

Evaluatie van de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval – resultaten van een enquête en opties voor revisie

*Drs. A.M. Reitsma, dr. L.G. Koudstaal, drs. D. van Arkel
en prof. dr. mr. A.J. Akkermans**

Inleiding

De huidige versie van de 'Vraagstelling causaal verband bij ongeval' dateert van januari 2010.¹ De eerste versie zag het licht in de loop van 2004² naar aanleiding van de destijds gesignaleerde problemen rond de medische expertise in letselschadezaken.³ Deze vraagstelling was bedoeld als tool om de kennisparadox tussen juristen en medici te overbruggen. Net als een aantal andere kennisdocumenten⁴ werd deze vraagstelling ontwikkeld door een onderzoeksgroep van de Vrije Universiteit (VU) Amsterdam in samenwerking met in de praktijk werkzame personen in het kader van de Interdisciplinaire Werkgroep

Medische Deskundigen (IWMD).⁵ In de IWMD werd destijds geparticipeerd door advocaten en medisch adviseurs, zowel van de 'slachtofferkant' als van 'verzekeraarszijde', alsmede door 'neutraal' te achten deelnemers vanuit de wetenschap, de rechterlijke macht, het Platform Specialist en Recht en de KNMG. Wat al snel bekend werd als 'de IWMD-vraagstelling' groeide uit tot de standaardvraagstelling voor onafhankelijke deskundigen met betrekking tot de vraag wat in een bepaalde letselschadezaak als de gevolgen van een ongeval moet worden beschouwd. Hoewel de versie van 2010 in zeker opzicht nooit helemaal 'af' werd gemaakt – de vraag naar de beperkingen werd nooit verder uitgewerkt,⁶ – is deze versie sindsdien niet meer herzien. In 2012 werd de IWMD-vraagstelling een van de werkdocumenten van de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL).⁷ Sindsdien valt zij onder auspiciën van De Letselschade Raad.⁸ Zowel de onderzoeksgroep van de VU als de IWMD is niet meer als zodanig actief.

De IWMD-vraagstelling bestaat in essentie 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 en laatste vraag is niet meer dan een 'veegvraag', die de deskundige gelegenheid biedt om eventuele opmerkingen te maken die relevant kunnen zijn

* Drs. A.M. Reitsma is verzekeringsarts Register Geneeskundig Adviseur (RGA) en medisch adviseur bij ASR verzekeringen, en onderzoeker bij de Vrije Universiteit Amsterdam. Dr. L.G. Koudstaal is verzekeringsarts Register Geneeskundig Adviseur (RGA) en medisch adviseur bij Univé Rechtshulp. Drs. D. van Arkel is verzekeringsarts en forensisch arts bij KNMG en medisch adviseur bij Lechner Consult. Prof. dr. mr. A.J. Akkermans is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De werkgroep bedankt mr. Ivanka Dijkstra van De Letselschade Raad voor haar hulp bij het sturen van de enquête, drs. Iris Bex voor haar hulp bij het ontwerpen van de enquête, en drs. Ben Blankers voor zijn bijdrage tijdens de vroege fase van dit project.

1 Zie A.J. Van, A.J. Akkermans & A. Wilken, 'Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval', *TVP* 2009, p. 33-40.
2 Zie A.J. Akkermans, 'Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak', *TVP* 2005, p. 69-80. De vraagstelling werd destijds – in diverse stadia – gepubliceerd op de (thans niet meer bestaande) website van de IWMD evenals (althans de versie van december 2004) in het *PIV Bulletin* 2005, afl. 2, p. 11 bij het artikel van Chr.H. van Dijk, 'Ontwikkelingen ten aanzien van de zoektocht naar de juridische causaliteit tussen klachten en ongeval', *PIV Bulletin* 2005, afl. 2, p. 8-10.
3 Zie A.J. Akkermans & A.J. Van, 'De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen', *TVP* 2002, p. 57-61; A.J. Van, 'Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?', *TVP* 2003, p. 105-110; A.J. Akkermans, 'Causaliteit bij letselschade en medische expertise', *TVP* 2003, p. 93-104.
4 Zie o.a. J.L. Smeehuijzen, 'Wie is de deskundige eigenlijk? Pleidooi voor een "disclosure statement"', *TVP* 2003, p. 126-129; M.H. Elferink, 'Aanbeveling voor de procedure voor een medisch deskundigenbericht', *TVP* 2005, p. 40-48; A.J. Akkermans, L.G.J. Hendrix & A.J. Van, 'De vraagstelling voor expertises in medische aansprakelijkheidszaken', *TVP* 2009, p. 89-99.

5 Zie A.J. Akkermans, M.H. Elferink & A.J. Van, 'Verbetering van het medische traject. De activiteiten van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging en de IWMD', *TVP* 2005, p. 116-121.
6 Zie A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van & G. de Groot, 'Over kruisjes scores, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?', *GAVscoop* 2011, afl. 1, p. 5-10.
7 Zie A. Wilken & A.J. Akkermans, 'De Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade. Enkele hoofdlijnen van totstandkoming, opzet en inhoud', *TVP* 2012, p. 1-9; A. Wilken, *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Verslag van een juridisch handelingsonderzoek*, Den Haag: Boom Juridische uitgeverij 2015.
8 Zie <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>.

voor het verloop van de zaak. Hier blijft het bij.⁹ Aldus is de crux van de IWMD-vraagstelling dat vermeden wordt om de deskundige rechtstreeks te vragen in hoeverre de klachten en afwijkingen als ongevalsgevolg zijn aan te merken. Het antwoord op die vraag moet worden gevonden door vergelijking van de antwoorden op de onderdelen 1 en 2. Deze ‘indirecte’ aanpak is nodig omdat de vraag wat de ongevalsgevolgen zijn – anders dan men op het eerste gezicht zou kunnen denken – weliswaar een feitelijke basis kent, maar sterk normatief wordt bepaald. Het zijn de regels van het aansprakelijkheidsrecht die bepalen wat uiteindelijk als gevolg van het ongeval moet worden aangemerkt. Anders gezegd: wat de ongevalsgevolgen zijn, is in de context van een letselschadezaak uiteindelijk een juridische vraag. De antwoorden van de expertiserende arts vormen voor beantwoording daarvan weliswaar een noodzakelijke basis, maar vragen nog om een juridische vertaalslag. Om die optimaal te kunnen maken, wordt de medisch deskundige slechts gevraagd om de bestaande situatie met en de verwachte situatie zonder ongeval zo gedetailleerd mogelijk in kaart te brengen. Op basis van die informatie is het dan aan de juristen om de juridische causaliteitsvraag¹⁰ te beantwoorden. Veel van de ins en outs van de formulering van de vraagstelling moeten worden begrepen in het kader van het streven om de deskundige beide situaties zo *gedetailleerd mogelijk* in kaart te laten brengen. Daarbij dienen de grenzen van het haalbare zich niet alleen al spoedig aan, zij worden in zeker opzicht zelfs structureel overschreden. Het is aan de deskundige om aan te geven wat hij wel of niet aan opheldering heeft te bieden. In de versie van 2010 werd getracht zo veel mogelijk aan te sluiten bij de inmiddels verschenen Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR).¹¹

De huidige versie van de IWMD-vraagstelling is inmiddels ruim twaalf jaar in gebruik. Vanuit de praktijk wordt al enige tijd aangedrongen op een revisie. Er werd al input geformuleerd door partijen als de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV) en de Werkgroep Artsen Advocaten (WAA). De Nederlandse Vereniging van Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) besprak een notitie met opmerkingen bij de vraagstelling op haar jaarvergadering van 2019, waarover hieronder meer.¹²

Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

Zoals gezegd hoort de IWMD-vraagstelling sinds 2012 als een van de werkdokumenten van de Medische Paragraaf bij de

GBL en valt zij onder auspiciën van De Letselschade Raad.¹³ In overleg tussen De Letselschade Raad, de GAV en de VU is een werkgroep gevormd, die eind 2019 een enquête over de IWMD-vraagstelling heeft verspreid onder professionals werkzaam in de letselschade. De werkgroep werd voorgezeten door prof. Arno Akkermans, die ook leiding gaf aan de totstandkoming van de oorspronkelijke IWMD-vraagstelling. Leden waren in het begin drs. Angelique M. Reitsma, onderzoeker bij de VU, medisch adviseur bij een verzekeringsmaatschappij en toenmalig voorzitter van de Permanente Adviescommissie Personenschade (PAP) van de GAV, en drs. Ben Blankers, tevens medisch adviseur en lid van de PAP. Deze PAP is een commissie waarin medisch adviseurs van zowel verzekeringsmaatschappijen als namens slachtoffers zitting hebben in gelijke verdeling. Daarnaast was mr. Ivanka Dijkstra namens De Letselschade Raad betrokken bij de werkgroep in een ondersteunende rol. In deze samenstelling heeft de werkgroep de enquête ontwikkeld en verzonden (eind 2019) en werden de reacties erop geaggregeerd en rudimentair geïnventariseerd (eind 2019-begin 2020). Hierna heeft het project enige tijd stilgelegen vanwege de coronapandemie en personele problematiek. Tijdens deze fase van vertraging heeft Ben Blankers de werkgroep verlaten, en kwamen in zijn plaats begin 2021 twee nieuwe leden bij de groep: dr. Lyan Koudstaal en drs. Dirk van Arkel, leden van de PAP en respectievelijk medisch adviseur voor een rechtsbijstandsverzekeraar en medisch adviseur namens slachtoffers. Door de werkgroep in deze nieuwe samenstelling werden de reacties van de enquête structureel geanalyseerd, werd discussie gevoerd over opties voor verbetering en werd dit artikel geschreven.

