

RICHTLIJN

MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGE

IN BESTUURS- EN CIVIELRECHTELIJK VERBAND

2024

INHOUD

Inhoudsopgave		pag 2
Hoofdstuk 1	De NVMSR	pag 3
Hoofdstuk 2	Voorwoord, verantwoording en status van de richtlijn	pag 4
Hoofdstuk 3	De verschillende soorten medisch specialistische rapportages	pag 6
Hoofdstuk 4	Voorwaarden gesteld aan de deskundige	pag 8
Hoofdstuk 5	Basiseisen gesteld aan een medisch specialistische rapportage	pag 10
Hoofdstuk 6	De procedure	pag 12
Hoofdstuk 7	Het onderzoek	pag 17
Hoofdstuk 8	Het rapport	pag 18
Hoofdstuk 9	Specifieke aspecten bij medische beroepsaansprakelijkheid	pag 21
Hoofdstuk 10	Specifieke aspecten bij rapportages in het bestuursrecht	pag 24
Hoofdstuk 11	Rapport op basis van medische stukken, second opinion of beoordeling van het rapporteren van een andere deskundige	pag 25
Hoofdstuk 12	Slotbepalingen	pag 27

De Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) is opgericht in mei 2009 en vloeide voort uit de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR). De WMSR was een initiatief van vertegenwoordigers van een aantal beroepsverenigingen met als doelstelling om tot uniforme kwaliteitsnormen voor het werk van de medisch specialistische deskundige te komen. Na publicatie van de eerste richtlijn heeft de WMSR zichzelf opgeheven en ontstond de NVMSR.

De NVMSR heeft als doel:

- Het bevorderen van de kwaliteit van de medisch specialistische rapportages.
- Het bevorderen van de kennis van haar leden.
- Het behartigen van de belangen van haar leden.

De vereniging streeft dit doel na door het opstellen en onderhouden van richtlijnen en overige kwaliteitsdocumenten en door het bieden van opleidingen en toetsing. De vereniging voert hiertoe eveneens overleg met o.a. partijen uit de Rechtspraak, de diverse wetenschappelijke verenigingen en de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

Regelmatig wordt de vierdaagse Basiscursus “Medisch Specialistische Rapportage” georganiseerd, waarbij deze richtlijn een centrale rol speelt. Medisch specialisten kunnen na de vierdaagse Basiscursus worden toegelaten als kandidaat-lid, mits zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Na het volgen van de Masterclass “Rapporteren door Medisch Specialisten” kunnen kandidaat-leden worden toegelaten als lid van de vereniging.

Deze opleidingen werden in 2021 onafhankelijk gevisiteerd en erkend door het NRGD (Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen). De NVMSR werkt sindsdien nauw samen met het NRGD op het gebied van kwaliteitseisen en nascholing. De vereniging kent een eigen klachtenprocedure betreffende het werk van de leden. Deze procedure verloopt via de klachtencommissie die wordt voorgezeten door een onafhankelijke jurist.

Deze richtlijn is opgesteld door de NVMSR, de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage. De eerste richtlijn werd gepubliceerd in 2008. Door voortschrijdende inzichten, veranderde wet- en regelgeving en jurisprudentie werd de richtlijn in 2016 herzien.

De verschillende wetenschappelijke verenigingen hebben hun eigen verantwoordelijkheid bij het opstellen van richtlijnen, maar voeren nog geen unaniem beleid wat betreft de medische rapportage. De Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) hebben hun eigen adviserende werkgroep, maar de meeste andere wetenschappelijke verenigingen hebben geen eigen richtlijn.

De NVMSR heeft sinds haar oprichting een breed draagvlak gecreëerd om kwaliteitseisen te formuleren teneinde de kwaliteit van een onafhankelijke medische rapportage te kunnen borgen. Binnen de wetenschappelijke beroepsverenigingen zijn er vaak onvoldoende aandacht en opleidingsmogelijkheden om het onderwijs in de medische rapportage aan haar leden te ondersteunen. Een vakinhoudelijk deskundig medisch specialist is niet per definitie een goede rapporteur. Uitgangspunt is dat een rapporteur en een rapport voldoen aan de kwaliteitseisen zoals omschreven in deze richtlijn. Een rapporteur en een rapport moeten op transparante wijze kunnen worden getoetst aan de vigerende kwaliteitseisen, zoals die ook binnen de Rechtspraak zijn geformuleerd. De NVMSR heeft hiervoor een onafhankelijke toetsings- en klachtenprocedure.

Deze derde, geheel herziene, richtlijn van de NVMSR is tot stand gekomen door een uitgebreide analyse te maken van:

1. Onvolkomenheden in de voorgaande versies van de richtlijn.
2. Veranderingen in werkwijzen en wetgeving door de jaren heen.
3. Jurisprudentie van de Tuchtcolleges vanaf 2010.

Bij de totstandkoming van deze richtlijn werd daarnaast om input en commentaar gevraagd van de:

- Leden van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere en verzekeringszaken (GAV)
- Werkgroep Artsen Advocaten (WAA)
- Vereniging van Letselschade Advocaten (LSA)
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- De commissie voor de herziening van de IWMD-vraagstelling (de Interdisciplinaire Werkgroep Medisch Deskundigen)

De richtlijncommissie bestond uit de volgende leden:

- J.J.D. Tilanus, psychiater, voorzitter, lid namens het bestuur van de NVMSR
- dr. P.L.I. Dellelijn, neuroloog, lid NVMSR
- dr. E.M.H. van den Doel, neuroloog, lid NVMSR
- dr. M. Heeg, orthopedisch chirurg, lid NVMSR

Daarnaast heeft de richtlijncommissie zich over deze richtlijn extern juridisch laten adviseren.

Een richtlijn is een hulpmiddel bij het uitvoeren van professionele werkzaamheden op een overeengekomen niveau. Een richtlijn maakt het voor de professional mogelijk om diens werkzaamheden aan dat niveau aan te passen en geeft anderen de mogelijkheid om de kwaliteit van dat werk te toetsen. Richtlijnen zijn echter geen wetten. Richtlijnen geven op macroniveau aan wat binnen de beroepsgroep als standaard geldt. Het is voor de individuele professional mogelijk en soms ook nodig om van een richtlijn af te wijken. Dat dient dan echter altijd op een transparante wijze, met een onderbouwing in het rapport zelf, gemotiveerd te worden.

Anders dan bij richtlijnen voor de curatieve gezondheidszorg meestal het geval is, kan een richtlijn voor medisch specialistische rapportages niet worden gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. De voorliggende richtlijn vindt zijn bestaansgrond in een consensus van deskundigen en de vele overige betrokken partijen, maar ook de in de jurisprudentie en de richtlijnen betreffende de beroepsuitoefening van de KNMG.

Het spreekt vanzelf dat een richtlijn van tijd tot tijd moet worden geactualiseerd en bijgesteld. Ook deze richtlijn zal in de toekomst moeten worden herzien. Voorop moet blijven staan dat de kwaliteit van het rapporteren zal verbeteren door de formulering van breed aanvaarde criteria voor een goed rapport en een goede rapporteur.

In de loop der jaren zijn medische rapportages voorgelegd aan de Tuchtcolleges. Een Tuchtcollege hanteert bij de toetsing van een rapport deze basale kwaliteitseisen:

1. het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. in het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
5. de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het tuchtcollege toetst daarbij ten volle of het onderzoek door de arts uit oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage is de toets door het tuchtcollege marginaal, dat wil zeggen of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

Daarbij blijkt uit de jurisprudentie dat de tuchtcolleges bij de beoordeling van een klacht deze criteria in de meeste gevallen tot uitgangspunt nemen.

Waar in deze richtlijn wordt vermeld 'deskundige' kan ook worden gelezen: expert, rapporteur of medisch specialist. Waar in de tekst naar de deskundige wordt verwezen met mannelijke voornaamwoorden, zijn ook vrouwelijke bedoeld.

Waar in deze richtlijn wordt vermeld 'betrokkene' kan ook worden gelezen: onderzochte. Waar in de tekst naar de betrokkene wordt verwezen met mannelijke voornaamwoorden, zijn ook vrouwelijke bedoeld.

Waar in deze richtlijn wordt vermeld 'rapportage' kan ook worden gelezen: expertise, rapport of deskundigenbericht.

Waar in deze richtlijn wordt vermeld 'opdrachtgever' kan ook worden gelezen: opdrachtgevers of partijen.

DE VERSCHILLENDE SOORTEN MEDISCH SPECIALISTISCHE RAPPORTAGES

De juridische context van medisch specialistische rapportages is van belang voor de procedure die volgt bij de totstandkoming van een rapport. Dit geldt onder meer ten aanzien van het inzage-, correctie- en blokkeringsrecht. Ook de vraagstelling van de opdrachtgever kan, afhankelijk van het juridische kader, verschillen.

Deze richtlijn gaat over het rapporteren door medisch specialisten in bestuursrechtelijk en civielrechtelijk verband. Het bestuursrecht betreft de regels waar de overheid zich aan moet houden bij het nemen van besluiten. Het civielrecht betreft conflicten tussen burgers onderling, burgers en bedrijven onderling en bedrijven onderling (een bedrijf kan ook de overheid zijn).

Het Strafrecht wordt in deze richtlijn buiten beschouwing gelaten. Hiervoor wordt verwezen naar de Gedragscode geregistreerde deskundige in strafzaken, opgesteld door het College van het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen.

Deze richtlijn laat de opdrachtgever vrij wat betreft de vraagstelling die deze aan een deskundige wil voorleggen. Wel maakt de richtlijn duidelijk dat de deskundige zelf de grenzen van zijn deskundigheid zal moeten onderkennen en dat hij dus mogelijk aan de opdrachtgever zal moeten berichten dat een bepaalde vraag voor hem niet te beantwoorden is. De deskundige is uiteraard goed bekend met de IWMD-vraagstelling en kan indien gewenst of indien mogelijk de bij voorkeur meest recente versie van de "AMA-guides" (*Guides to the Evaluation of Permanent Impairment van de American Medical Association*) hanteren (<https://ama-guides.ama-assn.org>).

