

Titel

Een voorstel voor een aangepaste vraagstelling causaal verband bij ongeval.

Auteur

dr. R.H.G.P. van Erve

Abstract

De 'Vraagstelling causaal verband bij ongeval' van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische deskundigen (IWMD) is sinds haar verschijnen in 2004 uitgegroeid tot de standaardvraagstelling voor onafhankelijke deskundigen in letselschadezaken. De meest recente versie van de zogenoemde IWMD-vraagstelling dateert van januari 2010. De resultaten van een enquête over de IWMD-vraagstelling werden recent gepubliceerd in TVP. De VEMAS (Vereniging Medisch Adviseurs aan Slachtofferzijde) heeft een poging gedaan vanuit de noodzaak te komen tot een meer onderbouwde visie een revisie op te stellen. De openstelling van die versie gedurende 2 jaar voor commentaar van alle betrokken partijen heeft niet geleid tot enig commentaar. In onderhavig artikel wordt gefilosofeerd over de te stellen vragen en de impact daarvan op het schaderegelingsproces.

Trefwoorden

IWMD-vraagstelling; letselschade; privaatrecht; aansprakelijkheidsrecht; causaal verband

Affiliaties auteur

* Ruud van Erve is orthopedisch chirurg, medisch adviseur SMAS

Algemeen

Eerder gaven Reitsma et al in hun artikelⁱ al aan dat de momenteel gehanteerde versie van de IWMD (2010) aan revisie toe is.

De gegevens uit de enquête die zij publiceerde zijn echter, op statistische gronden, niet bruikbaar omdat de respons op de enquête krap dan 50% bedroeg (127 respondenten tegen 244 aangeschrevenen), Reitsma c.s. schatten de response rate zelf niet hoger dan 13-17%. Het doen van uitspraken over de toepasbaarheid van de IWMD-vraagstelling als zodanig is derhalve niet mogelijk.

In hun reactie op het artikel van Reitsma et al geven de Graaf-Bosch et alⁱⁱ vanuit juridisch perspectief een interpretatie van de enquêtegegevens waarbij zij volledig voorbijgaan aan de statistische bruikbaarheid van de enquête maar refereren aan het hoge percentage van juristen die tevredenheid met de IWMD 2010 heeft geuit onder de respondenten. In hun artikel stellen zij nog enkele wijzigingen voor in de IWMD 2010 in aanvulling op hetgeen Reitsma et al voorstelden.

In hun artikel bepleiten zij een multidisciplinaire benadering bij het samenstellen van een gewijzigde vraagstelling waarbij juristen en artsen van de betrokken partijen zijn vertegenwoordigd.

VEMAS (h-)erkent dat de IWMD-vraagstelling aan verandering toe is maar meent een andere werkwijze te moeten hanteren bij het opstellen van een nieuwe vraagstelling dan Reitsma et al. Het voorstel van de Graaf et al te komen tot een multidisciplinaire werkgroep geeft waarschijnlijk een beter bruikbaar uitgangspunt.

Bij het opstellen van een nieuwe versie van een vraagstelling is door VEMAS uitgegaan van de bestaande IWMD versie 2010 omdat deze in basis goed functioneert om een vergelijking tussen de situatie met en de hypothetische situatie zonder ongeval duidelijk te maken door vergelijking tussen de daarin geformuleerde vragen 1 en 2. De IWMD-vraagstelling bestaat immers uit twee onderdelen: onderdeel 1 vraagt de deskundige de situatie met ongeval in kaart te brengen, en onderdeel 2 vraagt hetzelfde over de situatie zonder ongeval. De derde, zogenaamde “veegvraag” die in de IWMD-vraagstelling is verwoord is opgesteld om de deskundige de gelegenheid te bieden eventuele opmerkingen te maken die relevant kunnen zijn voor het verloop van de zaak.

Reitsma c.s. formuleerde een aantal opties voor aanpassing van de IWMD-vraagstelling, die, hoewel niet gedragen door enige statistische onderbouwing, mogelijk wel bruikbare elementen bevatten. Daarom zal daarop nader worden ingegaan en zullen onze ideeën en de achtergronden daarvan daartegen worden afgezet. Ook de opmerkingen die door de Graaf et al werden gemaakt kunnen bijdragen aan een beter onderbouwde en beter bruikbare vraagstelling.

Uit de opmerkingen die door de Graaf et al in hun artikel worden gemaakt naar aanleiding van de door Reitsma et al voorgestelde wijzigingen van de IWMD 2010 blijkt dat de daarin betrokken juristen, die waarschijnlijk een goede afspiegeling vormen van letselschade juristen in het algemeen, een wezenlijk andere kijk hebben op de vraagstelling dan de artsen die door Reitsma zijn betrokken en de auteurs van dit artikel. Voor het grootste deel lijkt dat voort te komen uit de verschillende achtergrond van juristen en artsen, hetgeen tot spraakverwarring kan leiden omdat termen in de verschillende beroepsgroepen verschillend worden ingezet.

Definitie van gebruikte termen lijkt daarom van belang voor het verkrijgen van duidelijkheid in de vraagstelling. Van belang is dat de vraagstelling wordt voorgelegd aan artsen, namelijk de experts die worden verzocht een deskundigenrapportage uit te brengen. Het lijkt derhalve het meest zinvol de definitie van terminologie die binnen de geneeskunde gebruikelijk is te hanteren en de juristen die de rapporten moeten lezen en gebruiken in de schadebehandeling te leren wat de gebruikte termen betekenen en waar die worden gebruikt.

Het doel van de IWMD-vraagstelling staat niet ter discussie. Deze is, zoals eerder duidelijk omschreven, bedoeld om juristen de bouwstenen te geven om te kunnen beoordelen wat de schade is als gevolg van

een bepaald voorval, met andere woorden om de vraag naar de juridische causaliteit te kunnen beantwoorden.

Het is daarom dat de auteurs zich scharen achter de oproep van de Graaf et al dat ook juristen (advocaten van partijen en de rechterlijke macht) zich bezighouden met de formulering van de vragen. Sterker, de auteurs zijn van mening dat de vraagstelling primair een juridische vraagstelling is, die door een medicus moet worden beantwoord. Het is daarom des te bevreedender dat de discussie over de vraagstelling zich vooral lijkt af te spelen binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs en dat juristen zich daarmee veel minder intensief bezig lijken te houden.

Allereerst werd door Reitsma c.s. vastgesteld dat de meerderheid van de respondenten in de door hen uitgevoerde enquête de uitkomst van de expertiserapportage onzeker vindt, deels doordat deze uitgaan van klachten, die in hun aard subjectief zijn. Voorgesteld werd de termen klachten en/of ervaren verschijnselen en belemmeringen te hanteren.

Voorts wordt door haar voorgesteld de deskundige te vragen de medische voorgeschiedenis (dat wil zeggen de gezondheid voor het ongeval) en de in de behandelende sector gestelde relevante diagnoses binnen en buiten het eigen vakgebied te beschrijven gecompleteerd met een beschrijving van de behandeling van klachten en/of het letsel van de onderzochte. Voorts wordt voorgesteld de deskundige toe te staan aanvullende gegevens op te vragen.

Daarnaast wordt voorgesteld in vraag 2 ook te vragen naar klachten en/of afwijkingen buiten het vakgebied en ongevalsvreemde beperkingen, waarbij de bron van die informatie moet worden benoemd.

Vervolgens wordt voorgesteld vraag 2c naar de klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval te modificeren naar: *‘Zijn er bij de onderzochte op uw vakgebied aanwijzingen dat hij/zij ook zonder ongeval de huidige klachten en/of afwijkingen op uw vakgebied zou kunnen hebben ontwikkeld? Wilt u hierbij de algemene gezondheidstoestand van betrokkene meewegen? Kunt u daarbij aangeven of deze vraag wordt beantwoord op basis van anamnese of dat dit wordt afgeleid uit het medisch dossier? Kunt u ter onderbouwing van dit standpunt zo mogelijk wetenschappelijke referenties aanleveren?’* waarna in vraag 2d wordt gevraagd om een inschatting van de waarschijnlijkheid, termijn en omvang van de klachten en/of afwijkingen, die zouden zijn ontstaan zonder ongeval, te geven met daarbij een onderbouwing van dat standpunt met wetenschappelijke referenties en de relevantie daarvan voor betrokkene en in vraag 2e de daarbij behorende beperkingen weer te geven.

