

VU Research Portal

Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?

Akkermans, A.J.; Wilken, A.; Van, A.J.; de Groot, G.

published in

GAVscoop

2011

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Akkermans, A. J., Wilken, A., Van, A. J., & de Groot, G. (2011). Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien? *GAVscoop*, 15(1), 5-10.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren

Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?

A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van, G. de Groot*

1. Inleiding

Voor expertises bij letselschade kent de praktijk al geruime tijd de zogenaamde 'IWMD-vraagstelling'. Daarmee wordt bedoeld op de 'Vraagstelling causaal verband bij ongeval' die is ontwikkeld door de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging van de Vrije Universiteit in samenwerking met in de praktijk werkzame personen in het kader van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD)¹. Zowel door de rechter als buitengerechtelijk worden veel vraagstellingen voor medische expertises geformuleerd die geheel of gedeeltelijk aan deze vraagstelling zijn ontleend. De meest recente versie van de IWMD-vraagstelling is die van januari 2010. Deze kwam mede tot stand door een initiatief van de Werkgroep medisch adviseurs verzekeraars van de GAV, waarbij door de Projectgroep een aantal voor slachtoffers werkzame medisch adviseurs werd betrokken. De nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling sluit nauw aan bij de in 2008 verschenen Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR)². Voor een uitvoeriger beschrijving van deze nieuwe versie en voor het hoe en waarom van de wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van augustus 2005 zij verwezen naar de toelichting op de website van de Projectgroep³ en naar het artikel dat hierover verscheen in het Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade (TVP)⁴.

2. Beperkingenvraag nog steeds niet afgerond

De nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling is nog steeds niet afgerond. In zeker opzicht is dat niet verwonderlijk, omdat in de hele formule van de IWMD-vraagstelling zit ingebakken dat voortdurend

aanpassingen kunnen plaatsvinden op grond van voorschrijdend inzicht. Om dit tot uitdrukking te brengen wordt de vraagstelling wel aangeduid als een 'studiemodel'. Op de website van de Projectgroep wordt opgeroepen tot het maken van opmerkingen en het geven van reacties. Die formule – een soort van permanente internetconsultatie van de praktijk – werkt nog steeds heel aardig. Ook op de versie van januari 2010 zijn reeds de nodige opmerkingen binnengekomen. Een enkele heeft al tot aanpassing geleid, op andere wordt nog gebroed. In zoverre is de IWMD-vraagstelling naar haar aard dus nooit 'afgerond'. Maar de onvolkomenheid van de versie van januari 2010 gaat wel iets verder dan dat. Er is van meet af aan behoorlijk geworsteld met de vormgeving van de vraag naar de beperkingen en de knoop daarover is nog steeds niet doorgehakt. Met dit artikel willen wij de lezers van de GAVscoop vragen om met ons mee te denken.

De stand van zaken is als volgt. In de RMSR valt over de beperkingenvraag onder meer te lezen (aanbeveling 2.2.18):

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

In de IWMD-vraagstelling luidt de beperkingenvraag momenteel (vraag 1 g):

'Beperkingen (aanbeveling 2.2.17 en aanbeveling 2.2.18) g. Welke beperkingen op uw vakgebied

* De auteurs zijn verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc en maken deel uit van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging.

¹ Zie www.rechten.vu.nl/IWMD > Projecten > Vraagstelling causaal verband bij ongeval.

² <http://knmg.artsenet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Richtlijn-medischspecialistische-rapportage-in-bestuurs-en-civielrechtelijk-verband-2008.htm>.

³ www.rechten.vu.nl/IWMD > Projecten > Vraagstelling causaal verband bij ongeval > Overzicht wijzigingen.

⁴ A.J. Van, A.J. Akkermans en A. Wilken, Nieuwe versie IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval, TVP 2009 nr. 2 p. 33-40 (vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15335>). Naar aanleiding van de versie van augustus 2005 verscheen eerder A.J. Akkermans, Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak, TVP 2005 nr. 3 p. 69-80 (vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15263>).

bestaan naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn huidige toestand, ongeacht of de beperkingen voortvloeien uit het ongeval? Wilt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi-kwantitatieve wijze weergeven [in het bijgesloten beperkingenformulier] en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige?’

