

IWMD Vraagstelling Causaal verband bij ongeval 2025

ALGEMENE TOELICHTING

Deze vraagstelling is een vraagstelling die toegepast wordt in een juridisch kader, zowel binnen als buiten rechte. De vraagstelling heeft als doel de gevolgen van een ongeval in kaart te brengen, zowel op korte als lange termijn. Hierbij worden ook pre-existente of predisponerende factoren in beeld gebracht en gewogen. De deskundige geeft rekening houdend met zijn deskundigheidsgebied antwoord op deze vragen.^{1, 2}

Bij het opstellen van deze vraagstelling is aansluiting gezocht bij de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband versie 2024. Deze richtlijn is digitaal te raadplegen via www.nvmsr.nl/publicaties/. In deze richtlijn is geformuleerd aan welke eisen een deskundige en diens rapportage moeten voldoen. De richtlijn is bedoeld als hulpmiddel voor deskundigen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden. De deskundige wordt verzocht de aanbevelingen en bepalingen in de richtlijn – zo veel als mogelijk – in acht te nemen. In sommige gevallen is het niet mogelijk om een vraag te beantwoorden. De deskundige moet dan gemotiveerd aangeven waarom deze vraag niet kan worden beantwoord. Ook dienen ingenomen standpunten wetenschappelijk onderbouwd te worden.

1 DE SITUATIE MET ONGEVAL

Anamnese

a. Hoe luidt de anamnese? Welke behandelingen heeft onderzochte gehad? Wat was het resultaat van deze behandelingen? Welke overige klachten op uw vakgebied worden desgevraagd gemeld? Wilt u vermelden welke belemmeringen betrokkene ervaart in relatie tot de activiteiten van het algemene dagelijkse leven (ADL), bij het werk, bij werkzaamheden in, aan en om de woning, en bij het uitoefenen van hobby's en bezigheden in recreatieve sfeer?

Aanbeveling 8.2 NVMSR:

De beschrijving van de anamnese is deugdelijk en compleet en beperkt zich tot de relevante gegevens ten behoeve van de beantwoording van de aan de deskundige voorgelegde vragen. De beschrijving van de anamnese bevat uitsluitend het verhaal van de betrokkene, zoveel mogelijk in diens eigen bewoordingen. Er worden daarbij geen termen gebruikt of feiten vermeld die uitsluitend kunnen zijn ontleend aan aangeleverde of verkregen medische gegevens of een interpretatie daarvan. Termen als "betrokkene zou (...)" worden vermeden. Ook voegt de deskundige bij de beschrijving van de anamnese geen voorlopige conclusies of eigen interpretaties toe. De auto-anamnese en hetero-anamnese worden gescheiden weergegeven

Medische gegevens

b. Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een beschrijving geven van de medische voorgeschiedenis (dat wil zeggen gezondheid voor het ongeval) van de onderzochte op uw vakgebied? Wat is de medische behandeling geweest van de klachten en/of ervaren verschijnselen in gevolg op het ongeval en het resultaat daarvan?

Aanbeveling NVMSR:

Bespreking van de ontvangen (medische) gegevens. In deze rubriek worden de beschikbare en ontvangen (medische) gegevens op een zakelijke wijze en zo getrouw mogelijke wijze weergegeven, zonder dat daar een eigen interpretatie of beoordeling van wordt gegeven. Uit brieven uit de behandelend sector wordt zorgvuldig en bij voorkeur letterlijk geciteerd. Indien u onvoldoende medische broninformatie heeft (zowel op, maar ook buiten uw vakgebied) om deze vragen adequaat te kunnen beantwoorden, kunt u deze alsnog in de behandelende sector

¹ De criteria uit Zwolse – De Greef zijn hierin niet opgenomen, omdat deze voor een deel moeilijk te operationaliseren en vooral niet medisch zijn.

² Akkermans, A. J. (2005). *Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen en mogelijke verdere aanpak*. Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade, 2005(3), 69-80

opvragen, bij voorkeur middels gerichte vragen. Hiervoor is een medische machtiging van betrokkene vereist. Zie: <https://www.knmg.nl/actueel/publicaties/omgaan-met-medische-gegevens>

Medisch onderzoek

c. Wilt u een beschrijving geven van uw bevindingen bij onderzoek³?

