

Reactie op het artikel ‘Evaluatie van de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval – resultaten van een enquête en opties voor revisie’ (TVP 2022, p. 1-14)

*Mr. M.G.F. de Graaff-Bosch, mr. I.W.A. Roelandschap, mr. J.I. van der Winden en mr. A.M. Wolf**

Algemeen

De Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD), die in 2004 aan de wieg stond van de IWMD-vraagstelling, werd gevormd door een uitgebalanceerd gezelschap, dat van alle markten thuis was en daardoor in staat om een breedgedragen product af te leveren.¹ Deze interdisciplinaire werkgroep² is nu niet meer actief.

De huidige versie van de IWMD-vraagstelling, het laatste product van deze interdisciplinaire werkgroep voor wat betreft de IWMD-vraagstelling, dateert van januari 2010.³ In 2012 werd de vraagstelling een werkdocument van de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL). Daarmee is, aldus de auteurs van de recente evaluatie (hierna: Reitsma e.a.), de verantwoordelijkheid voor de IWMD-vraagstelling bij De Letselschade Raad (DLR) komen te liggen. Het is de vraag of toevoeging van de IWMD-vraagstelling aan de GBL achteraf gezien een gelukkige keuze is geweest. DLR is zelf ook nog in ontwikkeling en moet zijn eigen

governancemodel nog ontwikkelen, wil hij een werkelijk onafhankelijke positie in de branche innemen zoals eerder de onderhavige interdisciplinaire werkgroep dat wel kon, aldus de auteurs van dit artikel (hierna: de auteurs). Het belang van de IWMD-vraagstelling voor onze branche is daarmee in ieder geval wat ondergesneeuwd.

Waarschijnlijk om de voortgang in het traject van de evaluatie van de IWMD-vraagstelling enigszins te behouden hebben Reitsma e.a. ervoor gekozen een eerste tussenstand van de evaluatie te publiceren. Ook beschrijven Reitsma e.a. expliciet de noodzaak om bij het vervolg van de evaluatie de Rechtspraak en andere ketenpartners uit de branche te betrekken.

Reitsma e.a. hebben in het kader van de evaluatie ook een enquête uitgezet. Alle enquêtevragen en een overzicht van de uitkomsten van de enquête zijn te vinden in het artikel van Reitsma e.a. en op de website van de letselschaderaad.⁴ Uiteindelijk hebben 127 personen de enquêtevragen beantwoord.

Alle disciplines die destijds waren vertegenwoordigd in de IWMD en zich met de opstelling van de IWMD-vraagstelling bezighielden, zouden naar het oordeel van de auteurs ook nu weer bij een evaluatie van deze vraagstelling moeten worden betrokken. Bij de huidige evaluatie zijn tot nu toe niet alle disciplines betrokken geweest, zo ontbreekt een blik vanuit de rechterlijke macht en is er ook geen jurist/advocaat betrokken geweest bij de evaluatie.

De IWMD-vraagstelling is bedoeld om juristen de bouwstenen te geven om te kunnen beoordelen wat de schade is als gevolg van een bepaald voorval, met andere woorden om de vraag naar de juridische causaliteit te kunnen beantwoorden. Omdat de IWMD-vraagstelling en de daaruit voortvloeiende rapportage zowel in als buiten rechte wordt gebruikt, is het

* Mr. M.G.F. de Graaff-Bosch is advocaat bij BAEN Advocatuur te Utrecht. Mr. I.W.A. Roelandschap is advocaat bij Slot Letselschade te Zeist. Mr. J.I. van der Winden is advocaat bij Maet Advocaten te Almere. Mr. A.M. Wolf is advocaat bij Wolf Advocaten te Haarlem. Alle auteurs zijn lid van de commissie Wetgeving van ASP.

1 De samenstelling van deze werkgroep was als volgt: advocaten van de slachtofferkant en van verzekeraarszijde, medisch adviseurs van de slachtofferkant en van verzekeraarszijde, deelnemers vanuit de wetenschap, deelnemers vanuit de rechterlijke macht, deelnemers vanuit het Platform Medisch Specialist en Recht, en deelnemers vanuit de KNMG. Zie ook A.J. Akkermans, ‘Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak’, *TVP* 2005, p. 69-80.

2 De werkgroep is destijds opgericht in het kader van een empirisch-juridische onderzoekslijn aan de VU op het snijvlak van gezondheid en recht die is ontstaan vanuit de behoefte om knelpunten in de praktijk aan te pakken.

3 Zie A.J. Van, A.J. Akkermans & A. Wilken, ‘Nieuwe versie IWMD – vraagstelling causaal verband bij ongeval’, *TVP* 2019, p. 33-40.

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

ontzettend jammer dat de rechterlijke macht niet heeft willen/kunnen deelnemen aan de enquête. Mogelijk kan de landelijke Expertgroep Personenschade deze input voor de IWMD-vraagstelling alsnog geven vanuit de rechterlijke macht. Overigens kan uit de jurisprudentie wel worden afgeleid dat de rechterlijke macht de IWMD-vraagstelling vaak door partijen laat gebruiken en deze ook zelf gebruikt.

In de versie van de IWMD-vraagstelling van 2010 werd getracht zo veel mogelijk aan te sluiten bij de inmiddels verschenen Richtlijn medisch-specialistische rapportage⁵ (RMSR). De Vereniging Medisch Adviseurs aan Slachtofferzijde (VEMAS) heeft omstreeks 2019 een eigen vraagstelling opgesteld, maar deze is voornamelijk niet breed in de branche omarmd.⁶

De werkgroep die zich vervolgens in 2019 – in overleg tussen DLR, de Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (GAV) en de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) – bezig is gaan houden met de recente evaluatie van de IWMD-vraagstelling had zoals gezegd (helaas) een beperkte samenstelling. Betrokken waren:

- een wetenschapper;
- een medisch adviseur van een aansprakelijkheidsverzekeraar;
- een medisch adviseur van slachtoffers en een van een rechtsbijstandsverzekeraar, beiden lid van de Permanente Adviescommissie Personenschade (PAP).⁷

De samenstelling van deze werkgroep is sinds 2019 in beperkte mate gewijzigd. De auteurs van het artikel van Reitsma e.a. zijn allen ook lid van deze werkgroep.