Geopperd wordt tenslotte de vraag naar de BI weer standaard toe te voegen aan de vraagstelling. Tenslotte wordt door Reitsma c.s. geopperd een vraag als optioneel toe te voegen, namelijk: *‘Wat zou u betrokkene adviseren om aan te houden als beperking(-en)? Wat raadt u betrokkene aan om niet te doen, om gezondheidsrisico’s te minimaliseren?’*

De VEMAS heeft, indachtig de opmerkingen die door Reitsma c.s. zijn gemaakt naar aanleiding van de enquête en op basis van de regelgeving, richtlijnen voor verzekeringsartsen en experts en op basis van de GBL, CTG uitspraken en NOV en NVN-richtlijnen voor deskundigen, een nieuwe vraagstelling ontworpen.

Omdat de Graaf et al enige modificatie van de door Reitsma et al voorgestelde vraagstelling voorstelde zal ook die worden meegenomen in onze bespreking.

Discussie

Disclosure statement

Binnen de rechtspraak is een disclosure statement in expertise-aanvragen gebruikelijk in zaken betreft medisch onzorgvuldig handelen en wordt dat ook steeds meer ingezet in letselschadezaken. VEMAS vindt dat, net als de Graaf et al, een goede ontwikkeling omdat de onafhankelijkheid van experts, hoewel anders verondersteld in het artikel van Reitsma c.s. niet is gegarandeerd. Ook de auteurs van dit artikel pleiten voor de toepassing van een disclosure statement. Het is niet mogelijk afdoende zicht te houden op de veelvuldig wisselende werkkringen van deskundigen om daarmee de onafhankelijkheid van die

deskundigen zelfstandig te kunnen laten beoordelen door iedere medisch adviseur. Daarnaast is het bij een aantal grote deskundigenbureaus gebruikelijk geweest dat conceptrapporten van deskundigen, alvorens deze worden verzonden aan de betrokkenen ter uitoefening van het blokkeringsrecht en correctierecht, worden beoordeeld en becommentarieerd door verzekeringsartsen die ook werken voor verzekeringsmaatschappijen. Deze praktijk bij MediLibra is in 2022 aan de auteurs bevestigd in een e-mail-wisseling met de directeur van DC Expertise toen die MediLibra overnam. Inmiddels is die praktijk bij MediLibra niet langer gangbaar.

Hoewel een disclosure statement een dergelijke praktijk niet geheel uitsluit draagt dat wel bij aan bewustwording bij deskundigen en partijen aangaande de onwenselijkheid van dergelijke praktijken. Opvallend is dat sinds de toepassing van een disclosure statement veelvuldig discussie daarover ontstaat met medisch adviseurs van aansprakelijkheidsverzekeraars, onder het mom van gebrek aan vertrouwen in de deskundige. Dit geeft te denken.

Het invullen is immers een kleine moeite, kost nauwelijks extra tijd en de meeste deskundigen zijn sinds lange tijd gewend aan het gebruik van disclosure statements bij hun wetenschappelijk werk. Het argument van gebrek aan vertrouwen in de onafhankelijkheid van de deskundige is, naar de idee van VEMAS en auteurs niet aan de orde, daar het er om gaat binnen de juridische context, waarbinnen wij ons werkveld hebben, iedere schijn van vermenging van belangen te voorkomen. Waar de WAA in haar beroepscodeⁱⁱⁱ al stelt dat de geneeskundig adviseur zich onafhankelijk dient op te stellen en dat de opdrachtgever deze onafhankelijkheid dient te respecteren, dat de geneeskundig adviseur dient te waken voor belangenverstrengeling of zelfs de schijn daarvan en de medisch adviseur zich kritisch, objectief en onafhankelijk moet gedragen, wordt dat in de GBL, artikel 4.2.3^{iv} ook nadrukkelijk benoemd. Overigens zegt ook de NVMSR in haar richtlijn in artikel 4.7 dat er geen sprake mag zijn van een vorm van belangenverstrengeling^v. Nu juist is gebleken dat de NVMSR-richtlijn niet in alle gevallen naar de letter wordt nageleefd heeft een disclosure statement zeker toegevoegde waarde en kan er niet op vertrouwd worden dat het simpele bestaan van die richtlijn een garantie biedt voor het ontbreken van belangenverstrengeling bij de aangeschreven deskundige.

Het is wel zinvol te denken over een mogelijkheid het disclosure statement te laten invullen alvorens de aanvraag naar de deskundige wordt gezonden zodat reeds voorafgaande aan het onderzoek duidelijk is of er andere belangen spelen en zo ja welke dan. Gedacht zou kunnen worden aan een openbare website waar alle deskundigen hun nevenfuncties openbaar maken. Dat voorkomt een hoop discussie tussen partijen en maakt het gebruik van een disclosure statement minder noodzakelijk.

Vraag 1a

Reitsma et al stelt voor de anamnese te laten verhalen over de *'klachten en ervaren verschijnselen'*. VEMAS heeft ervoor gekozen in vraag 1 vast te houden aan het gebruik van "Klachten en beperkingen". Dit wordt ingegeven door de NVVG-richtlijnen^{vi}. Er wordt in dit kader aansluiting gezocht bij de NVVG-richtlijnen omdat deze het beste het kader definiëren waarbinnen de medisch adviseur zijn werk doet, ongeacht het specialisme waaruit hij/zij voortkomt.

De arts die de NVVG-richtlijnen hanteert beoordeelt de vraag naar medische causaliteit, die complex is, omdat ziekten, aandoeningen en beperkingen vrijwel altijd multifactorieel bepaald zijn met predisponerende, uitlokkende, onderhoudende, herstel belemmerende en bevorderende factoren. Deze kunnen zowel in de persoon liggen als in de sociale context. Bovendien is medisch een volledig sluitend bewijs van een oorzaak-gevolg-relatie vaak niet te geven. Dat is juist het werkgebied waarbinnen de medisch adviseur zich ook bevindt.

Voorts wordt in de door Reitsma voorgestelde vraagstelling gevraagd naar de ervaren belemmeringen, in tegenstelling tot de aangegeven beperkingen.

De Graaf et al stelt dat een vraag naar de aard en de ernst van het letsel, zoals in de oorspronkelijke IWMD 2010 de voorkeur verdient boven een vraag naar de klachten en/of ervaren verschijnselen omdat daarmee de mogelijkheid zou worden geschapen, schades aan gebit, breuken of brandwonden te beschrijven, omdat dat 'immers' geen klachten en/of ervaren verschijnselen zijn.

Juist het woord klachten wordt hier door de werkgroep en de VEMAS gehanteerd omdat van vele afwijkingen bekend is dat zij geheel zonder klachten en klinische verschijnselen kunnen bestaan en pas

klachten en verschijnselen geven als daartoe, bijvoorbeeld in de zin van een trauma, aanleiding wordt gegeven.

De auteurs van dit artikel menen ons achter het gebruik van de zinsneden “klachten en ervaren verschijnselen” en “belemmeringen” te moeten scharen omdat de anamnese, waar in deze vraag om wordt gevraagd, niets anders behelst dan een weergave van hetgeen de betrokkene ervaart en vertelt. De term komt voort uit het Grieks (ανάμνηση) en heeft als letterlijke betekenis “zich herinneren.” Daarmee ligt de definitie klachten en ervaren verschijnselen, als weergave van de persoonlijke bevindingen van de betrokkene voor de hand. Ook het gebruik van de woorden “ervaren belemmeringen” betreft in deze een vraag naar de ervaringen van betrokkene, zonder invloed van hetgeen behandelaars of anderen daarvan vinden.