Het oordeel van de deskundige kan in verschillende stadia van buitengerechtelijke onderhandelingen en gerechtelijke procedures worden gevraagd door verschillende partijen en/of de rechter. Om een indruk te geven noemen we een aantal mogelijkheden, zonder daarbij naar volledigheid te streven:

Civiel recht:

» Uitvoering Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

Wanneer een verzekerde een beroep doet op een particuliere AO-verzekering kan de medisch adviseur van de verzekeraar om een rapportage vragen ter eventuele vaststelling van ziekte en de daaruit eventueel voortvloeiende beperkingen. Bij een dispuut tussen een verzekerde en de verzekeraar kan de verzekerde ook zelf het initiatief nemen tot het aanvragen van een (partij-)rapportage. Sommige polissen kennen de mogelijkheid van arbitrage. De deskundige kan in dat verband als 'arbiter' worden aangesteld. Het rapport kan ook door de medisch adviseur van de AOV en de betrokkene zelf (of diens belangenbehartiger) gezamenlijk worden aangevraagd.

» Wettelijke aansprakelijkheid

Hierbij stelt een betrokkene als slachtoffer van een onrechtmatige daad (bv. ongeval of misdrijf) een ander, de wederpartij, aansprakelijk. De medisch specialist onderzoekt of er sprake is van letsel zo ja, of er een **medisch causaal** verband tussen het letsel enerzijds en het betreffende ongeval of een andere onrechtmatige daad anderzijds. Daarnaast kan de deskundige vaststellen of er klachten en beperkingen zijn bij de betrokkene en of deze beperkingen als ongevalsgevolg kunnen worden aangemerkt. Uitgangspunt is dat het blokkeringsrecht van toepassing is, tenzij dit uitgesloten is. Medisch-specialistische rapportages in verband met wettelijke aansprakelijkheid kunnen op verschillende manieren tot stand komen. Buiten een procedure kan zowel de benadeelde als de aansprakelijke partij daartoe het initiatief nemen, al of niet in afstemming met de wederpartij. Partijen kunnen de rechter ook om een 'voorlopig deskundigenbericht' vragen om na te gaan of ze een 'zaak' hebben. Tenslotte kan ook de rechter ambtshalve of op verzoek van (een van) partijen tijdens een lopende procedure een deskundige inschakelen, zowel in eerste aanleg als in hoger beroep.

» Medische aansprakelijkheid

In situaties van medische aansprakelijkheid gaat het vaak om de vraag of een eventuele ziekte of letsel het gevolg is van eventueel onzorgvuldig handelen van een behandelaar/behandelinstelling. De rapportage is dan in eerste instantie nodig voor de juridische beoordeling van de aansprakelijkheid. In tweede instantie is het, in het geval van erkende of vastgestelde aansprakelijkheid, hierbij van belang of en zo ja, welke gezondheidsschade door het onzorgvuldig handelen bij de betrokkene is ontstaan.

» Ongevallenverzekeringen

In het geval van bijvoorbeeld bedrijfs- of verkeersongevallen wordt de medisch deskundige geraadpleegd met de vraag of er een **medisch causaal** verband tussen de lichamelijke of psychische klachten en een bepaalde gebeurtenis bestaat. Indien dit het geval is, dient de blijvende functionele invaliditeit op grond van de binnen de bij de betreffende verzekeringspolis geldende richtlijnen te worden bepaald. Veelal wordt hierbij gebruik gemaakt van de AMA-guides, danwel de richtlijn van de beroepsgroep. De blijvende functionele invaliditeit wordt uitgedrukt in een percentage functieverlies van de gehele mens. Een vereiste hierbij is dat er sprake is van een stabiele medische situatie, een *maximal medical improvement*, waarbij geen wezenlijke medische veranderingen worden verwacht op afzienbare termijn. Het percentage wordt vastgesteld aan de hand van de beperkingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen ongeacht het beroep of specifieke vaardigheden. Het blokkeringsrecht is hier niet van toepassing.

Bestuursrecht:

» Uitvoering Sociaal Zekerheidsrecht (bijvoorbeeld WIA/IVA/Wajong)

Opdrachtgevers van rapportages zijn bijvoorbeeld de verzekeringsarts of de verzekeringsarts bezwaar en beroep van het UWV, de Sector Bestuursrecht van een Rechtbank of de Centrale Raad van Beroep. In alle fasen kan een rapportage ook worden aangevraagd door de (belangenbehartiger van) de verzekerde, bij wijze van 'contra-expertise'. Hierbij staat meestal de vraag centraal of een betrokkene op de datum in geding specifieke beperkingen had in het beroepsmatig functioneren die ten grondslag liggen aan een diagnose op het vakgebied van de deskundige.

» Uitvoering Ambtenarenrecht

De vraag kan aan de orde zijn in hoeverre lichamelijke of psychische aandoeningen een rol spelen bij veronderstelde onbekwaamheid van een ambtenaar. Een dergelijke rapportage kan worden aangevraagd door een overheidsinstantie of door een (belangenbehartiger van een) ambtenaar.

» Uitvoering Wegenverkeerswet

Om te beoordelen of iemand op medische gronden al of niet geschikt is om een motorrijtuig te besturen, kan het CBR opdracht geven tot een rapportage op grond van de aan het CBR ter beschikking staande informatie. In de Gezondheidsverklaringsprocedure van het CBR is de betrokkene zelf de opdrachtgever die vrijwillig een melding doet van een medische aandoening die de rijvaardigheid kan beïnvloeden. Vaak zal deze vrijwillige melding plaatsvinden bij het aflopen van de geldigheidsperiode van het rijbewijs, of worden ingegeven door voorwaarden in de verzekeringspolis. Bij rijbewijskeuringen is het blokkeringsrecht van toepassing, zie ook hoofdstuk 6.15. De consequentie van het blokkeren van een keuringsrapport is in de regel het inhouden van het rijbewijs door het CBR.

Zowel bij een rapportage in het kader van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, wettelijke aansprakelijkheid als een ongevallenverzekering kan er sprake zijn van een ongeval. Het ongeval is dus niet altijd bepalend voor het juridische kader van de rapportage.

VOORWAARDEN GESTELD AAN DE DESKUNDIGE

De deskundigheid van een arts heeft in de kern betrekking op het stellen van een diagnose en het instellen van een behandeling. De medisch specialist beperkt zich daarbij tot het vakgebied van diens specialisme. Ook als deskundige wordt van de medisch specialist gevraagd om diens kennis, ervaring en expertise in de context van een rapportage op een heldere en inzichtelijke wijze te verwoorden. In zaken over medische aansprakelijkheid gaat het bijvoorbeeld om de kwaliteit van de diagnostiek of om de indicatiestelling en de uitvoering van een behandeling. Dat stelt bijzondere eisen aan de persoonlijke vaardigheden van de deskundige. In andere zaken kunnen echter weer andere accenten liggen. Zo gaat het soms niet zozeer om de specifieke diagnose, maar om de vraag of er al of niet sprake is van ziekte of gebrek en daaruit voortvloeiende beperkingen. Ook kan worden gevraagd of het ontstaan van ziekte of letsel het gevolg is van een bepaalde gebeurtenis. In de meeste gevallen betreft de centrale vraag in een rapportage of ziekte, gebrek of letsel tot beperkingen van lichamelijke of psychische functies leiden, dit met eventuele consequenties voor het functioneren in het dagelijks leven, werk of vrije tijd. Aan de orde kan zijn wat het beloop van een ziekte is geweest, waarbij de consequenties hiervan zowel in het verleden als in de toekomst dienen te worden vastgesteld.

Een goede rapportage vraagt van de deskundige dan ook specifieke kennis en vaardigheden die niet zonder meer samenvallen met diens bekwaamheid als behandelaar. De deskundige moet een onafhankelijk en objectief oordeel kunnen geven, zonder dat hij hierbij wordt beïnvloed door de belangen van de betrokkene en van de opdrachtgever en zonder de persoonlijke betrokkenheid zoals die uit een behandelrelatie voortvloeit.

Er zijn vele instanties en personen betrokken bij het vaststellen en handhaven van de kwaliteit van het medisch handelen. Primair heeft de medische beroepsgroep zelf de verantwoordelijkheid richtlijnen en standaarden te formuleren en zorg te dragen voor opleiding en toetsing van bekwaamheid. Voor het vaststellen en handhaven van de kwaliteit van rapportages als 'product' van medisch handelen is dat niet anders. Hoewel de medisch specialist als deskundige wel degelijk een behandelrelatie volgens de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) met degene die hij onderzoekt (de betrokkene) kan hebben, is deze laatste toch geen 'patiënt' in een behandelrelatie. Bij een rapportage in opdracht van een derde is immers geen sprake van een behandelovereenkomst. Dat heeft ook consequenties voor de gebruikte terminologie. De begrippen 'patiënt' of 'cliënt' dienen door de deskundige dan ook niet te worden gebruikt, omdat die hulpverlening of belangenbehartiging kunnen impliceren. Datzelfde geldt voor een term als 'belanghebbende'. Het verdient daarom de voorkeur dat een neutrale term als 'betrokkene', zoals deze ook in deze richtlijn wordt gebruikt, wordt gehanteerd.

4.1 De deskundige is als arts ingeschreven in het BIG-register.

4.2 De deskundige is als medisch specialist ingeschreven of ingeschreven geweest bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Binnen zijn vakgebied is hij bekwaam ten aanzien van het terrein waarop de vraagstelling betrekking heeft. Deze deskundigheid moet desgewenst blijken uit een *disclosure statement* waarvan in het rapport melding wordt gemaakt of waarnaar wordt verwezen (bijvoorbeeld een website of folder). In de *disclosure statement* moet tenminste worden opgenomen of en zo ja hoelang de deskundige in de curatieve sector werkzaam is (geweest), met een korte omschrijving van relevante functies en nevenfuncties.