Oorspronkelijk was de bedoeling om de uitkomsten van de enquête in oktober 2021 te bespreken in een breed samengestelde expertmeeting. In reactie op deze uitnodiging werden van de zijde van de onlangs opgerichte Vereniging Medisch Adviseurs Slachtofferzijde (VEMAS)¹⁴ zoveel vragen opgeworpen over de gang van zaken, en met name over de transparantie en inclusiviteit van het proces, dat besloten werd om deze expertmeeting niet door te laten gaan. De VEMAS heeft inmiddels een eigen vraagstelling voor een medische expertise gepubliceerd.¹⁵

In dit artikel bespreken wij de resultaten van de enquête en formuleren wij een aantal opties voor mogelijke revisie die daaruit lijken voort te vloeien. Bij gebreke van een of meer breed samengestelde expertmeetings willen wij door dit artikel en met behulp van de website van De Letselschade Raad de nodige transparantie over de enquête en onze werkwijze creëren. De gedachte is om de boel nu eerst maar helemaal ‘open te gooien’. De volledige resultaten van de enquête (geanonimiseerd) en alle andere relevante documenten zijn voor eenieder

9 Althans, wat de standaardvraagstelling betreft. Er zijn ook optionele vragen die kunnen worden toegevoegd wanneer de casus daartoe aanleiding geeft. Zie Van, Akkermans & Wilken 2009.

10 Voor een goed begrip is het behulpzaam om voor ogen te houden dat bepaalde stappen in de betreffende beoordeling onder omstandigheden zowel kunnen worden benaderd als een causaliteitsvraag evenals als een vraag van schadeberekening. Zie Akkermans 2003.

11 Zie <https://nvmsr.nl/publicaties/>.

12 Alle beschikbare informatie is te vinden op de website van De Letselschade Raad. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>.

13 Zie <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>.

14 Zie www.vemas.nl/.

15 De VEMAS-vraagstelling is te downloaden op www.vemas.nl/richtlijnen-protocollen/.

te vinden op de website van De Letselschade Raad.¹⁶ Professionals uit de letselschadebranche wordt gevraagd daarop hun visie te geven. Op basis van deze reacties, en na consultatie van de organisaties in het veld, zal De Letselschade Raad beslissen over een eventueel vervolg.

De enquête

Om zo breed mogelijk te inventariseren wat er in de praktijk leeft, werd een enquête onder gebruikers van de vraagstelling als vorm gekozen. De ontwikkeling en het ontwerp van de enquête kenden meerdere stappen. De leden van de werkgroep (Akkermans, Reitsma en Blankers) kwamen gedurende het laatste kwartaal van 2019 regelmatig bijeen voor overleg. Tijdens deze overlegsituaties werden de beoogde respondenten en de te stellen vragen besproken. Praktische hulp bij het ontwerp en de ontwikkeling van de digitale enquête werd vervolgens geleverd door drs. Iris Becx, onderzoeker aan de VU. De online enquête werd ontwikkeld met Microsoft Office 365 Forms. De enquête bestond uit 22 vragen, waarvan 9 meerkeuzevragen, 12 open vragen en tot slot 1 vraag naar contactinformatie, indien men benaderd wilde worden voor vervolg. Het volledige overzicht van de vragen is te vinden in het kader hieronder en op de website van De Letselschade Raad. De enquête werd middels een zogenoemde bètatest uitgetest onder de leden van de PAP op 18 november 2019. Na deze succesvolle test heeft De Letselschade Raad (de link naar) de enquête op 29 november 2019 verzonden aan al haar Platformleden, aan de besturen van GAV, WAA, NVMSR en het LRGD (Landelijk Register Gerechtelijk Deskundigen), aan alle deelnemers aan de projecten en werkgroepen van De Letselschade Raad, waaronder het Verbond van Verzekeraars, aan alle contactpersonen uit het Register Letselschade, waaronder LSA, FNV, Bureau Beroepsziekten FNV, advocatenkantoren, expertisebureaus, rechtsbijstandsverzekeraars, medische aansprakelijkheidsverzekeraars, Patiëntenfederatie Nederland, de NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra), VKIG (Vereniging van Klachtenfunctionarissen In de Gezondheidszorg), FSO (Federatie Slachtoffer Organisaties), VNO-NCW (Verbond van Nederlandse Ondernemingen en het Nederlands Christelijk Werkgeversverbond), NIS, NIVRE, NLE (Branchevereniging Nederlandse Letselschade Experts), ATP, NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de faculteiten rechtsgeleerdheid van de Erasmus Universiteit, Universiteit Utrecht, Vrije Universiteit Amsterdam en Universiteit van Amsterdam, de NVvA en herstelgerichte dienstverlening (HD).

Alle geadresseerden (244 e-mailadressen) werd tevens verzocht om de enquête zo veel mogelijk te delen binnen de eigen achterban of onder collega's te verspreiden met het verzoek om mee te werken aan de enquête. Met hoeveel personen de enquête uiteindelijk is gedeeld, is niet bekend. Het is derhalve

niet mogelijk om te zeggen hoe groot de groep ontvangers van onze enquête was, en wat het responspercentage precies is.

Omdat de werkgroep graag ook rechters wilde bevragen over hun ervaringen met de IWMD-vraagstelling werd contact gezocht met de Kenniscoördinator op het gebied van letselschade van de Rechtspraak. Vanwege de zeer strenge restricties die binnen de Rechtspraak aan wetenschappelijk onderzoek worden opgelegd, bleek het niet mogelijk om de IWMD-enquête ook aan rechters voor te leggen. Het voornemen was om in overleg met de Expertgroep Letselschade van de Rechtspraak in een later stadium een vorm te zoeken voor (door ons onmisbaar geachte) input vanuit de Rechtspraak.

De eerste, voorlopige reacties op deze enquête werden tijdens de NVMSR Themamiddag, met als onderwerp 'de vraagstelling aan de expert', gehouden op 7 december 2019 te Nijkerk, gepresenteerd door Akkermans. Doel hiervan was de aanwezigen nader te informeren over het lopende project en een vehikel te zijn voor de discussie over de vraagstelling tussen de aanwezigen, bestaande uit het NVMSR-bestuur, NVMSR-leden, enkele advocaten (van beide zijden) en medisch adviseurs (idem). Hierbij werden aantekeningen gemaakt door Reitsma, die zijn te vinden op de website van De Letselschade Raad.¹⁷ Deze aantekeningen werden door de werkgroep gebruikt tijdens de beraadslagingen over opties voor eventuele aanpassingen. Voorts werd er van de gelegenheid gebruik gemaakt om de aanwezigen te stimuleren om de enquête in te vullen als zij dat nog niet gedaan hadden. Ook tijdens de Algemene Ledenvergadering van de GAV op 23 januari 2020 werden de aanwezigen, wellicht ten overvloede, gewezen op de enquête en aangemoedigd die nog voor de sluitingsdatum in te vullen.

De online enquête stond open tot en met maart 2020, daarna werd deze gesloten. Vervolgens werden de reacties anoniem gebundeld en verwerkt in Excel-format. Een eerste rudimentaire inventarisatie vond plaats in het eerste kwartaal van 2020 door Akkermans, Reitsma en Blankers. Zoals gezegd heeft het project hierna enige tijd stilgelegen vanwege de coronapandemie en personele problematiek. Begin 2021 werden de reacties van de enquête door de werkgroep in een nieuwe samenstelling (Akkermans, Reitsma, Koudstaal en Van Arkel) structureel geanalyseerd. Over de analyse van de enquête werd gediscussieerd en de leden van de werkgroep genereerden opties voor mogelijke aanpassingen ter verbetering van de vraagstelling. Er vond literatuurstudie plaats naar aanleiding van de suggestie om beperkingen te stellen volgens het ICF-model.

De enquêtevragen:

1. Vanuit welke professionele hoedanigheid gebruikt u/uw organisatie de IWMD-vraagstelling? U mag meerdere antwoorden aankruisen. Jurist/advocaat,

¹⁶ Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>.

¹⁷ Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>.