Advocaten van beide zijden, dus zowel slachtofferadvocaten als verzekeringsadvocaten, ontbraken in de werkgroep. Ook de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) deed nu niet mee, evenmin als de rechterlijke macht. Daarnaast is een geplande expertmeeting in oktober 2021 niet doorgestaan. Hierdoor kunnen we op dit moment nog niet spreken van een echte evaluatie van de IWMD-vraagstelling. De auteurs kunnen dan ook van harte instemmen met het door Reitsma e.a. ingenomen standpunt: er moet nog meer werk worden verzet, willen we tot een goede evaluatie van de IWMD-vraagstelling komen.

Uitkomsten enquête

IWMD-vraagstelling bedoeld voor juristen

De werkgroep heeft dus eind 2019 de hierboven genoemde enquête uitgezet om het gevoel in de branche te peilen en in-

put vanuit de branche te verkrijgen. Uit de enquête blijkt dat de overgrote meerderheid van de juristen (89%) tevreden is over de huidige IWMD-vraagstelling. Ook de meerderheid van de medici (zowel medisch adviseurs als experts) is tevreden, maar in mindere mate: 59%. Aangezien de IWMD-vraagstelling is bedoeld om juristen te helpen, namelijk om te komen tot een goede schaderegeling in letselschadezaken, stemt de tevredenheid van de overgrote meerderheid van de juristen positief. Dat zou slechts anders kunnen zijn als blijkt dat de ontevredenheid van de medici is gelegen in het feit dat zij de vraagstelling niet goed begrijpen of relevante factoren niet kwijt kunnen in de rapportage vanwege de vraagstelling. Dat zou immers kunnen betekenen dat de gegeven antwoorden en de uitgebrachte rapportage wellicht niet alle bouwstenen opleveren die de jurist denkt te ontvangen. Uit de antwoorden op de betreffende vragen uit de enquête blijkt dat inderdaad mogelijk het geval te zijn en er is dus reden om de vraagstelling nog eens onder de loep te nemen. Een goede, volwaardige evaluatie van de IWMD-vraagstelling is dus gewenst.

Niet geschikt voor medische aansprakelijkheidszaken

Daarnaast dient te worden opgemerkt dat de IWMD-vraagstelling niet geschikt is om in medische aansprakelijkheidszaken te beoordelen of mogelijk sprake is van verwijtbaar medisch handelen. In dit kader zou nog kunnen worden gedacht aan het ontwikkelen van een aparte standaardvraagstelling voor medische aansprakelijkheidszaken. Hier is eerder door de werkgroep al over nagedacht, maar er kon geen consensus over worden bereikt.⁸ Wel kan de IWMD-vraagstelling soms worden gebruikt om, wanneer verwijtbaar medisch handelen is vastgesteld, te beoordelen wat de gevolgen zijn van dat verwijtbaar handelen. Niet zelden is het in deze zaken echter voor een expert heel lastig om aan te geven hoe het waarschijnlijke ziekte-/herstelbeloop zou zijn geweest zonder het verwijtbaar medisch handelen in vergelijking met het ziekte-/herstelbeloop na het verwijtbaar medisch handelen. Ingewikkelde discussies tussen juristen over de omvang van de schade (het causale verband tussen het verwijtbare medisch handelen en de schade die daar al dan niet het gevolg van is) zijn daarvan dan het gevolg.

Opnemen extra vraag weinig gebruikt

Het valt de auteurs op dat er weinig gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om in de standaard IWMD-vraagstelling desgewenst een eigen extra vraag op te nemen, bijvoorbeeld een extra vraag over nog mogelijke behandelopties, of in geval van een tussentijdse expertise (bijvoorbeeld bij jonge kinderen) de vraag wanneer een volgende expertise wenselijk zou zijn of wanneer er naar verwachting sprake is van een medische eindsituatie (dit wordt deels ondervangen met vraag 1h t/m 1k). Wel wordt in de praktijk overigens vaak gebruik gemaakt van de mogelijkheid om na de ontvangst van het concept-expertiserapport nog aanvullende vragen te stellen. Voor goede

5 Richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband, april 2016.

6 Zie voor deze vraagstelling www.vemas.nl/richtlijnen-protocollen/.

7 De PAP is voortgekomen uit de Aandachtscommissie Personenschade van de GAV. Medisch adviseurs van verzekeraars en rechtshulpverleners kant zijn hierin vertegenwoordigd. De commissie adviseert gevraagd en ongevraagd het bestuur van de GAV.

8 A.J. Akkermans, L.G.J. Hendrix & A.J. Van, 'De vraagstelling voor expertises in medische aansprakelijkheidszaken', *TVP* 2009, p. 89-99.

acceptatie van het rapport door beide partijen is het ook belangrijk dat beide partijen alle vragen kunnen stellen die zij willen. Door gebruik te maken van de mogelijkheid om een extra vraag aan de IWMD-vraagstelling toe te voegen kunnen partijen maatwerk bieden in de individuele casus, waardoor de kwaliteit van de schaderegeling voor het slachtoffer en alle overige bij de schaderegeling betrokken partijen wordt verbeterd.

Medische voorgeschiedenis

Sommige respondenten geven aan dat inzage in de gehele medische voorgeschiedenis ontbreekt, terwijl dat naar hun mening wel noodzakelijk zou zijn. Dit door respondenten aangedragen punt regardeert de IWMD-vraagstelling niet. De verantwoordelijkheid voor het completeren van het medisch dossier ligt in eerste instantie bij partijen. Vervolgens laten partijen het weer aan de deskundige over om de eventueel ontbrekende medische informatie op te vragen die hij nodig heeft om de aan hem gestelde vragen te beantwoorden. Zo worden overbodige discussies tussen partijen en ‘fishing expeditions’ voorkomen.