Deze vraag spreekt dus over een ‘beperkingenformulier’, zij het tussen haakjes. In de toelichting staat hierover vermeld:

‘Deze nieuwe versie van de vraagstelling (januari 2010) is nog niet volledig afgerond. Er wordt met name nog verder nagedacht over een verbetering van de vraag naar beperkingen. In de nieuwe vraag naar beperkingen (vraag 1g) wordt thans wel al gesproken over het gebruik van een beperkingenformulier. Ook dit beperkingenformulier is momenteel nog in ontwikkeling en zal binnen afzienbare tijd aan deze laatste versie van de IWMD-vraagstelling worden toegevoegd. Bij gebruik van de nieuwe versie van de vraagstelling kan vraag 1g worden opgenomen zonder de woorden [‘in het bijgesloten beperkingenformulier’].’

De IWMD-vraagstelling zoekt dus ook op dit punt aansluiting bij de RMSR (‘semi-kwantitatieve vorm’) en wil die aansluiting vormgeven door middel van een beperkingenformulier. ‘Binnen afzienbare tijd’ komt er zo’n beperkingenformulier, zo staat er. Maar inmiddels staat deze versie meer dan een jaar op internet, en van een beperkingenformulier nog geen spoor. De oorzaak van deze vertraging is dat de Projectgroep erg is gaan twijfelen of de voorgenomen route van een beperkingenformulier wel de juiste weg is. Die twijfel weegt zwaar, omdat in de nieuwe versie de beperkingenvraag meer centraal is komen te staan dan ooit. Het gaat met andere woorden om een belangrijk punt.

3. Vraag BI geschrapt, beperkingenvraag centraal gesteld

Een belangrijke wijziging in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling is dat niet langer standaard wordt gevraagd naar de in een invaliditeitspercentage uitgedrukte mate van functieverlies. Anders dan bij een particuliere ongevallenverzekering is het belang van het percentage blijvende invaliditeit (BI) bij letselschade eigenlijk gering. Voor het vaststellen van de materiële schade (waaronder het verlies van verdienvermogen) is dit percentage irrelevant, en bij

het vaststellen van het smartengeld is het niet meer dan een van de mogelijke indicatoren voor de ernst van het letsel. Nauwkeurigheid is daarbij niet vereist. Populair gezegd: een procentje meer of minder doet er niet toe. Maatgevend voor de omvang van het smartengeld zijn alle omstandigheden van het geval, en de ernst van het letsel is een van de belangrijkere van die omstandigheden. Die ernst laat zich doorgaans ook wel uit andere omstandigheden afleiden dan uit het percentage BI. De Hoge Raad heeft in zijn rechtspraak nooit aan het percentage BI gerefereerd,⁵ en de lagere rechtspraak is zich van de betrekkelijke betekenis van dit percentage bewust. Een voorbeeld is de uitspraak van de rechtbank Maastricht van 3 december 2008.⁶ De verzekeraar stelde dat het percentage BI 5% was, volgens de benadeelde was het 10%. De rechtbank overwoog dat zij dit verschil niet relevant achtte voor de vaststelling van het smartengeld, en zag geen grond om een deskundige te benoemen ter vaststelling van het percentage BI. Projectgroep en IWMD zijn tot de conclusie gekomen dat dit beperkte belang in de regel niet opweegt tegen de aanzienlijke tijd en aandacht die partijen en deskundigen aan deze kwestie plegen te besteden. Voor partijen komen uitvoerige discussies over het juiste percentage BI vaak neer op het inslaan van een zijstraat. Voor deskundigen is het op de juiste manier toepassen van de AMA guides nogal eens een tijdrovende en ingewikkelde kwestie. Dit alles leidt vaak tot gedoe over pseudo-exacte tabellen waar niemand veel wijzer van wordt.

In plaats hiervan wordt in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling geprobeerd de aandacht te verleggen naar de vraag naar de beperkingen. Het belang van deze vraag kan moeilijk worden overschat. Zij vormt immers de basis voor bijna alle verdere beslissingen in het afwikkelingstraject.