- belangenbehartiger slachtoffer, aansprakelijke/risicodragende partij, medisch adviseur (namens slachtoffer), medisch adviseur (namens aansprakelijke partij), rechter/lid rechterlijke macht, onafhankelijke medisch expert (NVMSR-geaffilieerd), onafhankelijke medisch expert (anders geaffilieerd/zelfstandig), gerechtelijk deskundige.
2. Anders, namelijk:
 3. Hoeveel werkervaring heeft u binnen de letselschade?
 4. Hoelang gebruikt u de huidige IWMD-vraagstelling?
 5. Gebruikt u de IWMD-vraagstelling: altijd/meestal/soms/zelden/nooit?
 6. Indien zelden of nooit, graag uw toelichting:
 7. Indien u de IWMD-vraagstelling altijd, meestal of soms gebruikt; ook graag uw toelichting:
 8. Vindt u de IWMD-vraagstelling een goed middel om de vergelijking tussen de situatie mét en zónder ongeval te maken?
 9. Zo nee, waarom niet?
 10. Kan middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat worden vastgesteld?
 11. Indien (soms) niet, kunt u dit toelichten?
 12. Indien u werkt als medisch adviseur of als expert; kunnen de situaties mét en zónder ongeval over het algemeen adequaat worden beoordeeld met de middelen (medische broninformatie, aanvullend beeldvormend onderzoek etc.) die u ter beschikking staan?
 13. Zo nee, graag uw toelichting.
 14. Indien u werkt als medisch adviseur; ervaart u problemen bij de verwerking van de antwoorden van de expert in uw adviezen?
 15. Zo ja, welke problemen ervaart u, als medisch adviseur, dan specifiek bij die verwerking?
 16. En wat zijn uw eventuele verbeteringsuggesties voor dit probleem?
 17. Indien u werkt als deskundige; wat vindt u van de huidige formulering van de vragen met voorafgaand een toelichting van de RMSR-aanbevelingen?
 18. Voor alle respondenten: Wat vindt u van de vragen over de beperkingen, te weten 1.g en 2.b, 2.e en 2.i? Zijn deze duidelijk? Geven ze aanleiding tot een heldere beantwoording? Licht toe a.u.b.
 19. Voor alle respondenten: Wat mist u nog? Welke onderwerpen en/of vragen ontbreken nog in de vraagstelling?
 20. Voor alle respondenten: Welke suggesties heeft u voor de verbetering van de IWMD-vraagstelling?
 21. Voor alle respondenten: Heeft u nog andere op- en aanmerkingen?

22. Voor alle respondenten: Wilt u hierover eventueel benaderd worden? Zo ja, geef dan hieronder uw naam en contactinformatie.

Resultaten

Er waren 127 beantwoorde enquêtes. De gemiddelde tijd om te voltooien was 24:26 minuten. Van de respondenten waren 47 jurist of advocaat, 31 belangenbehartigers voor slachtoffers, 14 werkzaam bij de aansprakelijke c.q. risicodragende partij, 36 medisch adviseurs namens slachtoffers, 1 partijneutraal medisch adviseur, 24 medisch adviseurs namens aansprakelijke partij c.q. verzekeringsmaatschappij, 17 onafhankelijke experts NVMSR-geaffilieerd, 7 onafhankelijke experts anders geaffilieerd, 4 gerechtelijk deskundigen, 2 schade-experts (1 van een expertisebureau personenschade en 1 namens een aansprakelijke partij) en 1 rechter.

De grootste groep respondenten had meer dan elf jaar ervaring in de letselschade (73%), verder respectievelijk zes tot tien jaar (17%) en nul tot vijf jaar (9%) (*vraag 3*). Eveneens de grootste groep (77%) gebruikt de huidige IWMD-vraagstelling sinds het begin: januari 2010. 17% sinds ongeveer vijf jaar, 4% sinds recentelijk en 2% had deze nog nooit gebruikt (*vraag 4*). De meerderheid van de respondenten (67%) gebruikt de vraagstelling 'meestal'. Daarna volgt 24%, die haar 'altijd' inzet. Kleinere percentages antwoordden 'soms' (3%), 'zelden' (4%) of 'nooit' (2%) (*vraag 5*).

Van degenen die de vraagstelling zelden of nooit gebruiken, gaven twaalf personen bij *vraag 6* een toelichting; hieruit:

'Voor medische aansprakelijkheid meestal niet geschikt, namelijk geen inzicht in hypothetische beloop van behandeling zonder fout.' (tweemaal genoemd)
 'Roept meer discussie op bij causaliteitsvraagstuk dan de oude standaardvraagstelling.' (eenmaal genoemd)
 'De IWMD vraagstelling is te veel gericht op de afhandeling in rechte, te juridisch geformuleerd en te weinig klinisch. Artsen-deskundigen kunnen de draagwijdte van de vragen en antwoorden slecht overzien. De vraag naar beperkingen dient b.v. pas op het eind te worden gesteld en niet al bij de anamnese. Bij een in der minne afhandeling volstaat een meer condense vraagstelling. Dan speelt het b.i. percentage ook grotere rol dan u denkt (...).'

106 personen gaven bij *vraag 7* een toelichting waarom zij de IWMD-vraagstelling altijd, meestal of soms gebruiken; hieruit:

'gemakkelijk hulpmiddel om zo objectief mogelijk in kaart te brengen' / 'voldoet prima aan de wens om duidelijkheid' / 'goed doordacht document met objectieve niet normatieve medische vragen' / 'breed toepasbaar' / 'heldere antwoorden' / 'bruikbaar, helder' / 'goed onderscheid tussen ongevalsgevolgen en niet/genoeg handvatten' / 'altijd

ruimte voor aanvullende vraag aan expertise arts' / 'moet het nieuwste gebruiken' / 'het beste tot nu toe' / 'standaard vraagstelling in letselschades' / 'de norm geworden' / 'geen discussie over' / 'algemeen geaccepteerd' / 'gewoonte' / 'algemeen gebruikelijk' / 'efficiëntie' / 'relatief gemak' / 'minder traineren mogelijk'.

Aangevoerde redenen om de IWMD-vraagstelling niet altijd te gebruiken waren:

'bij medische aansprakelijkheid/kunstfout niet geschikt' / 'voor psychiatrie/voor verzekeringsgeneeskundige expertise minder geschikt' / 'niet nodig bij simpele zaken/jongeren/bij duidelijke causaliteit/bij blanco voorgeschiedenis' / 'mist vraag over voorbehoud' / 'eigen aanpassingen toevoegen door medisch adviseurs [tweemaal genoemd]'.

83 respondenten lichtten toe waarom zij de vraagstelling (soms) niet gebruiken:

'expert begrijpt vragen soms niet' / 'vraag 2 niet duidelijk genoeg voor experts' / 'sommige schade komt erin niet voor' / 'juridisch instrument; juridisch causaliteit geen probleem, medische wel' / 'nog steeds discussie, zeker bij niet-objectiveerbare klachten' / 'men baseert zich teveel op objectivering, voldoet niet aan de stand van de actuele wetenschap' / 'soms kan een pre-existentie of predispositie nog niet tot klachten hebben geleid, maar dit in de toekomst wel gaan doen' / 'vraag over percentage functionele invaliditeit ontbreekt' / 'expert moet binnen vakgebied blijven' / 'expert zou stellingen buiten vakgebied moeten doen'.

Dan in antwoord op *vraag 8*: de overgrote meerderheid, namelijk 75%, vindt de IWMD-vraagstelling een *goed middel* om de vergelijking tussen de situatie mét en zónder ongeval te maken, 19% vindt dat niet, 6% heeft geen mening.

Wanneer we uitsplitsen tussen juristen en medici bij vraag 8, blijken de juristen het meest enthousiast: van de 59 juristen die deze vraag hebben beantwoord, vindt de meerderheid, 52 (89%), de IWMD-vraagstelling een goed middel om onderscheid te maken. 4 juristen hebben geen mening, 3 vinden van niet.

De medici (de medisch adviseurs en de deskundigen samen genomen) zijn minder tevreden. Van de 62 medische respondenten vinden slechts 37 (59%) de IWMD-vraagstelling een goed middel om een vergelijking te maken tussen de situatie met en zonder ongeval. 21 vinden het geen goed middel, 2 medici hebben de vraag niet beantwoord, en 2 van de medici hebben geen mening. Daarnaast zijn er 6 respondenten met zowel een medische als een juridische achtergrond: 5 van hen vinden de IWMD-vraagstelling een goed middel om onderscheid te maken. 1 heeft geen mening.

De meerderheid van de bovenstaande respondenten die 'nee' antwoorden, is medisch adviseur: 19 van de 21 (90%). Van hen zijn 9 medisch adviseur namens de aansprakelijke partij (2 van hen zijn ook deskundige), 7 zijn medisch adviseur voor de belangenbehartiger, 3 zijn medisch adviseurs voor zowel de verzekeraar als de belangenbehartiger en 2 zijn deskundigen.

Weergave van de gedetailleerde antwoorden van de critici op *vraag 9*, in samenvatting:

'pre-existente situatie of de predispositie wordt onderbelicht in de huidige situatie; (daartussen) een duidelijkere scheiding wenselijk' / 'pre-existentie wordt onvoldoende meegenomen' / 'ontwikkeling van pre-existente situatie niet goed beantwoord' / 'vraagstelling niet consequent en niet duidelijk' / 'vragen niet goed geïnterpreteerd/schijnzekerheid' / 'koffiedik kijken' / 'vragen hoogstens speculatief te beantwoorden' / 'experts maken geen goed onderscheid tussen plausible ongevalsgevolgen en niet/niet medisch' / 'veel te juridisch' / 'juridische vraagstelling, beter medisch houden' / 'vragen naar statistiek' / 'alleen (geschikt) bij een duidelijk ongeval en bij objectiveerbaar letsel' / 'niet geschikt voor whiplash' / 'discussie over medische causaliteit blijft' / 'vragen te ongericht voor medische aansprakelijkheid' / 'vaak wordt vraag 2 volstrekt inadequaat beantwoord'.

