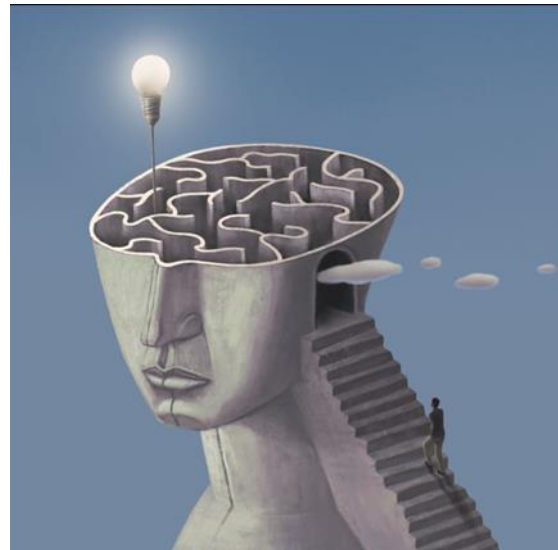




MTA-XXV-interview 10: MTA in gesprek met Fons Elemans



Fons Elemans (verzekeringsgeneeskundige): *"Het beantwoorden van de vraag of sprake is van plausibiliteit, is als het oplossen van de Rubik's kubus."*



Begrip kweken voor het Post Commotioneel Syndroom is de lange weg meer dan waard

Inhoudsopgave

1. Wie is Fons Elemans
2. Twee opmerkingen vooraf
3. De onderwerpen van gesprek
4. De verdere verwijzingen
5. De uitgereikte wijn

- De waarde van het MTA-XXV Interviewproject
- Wat doet een verzekeringsarts?
- Het bio-psychosociaal ziektemodel
- Het verschil tussen de sociale verzekering en het aansprakelijkheidsrecht
- Stoornissen versus klachten: een Babylonische spraakverwarring
- Veel voorkomende verweren
- Het multidisciplinair karakter
- De expert als poortwachter en het belang van een goede vraagstelling
- De presentatie van de MTA-XXV-NPO Vraagstelling bij neurocognitieve klachten
- Zijn boodschap en aanbod voor de branche



1. **Wie is Fons Elemans**

Fons Elemans is een verzekeringsgeneeskundige. Hij is de oprichter van Remedis Medisch Advies. In het verleden heeft hij als gerechtelijk deskundige veel onpartijdige expertises in en buiten rechte verricht bij geschillen tussen partijen. In dat kader stelde hij onder meer de belastbaarheid vast en ontwikkelde hij een afgeleide van de FML die toegespitst is op de civiele letselschadepraktijk. Fons Elemans heeft diverse lezingen over dit onderwerp gegeven en regelmatig verschijnt een artikel van zijn hand in een vakblad op het terrein van de personenschade.

Veel professionals in de letselschadepraktijk zullen hem ook kennen als de persoon die op basis van een analyse van het arrest van 8 juni 2001 van de Hoge Raad in de zaak Zwolsche Algemeene/De Greef I (ECLI:NL:HR:2001:AB2054) "zichtbaar" heeft gemaakt hoe objectief kan worden vastgesteld of klachten wel of niet "aanwezig, reëel, niet voorgewend, niet ingebeeld en niet overdreven zijn". Mede naar aanleiding van zijn publicaties daarover is het vaste jurisprudentie geworden dat ook subjectieve klachten tot honorabele beperkingen kunnen leiden, op voorwaarde dat die subjectieve klachten wel plausibel zijn in de zin van een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten.

Het beoordelen of sprake is van plausibiliteit vergelijkt Fons Elemans met de Rubik's kubus. Vandaar dat die kubus op blz. 1 is afgebeeld in plaats van een foto van Fons Elemans. De kubus symboliseert dat de oplossing van de puzzel kan worden gevonden als het juiste algoritme (lees: het juiste criterium) wordt toepast op het onderling samenhangende klachtencomplex. Wie het algoritme niet kent of niet wil toepassen, kan eindeloos blijven draaien.

2. **Twee opmerkingen vooraf**

Hieronder treft u het verslag van mijn gesprek met Fons Elemans op 23 oktober 2023. Ter wille van de leesbaarheid is het slachtoffer altijd in de mannelijke vorm aangeduid. Taalkundig is het slachtoffer overigens onzijdig.

De zwart gedrukte teksten zijn bedoeld als een verbindende tekst ten behoeve van de leesbaarheid van dit verslag. [De blauw gedrukte teksten zijn de door mij gestelde vragen, althans mijn tekst.](#) [De roodbruin gedrukte teksten zijn de antwoorden van Fons Elemans, althans zijn reacties.](#)

3. **De onderwerpen van gesprek**

- **De waarde van het MTA-XXV Interviewproject**

Een verzekeringsgeneeskundige wordt ook wel een verzekeringsarts genoemd. Fons Elemans gebruikt steevast de term verzekeringsarts. Dat moet men niet verwarren met een arts van de verzekeraar. Een verzekeringsarts of een verzekeringsgeneeskundige is een specialist op het gebied van de diverse arbeidsongeschiktheidsregelingen. Denk bijvoorbeeld aan de socialeverzekeringswetgeving, zoals de Ziektewet en de WIA. Denk ook aan de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV). Ook in personenschadezaken komen arbeidsongeschiktheidsvraagstukken voor. Kortom: een veelzijdig specialisme.

Eén van de doelen van het MTA-XXV Interviewproject is om inzicht te bieden in het denken en doen van de andere disciplines die bij een personenschadezaak zijn betrokken. Het perspectief van een verzekeringsgeneeskundige mag dan zeker niet ontbreken.

In de personenschadewereld kom je dan al snel bij Fons Elemans uit, omdat hij goed op de hoogte is van het denken en doen van juristen in personenschadezaken.

Het interview begint met een toelichting van mij op de twee bekende plaatjes die ik alle geïnterviewde personen heb laten zien. U weet wel, die ene met de blauwe streep (daarboven is niets te zien op beeldvorming, daaronder wel) en die andere met de rode en groene blokken (over de verhouding tussen hersenschade en de ervaren lijdensdruk). Ook heb ik verteld over de contouren van het Wasstraatraject, als voorbeeld van een herstelgerichte aanpak.

Mijn inleiding sloot ik af met de opmerking dat het MTA-XXV Interviewproject ook is bedoeld als een pleidooi voor de introductie van een nieuwe schadepost "het gezin als schadelijder".

Goed dat je met jouw project ook aandacht vraagt voor de impact van licht traumatisch hersenletsel (LTH) op de directe omgeving van het slachtoffer, waaronder het gezin. Die impact van LTH en de daaruit voortvloeiende beperkingen kan enorm zijn, of het nu gaat om een kind of om een volwassene. Onder meer Eric Hermans (Over het hoofd gezien) en Albrecht Bouwman (En dan wordt alles anders...) schreven daar over. Ook de hersenstichting vraagt regelmatig aandacht voor dit fenomeen, alsook Florian Allonsius, de projectleider van *Mee-doen, next step!*

Want stel je eens voor als een kind vanwege de prikkelgevoeligheid niet meer mee kan met alle gezinsactiviteiten. Stel je de impact op het kind en het gezin voor als het kind na een half uur in een restaurant of verjaardag aftaait en de rest daar blijft zitten. Of stel je voor dat het kind niet meer mee kan komen met sporten en bij buitenspelen. Of stel je voor dat het kind op school vastloopt en het kind en de ouders vervolgens worden geconfronteerd met een gebrek aan kennis omtrent de mogelijkheden (of onwil) om de onderwijsplek passend te maken. Bekend is dat het bieden van passend onderwijs niet op elke school even goed is geregeld, waardoor het kind thuis kan komen te zitten wat dan weer extra op het gezin drukt. Onder meer Casemanager Hersenletsel Jeugd en Rixt Ytsma zetten zich hiervoor in, maar zij zijn niet bij iedereen bekend.