4.3 De deskundige is niet als arts geschorst of doorgehaald in het BIG-register als gevolg van een tuchtrechtelijke maatregel. Evenmin is diens bevoegdheid ontzegd of beperkt door de strafrechter of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

4.4 De deskundige is niet de behandelend arts van de betrokkene of bij diens behandeling betrokken. Het kan zijn dat blijkt dat de deskundige de betrokkene in het verleden heeft behandeld. Als deze behandeling al eerder werd afgesloten en er geen relatie bestaat tot de voorliggende casus dient de deskundige zowel met de betrokkene als met de opdrachtgever(s) in overleg te treden of dit de rapportage in de weg zou staan. Pas als alle betrokkenen, dus ook de deskundige zelf, verklaren hierin geen bezwaar te zien, kan de deskundige het onderzoek verrichten. Echter, hierbij geldt het advies om bij twijfel de opdracht niet te aanvaarden en van rapportage af te zien. De deskundige aanvaardt ook geen opdracht als hij tevoren in dezelfde casus voor een van de partijen als consultant is opgetreden of indien een van de partijen hem tevoren heeft gevraagd hoe hij in deze casus zou oordelen.

4.5. Op geen enkele wijze neemt de deskundige de rol van hulpverlener aan of suggereert hij die rol in de toekomst te gaan vervullen. Vanzelfsprekend dient de deskundige in een dringende situatie conform de WGBO, als goed hulpverlener, te handelen en kan acute zorg worden verleend of contact worden opgenomen met de huisarts of behandelend arts.

4.6 De deskundige staat niet in een zakelijke of persoonlijke relatie tot de betrokkene en daarvan is ook nooit sprake geweest, afgezien van de tijdelijke overeenkomst in verband met de rapportage zelf. Evenmin staat de deskundige in een zakelijke of persoonlijke relatie tot de opdrachtgever(s) of de aansprakelijk gestelde(n).

4.7 Het staat de deskundige te allen tijde vrij om een opdracht niet te aanvaarden. Indien de deskundige concludeert dat het hem niet vrij staat de opdracht voor de expertise te aanvaarden op grond van de bovengenoemde criteria, of als hij inschat dat hij niet in staat is om de opdracht binnen de gewenste of een gangbare termijn te voltooien of tegen het beschikbaar gestelde budget uit te voeren, dient hij de opdracht niet te aanvaarden en de opdracht terug te geven.

4.8 Bij de bejegening van de betrokkene worden de gebruikelijke, maatschappelijk aanvaarde omgangsvormen gehanteerd. De bejegening is vriendelijk en beleefd, maar tegelijk ook zakelijk en wordt gekenmerkt door professionele distantie. Dat het contact vaak zakelijker is dan een contact in een curatief kader wordt bij voorkeur vooraf aan betrokkene kenbaar gemaakt. De deskundige verduidelijkt daarbij aan de betrokkene diens positie van onafhankelijk deskundige. Om onterechte verwachtingen te voorkomen legt de deskundige uit dat er tussen hem en de betrokkene geen therapeutische of hulpverleningsrelatie kan bestaan.

4.9 De deskundige onthoudt zich tegenover de betrokkene van waardeoordelen over de persoon van (eerdere) behandelaar(s)/deskundigen en/of voorafgaande medische behandelingen. Evenmin spreekt hij een waardeoordeel uit over de opdrachtgever, de belangenbehartiger, de verzekeraar of de uitkeringsinstantie.

4.10 De deskundige zorgt voor een correcte weergave van de door de betrokkene aangegeven klachten en beperkingen, maar onthoudt zich hierbij van waardeoordelen of persoonlijk opvattingen (zoals termen als reëel/irreëel/ingebeeld). De deskundige beperkt zich tot medische terminologie zoals deze gebruikelijk is binnen een beroepsgroep.

4.11 De deskundige doet geen uitspraken over de hoogte en de haalbaarheid van een eventuele claim of van de kans van slagen van een klacht, noch over eventuele vermoedens ten aanzien van de afloop ervan.

Een medisch specialistisch deskundigenrapport voldoet tenminste aan de volgende basiseisen.

5.1. DESKUNDIGHEID

Deze eis houdt onder meer in dat de deskundige zijn uitspraken doet op grond van zijn kennis van de actuele, dan wel ten tijde van het incident vigerende professionele standaard en de stand van de medische wetenschap en op grond van de op zijn vakgebied algemeen aanvaarde inzichten en opvattingen die relevant zijn in de context van de te beantwoorden vraagstelling. Eveneens houdt deze eis in dat de deskundige geen uitspraken doet die buiten zijn vakgebied of anderszins buiten zijn competentie vallen.

5.2 ZORGVULDIGHEID

Deze eis houdt onder meer in dat de nodige zorg wordt besteed aan een overzichtelijke opbouw en indeling van het rapport. Het rapport ziet er professioneel uit. De deskundige drukt zich zorgvuldig in woord en geschrift uit zoals dat gebruikelijk is binnen zijn vakgebied. Er wordt zorg besteed aan correct, zakelijk en begrijpelijk taalgebruik. De deskundige vermijdt onnodig grievend danwel niet objectief taalgebruik. Onnodig medisch jargon en ingewikkeld taalgebruik moeten zoveel (of waar mogelijk) mogelijk worden vermeden. Dat geldt in het bijzonder bij het formuleren van overwegingen en conclusies en bij het beantwoorden van de vragen die ook voor derden begrijpelijk dienen te zijn. De deskundige waakt voor het doen van al te stellige uitspraken als daar geen of onvoldoende basis voor is. De deskundige draagt steeds zorg voor het volgen van de juiste procedure.

5.3 ONBEVOORDEELDHEID

Deze eis houdt onder meer in dat de deskundige een onbevooroordeelde attitude heeft, dat wil zeggen dat de deskundige subjectiviteit en vooringenomenheid vermijdt. De deskundige is zich ervan bewust dat eventuele uitingen of gedragingen van de betrokkene, bepaalde aspecten van een dossier zelf, maar ook opvattingen van betrokken partijen hem zouden kunnen beïnvloeden.

5.4 TOETSBAARHEID

Deze eis houdt onder meer in dat constatering en aantoonbaar op feiten berusten, zodat een ander op basis daarvan tot dezelfde constatering kan komen ('repliceerbaarheid') dan wel die constatering kan verwerpen ('falsificeerbaarheid'). Om die reden vermeldt de deskundige de bronnen waarop zijn conclusies berusten. Daaronder vallen ook eventueel geraadpleegde disciplines, gebruikte literatuur of andere bronnen.

5.5 RELEVANTIE en ZUINIGHEID

Deze eis houdt onder meer in dat het rapport geen gegevens, onderzoeken of beschouwingen bevat die voor de beantwoording van de vraagstelling niet relevant zijn. De deskundige zorgt dat het rapport voldoende is toegesneden op de individuele casus. Voor het weergeven van onderzoeksgegevens bestaat alleen dan geen bezwaar tegen tekstsjablonen, wanneer hierin wordt weergegeven wat werkelijk onderzocht is.

5.6 CONSISTENTIE

Deze eis houdt onder meer in dat de gerapporteerde feiten, constatering en overwegingen op een logische en inzichtelijke wijze tot de conclusies voeren waarop de antwoorden gebaseerd zijn. Zo nodig onderbouwt de deskundige zijn conclusies met wetenschappelijke literatuur of (andere) onderzoeksgegevens. Dit betekent onder meer dat de deskundige geen relevante zaken weglaat of zijn conclusies op onvolledige gegevens, onjuiste feiten of op veronderstellingen baseert.

5.7 HET HANTEREN VAN EEN ALGEMEEN AANVAARDE ONDERZOEKSMETHODE.

Deze eis houdt onder meer in dat het veld van de toepasbare onderzoeksmethoden wordt afgebakend tot dat van de actuele reguliere geneeskunde en die van de diverse beroepsverenigingen. De onderzoeksmethoden dienen relevant te zijn ten behoeve van de beantwoording van de vraagstelling. Dit geldt ook voor eventuele aanvullende onderzoeken.

5.8 GEGEVENSBESCHERMING

Deze eis houdt onder meer in dat de deskundige zich dient te houden aan de wettelijke bepalingen inzake de bescherming van persoonsgegevens, zoals onder andere vastgelegd in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

DE PROCEDURE

De deskundige handelt in zowel bestuurs- als civielrechtelijke procedures op de wijze zoals die is vastgelegd in de “Leidraad deskundigen in civiele zaken” en in de “Leidraad deskundigen in bestuursrechtelijke zaken” uitgebracht door de Rechtspraak, dan wel conform de aanwijzingen van de rechter voor zover deze niet in strijd zijn met de algemene of medische wet- en regelgeving en de bepalingen in deze richtlijn.

Rapportages buiten dit juridisch kader kennen meestal een eigen procedure die dient te worden gevolgd met inachtneming van de van toepassing zijnde wetgeving, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

6.1 Als de deskundige de aanvraag voor de expertise ontvangt, vergewist hij zich ervan of hij in staat is het onderzoek te verrichten en of hij de gestelde vragen naar behoren kan beantwoorden. Dit vloeit o.a. voort uit de in de hoofdstukken 4 en 5 geformuleerde eisen van deskundigheid en het vrij staan ten opzichte van de betrokkene. Indien de deskundige zich niet in staat acht om het onderzoek te verrichten, wordt de opdracht teruggegeven. Indien de deskundige zich niet in staat voelt om een of meerdere vragen te beantwoorden, wordt hiervan gemotiveerd melding gemaakt in het rapport.

6.2 De deskundige kan desgevraagd aantonen dat en hoe de betrokkene zich heeft gelegitimeerd. In het rapport wordt genoteerd hoe de betrokkene zich heeft gelegitimeerd. In het kader van de AVG mag alleen de geldigheidsdatum van het legitimatiebewijs worden genoteerd.

