

De IWMD-vraagstelling - evaluatie en ideeën voor revisie

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

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 en is dus inmiddels ruim 12,5 jaar in gebruik. Vanuit de praktijk werd al langere tijd aangedrongen op een revisie.

De Letselschade Raad, de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringzaken (GAV) en de Vrije Universiteit Amsterdam hebben na overleg een werkgroep gevormd die eind 2019 een enquête over de IWMD-vraagstelling heeft verspreid onder professionals werkzaam in de letselschade. In dit artikel bespreken wij de resultaten van deze enquête en de opties voor mogelijke revisie die daaruit lijken voort te vloeien. Hierin zijn reacties n.a.v. het abstract gepresenteerd op de VG-dagen november 2022 ook meegenomen. De volledige resultaten van de enquête, de hier geformuleerde opties voor revisies en andere relevante documenten zijn te raadplegen in een uitgebreidere versie in Tijdschrift Vergoeding Personenschade (TVP) 2022 (2), en op de website van De Letselschade Raad.

Inleiding

Afgelopen voorjaar publiceerden wij in het tijdschrift voor Vergoeding Personenschade het artikel “Evaluatie

van de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval - resultaten van een enquête en opties voor revisie” over de revisie van de zogenoemde IWMD-vraagstelling. Professionals en organisaties werkzaam in de letselschade zijn uitgenodigd hierop reacties te geven die zullen worden gepubliceerd op de website van De Letselschade Raad. Op de verzekeringsgeneeskundige dagen (VG-dagen) van november 2022 heeft Angelique Reitsma een presentatie gegeven waarop eveneens reacties zijn ontvangen. Op deze plaats geven wij een samenvatting van de uitkomsten van de revisie tot dusver, geven wij de reacties naar aanleiding van de VG-dagen beknopt en geanonimiseerd weer, geven wij onze persoonlijke visie op de uitkomsten, en als bijlage bij dit artikel publiceren we een discussie document dat dienstbaar zou kunnen zijn bij de verdere revisie van de IWMD-vraagstelling.

Wat vooraf ging

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 destijds 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 in samenwerking met in de praktijk werkzame personen in het kader van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD).⁵ 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 uitgewerkt⁶ – is deze versie sindsdien niet meer herzien noch weg te denken uit de dagelijkse praktijk van de medisch adviseur letselschade. 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

Affiliaties auteurs

- * Angelique Reitsma is verzekeringsarts Register Geneeskundig Adviseur (RGA), medisch adviseur bij ASR verzekeringen, en onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam
- ** Lyan Koudstaal is verzekeringsarts Register Geneeskundig Adviseur (RGA), en medisch adviseur bij Univé Rechtshulp
- *** Dirk van Arkel is verzekeringsarts en forensisch arts KNMG, en medisch adviseur bij Lechner Consult
- **** Arno Akkermans is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam

Wat de ongevalsgevolgen zijn is in de context van een letselschadezaak uiteindelijk een juridische vraag. De antwoorden van de expertiserend 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 causaliteitsvraag⁹ 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 zoveel mogelijk aan te sluiten bij de inmiddels verschenen Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR).¹⁰

De huidige versie van de IWMD-vraagstelling is inmiddels ruim 12,5 jaar in gebruik. Vanuit de praktijk werd al langere tijd vanaf meerdere kanten aangedrongen op een revisie. Er werd al input geformuleerd door partijen zoals van de 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.¹¹

Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

Zoals gezegd hoort de IWMD-vraagstelling sinds 2012 als een van de werkdocumenten van de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) en valt zij onder auspiciën van De Letselschade Raad.¹² In overleg tussen De Letselschade Raad, de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) en de Vrije Universiteit Amsterdam 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 Angélique Reitsma, onderzoeker bij de VU, medisch adviseur bij A.S.R. en toenmalig voorzitter van de Permanente Adviescommissie Personenschade (PAP) van de GAV, en Ben Blankers, tevens lid van de PAP. 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 corona-pandemie 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; Lyan Koudstaal en Dirk van Arkel, beiden leden van de PAP en resp. 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. Helaas werden er 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.