Aanbeveling 8.3 NVMSR:

Het lichamelijk onderzoek wordt, indien van toepassing, zoveel mogelijk weergegeven zoals dat gebruikelijk is binnen de beroepsgroep. Afkortingen dienen hierbij zoveel mogelijk te worden vermeden of te worden weergegeven in een aparte tabel.

Consistentie

d. Is naar uw oordeel sprake van een onderlinge samenhang als het gaat om de informatie die is verkregen van de onderzochte zelf, de feiten zoals die uit het medisch dossier naar voren komen en uw bevindingen bij onderzoek en eventueel hulponderzoek?

e. Voor zover u de vorige vraag ontkennend beantwoordt, wilt u dan aangeven wat de reactie was van de onderzochte op de door u geconstateerde inconsistenties en welke conclusies u daaruit trekt? NB Confrontatie met gevonden inconsistenties is wel nodig; een betrokkene moet namelijk de kans krijgen om hier persoonlijk en verbaal op te reageren, dit is een ethisch punt.

Aanbeveling 2.2.8 RMSR:

Als de anamnese niet overeenkomt met de feiten zoals die uit de stukken naar voren komen, dan dient uit het rapport te blijken dat de onderzochte, voor zover dat medisch verantwoord is, met deze inconsistenties werd geconfronteerd. Vermeld wordt, wat zijn reactie daarop was en wat daaruit kan worden geconcludeerd.

Diagnose

f. Wat is de diagnose op uw vakgebied? Wilt u daarbij uw differentiaaldiagnostische overweging geven?

Aanbeveling 8.5 NVMSR:

Waar nodig of indien van toepassing wordt een differentiaal diagnostische overweging gegeven. In het rapport wordt onderbouwd waarom een differentiaal diagnostische overweging wordt verworpen.

Beperkingen

g. Welke beperkingen op uw vakgebied bestaan naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn huidige toestand, ongeacht of de beperkingen voortvloeien uit het ongeval? Wilt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi-kwantitatieve wijze weergegeven en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige?

Aanbeveling 8.7 NVMSR:

De eventuele beperkingen van de betrokkene worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De hierbij geadviseerde termen zijn 'geen, licht, matig, ernstig, volledig'. De

³ Bedoeld wordt: lichamelijk en eventueel hulponderzoek

deskundige zal zelf geen kwantificerende belastbaarheidsprofielen opstellen. Alleen een bedrijfsarts of een verzekeringsarts is bekwaam om een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) op te stellen. De deskundige kan wel de vaststellingen in een FML becommentariëren vanuit het eigen vakgebied en op grond van de eigen waarnemingen.

Medische eindsituatie

Toelichting: deze vraag heeft als doel om toekomstige risico's en toekomstige verbeteringen in kaart te brengen. Denk hierbij aan enerzijds een kans op post-traumatische artrose, aanwezigheid van osteosynthese materiaal of risico op post-traumatische epilepsie en anderzijds aan mogelijke verbeteringen door therapie

h. Acht u de huidige toestand van de onderzochte zodanig dat een beoordeling van de blijvende gevolgen van het ongeval mogelijk is, of verwacht u in de toekomst nog een belangrijke verbetering of verslechtering van het op uw vakgebied geconstateerde letsel mogelijk?

i. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht u?

j. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?

k. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 1g)?

Optionele vraag:

l. 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?

Aanbeveling NVMSR 8.8:

Bij de bepaling van de functionele invaliditeit behoort een percentage dat de deskundige met verwijzing naar (in principe) de laatste versie van de AMA-guides en/of de richtlijnen van de eigen beroepsgroep beargumenteert. De functionele invaliditeit betreft de beperkingen ongeacht het beroep en de specifieke vaardigheden en heeft uitsluitend betrekking op de vaardigheden in het ADL, iADL en het maatschappelijk verkeer, zoals weergegeven in de AMA-guides. Het ontbreken van functieverlies conform de bepalingen in de AMA-guides, hoeft niet te betekenen dat er ook geen sprake is van beperkingen bij de beroepsuitoefening of bij specifieke activiteiten, maar dat valt niet onder het begrip functionele invaliditeit. Anderzijds hoeft de vaststelling van mate van functieverlies conform de AMA-guides niet automatisch tot beperkingen aanleiding te geven.