Het is dus belangrijk om niet alleen te focussen op het individu met LTH, maar ook op de bredere impact daarvan op het gezin en de omgeving. Het zijn vaak de alledaagse activiteiten en de sociale interacties die onder druk komen te staan, waarbij ondersteuning nodig is. Maar de zorg voor een kind of een volwassene, bezoeken aan artsen, gesprekken met school enzovoort, kan ook tot gevolg hebben dat een ouder of de beide ouders minder uren per dag en per week op hun werk kunnen zijn. Mijn ervaring is dat er veelal actief naar moet worden gevraagd omdat het anders onderbelicht blijft.

Wat bijzonder dat Fons Elemans in zijn antwoord namen noemt van personen die ik in het kader van het MTA-XXV Interviewproject heb gesproken. Zie daartoe de MTA-XXV Nieuwsbrief 3 (MTA in gesprek met Eric Hermans), de MTA-XXV Nieuwsbrief 4 (MTA in gesprek met Frederike van Markus & Florian Allonsius) en de MTA-XXV Nieuwsbrief 5 (MTA in gesprek met Rixt Ytsma).

Het wettelijk systeem richt zich voornamelijk op de directe schade van het slachtoffer, waarbij de indirecte gevolgen voor het gezin vaak over het hoofd worden gezien. Hoewel de wet Affectieschade in 2019 gezinsleden de mogelijkheid geeft om smartengeld te claimen bij overlijden of ernstig letsel, blijft de drempel voor wat als "ernstig letsel" wordt beschouwd hoog liggen. Volgens de huidige maatstaven is daarvan pas sprake vanaf 70% blijvende invaliditeit (BI). Dat percentage wordt bij LTH meestal niet gehaald, terwijl de impact wel ernstig genoeg is om smartengeld voor de gezinsleden te rechtvaardigen. Het MTA-XXV Interview-project streeft ernaar om ook dat aspect onder de aandacht te brengen en om mogelijke oplossingen te verkennen.

- **Wat doet een verzekeringsarts?**

Waar bestaat het werk van een verzekeringsarts precies uit?

Een verzekeringsarts is opgeleid om (in claimsituaties) vast te stellen of beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek c.q. een stoornis. Daarbij hanteert hij het bio-psychosociaal ziektemodel. Als de verzekeringsarts concludeert dat sprake is van beperkingen als uiting van ziekte of gebrek (stoornis), dan onderzoekt de verzekeringsarts of, en zo ja, op welk vlak en in welke mate iemand beperkt is in het functioneren. De verzekeringsarts is de enige medicus die de belastbaarheid in kwantitatieve zin mag beschrijven. Een verzekeringsarts is specialist ten aanzien van de toets of sprake is van een consistent, consequent en samenhangend patroon aan klachten in claimsituaties.

Aan de hand van een multifactoriële probleemanalyse, kan een verzekeringsarts adviseren over zaken die de belastbaarheid kunnen bevorderen en over zaken die moeten worden vermeden om te voorkomen dat de belastbaarheid verder wordt ondermijnt. "Ziekte of gebrek" c.q. stoornis zijn in de sociale verzekering, de particuliere arbeidsongeschiktheidspolis en het civiele aansprakelijkheidsrecht verschillend gedefinieerd. Mijn ervaring is dat dit niet door alle betrokken medici wordt gekend en onderkend, waardoor het voorkomt dat het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (het MAOC) van de sociale verzekering wordt toegepast in civiele letselschadezaken, met alle gevolgen van dien. Voor de duidelijkheid: in het sociaal verzekeringsrecht (waaronder de WIA valt) is het MAOC van toepassing. In civiele letselschadezaken (en dan met name in zaken waarin geen sprake is van medisch waarneembare beschadigingen, afwijkingen of gebreken) geldt het plausibiliteitscriterium, zoals ontwikkeld in de juridische literatuur en jurisprudentie.

In gevallen van LTH komt het erop neer dat de verzekeringsarts op verschillende levensgebieden onderzoekt of sprake is van consistentie. De verzekeringsarts is een specialist op dat gebied. Het is overigens niet voor niets dat deze vraag ten aanzien van consistentie is opgenomen in de IWMD-vraagstelling. Het is ook niet voor niets dat dit fenomeen een onderdeel is van de zogenaamde lichtere bewijsregel. Als de verzekeringsarts de belastbaarheid in kaart heeft gebracht, beschrijft hij deze in de rapportage én in een belastbaarheidsformulier. In de sociale verzekering wordt daarvoor een FML (Functionele Mogelijkhedenlijst) gebruikt. Met name vanwege de daarin gehanteerde gradering "normaal, licht beperkt, sterk beperkt" is deze FML ongeschikt voor toepassing in civiele letselschadezaken. Als een FML wordt gebruikt in een personenschadezaak, is het van belang om die lijst aan te passen aan de specifieke context. Als een verzekeringsarts een expertise verricht in het kader van de particuliere AOV of in een civiele letselschadezaak, is het belangrijk dat hij op de hoogte is van het ziekte criterium dat van toepassing is. Bij de particuliere AOV is dat een "herkenbaar en benoembaar" ziektebeeld. In de letselschadepraktijk is dat "een consistent, consequent en samenhangend patroon

aan klachten". Daarvan is sprake als de klachten "aanwezig, reëel, niet voorgewend, niet ingebeeld en niet overdreven zijn".

Dat verschil in benadering past bij de aard van de sociale verzekering, dat bedoeld is als vangnetregeling, terwijl het aansprakelijkheidsrecht een compensatieregeling is. Concreet betekent dit dat er "strengere" criteria gelden in het sociaal verzekeringsrecht dan in het aansprakelijkheidsrecht. De particuliere AOV bevindt zich daar ergens tussenin.

Een en ander maakt duidelijk dat een verzekeringsarts zijn oordeel niet enkel vormt op basis van medische kennis, maar op basis van medische kennis én het juridisch criterium dat van toepassing is. In de context van de sociale verzekering past de verzekeringsarts het MAOC toe. In de context van de particuliere arbeidsongeschiktheidspolis past hij het criterium van herkenbaar en benoembaar ziektebeeld toe. Bij een beoordeling in het kader van het civiele aansprakelijkheidsrecht past de verzekeringsarts de plausibiliteitstoets toe. Als de verzekeringsarts het MAOC toepast bij een belastbaarheid onderzoek in het kader van een civiele letselschadezaak, krijg je de verkeerde uitkomst. Toch komt het voor dat verzekeringsartsen in civiele letselschadezaken het MAOC van de sociale verzekering toepassen.

In de letselschadepraktijk wordt door deze en gene wel eens gezegd dat de verzekeringsarts zich ongeoorloofd op het juridische terrein begeeft als hij in een letselschadezaak niet het MAOC van de sociale verzekering toepast, maar de in de rechtspraak ontwikkelde plausibiliteitstoets. Dat argument is echter onhoudbaar. Bij een honkbalwedstrijd hanteer je toch ook niet de spelregels die gelden bij voetbal? Als de criteria verkeerd worden toegepast, krijg je een verkeerde uitkomst. Dat leidt tot gedoe. Dat is precies wat ik als gerechtelijk deskundige in nogal wat letselschadedossiers heb zien gebeuren: het MAOC van de sociale verzekering wordt toegepast in civiele letselzaken terwijl dat de plausibiliteitstoets had moeten zijn. Dat leidt dan tot onnodige en soms ook jarenlange (kostbare) discussies tussen partijen, wat voor gelaedeerden bovendien belastend is. Het is dus belangrijk dat een verzekeringsarts weet in welke juridische context welk criterium moet worden gehanteerd en dat dit wordt onderkent door de professioneel betrokken personen die een opdracht aan de verzekeringsarts geven.