Het vragen naar de aard en de ernst van het letsel houdt direct een mogelijkheid tot interpretatie van de ervaren klachten, verschijnselen en belemmeringen van de betrokkene door de deskundige in, hetgeen in de anamnese per definitie niet de bedoeling is.

Het bezwaar dat de Graaf et al ziet, dat afwijkingen niet kunnen worden benoemd, valt weg tegen de in de geneeskunde algemeen aanvaarde weergave van de anamnese betreft klachten, verschijnselen en belemmeringen als uiting door de betrokkene van alle ervaren problemen die hem/haar door het incident zijn overkomen. Daarmee worden derhalve ook de afwijkingen (gebitsproblemen, breuken, etc.) benoemd en beschreven in de anamnese.

Vraag 1b

De vraag naar de medische voorgeschiedenis van betrokkene wordt naar het voorstel van Reitsma et al uitgebreid van het vakgebied van de deskundige naar de naar het oordeel van de deskundige relevante voorgeschiedenis voor zover die uit het dossier blijkt.

De Graaf et al tekent daarbij terecht aan dat het te betwijfelen valt of de deskundige wel kan bepalen welke delen van de medische voorgeschiedenis al dan niet relevant zijn. Zij geeft aan dat een expert naar haar mening niet in staat is te bepalen wat juridisch relevant is, hetgeen juist dat is waar het over gaat. Juridisch kan het causaal verband immers geheel anders liggen dan vanuit medisch oogpunt en ook de juridische relevantie is van geheel andere aard dan de medische relevantie van een eventueel in de voorgeschiedenis opgetekende aandoening. Uiteindelijk is het de juridische duiding in de zin van het causaliteitscriterium van de redelijke toerekening van schade en herstel doorslaggevend.

Binnen dat juridische kader zijn het overigens de klachten, verschijnselen en belemmeringen die beoordeling vragen, niet de afwijkingen, ook niet de afwijkingen die in het verleden hebben gespeeld, al zullen die mogelijk wel de hoogte van de schadevergoeding, de ernst van de door het incident veroorzaakte schade en de beperkingen mede bepalen.

Reitsma et al gaat bij het formuleren van deze vraag te veel uit van het medische gezichtspunt waar, zoals de Graaf et al terecht aangeeft de juridische duiding hetgeen is waar het over zou moeten gaan.

Op basis van een analyse van de medische stukken en op grond van datgene wat op basis van de gangbare wetenschappelijke inzichten bekend en herkenbaar is over het ontstaan en beloop van de klachten en verschijnselen, tevens in de afweging betrokken hebbende eventuele pre-existentie en / of eventuele predispositie, en met respect voor de civielrechtelijke context, moet door de jurist en diens medisch adviseur immers worden getracht de aan- of afwezigheid van de medische causaliteit van de klachten te beoordelen.

Van de expert kan een dergelijke beoordeling niet worden gevraagd.

Dat de deskundige zich op basis van de NVMSR-richtlijnen (artikel 2.1.1) moet beperken tot zijn eigen deskundigheidsgebied en dat ook door de uitspraken van het CTG^{vii} wordt bevestigd, brengt met zich dat het vragen naar niet op diens vakgebied gelegen medische voorgeschiedenis en met name naar de gezondheid voor het ongeval, niet op het eigen vakgebied van de deskundige gelegen, potentieel risico in zich draagt voor de deskundige op tuchtrechtelijk gebied. Daarbij is het natuurlijk geenszins verboden om de medische voorgeschiedenis, zoals die in het dossier naar voren komt, te citeren. Daar gaat het immers om de beschikbare informatie uit het beschikbaar gestelde dossier.

De inschakeling van een deskundige met een specifiek specialisme wordt daarnaast juist gedaan om de zich op diens vakgebied voordoende klachten, verschijnselen en beperkingen in kaart te brengen. Het is

de taak van de medisch adviseur alle gezondheidsproblemen te inventariseren en te beoordelen, niet die van de ingeschakelde specialistisch deskundige.

Wij stellen voor om de expert te verzoeken alle in het dossier vermeldde voorgeschiedenis te vermelden, om te voorkomen dat de expert zelf een schifting aanbrengt in naar zijn/haar mening al dan niet relevante delen daaruit. Het alleen vermelden van de voorgeschiedenis uit het vakgebied van de deskundige, zoals gevraagd in de IWMD 2010 is, en dat zijn we eens met Reitsma et al, te beperkt. Systeemziekten kunnen immers, hoewel niet op het vakgebied van de deskundige gelegen, wel invloed hebben op de bestaande en verwachte beperkingen van betrokkene.

Iedere deskundige moet in staat geacht worden systeemziekten, die de klachten, verschijnselen en beperkingen op zijn vakgebied beïnvloeden, voldoende op waarde te schatten en in zijn beschouwing uiteen te zetten welke die invloed dan is, alsmede dat te laten terugkomen in de beantwoording van de vragen.

Het is aan de medisch adviseur om de rapportage in de conceptfase, te beoordelen op juist die feiten en omstandigheden die door de deskundige niet zijn meegewogen.

Het opvragen van medische informatie uit de behandelende sector om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden zal nooit tot bezwaar aanleiding geven.

De Graaf et al stelt voor om daartoe te verwijzen naar de tekst uit de GBL als toelichting in plaats van de verwijzing naar de KNMG-richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens. Wij scharen ons achter die suggestie van de Graaf et al omdat de GBL, en met name Onderdeel 3^{iv}, zich, meer dan de KNMG-richtlijn, richt op de proportionaliteit en het doel van de opgevraagde medische informatie.

Vraag 2

Het specifiek bij vraag 2 vragen naar afwijkingen die al voorafgaande aan het incident bestonden in de vorm van; *‘bestonden vóór het ongeval bij onderzochte reeds klachten en/of afwijkingen op uw vakgebied of daarbuiten, die betrokkene thans nog heeft’* kan aanleiding vormen voor de deskundige te speculeren over het bestaan van klachten passend bij een afwijking waar de onderzochte voorafgaande aan het incident nooit hinder van heeft gehad. Dit introduceert derhalve een potentieel vooringenomen standpunt. Te denken valt aan patiënten met artrose die na een ongeval klachten ontwikkelen, waar die er tevoren niet waren. Veelvuldig verleidt dit de deskundige tot de aanname dat ook voorafgaande aan het ongeval wel klachten zullen hebben bestaan. Een deskundigenbericht heeft, volgens de richtlijn van de NVMSR (artikel 2.1.8), juist ten doel de deskundige te vragen naar een onbevooroordeeld oordeel over de specifieke gezondheidstoestand van deze specifieke betrokkene in diens psycho-sociale context op het vakgebied van de deskundige. Het introduceren van sturende of potentieel sturende bewoordingen in de vraagstelling hoort daar niet bij. Wel kan worden gevraagd naar reeds pre-existent bestaande afwijkingen binnen het vakgebied van de deskundige, waarbij, mochten die er zijn, eventueel kan worden gevraagd toe te lichten aan de hand van het beschikbare dossier, of die afwijkingen al voorafgaande aan het regarderende incident aanleiding vormden tot het bestaan van klachten bij betrokkene. Daarmee wordt een veel smallere basis gegeven ter beoordeling en worden eventuele klachten alleen beschouwd betreft de betrokkene zonder kans op speculatie van de deskundige.

In dat kader kan ook de vraag 2h, die ziet op de toekomstverwachting ten aanzien van de ongevalsvreemde klachten en verschijnselen, beter gespecificeerd worden om de deskundige te ontmoedigen ook hier een filosofisch antwoord te geven op basis van statistische gegevens, die zijn verzameld in grote groepen en derhalve per definitie niet toepasbaar op individuen.