6.3 De deskundige informeert de betrokkene voorafgaand aan het onderzoek over het doel, de werkwijze en de consequenties daarvan en vergewist zich ervan dat de betrokkene de uitleg heeft begrepen.

6.4 Wanneer de betrokkene zich onvoldoende in het Nederlands kan uitdrukken, moet bij het onderzoek assistentie worden verleend door een onafhankelijke, professionele tolk. Er kan voor de vertaling geen gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld familieleden of kennissen, of van tolken of vertalers die door de betrokkene zelf zijn meegebracht. De kosten van een tolk komen voor rekening van de betrokkene of de opdrachtgever.

6.5 De deskundige vergewist zich ervan dat alle voor de beoordeling relevante medische informatie hem ter beschikking staat. Het staat de deskundige vrij om in het kader van het onderzoek zelf informatie op te vragen indien hij dat voor de totstandkoming van het rapport relevant vindt. Daarvoor wordt dan gebruik gemaakt van een door de betrokkene zelf ondertekende machtiging. Het uitwisselen van medische informatie, bijvoorbeeld met een behandelend arts, moet vanwege de transparantie bij voorkeur schriftelijk gebeuren. Hiervoor wordt verwezen naar de laatste versie van de KNMG Richtlijn “Omgaan met medische gegevens”.

De deskundige mag alleen gerichte vragen stellen waarvan wordt ingeschat dat deze relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling. De in het rapport weergegeven medische gegevens dienen aantoonbaar relevant te zijn voor de beantwoording van de vraagstelling. De deskundige vermeldt in het rapport welke gegevens aan hem werden verstrekt en welke door hem zelf werden opgevraagd. De deskundige vermeldt of verwijst in het rapport ook naar de medische gegevens die hij weliswaar heeft ontvangen, maar waarvan hij beoordeelde dat deze voor hem verder niet relevant waren. De deskundige is zich ervan bewust dat wanneer bepaalde medische informatie door een partij wordt aangeboden dit een selectief aanbod zou kunnen zijn.

6.6 In zaken waarin sprake is van twee of meer partijen houdt de deskundige rekening met het principe van “equality of arms”. Indien de deskundige na het ontvangen van de opdracht nadere correspondentie ontvangt van de betrokkene zelf en/of andere partijen waarin hem nieuwe feitelijkheden worden aangedragen of vragen worden gesteld, dan vergewist hij zich ervan dat de andere partij(en) hiervan op de hoogte is/zijn en daarmee akkoord gaat/gaan. De deskundige communiceert nooit eenzijdig met een partij over de medisch inhoudelijke aspecten van het onderzoek of de resultaten daarvan. Communicatie over inhoudelijke aspecten van het rapport vindt altijd schriftelijk plaats met toestemming van partijen die hiervan een kopie dienen te krijgen.

Indien een partij schriftelijke opmerkingen of verzoeken aan de deskundige voorlegt, verzekert de deskundige zich ervan dat de wederpartij deze stukken eveneens heeft ontvangen of hij verstrekt deze per direct in kopie aan de wederpartij. Wanneer in de procedure het blokkeringsrecht van toepassing is, verzekert de deskundige zich ervan dat deze opmerkingen en verzoeken uitsluitend aan de medisch adviseur(s) van partijen worden gezonden. Indien wordt afgezien van het blokkeringsrecht betreffende deze stukken of op bevel van de rechter kan genoemde informatie alsnog aan een wederpartij, buiten diens medisch adviseur, worden verstuurd.

Indien de partij die het blokkeringsrecht heeft géén gebruik maakt van dit recht en het rapport dus naar de wederpartij wordt gestuurd, is de eerstgenoemde partij op verzoek van de wederpartij of op bevel van de rechter alsnog verplicht om alle aan de deskundige toegestuurde medische gegevens ook aan de wederpartij te sturen. Dit kan slechts worden geweigerd als er zwaarwichtige redenen zijn die uiteindelijk door de rechter getoetst kunnen worden. De deskundige zal overigens aanvullend opgevraagde informatie in zijn rapport benoemen en waar nodig verwerken. Hiermee kunnen partijen zien welke informatie er wel en welke informatie er niet is gebruikt. De nog door de deskundige zelf aanvullend opgevraagde medische informatie hoeft niet met het concept- of het definitieve rapport te worden meegezonden, tenzij partijen hierover onderling andere afspraken hebben gemaakt. Wanneer door partijen alle door de deskundige opgevraagde medische gegevens in afschrift worden opgevraagd of wanneer de rechtbank hiervoor opdracht geeft, moet de betrokkene hiervoor toestemming geven met een door de betrokkene zelf ondertekende machtiging.

6.7 Er wordt, indien de opdracht daartoe aanleiding geeft, een adequaat lichamelijk en/of psychiatrisch medisch specialistisch onderzoek verricht, maar slechts voor zover dat relevant is voor de beantwoording van de vraagstelling. Indien mogelijk worden de resultaten van het onderzoek in kwantitatieve vorm weergegeven. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten kan medisch jargon uiteraard niet altijd worden vermeden. Het is van belang dat wordt weergegeven welke functies op welke wijze werden onderzocht en tot welke bevindingen dit heeft geleid.

6.8 Indien de deskundige tot conclusie(s)/diagnose(s) komt die niet overeenkomen met eerdere conclusie(s)/diagnose(s), dan dient dit duidelijk en gemotiveerd in het rapport te worden weergegeven. In het rapport wordt duidelijk onderbouwd waarom de opinie van de deskundige afwijkt van die van eerdere of actuele zorgverleners of onderzoekers.

6.9 Indien de deskundige aanvullend onderzoek (beeldvormend, neurofysiologisch, neuropsychologisch of anderszins) laat verrichten, betreft hij de uitkomsten in zijn overwegingen en voegt hij de verslaglegging/rapporten/uitslagen van deze onderzoeken integraal bij het expertiserapport. Voor zover de uitkomsten afwijken van die van eerder en/of elders verricht aanvullend onderzoek, bespreekt de deskundige dat in zijn rapport. Een beschouwing is met name noodzakelijk wanneer de deskundige ten aanzien van eerder en/of elders verricht aanvullend onderzoek zelf tot conclusies komt die afwijken van eerdere interpretaties. De deskundige moet in staat worden geacht om binnen de grenzen van het eigen vakgebied een basaal oordeel te kunnen geven over de waarde, de aard en de kwaliteit van het toegepaste hulponderzoek.

6.10 De deskundige kan (een deel van) het deskundigenonderzoek onder zijn directe supervisie laten verrichten door een arts in opleiding tot specialist (aios), op wie de in hoofdstuk 4 genoemde bepalingen eveneens van toepassing zijn. De deskundige brengt hiervan de betrokkenen vooraf op de hoogte en vergewist zich van hun toestemming. Hierbij gelden de voorwaarden dat de deskundige de anamnese mede moet hebben afgenomen, de betrokkene mede moet hebben onderzocht en kennis moet hebben genomen van de meegestuurde gegevens en van de resultaten en de interpretatie van eventueel aanvullend onderzoek. Het rapport wordt uitgebracht onder de primaire verantwoordelijkheid van de deskundige. Het rapport moet altijd door de deskundige worden gecontroleerd en (mede-)ondertekend.

6.11 Het kan zijn dat de anamnese niet overeenkomt met eerder gedane anamnestiche mededelingen (interne inconsistenties) of met andere gegevens zoals die uit het dossier en/of de nog opgevraagde informatie naar voren komen (externe inconsistenties). In dergelijke gevallen dient uit het rapport te blijken dat de betrokkene, voor zover dat medisch verantwoord is, met deze inconsistentie(s)/discrepantie(s) werd geconfronteerd. Dat wordt bij voorkeur aan het einde van het onderzoek gedaan. Daarbij wordt vermeld wat de reactie van de betrokkene daarop was en welke conclusie de deskundige hieruit vervolgens trekt of welke consequenties dat heeft. Het kan ook voorkomen dat dergelijke discrepanties/inconsistenties pas in een later stadium van de totstandkoming van het rapport of op een andere manier aan het licht komen. Ook dan dient dit alsnog met de betrokkene te worden besproken. Hiervan wordt een verslag in het rapport opgenomen, evenals van de reactie van de betrokkene.

6.12 De betrokkene dient, bij voorkeur vooraf en schriftelijk, te worden geïnformeerd over het inzagerecht, het correctierecht en op het eventueel van toepassing zijnde blokkeringsrecht, hetgeen blijkt uit het rapport.

6.13 Het inzagerecht

De betrokkene dient te worden gewezen op het inzagerecht. In het kader van het inzagerecht kan de betrokkene desgewenst een kopie van het rapport opvragen.

6.14 Het correctierecht.

Het correctierecht is alleen van toepassing op de gegevens die de betrokkene zelf, bij anamnese, verstrekt. De betrokkene wordt als eerste in de gelegenheid gesteld het verslag van het onderzoeksgesprek (de "anamnese") te controleren op eventuele feitelijke onjuistheden. Dat betreffen dan alleen die feiten waarvan de onjuistheid eenvoudig en objectief kan worden vastgesteld (zoals een geboortedatum of adresgegevens). Indien de betrokkene feitelijke onjuistheden corrigeert, worden deze duidelijk herkenbaar in het rapport opgenomen, bijvoorbeeld met behulp van voetnoten. Wanneer de deskundige van mening is dat de voorgestelde correcties géén feitelijke correcties betreffen (dus geen betrekking hebben op objectieve feiten) wordt hiervan melding gemaakt in het rapport.

Overige voorstellen van de betrokkene zelf, maar ook een eventuele reactie op het rapport of aanvullingen of verduidelijkingen, kunnen niet tot correcties of aanpassingen in het rapport leiden, maar deze kunnen wel, in bijlage, bij het rapport worden gevoegd. Het correctierecht geldt niet met betrekking tot gegevens van derden en het professionele oordeel (bijvoorbeeld de beschouwing, conclusie of de beantwoording van de vragen) van de deskundige.