Omdat wij als werkgroep het betreunden dat na zoveel tijd en inspanning alle data ongebruikt zouden blijven, besloten wij om toch alle resultaten van onze enquête op te schrijven. Nu opnieuw op verzoek van het bestuur van de GAV. Bij dit manuscript publiceren we ook een discussie document dat gebruikt zou kunnen worden als uitgangspunt voor verdere revisie van de IWMD-vraagstelling. In dit discussie document hebben wij de Richtlijn van de NVMSR april 2016 toegepast.

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 kende 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 bijlage bij dit artikel (zie kader) en op de website van De Letselschade Raad. De enquête werd middels een zgn. 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 Gerechtigd 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, (voor een volledige lijst zie TVP 2022(2)).

Aan alle geadresseerden (244 e-mailadressen) werd tevens verzocht om de enquête zoveel 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 en zijn te vinden op de website van De Letselschade Raad.¹³ 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. Daarna 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 corona-pandemie en personele problematiek. Begin 2021 werden door de werkgroep in een nieuwe samenstelling (Akkermans, Reitsma, Koudstaal en Van Arkel) de reacties van de enquête 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 enquête vragen:

1. Vanuit welke professionele hoedanigheid gebruikt u/uw organisatie de IWMD-vraagstelling? U mag meerdere antwoorden aankruisen. Jurist/advocaat, 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. Hoe lang 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 vs. 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 verbeter-suggesties 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 waren 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 (op eigen titel, waarschijnlijk).

De grootste groep respondenten had meer dan 11 jaar ervaring in de letselschade (73%), verder resp. 6-10 jaar (17%) en 0-5 jaar (9%) (*vraag 3*). Eveneens de grootste groep (77%) gebruikt de huidige IWMD-vraagstelling sinds het begin; januari 2010. Zeventien procent sinds ongeveer 5 jaar, 4% sinds recentelijk en 2% had hem nog nooit gebruikt (*vraag 4*).

De meerderheid van de respondenten (67%) gebruikt de vraagstelling 'meestal'. Daarna volgt 24%, die hem 'altijd' inzet. Kleinere percentages antwoordden 'soms' (3%), 'zelden' (4%) of 'nooit' (2%) (*vraag 5*). Van degenen, die de vraagstelling zelden of nooit gebruiken, gaven 12 personen bij *vraag 6* een toelichting. Honderdzes personen gaven bij *vraag 7* een toelichting waarom zij de IWMD-vraagstelling altijd, meestal of soms gebruiken. Aangevoerde redenen om de IWMD-vraagstelling niet altijd te gebruiken waren o.a. dat deze ongeschikt is bij medische beroepsaansprakelijkheid, bij psychiatrische en verzekeringsgeneeskundige expertises, of onnodig bij simpele zaken. Drieëntachtig respondenten lichten toe, waarom zij de vraagstelling (soms) niet gebruiken; o.a. omdat het een juridisch instrument is, waarbij juridische causaliteit geen probleem is, maar medische wel, of dat er nog steeds discussie resteert, zeker bij niet-objectiveerbare klachten.

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 vs. 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. Vier juristen hebben geen mening, 3 vinden van niet.

De *medici* (de medisch adviseurs en de deskundigen samengenomen), 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. Eenentwintig vinden het geen goed middel. Twee medici hebben de vraag niet beantwoord, 2 van de medici hebben geen mening. Daarnaast zijn er 6 respondenten met zowel medische als juridische achtergrond: 5 daarvan 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%). Negen hiervan zijn medisch adviseur namens aansprakelijke partij (2 daarvan zijn ook deskundige), 7 zijn medisch adviseur voor belangenbehartiger, 3 medisch adviseurs voor zowel verzekeraar als belangenbehartiger en 2 zijn deskundigen.