Als de deskundige wordt gevraagd zijn antwoord op de vraag op welke termijn hij verbetering of verslechtering verwacht zo duidelijk mogelijk te beargumenteren kan hij niet meer volstaan met een algemeenheid of een schatting, tenzij hij dat ook als zodanig benoemt. Daarmee wordt de looptijd Discussie, die zich vrijwel steeds voordoet naar aanleiding van deze vraag, beter beargumenteerd te voeren. Natuurlijk is het moeilijk en in sommige gevallen onmogelijk om een voorspelling te doen in een individuele casus. Desalniettemin kan van een deskundige wel een beargumenteerd gewogen idee worden verwacht.

De BI vraag moet, naar het oordeel van VEMAS standaard worden opgenomen in de vraagstelling om te voorkomen dat de deskundige veronderstelt dat de vraag naar de beperkingen beantwoord kan worden met een berekening van de BI, zoals we dat al zijn tegengekomen in het verleden.

De auteurs vragen zich, gezien de meer recente wijzigingen die in de AMA-Guides zijn aangebracht en op basis waarvan de Nederlandse Orthopedische Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie hun richtlijnen hebben aangepast, af of de BI berekening nog iets wezenlijks toevoegt aan de schaderegeling of dat deze momenteel eigenlijk meer verwarring schept. De meer recente wijzigingen van de AMA-Guides zien op een betere toepasbaarheid van dat systeem binnen de Amerikaanse berekensystematiek van arbeidsvermogen/arbeidsongeschiktheid (sociaal verzekeringsdomein). Binnen die toepassing is het zinvol te komen tot een zo laag mogelijke BI-berekening omdat op die manier wordt gezorgd voor meer mogelijkheden tot het uitvoeren van werk. Omdat de AMA-Guides in Nederland in een geheel ander rechtsgebied worden toegepast, namelijk in de letselschade (civielrechtelijk domein), is het de vraag of de verlaging van de BI volgens de AMA-Guides, die recent is geëffectueerd, een correcte weergave is van de ernst van het letsel dat aan het slachtoffer is overkomen. Het is onzes inziens moeilijk uit te leggen dat eenzelfde letsel opgelopen na 01-01-2023 een veel lagere BI oplevert dan in de periode daaraan voorafgaande.

Vraag 3

Deze ‘veegvraag’ wordt door Reitsma et al en door de Graaf et al niet becommentarieerd. Toch is daarin naar de mening van auteurs wel verbetering mogelijk en zelfs noodzakelijk.

Het simpel vragen of er nog opmerkingen zijn en of een expertise op een ander vakgebied geïndiceerd is, is gebleken niet voldoende omdat de vakspecialist veelal niet verder kijkt dan zijn eigen vak, dat is immers ook de opzet van een deskundigenonderzoek. Desalniettemin komt het frequent voor dat deskundigen klachten of symptomen niet mee (kunnen) wegen bij hun oordeel. Met name de invloed van chronische pijn wordt door veel deskundigen niet benoemd en kan volgens de richtlijnen van de NVN en de Leidraad van de NOV niet meegenomen worden bij de beoordeling vanwege de subjectieve aard van die klachten. Desalniettemin is het wel mogelijk om pijn te kwantificeren, zoals dat in de pijngeneeskunde sinds lange tijd gebeurt. Het is voor de schadeafhandeling wel van belang duidelijk te krijgen of de deskundige dergelijke klachten en verschijnselen al dan niet heeft meegewogen en de deskundige dient zich ervan bewust te zijn dat hij niet alle klachten en verschijnselen van betrokkene binnen zijn vakgebied kan verklaren.

Uitbreiding van deze set vragen is door VEMAS reeds eerder voorgesteld.

Inmiddels is een deel van de door VEMAS voorgestelde uitbreiding, met name de vraag naar het verschil tussen AMA-Guides en vakspecialistische richtlijnen, achterhaald nu de wetenschappelijke verenigingen hun richtlijnen hebben aangepast aan de laatste updates van de AMA-Guides en de AMA-Guides de hoogte van de BI sterk hebben gereduceerd door alleen nog uit te gaan van de diagnose. Juist bij orthopedisch letsel leverde de Range of Motion ingang veelal een hogere BI op.

De deskundige wordt niet voor niets als deskundige benaderd. Van hem mag worden verwacht dat hij binnen zijn vakgebied een meer dan gemiddelde kennis van zaken bezit en derhalve dat hij op de hoogte is van eventueel toepasbare behandelingen die niet eerder in de behandelende sector zijn toegepast. Om die reden kan het geen kwaad de deskundige te vragen of hij zog therapeutische adviezen voor betrokkene heeft. Mochten die er zijn dan kan worden overwogen de zaak aan te houden en eerst die therapeutische mogelijkheden te exploreren.

De optionele vraag die door Reitsma c.s. wordt voorgesteld is buitengewoon interessant omdat deze feitelijk vraagt naar de beoordeling van de betrokkene als behandelend arts, hetgeen wezenlijk in tegenspraak is met de Leidraad van de NOV^{viii} en de Richtlijnen van de NVN^{ix}, vooral daar waar sprake is van niet of moeilijk objectiveerbare aandoeningen, (chronische) pijn, getraumatiseerde artrose, etc..

Voorgestelde aanpassingen en de reden daartoe

Zoals gesteld in de discussie is het noodzakelijk een disclosure statement op te nemen in de vraagstelling om de schijn van belangenverstrengeling tegen te gaan. Zeker nu het invullen daarvan ook in andere sectoren gebruikelijk is en slechts weinig moeite kost bij een potentieel grote opbrengst. Een dergelijk

statement kan immers discussie achteraf voorkomen en dwingt partijen, inclusief de deskundige, kritisch naar de eigen positie te kijken.

De vorm van dit disclosure statement zal in een separaat artikel door ons worden besproken.

Bij het maken van de vraagstelling zoals wij die voorstaan zijn wij uitgegaan van de IWMD-vraagstelling die in de basis heel geschikt wordt geacht ter beantwoording van de voorliggende discussie in verreweg de meeste letselschadezaken. Daarbij moet meteen worden opgemerkt dat wij van mening zijn dat een voorgestelde, min of meer standaard, vraagstelling nooit een opgelegd panacee kan zijn maar steeds moet worden beoordeeld op haar merites en haar toepasbaarheid in de individuele casus. Specifieke aanpassingen moeten daarom, mits goed beargumenteerd, kunnen worden doorgevoerd.

Zulks was en is ook de insteek van VEMAS bij het openstellen van een forum, waar beargumenteerd commentaar en discussie over allerhande onderwerpen, dus ook over de vraagstelling kan worden geplaatst. De beste vraagstelling volgt immers uit een zo breed mogelijk bediscussieerd document, waarin alle betrokkenen, artsen adviserend aan partijen, advocaten van partijen, deskundigen, rechters en andere betrokkenen zich uiteindelijk kunnen herkennen omdat het voorzien is van deugdelijke argumenten.

Nu dit niet heeft geleid tot de beoogde discussie zoeken wij naar een alternatieve methode van discussiëren, namelijk via publicatie van onderhavig artikel.

Ook in de individuele casus is aanpassing van de vraagstelling, zoals in de oorspronkelijke IWMD 2005, in de aangepaste versies 2010, 2012 en in het artikel van de Graaf et al aangegeven, van grote waarde. Het is ook ons een raadsel waarom aanpassing van de vragen of aanvulling met extra vragen, steeds op grote weerstand stuit bij medisch adviseurs van verzekeraars waar naar onze ervaring steeds meer gebruik wordt gemaakt van een opgelegd panacee, gebruik te maken van de IWMD 2010 zonder aanpassingen of uitbreiding.

Deels zijn onze voorstellen in relatie tot de voorstellen van Reitsma, VEMAS en de Graaf reeds besproken in bovenstaande discussie. Een herhaling van die argumenten op deze plaats achten wij dan ook niet zinvol.