Wanneer het blokkeringsrecht van toepassing is, worden correcties, opmerkingen en verzoeken pas in behandeling genomen nadat werd aangegeven dat de betrokkene géén gebruik maakt van het blokkeringsrecht en nadat vervolgens het conceptrapport aan partijen werd toegestuurd. Een uitzondering hierop betreft een correctie die van geen betekenis is voor de bevindingen en de conclusies, zoals een taalfout, de spelling van een naam of een per ongeluk verkeerd genoteerde datum. Het staat de deskundige dan vrij om een dergelijke fout of verschrijving alvast in het conceptrapport te corrigeren. De deskundige moet in alle gevallen herkenbaar aangeven welke correcties reeds in het conceptrapport werden aangebracht.

6.15 Het blokkeringsrecht.

Het blokkeringsrecht geeft aan de betrokkene het recht om als eerste kennis te nemen van het (concept)rapport om op grond daarvan te kunnen beslissen of dit al of niet aan derden ter beschikking mag worden gesteld. Het blokkeringsrecht is niet van toepassing als er sprake is van een reeds bestaande contractuele relatie (zoals een verzekeringsovereenkomst) tussen de opdrachtgever en de betrokkene. Dit is bijvoorbeeld het geval als het onderzoek wordt verricht vanwege een beroep op een al bestaande collectieve of private verzekering van de betrokkene. Het blokkeringsrecht is ook niet van toepassing indien de beoordeling van de rapporteur bij medische aansprakelijkheid alleen betrekking heeft op het handelen van een zorgverlener en hij de betrokkene zelf niet heeft gezien. Deze situatie valt namelijk niet onder het bereik van de WGBO, waarin het blokkeringsrecht is vastgelegd. Er is dan geen sprake van een rechtstreekse relatie met de betrokkene.

Het blokkeringsrecht is wel van toepassing bij expertises zonder contractuele relatie tussen de opdrachtgever en de betrokkene in het kader van letselschade (ook buitengerechtelijk), bij aanstellingskeuringen, bij keuringen voor nieuw af te sluiten verzekeringen en bij rijbewijskeuringen. Het blokkeringsrecht staat geheel los van het correctierecht en eventuele correcties worden pas *na* deblokkering in de tekst verwerkt, zie ook bepaling 6.14.

Indien het blokkeringsrecht van toepassing is, zendt de deskundige het (concept)rapport uitsluitend aan de betrokkene of op diens (bij voorkeur schriftelijk) verzoek aan diens belangenbehartiger. De deskundige geeft daarbij een termijn aan waarbinnen de betrokkene schriftelijk dient aan te geven of hij wel of niet gebruik wil maken van het blokkeringsrecht. Een termijn van twee weken is redelijk, maar er kunnen redenen zijn om van deze termijn af te wijken wanneer hiertoe een gemotiveerd verzoek wordt gedaan. Wanneer de betrokkene ook na een tweede schriftelijk verzoek niet reageert op het verzoek om (schriftelijk) aan te geven of hij het rapport wel of niet wil blokkeren, vergewist de deskundige zich ervan of de betrokkene of diens belangenbehartiger het conceptrapport daadwerkelijk heeft ontvangen. Indien er geen contact meer mogelijk is of er ondanks een herhaald verzoek geen toestemming wordt verkregen, moet het rapport als geblokkeerd worden beschouwd. Vervolgens wordt de opdracht door de deskundige beëindigd (en handelt de deskundige verder zoals na expliciete blokkering). Het blokkeringsrecht mag, indien het van toepassing is, niet door onderlinge afspraken binnen de procedure worden genegeerd.

Indien de betrokkene gebruik maakt van het blokkeringsrecht mag het rapport aan niemand anders worden toegezonden, wordt de opdracht beëindigd en worden de partijen/opdrachtgever(s) in neutrale bewoordingen hiervan in kennis gesteld.

6.16 Partijen krijgen, wanneer de betrokkene geen gebruik maakt van het blokkeringsrecht, de gelegenheid inhoudelijk te reageren op de bevindingen en conclusies van de deskundige; dat wil zeggen binnen het kader van de gegeven opdracht opmerkingen te maken en/of verduidelijkende en/of toelichtende vragen te stellen. Hiervoor geeft de deskundige vooraf een termijn aan waarbij vier weken gangbaar is. Op gemotiveerde verzoeken tot verlenging van de reactietermijn moet worden ingegaan, maar hiervan moeten alle partijen/opdrachtgever(s) op de hoogte worden gebracht. Bij overschrijding van de gestelde termijn zonder verzoek tot uitstel is de deskundige gerechtigd het rapport in definitieve vorm uit te brengen. Ook hier geldt dat de deskundige zich ervan vergewist dat partijen/opdrachtgever(s) het rapport hebben ontvangen.

Het hangt van de context van het onderzoek af welke procedure de deskundige daarbij volgt:

- » Bij rapportages in opdracht van de betrokkene zelf of van diens belangenbehartiger geeft de deskundige de opdrachtgever (de betrokkene zelf) de gelegenheid tot een inhoudelijke reactie.
- » Bij rapportages in het kader van het bestuursrecht voert de bestuursrechter als regel de regie. Aanvullende vragen worden alleen beantwoord indien deze door de bestuursrechter worden voorgelegd.
- » Bij rapportages in opdracht van een publiek verzekeringsorgaan (zoals het UWV) reageert de deskundige op eventuele vragen die de opdrachtgever of de betrokkene naar aanleiding daarvan stellen.
- » Bij rapportages in opdracht van een particuliere verzekeraar in het kader van een claim op de arbeidsongeschiktheid geeft de deskundige partijen de gelegenheid om naar aanleiding van het conceptrapport opmerkingen te maken of verzoeken te doen. De deskundige volgt dan de door partijen overeengekomen procedure.
- » Bij rapportages in het kader van het civiele recht (zoals bij een voorlopig deskundigenbericht of tijdens een lopende procedure) volgt de deskundige ten aanzien van het voorleggen van een conceptrapport aan partijen wat de rechter daarover heeft bepaald in diens uitspraak. De deskundige behoudt echter de eigen professionele verantwoordelijkheid ten aanzien van het correct toepassen van het correctie-, inzage- en blokkeringsrecht. Bij twijfel over de uitvoering van de opdracht raadpleegt de deskundige de contactpersoon bij het rechterlijk college dat het onderzoek heeft bevolen.

De deskundige vermeldt in het rapport welke opmerkingen en/of verduidelijkende/toelichtende vragen werden ontvangen. De reactie van de deskundige op de opmerkingen en/of de beantwoording van de verduidelijkende/toelichtende vragen, worden in het rapport in een aparte rubriek opgenomen. De verduidelijkende/toelichtende vragen worden gemotiveerd beantwoord en eventuele hieruit volgende wijzigingen in het rapport worden toegelicht. Hierna hoeft niet wederom de mogelijkheid van blokkering te worden geboden. Indien een partij geen verduidelijkende/toelichtende maar *aanvullende* vragen stelt, of opdrachten formuleert die buiten de oorspronkelijke vraagstelling of opdracht vallen, worden deze altijd ook aan de wederpartij/opdrachtgever(s) voorgelegd. Alle partijen/opdrachtgever(s) moeten expliciet akkoord gaan met eventuele aanvullende vragen of opdrachten.

Indien er sprake is van nieuwe medische informatie die door een partij (met goedkeuring van de wederpartij) wordt ingebracht, of van persoonlijke feiten die van invloed zijn op de bevindingen en de conclusies in het rapport, dient de deskundige het rapport na verwerking hiervan opnieuw aan de betrokkene voor te leggen ten einde deze wederom in staat te stellen om van het blokkeringsrecht gebruik te maken, waarmee opnieuw de procedure van bepaling 6.16 wordt gevolgd.

HET ONDERZOEK

7.1 In het kader van een rapportage dient de deskundige altijd zelf de betrokkene te onderzoeken conform de gangbare medische praktijk van zijn beroepsgroep. Hierop wordt een uitzondering gemaakt wanneer om een beoordeling wordt gevraagd uitsluitend op grond van (medische) stukken.

7.2 Het onderzoek wordt bij voorkeur uitgevoerd in een herkenbaar professionele omgeving waarbij de onderzoeksmogelijkheden optimaal zijn. Er dient een adequate ruimte te zijn voor lichamelijk onderzoek met professionele voorzieningen, voldoende privacy en mogelijkheid tot persoonlijke verzorging.

7.3 Er dient geen sprake te zijn van een 'gehaaste' entourage. Indien het onderzoek in een polikliniek wordt uitgevoerd, dan mag het niet door reguliere poliklinische of andere activiteiten worden verstoord. Er mag geen sprake zijn van onnodige telefonische onderbrekingen of van het binnenlopen van andere personen. Ook andere factoren die de aandacht sterk afleiden worden vermeden. De deskundige kan een of meerdere pauzes inlassen, op verzoek van en in overleg met betrokkene.

7.4 Onder bijzondere omstandigheden kan het gewenst of noodzakelijk zijn om de betrokkene elders, bijvoorbeeld in diens woning, te onderzoeken. In bijzondere situaties, bijvoorbeeld wanneer de gezondheidstoestand van de betrokkene dit met zich meebrengt, is een onderzoek middels videobellen toegestaan, mits dit vooraf door de betrokkene en de opdrachtgever(s) is goedgekeurd. De redenen en de verkregen toestemming worden in het rapport vermeld. De deskundige moet zelf een inschatting maken of deze vorm van onderzoek toereikend is voor de uitvoering van de opdracht.

7.5 De deskundige bepaalt de aard, de inhoud en de omstandigheden van het onderzoek. Het staat de deskundige vrij om een begeleider in de onderzoeksruimte gemotiveerd te weigeren. De deskundige dient zelf een inschatting te maken of in aanvulling op de anamnese ook een hetero-anamnese noodzakelijk is en met wie.