Enkele respondenten lichtten hun standpunten wat uitvoeriger toe:

'Omdat vraag 2c ruimte geeft om een ongefundeerde uitspraak te doen over een fictieve situatie, vooral bij specifieke klachten die niet kunnen worden teruggevoerd op diagnose op vakgebied van expert, levert dit vaak antwoorden op die een wetenschappelijke onderbouwing missen, automatisch wordt uitgegaan van "na" dus "door".'

'De verhouding tussen vraag 1 en vraag 2 is onhelder. Vraag 2c leidt regelmatig tot misverstanden. De vraag naar beperkingen in vraag 1 omvat ook beperkingen zonder ongeval. Dat is omslachtig en wordt in de praktijk nooit zo toegepast. Bovendien is er ook het aspect van de medische causaliteit, dat met alleen een vergelijking met en zonder ongeval niet tot zijn recht komt.'

'Inzage in gehele medische voorgeschiedenis ontbreekt, is wel noodzakelijk' / 'ongevalsvreemde actuele medische informatie ontbreekt' / 'onbegrip over relevantie belastbaarheidssituatie zonder ongeval nu maar ook in de toekomst' / 'voor vraag 2 is gehele voorgeschiedenis nodig, dat is zelden het geval'.

'In vraag 2 lijken klachten en afwijkingen gelijk gesteld te worden. NB of klachten bestaan is geen medisch oordeel. Een klacht is wat iemand zelf aangeeft.'

'Met name de vragen 2c t/m 2e leveren problemen op, doordat medici te terughoudend zijn in het geven van een prognose (2d).'

‘Net als in de economie is prognosticeren in de geneeskunde een uiterst hachelijke en dus vaak speculatieve onderneming. Wanneer twee uiterst onzekere factoren (de situatie met ongeval en die zonder ongeval in de toekomst) van elkaar worden afgetrokken wordt de uitkomst nog onzekerder. De IWMD werkgroep is zich hier kennelijk te weinig van bewust.’

‘Deze juridische uitleg van het causaal verband komt ook niet overeen met hoe dit in de RMSR wordt gedefinieerd.’

In antwoord op *vraag 10*: 37% van de respondenten vindt dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde *schade adequaat* kan worden *vastgesteld*. 61% zegt: soms wel, soms niet, en 2% zegt: nee.

Wanneer we hier de reacties uitsplitsen tussen juristen en medici, vinden 27 van de 59 juristen (46%) dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat kan worden vastgesteld. De overige 32 vinden ‘soms wel, soms niet’ (54%).

De medici zijn opnieuw minder tevreden: 17 antwoordden ‘ja’ (27%), 42 ‘soms wel, soms niet’ (68%) en 3 ‘nee’ (5%) op de vraag of de ongevalsgerelateerde schade adequaat vastgesteld kan worden middels de huidige vraagstelling.

Van de 6 respondenten met zowel een juridische als een medische achtergrond antwoordden er 3 dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade wel kan worden vastgesteld, en 3 ‘soms wel, soms niet’.

Op *vraag 11*, ‘Indien (soms) niet, kunt u dit toelichten?’, kwamen 69 opmerkingen; onder andere:

‘Er blijft ook na expertise regelmatig nog wel ruimte voor discussie, zeker bij niet objectiveerbaar letsel.’

‘De expertise artsen geven vaak niet uit zichzelf informatie over aan te houden voorbehoud.’

‘Alleen bij evident ongevalsgerelateerd letsel/in zaken waarin het niet-objectiveerbaar letsel betreft zorgt de uitkomst van een expertise vaak alsnog voor een verschillende uitleg van partijen.’

‘De medische beoordeling is een andere dan de juridische. Het hangt van het medisch advies van partijen af en van de richting die de behandelaren daarin kiezen of er na een expertise adequaat aan de schaderegeling kan worden gewerkt.’

‘Vraag 2 is onvolledig want daar moet ook gevraagd worden naar BI en beperkingen.’

‘De IWMD vraagstelling lost het probleem niet op van complexe pre-existentie. Daar dient elders in het medisch traject naar oplossingen worden gezocht. Voor letsels bij tevoren gezonde personen volstaat een minder omslachtige vraagstelling.’

‘De vraag naar de situatie zonder ongeval wordt veelal niet correct ingevuld of incompleet omdat wordt vergeleken

met de algemene populatie en niet naar de specifieke patiënt gebonden factoren.’

Vraag 12 was specifiek voor respondenten werkzaam als medisch adviseur of als expert, namelijk of de situaties mét en zonder ongeval over het algemeen adequaat kunnen worden beoordeeld met de middelen (medische broninformatie, aanvullend beeldvormend onderzoek etc.) die ter beschikking staan. Hierop zegt 66% ‘ja’, ‘nee’ vindt 34%. Toelichting bij *vraag 13* (33 antwoorden):

‘Het gaat ook om het kader waaruit de medisch adviseur (medisch gezien) denkt. En in dat opzicht zijn er grote verschillen tussen met name de medisch adviseurs van verzekeraars en slachtoffers.’

‘bij mogelijke pre-existentie onduidelijkheid’ / ‘situatie zonder ongeval moeilijk in te schatten’ / ‘koffiedik kijken’ / ‘blijft hypothetisch’.

‘veel medische informatie achtergehouden’ / ‘belangenbehartiger werkt tegen’ / ‘belangenbehartiger geeft zelden inzicht in verleden’ / ‘bronnen niet volledig’ / ‘niet alle medische informatie aangeleverd/incomplete informatie/medische informatie voorgeschiedenis ontbreekt’ / ‘onduidelijk wie extra medische informatie opvraagt’.

‘anamnese alleen onvoldoende om situatie zonder ongeval te kunnen beoordelen (meer medische informatie nodig)’.

‘medisch adviseur zou eigenlijk zelf patiënt moeten zien of klinische ervaring moeten hebben’.

In antwoord op *vraag 14* stelt 51% van de medisch adviseurs bij de verwerking van de antwoorden van de expert in hun adviezen *problemen* te ervaren, en 49% niet. De problemen die de helft van de medisch adviseurs dan ervaart, bestaan uit:

‘expert begrijpt en/of beantwoordt vragen niet of niet goed’ / ‘begrijpt doel van de vraagstelling niet’ / ‘concept “definitieve eindsituatie” is niet duidelijk, wordt regelmatig verward met stabiele medische situatie waardoor eindeloze discussie over eventueel voorbehoud’ / ‘comorbiditeit e/o beperkingen voor ongeval weggewuifd’ / ‘niet onderbouwde mening/persisteren in mening ondanks voortschrijdend inzicht’ / ‘expert opinion’ / ‘medische informatie te beperkt’ / ‘vraag 2 is zonder inzage in de volledige voorgeschiedenis niet te beantwoorden’.

‘Met enige regelmaat heb ik het gevoel weinig tot niets met een expertise opgeschoten te zijn. Verder kan ik soms de conclusies niet volgen omdat ze inconsistent zijn met de feiten, of niet te volgen zijn doordat er weinig tot geen onderbouwing wordt gegeven. Soms helpt het om in de conceptfase aanvullende vragen te stellen, maar soms ook niet.’
 ‘Vraag 2 begrijpen de meeste experts niet (vraag is ook onduidelijk) en wordt veelal zonder enige onderbouwing beantwoord met “nee of niet van toepassing” terwijl dit juridisch vaak de belangrijkste vraag is’ / ‘antwoord op vraag 2 wordt omzeild e/o niet begrepen’ / ‘met name bij niet objectieerbare specifieke klachten. Vraag 2c leidt dan vaak

toch tot het antwoord: “nee zonder ongeval geen klachten of afwijkingen”. De juristen gaan daar dan mee aan de haal en zien dat als hoofdargument voor juridische causaliteit. De medisch expert beseft dat onvoldoende. Bij vraag 2d en verder wordt dan alleen n.v.t. ingevuld.’

Ten aanzien van de eventuele *verbetersuggesties*, vraag 16, voor dit probleem schreven 38 respondenten:

‘vraag ook naar de situatie zonder ongeval buiten het eigen vakgebied’ / ‘toelichting wijzigen, hierin duidelijk aangeven dat expert als hij geen diagnose op zijn vakgebied kan stellen, hij deze vraag niet kan beantwoorden’ / ‘minder vaag, meer medisch to-the-point’ / ‘vraag anders te formuleren en definitieve eindsituatie eruit te laten. Vragen naar risico’s/kwade kansen voor de toekomst en toelichten waarom wel/niet’ / ‘experts: conclusies beter onderbouwen en inconsistenties benoemen. Zorg daarnaast dat ze beter op de hoogte zijn van de impact van hun rapport, niet alleen op het individu, maar ook op de maatschappij, bv in het kader van verzekeraarbaarheid van cliënten’ / ‘percentage functionele invaliditeit erbij’ / ‘neem standaard de vraag op of het slachtoffer akkoord is met het beschikbaar stellen van het expertiserapport aan de schade expert/behandelaar. Equality of arms. Er wordt geregeld selectief en buiten de context geciteerd uit rapporten’ / ‘heel gerichte maatwerk vraagstelling aan de expert voorleggen: welke beperkingen zijn plausibel op grond van het opgelopen letsel en welke ten dele of niet? Welk klachtenbeeld is typisch voor de gestelde diagnose? Welke lichaamsfuncties zijn aangedaan en in welke mate? etc.’ / ‘via huisarts volledige voorgeschiedenis en thuismedicatie opvragen’ / ‘specialist moet het algemeen functioneren voor het ongeval beschrijven zoals dat staat in de ontvangen medische informatie en/of wordt aangegeven bij anamnese, niet alleen op zijn vakgebied’ / ‘vraag 2a: Zijn er concrete aanwijzingen dat client in de hypothetische situatie soortgelijke klachten (met/of zonder afwijkingen op uw vakgebied) zou hebben ontwikkeld?’