In de resultaten van de enquête wordt vaak genoemd dat (bijvoorbeeld via de huisarts) niet alleen de volledige voorgeschiedenis en thuismedicatie voorafgaand aan deskundigenonderzoek zouden moeten worden opgevraagd, maar dat de gezamenlijke deskundige ook het algemeen functioneren voor het ongeval zou moeten omschrijven zoals dat staat in de ontvangen medische informatie, en dan niet alleen op zijn vakgebied. Dit lijkt de auteurs geen goed idee. De in gezamenlijk overleg aangezochte deskundige is een specialist op een bepaald vakgebied en het is om die reden niet verstandig om deze deskundige buiten zijn vakgebied te laten treden en een beschrijving te laten maken van het functioneren op een ander vakgebied. Overigens is het treden buiten het vakgebied van de deskundige niet alleen niet verstandig, maar feitelijk ook verboden, gelet op de RMSR.⁹

Onduidelijke beantwoording deskundige

Sommige respondenten noemen de onduidelijkheid in de beantwoording door de medisch deskundige, bijvoorbeeld:

‘Onduidelijkheid in de beantwoording door de medisch deskundige voor de juristen die met de rapportage van de deskundige moeten werken (schade moeten berekenen): bedoelt de medisch deskundige bijvoorbeeld dat letsel door het ongeval is ontstaan of dat letsel na het ongeval is ontstaan?’

Deze eventuele onduidelijkheid kan echter worden ondervangen door nadere vragen te stellen aan de deskundige na ontvangst van de conceptrapportage.

Juridische causaliteit

Van de respondenten vindt 37% dat door middel van de huidige vraagstelling de ongevalsgerelateerde schade adequaat kan worden vastgesteld, 61% zegt soms wel/soms niet en 2% zegt van niet. Het is dan wel de vraag wat de respondenten verstaan onder het vaststellen van schade. Wanneer je de IWMD-vraagstelling zou willen gebruiken om in één keer de volledige schadeomvang vast te stellen, dan is de IWMD-vraagstelling een hulpmiddel dat zeer zeker niet (volledig) voldoet. Daar is deze vraagstelling ook niet voor bedoeld. Gebruik je de IWMD-vraagstelling om een gezamenlijk traject op te starten om tot een kwalitatief goed definitief rapport van een medisch deskundige te komen, waarmee partijen vragen over de juridische causaliteit kunnen beantwoorden, om daarna het traject van het berekenen van de schade – eventueel met behulp van andere deskundigen, zoals een rekenaar en/of een arbeidsdeskundige – op te starten, dan voldoet de IWMD-vraagstelling wel. In ieder geval vindt 89% van de juristen dat en zij zijn ook degenen die de juridische causaliteitsvraag moeten beantwoorden.

Een respondent geeft ook aan:

‘Net als in de economie is prognosticeren in de geneeskunde een uiterst hachelijke en dus vaak speculatieve onderneming. Wanneer twee uiterst onzekere factoren (situatie met ongeval en 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.’

Het is juist dat verschillende toekomstige situaties met elkaar vergelijken een speculatief karakter heeft. Niet voor niets wordt vaak gezegd dat in de letselschadepraktijk met een glazen bol wordt gewerkt. Het invullen van de (juridische) causaliteit brengt een bepaalde vorm van speculatie met zich mee. De IWMD-vraagstelling kan partijen echter een noodzakelijk handvat bieden bij het beantwoorden van de vraag naar de (juridische) causaliteit.

Voorgestelde wijziging IWMD-vraagstelling

Op basis van de uitkomsten van de enquête heeft de werkgroep een aantal voorstellen gedaan voor wijziging van de huidige IWMD-vraagstelling. Hieronder wordt steeds eerst (voor zover dit is behandeld in het eerdere artikel in *TVP*) de originele vraagstelling benoemd en daarna de voorgestelde wijziging door Reitsema e.a. in datzelfde artikel. Vervolgens wordt door deze auteurs per vraag gereageerd op de voorgestelde wijzigingen. Aan het eind van dit artikel is ten slotte de volledige tekst geplaatst van de IWMD-vraagstelling zoals de auteurs die thans voorstaan.

Aanpassing algemene toelichting

Omdat uit de enquête naar voren komt dat er problemen worden ervaren met de manier van vragen stellen (te weinig consequent, te onduidelijk, te juridisch, te weinig medisch, medisch

⁹ Zie voor deze richtlijn www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/medisch-specialistische-rapportage-in-bestuurs-en-civiel-rechtelijk-verband.

versus juridisch causaal verband), stelt de werkgroep enkele toevoegingen voor aan de algemene toelichting.

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.

De auteurs merken daarover op dat er bij de voorgestelde wijziging geen duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen relevante en irrelevante medische klachten en/of beperkingen/diagnoses. Er wordt expliciet aangegeven: ‘Hierbij worden ook ongevalsvreemde, pre-existente of predisponerende factoren in beeld gebracht en gewogen.’ Dit is naar de mening van de auteurs te ruim en geeft een expert mogelijk het idee dat hij alles moet meewegen, dus ook alle informatie van buiten zijn vakgebied en alle (juridisch) irrelevante informatie.

Disclosure statement

In de IWMD-vraagstelling ontbreekt een disclosure statement. Het is inmiddels vrij gebruikelijk om een disclosure statement in de vraagstelling op te nemen, zodat de deskundigheid en onpartijdigheid van de expert kunnen worden geverifieerd. Er circuleren meerdere varianten van het disclosure statement.¹⁰ In de IWMD-vraagstelling aan het eind van dit artikel is het disclosure statement opgenomen zoals de auteurs dat voorstellen.

Er bestaat verschil van mening of dit disclosure statement voorafgaand aan de expertise door de deskundige dient te worden beantwoord of tegelijk met de beantwoording van de overige vragen.¹¹ Het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden is van mening dat een disclosure statement voorafgaand aan de benoeming van een deskundige aan deze dient te worden gevraagd en oordeelde op 30 augustus 2022 als volgt:

‘De vragen die onder het disclosure statement vallen zijn gebruikelijk in dit soort zaken, maar behoren in feite voorafgaand aan de benoeming van de deskundige gesteld te worden nu het gaat om het vaststellen van de deskundigheid en onpartijdigheid van de deskundige; logischerwijs wordt dit vooraf onderzocht en niet pas na benoeming.’¹²

10 Zie bijv. Akkermans 2005; J.L. Smeehuijzen, ‘Wie is de deskundige eigenlijk? Pleidooi voor een “disclosure statement”’, *TVP* 2003, p. 126-129.

11 Zie bijv. M. Visser, ‘Disclosure statement voorafgaand aan het inhoudelijk onderzoek door de deskundige: een idee met haken en Ogen’, *TVP* 2015, p. 35-39.