7.6 Het eventueel opnemen van het onderzoek door een betrokkene, hetzij uitsluitend qua geluid, hetzij met behulp van beeldvorming, is binnen het kader van de medische expertise anders dan in het kader van een behandelrelatie. Dit dient voorafgaand aan het onderzoek te worden afgestemd tussen deskundige en betrokkene of diens belangenbehartiger/wettelijk vertegenwoordiger, waarbij duidelijk moet worden of dit binnen de procedure van de zijde van de aanvrager een verzoek of een vereiste betreft. In het geval van een vereiste staat het de deskundige vrij om de opdracht te weigeren.

HET RAPPORT

8.1 Het rapport moet, ongeacht de opbouw, in ieder geval voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria:

1. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
2. Bovenstaande gronden vinden aantoonbaar steun in de feiten, omstandigheden en bevindingen zoals die worden vermeld in het rapport.
3. Het rapport geeft blijk van een binnen de beroepsgroep algemeen geaccepteerde methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
4. Het rapport vermeldt de bronnen waarvan gebruik werd gemaakt, daarbij inbegrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen.
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het staat de deskundige vrij zijn rapport naar eigen inzicht in te delen en op te bouwen.

De hieronder genoemde opbouw kan daarbij dienen als leidraad.

- Algemene inleiding
 - a) Vermelding van de opdrachtgever(s) en hun referentienummer(s)
 - b) Datum onderzoek en datum rapport
 - c) Wijze van legitimatie en contactgegevens van de betrokkene
 - d) De (juridische) context waarbinnen het onderzoek wordt verricht
 - e) Een *disclosure statement* of een verwijzing daarnaar
 - f) De gang van zaken betreffende de gevolgde procedure onder andere t.a.v. het inzage-, correctie- en, indien van toepassing, blokkeringsrecht
 - g) Vermelding van de letterlijke tekst van de vraagstelling
 - h) Uitleg aan betrokkene over de gang van zaken

- Anamnese
 - a) Ongevalsanamnese (indien van toepassing)
 - b) Algemene anamnese
 - c) Speciële anamnese. De 'speciële' anamnese is gericht op de klachten en op feiten en omstandigheden die daarmee verband houden
 - d) ADL en iADL
 - e) Arbeids- en beroepsanamnese
 - f) Beperkingen
 - g) Pre-existente situatie/voorgeschiedenis
 - h) Sociale anamnese/opleiding
 - i) Hetero-anamnese
Deze kan ook in de anamnese worden verwerkt, mits deze duidelijk wordt gescheiden van de anamnese van de betrokkene
 - j) Actuele medicatie

- Onderzoek
Lichamelijk onderzoek
 - a) Algemeen
 - b) Onderzoek zoals dat per vakgebied wordt vereist.
 - c) Status localis, waar van toepassing, zoals na verwondingen. Psychiatrisch onderzoek, conform de vereisten van dit vakgebied. Beeldvormend en/of ander aanvullend onderzoek

- Bespreking van de ontvangen (medische) gegevens
In deze rubriek worden de beschikbare en ontvangen (medische) gegevens op een zakelijke wijze en zo getrouw mogelijke wijze weergegeven, zonder dat daar een eigen interpretatie of beoordeling van wordt gegeven. Uit brieven uit de behandelend sector wordt zorgvuldig en bij voorkeur letterlijk geciteerd.
- Samenvatting
Hierin worden alle bovenstaande gegevens kernachtig samengevat. Het betreft dus geen gedeeltelijke of volledige herhaling van deze gegevens.
- Beschouwing
Dit is de kern van het rapport. Hierin komen alle overwegingen aan de orde die tot de beantwoording van de vraagstelling leiden, waaronder:
 - a) Weging van de medische gegevens, waaronder pre-existentie, predispositie en informatie vanuit de behandelende sector
 - b) Bespreking van eventuele inconsistenties en discrepanties (tussen anamnese en dossier, tussen diagnoses in dossier, tussen klachten en beperkingen, e.d.).
 - c) De differentiaal diagnose met onderbouwing welke diagnoses worden verworpen en welke diagnoses worden gesteld.
 - d) Relevante literatuur
 - e) Medische causaliteit
 - f) Weging van eventuele prognostische factoren
- Conclusie/diagnose
- Beantwoording van de vragen
- Datering en ondertekening van het rapport
- Bijlagen, bijvoorbeeld:
 - a) De opgevraagde medische informatie (zie bepaling bij bepaling 6.5)
 - b) Verslagen van aanvullend onderzoek door derden
 - c) Een beperkingentabel
 - d) Een medische machtiging

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

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

8.4 De vragen worden volledig, begrijpelijk en vooral eenduidig beantwoord. Bij de beantwoording van de vragen komen niet/nooit plotseling aspecten naar voren, die niet worden ondersteund/onderbouwd in de voorafgaande beschouwing.

Het kan van belang zijn om bij de beantwoording van de vragen (zoals bij de IWMD-vraagstelling) inzicht te krijgen in de vergelijking tussen de gezondheidstoestand van de betrokkene zoals die aanwezig is met/ten gevolge van het ongeval en de hypothetische situatie zonder het ongeval.

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

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

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

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

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

SPECIFIEKE ASPECTEN BIJ MEDISCHE BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

Indien een patiënt van mening is dat zijn behandelaar, zoals deze is gedefinieerd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), onzorgvuldig heeft gehandeld, dan kan hij deze aansprakelijk stellen voor de gevolgen daarvan. In beginsel rusten de stelplicht, de bewijslast en het bewijsrisico op de patiënt, niet alleen ten aanzien van eventuele onzorgvuldigheid maar ook ten aanzien van het eventuele causaal verband en de eventueel geleden schade.

Een medische expertise kan geschieden op verzoek van de patiënt zelf (een zogenaamd eenzijdige expertise), in onderling overleg tussen beide partijen, dan wel op last van de rechter. Voor expertises in het kader van medische beroepsaansprakelijkheid gelden dezelfde richtlijnen als genoemd in de hoofdstukken hierboven. Kenmerkend in deze context is echter dat primair het medisch handelen van een arts moet worden beoordeeld. Dat stelt speciale eisen aan de deskundige op dit gebied. Daarnaast moet, net zoals bij andere letselschadeprocedures, worden vastgesteld of er afwijkingen zijn in de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de betrokkene en of zulke afwijkingen causaal samenhangen met of het gevolg zijn van onjuist of onzorgvuldig medisch handelen. Om die causaliteitsvraag te kunnen beantwoorden, moet de deskundige kunnen aangeven hoe de gezondheidstoestand van de betrokkene waarschijnlijk zou zijn geweest, als het medisch handelen wel juist was geweest. Deze medische causaliteitsvraag is essentieel om te beoordelen in hoeverre onzorgvuldig handelen consequenties voor de betrokkene heeft gehad. Het kan immers voorkomen dat medisch onzorgvuldig handelen geen negatieve consequenties voor de betrokkene heeft gehad. Soms heeft de medische handeling die ter discussie staat en de eventuele schade die daardoor is veroorzaakt betrekking op verschillende medische specialismen. In dat geval zullen veelal het medisch handelen en de eventuele schade door deskundigen van verschillende specialismen beoordeeld moeten worden. Echter, ook als beide aspecten op het terrein van één specialisme liggen, kunnen partijen kiezen of ze de rapportage opdragen aan één of aan verschillende medisch specialisten. De deskundige dient zich daarom goed te vergewissen van de reikwijdte van de opdracht zoals deze in de aanvraagbrief of in de gerechtelijke uitspraak is geformuleerd.

De persoon van de deskundige

Omdat de deskundige en de arts wiens handelen ter discussie staat beiden arts zijn, moeten de onafhankelijkheid en objectiviteit van de deskundige duidelijk vaststaan. Dit betekent onder meer dat de deskundige op generlei wijze in een persoonlijke dan wel zakelijke relatie mag staan of hebben gestaan tot de aansprakelijk gestelde arts en/of de betrokkene. Hij mag bijvoorbeeld geen vriend, goede kennis, opleider of ex-assistent van de aansprakelijk gestelde arts zijn, noch met hem samenwerken of hebben samengewerkt in enig beroepsmatig of persoonlijk verband. De deskundige bevestigt in zijn rapport dat hij, in de hierboven bedoelde zin, vrij staat ten opzichte van de betrokkene en de arts danwel de zorginstelling op wiens handelen zijn onderzoek betrekking heeft. Het kan voorkomen dat de deskundige de andere arts kent uit de Wetenschappelijke vereniging, bijvoorbeeld in commissieverband. In dat geval is het wenselijk om dit voor het aanvaarden van de opdracht aan de aanvragende partijen voor te leggen. Ook hier geldt, bij twijfel niet doen.

De deskundige beschikt aantoonbaar over de kennis, de kunde en de vaardigheden om te kunnen beoordelen of het medisch handelen van de aansprakelijk gestelde arts al of niet zorgvuldig en deskundig is geweest en om te kunnen vaststellen hoe de gezondheidstoestand van de betrokkene zou zijn geweest, als wel zorgvuldig en deskundig was gehandeld. Het strekt tot aanbeveling dat de deskundige (nog) feitelijk werkzaam is op het desbetreffende vakgebied. Daarbij dient de deskundige zich bewust rekenschap te geven van de opvattingen en richtlijnen die er op dit punt binnen de eigen wetenschappelijke vereniging bestaan of ten tijde van het verweten handelen bestonden. Hij doet dit door (desgewenst) in het rapport een *disclosure statement* op te nemen waarin onder andere zijn specifieke deskundigheid wordt gemotiveerd.

De deskundige moet beschikken over kennis die het mogelijk maakt te beoordelen of het handelen van de aansprakelijk gestelde arts in overeenstemming is geweest met de normen die daarvoor golden ten tijde van dat handelen. De deskundige mag diens oordeel niet baseren op kennis die de aansprakelijk gestelde arts op het moment van diens handelen niet kon hebben.

Er moet worden uitgegaan van het moment van het medisch handelen zelf, rekening houdend met *hindsight bias* (“wijsheid achteraf”). Dat is inherent aan een beroepsaansprakelijkheidszaak, waarbij de uiteindelijke uitkomst van het medisch handelen immers bij alle betrokkenen bekend is geworden.