2 DE SITUATIE ZONDER ONGEVAL

Meestal zal het niet mogelijk zijn om onderstaande vragen (met name de vragen 2c - 2e) met zekerheid te beantwoorden. Van u wordt ook niet gevraagd zekerheid te bieden. Wel wordt gevraagd of u vanuit uw kennis en ervaring op uw vakgebied uw mening wilt geven over kansen en waarschijnlijkheden. Het is dus de bedoeling dat u aangeeft wat u op grond van uw deskundigheid op uw vakgebied op deze vragen kunt antwoorden.

Aanbeveling 8.4 NVMSR:

De vragen worden volledig, begrijpelijk en vooral eenduidig beantwoord. Bij de beantwoording van de vragen komen niet/nooit plotseling aspecten naar voren, die niet worden ondersteund/onderbouwd in de voorafgaande beschouwing. Het kan van belang zijn om bij de beantwoording van de vragen (zoals bij de IWMD-vraagstelling) inzicht te krijgen in de vergelijking tussen de gezondheidstoestand van de betrokkene zoals die aanwezig is met/ten gevolge van het ongeval en de hypothetische situatie zonder het ongeval.

Bij de hypothetische situatie zonder ongeval speelt de gezondheidstoestand vóór het ongeval een belangrijke rol en deze moet zorgvuldig worden beoordeeld en beschreven. Soms is dit door gebrek aan gegevens niet eenduidig te onderzoeken of vast te stellen. Op de deskundige rust de verplichting om de voorgeschiedenis expliciet te onderzoeken en waar nodig hiervoor de benodigde informatie op te vragen. Er dient nadrukkelijk onderscheid te worden gemaakt tussen klachten, afwijkingen en beperkingen in de situaties VOOR en ZONDER ongeval. De betrokkene kan immers na het ongeval een nieuwe of andere aandoening hebben gekregen die los staat van het ongeval of al aan een chronische of genetische aandoening lijden. In sommige gevallen is het niet mogelijk om een vraag te beantwoorden. De deskundige moet dan gemotiveerd aangeven waarom deze vraag niet kan worden beantwoord.

Aanbeveling 8.6 NVMSR:

Een eventuele causaliteitsvraag wordt uitsluitend beantwoord vanuit de medische causaliteitsgedachte, dat wil zeggen op grond van datgene wat bekend en herkenbaar is met betrekking tot het ontstaan en het beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. Deze vaststelling gebeurt in overeenstemming met de gangbare wetenschappelijk inzichten dan wel richtlijnen binnen het desbetreffende vakgebied. De deskundige zal nooit anamnestiche klachten en/of anamnestiche beperkingen aan een gebeurtenis (bijvoorbeeld een ongeval of incident) toeschrijven of de causaliteit ervan louter baseren op grond van het feit dat deze na de gebeurtenis voor het eerst worden vermeld. De beoordeling van een eventueel juridisch causaal verband is voorbehouden aan partijen en uiteindelijk de rechter.

Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval

- Bestonden voor het ongeval bij betrokkene reeds klachten en/of afwijkingen op uw vakgebied? Zo ja, zijn die klachten er nog steeds? Bestaan er andere klachten en/of afwijkingen die wel relevant zijn voor uw vakgebied? Kunt u hierbij onderscheid maken tussen de gegevens bij anamnese verkregen en informatie op basis van de medische broninformatie verkregen?
- Zo ja, kunt u zo mogelijk aangeven welke beperkingen voor het ongeval uit deze klachten en/of afwijkingen voortvloeiden en nu nog steeds uit deze klachten en/of afwijkingen voortvloeien? Kunt u hierbij aangeven, of deze gegevens anamnestiche zijn of gebaseerd op medische broninformatie?