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 ook uitsplitsen tussen juristen en medici, zien we dat van de 59 juristen er 27 (46%) vinden 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: er antwoordden 17 '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 juridische als medische achtergrond antwoordden er 3 dat middels de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade wel kan worden vastgesteld; 3 ervan antwoordden 'soms wel, soms niet'.

Op *vraag 11*, 'Indien (soms) niet, kunt u dit toelichten?' kwamen 69 opmerkingen; onder andere stelden respondenten, dat er ook na expertise regelmatig nog wel ruimte voor discussie, zeker bij niet objectiveerbaar letsel, blijft, of dat de medische beoordeling een andere is dan de juridische.

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

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 ervaren komen bijvoorbeeld voort uit verondersteld onbegrip van experts over de voorgelegde vragen of het concept definitieve eindsituatie, dat de conclusies van de expert niet goed te volgen zijn, of dat de expert van de juridische consequenties van vraag 2 (de situatie zonder ongeval) onvoldoende besef lijkt te hebben.

Ten aanzien van de eventuele verbeter-suggesties, vraag 16, gaven 38 respondenten hun suggesties: *'vraag ook naar de situatie zonder ongeval buiten het eigen vakgebied' / 'toelichting wijzigen, hierin duidelijk aangeven dat de expert, als hij geen diagnose op zijn vakgebied kan stellen, 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? Welke 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 wel 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 onder meer: *'ja, enkel met WAD e/o niet objectieverbaar letsel als uitzondering / '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 zonder ongeval i.p.v. vóór ongeval / moeten ruimer worden beschreven, bijv. duurbepanking erbij e/o impact van pijn / beperkingen volgens FML 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 verzekeringarts-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 beperkingen die cliënt heeft vallen buiten uw vakgebied / (lieft recente) literatuurverwijzing / concretere vragen stellen / welke beperking medisch causaal kunnen worden verklaard / vindplaats toevoegen: "kunt u daarbij aangeven of deze vraag wordt beantwoord op basis van anamnese of dat dit wordt afgeleid uit het medisch dossier?"'*

De antwoorden 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 uitnodiging om contactinformatie achter te laten om eventueel benaderd te worden; 39 personen namen die aan. Deze personen werden eind 2021 uitgenodigd om deel te nemen aan de expertmeeting, die echter om inmiddels bekende redenen werd geannuleerd.

Tijdens de VG-dagen op 4 november 2022 werd er tijdens een parallel sessie gehouden, waarin ons abstract van het TVP-artikel én met name het discussie document met erin onze opties voor mogelijke aanpassingen werden gepresenteerd. Naar aanleiding van dat discussie document kwamen nog enkele aanvullende opmerkingen van vier aanwezige medici (verzekeringartsen / medisch adviseurs):

‘Vragen naar algehele gezondheidstoestand (buiten vakgebied deskundige) verplaatsen naar vraag 3 om verwarring deskundige te voorkomen / Vraag naar BIGP op 2 plaatsen om de systematiek van huidige situatie, en situatie zonder ongeval te handhaven / Bij vraag 2 en alle sub-vragen daarvan, daar waar nu ‘klachten en/of afwijkingen’ staat, een splitsing maken, dus apart vragen naar (objectiveerbare) afwijkingen zonder ongeval en daarna vragen naar klachten zonder ongeval. Namelijk, omdat voor het onderbouwen van een medisch causaal verband (wat toch de kern is van de expertise) er sprake moet zijn van medisch objectiveerbare ongevalsgerelateerde afwijkingen. Daarom moet je aan de expertisearts expliciet vragen of er zonder ongeval afwijkingen zijn. Nu wordt er gevraagd naar afwijkingen en/of klachten zonder ongeval en wordt er vaak door de expertisearts geantwoord dat er zonder ongeval geen klachten zouden zijn geweest. In bepaalde casus (bijv. whiplash), waarbij er geen objectiveerbare afwijkingen zijn vastgesteld, wordt dan snel de conclusie getrokken dat de klachten dus ongevalsgevolg zijn, terwijl er dan geen onderbouwing is voor een medisch causaal verband. Tweede argument is dat het duidelijker maakt dat er een verschil is tussen de klachten die betrokkene ervaart en de (eventuele) afwijkingen die kunnen worden vastgesteld / Bij vraag 2.c, de situatie zonder ongeval, graag het woordje ‘huidige’ verwijderen, omdat dit verwijst naar de klachten die op dit moment aanwezig zijn. Deze huidige klachten zijn immers al in kaart gebracht in vraag 1. De bedoeling van deze vraag 2 is immers, dat ook in kaart wordt gebracht of iemand beperkt was in de situatie het ongeval weggedacht, in zijn volledigheid. Bovendien doet het woord ‘huidige’ geen recht aan de vraag naar de hypothetische situatie het ongeval weggedacht, omdat dit zal worden opgevat dat een expert alleen maar een uitspraak mag doen over de huidige klachten in de hypothetische situatie zonder ongeval (de