Daarnaast dient ook rekening te worden gehouden met de *outcome bias*; de juistheid van een beslissing wordt dan uitsluitend beoordeeld op het resultaat van deze beslissing. Om een diagnose- of behandelingsfout goed te kunnen inschatten, is het noodzakelijk dat de deskundige de oorspronkelijke positie van de behandelend arts opnieuw stap voor stap doorneemt. Hierbij betreft de deskundige in diens oordeel onder andere welke informatie op dat moment beschikbaar was, of beschikbaar had moeten zijn en hoe de arts tot diens beslissing is gekomen met de kennis die hij op dat moment kon hebben en de (behandel)richtlijnen binnen de beroepsgroep die op dat moment golden.

De deskundige kan zich op één of meer onderdelen laten bijstaan door een consulent. In dat geval zal hij daartoe vooraf de toestemming van alle partijen moeten vragen. Voor de consulent gelden uiteraard dezelfde richtlijnen als voor de deskundige. Echter, de deskundige heeft een eigen verantwoordelijkheid voor het betrekken van de consulent bij de rapportage. Als de bijdrage van de consulent maar beperkt is, geeft de deskundige in diens rapport aan op welk aspect daarvan diens advies betrekking heeft. De deskundige voegt altijd het advies integraal in bijlage aan het rapport toe. Is de bijdrage van de consulent omvangrijk of doorslaggevend, dan valt het medische oordeel onder de verantwoordelijkheid van zowel de deskundige als de consulent, zoals blijkt uit hun gezamenlijke ondertekening van het rapport. De primair deskundige blijft verantwoordelijk voor de redactie van het rapport en het bewaken van de procedure. Deze beslist ook welke van beide bovengenoemde opties aan de orde is.

De werkwijze

In zaken van medische aansprakelijkheid gaat het er niet primair om of de aansprakelijk gestelde arts een fout heeft gemaakt, maar is de centrale vraag aan de orde of deze in deze zaak heeft gehandeld zoals van een “redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot” mocht worden verwacht. Hierbij wordt rekening gehouden met de voor de arts geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden die golden ten tijde van het verweten handelen. De deskundige moet derhalve expliciteren wat daaronder in de desbetreffende casus moet worden verstaan. Verder dient de deskundige zich ervan te vergewissen dat hem voldoende gegevens ter beschikking zijn gesteld om eventuele vragen met betrekking tot de gezondheidsschade bij de betrokkene en de mogelijke oorzaak daarvan op verantwoorde wijze in diens rapport te beantwoorden. Als dit niet het geval is, zal de deskundige proberen om de noodzakelijke gegevens alsnog te verkrijgen, hetzij via een verzoek aan de opdrachtgevers/partijen, hetzij door deze gegevens met een schriftelijke machtiging van de betrokkene zelf op te vragen. Indien dat niet of onvoldoende lukt zal de deskundige in zijn rapport gemotiveerd moeten aangeven welke van de aan hem gestelde vragen hij niet of niet volledig kan beantwoorden.

De procedure

Voor wat betreft het beoordelen van bepaald medisch handelen geldt dat de deskundige alleen dan geen relatie volgens de wet BIG heeft met de betrokkene die dat medisch handelen heeft ondergaan, als hij zich in geen enkel opzicht uitlaat over diens gezondheidstoestand. Alleen dan heeft de betrokkene ook geen blokkeringsrecht. Echter, vaak valt er niet aan te ontkomen om in de beoordeling ook de medische gegevens van de betrokkene te betrekken. In die situatie is, en ook bij twijfel, dus het blokkerings- en correctierecht van toepassing. Indien een rapportage wordt gevraagd om de eventuele medische aansprakelijkheid met betrekking tot een overlijden te beoordelen, is het blokkeringsrecht niet van toepassing. Het recht op privacy is immers een persoonlijk recht dat na overlijden niet overgaat op de nabestaanden.

Nadat de deskundige het dossier heeft bestudeerd en/of de betrokkene heeft onderzocht en/of diens familie/nabestaanden heeft gesproken, biedt hij de aansprakelijk gestelde hulpverlener(s), in het kader van hoor en wederhoor de gelegenheid om hun visie te geven en om eventueel vragen van de deskundige te beantwoorden. Dit dient te geschieden vóór het uitbrengen van het conceptrapport. Het verslag van de gevoerde gesprekken en/of de schriftelijke correspondentie met betrekking tot de door de deskundige gestelde vragen en de daarop verkregen antwoorden, worden altijd integraal in het rapport opgenomen. Telefonisch overleg, anders dan praktisch van aard, dient te worden vermeden. Vindt bij uitzondering toch telefonisch overleg plaats dan wordt daarvan een verslag gemaakt dat aan het rapport wordt gehecht. Indien de deskundige geen redenen ziet voor een persoonlijk overleg met de aansprakelijk gestelde hulpverlener(s), dient de reden hiervan in het rapport te worden vermeld.

Wanneer het blokkeringsrecht van toepassing is, wordt het conceptrapport nadat het door de betrokkene is gezien en gedeblokkeerd naar de belangenbehartigers van partijen gezonden (zie rubriek 6.15 e.v.).

Partijen krijgen op deze wijze de gelegenheid het verslag van hun eigen inbreng op eventuele feitelijke onjuistheden te corrigeren en binnen het kader van de gegeven opdracht opmerkingen te maken en/of verduidelijkende/toelichtende vragen te stellen. Ook hiervan wordt een volledige weergave opgenomen in het definitieve rapport dat na deze fase kan worden uitgebracht (zie rubriek 6.16).

De conclusie(s)

Naast de algemene richtlijnen geldt voor rapporten in het kader van medische beroepsaansprakelijkheid dat de beoordeling van het medisch handelen van de aansprakelijk gestelde zorgverlener(s) inhoudelijk wordt onderbouwd met verwijzing naar de destijds vigerende richtlijnen, protocollen en/of wetenschappelijke en professionele inzichten. Daarbij geeft de deskundige antwoord op de vaak zeer specifieke vragen die uit het overleg tussen partijen kunnen zijn voortgevloeid, of door de rechter in een uitspraak zijn gesteld, voor zover de deskundige zich daartoe in staat acht. De deskundige doet dit zo mogelijk op basis van *'evidence based medicine'* maar in ieder geval uitgaande van de gebruikelijke standaard van de betreffende beroepsgroep en refereert hij hierbij naar relevante literatuur en eventuele andere bronnen.

In sommige situaties zal het niet mogelijk zijn om met zekerheid aan te geven hoe elk aspect van het handelen beoordeeld moet worden, of wat de consequenties zijn geweest van de ingestelde behandeling. De deskundige gebruikt daarbij bij voorkeur eenduidige formuleringen als "waarschijnlijk" of "aannemelijk". Het kan daarbij belangrijk zijn om een formulering aan te geven als: "Ik kan mij bij mijn oordeelsvorming uitsluitend baseren op de ter beschikking gestelde informatie. Informatie die ik niet heb ontvangen, kan ik niet bij mijn oordeel betrekken."

Voor de vaststelling van eventuele gezondheidsschade bij de betrokkene geldt al hetgeen daarover is gesteld in de hoofdstukken 3-8.

SPECIFIEKE ASPECTEN BIJ RAPPORTAGES IN HET BESTUURSRECHT

In civielrechtelijke zaken dient de deskundige een primair oordeel uit te spreken over zaken die hem ter beoordeling worden voorgelegd, zoals bijvoorbeeld de aard en de ernst van de ziekte of het letsel of het causale verband met bijvoorbeeld een ongeval. In bestuursrechtelijke zaken daarentegen zal de deskundige op grond van zijn professionele kennis een toetsing moeten verrichten van een reeds bestaand oordeel van de instantie die is belast met de uitvoering van sociale wetgeving, zoals het UWV. De bestuursrechter zal het bestaande en ter discussie staande oordeel van de deskundige vervolgens volgen danwel niet volgen en bepalen welke consequenties dat heeft voor het bestreden overheidsbesluit. Dit vergt van de deskundige kennis van de sociale verzekeringswetten (met name ten aanzien van het schattingsbesluit en de daarin vervatte omschrijvingen van ziekte of gebrek en het objectiveringsprincipe) en van relevante verzekeringsgeneeskundige richtlijnen (betreffende onder meer de standaard urenbeperking en het medisch arbeidsongeschiktheids criterium).

In verband met eventueel recht op een uitkering krachtens de Ziektewet, de WAO/WIA/WGA/IVA of de Wajong moet vaststaan dat er sprake is van ziekte of gebrek. Volgens jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep moet de beoordelend arts ervan overtuigd zijn dat er sprake is van ziekte. Het is daarvoor niet altijd noodzakelijk dat ook een eenduidige diagnose kan worden gesteld. Wel moet de deskundige onderbouwen dat hij het klachtverhaal voldoende plausibel en consistent acht. Bij dit onderzoek is in de regel sprake van een datum in geding. Dat betekent dat uit het rapport moet blijken dat de deskundige zijn onderzoek en zijn uitspraken heeft gebaseerd op de situatie zoals deze was op de betreffende (peil)datum.

De bestuursrechter vraagt aan de deskundige onder meer om een oordeel te geven over de door de (bezwaar)verzekeringarts geduide beperkingen. Deze hanteert daarbij criteria die door en voor verzekeringsgeneeskundigen zijn ontwikkeld. De vigerende versie is de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). Dit is echter uitsluitend een instrument voor verzekerings- en bedrijfsartsen. De deskundige dient wel op de hoogte te zijn van de aard en de achtergronden van dit instrument. Bij de beoordeling van de toepassing ervan door de (bezwaar)verzekeringarts dient de deskundige zich echter van de grenzen van zijn deskundigheid bewust te zijn en zich te beperken tot uitspraken die hij op grond van zijn medisch-specialistische kennis kan onderbouwen. Ook als de bestuursrechter aan de deskundige vraagt om een oordeel te geven over concrete functies die door de arbeidsdeskundige voor de betrokkene geschikt zijn geacht, zal de deskundige de grenzen van zijn deskundigheid nauwlettend moeten bewaken. Dit houdt in dat hij geen eigen oordeel kan uitspreken over de belasting die concrete functies met zich meebrengen. De deskundige kan slechts aangeven of het gespecificeerde belastingprofiel van een bepaalde functie wel of niet in overeenstemming is met de mogelijkheden en beperkingen van de betrokkene, zoals hij die als aannemelijk heeft geoordeeld.