In de opzet van de nieuwe IWMD-vraagstelling is de vraag naar het percentage BI optioneel: indien de casus daarvoor aanleiding geeft (bijvoorbeeld omdat er naast een letselschadeclaim ook een ongevallenverzekering is) of partijen of de rechter dat om andere redenen wensen, staat het hun uiteraard volkomen vrij om deze vraag op te nemen.

4. De voorgenomen methode om meer te halen uit de beperkingenvraag

Vanouds valt bij de afnemers van medische expertises te beluisteren dat de beantwoording van de beperkingenvraag door expertiserend medisch specialisten nogal eens wat minder uitvoerig is dan men graag zou zien. Het verschilt per discipline en per expertiserend arts wat men terug kan verwachten.

⁵ De kwestie is vermoedelijk nooit als zodanig aan de Hoge Raad voorgelegd.

⁶ Rb Maastricht 3 dec. 2008, LJN BG5436, JA 2006, 39 m.nt. A. Wilken (vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15444>).

Soms is dat bedroevend weinig specifiek. Bij whiplash bestaat bijvoorbeeld een bepaalde standaardformulering waar men over het algemeen niet blij van wordt:

'Er is sprake van een verminderde belastbaarheid van de nek en schoudergordel, waardoor betrokkene niet meer langdurig aaneengesloten voorovergebogen zittend of staand werk kan verrichten. Ook kan betrokkene niet meer dan incidenteel boven het hoofd werken of zwaar tillen. Ze is beperkt wat betreft reiken, duwen, trekken, dragen, knielen, hurken, klauteren en klimmen en er is sprake van een verminderde vibratiebelasting.'

Het valt te betwijfelen of een arbeidsdeskundige met een dergelijk antwoord wel voldoende uit de voeten kan. Het komt regelmatig voor dat een arbeidsdeskundige aangeeft nadere informatie nodig te hebben. Binnen sommige medische specialismen gaat men ervan uit dat het de taak van de medisch adviseur(s) is om tot een nadere detaillering van de beperkingen te komen (zie hierna voor de NVN). Maar in de praktijk kunnen de medisch adviseurs van partijen het daarover maar zelden eens worden. Men moet nogal eens terugvallen op een verzekeringsarts. Het komt ook voor dat de arbeidsdeskundige om een inschakeling van een verzekeringsarts vraagt, of dat zelf doet. Soms benoemt de rechter naast een arbeidsdeskundige al meteen een verzekeringsarts. De praktijk op dit punt is uiterst divers. Bij de kwaliteitsbewaking van dit alles kan men de nodige vraagtekens plaatsen. En het maakt het medisch beoordelingstraject allemaal alleen maar langduriger, kostbaarder en meer belastend dan het toch al is.

Als men de toepasselijke richtlijnen bekijkt van wetenschappelijke verenigingen zoals de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) valt op dat die een uitvoeriger antwoord op de beperkingenvraag lijken aan te bevelen dan men in de praktijk meestal terug krijgt. Zo vermeldt de richtlijn van de NVN:⁷

'Het verdient aanbeveling de beperkingen verbaal aan te geven en zich niet te laten verleiden tot het ongespecificeerd en niet te onderbouwen gekwantificeerd invullen van beperkingen op daarvoor aangeboden lijsten. Het is in feite de taak van de medisch adviseur van de opdrachtgever om aan de hand van de door de deskundige aangegeven beperkingen te komen tot een nadere uitwerking daarvan. Als leidraad kan onderstaande lijst dienen, die ontleend is aan het voormalige Functie Informatie Systeem (FIS). Dit systeem werd, uitgaande van de beperkingen, gebruikt voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in het kader van de voormalige WAO. Tegenwoordig wordt

voor de WIA-beoordelingen gebruik gemaakt van de Functie Mogelijkheden Lijst (FML), die niet uitgaat van de beperkingen maar van de resterende mogelijkheden. Nu gelden bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering uitsluitend de beperkingen als criterium en daarom verdient het aanbeveling bij die verzekeringsvorm gebruik te maken van een lijst zoals hieronder aangegeven, die