12 Hof Arnhem-Leeuwarden 30 augustus 2022, ECLI:NL:GHARL:2022:7468.

In hetzelfde arrest oordeelde het hof overigens ook over de begeleiding van een onervaren deskundige:

‘Ook een deskundige die weinig of geen ervaring heeft met rapporteren (in gerechtelijke procedures) kan op grond van zijn of haar expertise worden ingeschakeld. Het begeleiden van deze deskundige in een gerechtelijke procedure geschiedt door de rechter-commissaris (of, zoals hier, de raadsheer-commissaris).’

En:

‘Zij heeft niet eerder gerapporteerd als gerechtelijk deskundige; zij zal daarom extra begeleid worden door de raadsheer-commissaris bij vragen van haar zijde.’

Aan beide mogelijkheden kleven voor- en nadelen en het is aan partijen om per individuele zaak te beoordelen wat de voorkeur heeft. In zijn algemeenheid lijkt het de auteurs wenselijk om het disclosure statement voorafgaand aan de daadwerkelijke expertise te laten opstellen, zodat vooraf duidelijk is of de betreffende arts voldoende onafhankelijk is en over hoeveel ervaring hij beschikt in het schrijven van een expertiserapport. De auteurs gaan ervan uit dat de betreffende potentiële deskundige al zal zijn uitgezocht op zijn expertise en de vraag hierover dient dan ook meer ter bevestiging en nadere onderbouwing hiervan. Mocht blijken dat deze deskundige mogelijk niet onafhankelijk genoeg is, dan zou nog een andere deskundige kunnen worden benaderd. Indien de deskundige niet of nauwelijks ervaring heeft met het schrijven van een expertiserapport, dan kan deze deskundige door beide partijen gezamenlijk dan wel de rechtbank nauwer begeleid worden in het proces. Vraag d in het disclosure statement (de vraag over eventuele medisch-wetenschappelijk uiteenlopende opvattingen) zou wat de auteurs betreft ook later kunnen worden beantwoord, tegelijk met de overige vragen van de IWMD-vraagstelling.

Vraag 1a

Vraagt 1a 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 aan geeft 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?

De wijziging die hier wordt voorgesteld lijkt vooral een vereenvoudiging van het taalgebruik: 'de aard en de ernst van het letsel' wordt bijvoorbeeld 'de klachten en/of ervaren verschijnselen'. Naar het oordeel van de auteurs wordt door het weglaten van de term 'de aard en de ernst van het letsel' de mogelijkheid gemist om een beschrijving te geven van de aard en ernst van de verwondingen. Door alleen te vragen naar de 'klachten en/of ervaren verschijnselen' is er geen mogelijkheid om bijvoorbeeld te beschrijven welke schades aan het gebit, breuken of brandwonden er zijn ontstaan. Dit zijn immers geen klachten en/of ervaren verschijnselen.

Vraag 1b

Vraag 1b 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 de 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?

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/.

Bij deze voorgestelde wijziging is er in beginsel geen bezwaar tegen een verduidelijking van hetgeen wordt bedoeld met de 'medische voorgeschiedenis'. Wel vragen de auteurs zich af (overigens ook bij de huidige vraagstelling) tot hoever een expert daarin moet/mag gaan als het niet relevant is voor het bepalen van de omvang van de schade.

Deze vraag wordt ook uitgebreid naar 'relevante diagnoses buiten uw vakgebied'. In hoeverre kan een expert echter bepalen of punten die hij wenst te benoemen juridisch relevant zijn, zeker als dit buiten zijn vakgebied ligt. Naar onze mening is een expert onvoldoende in staat om te bepalen wat juridisch relevant is, en dát is nu juist waarover het gaat. Een dergelijke uitbreiding lijkt de auteurs daarom niet gewenst.

Met de laatste voorgestelde uitbreiding van 'het letsel' naar 'klachten en/of het letsel' zien de auteurs geen problemen en lijkt een dergelijke uitbreiding juist wenselijk, omdat klachten juist wél relevant zijn voor de bepaling van de omvang van de schade (denk hierbij aan niet-objectiveerbare klachten).

De voorgestelde toevoeging over het opvragen van extra medische informatie en de verwijzing daarbij naar de KNMG-richtlijn lijkt de auteurs in beginsel positief, maar beter zou zijn om de directe tekst (of delen van de tekst, zoals het proportionaliteitsbeginsel) van de medische paragraaf van de GBL¹³ te verwoorden. Wanneer hiertussen een keuze moet worden gemaakt, lijkt de tekst van de GBL de voorkeur te hebben, omdat de tekst van de KNMG over veel meer medische gegevens gaat dan enkel het verwerken van medische gegevens in het kader van een letselschadezaak. Hierdoor is de tekst van de KNMG mogelijk onvoldoende specifiek. De tekst van de medische paragraaf van de GBL is hier nu juist wél op gericht. Door enkel te verwijzen naar bepaalde andere teksten/bestanden moet een expert bovendien meer moeite doen en is het mogelijk dat deze zelf een inschatting maakt en niet zozeer de betreffende tekst opzoekt. Een directe uitleg/samenvatting is daarom naar het oordeel van de auteurs wenselijker.

Vraag 1h

In de voorgestelde wijziging van vraag 1h met de bijbehorende toelichting kunnen de auteurs zich vinden. De toelichting

En hierbij, deels afkomstig uit de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR) van april 2016, p. 22:

¹³ Par. 3.3 Medische Paragraaf van de GBL.

geeft helder weer wat het doel van de vraag is en waaraan de deskundige kan denken bij de beantwoording hiervan.

Algemene toelichting bij vraag 2

Het voorstel van Reitsema e.a. luidt om de volgende algemene toelichting te geven:

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.

De voorgestelde wijziging voor de algemene toelichting lijkt de auteurs niet wenselijk. De vraagstelling is geen ‘medische’ vraagstelling, maar een vraagstelling van juristen, waarop zij antwoord behoeven voor de afwikkeling van de schade. Het is niet nodig om de deskundige zo uitgebreid te informeren over de factoren die door juristen daarin worden meegewogen. De vraagstelling moet zodanig zijn dat de relevante factoren door de deskundige worden beschreven. De huidige algemene toelichting is naar de mening van de auteurs ‘to the point’ en duidelijk.