Overige *opmerkingen* bestonden uit:

‘de onafhankelijkheid van de deskundige moet beter worden gewaarborgd’ / ‘beperkingen niet enkel op basis van de AMA of richtlijnen duiden maar in vragenlijst ook expliciet vragen naar de aannemelijke beperkingen’ / ‘duidelijker maken welke invloed de richtlijnen van de vakverenigingen hebben op de bepaling van BI en beperkingen (deze niet wetenschappelijk)’ / ‘aandacht nodig voor de modernste inzichten en technieken; richtlijnen e.d. lopen vaak jaren achter’ / ‘geen partij medisch adviseurs betrekken bij “opleiding” van NVMSR deskundigen of twee totaal verschillende partijen laten meedoen, niet onder de noemer van de GAV doen alsof dat alle visies zijn binnen medisch adviseurs in letselschade (hetgeen totaal niet zo is)’.

Voor degenen die werken als deskundige was er *vraag 17*, of de huidige formulering met voorafgaand een toelichting van de RMSR-aanbevelingen nuttig is; 61% vindt dat een nuttige toevoeging.

Ten aanzien van *vraag 18* over de *beperkingen*, te weten 1.g en 2.b, 2.e en 2.i: ‘Zijn deze duidelijk? Geven ze aanleiding tot een heldere beantwoording? Licht toe a.u.b.’ antwoordden 108 respondenten:

‘uitstekend te gebruiken’ / ‘duidelijk/doorgaans sufficïent’ / ‘kan duidelijker/helder, geen opmerkingen’ / ‘voldoende duidelijk/nuttig/ja, enkel met WAD e/o niet objectiveerbaar letsel als uitzondering’ / ‘over het algemeen duidelijk’ / ‘hangt af van expert (“goede”/“slechte” experts)/iedere expert beantwoordt anders’ / ‘niet duidelijk’ / ‘te summier’ / ‘niet adequaat genoeg’ / ‘te vaak verwarring’ / ‘doorgaans klopt er weinig van de beperkingen’ / ‘overbodig’ / ‘worden niet, niet duidelijk of fout beantwoord’ / ‘zeer onduidelijk (onderscheid tussen ongevalsgevolg en beleving)’ / ‘te weinig onderscheid tussen ongevalsgerelateerde en ongevalsvreemde beperkingen e/o tussen beperkingen volgens slachtoffer en geobjectiveerde beperkingen’ / ‘het gaat immers om de beperkingen zónder ongeval i.p.v. vóór ongeval’ / ‘moeten ruimer worden beschreven, bijv. duurbeperking erbij e/o impact van pijn’ / ‘beperkingen volgens FM format invullen en opstellen’ / ‘alleen beperkingen op eigen vakgebied duiden’ / ‘“op uw vakgebied” is te beperkt’ / ‘ICF methode moet gevolgd worden’ / ‘beperkingen te beperkt weergegeven, “lijstje afgevinkt”’ / ‘onvoldoende besef belang beperkingen’ / ‘te weinig inhoudelijk onderbouwd’ / ‘beperkingen veelal beschreven op basis van richtlijnen vakvereniging, niet gebaseerd op wetenschap noch duidelijk gebaseerd op enige klinische ervaring’ / ‘specialisten moeten juist helemaal geen beperkingen stellen e/o FML invullen (= taak verzekeringsarts-medisch adviseur)’ / ‘klinisch werkzame artsen niet erg vertrouwd met denken in beperkingen, meer iets voor verzekerings- en bedrijfsartsen’ / ‘beperkingen dienen in een bepaalde context te worden gezien en beoordeeld. De werkelijkheid is veel complexer dan u denkt.’

Vervolgens *vraag 19*: ‘Wat mist u nog? Welke onderwerpen en/of vragen ontbreken nog in de vraagstelling?’ Hierop antwoordden 73 personen:

‘helder taalgebruik’ / ‘bij vraag 2 de splitsing tussen klachten zonder ongeval en afwijkingen zonder ongeval’ / ‘duidelijke verschillen over de beperkingen zonder ongeval en met ongeval, naar huidige situatie én toekomst. Vaak is er veel overlap in beperkingen’ / ‘de mate van blijvende invaliditeit en dat zou wel (weer) gewenst zijn’ / ‘vraag de expert om bij het duiden van de beperkingen het ICF model te hanteren (ook de basis van AMA 6) en daarmee ook rekening te houden met de impact van pijn of moeheid op de belastbaarheid’ / ‘welke beoordeling van klachten en be-

perkingen die cliënt heeft vallen buiten uw vakgebied' / '(liefst recente) literatuurverwijzing' / 'concretere vragen stellen' / 'welke beperkingen medisch causaal kunnen worden verklaard' / 'vindplaats toevoegen: "kunt u daarbij aan-geven of deze vraag wordt beantwoord op basis van anam- nese of dat dit wordt afgeleid uit het medisch dossier?"

Op *vraag 20*, 'Welke suggesties heeft u voor verbetering van de IWMD-vraagstelling?', kwamen 66 reacties, die de werkgroep tevens heeft meegenomen in haar overwegingen. Op *vraag 21*, 'Heeft u nog andere op- en aanmerkingen?', kwam onder meer de suggestie van het gebruiken van de ICF-methodiek bij de expertisebeoordeling en het verzoek om de vraag naar het percentage BI terug te laten komen. *Vraag 22* was een uitnodi- ging om contactinformatie achter te laten om eventueel bena- derd te worden; 39 personen namen die aan.

De complete geanonimiseerde resultaten van de enquête zijn te vinden op de website van De Letselschade Raad.¹⁸

Discussie

Onze enquête werd ingevuld door een groep van met name (zeer) ervaren professionals werkzaam in de letselschade- branche, van diverse achtergronden, waarbij, voor zover te be- oordelen, degenen werkzaam voor slachtoffers oververtegen- woordigd waren ten opzichte van degenen die voor de aan- sprakelijke partij werken (67 respondenten versus 41 respon- denten). De verdeling juristen versus medici die hadden meegedaan, was ongeveer gelijk, respectievelijk 89 versus 88 respondenten. De werkgroep acht dit een representatieve ver- tegenwoordiging van de gebruikers van de vraagstelling.

Omdat onbekend is hoeveel personen de link naar de online enquête uiteindelijk hebben ontvangen, kon de *response rate* niet worden berekend. Dit kan alleen worden geschat; indien alle 244 origineel geadresseerden de link hypothetisch naar 2 tot 4 collega's doorstuurden, ontvingen mogelijk rond 732 tot 976 personen de enquête. Met 127 antwoorden is dan een *response rate* van schattenderwijs rond 13 à 17% niet erg hoog. Van de respondenten namen veel mensen echter wél de moeite om hun antwoorden toe te lichten, door specifieke problemen te signaleren en door suggesties te doen voor mogelijke verbe- teringen van de vraagstelling. Van de 127 respondenten waren 39 personen (30%) bereid hun contactinformatie te geven om hierover te worden benaderd. Ook dat toont betrokkenheid.

Over het algemeen zijn de meningen over de huidige IWMD-vraagstelling positief; de huidige IWMD-vraagstelling versie januari 2010 wordt heel veel gebruikt binnen de letsel- schade om de medische voorwaarden voor afwikkeling te kun- nen bepalen. De meeste professionals werkzaam in deze bran- che gebruiken deze versie sinds de verschijning ervan, en in

verreweg de meeste gevallen tot tevredenheid. De IWMD-vraagstelling is zoals gezegd de norm geworden.

Deze tevredenheid is evenwel niet homogeen, zoals blijkt uit de verschillende reacties van juristen en medici op de vragen 8 en 10. Het daaruit blijkende geringe enthousiasme van me- disch adviseurs is in lijn met hun antwoorden op de vragen 14- 16. Uit vraag 14 blijkt bijvoorbeeld dat meer dan de helft van de medisch adviseurs problemen ervaart met de verwerking van de antwoorden van de expert in hun adviezen. Specifieke problemen en mogelijke verbeteringsuggesties daarvoor werden door respectievelijk 33 en 38 medisch adviseurs gegeven.