Vraag 1a

Waar VEMAS spreekt over het verloop van de klachten en Reitsma aangeeft dat klachten in hun aard subjectief zijn is juist die subjectiviteit in de anamnese van doorslaggevend belang om de impact van het letsel op het slachtoffer naar waarde te kunnen schatten. Toevoeging van 'ervaren verschijnselen en belemmeringen' stuit onzes inziens echter, in tegenstelling tot de Graaf et al niet op grote bezwaren daar ook de ervaring van het slachtoffer aangaande de verschijnselen en beperkingen feitelijk subjectief zijn in hun aard, het gaat immers om persoonlijke ervaringen. Het is derhalve de vraag of die toevoeging meer duidelijkheid schept ten aanzien van de inschatting van de anamnestiche gegevens.

Het handhaven van de oorspronkelijke vraag naar aard en ernst van het letsel zoals door de Graaf voorgesteld lijkt ons niet zinvol omdat dat het veel ruimte laat aan de deskundige zijn eigen interpretatie aan de anamnese toe te voegen.

Bovendien is de term 'letsel' binnen de geneeskunde gereserveerd voor objectieveerbare afwijkingen die het gevolg zijn van een trauma. Gebruik van die term diskwalificeert dus de niet of moeilijk objectieveerbare afwijkingen, die wel klachten en verschijnselen geven maar zich niet laten kwalificeren als 'letsel'.

Binnen de juridische context is het begrip 'letsel' weliswaar ingeburgerd als term waarmee alle door het incident veroorzaakte klachten en verschijnselen worden gevat, ook de psychische en niet objectieveerbare aandoeningen, maar, omdat de deskundige een arts is, kan niet voetstoots worden aangenomen dat die term bij de deskundige ook als zodanig wordt geïnterpreteerd. De NVMSR geeft in haar documenten geen definitie van deze term, zodat aan de individuele deskundige wordt overgelaten hoe deze term toe te passen.

Het verdient onzes inziens daarom aanbeveling gebruik te maken van de door Reitsma et al voorgestelde wijziging.

Vraag 1b

Het vragen naar de medische voorgeschiedenis en, meer nog, de medische gezondheidstoestand van het slachtoffer voorafgaande aan het ongeval op gebieden van de gezondheid die buiten het deskundigheidsgebied van de deskundige liggen, dus buiten diens medisch specialisme, brengt de deskundige in tuchtrechtelijk kwetsbare positie en zou dus niet moeten plaatsvinden. Wel zou kunnen worden overwogen om een overzicht van de in de documentatie genoemde medische geschiedenis te laten geven, maar niet kan worden gevraagd in hoeverre klachten van aandoeningen, die niet op het vakgebied van de deskundige liggen, al dan niet nog spelen of de relevantie daarvan door de deskundige te laten beoordelen, tenzij daardoor de op het specialisme van de deskundige gelegen letselschade, wordt beïnvloed. In die laatste situatie bevindt de problematiek zich immers weer binnen het vakgebied van de deskundige.

Met deze vraag wordt beoogd de pre-existentie en predispositie te kunnen beoordelen. Hoewel de medische voorgeschiedenis weliswaar een indruk kan geven betreft eventueel pre-existente aandoeningen of predisponerende factoren dient ervoor gewaakt te worden de begrippen voorgeschiedenis en pre-existentie/predispositie te verwarren. Het hebben doorgemaakt van een aandoening op zich zegt niets over de ten tijde van het incident nog bestaande klachten of verschijnselen, noch over de kans op schade door het regarderende incident. Binnen het specialisme van de deskundige kan deze wel aangeven of de aandoeningen die zich in de medische voorgeschiedenis bevinden al dan niet nog klachten gaven (pre-existentie) of leiden tot een hogere kans op het ontstaan van de opgelopen klachten en verschijnselen (predispositie).

De vraag zou dan kunnen luiden:

Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een opsomming geven van de medische voorgeschiedenis (dat wil zeggen de diagnoses die werden gesteld voorafgaande aan het ongeval) van de onderzochte op uw vakgebied en daarbuiten.

Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een overzicht geven van de medische behandeling van de klachten en verschijnselen ten gevolge van het incident van betrokkene op uw vakgebied en het resultaat daarvan.

De toelichting die door Reitsma et al wordt voorgesteld ziet op de invloed van systeemziekten op ander vakgebieden. Vanzelfsprekend kan een systeemziekte invloed hebben op de uitkomst van behandelingen en de ernst van aandoeningen op andere vakgebieden doch de deskundige wordt verzocht een beoordeling te doen van de ongevalsgevolgen voor betrokkene op zijn eigen vakgebied. Daarom is het, aldus de auteurs, beter de toelichting aan te scherpen tot *Toelichting: een diagnose als bijvoorbeeld DM of een andere systeemziekte en/of bepaalde aangeboren afwijkingen dan wel maligniteiten kunnen ook consequenties hebben voor de klachten en verschijnselen op uw vakgebied en mogen derhalve niet ontbreken*, zodat de nadruk ligt op de invloed van de in de voorgeschiedenis geconstateerde systeemziekten die invloed hebben op de in het geding zijnde klachten en belemmeringen op het specifieke vakgebied van de deskundige en de deskundige niet wordt verleid tot het doen van uitspraken die zich buiten zijn competentiegebied bevinden.

Vraag 2a

Zoals hierboven reeds onder vraag 1b aangegeven kan de deskundige niet worden gevraagd in hoeverre er klachten en/of afwijkingen buiten diens vakgebied bestonden, tenzij dat uit de beschikbare documentatie blijkt. Daar dient dan ook specifiek naar te worden verwezen. Gestelde diagnoses laten benoemen kan, maar lijkt een herhaling van zetten als dat ook reeds bij vraag 1b ter sprake is gekomen. Het laten uitvoeren van dubbel werk leidt niet alleen tot irritatie maar ook tot een hogere kostprijs van het letselschadetraject, immers de deskundige moet daarvoor tweemaal hetzelfde werk doen en beide medisch adviseurs moeten, onafhankelijk van elkaar, controleren of hetgeen de deskundige schrijft, correct is.

Door vraag 1b vorm te geven zoals door ons voorgesteld wordt een dergelijke verdubbeling deels voorkomen.

Omdat het doel van vaag 2a is in kaart te brengen welke ongevalsvreemde klachten en verschijnselen door het incident niet zijn veranderd zou ons voorstel zijn de vraag als volgt te wijzigen:

Bestonden vóór het incident bij de onderzochte reeds klachten, verschijnselen en/of afwijkingen op uw vakgebied die de onderzochte thans nog steeds heeft?

Indien gewenst zou daaraan de specificatie die wij hebben toegevoegd en die als volgt luidt:

‘Wilt u daarbij onderscheid maken tussen pre-existente klachten en afwijkingen (een persoon heeft klachten en na het ongeval nog steeds in exact dezelfde mate en omvang) en aandoeningen die een relatieve zwakke omstandigheid (een omstandigheid die maakt dat het slachtoffer, eerder dan iemand zonder die omstandigheid, klachten / beperkingen / letsel oploopt) vormen voor betrokkene’, kunnen worden weggelaten.

Deze toevoeging is vooral van belang als er discussie bestaat ten aanzien van pre-existentie en/of predispositie bij bijvoorbeeld meerdere ongevallen na elkaar.

Vraag 2b

Het vragen naar ongevalsvreemde beperkingen is niet problematisch, en juist het doel van de vraag 2 van in den beginne. Dat daarbij evenwel ook van de deskundige wordt gevraagd een uitspraak te doen over de niet op zijn deskundigheidsgebied gelegen klachten en/of afwijkingen, is voor de deskundige vanuit tuchtrechtelijk oogpunt niet wenselijk en levert bovendien geen toegevoegde waarde voor de beoordeling van de letselschadezaak, daar de deskundige immers, indien hij daar al een uitspraak over zou doen, niet beschikt over betrouwbare kennis dienaangaande, waardoor de waarde van dergelijke uitspraken te betwijfelen is en blijft.

Het is wel correct en aan te bevelen om de beschreven ongevalsvreemde klachten en beperkingen te laten beschrijven aan de hand van de bronnen die de deskundige heeft gehanteerd.

De door Reitsma et al voorgestelde tekst kan daartoe worden gebruikt.