Daarom zou ik ervoor willen pleiten dat partijen aan het begin van een letselschadetraject in onderling overleg vastleggen welk juridisch criterium in het traject moet worden gehanteerd. Dat biedt houvast voor partijen maar ook voor de eventueel in te schakelen deskundigen. Het risico op onnodig gedoe en onnodige discussies tussen partijen kan daarmee aanzienlijk worden verkleind.

Dat herken ik heel goed. Sociaal Nederland is in feite een vangnet voor mensen met pech. Heb je veel pech, dan word je wat meer geholpen dan wanneer je minder pech hebt. Daar gelden specifieke en strenge criteria voor. Een personenschadezaak is een kwestie van $X - Y = \text{Schade}$, waarbij de X staat voor de situatie zonder het ongeval en de Y voor de situatie met het ongeval. Dat zijn twee afzonderlijke complexe systemen. De arbeidsongeschiktheid wordt verschillend beoordeeld, terwijl ook de resterende verdien capaciteit in beide systemen anders wordt meegenomen. Binnen Sociaal Nederland en het aansprakelijkheidsrecht maken wij gebruik van dezelfde deskundigen. Als die professionals in het kader van een personenschadezaak de regels en de criteria toepassen van Sociaal Nederland, dan komen wij fout uit. Over de verschillen tussen de twee grootheden ga ik het straks nader hebben. Eerst wil ik nog iets meer weten over het eigenlijke werk van de verzekeringsgeneeskundige. Ik formuleer mijn vraag als volgt.

In een personenschadezaak wordt vaak een arbeidsdeskundige betrokken om, na en op basis van jouw rapport, mee te denken over de vervolgstappen in het kader van de schaderegeling. Kun je toelichten hoe jij jouw rapport opstelt en welke factoren jij daarbij in overweging neemt?

In mijn werk als onpartijdige deskundige deed ik uiteraard eerst altijd een grondige dossierstudie. Ik bestudeerde alle processtukken, medische documenten en de discussies tussen advocaten en tussen de medisch adviseurs. Het is voor een deskundige belangrijk om een volledig beeld te krijgen van de zaak voordat de betrokkene wordt uitgenodigd voor een gesprek. Die gesprekken konden bij mij al gauw drie tot drieënhalf uur duren. Het is belangrijk dat de betrokkene zich op zijn gemak voelt. Voordat ik mijn onderzoek startte, zorgde ik er altijd voor dat de betrokkene begreep wie ik ben en wat mijn rol was, dat ik onpartijdig en onafhankelijk was, hoe ik over bepaalde zaken dacht en dat ook de bedoeling van het onderzoek duidelijk was. Uiteraard besprak ik ook het inzage- en blokkeringsrecht, alsmede de fase van hoor en wederhoor.

Daarnaast besprak ik de beschikbare dossierstukken zodat de onderzochte wist wat ik wist. Daardoor zou de betrokkene eventueel nog iets kunnen aanvullen, nuanceren of corrigeren.

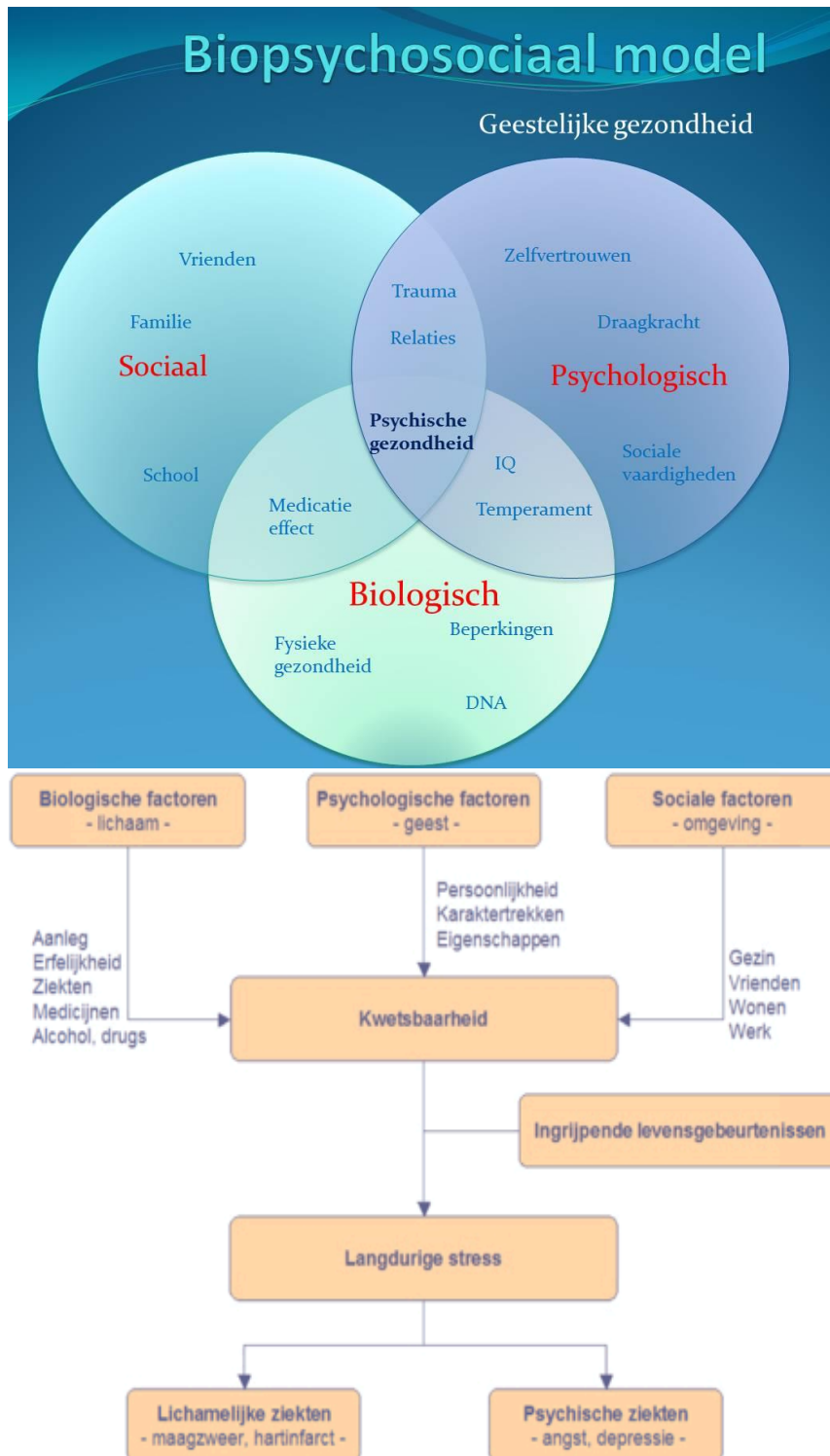
Vervolgens stelde ik tot in detail vragen over de klachten, de beperkingen, de herstelbehoefte en de participatieproblemen op alle levensgebieden zoals die zich sinds het ongeval manifesteerden. Deze participatieproblemen omvatten niet alleen beperkingen op het werk, maar ook thuis, sportactiviteiten, vakanties et cetera. Dat kun je vergelijken met de domeinen van het ICF-model. Uiteraard vroeg ik dit ook uit met betrekking tot de situatie voordat de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis zich voltrok.