- enigszins gemodificeerd - gebaseerd is op de FIS-lijst. De mate van de beperking wordt omschreven als 'niet-beperkt', 'licht beperkt', 'matig beperkt', 'sterk beperkt' of 'volledig beperkt'. De omschrijving van de te beoordelen functies is als volgt:
- **zitten:** de lichaamshouding waarbij het lichaam rust op het zitvlak.
- **staan:** de lichaamshouding waarbij het lichaam rust op de benen, waarvan er tenminste één gestrekt is.
- **lopen:** het zich te voet verplaatsen.
- **trappenlopen:** het oplopen en/of afdalen van vaste of verplaatsbare trappen met vaste horizontale vlakke treden, waarbij normaliter de hulp van de handen niet noodzakelijk is.
- **klimmen en klauteren:** zich verticaal verplaatsen via ladders, constructies, klimijzers, dijken, daken, in en uit vrachtauto's enzovoorts, waarbij de hulp van een bovenste extremiteit noodzakelijk is.
- **knielen, kruipen, hurken:** het werken in een houding waarbij knielen, kruipen of hurken noodzakelijk is.
- **gebogen werken:** het voorover bewegen van de romp en gedurende enige tijd in gebogen houding blijven (tot meer dan dertig graden anteflexie).
- **bukken en torderen:** het bukken (meer dan dertig graden anteflexie) en/of torderen en in de uitgangshouding terugkeren.
- **gebruik van de nek:** het hoofd in alle richtingen zowel bewegen als in een gefixeerde stand houden.
- **reiken:** de handen verplaatsen door strek-bewegingen van de armen en buigen en/of torderen.
- **met de handen boven schouderhoogte werken:** onafhankelijk van de lichaamshouding werkzaamheden verrichten boven schouderhoogte.
- **hand- en vingergebruik:** het gebruik van polsen, handen en vingers, onder andere voor het uitoefenen van de pincet-, driepunts-, sleutel-, cilinder- en/of bolgreep.
- **tillen:** het met de hand(en) oppakken van de grond, gedurende korte tijd vasthouden en weer neerzetten van voorwerpen met een gewicht van meer dan één kilogram.

⁷ Nederlandse richtlijnen voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen, vierde editie, november 2007, pag. 18 en 19. Zie www.neurologie.nl/uploads/234/1008/Richtlijnen_functieverlies_2007.pdf.

- **dragen:** een voorwerp van meer dan één kilogram verplaatsen met gebruik van de hand(en) en de arm(en).
- **vibratiebelasting:** trillende en schokkende werkzaamheden.
- **persoonlijk risico:** een verhoogde kans op lichamelijk letsel als gevolg van de uitoefening van een functie.
- **psychisch belastende factoren:** deze worden niet nader gespecificeerd.'

Opgemerkt zij dat niet alleen bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering uitsluitend de beperkingen als criterium gelden, zoals de richtlijnen van de NVN vermelden, maar ook bij schadevergoeding op grond van wettelijke aansprakelijkheid ('letsel-schade').

De strategie die de Projectgroep aanvankelijk voor ogen stond om meer te halen uit de beantwoording van de beperkingenvraag was om door middel van een 'beperkingenformulier' te trachten de expertiserend specialist aan te zetten tot een beantwoording van de beperkingenvraag conform de aanbevelingen van zijn eigen beroepsvereniging. In dit kader stond ons een formulier voor ogen waarin ondermeer een beperkingentabel is opgenomen, zoals deze van de NVN/NOV-richtlijnen is afgeleid.

Het voornemen was om na te gaan in hoeverre het zinvol zou zijn om voor verschillende vakgebieden afzonderlijke formulieren op te stellen. Doel zou dan zijn om dergelijke formulieren te ontwikkelen voor de meest voorkomende vakgebieden met betrekking tot medisch specialistische rapportage bij letselschade.