Vraag 2a

De vragen 2a en 2b luiden thans: **Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval**

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

2b. 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**

2a. 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.*

2b. Zo ja, kunt u dan aangeven welke *ongevalsvreemde beperkingen (aanbeveling 2.2.17 en 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?*

Ook bij vraag 2a wordt voorgesteld om de vraagstelling zo te wijzigen dat een deskundige informatie dient te verstrekken over klachten *en/of* beperkingen buiten zijn vakgebied. De vraag is in hoeverre dit wenselijk is. Feitelijk zou de deskundige dan onderzoek moeten doen naar de volledige voorgeschiedenis van een slachtoffer. De vraag die dan opkomt is hoever een deskundige moet gaan. Wanneer bovendien de geschiedenis juridisch niet relevant is, ontstaat er naar de mening van de auteurs enkel ruis in een zaak, waardoor de juridische discussie ingewikkelder wordt. Overigens wordt er in deze vraag niet gevraagd naar ‘relevante’ andere diagnoses, maar wordt er alleen gevraagd naar klachten *en/of* afwijkingen buiten uw vakgebied. Mocht deze wijziging worden doorgevoerd, dan zou in elk geval het woord ‘relevante’ toegevoegd moeten worden, waarbij dan nog steeds de vraag speelt in hoeverre een expert weet wat *juridisch* relevant is. De voorgestelde wijziging lijkt de auteurs derhalve niet wenselijk.

Vraag 2b

De voorgestelde toevoeging over de RMSR-aanbeveling is geen probleem volgens de auteurs. Ook is het geen probleem dat wordt gevraagd of dit op anamnestic gegevens of medische informatiebronnen is gebaseerd. De voorgestelde wijziging zou naar de mening van de auteurs derhalve kunnen worden doorgevoerd.

Vraag 2c

De vragen 2c en 2d luiden thans: **Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval**

2c. 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?

2d. 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

2c. 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?

2d. 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?

De voorgestelde wijziging van vraag 2c maakt de vraagstelling naar de mening van de auteurs veel minder duidelijk. Van de deskundige mag worden verwacht dat hij deze vraag beantwoordt vanuit zijn deskundigheid en bijbehorende wetenschappelijke onderzoeken. Bovendien wordt in aanbeveling 2.2.17 RMSR al aangegeven dat de deskundige de beperkingen baseert op zijn eigen professionele oordeel en niet louter op de anamnese. Verder zijn de auteurs van mening dat het niet juist is om de deskundige te vragen om de 'algemene gezondheidstoestand' van de betrokkene mee te wegen. Het gaat om klachten en/of afwijkingen op het vakgebied van de deskundige. Wel zou 'klachten en afwijkingen' in deze vraag dienen te worden vervangen door 'klachten en/of afwijkingen'.

Vraag 2d

In de voorgestelde wijziging van vraag 2d kunnen de auteurs zich vinden. Het woord 'inschatting' geeft een arts iets meer ruimte om deze vraag te beantwoorden c.q. is iets minder stringent dan het woord 'indicatie'. Het is de ervaring van de auteurs dat artsen deze vraag heel lastig te beantwoorden vinden omdat zij daarover niet iets met zekerheid kunnen zeggen. Het vermelden van de onderliggende wetenschappelijke publicaties achten de auteurs zeer relevant omdat dan ook na te gaan is waarop de deskundige deze inschatting baseert.

Vraag 2e

Vraag 2e luidt thans: Kunt u aangeven welke beperkingen uit deze klachten en afwijkingen zouden zijn voortgevloeid?

Dit zou als volgt kunnen worden aangepast: Kunt u aangeven welke beperkingen (aanbeveling 2.2.17 en 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 dat graag aangeven.

In het voorstel voor wijziging van vraag 2e kunnen de auteurs zich deels vinden. De eerste zin zou wat de auteurs betreft ongewijzigd moeten blijven omdat de huidige tekst veel duidelijker is en ook niet voor meer dan één uitleg vatbaar. Wel zou ook in deze zin 'klachten en afwijkingen' dienen te worden vervangen door 'klachten en/of afwijkingen'. De toevoeging om de beperkingen zo uitgebreid mogelijk te beschrijven en te kwantificeren achten de auteurs zinvol en handig voor een nadien nog in te schakelen arbeidsdeskundige.

Beperkingen

Een belangrijk deel van de IWMD-vraagstelling bestaat uit vragen naar de beperkingen, zie de vragen 1g, 2b, 2e en 2i. De werkgroep stelt dat het geen goed idee is om elke expertise te laten volgen door een verzekeringsgeneeskundige expertise alleen om de beperkingen te definiëren en helder te krijgen. De medisch adviseur zou hierin naar de mening van de werkgroep een meer adviserende rol moeten spelen. In een ideale wereld zou dit inderdaad wenselijk zijn. In de praktijk is er echter vaak een felle discussie tussen de beide medisch adviseurs gaande en lukt het niet om eenduidige adviezen van de medisch adviseurs te krijgen op basis waarvan verder gewerkt kan worden door partijen. Grote kans dat ieder van de medisch adviseurs met een ander beperkingenprofiel komt als hun zou worden gevraagd om dit in te vullen. Het BAR-instrument¹⁴ dat door de werkgroep wordt genoemd, zou zeker nader onderzocht moeten worden om te bezien of dat een oplossing biedt voor de letselschadepraktijk.

In het expertiserapport wordt met name bij rapportages over niet-objectiveerbare aandoeningen vaak geen goed beeld verkregen van de ongevalgerelateerde gezondheidsklachten van de cliënt bij de beantwoording van de vragen naar de beperkingen. Dit kan, zoals hiervoor weergegeven, worden veroorzaakt doordat de expertiserend arts zich strikt beperkt tot de richtlijnen van zijn vakgebied en de beperkende werking van

¹⁴ Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratie: dit is gebaseerd op het ICF-classificatiesysteem en wordt de komende jaren onderzocht door het Amsterdam UMC en het UMCG.