Wanneer iemand na de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis in werk is hervat en op het moment van de verzekeringsgeneeskundige expertise geheel of gedeeltelijk aan het werk is, heb je als verzekeringsarts meer houvast ten aanzien van de oordeelsvorming van de belastbaarheid inclusief eventueel bestaande herstelbehoefte bij bepaalde belastingen. Ik onderzoek wat iemand nog wel en niet meer kon en waarom dat naar het oordeel van de betrokkene zo was. Als iemand een stapje verder zet, wat gebeurt er dan? En welke invloed heeft dat op de klachten, de beperkingen en het functioneren in de hiervoor genoemde levensgebieden? Als iemand bijvoorbeeld een uurtje meer werkt per dag, wat voor gevolgen heeft dat dan voor (het functioneren in) zijn privéleven? Kan hij dan minder doen, zoals sporten of deelnemen aan gezinsactiviteiten? Van belang is ook om te onderzoeken of de zorgtaken en de rollen in het gezin en/of de relatie door een eventuele aanwezige partner en/of het gezin zijn overgenomen c.q. zijn verschoven, vergeleken bij de situatie voor de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis. En zo ja, waarom en hoe dan? In het gesprek met de betrokkene vatte ik de verkregen informatie frequent samen, waarna ik vroeg of ik het zo juist had begrepen. Al met al moet een verzekeringsarts bij het vaststellen van belastbaarheid diverse aspecten samenbrengen om een zo goed mogelijke weergave van de belastbaarheid te verkrijgen.

- **Het bio-psychosociaal ziektemodel**

Fons Elemans heeft het bio-psychosociaal model aangehaald als Leitmotiv voor zijn werk als verzekeringsarts. Daarom in deze paragraaf een korte toelichting op dat model.

Het bio-psykosociaal model is ontwikkeld door George L. Engel als een reactie op het traditionele biomedische model, dat ziekte reduceert tot enkel en alleen biologische processen. Engel breidde het biomedische model uit door psychologische en sociale factoren op te nemen, waardoor een completere benadering van ziekte en gezondheid mogelijk werd. Dat kan op verschillende manieren in schema worden gezet. Ik voeg hier twee voorbeelden in:



Het bio-psychosociaal model biedt dus een ietwat uitgebreidere kijk op het menselijk functioneren en op de ziekteprocessen, waarin niet alleen biomedische, maar ook psychologische en sociale factoren worden meegenomen. Het model richt zich op het bevorderen van gezondheid door aandacht te besteden aan alle aspecten van welzijn, in lijn met de definitie van gezondheid zoals geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1948:

Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.

Het model maakt een onderscheid tussen ziekte en symptomen of klachten. Niet ieder symptoom of elke gezondheidsklacht heeft ziekte als oorzaak en niet iedere ziekte geeft klachten of symptomen. Gezondheid en ziekte bestaan uit zowel lichamelijke als gedragsmatige/psychologische en sociale invloeden. Dat is een aspect dat als een rode draad uit het MTA-XXV Interviewproject tevoorschijn komt.

Het is opvallend hoe deze benadering overeenkomt met de aanpak van revalidatiecentra die ik heb gesproken tijdens het MTA-XXV Interviewproject. Zij baseren hun intakeproces op het ICF-model en beginnen met vragen over de beperkingen om vervolgens oplossingen te verkennen. Terwijl artsen zich eerst richten op de diagnose en juristen op de klachten, beginnen revalidatieartsen – en verzekeringsartsen dus ook – bij de beperkingen. Deze benadering biedt een meer holistisch begrip van de situatie. In het kader van ons Wasstraatproject hebben wij ons afgevraagd of wij ook meteen kunnen beginnen bij de beperkingen. Het overslaan van de diagnose en de klachten lijkt misschien radicaal, maar het kan bijdragen aan nieuwe inzichten en effectievere oplossingen.

Ook de opmerkingen van Fons Elemans over de relatie tussen werk en privé zijn zeer herkenbaar. In het kader van het Wasstraattraject kunnen dergelijke vragen door een coach worden gesteld, zoals: wat voor werk doet iemand en voor hoeveel uur per week? Lukt het om binnen het afgesproken aantal uren te werken of zijn er stiekem meer uren nodig? Wat betekent het als er extra wordt gewerkt? Heeft dat invloed op de avonden? Ligt de betrokkene dan uitgeblust op de bank? En hoe zit het met het weekend daarna? Soms leiden deze vragen tot verrassende ontdekkingen of openhartige onthullingen, zoals: "Ik werk inderdaad langer door om mijn taken af te krijgen" of "Ik ben aanwezig, maar feitelijk werk ik niet". Het is belangrijk om deze diepgaande vragen te stellen om een volledig beeld te krijgen van de situatie en de belastbaarheid van de persoon in kwestie. Als dat niet wordt gedaan, kunnen de betrokkenen verstoppertje blijven spelen. Dat is doorgaans geen goede strategie om met de klachten om te gaan.

Het stellen van dergelijke vragen is belangrijk om een helder beeld te krijgen van de feitelijke situatie. Zonder deze vragen kunnen problemen verborgen blijven, waardoor het moeilijker wordt om tot effectieve oplossingen te komen. Het stellen van de juiste vragen en vervolgvragen alsmede de interpretatie daarvan vanuit het bio-psychosociaal ziektemodel en in een claimsituatie, vergt specifieke kennis en expertise. Die competenties komen samen bij een verzekeringsarts.

En vergeet bij een volwassene met letsel niet te vragen naar de impact van het letsel op een aanwezige partner en gezin. Ik heb vaak gezien dat een partner in het privé-domein taken van een gelaedeerde overnam vanwege diens klachten en beperkingen, maar ook dat een partner om die reden minder uren per dag en per week ging werken, al dan niet in een andere (minder

belastende en minder betaalde) baan. Stel dat een gelaedeerde continu bestaande pijnklachten heeft als gevolg van letsel aan de voet en dat die pijnklachten in passende arbeid weliswaar minder zijn maar nog steeds aanwezig, en dat deze pijn zoveel energie vergt dat gelaedeerde bij thuiskomst na een 8-urige werkdag op de bank of in bed ploft en tot niets meer komt. Stel je voor dat deze persoon na 4 uur per dag werken minder vermoeid thuiskomt en in het privé-domein meer en beter functioneert, waardoor de partner en ook het gezin minder belast worden. Mijn waarneming is dat zo'n gegeven in civiele letselzaken buiten beeld blijft en dat betrokkene, diens partner en eventueel het gezin de schade zelf dragen.

Dit gegeven zal in de omvang van de duurbelastbaarheid per dag en per week tot uitdrukking moeten worden gebracht. Zonder uitzondering zie ik echter dat verzekeringsartsen de standaard "Duurbelastbaarheid in arbeid" van het UWV toepassen. Dat is een onjuiste praktijk, omdat deze standaard uitgaat van criteria die enkel gelden in de sociale verzekering en daar overigens ook voor is opgesteld.

Kort gezegd zijn de criteria van de standaard "Duurbelastbaarheid in arbeid" gebaseerd op het verzekerde object zoals dat in de sociale verzekering is gedefinieerd: de arbeid die iemand laatstelijk verrichtte op het moment dat deze persoon zich ziekmeldde. In het civiele aansprakelijkheidsrecht geldt dat de dader het slachtoffer heeft te accepteren zoals die is. Dat betekent dat de gehele persoon het verzekerde object is. In het civiele aansprakelijkheidsrecht gaat het dus niet enkel en alleen om de arbeid die iemand verrichtte op het moment dat de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis zich voltrok. Daarbij komt dat de gelaedeerde zoveel mogelijk moet worden teruggebracht in de oude situatie. Om een slachtoffer zoveel mogelijk terug te kunnen brengen in de situatie vóór de schadeveroorzakende gebeurtenis wordt dus gekeken naar diens persoonlijke situatie als geheel zonder en met deze gebeurtenis. De verzekeringsarts aan wie een belastbaarheidsoordeel wordt gevraagd dient daarvan nota te geven.