5. Is dit wel de juiste weg?

En toen sloeg de twijfel toe. Onder andere vanuit de hoek van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen is sterk negatief gereageerd op het voornemen om met beperkingenformulieren als het bovenstaande te gaan werken. Om misverstanden te voorkomen: het voornemen van de Projectgroep was niet om het in zo'n formulier bij een tabel als hierboven bedoeld te laten. Het voornemen was om naast zo'n tabel de expertiserend specialist *ook* nadrukkelijk uit te nodigen om de door hem aangegeven beperkingen in woorden te beschrijven en in woorden te motiveren. Het plan was met andere woorden aan te sturen op een beantwoording die *zowel* kwalitatief-beschrijvend als kwantitatief-standaardiserend zou zijn. Maar bij veel praktijkmensen bestaat de angst en/of de ervaring dat een kwantitatief-standaardiserende tabel in de praktijk toch de aandacht wegtrekt van het kwalitatief beschrijvende. Illustratief zijn misschien de woorden van Knepper:

'Het is een illusie te veronderstellen dat de medische claimbeoordeling bestaat uit het invullen van een kruisjeslijst. Niet alleen kunnen op die manier geen nuanceringen van beperkingen vastgelegd worden. Maar zo mogelijk nog belangrijker is, dat lijsten geen argumentatie weergeven. En zonder motivering heeft een beperkingenlijst niet meer betekenis dan die van een apodictische uitspraak. Kortom de essentie van de medische claimbeoordeling schuilt niet in lijsten maar in een vakkundige rapportage die argumenten geeft resulterend in een genuanceerde beschrijving van beperkingen.'⁸

Activiteit	Niet beperkt	Licht beperkt	Matig beperkt	Sterk beperkt	Volledig beperkt
Zitten					
Staan					
Lopen					
Trappenlopen					
Klimmen en klauteren					
Knielen, kruipen en hurken					
Gebogen werken					
Bukken en torderen					
Gebruik van nek					
Reiken					
Met de handen boven de schouderhoogte werken					
Hand- en vingergebruik					
Tillen					
Duwen en trekken					
Dragen					
Vibratiebelasting					
Persoonlijk risico					

Het probleem lijkt duidelijk. Invullijsten zouden juist afbreuk kunnen doen aan hetgeen waar het werkelijk om gaat: uitvoerig beschrijven en motiveren. Misschien is het toch beter om de deskundige alleen te vragen om de door hem geconstateerde beperkingen zo uitgebreid mogelijk te beschrijven? Maar dan gaat het tot uitvoerigheid aanzettende effect van een uitsplitsing naar diverse uiteenlopende verrichtingen zoals in een tabel als hierboven wel verloren. Meer in het algemeen speelt ook de vraag wanneer zich op dit punt een bepaalde spanning zal voordoen tussen het wenselijke (zo onderbouwd en gedetailleerd mogelijk) en het haalbare (niet uitvoeriger onderbouwd en nauwkeuriger dan een expertiserend arts van de betreffende discipline moet worden geacht aan te kunnen).

6. Vooraf invullen beperkingenlijst door de benadeelde zelf?

Een tweede kwestie met betrekking tot de beperkingenvraag waarop de Projectgroep heeft zitten broeden is de mogelijkheid om de benadeelde voorafgaand aan de expertise zelf een vragenlijst te laten invullen over zijn beperkingen. Daarmee wordt een nadrukkelijke confrontatie uitgelokt tussen deze zelfrapportage en de bevindingen van de expert. De gedachte is dat die confrontatie tot een bepaalde kwaliteitsimpuls zou kunnen leiden. Een nevendoeel is dat de betrokkene zo zelf een meer actieve rol krijgt in het onderzoek, hetgeen volgens de theorie van de procedurele rechtvaardigheid tot tevredenheids- en zelfs gezondheidswinst zou kunnen leiden.⁹

In de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling wordt sowieso reeds geprobeerd om het verschil tussen de door de betrokkene zelf aangegeven beperkingen en de door de deskundige op grond van zijn bevindingen aanwezig geachte beperkingen nadrukkelijker tot uitdrukking te laten komen. Om duidelijker tot uiting te brengen dat het bij vraag 1g niet gaat om de door de betrokkene zelf aangegeven beperkingen, wordt in de nieuwe versie niet langer gevraagd welke beperkingen de betrokkene *ondervindt*, maar welke beperkingen naar het oordeel van de deskundige bij de betrokkene *bestaan*. Daarbij wordt verwezen naar aanbeveling 2.2.17 van de 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.’