Een verklaring voor het verschil in waardering door juristen en medici zou erin gelegen kunnen zijn dat voor de juristen de noodzaak van de systematiek van de IWMD-vraagstelling (de 'indirecte' aanpak) in het algemeen makkelijker inzichtelijk is dan voor medici. Dat deze vanuit medische optiek wellicht niet altijd als geheel passend wordt ervaren, blijkt ook uit het feit dat al voordat we onze enquête inzetten, met name vanuit medici verzoeken en suggesties voor aanpassing kwamen (zie de notities van de NVMSR),¹⁹ en zelfs al op kleine schaal wer- den ingevoerd (zie de reacties op de enquête),²⁰ en dat nadien, buiten de enquête om, een alternatieve vraagstelling is vervaar- digd door de VEMAS.²¹

Als belangrijke voordelen van de IWMD-vraagstelling worden gezien dat er geen discussie over de voor te leggen vragen meer is, met daardoor meer efficiëntie en minder tijdsverlies. Opge- merkt kan daarbij worden dat ook rechters in letselschadeza- ken de antwoorden van de deskundigen op de IWMD-vraag- stelling vrijwel altijd volgen.²² Als minpunten worden ge- noemd de beperkte dan wel (on)geschiktheid van de vraagstel- ling in medische aansprakelijkheidszaken,²³ in zaken met niet-objectiveerbaar letsel, of voor psychiatrische en/of verze- keringsgeneeskundige expertises.

Er is ook kritiek op de IWMD-vraagstelling: op de formule- ring van de vragen, op de medische informatie die al dan niet wordt aangeleverd, en op de wijze waarop experts antwoord geven.

Er bestaat onder sommige respondenten onenigheid over of een expert juist binnen zijn/haar vakgebied moet blijven ver- sus dat de expert juist wel uitspraken buiten het vakgebied zou moeten doen. De RMSR stelt daarover duidelijk dat een des- kundige alleen uitspraken binnen zijn of haar vakgebied mag

18 Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>.

19 Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>.

20 Te raadplegen op <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>.

21 De VEMAS-vraagstelling is te downloaden op www.vemas.nl/richtlijnen-protocollen/.

22 Dit is *communis opinio* in het veld, maar door ons niet empirisch getoetst door analyse van rechtspraak of iets dergelijks.

23 De toelichting bij de IWMD-vraagstelling vermeldt overigens expliciet dat zij niet voor medische aansprakelijkheidszaken is bedoeld.

doen. Toch is het voorstelbaar dat een opmerking over andere gezondheidsaspecten van een betrokkene van belang zou kunnen zijn; bijvoorbeeld een orthopedisch chirurg zou kunnen opmerken dat de onderzochte naast het letsel op orthopedisch gebied tevens bekend is met een vorm van kanker, die eveneens leidt tot bepaalde beperkingen.

Uit de enquête kwam, niet geheel onverwacht, het beeld naar voren dat er argwaan heerst over de neutraliteit van de deskundige: sommigen vinden experts te weinig kritisch, anderen menen weer dat experts juist te veel beïnvloed worden door verzekeringsartsen van de GAV. Ook bestaat er argwaan over de door de belangenbehartiger en/of de medisch adviseur meegeleverde medische informatie en werden er vragen gesteld over hoeveel medische informatie uit de voorgeschiedenis achtergehouden wordt dan wel overlegd zou moeten worden aan de expert. Is onderling wantrouwen tussen juristen onderling, juristen en artsen en tussen artsen onderling een groeiende trend? Dit zou dan niet zozeer het probleem zijn van de IWMD-vraagstelling an sich, maar illustratief voor een toenemende polarisatie in ons vakgebied, in lijn met de huidige maatschappelijke verharding.

Ook de visies over het adequaat vaststellen van beperkingen lopen zeer uiteen; er is veel kritiek op experts en hun richtlijnen en verschil van mening over welke specialist welke beperkingen mag stellen en hoe. Wij hebben als werkgroep oriënterend literatuuronderzoek gedaan of er een *evidence-based* manier is om de beperkingen objectief en beter reproduceerbaar te beschrijven. Wij vonden echter geen kant-en-klare methode toepasbaar voor alle expertises, noch werd een suggestie gedaan die ons inziens direct toepasbaar was. Wel vinden wij dit een belangrijke en veelbelovende onderzoeksrichting, aansluitend bij het beginsel van *evidence-based practice*.

De belangrijkste conclusie is dat de IWMD-vraagstelling in de eerste tien jaar na haar verschijnen frequent aan onafhankelijke experts is voorgelegd, zowel binnen als buiten rechte. Echter, dat naar de mening van de respondenten in ruim 60% van de gevallen de ongevalsgerelateerde schade soms niet adequaat ermee kan worden vastgesteld en dat de helft van de medisch adviseurs die ermee werken, problemen ervaart bij de verwerking van de antwoorden. Deze problemen zullen niet zomaar door een andere vraagstelling kunnen worden opgelost. In dat opzicht wordt er soms misschien te veel van de vraagstelling verwacht. Maar zij zijn ons inziens wel alleszins voldoende aanleiding om een poging te ondernemen om de vraagstelling te verbeteren.

Opties voor mogelijke aanpassingen

Aan de hand van de analyses van de enquête en met name door de soms gedetailleerde toelichtingen van de respondenten hebben wij getracht aanknopingspunten te identificeren voor verbetering van de IWMD-vraagstelling. De werkgroep heeft zich er daarom aan gewaagd om alvast wat opties te inventariseren voor mogelijke aanpassingen. Dit zijn géén voor-

stellen voor daadwerkelijk door te voeren wijzigingen. Bij gebreke aan een zorgvuldig georganiseerde discussie met alle relevante partijen in het veld kunnen de door ons geïdentificeerde opties daar absoluut niet 'rijp' voor worden geacht. Het zijn opties voor eventuele aanpassingen en niet meer dan dat. Wij geven ze hier om verdere discussie te faciliteren. De gedachte daarachter is dat alleen de weergave van de uitkomsten van de enquête als zodanig onvoldoende aanknopingspunten zou bieden voor een ordentelijke discussie over herziening van de vraagstelling.

De door ons geïdentificeerde opties zijn hieronder weergegeven.

In antwoord op *vraag 8* vindt 75% van de respondenten de IWMD-vraagstelling een goed middel om de vergelijking tussen de situatie mét en zónder ongeval te maken, 19% vindt dat niet, en 6% heeft geen mening. Zoals aangegeven in de discussie, blijken met name de medici minder tevreden te zijn.

Ook wanneer we de antwoorden op *vraag 10* bekijken, dan blijkt dat maar 37% van de 127 respondenten vindt dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat kan worden vastgesteld. Op vraag 10 antwoordt 61% van hen: 'soms wel, soms niet', en 2% zegt zelfs: 'nee'. Dit impliceert het bestaan van een onzekere uitkomst in de overgrote meerderheid van de gevallen. Dat lijkt ons een nogal grote mate van onzekerheid. Een expertise is immers juist bedoeld om (de omvang van) de ongevalsgevolgen vast te stellen. Als daar maar volgens de respondenten in (ruim) een derde van de gevallen duidelijkheid over komt, dan schort er mogelijk iets aan de huidige vraagstelling en lijkt er inderdaad reden tot aanpassing ervan.

Welke aanpassingen zijn dan aan de orde? Daartoe moeten eerst de oorzaken van de ervaren problemen worden geïdentificeerd. Die kunnen worden gevonden in de reacties op onder meer de *vragen 9 en 11*.

Als eerste: 'NB of klachten bestaan is geen medisch oordeel. Een klacht is wat iemand zelf aangeeft.'

Op basis van die terechte observatie zou de volgende revisie kunnen worden overwogen (wijzigingen cursief):

Vraagt 1.a luidt thans:

Hoe luidt de anamnese voor wat betreft de aard en de ernst van het letsel, het verloop van de klachten, de toegepaste behandelingen en het resultaat van deze behandelingen? Welke overige klachten en beperkingen op uw vakgebied worden desgevraagd gemeld? Wilt u in uw anamnese vermelden welke beperkingen op uw vakgebied de onderzochte aangeeft in relatie tot de activiteiten van het algemene dagelijkse leven (ADL),

loonvormende arbeid en het uitoefenen van hobby's, bezigheden in recreatieve sfeer en zelfwerkzaamheid?

Dit zou als volgt kunnen worden aangepast:

Hoe luidt de anamnese voor wat betreft *de klachten en/of ervaren verschijnselen*, het verloop van deze *klachten en/of ervaren verschijnselen*, de toegepaste behandelingen en het resultaat van deze behandelingen? Welke overige *klachten* op uw vakgebied worden desgevraagd gemeld? Wilt u in uw anamnese vermelden welke *belemmeringen* op uw vakgebied de onderzochte *ervaart* in relatie tot de activiteiten van het algemene dagelijkse leven (ADL), loonvormende arbeid en het uitoefenen van hobby's, bezigheden in recreatieve sfeer en zelfwerkzaamheid?