Aanbeveling 8.7 NVMSR:

De eventuele beperkingen van de betrokkene worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De hierbij geadviseerde termen zijn 'geen, licht, matig, ernstig, volledig'. De deskundige zal zelf geen kwantificerende belastbaarheidsprofielen opstellen. Alleen een bedrijfsarts of een verzekeringsarts is bekwaam om een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) op te stellen. De deskundige kan wel

de vaststellingen in een FML becommentariëren vanuit het eigen vakgebied en op grond van de eigen waarnemingen.

Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval

- c. 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?
- d. Zo ja (dus zonder ongeval ook klachten), kunt u dan een inschatting geven met welke mate van waarschijnlijkheid, op welke termijn en in welke omvang de klachten en/of afwijkingen dan hadden kunnen ontstaan? ⁴
- e. Kunt u aangeven welke beperkingen uit deze klachten en/ of afwijkingen zouden kunnen zijn voortgevloeid? Kunt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven en op semi kwantitatieve wijze weergeven en zo nodig toelichten? Indien dit niet mogelijk is dit graag aangeven.
- f. Verwacht u in de toekomst nog een belangrijke verbetering of verslechtering van de op uw vakgebied geconstateerde niet ongevalgerelateerde klachten en afwijkingen?
- g. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht u?⁴
- h. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?
- i. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 2e)?

Aanbeveling 8.7 NVMSR:

De eventuele beperkingen van de betrokkene worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De hierbij geadviseerde termen zijn 'geen, licht, matig, ernstig, volledig'. De deskundige zal zelf geen kwantificerende belastbaarheidsprofielen opstellen. Alleen een bedrijfsarts of een verzekeringsarts is bekwaam om een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) op te stellen. De deskundige kan wel de vaststellingen in een FML becommentariëren vanuit het eigen vakgebied en op grond van de eigen waarnemingen.

3 OVERIG

Aanbeveling 2.2.11 RMSR: Indien de expert bevindingen doet waar niet naar wordt gevraagd maar die hij ter zake relevant vindt, dan vermeldt hij deze in het rapport.

- a. Heeft u naar aanleiding van uw bevindingen nog opmerkingen die relevant kunnen zijn voor het verdere verloop van deze zaak?⁵

Bijlage: Optionele disclosure statement

⁴ Ad 2.d., 2.f. en 2.g.: Verwachtingen/kansen waar mogelijk onderbouwen met wetenschappelijke referenties, zie inleiding

⁵ Zijn er bijvoorbeeld nog therapeutische suggesties binnen uw vakgebied, d.w.z. zijn er nog gangbare behandelingsopties, bij voorkeur volgens vigerende richtlijnen / zorgstandaarden van uw beroepsvereniging?

BIJLAGE:

Disclosure statement

Hierin zouden minimaal de volgende gegevens over de deskundige te lezen moeten zijn:

Persoonlijke gegevens:

- waar de expert werkzaam is;
- welke zijn/haar nevenfuncties zijn;
- welke kwalificaties (denk aan opleiding en professionele ervaring) hem/haar voor het uitbrengen van een rapport in de betreffende zaak geschikt maken;
- of, en zo ja, hoe vaak hij/zij in het verleden reeds als expert is opgetreden en in wiens opdracht dat was.

Medisch-wetenschappelijk

- voor zover er over het onderwerp van de expertise medisch wetenschappelijk uiteenlopende opvattingen bestaan:
 - een weergave van de verschillende opvattingen (voor zover mogelijk met verwijzing naar literatuur);
 - een weergave van de eigen opvatting;
 - beantwoording van de vraag of van de opvatting van de deskundige afwijkende opvattingen tot een andere conclusie zouden hebben gevoerd, en zo ja, welke die dan zou(den) zijn geweest.

Naar:

‘Wie is de deskundige eigenlijk? Pleidooi voor een ‘disclosure statement’. Mr. J.L. Smeehuijzen. TVP 2003, nummer 4.