RAPPORT OP BASIS VAN MEDISCHE STUKKEN, SECOND OPINION OF BEOORDELING VAN HET RAPPORTEREN VAN EEN ANDERE DESKUNDIGE

Medisch adviseurs kunnen om diverse redenen om de beoordeling van medische stukken of van een door een andere deskundige uitgebracht rapport verzoeken. Een rapportage op basis van uitsluitend medische stukken (een dossier) kan bijvoorbeeld plaatsvinden in een ongecompliceerde zaak waarbij geen discussie bestaat over de medische causaliteit en voldoende actuele gegevens van behandelaars aanwezig zijn. In het bestuursrecht kan ter beoordeling van eventuele beperkingen op de 'datum in geding' (veelal het verzekeringsgeneeskundig oordeel van het UWV op die datum betreffend) een medische beoordeling op basis van de beschikbare stukken worden gevraagd. Om de beoordeling van een door een andere deskundige uitgebracht rapport zal in de regel alleen worden gevraagd indien - bijvoorbeeld een medisch adviseur of een belangenbehartiger - vragen heeft over de kwaliteit van het rapport of indien de uitkomst van het rapport voor een opdrachtgever niet bevredigend, bijvoorbeeld niet concludent is. De deskundige is dan volgens degene die om advies vraagt bijvoorbeeld niet of niet voldoende ingegaan op de opmerkingen en verzoeken van een medisch adviseur naar aanleiding van het voorliggend rapport. Dat is dus iets anders dan een second opinion waarbij aan een deskundige in vervolg op een reeds uitgebracht rapport opnieuw om een rapportage wordt verzocht.

A. RAPPORTAGE OP BASIS VAN MEDISCHE STUKKEN

Bij het verrichten van een rapportage uitsluitend op basis van medische stukken/een dossier dient de deskundige het volgende in acht te nemen:

1. De deskundige dient zich ervan te vergewissen dat de gevraagde beoordeling uitsluitend op basis van de ter beschikking gestelde medisch stukken wordt verricht en dus geen oordeel inhoudt over de gezondheidstoestand van de betrokkene.
2. Wanneer wel een oordeel wordt gevraagd over de gezondheidstoestand van betrokkene dient de deskundige zich ervan te vergewissen of een persoonlijk onderzoek niet mogelijk of niet noodzakelijk is.
3. De deskundige dient zich ervan te vergewissen dat alle voor zijn oordeel noodzakelijke stukken ter beschikking worden gesteld en moet ervoor waken dat door de opdrachtgever hierin een selectie is gemaakt die eventueel het oordeel van de deskundige zou kunnen beïnvloeden.
4. De deskundige verzoekt bij voorkeur aan de opdrachtgever om het dossier volledig geanonimiseerd ter beschikking te stellen ten behoeve van het uitvoeren van de opdracht.

B. SECOND OPINION

Bij een second opinion wordt de deskundige verzocht om na een eerdere rapportage opnieuw een onderzoek te verrichten en een nieuw rapport uit te brengen. De deskundige dient hierbij inzage te krijgen in de volledige medische stukken en gegevens zoals die aanwezig waren ten behoeve van de eerder verrichte rapportage, eventueel aangevuld met de meest recente stukken. Indien de deskundige tot een andere diagnose of andere bevindingen komt, wordt dat transparant en expliciet onderbouwd.

De deskundige dient zich te realiseren dat een second opinion op een later moment wordt uitgevoerd dan de eerder verrichte rapportage waardoor het medische beeld van de betrokkene zich kan hebben gewijzigd. Er kunnen immers nieuwe klachten en verschijnselen zijn ontstaan en reeds aanwezige klachten en verschijnselen kunnen in remissie zijn. De deskundige dient bij de beschouwing in te gaan op de eventuele verschillen in het klinisch beeld tussen de eerder verrichte rapportage en die ten tijde van de second opinion. Het is daarom van belang om het voorliggende rapport bij de totstandkoming van het rapport in het kader van de second opinion te betrekken.

C. BEOORDELING VAN HET RAPPORT VAN EEN ANDERE DESKUNDIGE

De medisch deskundige kan worden gevraagd het rapport van een andere deskundige op kwaliteitscriteria te beoordelen. De deskundige doet dit aan de hand van de bepalingen in deze Richtlijn. Het is geoorloofd om op verzoek van bijvoorbeeld een medisch adviseur of advocaat een dergelijk rapport op genoemde kwaliteitscriteria te beoordelen. Het verdient daarbij de voorkeur dat het aangeboden rapport en de medische gegevens van betrokkene door de opdrachtgever vooraf volledig worden geanonimiseerd.

Wanneer om een medisch inhoudelijke beoordeling van een rapport wordt verzocht dan dient dit te worden gedaan op de wijze zoals hierboven is vastgelegd bij de beoordeling van een rapportage op basis van de medisch stukken (lid A van dit hoofdstuk). De deskundige onthoudt ook hier zich van onnodig grievend danwel niet objectief taalgebruik. Evenmin spreekt de deskundige een waardeoordeel uit over de opdrachtgever of de (eerdere) deskundige(n), anders dan inhoudelijk binnen de context van de opdracht.

SLOTBEPALINGEN

De deskundige is zich ervan bewust dat er in het geval van rapportages bij kinderen en/of wilsonbekwamen sprake kan zijn van andere aan de procedure te stellen eisen, bijvoorbeeld voor wat betreft de procedurele omgang met (gescheiden) ouders en wettelijk vertegenwoordigers.

Voor de vertaling van een rapport, bijvoorbeeld ten behoeve van het blokkerings- of correctierecht, moet van een onafhankelijke en geregistreerde tolk gebruik worden gemaakt. Dit dient te worden aangevraagd en bekostigd door de opdrachtgever zelf.

Bij het bewaren en het vernietigen van het rapport en/of het dossier neemt de deskundige de geldende wet- en regelgeving, waaronder de WGBO (voor zover van toepassing) en de AVG in acht. Daarbij heeft de deskundige een eigen verantwoordelijkheid, ongeacht zijn juridische positie (bijvoorbeeld loondienst, freelancer). De AVG is overigens niet van toepassing op overleden personen.

Als er sprake is van een rapportage in opdracht van een betrokkene geldt een bewaartermijn van 20 jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden.

De deskundige vernietigt een dossier na twintig jaar, tenzij er sprake is van één van de volgende situaties:

1. 'Goed hulpverlenerschap' maakt langer bewaren noodzakelijk.
2. De wet schrijft een afwijkende bewaartermijn voor.
3. De betrokkene verzoekt de deskundige om (delen van) het dossier langer of korter te bewaren.
4. De medische gegevens zijn geanonimiseerd.

Voor rapportages in opdracht van een derde (zoals een verzekeringsmaatschappij of het UWV) waarop de WGBO van toepassing is, geldt dat het dossier slechts bewaard wordt zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van de rapportage, tenzij het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet. Bijvoorbeeld wanneer de Archiefwet van toepassing is.

Voor rapportages in opdracht van de Rechtspraak geldt de aanbeveling het dossier maximaal 5 jaar te bewaren, te rekenen vanaf de datum waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden. De rapporteur mag hier weloverwogen van afwijken met in achtneming van de uitgangspunten van de WGBO (voor zover van toepassing) en de AVG. Bijvoorbeeld als hij de gegevens nodig heeft voor een (dreigende) klacht of claim.

Bij rapportages anders dan in opdracht van de Rechtspraak geldt de aanbeveling om het dossier gedurende maximaal één jaar te bewaren, te rekenen vanaf de datum waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden. De rapporteur mag hier weloverwogen van afwijken met in achtneming van de uitgangspunten van de WGBO en de AVG. Bijvoorbeeld indien er sprake is van een (dreigende) klacht of claim of wanneer de rapporteur concrete aanwijzingen heeft voor een procedure in vervolg op een besluit van het UWV of een verzekeraar.

Bij een rapportage in het kader van medische beroepsaansprakelijkheid - anders dan in opdracht van de Rechtspraak - die uitsluitend ziet op de aansprakelijkheidsvraag geldt conform de AVG dat een dossier niet langer bewaard wordt dan noodzakelijk is voor het doel waarvoor het werd aangelegd. De deskundige gaat direct tot vernietiging van het dossier over indien het bewaren hiervan niet langer noodzakelijk is.

De rapporteur vernietigt het dossier of bepaalde gegevens hieruit binnen de hiervoor geldende c.q. aanbevolen bewaartermijnen, indien de betrokkene hierom (schriftelijk of digitaal) verzoekt en hij zich niet kan beroepen op een erkende weigeringsgrond op het vernietigingsrecht. Hiervan is onder meer sprake als de rapporteur de gegevens uit het dossier nodig heeft voor de uitvoering van de opdracht (het rapport is nog niet afgerond) of als de rapporteur nog om een toelichting in de procedure van de Rechtspraak kan worden gevraagd. Ook is van een weigeringsgrond sprake bij een (dreigende) klacht of claim en de deskundige de betreffende gegevens nog nodig heeft voor zijn verweer hiertegen.

Voor nadere informatie over vigerende (wettelijke) normen wordt verwezen naar de Richtlijn Omgaan met medische gegevens van de KNMG (2024). Bijvoorbeeld met betrekking tot de uitvoeringstermijn en het wel of niet bewaren van het vernietigingsverzoek.

De NVMSR (www.nvmsr.nl)

Plaats: Doorn

Datum: 6 december 2024