In antwoord op *vraag 14* stelt 51% van de medisch adviseurs bij de verwerking van de antwoorden van de expert in hun adviezen *problemen* te ervaren, en 49% niet. Deze percentages lijken, evenals de bij *vraag 10* genoemde percentages, genoeg aanleiding tot revisie van de IWMD-vraagstelling, want het is uiteraard niet best als slechts de helft van de gebruikers tevreden is over de beantwoording van de vragen. Gebaseerd op de reacties op de *vragen 9 en 14*, waarom het geen goed middel is om de vergelijking tussen de situatie mét en zónder ongeval te maken, kunnen we enkele categorieën maken. Enkele respondenten noemden bijvoorbeeld het probleem van de onbekende pre-existentie c.q. ontbrekende medische gegevens uit de voorgeschiedenis. Ook worden er problemen ervaren doordat de deskundige *vraag 2* niet goed lijkt te begrijpen/interpreteren. Daar worden meerdere oorzaken voor aangegeven; onder andere wordt genoemd dat de deskundige het doel van de vraagstelling niet begrijpt, dat het concept 'definitieve eindsituatie' niet duidelijk is voor de deskundige, of dat deze *vraag (vraag 2)* zonder inzage in de volledige voorgeschiedenis niet adequaat te beantwoorden is. Het gevolg is vaak dat vragen ten onrechte beantwoord worden met 'nee' of met 'niet van toepassing'.

De problemen die men ervaart, worden onder andere veroorzaakt doordat de deskundigen met name *vraag 2* niet goed begrijpen/interpreteren. Op basis hiervan zou de volgende revisie kunnen worden overwogen:

Vraag 1.b luidt thans:

Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een beschrijving geven van:

- de medische voorgeschiedenis van de onderzochte op uw vakgebied;
- de medische behandeling van het letsel van de onderzochte en het resultaat daarvan.

Dit zou als volgt kunnen worden aangepast:

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 en de in de behandelende sector gestelde relevante diagnoses buiten uw vakgebied;
Toelichting: een diagnose als bijvoorbeeld DM of een andere systeemziekte en/of bepaalde aangeboren afwijkingen dan wel maligniteiten kunnen ook consequenties hebben voor andere vakgebieden en mogen derhalve niet ontbreken).
- de medische behandeling van *klachten en/of het letsel* van de onderzochte en het resultaat daarvan.

En hierbij, deels afkomstig uit de NVMSR Richtlijn van april 2016, p. 22:

NB Indien u onvoldoende medische broninformatie heeft (zowel op als buiten uw vakgebied) om deze vragen adequaat te kunnen beantwoorden, kunt u deze alsnog in de behandelende sector opvragen, bij voorkeur middels gerichte vragen.

Zie www.knmg.nl/richtlijn-omgaan-met-medische-gegevens/.

Ook ziet de werkgroep ruimte voor de volgende specificaties aan de vragen onder 2:

De vragen 2.a en 2.b luiden thans:

Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval

2.a. Bestonden voor het ongeval bij de onderzochte reeds klachten en afwijkingen op uw vakgebied die de onderzochte thans nog steeds heeft?

2.b. Zo ja, kunt u dan aangeven welke beperkingen voor het ongeval uit deze klachten en afwijkingen voortvloeiden en thans nog steeds uit deze klachten en afwijkingen voortvloeien?

Dit zou als volgt kunnen worden aangepast:

Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval

2.a. Bestonden vóór het ongeval bij de onderzochte reeds klachten en/of afwijkingen op uw vakgebied die de onderzochte thans nog steeds heeft? *Bestonden er klachten en/of afwijkingen buiten uw vakgebied? Te denken valt hier bijvoorbeeld aan diagnoses gesteld door andere specialisten.*

2.b. Zo ja, kunt u dan aangeven welke *ongevalsvreemde beperkingen (aanbeveling 2.2.17 en aanbeveling 2.2.18 RMSR)* vóór 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 anamnestic zijn of gebaseerd op medische broninformatie?*

Terug naar de ervaren problemen. Enkele andere respondenten noemen de manier van vragen stellen: te weinig consequent, te onduidelijk, te juridisch, te weinig medisch, medisch versus juridisch causaal verband. Andere respondenten noemen juist de wijze van beantwoorden als een probleem: te speculatief (onder andere de prognose), te weinig (wetenschappelijk) onderbouwd, inadequaat. Naar aanleiding hiervan zou de volgende toevoeging aan de ‘Algemene toelichting’ kunnen worden overwogen:

Deze vraagstelling is een in beginsel medische 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 op lange termijn. Hierbij worden ook ongevalsvreemde, pre-existente of predisponerende factoren in beeld gebracht en gewogen. De deskundige geeft rekening houdend met zijn deskundigheidsgebied antwoord op deze vragen.

En bij vraag 2 ‘De situatie zonder ongeval’ dient de volgende aanbeveling te worden gehandhaafd:

Aanbeveling 2.2.16 RMSR:

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 vraagstelling geschiedt in overeenstemming met de gangbare inzichten dan wel richtlijnen van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging. De expert zal nimmer klachten aan een ongeval ‘toerekenen’ of de causaliteit ervan louter baseren op het feit dat ze pas na het ongeval debuteerden.

De volgende reacties waren in dit kader bijzonder inzichtgevend:

‘(...) Vraag 2c leidt regelmatig tot misverstanden. De vraag naar beperkingen in vraag 1 omvat ook beperkingen zonder ongeval. Dat is omslachtig en wordt in de praktijk

nooit toegepast. Bovendien is er ook het aspect van de medische causaliteit, dat met alleen een vergelijking met en zonder ongeval niet tot zijn recht komt.’

En:

‘In vraag 2 lijken klachten en afwijkingen gelijk gesteld te worden.’

Op basis van bovenstaande resultaten zou de volgende aanpassing kunnen worden overwogen:

De vragen 2.c en 2.d luiden thans:

Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval
 2.c. Zijn er daarnaast op uw vakgebied klachten en afwijkingen die er ook zouden zijn geweest of op enig moment ook hadden kunnen ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen?

2.d. Zo ja (dus zonder ongeval ook klachten), kunt u dan een indicatie geven met welke mate van waarschijnlijkheid, op welke termijn en in welke omvang de klachten en afwijkingen dan hadden kunnen ontstaan?

Dit zou als volgt kunnen worden aangepast:

Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval
 2.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? Kunt u ter onderbouwing van dit standpunt zo mogelijk wetenschappelijke referenties aanleveren?*

2.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? *Kunt u ter onderbouwing van dit standpunt eventueel wetenschappelijke referenties aanleveren en zo mogelijk toelichten waarom die voor deze betrokkene relevant zijn?*

En vervolgens:

Vraag 2.e luidt thans:

2.e. Kunt u aangeven welke beperkingen uit deze klachten en afwijkingen zouden zijn voortgevloeid?

Dit zou als volgt kunnen worden aangepast:

2.e. Kunt u aangeven welke beperkingen (*aanbeveling 2.2.17 en aanbeveling 2.2.18 RMSR*) uit deze *ongevalsvreemde klachten en/of afwijkingen* zouden kunnen zijn voortgevloeid? *Kunt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven en op semikwantitatieve wijze weergeven en zo nodig toelichten? Indien dit niet mogelijk is dit graag aangeven.*

De antwoorden op *vraag 11* geven verder inzicht in waar de problematiek in schuilt: in onbegrip, onduidelijkheid, het verschil tussen juridische en medische causaliteit, de uitdaging van specifieke en/of niet-objectiveerbare klachten, en uitspraken binnen of juist buiten het vakgebied.

De werkgroep meent dat een deel van het onbegrip en de onduidelijkheid kan worden weggenomen door het aandachtig lezen van de bijgevoegde aanbevelingen van de RMSR bij iedere vraag. Deze aanbevelingen benoemen ook het verschil tussen juridische en medische causaliteit, waarbij de medisch deskundige zich tot de medische causaliteit dient te beperken. Dat geldt eveneens voor het doen van uitspraken binnen het eigen vakgebied, en niet daarbuiten. Deze RMSR-toevoegingen aan de IWMD-vraagstelling zouden dan ook moeten worden gehandhaafd in een nieuwe versie.

De reacties op de *vragen 12 en 13* geven aan dat de meerderheid van de medisch adviseurs en experts (66%) meent over voldoende middelen te beschikken voor een beoordeling, zoals medische broninformatie, aanvullend beeldvormend onderzoek etc. Echter, 34% vindt van niet. De ervaren problemen in die laatste groep: verschillende denkkaders (medisch adviseur verzekeraar versus medisch adviseur slachtoffers) en onduidelijkheid over mogelijke pre-existentie. Ook noemt men: onvolledige bronnen, onder andere door incomplete of achtergehouden medische informatie, tegenwerkende belangenbehartigers, ontbrekende informatie over de voorgeschiedenis of de situatie zonder ongeval, het niet zelf zien van betrokkene, en tot slot het ontbreken van klinische ervaring.

De werkgroep denkt dat niet alle hier aangedragen problematiek is op te lossen middels het reviseren van de vraagstelling. Basiswaarden als transparantie, neutraliteit, professionaliteit en equality of arms zijn hier de kernprincipes die dienen te worden nageleefd door alle partijen. Wat wel kan worden verbeterd, is de ontbrekende/onvolledige informatie; het was al zo dat een expert zelf aanvullende medische gegevens mocht opvragen indien nodig. Een optie is om dit nogmaals duidelijk aan te geven in bijvoorbeeld de Algemene Toelichting (zie ook boven).