De vraag naar het percentage functieverlies kan eventueel worden weggelaten indien de BI bepaling bij vraag 1 wordt ook niet wordt gesteld.

Vraag 2c

De aanpassing die door Reitsma c.s. wordt voorgesteld, namelijk: *‘Zijn er bij de onderzochte op uw vakgebied aanwijzingen dat hij/zij ook zonder ongeval de huidige klachten en/of afwijkingen op uw vakgebied zou kunnen hebben ontwikkeld? Wilt u hierbij de algemene gezondheidstoestand van betrokkene meewegen? Kunt u daarbij aangeven of deze vraag wordt beantwoord op basis van anamnese of dat dit wordt afgeleid uit het medisch dossier? Kunt u ter onderbouwing van dit standpunt zo mogelijk wetenschappelijke referenties aanleveren?’* is algemeen van karakter en biedt de deskundige de ruimte om te filosoferen over in de algemene populatie voorkomende aandoeningen die al dan niet op betrokkene van toepassing zijn. Zo ontstaat ruimte om bijvoorbeeld bij ieder slachtoffer aan te geven dat op enig moment mogelijk wel artrose zou kunnen ontstaan, of osteoporose, er een kans is op het ontwikkelen van kwaadaardige aandoeningen etc. Daarmee schiet deze vraag in de voorgestelde formulering onzes inziens haar doel voorbij. Binnen de civiele rechtsgang is immers de persoon van het slachtoffer in diens bio-psycho-sociale context het onderwerp van studie. Er zal dus gevraagd moeten worden naar aanwijzingen dat bij betrokkene in diens specifieke situatie een bepaalde aandoening met de daarbij behorende klachten zal ontstaan. Enige concretisering is daarom noodzakelijk. Het gaat om de ontwikkeling van klachten die overeenkomen met de klachten die betrokkene concreet ondervindt en het ontstaan van een aandoening waaraan betrokkene concreet lijdt. Vandaar dat de VEMAS heeft voorgesteld om de volgende frasering te gebruiken: *‘Zijn er daarnaast op uw vakgebied concrete aanwijzingen dat de klachten en afwijkingen er ook concreet zouden zijn geweest of op enig moment sowieso ook zouden zijn ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen?’* Deze formulering geeft duidelijk aan dat het erom gaat dat alleen de klachten en afwijkingen die betrokkene ondervindt worden beoordeeld op de aanwezigheid van een alternatieve oorzaak, juist een aspect dat in de civiele rechtspraak noodzakelijk is om de causaliteit te kunnen beoordelen.

Het woord 'concreet' levert in de praktijk discussie op omdat wordt aangegeven dat de deskundige nooit concreet kan zijn en er geen zeer gespecificeerde uitspraken mogelijk zijn. Deze bezwaren berusten op een andere interpretatie van het woord 'concreet'. Om die discussie te vermijden zou de civiel juridische context tot uiting kunnen worden gebracht door toepassing van de frase: *'in diens specifieke bio-psycho-sociale situatie'* om daarmee de specifieke situatie van de beoordeling van betrokkene binnen de civiel juridische context te benadrukken.

Het voorstel van de Graaf et al de oorspronkelijke IWMD 2010 formulering van deze vraag te handhaven waarbij slechts wordt opgemerkt dat niet moet worden gevraagd naar 'klachten en afwijkingen' maar naar 'klachten en/of afwijkingen' wordt door ons deels ondersteund. Het idee om specifiek te verzoeken om een wetenschappelijke onderbouwing van het standpunt van de deskundige vindt ook onze goedkeuring.

De vraag zou dus als volgt kunnen luiden:

'Zijn er daarnaast op uw vakgebied klachten en/of afwijkingen die er bij betrokkene in diens specifieke bio-psycho-sociale situatie ook zouden zijn geweest of op enig moment sowieso ook zouden zijn ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen? Kunt u daarbij aangeven of deze vraag wordt beantwoord op basis van anamnese of dat dit wordt afgeleid uit het medisch dossier? Kunt u ter onderbouwing van dit standpunt zo mogelijk wetenschappelijke referenties aanleveren?'

Vraag 2d

Reitsma c.s. vraagt om een inschatting te maken van de waarschijnlijkheid en de termijn van het ontstaan van klachten en/of afwijkingen en die inschatting te onderbouwen. Andermaal wordt daarmee ruimte geboden aan een filosofisch antwoord waarbij de situatie van het slachtoffer niet specifiek in ogenschouw hoeft te worden genomen. Het gaat er om, zoals reeds eerder betoogd, een zo concreet mogelijk beeld te krijgen van de situatie van betrokkene ware het incident niet voorgevallen.

De bewoording die VEMAS voorstelt is gericht op het verkrijgen van exacte getallen. Dat is mogelijk wat gechargeerd omdat niemand exact kan aangeven wat zich in de hypothetische situatie zou hebben voorgedaan, maar doet wel recht aan een poging een zo concreet mogelijk antwoord te verkrijgen.

Wellicht kan de vraag worden gemodificeerd naar:

'zo ja (dus zonder ongeval ook klachten), wilt u dan zo concreet mogelijk voor de bio-psycho-sociale situatie van betrokkene inschatten met welke'

Waarbij de vraag naar een wetenschappelijke onderbouwing, zoals door Reitsma c.s. voorgesteld en door de Graaf benadrukt, zeker toegevoegde waarde heeft.

Op deze wijze wordt een filosofisch, epidemiologisch exposé voorkomen, waarmee geen antwoord wordt verkregen betreft de specifieke situatie van betrokkene.

Hoe de vraag ook wordt verwoord, het blijft moeilijk voor de deskundige, de medisch adviseurs van partijen en de juristen de hypothetische situatie goed in te schatten.

Vraag 2e

De door Reitsma c.s. voorgestelde aanpassing kan wel gehanteerd worden, al moet er rekening mee worden gehouden dat ook deze formulering, in tegenstelling tot de oude formulering, aanleiding kan vormen voor filosofering en meer onduidelijkheid omdat wordt gevraagd welke beperkingen uit de ongevalsvreemde aandoeningen zouden **kunnen** zijn voortgevloeid, waar de originele vraagstelling een meer concreet antwoord vraagt zonder opening te bieden voor eigen interpretatie. De Graaf et al stelt voor de oude tekst te handhaven omdat deze duidelijker zou zijn. Naar onze overtuiging is de toevoeging van de woorden 'ongevalsvreemde klachten en/of afwijkingen' wel van toegevoegde waarde omdat dat benadrukt dat de door het incident van studie veroorzaakte klachten en afwijkingen bij het antwoord op deze vraag niet moeten worden meegewogen.

Vraag 2h

Omdat de looptijd discussie beperkt moet worden, of in ieder geval op zo goed mogelijke gronden moet worden gevoerd, kan de deskundige om een zo duidelijk mogelijk beargumenteerd antwoord worden gevraagd op de vraag op welke termijn hij bij de onderzochte verbetering of verslechtering verwacht. Daarmee wordt voorkomen dat deskundigen een therapievoorstel doen dat al lang is uitgemolken in de

behandelende sector en dan toch nog verbetering veronderstellen, daarmee de behandelaren diskwalificerend en soms onterecht verwachtingen scheppend.

De auteurs stellen de volgende formulering voor:

'Kunt u zo duidelijk mogelijk beargumenteerd aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering bij onderzochte verwacht?'

Vraag 2i

Deze vraag ziet zowel op de beperkingen als op het percentage functieverlies. Als de bepaling van de bi niet van de deskundige wordt gevraagd kan het onderdeel functieverlies worden weggelaten.

Vraag 3

De auteurs stellen voor deze vraag uit te breiden met een vraag naar openstaande therapeutische mogelijkheden en met een vraag naar de niet meegewogen gezondheidsklachten van betrokkene om daarmee enerzijds duidelijk te krijgen of er nog verbetering kan worden verwacht en meer inzicht te krijgen in het antwoord op vraag 1i t/m 1l en anderzijds duidelijk te krijgen of ook subjectieve of niet op het vakgebied van de deskundige gelegen klachten en verschijnselen voldoende zijn betrokken in de rapportage van de deskundige.