respondent gaf hierbij enkele voorbeelden) / Klachten alleen geven geen aanleiding tot het stellen van beperkingen, afwijkingen wel. Bij subvragen 2.c, 2.d en 2.e kan de term ‘klachten’ dus eigenlijk wel worden verwijderd omdat ze geen consequenties hebben.’

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 beoordelen, degenen werkzaam voor slachtoffers oververtegenwoordigd waren t.o.v. diegenen die voor de aansprakelijke partij werken (67 respondenten vs. 41 respondenten). De verdeling juristen vs. medici die hadden meegedaan was ongeveer gelijk; resp. 89 vs. 88 respondenten. De werkgroep acht dit een representatieve vertegenwoordiging 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. Hiernaar kan alleen worden geschat; indien alle 244 origineel geadresseerden de link hypothetisch naar 2-4 collega's doorstuurden, ontvingen mogelijk rond 732 tot 976 personen de enquête. Met 127 antwoorden is dan een response-rate van schatterderwijs 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 verbeteringen van de vraagstelling. Van de 127 respondenten waren 39 personen (30%) bereid om 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 letselschade om de medische voorwaarden voor afwikkeling te kunnen bepalen. De meeste professionals werkzaam in deze branche 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 blijvende geringe enthousiasme van medisch adviseurs is in lijn met hun antwoorden op de vragen 14 t/m 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 30 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),¹⁴ zelfs al op kleine schaal werden ingevoerd (zie de reacties op de enquête),¹⁵ en dat nadien, buiten de enquête om, een alternatieve vraagstelling is vervaardigd door de VEMAS.¹⁶

Voor- en nadelen zoals aangegeven door de respondenten hebben we uitgebreider besproken in ons manuscript in TPV. Hiervoor verwijzen we naar dit manuscript.

Gezien deze uitkomsten zijn wij van mening dat de aanpassingen van de IWMD-vraagstelling met name gericht moeten zijn op het begrip van de medici. Immers, de vraagstelling is destijds opgesteld als juridisch document en als zodanig is het vanuit medische optiek niet ideaal; de verwoording is niet overall medisch 'kloppend' en de opzet kan als omslachtig en ondoorzichtig worden ervaren, waardoor er ruimte ontstaat voor onjuiste gevolgtrekkingen. Ons inziens zouden de veranderingen juist de medici behulpzaam moeten zijn bij het beter beantwoorden (door de experts) en verwerken (door de medisch adviseurs) van de vragen. Hiermee zou de formulering van de medische voorwaarden voor afwikkeling eenvoudig moeten kunnen worden. Zo zal voor alle gebruikers, incl. juristen zoals schadebehandelaren, schaderegelaars, huisadvocaten, belangenbehartigers en uiteindelijk rechters, de kwaliteit van het expertiserapport 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 voorstellen voor daadwerkelijk door te voeren wijzigingen. Bij gebrek 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 geformuleerde opties zijn samengevoegd in het hier gepresenteerde concept. Hierin hebben wij getracht om de gemelde problemen zo goed mogelijk te remediëren, waaronder middels uitgebreidere toelichtingen, toevoegen van meer gerichte vragen en aanbrenge van nuance waar nodig.