Stel dat dit soort vragen in een dossier niet zijn gesteld. Voor het ongeval werkte betrokkene 40 uur per week. Na het ongeval nog maar 24, wat dus eigenlijk teveel blijkt te zijn. De belastbaarheid en het functioneren van betrokkene zijn dan niet correct vastgesteld. Heb jij ervaring met situaties waarin, nadat een vaststellingsovereenkomst is ondertekend op basis van een verkeerde inschatting van de belastbaarheid, de betrokkene alsnog uitviel?

Ja, ik ben daarmee geconfronteerd via dossiers die aan mij zijn voorgelegd in de huidige rol van medisch adviseur. In die gevallen werd steeds op grond van de standaard "Duurbelastbaarheid in arbeid" van het UWV beoordeeld of een urenbeperking per dag en per week opgelegd diende te worden. Zoals opgemerkt zijn de criteria van die standaard onbruikbaar in civiele letselzaken. Wanneer de verkeerde criteria worden gehanteerd kunnen situaties ontstaan zoals je net hebt beschreven. Dat is overigens bepaald niet herstel bevorderend.

Zouden dit soort misverstanden kunnen worden opgelost door te vragen of het werken voor 24 uur per week duurzaam bestendig is vol te houden?

Hoewel het niet exact hetzelfde is, kan deze vraag inderdaad worden gesteld. In een artikel in Letsel & Schade (2022, nr. 3) beschrijven Babette van Beest en ik twee vragen waarmee de interactie tussen werk en privé en de gevolgen daarvan voor de belastbaarheid in (passende) arbeid zichtbaar kunnen worden gemaakt. Als verzekeringsarts hoor je dit aspect in beeld te brengen. Overigens gaf de voorloper van de huidige standaard "Duurbelastbaarheid in arbeid" wél de mogelijkheid om de interactie tussen werk en privé in het belastbaarheid in arbeid te

verdisconteren. Voor wie het wil nalezen verwijs ik ter illustratie naar Casus 1 op p. 24 van de **LISV standaard Arbeidsduur uit 2000**.

Het functioneren in privé wordt vaak afgeboekt als een soort eigen risico, zonder dat het in maat en getal wordt uitgedrukt. Ik ben van oordeel dat het wél mogelijk is om over de verhouding tussen werk en privé iets zinnigs te rapporteren. Maar dan is het dus wel noodzakelijk om eerst de interactie tussen het functioneren in privé en arbeid te beschrijven vóór en na de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis.

- **Het verschil tussen de sociale verzekering en het aansprakelijkheidsrecht**

Kun je naast de verschillende criteria waar je zojuist over sprak, nog andere verschillen tussen de sociale verzekering en het aansprakelijkheidsrecht benoemen?

Een ander belangwekkend verschil tussen de sociale verzekering en het civiele aansprakelijkheidsrecht betreft het inkomensbegrip. In het kader van de sociale verzekering wordt gekeken naar wat iemand voor het ongeval daadwerkelijk verdiende en wat hij na het ongeval (fictief) nog zou kunnen verdienen vergeleken met een gezonde gelijke. In een letselschadezaak wordt daarentegen gekeken naar wat het slachtoffer nog zou kunnen verdienen in de situatie zonder het ongeval en wat hij daadwerkelijk verdient in de situatie met het ongeval of wat redelijkerwijs van hem kan worden verwacht dat hij nog zal gaan verdienen.

Het verschil tussen beide systemen kan ook heel mooi worden toegelicht aan de hand van de formule $X - Y = \text{Schade}$. In het sociaal verzekeringsrecht vertegenwoordigt de X de situatie vóór het ongeval en de Y de situatie na het ongeval. Als iemand voor het ongeval € 100 verdiende en na het ongeval niets meer kan verdienen, wordt die persoon voor 100% arbeidsongeschikt beschouwd.

In een letselschadezaak staat de X echter voor de situatie zonder het ongeval en de Y voor de situatie met het ongeval. Als iemand bijvoorbeeld nog promotie zou kunnen maken maar dat door het ongeval niet meer kan realiseren, wordt daar in een letselschadezaak wel rekening mee gehouden, terwijl dat bij de aanspraak op Sociaal Nederland niet gebeurt. Ook kan het voorkomen dat iemand door persoonlijke omstandigheden vlak voor het ongeval minder uren werkte, met de bedoeling om op termijn weer op te bouwen. In een letselschadezaak kan hier wel rekening mee worden gehouden, terwijl dat bij de aanspraak op Sociaal Nederland niet het geval is.

- **Stoornissen versus klachten: een Babylonische spraakverwarring**

Wij hebben net gesproken over stoornissen en klachten, beide zijn belangrijke maar verschillende begrippen bij de beoordeling van letselschadezaken. Stoornissen, zoals beschreven in het Handboek Traumatisch Hersenletsel, verwijzen naar meetbare afwijkingen in de hersenen die niet kunnen worden genezen en waarbij de behandeling gericht is op acceptatie. Klachten, zoals cognitieve klachten, kunnen minder zichtbaar zijn maar kunnen indirecte gevolgen hebben, zoals slaapproblemen of een burn-out. Artsen en juristen spreken vaak een andere taal. In de vorige MTA-XXV Nieuwsbrief stond het interview met Joke Bruins centraal, een neuropsycholoog. Zij legde uit dat een neuropsycholoog ook cognitieve klachten kan objectiveren, maar dat je daar als opdrachtgever dan wel expliciet naar moet vragen. Jij hebt samen met Sven Stapert een artikel geschreven over de rollen van de neuroloog en de neuropsycholoog (Letsel & Schade 2022, nr. 4), waarin jullie een voorstel deden voor een uitgebreidere

vraagstelling. Opvallend is dat jullie meteen in de eerste vraag naar klachten vragen. Kun je daar wat meer over vertellen?

Binnen het juridische kader van civiele letselzaken moeten wij kijken naar de klachten na het ongeval, hoe de situatie ervoor was en of er een alternatieve verklaring is. Stapert en ik zijn het erover eens dat een neuropsycholoog met behulp van algemeen geaccepteerde en goed gevalideerde onderzoeksmethoden het bestaan van cognitieve klachten kan objectiveren. In letselschadezaken is het bestaan van postwhiplash- en postcommotionele klachten plausibel als (i) de gevonden afwijkingen passen bij het beeld van het postwhiplash syndroom respectievelijk postcommotioneel syndroom, (ii) er op basis van de prestatie- en symptoomvaliditeitstesten geen aanwijzingen zijn dat de klachten worden overdreven of worden gesimuleerd en (iii) als voldaan is aan de toets op consistentie.

Als er bijvoorbeeld bij een MRI-scan (met een kracht van 3 Tesla) geen hersenbeschadiging wordt gezien, betekent dat niet dat er dus geen hersenbeschadiging is. Maar bij neuropsychologische expertises wordt nog vaak pas gesproken van een "stoornis" als een klacht op neurocognitief terrein, zoals geheugenproblemen en problemen op het vlak van de informatieverwerkingsnelheid, herleidbaar is tot een zichtbaar te maken anatomische afwijking. Bij letselschadezaken zit je dan dus op het verkeerde spoor.

