, terwijl onze Hollandsche ambulance met de Duitsche de eerste ambulances waren, die van uit den vreemde hulp kwamen bieden, vóór onze komst noch in Transvaal noch in den Vrijstaat behoefte aan geneeskundige hulp ook maar eenigszins dringend gevoeld was. Onder waardeering onzer komst, werd reeds met ons de vraag besproken, waar wij toch voldoende arbeid zouden kunnen vinden?

Aan het werk getogen, kwamen wij in concurrentie met reeds aanwezige ambulances, die voor zoover zij op den naam van geneeskundige ambulances mochten aanspraak maken, de eigenaardigheid hadden met slechte hulpmiddelen door een in Transvaal of Vrijstaat sinds lang bekenden doctor geleid te worden. Waren wij met goede ambulances van buitenaf vroeger, veel vroeger gekomen, dan zouden wij de vorming dezer ambulances wel niet hebben kunnen voorkomen, maar mischien hadden wij de hoofdleiding min of meer volledig op ons kunnen nemen. Nu in elk geval blijft de concurrentie met deze, wat het materieel betreft, onvolledige inheemsche ambulances aan de orde.

Tot deze concurrentie is een jeugdig arts zonder praktische ondervinding en zonder een vrij groot zelfvertrouwen niet in staat. Pas gepromoveerde artsen zal men slechts in zeer beperkt aantal, alleen aan ouderen toegevoegd mogen uitzenden.

Een groote ambulance met verscheidene jeugdige krachten zal geen voldoende arbeidsveld kunnen vinden, omdat de slechte verkeerswegen het verplaatsen en verzamelen van zieken en gewonden te zeer belemmeren.

Op het oogenblik van mijn vertrek bestond nog steeds behoefte aan goede gelegenheid tot het onderbrengen van zieken en eventueel gewonden. Een goede tent met een goeden geneesheer, die tevens na het gevecht tot het verleenen van chirurgische hulp in staat is, verder met goede verpleging (verplegers voornamelijk) is datgene, wat op menige plaats, tusschen eenige lagers in, nog uitnemend gebruikt kon worden.

De eerste Hollandsche ambulance werd door de krachtige hulp van Dr. LINGBEEK SR. en LINGBEEK JR. in staat gesteld vrij wel den geheelen dienst rondom Ladysmith, ten noorden van de Kliprivier met Pretoria als basis, over te nemen. Algemeen werd erkend, dat alles wat daar vóór haar was, veel slechter is geweest.

Misschien zal het de tweede Hollandsche ambulance met de spoedig volgende aanvulling nog gelukken een gelijksoortige positie ten zuiden van Ladysmith, met Harrysmith als basis, te veroveren. Dat zij van vele tenten voorzien is, zal haar voorzeker daarbij goed te pas komen. Maar nog eens, in de meest dringende behoefte is overal reeds voorzien, zij het dan ook vooral, wat het materieel betreft, op gebrekkige wijze.

Hoe het nu zijn zal, wanneer de Belgisch-Duitsche ambulance met de tweede Hollandsche ambulance, tezamen 67 per-

sonen, zich zullen hebben verdeeld, is wel moeilijk te zeggen. Bovendien volgt dan nog de Russisch-Hollandsche ambulance en spreekt men van een zuiver Russische ambulance en van een Fransche ambulance. En nog eens, men vergeete het niet, al deze ambulances moeten zich een plaats veroveren. Elk geneesheer in Transvaal en Vrijstaat wenscht, hoe dan ook, waar een ieder tusschen 15 en 60 jaar ten strijde trekt, ook zijn ijver voor de goede zaak te doen blijken.

Men zal kunnen begrijpen, dat ik onder deze omstandigheden vooralsnog ontraad van uit Holland nog meer personen uit te zenden.

(Ned Tijdschr Geneeskd 1900;44I:362-3.)

### *Over het ziekenfonds*

Onze commissie zal hieronder een andere verdeling aangeven, maar zij wil allereerst een definitie geven van wat door haar onder een ziekenfonds wordt verstaan. Zij meent, dat een ziekenfonds is: een instelling van voorzorg voor hen, wier maatschappelijke toestand niet toelaat op de gewone wijze te voorzien in de behoefte, die bij ziekte ontstaat en die zich daarom in staat willen stellen tegen vaste contributie zich ook in die omstandigheden een zoo volledig en zoo doeltreffend mogelijk genees-, heel- en liefst ook verloskundige en pharmaceutische hulp te verschaffen. Hieruit volgt dus, dat in ieder ziekenfondsreglement grenzen van welstand behooren te worden aangegeven. Ieder, wiens maatschappelijke toestand hooger staat, dan de aangenomen grens van welstand – die in iedere gemeente verschillend kan zijn, omdat de levensstandaard in diverse gemeenten niet gelijk is – behoort buiten het ziekenfonds gesloten te worden. Ziekenfondsen dus, waarin ‘extra bediening’ wordt verlangd en wordt gegeven, zijn daardoor volgens onze commissie absoluut te veroordeelen. De maatschappelijke toestand van die leden die ‘extra bediening’ verlangen, zal ongetwijfeld de grens van welstand overschreden hebben.

(Ned Tijdschr Geneeskd 1900;44I:459.)

### *Geneeskundige vergaderingen*

Dr. J. N. HALL bepleit in de *Journal of the American Medical Association* het trouw verschijnen der medici op de geneeskundige vergaderingen. Wie dit nalaat kan in tweeeërlei dwaling vervallen. Is hij tot zelfverheffing geneigd, dan overdrijft hij die, door niet te zien, wat anderen kunnen. Is hij bedeesd van aard, dan onderschat hij zich zelf door de zwakkeren dan hij niet te kennen. Men moet zijn voor- en achtermannen kunnen zien, en ook, om aan zoovele geslachten van geneeskundigen, die ons geleerd hebben een deel van onzen schuld af te doen, naar vermogen bijdragen tot leering van de jongeren.

(Berichten Buitenland. Ned Tijdschr Geneeskd 1900;44II:642.)