De meeste deskundigen (61%) ervaren de huidige formulering van vragen met voorafgaand een toelichting van de RMSR-aanbevelingen als nuttig (30 versus 19) (*vraag 17*). Dit bevestigt de toegevoegde waarde van deze RMSR-aanbevelingen voor deskundigen. Wat betreft de verbeteringsuggesties

(*vraag 16*) van de respondenten, deze zijn sterk uiteenlopend. Door meerdere respondenten wordt genoemd dat toekomstige risico's niet altijd benoemd worden. Er wordt geadviseerd de vragen naar risico's en kwade kansen beter toe te lichten. Denk hierbij aan aanwezigheid van osteosynthesemateriaal of posttraumatische epilepsie na schedel-hersenletsel.

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 posttraumatische artrose, aanwezigheid van osteosynthesemateriaal of risico op posttraumatische epilepsie en anderzijds 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 *is* in de toekomst nog een belangrijke verbetering of verslechtering van het op uw vakgebied geconstateerde letsel *mogelijk*?

Naar aanleiding van *vraag 18* over de beperkingen wordt door meerdere respondenten opgemerkt dat niet alle deskundigen goed met deze vraag om weten te gaan.

Er worden door vijf respondenten suggesties gedaan voor gebruik van het biopsychosociale model c.q. de ICF-methode van de WHO. Bij de antwoorden op de *vragen 18-21*:

‘Een uitgebreide toelichting, gebaseerd op een FML, waarin concreet de meest voorkomende handelingen en het probleem hiermee (in duur en frequentie) door het ongeval, zou partijen helpen in het debat.’

Tevens geven meerdere respondenten aan dat semikwantitatief vaststellen van beperkingen slecht reproduceerbaar en onnauwkeurig is. Ook geven meerdere respondenten aan: ‘Vanwege diverse richtlijnen zoals de NVN en o.a. NOV heeft deze vraag vaak niet zoveel toegevoegde waarde.’ Enkele respondenten (n = 4) geven aan dat de beperkingenvraag alleen zou moeten worden beantwoord door een verzekeringsarts. Er zijn ook twee respondenten die vinden dat er veel te veel inmenging van verzekeringsgeneeskundige terminologie is. Een respondent geeft aan:

‘Wel duidelijk maar de vraag is of experts wel voldoende bekwaam zijn om deze vraag te beantwoorden, nu zelfs verzekeringsartsen een grote intercollegiale verscheidenheid laten zien wat het duiden van beperkingen betreft.’

Beantwoording blijkt extra lastig bij moeilijk objectiveerbaar letsel, *whiplash associated disorder* (WAD) en bijvoorbeeld pre-existente artrose. Een opmerking van een respondent daarover:

‘De beperkingenvragen zijn helder, maar de deskundigen moeten m.i. beter worden geïnstrueerd wat de opdrachtgever wil weten en hoe dat het best kan worden beschreven én toegelicht/onderbouwd.’

De werkgroep lijkt het niet wenselijk dat elke expertise gevolgd zou moeten worden door een aanvullende verzekeringsgeneeskundige expertise, alleen om de beperkingen te definiëren. De medisch adviseur, indien deze verzekeringsarts is, zou hierin wel een verhelderende rol kunnen spelen, om de door de expert geduide blijvende beperkingen in een beperkingenprofiel te vertalen.

Bij het beschrijven van beperkingen is gezien de resultaten van de enquête ruimte voor verbetering. Het lijkt ons een goede suggestie om een wetenschappelijke, *evidence-based* beschrijving van beperkingen te gebruiken. Temeer omdat de AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition, die in Nederland regelmatig gebruikt wordt, ook gebaseerd is op het ICF-model. Voor zover wij weten, is er geen klinisch toepasbaar kader in de Nederlandse taal beschikbaar op alle vakgebieden. Binnen de sociale geneeskunde is er recent wel een instrument ontwikkeld, bestemd voor een betere communicatie en samenwerking tussen bedrijfsartsen enerzijds en verzekeringsartsen van het UWV anderzijds, dit in het kader van de Wet verbetering poortwachter. Dit zogenoemde BAR-instrument (Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratie) is gebaseerd op het ICF-classificatiesysteem en zal de komende vier jaar wetenschappelijk getoetst worden door het Amsterdam UMC en het UMCG.²⁴ De werkgroep zal dit onderzoek en de uitkomsten ervan met belangstelling volgen, aangezien de BAR mogelijk ook voor de private verzekeringsgeneeskunde een interessant instrument zou kunnen blijken. Wij hopen dat de suggestie van het verbeteren van de beschrijving van beperkingen ook opgepakt zal worden door anderen: zoals de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR), de Werkgroep Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid (WIA) van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). De ontwikkeling van een *evidence-based* en reproduceerbaar systeem, bijvoorbeeld gebaseerd op ICF, zou in overweging kunnen worden genomen.

Bij de vragen 19 en 20 komt vaak de suggestie naar voren om het percentage blijvende invaliditeit weer toe te voegen aan de IWMD-vraagstelling. Eventueel een percentage blijvende invaliditeit versus de situatie zonder ongeval. Bij de revisie van 2010 is deze vraag bewust naar het optionele gedeelte verplaatst.²⁵ In de praktijk blijkt zij om diverse redenen niettemin haast standaard toch te worden gesteld. Als men deze zogenoemde ‘BI-vraag’ weer standaard zou willen opnemen, zou de vraag uit de versie van 2005 in ere kunnen worden hersteld. Deze luidt als volgt:

BIGP-vraag:

- 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?

Aangaande de antwoorden op de vragen 19 en 20: enkele respondenten (n = 2) doen de suggestie van een *disclosure statement* als standaard. De onderzoeksgroep van de VU heeft in 2003 een model voor een *disclosure statement* gepubliceerd.²⁶ Dat model is in de rechtspraak verschillende keren toegepast, maar stuitte bij de medisch specialisten wel op verzet. De werkgroep betwijfelt of hernieuwd op het gebruik van een *disclosure statement* zou moeten worden ingezet, omdat wij niet of nauwelijks van problemen horen met het niet onthullen of onbekend zijn van affiliaties van experts. Bovendien bieden de vigerende richtlijnen van de beroepsgroepen (NVvN, RMSR) de nodige aanwijzingen betreffende de noodzakelijke onpartijdigheid en neutraliteit van de expert. Voor expertises in de context van medische aansprakelijkheid zou dit anders kunnen liggen; een geraadpleegde deskundige kan immers beter geen directe collega dan wel anderszins nauw contact van de aansprakelijk gestelde arts zijn, om een voldoende neutraal oordeel te kunnen geven over diens handelen.

Meerdere respondenten geven aan bij antwoorden op vraag 21 dat de IWMD-vraagstelling niet goed toepasbaar is bij een vermeende medische fout. De IWMD-vraagstelling was hiervoor ook nooit bedoeld. De werkgroep stelt wel vast dat er behoefte is aan een dergelijke vraagstelling. Die is destijds ook onderwerp geweest van beraadslagingen van de IWMD. De onderzoeksgroep van de VU heeft in 2009 over de uitkomsten daarvan een artikel gepubliceerd.²⁷ Het schijnt dat binnen de Expertgroep Personenschade van de Rechtspraak deze kwestie inmiddels is opgepakt.²⁸

Uit de antwoorden blijken ook pessimistische verwachtingen: er zijn respondenten die niet verwachten dat er met aanpassingen tot een goede vraagstelling gekomen zal worden. Er zijn respondenten die aangeven niet meer met GAV-verzekeringsartsen te werken, maar een veel breder veld te raadplegen. Een enkeling vindt de GAV-vraagstelling juist beter.

Bij de antwoorden op vraag 19 komen suggesties naar voren om de expert te bevragen naar klachten en beperkingen die betrokkene heeft die buiten het desbetreffende vakgebied vallen.

24 Zie D. Wieman & W. Otto, ‘BAR 1.0: een goede start’, *TBV* (30) 2022, afl. 1-2, p. 10-13.

25 Zie Van, Akkermans & Wilken 2009.

26 Zie Smeehuijzen 2003.

27 Zie Akkermans, Hendrix & Van 2009.

28 Dit mede naar aanleiding van de beschikking van de rechtbank Midden-Nederland van 26 mei 2021, ECLI:NL:RBMNE:2021:2823.

Ook worden er meerdere opmerkingen gemaakt over beperkingen.

Tot slot willen wij nog een optie meegeven ten aanzien van de aan de betrokkene te adviseren beperkingen vanuit een preventief oogpunt. Dit zou kunnen passen in een vaststellings-overeenkomst (VSO) met daarin een voorbehoud voor toekomstige risico's, en kan goed advies zijn voor een betrokkene.

Suggestie vraag 1.g: 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?

Het vervolg

De hier genoemde opties zijn nadrukkelijk niet meer dan dat. Zoals gezegd zijn de volledige resultaten van de enquête, de hier geformuleerde opties voor revisies en andere relevante documenten te raadplegen op de website van De Letselschade Raad. Professionals uit de letselschadebranche wordt gevraagd daarop hun visie te geven. Het is aan De Letselschade Raad om verder vorm te geven aan een eventueel vervolg.