Bovendien worden dan kansen op revalidatie gemist. Sven Stapert en ik schrijven in de publicatie dat het gaat om te onderzoeken of sprake is van stoornissen in het functioneren vanwege de neurocognitieve klachten. Die neurocognitieve klachten (na bijvoorbeeld een val op het hoofd) kunnen voorkomen zonder zichtbare afwijkingen in de hersenen.

Om de consistentie te toetsen worden tijdens een neuropsychologisch onderzoek (NPO) ook prestatie- en symptoomvaliditeitstesten afgenomen om te onderzoeken of er tekenen zijn van het overdrijven van klachten en/of van onderpresteren en/of van het simuleren van klachten. Alles bij elkaar genomen levert deze benadering een betere dataset op voor de revalidatie.

Na het interview ontving ik van Fons Elemans nog een reuze interessant artikel van Hendriks, Mol en Kessels ("Opinie: Uniformiteit in de kwalitatieve beschrijving van scores op prestatietaken", Tijdschrift voor Neuropsychologie 2020, jaargang 15, nummer 3, p. 166-176). Het artikel heb ik in paragraaf 4 (de verdere verwijzingen) opgenomen. In dat artikel hebben zij de conclusies en aanbevelingen van de American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) uit 2018 vertaald naar een voorstel voor de Nederlandse praktijk. Zij stellen vast dat het begrip "cognitieve stoornis" internationaal nog steeds niet eenduidig wordt uitgelegd, ondanks de in 2018 nieuw geformuleerde definitie:

Neuropsychological impairment is abnormal neurocognitive or neurobehavioral capacity. Impairment may result from loss of previously acquired skill or result from atypical development, may be transient or fixed across time, and can have variable impact on functional capacity and disability. Test scores, per se, do not define impairment. A combination of factors, including test scores that deviate from expectations, and other findings related to functional capacity, identify neuropsychological impairment (onderstreping door mij, MT).

Sinds 2018 is het dus internationale consensus dat cognitieve stoornis niet de betekenis heeft van schade aan een anatomische structuur, maar dat het de betekenis heeft van een beperking. Dat is ook in lijn met de International Classification of Functioning (ICF), een model uit 2001

van de World Health Organization. Conform de ICF is sprake van een beperking wanneer een cognitieve klacht leidt tot problemen in het dagelijks functioneren op het niveau van dagelijkse activiteiten en/of maatschappelijke participatie. Dat is volgens Hendriks, Mol en Kessels nooit enkel en alleen vast te stellen op basis van afkapwaarden op cognitieve tests in het kader van een NPO. Het drietal wijst erop dat er geen sprake kan zijn van een stoornis van testcores, maar wel van functies. Het voorstel is om niet meer te spreken over "stoornissen", maar te spreken in domeinonafhankelijke termen, zoals "gemiddeld", "hoog", "zwak" of "zeer laag". Dat vereist meer contextafhankelijke informatie over het dagelijks leven van de betrokkene, aldus het drietal. Welnu, dat is inmiddels een van de rode draden van het MTA-XXV Interviewproject.

- **Veel voorkomende verweren**

Als deskundige heb jij inmiddels een aanzienlijke ervaring in de personenschadewereld. Worden er door verzekeraars nog verweren gehanteerd die volgens jou tegenwoordig niet meer relevant zijn?

Er zijn drie opvallende verweren die ik nog wel tegenkom, waarvan ik denk dat ze niet langer relevant zijn, te weten:

1. Als eerste noem ik het verweer dat het ontbreken van een anatomisch substraat zou betekenen dat een claim niet honorabel is. Sinds geruime tijd hanteren alle gerechtshoven hetzelfde criterium uit het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef I en latere jurisprudentie. Als een medisch adviseur van een verzekeraar nu nog met droge ogen beweert dat een anatomisch substraat vereist is om een claim te kunnen honoreren, is dat niet meer serieus te nemen.
2. Ik zie ook nog steeds het verweer dat als het om een hersenschudding zou gaan, de klachten binnen drie tot zes maanden over zouden moeten zijn. Als dat niet het geval is, zou het dus ook geen hersenschudding kunnen zijn geweest. Dat verweer is niet alleen een drogreden, maar wordt ook door wetenschappelijk onderzoek tegengesproken.
3. Een derde onhoudbare stelling die ik nog wel eens tegenkom, is het argument dat dit soort klachten ook voorkomen in de algemene (beroeps)bevolking. Dat mag misschien zo zijn, maar dat is juridisch niet relevant. Het gaat namelijk om de specifieke persoon in kwestie.

- **Het multidisciplinaire karakter**

Als wij vanuit een meer herstelgerichte aanpak het slachtoffer willen helpen, dan moeten wij stress vermijden. Het hanteren van onhoudbare verweren veroorzaakt juist stress, wat dus contraproductief is. Ik ben ervan overtuigd dat het beter is om onze tijd en energie te investeren in het verkennen van mogelijkheden om het specifieke slachtoffer te ondersteunen, bijvoorbeeld door te onderzoeken of die persoon zijn werk nog duurzaam en bestendig kan volhouden. Daarvoor is een multidisciplinaire aanpak nodig. Heb jij een overzicht van wie er allemaal kunnen worden betrokken bij het helpen van een slachtoffer? Wie kan helpen om te begrijpen wat er aan de hand is? Wie kan het beste beoordelen of het slachtoffer nog verder kan herstellen?

Zeker, in de meeste gevallen zal eerst een neuroloog worden gevraagd om een volledig beeld te geven van de medische situatie van het slachtoffer. In feite heeft de neuroloog te beoordelen of de klachten herleidbaar zijn tot een afwijking op zijn vakgebied. Zo nee, dan is de volgende vraag of de klachten van het slachtoffer plausibel zijn c.q. niet worden overdreven of gesimuleerd. De IWMD-vraag over "consistentie" ziet daar ook op.

Als sprake is van neurocognitieve klachten zoals klachten ten aanzien van het geheugen, de concentratie, planningstaken en prikkelgevoeligheid, dan is een neuropsychologisch onderzoek aan de orde om te onderzoeken of sprake is van klachten op neurocognitief terrein en zo ja, welke en in welke mate. De neuropsycholoog heeft ook de expertise in huis om prestatie- en symtroomvaliditeitstesten af te nemen, waarmee kan worden beoordeeld of de klachten worden overdreven, of dat tijdens de testen sprake is geweest van onderpresteren. Tevens kan de neuropsycholoog worden gevraagd waarmee rekening moet worden gehouden in werk en onderwijs, zoals werken met enkelvoudige taken in een rustig eigen tempo, in een prikkelarme omgeving en met regelmatige pauzes et cetera.

Na de beoordeling door de neuroloog en de neuropsycholoog kan op basis van hun bevindingen worden gerevalideerd onder leiding van een in NAH/LTH gespecialiseerde revalidatiearts.

De verzekeringsarts is de aangewezen persoon om de belastbaarheid vast te stellen. In de regel gebeurt dat in het kader van het vaststellen van de mate van het verlies van verdienvermogen.