Binnen de civielrechtelijke context is het immers van belang alle gevolgen van een incident mee te wegen in de juridische vaststelling van de gevolgen van dat incident.

Ons voorstel is om deze vraag als volgt te formuleren:

'3a. Heeft u naar aanleiding van uw bevindingen nog opmerkingen die relevant kunnen zijn voor het verdere verloop van deze zaak of die u ter zake relevant acht?'

3b. Heeft u nog therapeutische adviezen voor betrokkene?'

3c. Indien u bepaalde gezondheidsklachten, afwijkingen of symptomen niet betrokken heeft bij de bepaling van beperkingen, wordt u verzocht expliciet aan te geven om welke gezondheidsklachten, afwijkingen of symptomen het gaat en wat de reden is dat u die niet heeft betrokken.

(Deze aanvullende vraag wordt u gesteld, omdat het in een civielrechtelijke zaak van belang is uiteindelijk te komen tot de (juridische) vaststelling van alle gevolgen van genoemd incident. Van belang achten wij dan ook of de huidige relevante literatuur, stand der wetenschap binnen het specialisme en de klinische ervaring/kennis betrokken is in de beoordeling, zodat de medisch adviseur op een adequate wijze kan adviseren over alle (potentiële) gevolgen van genoemd incident).

3d. Acht een expertise op een ander vakgebied geïndiceerd?'

Blijvende functionele invaliditeit

Reitsma stelt voor om de BI vraag eventueel weer in ere te herstellen met de bewoording uit de IWMD-versie 2005:

'Welke huidige mate van functieverlies (impairment) kunt u vaststellen op uw vakgebied als gevolg van het ons aangelegen ongeval? Wilt u dit uitdrukken in een percentage volgens de richtlijnen van de American Medical Association (AMA-guides, 6e druk), aangevuld met de meest recente richtlijnen/leidraad van uw eigen beroepsvereniging?'

VEMAS stelt voor om deze vraag onder 1 (situatie met ongeval) uitgebreider te verwoorden, als volgt:

'Kunt u aangeven of er als gevolg van de door u, op uw vakgebied, vastgestelde afwijkingen een percentueel functieverlies aanwezig is? En zo ja, welke is het percentage van dit functieverlies? Wilt u zich bij de beantwoording van deze vraag baseren op de normen aangegeven in de AMA Guides, 6e druk en de totstandkoming van het percentage beschrijven? Hoe luidt de blijvende invaliditeitsberekening indien u bij de beantwoording van de vraag rekening houdt met de landelijke richtlijnen welke binnen uw beroepsgroep gangbaar zijn?'

Deze uitgebreidere vraagstelling heeft als doel duidelijk te krijgen welke rekenmethodiek de deskundige heeft gehanteerd, welke ingang hij/zij heeft gekozen bij de hantering van de AMA-Guides en de berekening te kunnen controleren. Separaat wordt gevraagd zich bij de berekening alleen te baseren op de AMA-Guides en nadien aanvullend ook op de richtlijnen van beroepsgroepen. Dit heeft als doel duidelijk te krijgen welke invloed die richtlijnen hebben. Met name de richtlijnen van orthopeden en

neurologen kennen beperkende maatregelen die de toekenning van BI voor met name niet of moeilijk objectiveerbaar letsel, maar ook voor bijvoorbeeld schouderletsel, met restricties omgeven. Voor de medisch adviseur, maar ook voor de jurist is het belangrijk zich bewust te zijn van de invloed van die richtlijnen en de mogelijkheid te hebben de opgeworpen verschillen beargumenteerd uit te onderhandelen.

De door VEMAS gekozen terminologie, namelijk 'percentueel functieverlies', in plaats van de term 'percentage functionele invaliditeit' dekt de lading beter daar het een betere vertaling betreft van hetgeen in de AMA-Guides wordt bedoeld. De AMA-Guides zien immers op de berekening functieverlies en niet op invaliditeit vanuit hun opzet om een uitspraak te doen over de inzet van de betrokkene in het arbeidsproces, dus binnen de sociale zekerheid in de USA.

In dat kader geeft de Graaf et al aan dat de BIGP vraag beter kan worden weggelaten indien reeds tevoren duidelijk is dat de richtlijnen van de beroepsgroep geen toekenning van blijvende functionele invaliditeit toestaan. Voor die opstelling is zeker iets te zeggen.

Daar de vraag naar de BI bij niet of moeilijk objectiveerbaar letsel aanleiding kan geven tot onjuiste interpretatie waarbij, omdat er geen BIGP wordt toegekend, ook geen beperkingen worden geduid, zijn wij er voorstander van, met de Graaf et al, de BI vraag in die gevallen achterwege te laten.

Wanneer echter de restricties bij het toekennen van BIGP worden opgelegd door de richtlijnen van de Nederlandse vakverenigingen en/of hun commissies is inzage in de effecten van die restricties wel van belang. Waar de klinische behandeling/advisering soms sterk verschilt van de uitkomsten binnen een beoordelingskader dient de discussie zich niet af te spelen bij een medische beroepsvereniging maar binnen de juridische kaders waar de schade wordt vastgesteld. Het is niet aan de dokter te bepalen of al dan niet schadevergoeding wordt toegekend. Hoewel de expertisevraagstelling is bedoeld voor het in kaart brengen van de schade opdat de juristen zich kunnen buigen over de hoogte van de compensatie, wordt door verschillende beroepsverenigingen daarop een voorschot genomen door bepalingen in hun richtlijnen op te nemen ter beperking van de schade (-vergoeding).

De nieuwere aanpassingen in de AMA-Guides maken de discussie betreft de toepassing van de richtlijnen van de vakverenigingen^x minder urgent daar de AMA-Guides en de richtlijnen sedertdien meer overeenkomsten vertonen. Zoals eerder aangegeven lijkt de toepassing van de BI vraag sinds de aanpassing van de AMA-Guides op 01-01-2023 minder zinvol.

Ons voorstel is de BI-vraag alleen dan te stellen indien deze van grote invloed is op de bepaling van de schade omdat de beperkingen die het slachtoffer ondervindt van geringe omvang zijn, maar dan wel de meer uitgebreide tekst te hanteren die door VEMAS is voorgesteld.

Beperkingen

1.g. Met name indien sprake is van niet of moeilijk te objectiveren letsel, maar ook bij klachten waarvan de beoordeling door de beroepsvereniging wordt gelimiteerd is het naar de mening van VEMAS zinvol te vragen naar de beoordeling van de klachten indien geen sprake zou zijn van een beoordelingssituatie maar van een behandelingssetting. In de kliniek wordt met grote regelmaat wel behandeling aangeboden voor pijnklachten en beperkingen zonder makkelijk objectieveerbare aandoening. Dit betreft behandelingen die veelal tot goede klinische resultaten leiden en die wetenschappelijk onderbouwd zijn. Binnen de beoordelingssituatie worden dergelijke aandoeningen veelal als niet relevant of niet leidend tot beperkingen beschouwd. Dit verschil in benadering dient, om duidelijkheid te verkrijgen betreft de toestand van betrokkene en betreft de invloed van de beoordelingsrichtlijnen, duidelijk te worden. Het bepalen van de BI op basis van richtlijnen van beroepsverenigingen is van invloed op de vaststelling van de beperkingen. De richtlijnen van orthopeden en neurologen geven aan dat, indien de BI 0% is er ook geen beperkingen kunnen gelden. Dat is in tegenspraak met de klinische gang van zaken en met de jurisprudentie^{xi}.