Enkele van de ervaren problemen werden volgens onze respondenten veroorzaakt door: verschillende denkkaders (medisch adviseur verzekeraar vs. medisch adviseur slachtoffers), onduidelijkheid over mogelijke pre-existentie, onvolledige bronnen o.a. 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 verbeterd kan worden 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 en het discussie document).

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.

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. ICF-methode van de WHO. Beantwoording blijkt extra lastig bij moeilijk objectiveerbaar letsel, WAD en bijv. 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 zgn. BAR-instrument (Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratie) is gebaseerd op het ICF-classificatie systeem en zal de komende vier jaar wetenschappelijk getoetst worden door het Amsterdam UMC en het UMCG.¹⁷ 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 beschrijving van beperkingen ook opgepakt zal worden door anderen: zoals de NVMSR, de WIANOV van de NOV en de NVN. Ontwikkeling van een evidence based en reproduceerbaar systeem, bijvoorbeeld gebaseerd op ICF, zou in overweging kunnen worden genomen.

Ook kwam vaak de suggestie naar voren om het percentage blijvende invaliditeit weer toe te voegen aan de IWMD-vraagstelling. Eventueel een percentage blijvende invaliditeit vs. de situatie zonder ongeval. Bij de revisie van 2010 is deze vraag bewust naar het optionele gedeelte verplaatst.¹⁸ Verder deden enkele respondenten (n=2) een suggestie van een disclosure statement als standaard. De onderzoeksgroep van de VU heeft in 2003 een model voor een disclosure statement gepubliceerd.¹⁹ 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 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. Deze behoefte 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.²⁰ Het schijnt dat binnen de Expertgroep Personenschade van de rechtspraak deze kwestie inmiddels is opgepakt.²¹

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.

Tot slot willen wij nog een optie meegeven ten aanzien van de aan de betrokkene te adviseren beperkingen vanuit een preventief oogpunt.

Het vervolg

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. Daarnaast proberen wij via de website van De Letselschade Raad een mogelijkheid te creëren om inhoudelijk te reageren op de suggesties en ook om te inventariseren hoe revisie voort zou kunnen gaan.

Wij als leden van de werkgroep zien uit naar reacties op deze GAVScoop publicatie van jullie als collega medisch adviseurs van beide 'bloedgroepen'. Met constructieve inbreng van beide 'gezindten' zal de komende versie van de IWMD-vraagstelling een beter werkzaam instrument kunnen worden. Een verbeterde IWMD-vraagstelling is voor alle betrokken partijen, niet in de laatste plaats voor de slachtoffers die de onafhankelijke expertises ondergaan, ons inziens een gunstige ontwikkeling.

(www.gavscoop.nl/appendix-koudstaal2022)

Referenties:

1. Zie A.J. Van, A.J. Akkermans en 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, nr. 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, nr. 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 onder andere 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 en 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 scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?, GAVscoop 2011, nr. 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 uitgevers, 2015.
8. Zie <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>
9. 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 A.J. Akkermans, Causaliteit bij letselschade en medische expertise, TVP 2003, p. 93-104.
10. Zie <https://nvmsr.nl/publicaties/>
11. Alle beschikbare informatie is te vinden op de website van De Letselschade Raad. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
12. Zie <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>
13. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
14. Zie <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
15. Te raadplegen op <https://deletselschaderaad.nl/activiteit/werkgroep-iwmd-vraagstelling-evaluatie-en-revisie/>
16. De VEMAS-vraagstelling is te downloaden op <https://www.vemas.nl/richtlijnen-protocollen/>
17. Zie D. Wieman, W. Otto, BAR 1.0: een goede start. TBV 2022, nr. 1-2, jaargang 30, pg. 10-13.
18. Zie A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval, TVP 2009 p 33-40.
19. Zie J.L. Smeehuijzen, Wie is de deskundige eigenlijk? Pleidooi voor een ‘disclosure statement’, TVP 2003, p. 126-129.