Jan Wiersma (vgl. MTA-XXV Nieuwsbrief 8: MTA in gesprek met Jan Wiersma) benadrukt het belang van een grondige evaluatie na een jaar klachten. Hij stelt dat alle relevante informatie moet worden opgenomen in een medisch advies en vergelijkt dit met het vullen van vakken waarbij alle aspecten van het ongeval en het herstelproces worden beschreven. Wie was het slachtoffer voor het ongeval? Wat is het ongevalsmechanisme? Hoe kwam het slachtoffer uit het ongeval tevoorschijn? Was hij verward, moest hij overgeven, keek hij wazig, dat soort vragen. En wie was het slachtoffer daarna? Liep hij na een dag alweer vrolijk fluitend rond of volgde een lang en moeizaam behandeltraject? Kortom, een heel compleet verhaal over de toestand voor en na het ongeval, de symptomen, het herstel en de impact op het dagelijks leven, evenals de ervaringen van de familie, het werk en de medische behandelingen. Een dergelijk uitgebreid medisch advies dat alle relevante informatie omvat, kan een weloverwogen beslissing ondersteunen ten aanzien van de verdere behandeling- en revalidatiemogelijkheden. Eigenlijk zou ik menen dat een dergelijk advies meteen al aan jou als verzekeringsarts zou kunnen worden voorgehouden om op basis daarvan een rapport uit te brengen. Dan kan behoorlijke tijdswinst worden geboekt. Hoe zie jij dat?

De opmerkingen van Jan Wiersma sluiten goed aan bij de benadering van een deskundige binnen het bio-psychosociale ziektemodel. Ik deel de mening dat met deze benadering tijdswinst kan worden geboekt. Zeker als partijen het vooraf eens zijn geworden over het toe te passen criterium. Als in het medisch advies alle relevante informatie wordt verwerkt, besproken en bijgevoegd, zou een verzekeringsarts inderdaad ook direct een rapport kunnen opstellen. Dat zou aanzienlijke tijdswinst in het proces opleveren, wat in het belang is van alle betrokken partijen. Wat Jan Wiersma benoemd is in feite een onderdeel van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Mede daarom heb ik geruime tijd geleden de suggestie gedaan om de verzekeringsarts eerder in het medisch beoordelingstraject te betrekken.

In het kader van schadebeperking verwacht een verzekeraar van een slachtoffer dat deze na een ongeval zijn resterende verdienvermogen optimaal benut. Voor mensen met LTH is een evenwichtige verdeling van de beschikbare uren in de week belangrijk om structurele overbelasting te voorkomen. In de letselschaderegeling is het van belang om te laten beoordelen of het nieuw gevonden evenwicht duurzaam en bestendig kan worden volgehouden. Dat kan worden gedaan door een coach of een arbeidsdeskundige. Kan een verzekeringsgeneeskundige dat ook beoordelen?

Ja, een goede verzekeringsarts is goed uitgerust om dergelijke vragen te beantwoorden. Het optimaliseren van het resterende verdienvermogen en het voorkomen van structurele overbelasting zijn belangrijke elementen in het herstelproces van een slachtoffer. Zoals ook volgt uit de hiervoor genoemde beoordeling van duurbelastbaarheid op basis van de juiste criteria, kan een verzekeringsarts een waardevolle rol spelen bij het beoordelen van de situatie en bij het adviseren over de haalbaarheid en duurzaamheid van de voorgestelde arbeidsbelasting.

- **De expert als poortwachter en het belang van een goede vraagstelling**

Je merkte eerder op dat er nogal wat dingen verbetering behoeven, met name in gehanteerde juridische kaders maar ook in vraagstellingen aan deskundigen, en benadrukte het belang van context bij het beantwoorden van vragen. Zou het daarom helpen om in de vraagbrief aan de expert eerst uit te leggen in welk kader hij wordt benaderd om over de casus te rapporteren?

Zeker. Het zou standaard moeten zijn om vanaf het begin te verduidelijken in welk juridisch kader de vragen worden gesteld. Gaat het om een onderzoek in het kader van een letselschade, de sociale verzekering of in het kader van een particuliere AOV? Dat is zonder meer voor verbetering vatbaar. Het is verstandig om meteen ook het toepasselijke toetsingskader te vermelden, met verwijzingen naar relevante literatuur en jurisprudentie. Misschien iets voor de Letselschaderaad om op te pakken?

Dat sluit mooi aan bij het thema van jouw interviewproject: professionals zouden meer inzicht moeten krijgen in elkaars denken en handelen. Daarbij is het belangrijk om de deskundige gericht te informeren over waarom een opdrachtgever bij hem komt en wat de opdrachtgever eigenlijk van hem wil weten.

Als ik dat dan koppel aan jouw eerdere opmerking dat het in een personenschadezaak in feite gaat om objectief het onderscheid te maken tussen simuleren en niet-simuleren, dan komt het werk van de expert er dus platgeslagen op neer om te bepalen of het slachtoffer de boel belazert, of niet.

Dat zijn niet mijn woorden, maar platgeslagen begrijp ik wat je zegt. Dat is uiteraard niet het enige wat de deskundige doet. Als de verwoorde klachten plausibel zijn (en dus niet worden overdreven of worden gesimuleerd), gaat het er vervolgens om dat een verzekeringsarts in kaart brengt in hoeverre de klachten tot beperkingen leiden.

Wij hebben net gesproken over het MAOC van de sociale verzekering, dat door een aantal verzekeringsartsen ten onrechte in de letselschaderegeling wordt toegepast. Ook hebben wij het gehad over de definitie van een stoornis, die kan variëren van direct hersenletsel met een anatomisch substraat tot een gestoorde functie c.q. afwijkende testscore, zonder zichtbare afwijkingen op foto's. Dit verschil verklaart de Babylonische taalbarrière tussen artsen en juristen. Als jurist noem ik het geen stoornis maar eerder een klacht of beperking, terwijl artsen

hier weer iets anders onder verstaan. Hierdoor praten wij soms langs elkaar heen en botsen wij nog steeds op die communicatiemuur. Het doet mij denken aan wat een professor ooit zei: "Als ik niet begrijp wat u vraagt, kan ik ook niet het antwoord geven waar u naar op zoek bent".

Onder verwijzing naar Olivier B. Bommel zei een van de oprichters van het Landelijk Register Gerechtelijke Deskundigen (LRGD), wijlen Ben Slijk, het in een verbuiging zo: Begrijp ik goed wat u bedoelt? In antwoord op je vraag: Ja, dat is waar. Het stellen van de verkeerde vragen kan leiden tot onbruikbare antwoorden en misverstanden. En andersom: de kans op bruikbare antwoorden waar je daadwerkelijk iets mee kunt, wordt groter als de juiste vragen worden gesteld. En als je antwoord krijgt, kan het helpend zijn om samen te vatten wat gelaedeerde in jouw waarneming heeft geantwoord en dan te vragen: "Begrijp ik zo goed wat u bedoelt?"

Dat brengt mij op een interessant aspect van de vraagstelling, namelijk de IWMD-vraagstelling van de Interdisciplinaire Werkgroep Medisch Deskundigen. Voorheen duurde het soms wel één, twee, drie jaar voordat partijen tot een adequate vraagstelling kwamen. Maar dankzij het initiatief van professor Arno Akkermans hebben wij nu een passende en breed gedragen standaard vraagstelling. Sindsdien is er zelden meer discussie over de vragen, hooguit over eventuele toevoegingen of weglatingen.

Vraag 2c is voor juristen de belangrijkste vraag. Zakelijk samengevat luidt die vraag: Zouden dezelfde klachten op enig moment ook zonder het ongeval zijn ontstaan? Dat is een andere vraag dan de vraag of de klachten door het ongeval komen. Wanneer je die vraag aan een arts stelt, zal hij vaak antwoorden dat hij geen afwijkingen op foto's ziet en dus concludeert dat er geen klachten zijn. Dat is vaak ook de vraag die de interne behandelaar van een verzekeraar aan zijn medisch adviseur stelt: kun je deze klachten verklaren vanuit het ongeval? Als het antwoord nee is, begint de ellende.