de richtlijnen van de specialistenverenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN). Die richtlijnen zijn niet speciaal geschreven met het oog op het verkrijgen van een door juristen bruikbaar expertiserapport. Nu wordt inderdaad, zoals in het artikel van de werkgroep wordt beschreven, vaak de toevlucht gezocht tot een vervolgerexpertise door een verzekeringsarts, maar de auteurs zijn het met de werkgroep eens dat het in principe onwenselijk is dat in dergelijke situaties vaak tot twee of drie expertises moet worden overgegaan. Dat is immers (onnodig) belastend voor mensen. Zo wordt er bij een whiplash associated disorder (WAD) veelal een neurologische, neuropsychologische, soms nog een psychiatrische en ook nog een verzekeringsgeneeskundige expertise uitgevoerd. Zeker de verzekeringsgeneeskundige expertise wordt onder meer vaak verricht om een beter c.q. vollediger beeld te krijgen van alle relevante beperkingen na een ongeval. Voorlopig lijkt dit echter toch een noodzakelijk kwaad, tenminste zolang de medisch adviseurs het samen niet eens zijn over de beperkingen. Dit is een probleem dat nog niet zo makkelijk op te lossen is, tenzij men met één medisch adviseur werkt, waartoe in de praktijk nog lang niet altijd wordt overgegaan en welke oplossing ook lang niet altijd geschikt is voor zaken waarin er al een behoorlijke strijd tussen partijen gaande is. Anno 2022 spelen sommige medisch adviseurs daarin soms een behoorlijke escalerende rol.¹⁵

BIGP-vraag

In het artikel van Reitsema e.a. wordt geopperd om de BIGP-vraag¹⁶ als standaard op te nemen en de oude tekst van 2015 te herstellen. Deze luidt:

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?

De BIGP-vraag is thans optioneel en niet (meer) standaard bij IWMD-vraagstellingen. In de praktijk wordt echter vrij snel naar het percentage BIGP gevraagd, terwijl dat niet altijd opportuun is. Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin sprake is van een whiplash associated disorder type I/II (WAD I/II). Op grond van de Richtlijn bepaling functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen van de NVvN van november 2007 wordt immers als uitgangspunt genomen dat een

WAD I/II moet worden gezien als een chronisch pijnsyndroom zónder neurologisch substraat, dus zonder neurologische afwijkingen. Vanwege het ontbreken van dat neurologisch substraat kunnen en mogen volgens de richtlijn neurologen geen percentage functieverlies meer bij whiplash toekennen. Met andere woorden: een neuroloog vragen om een percentage BIGP bij WAD vast te stellen, is vragen naar de bekende weg: 0%. Er zijn medisch adviseurs die zich vervolgens ten onrechte op het standpunt stellen dat er dan dus geen beperkingen zijn. Immers, uit de rechtspraak is sinds jaar en dag duidelijk dat het feit dat bepaalde klachten niet medisch geobjectiveerd kunnen worden, niet wil zeggen dat deze klachten niet kunnen leiden tot beperkingen.¹⁷

Een standaard vraagstelling waarbij aan de neuroloog gevraagd wordt naar de BIGP op basis van de AMA Guides of de richtlijn van de beroepsvereniging is dus niet in alle gevallen een correcte vraagstelling. De gebruiker dient erop attent te zijn dat vragen naar de BIGP in situaties waarin die op grond van richtlijnen van de beroepsgroep niet kan worden gegeven, vaak leidt tot een onjuist geïnterpreteerd antwoord. Om die reden zijn de auteurs van mening dat het geen goed idee is om de BIGP-vraag (met vragen naar AMA-guides' percentages en met inachtneming van richtlijnen van de eigen beroepsgroep) weer standaard op te nemen. Optioneel opnemen kan uiteraard wel, te weten bij wel objectiveerbare letsels.

Er dient een alternatief te worden geboden voor niet-objectiveerbaar letsel. Dat alternatief ligt niet zomaar voor het grijpen, alhoewel er in de literatuur bruikbare suggesties voor worden gedaan.¹⁸ In het artikel van Reitsema e.a. wordt onder andere de ICF-classificering¹⁹ als alternatief genoemd. De ICF bekijkt het functioneren van de mens vanuit drie perspectieven: lichamelijk functioneren, activiteiten en participaties. Er wordt rekening gehouden met externe factoren en persoonlijke factoren. In het model wordt de ziekte of aandoening genoemd met de ICD-codering.²⁰ De ziekte of aandoening is in dit model van ondergeschikt belang; het gaat om het functioneren of participeren in de praktijk. Het zou interessant zijn om te bezien of de ICF-vraagstelling geschikt is om te gebruiken in medische expertises bij WAD of andere medisch niet-objectiveerbare aandoeningen. Dit wordt echter in Nederland tot nu toe niet gedaan. Medisch specialisten zijn doorgaans ook niet bekend met de ICF-classificering of weten deze niet goed te hanteren.

Op deze plaats opperen wij nog een andere gedachte over de BIGP-vraag en de open vraag in het artikel of daar weer stan-

15 Zie C. Roijackers, 'Partijdig gedrag van een medisch adviseur bij aansprakelijkheidsverzekeraar moet worden voorkomen', *L&S* 2022, afl. 3, p. 41 e.v.

16 BIGP = blijvende invaliditeit gehele persoon.

17 Zie bijv. HR 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054.

18 Zie bijv. F. Elemans & S. Stapert, 'De rollen van neuroloog en neuropsycholoog', *L&S* 2022, afl. 4, p. 15 e.v., waarin een goede en bruikbare voorzet voor een alternatieve vraagstelling aan de neuropsycholoog wordt gegeven.

19 ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health; een model dat wordt gehanteerd door de WHO.

20 ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; eveneens van de WHO.

daard naar gevraagd dient te worden: het percentage blijvende invaliditeit vastgesteld volgens het model van de AMA-guides heeft geen rechtstreekse waarde in het Nederlandse schadevergoedingsrecht, in die zin dat een bepaald percentage niet rechtstreeks leidt tot een bepaalde schadevergoeding. Het geeft slechts een zekere indicatie. De vraag rijst waarom de werkgroep er dan toch naar vraagt. Immers, een medische expertise wordt weliswaar door een arts uitgevoerd, maar heeft een juridisch doel. Juristen vragen een medische beoordeling om uiteindelijk juridisch vast te kunnen stellen wat de gevolgen van een ongeval voor iemand zijn. Het BIGP-percentage verschaft verzekeringsmaatschappijen soms ook ongewild (schijn)munitie waarmee zij zich kunnen verschuilen achter de constatering dat er 'geen beperkingen' zijn op een bepaald medisch vakgebied, terwijl alle betrokkenen dan toch duidelijk zien dat er functionerings- of participatieproblemen zijn bij de betreffende persoon.