Om dit duidelijk te krijgen kan aansluiting gezocht worden bij de vraagstelling zoals die is opgesteld door het Hof s'-Hertogenbosch in 2015^{xii}. Daarin wordt aan de beperkingenvraag de volgende strofe toegevoegd:

'Ingeval u op grond van de richtlijnen van uw beroepsvereniging geen beperkingen kunt vaststellen, wilt u dan de volgende vraag beantwoorden:

Welke klachten en afwijkingen bestaan op uw vakgebied naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn toestand vanaf datum ongeval tot heden, ongeacht of dit letsel c.q. deze klachten voortvloeien uit het ongeval? Wilt u deze klachten en afwijkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi- kwantitatieve wijze weergeven en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige? Kunnen de door onderzochte gestelde klachten door u worden bevestigd?’

Een kleine aanpassing van deze tekst is wel nodig omdat klachten en afwijkingen niet semikwantitatief kunnen worden weergegeven. Het Hof doelt hierbij op ons inziens op semikwantitatieve weergave van de door de klachten en afwijkingen veroorzaakte beperkingen.

De zinsnede ‘ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige’ is een discussiestuk op zich daar de arbeidsdeskundige nooit aan de hand van een door een vakspecialist opgestelde beperkingenlijst zijn of haar werk kan doen. Voor een arbeidsdeskundige is immer een door een verzekeringsgeneeskundige opgesteld beperkingenprofiel nodig (FML of een soortgelijk profiel). Wel kan van de deskundige worden gevraagd om een uitgebreide toelichting van de door hem aanwezig geachte beperkingen. Deze moeten dan worden meegewogen door de verzekeringsgeneeskundige bij diens kwantificering van de beperkingen en kunnen voor een arbeidsdeskundige functioneren als handvat. Ons voorstel is om hier de term *arbeidsdeskundige* te vervangen door *verzekeringsgeneeskundige*.

De uitbreiding van de vraagstelling in 1g zou dan dus als volgt moeten luiden:

‘Ingeval u op grond van de richtlijnen van uw beroepsvereniging geen beperkingen kunt vaststellen, wilt u dan de volgende vraag beantwoorden:

Welke klachten en/of afwijkingen bestaan op uw vakgebied naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn toestand vanaf datum ongeval tot heden, ongeacht of dit letsel c.q. deze klachten voortvloeien uit het ongeval? Wilt u de uit deze klachten en/of afwijkingen voortkomende beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi- kwantitatieve wijze weergeven en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen verzekeringsgeneeskundige?

Kunnen de door onderzochte gestelde klachten door u worden bevestigd?’

Daaruit vloeit dan als vanzelf voort dat ook vraag 2e aanpassing behoeft omdat ook daar dient te worden gevraagd naar de invloed van de richtlijnen van de beroepsverenigingen. Een verwijzing naar de vraag 1g is daar dan op zijn plaats voor de specifieke situatie zonder schadeveroorzakende gebeurtenis.

Hoewel het Hof deze uitspraak deed in een neurologische casus waarbij geen duidelijk objectveerbare afwijking aantoonbaar was is deze frase heel goed toepasbaar voor alle aandoeningen, of het nu wel of niet aantoonbare afwijkingen betreft. Zoals eerder aangegeven is immers ook bij, bijvoorbeeld, de beoordeling van schouderpathologie de NOV leidraad een beperkende factor.

Omdat het voor de beoordeling door de medisch adviseurs en de juristen van partijen belangrijk is een afdoende onderbouwd beeld te krijgen van de wijze waarop de deskundige tot zijn beperkingen komt, zeker daar voor deskundigen niet de reglementen van de NVVG ter bepaling van beperkingen gelden, is een aanvulling van de vraag zinvol. Ons voorstel is om de vraag aan te vullen met:

‘Wilt u de anamnese, uw lichamelijk onderzoek en de medische gegevens uit het dossier betrekken bij uw toelichting aangaande de toekenning van beperkingen? Hoe verhoudt zich dat tot de door de onderzochte geclaimde beperkingen en wat is uw verklaring daarvoor?’

Conclusie:

Hoewel de IWMD, die in 2005 werd ontwikkeld en in 2010 werd aangepast langdurig als ‘gouden standaard’ heeft gefunctioneerd en veel collegae daar nog immer sterk aan vasthouden, is daarop ook veel kritiek, zoals blijkt uit het artikel van Reitsma et al.

Om te komen tot een optimalisatie van de vraagstelling is een open discussie met ruime inbreng van alle betrokkenen op basis van inhoud naar onze mening noodzakelijk. De Graaf et al heeft daaraan een bijdrage geleverd en dit artikel vormt daartoe ook een aanzet.

Een goede vraagstelling komt tot stand door een open discussie waarin met alle betrokkenen een open gesprek wordt gevoerd betrekking hebbende op de inhoud en vormgegeven door argumenten.

De VEMAS opende een forum om te komen tot een discussie, Reitsma et al opende een e-mailadres met eenzelfde doel.

Het voorstel van de Graaf et al, de werkgroep die zich bezighoudt met de revisie van de IWMD-vraagstelling uit te breiden en aldus samen een verbeterde versie te ontwikkelen juichen wij toe. Ook wij zijn van mening dat de evaluatie nog niet is afgerond.

Wij zijn van mening dat de vraagstelling zich, zoals de Graaf et al ook zegt, moet richten op uitkomsten die zo min mogelijk discussie overlaten na het deskundigenonderzoek waarbij de vragen zodanig dienen te zijn vormgegeven dat ze goed begrijpelijk zijn voor de deskundige en een eenduidig antwoord genereren. Vanuit onze achtergrond als medisch specialist, in het verleden als deskundige en alweer sinds jaren werkzaam als medisch adviseur menen wij een bijdrage te kunnen geven aan de discussie vanuit meerdere perspectieven.

Wij gaan ervan uit dat de werkgroep, met de suggesties die we in dit artikel hebben gedaan, haar voordeel zal doen ter vervolmaking van de revisie van de vraagstelling causaal verband bij ongeval.

Bijlage: IWMD-vraagstelling volgens de auteurs

ⁱ Drs. A.M. Reitsma, dr. L.G. Koudstaal, drs. D. van Arkel en prof. dr. mr. A.J. Akkermans. **Evaluatie van de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval – resultaten van een enquête en opties voor revisie.** TVP 2022, nummer1;1-14 doi: 10.5553/TVP/138820662022025001001

ⁱⁱ Mr. M.G.F. de Graaf-Bosch, mr. I.W.A. Roelandschap, mr. J.I. van der Winden, mr. A.M. Wolf. Reactie op het artikel 'Evaluatie van de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval – resultaten van een enquête en opties voor revisie' (^TVP2022,p.1-14). TVP2023, nummer 1;20-31. doi:10.5553/TVP/138820662023026001003

ⁱⁱⁱ BEROEPCODE VOOR GENEESKUNDIG ADVISEURS WAA

^{iv} Gedragscode Behandeling Letselschade Medische Paragraaf, Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht Vrije Universiteit Amsterdam VU medisch centrum, ed. mr. A. Wilken, prof. mr. A.J. Akkermans, 2012 ISBN/EAN 978-90-815985-0-7

^v RICHTLIJN MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGE IN BESTUURS- EN CIVIELRECHTELIJK VERBAND April 2016 Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR)

^{vi} Faas J, Knepper S. Inleiding Verzekeringsgeneeskundig Beoordeling.

^{vii} CTG 24 februari 2009, 2007.367 en 2007.368.

^{viii} Leidraad bij de 6e editie van de AMA Guides, Werkgroep Invaliditeit en Arbeidongeschiktheid van de Nederlandsche Orthopedische Vereniging (WIA-NOV). 01-01-2020, G.C. Huitema, secretaris, P.T.D. Kingma, voorzitter, H.A.J. van Laarhoven, lid

^{ix} Richtlijnen functieverlies – zesde editie 2020, werkgroep Neurologische Expertise

^x Leidraad bij de 6e editie van de AMA Guides, Werkgroep Invaliditeit en Arbeidongeschiktheid van de Nederlandsche Orthopedische Vereniging (WIA-NOV). (Leidraad geldend per 1-1-2024)

^{xi} HR 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054

^{xii} ECLI:NL:GHSHE:2015:4737