Bij voorafgaande zelfrapportage door de betrokkene denkt de Projectgroep met name aan de mogelijkheid om de betrokkene een opgave te laten doen van de door hem ondervonden beperkingen door gebruikmaking van de online IMPACT-vragenlijst die is ontwikkeld door TNO, zie www.tno.nl/impactvragenlijst.

Op deze mogelijkheid valt uiteraard het nodige af te dingen. De IMPACT-vragenlijst is door TNO ontwikkeld met het oog op behandeling, niet met het oog op beoordeling. Als je dergelijke vragenlijsten voorafgaand aan een expertise in het kader van medische beoordeling voorlegt aan de betrokkenen, wek je dan niet bepaalde verwachtingen, of breng je ze dan niet op bepaalde ideeën? Weegt de kans op het een (vergroting kwaliteit van de rapportage) werkelijk op tegen het risico op het ander (verder uitvergroten van de klachten)?

7. Plan voor een werkgroep

De Projectgroep is tot de conclusie gekomen dat bij vinden van de juiste weg voorwaarts alle in het ‘beperkingentraject’ betrokken disciplines zullen moeten worden betrokken. Het voornemen is om een werkgroep in het leven te roepen waarin behalve medisch adviseurs ook expertiserend specialisten, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen participeren. Alleen zo lijkt het mogelijk om te specificeren welke elementen in de beschrijving van de beperkingen door de expertiserend arts aanwezig moeten zijn en welke gemist kunnen worden. Opdracht voor de werkgroep: wat is de optimale vormgeving van de beperkingenvraag bij medische expertises over causaal verband en de omvang van de schade? Hoe te komen tot een wijze van rapporteren door de deskundige die minder summier is, en meer dan thans waarborgt dat medisch adviseur en/of verzekeringsarts zich kunnen baseren op doordacht onderzoek en rapportage door de deskundige?

⁸ S. Knepper, Beperkingenlijsten bij letselschade. Voldoet de FML als instrument?, Letsel & Schade 2008 nr. 1, p. 13-16. Dit artikel maakt onderdeel uit van een discussie in het betreffende tijdschrift over de geschiktheid van de FML bij letselschade, aangezwengeld door R.I Teulings en M.J.H.M. Herpers, FML is ongeschikt bij letselschade, Letsel & Schade 2007 nr. 3 p. 5-10. Zie voorts de repliek van Teulings en Herpers op de bijdrage van Knepper, Reactie van de auteurs op de kritische beoordeling door collega Knepper, Letsel & Schade 2008 nr. 1 p. 17-18, alsmede A.W.A. Elemans en J. Laumen, Is de FML van het bestuursrecht geschikt voor het civiel recht?, Letsel & Schade 2008 nr. 4 p. 11-13. Zie verder over dit onderwerp nog A.W.A. Elemans, Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen, PIV-Bulletin maart 2009 en A.W.A. Elemans, Vaststellen van belastbaarheid voorbehouden aan verzekeringsartsen, NJB 2009/30, p. 1967-1970.

⁹ Zie A.J. Akkermans en K.A.P.C. van Wees, Het letselschadeproses in therapeutisch perspectief, Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade, 2007 nr. 4, pag. 103-118 (Vrij beschikbaar op VU-DARE: <http://hdl.handle.net/1871/15261>).

8. Oproep aan de lezers van GAVscoop

Over de samenstelling van de bedoelde werkgroep wordt momenteel nagedacht. Het is duidelijk dat niet alle medisch adviseurs die daarin geïnteresseerd zouden zijn aan de beraadslagingen van deze werkgroep mee zullen kunnen doen. Maar iedereen die geïnteresseerd is kan wél input geven over de hierboven geschetste problematiek. Daarom willen wij de lezers van GAVscoop oproepen om met ons na te denken over de optimale vormgeving van de beperkingenvraag.

Dat kan uiteraard door op www.gav.nl, in GAVscoop of een ander tijdschrift te reageren op dit artikel, maar het kan ook door een email te sturen naar de secretaris van Projectgroep en IWMD, mw. mr. A. Wilken, op het adres IWMD.rechten@vu.nl. Alle reacties zijn welkom. Zonder u komen wij er niet uit.