Conclusie

Uit de evaluatie van de werkgroep blijkt – en dat is ook de ervaring van de auteurs – dat de praktijk in de basis blij is met de IWMD-vraagstelling en we niet goed meer zonder zouden kunnen. Desalniettemin vinden de auteurs het verstandig om een werkdocument zoals de IWMD-vraagstelling met enige regelmaat te evalueren op relevantie en werkbaarheid. Het is dus zeker positief dat de werkgroep in 2019 het initiatief hiertoe heeft genomen.

Ook de gedachte om 'de boel open te gooien', zoals de werkgroep het zelf zo mooi benoemde in het artikel, lijkt een goede zet: er zijn nog enkele punten onderbelicht gebleven en een frisse blik (in dit geval de onze) kan bijdragen aan een kwalitatief beter werkdocument. Er is inmiddels een speciaal e-mailadres geopend, waarop alle professioneel bij de afwikkeling van letselschade betrokkenen zijn uitgenodigd om te reageren, zowel op Reitsema e.a. als op dit artikel. Het e-mailadres luidt: iwmdrevisie@gmail.com.

Het naar buiten brengen van de resultaten tot op heden is in dit geval ons inziens ook relevant, omdat de werkgroep die zich met de evaluatie van de IWMD-vraagstelling bezighoudt (helaas) een beperkte samenstelling heeft. Zo nemen geen advocaten, letselschadejuristen of leden van de rechterlijke macht deel aan de werkgroep, maar bestaat de werkgroep voornamelijk uit partijen uit de wetenschappelijke wereld en artsen. Nu de IWMD-vraagstelling is bedoeld om de jurist verder te helpen met een juridisch geschil, is het juist belangrijk dat juristen/advocaten werkzaam voor zowel slachtoffers als verzekeraars, alsmede leden van de rechterlijke macht, deelnemen aan de werkgroep. Ons advies zou dan ook zijn om de werkgroep uit te breiden en verder te gaan met de evaluatie om een verbeterde IWMD-vraagstelling te ontwikkelen. Een andere optie is het onderzoek verder overdragen aan een nieuwe werkgroep. Afgerond is de evaluatie naar ons oordeel in elk geval nog niet.

Van de punten die onderbelicht zijn gebleven, is volgens de auteurs het disclosure statement er een. In de praktijk wordt het disclosure statement al met enige regelmaat gebruikt en dit is volgens de auteurs een welkome toevoeging aan de vraagstelling om meer duidelijkheid te krijgen over (onder andere) de ervaring en de onafhankelijkheid van de deskundige. Wij pleiten er dan ook voor om standaard een disclosure statement toe te voegen aan de IWMD-vraagstelling.

Ten slotte komt het ons voor, als advocaten uit de praktijk, dat sommige voorstellen van de werkgroep ter verbetering van het werkdocument dit in juridische zin juist niet zijn. Zo lijkt er vooral te zijn gekeken naar de begrijpelijkheid voor en werkbaarheid met het document voor deskundigen. Dit is uiteraard belangrijk, maar wat nog belangrijker is, is dat de uitkomsten dusdanig bruikbaar zijn dat er juridische vervolgstappen kunnen worden genomen, en dat er zo min mogelijk discussie tussen partijen mogelijk is na het verrichten van een deskundigenonderzoek. Met de in dit artikel genoemde suggesties gaan wij ervan uit dat de werkgroep hier een beter inzicht in krijgt, en wij hopen dan ook dat de werkgroep de suggesties ter harte neemt en meeweegt in haar verdere evaluatie en revisie.

Bijlage: IWMD-vraagstelling volgens de auteurs

Algemene toelichting

Deze vraagstelling is bedoeld om niet-medici die zich bezighouden met de afwikkeling van letselschade inzicht te geven in de medische uitgangspunten die van belang zijn bij het bepalen van de omvang van de schade die de onderzochte heeft geleden (en in de toekomst mogelijk zal lijden) als gevolg van een ongeval. Deze schade wordt in het civiele aansprakelijkheidsrecht vastgesteld aan de hand van een vergelijking tussen (1) de gezondheidstoestand van de onderzochte zoals die na het ongeval is ontstaan en zich waarschijnlijk in de toekomst zal voortzetten (de situatie met ongeval) en (2) de hypothetische situatie waarin de onderzochte zich zou hebben bevonden als het ongeval nooit had plaatsgevonden (de situatie zonder ongeval).

Deze systematiek vormt de grondslag van deze vraagstelling. *Onderdeel 1* heeft betrekking op de gezondheidstoestand en het functioneren van de onderzochte in de situatie met ongeval. In *onderdeel 2* wordt aan de deskundige gevraagd zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven hoe de gezondheidstoestand en het functioneren van de onderzochte in de hypothetische situatie zonder ongeval zouden zijn geweest. De gezondheidssituatie van de onderzochte voorafgaand aan het ongeval is relevant voor de beoordeling van beide situaties.

Bij het opstellen van deze vraagstelling is aansluiting gezocht bij de Richtlijn medisch-specialistische rapportage (RMSR).²¹ In deze richtlijn is geformuleerd aan welke eisen een deskundige en diens rapportage moeten voldoen. De richtlijn is bedoeld als hulpmiddel voor deskundigen bij het

²¹ Richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband, april 2016, te raadplegen via <https://nvmsr.nl/publicaties/>.

uitvoeren van hun werkzaamheden. De deskundige wordt verzocht de aanbevelingen en bepalingen in de richtlijn – zo veel als mogelijk – in acht te nemen.

Disclosure statement

- a. Wilt u aangeven waar u werkzaam bent, wat uw nevenfuncties zijn en welke kwalificaties (opleiding, professionele ervaring) u geschikt maken voor het uitbrengen van een rapport in deze zaak?
- b. Wilt u aangeven of, en zo ja, hoe vaak u in het verleden reeds als expert bent opgetreden en in wiens opdracht dat was (bijv. rechtbank, aansprakelijke partij, slachtoffer)?
- c. Wilt u aangeven of u met de betrokken arts(en) of kliniek privé of professioneel samenwerkt of heeft samengewerkt, en zo ja, een toelichting hierop geven? Belemmert dit u in enige mate in de uitvoering van deze opdracht?
- d. Wilt u voor zover er over het onderwerp van de expertise medisch wetenschappelijk uiteenlopende opvattingen bestaan:
 - een weergave geven van de verschillende opvattingen (voor zover mogelijk met verwijzing naar literatuur);
 - een weergave geven van uw eigen opvatting;
 - aangeven of de opvatting(en) anders dan uw eigen opvatting tot een andere conclusie zou(den) hebben geleid, en zo ja, welke die dan zou(den) zijn geweest?

1. De situatie met ongeval

Anamnese

- a. 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?

Aanbeveling 2.2.4 RMSR

De beschrijving van de anamnese is deugdelijk en compleet, en beperkt zich tot de relevante gegevens. De beschrijving van de anamnese bevat uitsluitend het verhaal van de onderzochte in diens bewoordingen. Er worden daarbij geen termen gebezigd of feiten vermeld die uitsluitend kunnen zijn ontleend aan aangeleverde of verkregen medische gegevens of een interpretatie daarvan. Als hieraan wordt voldaan, dan verwoordt de anamnese per definitie het subjectieve verhaal van de onderzochte. Termen als 'betrokkene zou (...)' worden vermeden. Ook voegt de expert bij de beschrijving van de anamnese geen voorlopige conclusies of eigen interpretaties toe. Autoanamnese en heteroanamnese worden gescheiden en als zodanig genoemd weergegeven.

Medische gegevens

- b. Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een beschrijving geven van:
 - de medische voorgeschiedenis (dat wil zeggen de gezondheid voor het ongeval) van de onderzochte op uw vakgebied;
 - de medische behandeling van klachten en/of het letsel van de onderzochte en het resultaat daarvan?

NB Indien u onvoldoende medische broninformatie heeft om deze vragen adequaat te beantwoorden, kunt u deze alsnog in de behandelende sector opvragen, bijvoorbeeld middels gericht vragen. Zie: paragraaf 3.3 van de Medische Paragraaf van de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL), te raadplegen via: <https://deletselschaderaad.nl/stichting-letselschade-raad/gedragscodes/medische-paragraaf-bij-de-gbl/>.

Aanbeveling 2.2.6 RMSR

Uit het rapport blijkt van welke van de meegestuurde gegevens kennis werd genomen en op welke wijze de daaraan ontleende feiten zijn meegewogen in het eindoordeel. Bij voorkeur wordt in het rapport een samenvatting opgenomen van de aan de expert gestuurde gegevens.

Medisch onderzoek

- c. Wilt u een beschrijving geven van uw bevindingen bij lichamelijk en eventueel hulponderzoek?

Aanbeveling 2.2.5 RMSR

Er wordt een adequaat lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek verricht, maar slechts voor zover dat relevant is voor de beantwoording van de vraagstelling. Niet-relevant onderzoek blijft uitdrukkelijk achterwege. Indien mogelijk worden de resultaten in kwantitatieve vorm weergegeven. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten kan medisch jargon uiteraard niet worden vermeden.

Aanbeveling 2.2.7 RMSR

Indien de expert aanvullend hulponderzoek (radiologisch, neuropsychologisch of anderszins) laat verrichten en de uitkomsten daarvan in zijn conclusies betreft, dan dienen de verslagleggingen van deze onderzoeken bij het expertiserapport gevoegd te worden.

Consistentie

- d. Is naar uw oordeel sprake van een onderlinge samenhang als het gaat om de informatie die is verkregen van de onderzochte zelf, de feiten zoals die uit het medisch dossier naar voren komen en uw bevindingen bij onderzoek en eventueel hulponderzoek?
- e. Voor zover u de vorige vraag ontkennend beantwoordt, wilt u dan aangeven wat de reactie was van de onderzochte op de door u geconstateerde inconsistenties en welke conclusies u daaruit trekt?

Aanbeveling 2.2.8 RMSR

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

Diagnose

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

Aanbeveling 2.2.15 RMSR

Waar nodig wordt een differentiaaldiagnostische overweging gegeven.

Beperkingen

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

Aanbeveling 2.2.17 RMSR

Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.

Aanbeveling 2.2.18 RMSR

De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semikwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).

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?
- i. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht u?
- j. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?
- k. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 1g)?

Aanbeveling 2.2.14 RMSR

Als de expert om een inschatting wordt gevraagd en hij zich competent acht deze inschatting te maken, dan zorgt hij ervoor dat duidelijk wordt op welke wijze deze inschatting tot stand is gekomen. Hij geeft aan wat daarbij heeft meegewogen en wat van doorslaggevende betekenis is geweest.

2. De situatie zonder ongeval

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

Aanbeveling 2.2.14 RMSR

Als de expert om een inschatting wordt gevraagd en hij zich competent acht deze inschatting te maken, dan zorgt hij ervoor dat duidelijk wordt op welke wijze deze inschatting tot stand is gekomen. Hij geeft aan wat daarbij heeft meegewogen en wat van doorslaggevende betekenis is geweest.

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.

Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval

- a. Bestonden voor het ongeval bij de onderzochte reeds klachten en/of afwijkingen op uw vakgebied die de onderzochte thans nog steeds heeft?
- b. Zo ja, kunt u dan aangeven welke ongevalsvreemde beperkingen (aanbeveling 2.2.17 en 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 informatie?

Aanbeveling 2.2.17 RMSR

Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.

Aanbeveling 2.2.18 RMSR

De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semikwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belast-

baarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).

Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval

- c. Zijn er daarnaast op uw vakgebied klachten en/of afwijkingen die er ook zouden zijn geweest of op enig moment ook hadden kunnen ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen?
- 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 zouden zijn?
- e. Kunt u aangeven welke beperkingen uit deze klachten en/of afwijkingen zouden zijn voortgevloeid? Kunt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven en op semikwantitatieve wijze weergeven en zo nodig toelichten? Indien dit niet mogelijk is dat graag aangeven.
- f. Verwacht u in de toekomst nog een belangrijke verbetering of verslechtering van de op uw vakgebied geconstateerde niet-ongevalgerelateerde klachten en afwijkingen?
- g. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht u?
- h. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?
- i. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 2e)?

Aanbeveling 2.2.17 RMSR

Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.

Aanbeveling 2.2.18 RMSR

De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semikwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).

3. Overig

Aanbeveling 2.2.11 RMSR

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

- a. Heeft u naar aanleiding van uw bevindingen nog opmerkingen die relevant kunnen zijn voor het verdere verloop van deze zaak?
- b. Acht u eventueel nog een expertise op een ander vakgebied geïndiceerd?