Wanneer je jaren later bij de expert komt en vraagt of de klachten ook zonder het ongeval zouden zijn ontstaan en hij antwoordt "nee", dan is de zaak eigenlijk al rond. Het juridisch causaal verband staat daarmee dan vast. Dit illustreert nog maar eens het belang van de juiste vraagstelling. Het draait dus niet alleen om het stellen van de juiste vraag, maar ook om die vraag aan de juiste persoon te stellen. Dat is mijn dagelijkse uitdaging.

Dat is absoluut waar. Vaak gaan dingen mis in de beginfase. Als in het begin de juiste vragen worden gesteld, kan dat later veel ellende voorkomen. Vergelijk het met het dichttrekken van de rits van een jas: als je de rits verkeerd inzet dan loop je op een gegeven moment vast. Als dat in het begin van een letselschade gebeurt, geeft dat niet alleen een hoop gedoe, maar staat de betrokkene letterlijk en figuurlijk dus ook langere tijd in de kou.

Ik stel soms voor aan de interne behandelaar bij de verzekeraar om aan onze beide medisch adviseurs te vragen wat zij denken dat het antwoord van de expert op vraag 2c zal zijn. Als zij dan allebei tot dezelfde conclusie komen, is een expertise niet meer nodig. Echter, ik heb nog nooit meegemaakt dat een verzekeraar bereid was om die vraag aan de eigen medisch adviseur te stellen. Uiteindelijk komt het dan toch tot een expertise, wat weer extra tijd en geld kost.

In het kader van vraagstellingen heb jij, samen met Sven Stapert, een voorstel gedaan voor een meer uitgebreide set vragen voor neuropsychologen, zoals uiteengezet in een artikel in Letsel & Schade (2022, nr. 4). Ik vraag mij af of het nog zinvol zou zijn om aanvullende vragen te stellen, met name over beperkingen op het gebied van afleidbaarheid en prikkelbaarheid. Dat soort beperkingen zijn vaak prominente klachten bij LTH en kunnen aanzienlijke gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren van de betrokkene. Zou het niet zinvol zijn om deze aspecten ook expliciet te laten onderzoeken door een neuropsycholoog?

De afleidbaarheid kan inderdaad worden gemeten met specifieke testen die daarvoor zijn ontwikkeld. Prikkelgevoeligheid zoals de betrokkenen dat in de dagelijkse praktijk ervaren, kan echter minder goed worden gemeten in een geconditioneerde omgeving van een onderzoekskamer. Denk maar eens aan een vol klaslokaal op een middelbare school. Dat is evident een andere prikkel dan de prikkels in een onderzoekskamer. En dan heb ik het nog niet over prikkelgevoeligheid als functie van de tijd. Een neuropsychologisch onderzoek duurt vaak maximaal drie tot vier uur, terwijl het zo kan zijn dat onderzochte langer dan vier uur per dag werkt of op school is.

Maar nu dringt de vraag zich op: wat moet je precies aan een neuropsycholoog vragen als je de afleidbaarheid wilt meten of als je meer wilt weten over prikkelgevoeligheid? Zijn dat vragen die je aan een neuropsycholoog kunt stellen? En zo ja, hoe formuleer je die vragen dan het beste?

Regelmatig lees ik in het rapport van een neuropsycholoog dat er geen aanwijzingen zijn gevonden voor het bestaan van prikkelgevoeligheid. Dat roept de vraag op in welke context het onderzoek heeft plaatsgevonden. Was het in een rustige ruimte, in een één-op-één contact, met pauzes? Dat is natuurlijk niet representatief voor de alledaagse werkelijkheid. In mijn werk als gerechtelijk deskundige heb ik het voorrecht gehad dat ik de rapporten van uiteenlopende neuropsychologen heb kunnen zien. Op basis daarvan weet ik dat er verschillen zijn in onder meer de duur van het onderzoek. Zo voeren sommigen het onderzoek bijvoorbeeld uit gedurende twee keer drie uur, waarbij zij proberen de werkelijkheid nog meer na te bootsen door storingen en onderbrekingen toe te voegen, zoals mensen die binnenkomen en het gebruik van muziek tijdens de testen. Dat zou eigenlijk standaard moeten worden opgenomen in de vraagstelling. Zo zou bijvoorbeeld kunnen worden gevraagd om niet alleen in een soort laboratoriumsituatie te werken, maar om ook prikkels aan te bieden opdat de werkelijke belasting in het dagelijks leven zoveel mogelijk wordt nagebootst.

Het lijkt er dus inderdaad op dat er nog ruimte is voor verdere verfijning en uitbreiding van de NPO-vraagstelling, zoals ik ook heb gemerkt tijdens eerdere MTA-XXV Interviews. Joke Bruins benadrukte bijvoorbeeld het belang van de vraag naar een stabiele situatie, terwijl zij ook het belang van therapeutische suggesties onderstreepte. Jan Wiersma bracht het onderwerp van sociale cognitie ter sprake. Gezien deze waardevolle suggesties, lijkt het mij zinvol om samen de NPO-vraagstelling opnieuw onder de loep te nemen, net zoals je dat de vorige keer met Sven Stapert hebt gedaan. Zo kunnen wij ervoor zorgen dat de NPO-vraagstelling nog beter aansluit bij de hulpvragen in personenschadezaken, met zijn eigen specifieke en juridische toetsingskader.

Wat een goed idee! Ik ben enthousiast om daar met jou aan te werken en mijn naam daaraan te verbinden. Mooi initiatief om samen de NPO-vraagstelling te verfijnen opdat het nog beter geschikt is voor de letselschadepraktijk.

- **De presentatie van de MTA-XXV-NPO Vraagstelling bij neurocognitieve klachten**

Zo kon het dus gebeuren dat Fons en ik na het MTA-XXV interview hard hebben gewerkt aan het opstellen van een nieuwe, uitgebreidere vraagstelling voor een NPO in letselschadezaken. De conceptversie is op persoonlijke titel door een aantal betrokken professionals in de markt gelezen. De ontvangen feedback is vervolgens verwerkt.

Met gepaste trots presenteren Fons en ik u hierbij **De Tromp / Elemans NPO Vraagstelling bij neurocognitieve klachten**.

De oproep aan de professionals in de praktijk is om die vraagstelling vanaf nu te gaan gebruiken. Eventuele suggesties voor wijzigingen en/of aanvullingen ontvangen wij graag via **secretariaat@maartentromp.nl**. Indien nodig en gewenst, zullen wij daarna een aangepaste versie lanceren.

Wij realiseren ons dat deze nieuwe vraagstelling bij de neuropsychologen wellicht vreemd en onbekend kan overkomen. Als dat zo is, dan zijn de opdrachtgevers in het verleden misschien wel vergeten om nader toe te lichten waarom en in welk kader een NPO werd aangevraagd, wat partijen eigenlijk wilden weten en wat zij daarom wilden laten meten.

Door de context van het gevraagde NPO in de vraagstelling beter te duiden en door de wensen van partijen expliciet te benoemen, hopen wij dat deze vraagstelling in de praktijk zal leiden tot antwoorden waar partijen ook daadwerkelijk wat aan hebben (en waar zij wat mee kunnen).

Tegen die achtergrond hopen wij dat niet alleen de sectie neuropsychologie van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), maar ook de werkgroep Neurologie-Neuropsychologie, zoals ingesteld door de Commissie Invaliditeit van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie, **de Tromp / Elemans NPO Vraagstelling bij neurocognitieve klachten** voor expertises in civiele letselschadezaken zal accorderen en overnemen.

Zijn boodschap en aanbod voor de branche

Wat is jouw boodschap voor de branche?

Mijn boodschap aan alle professionals in de branche is: zorg dat je het juiste doet en dat je het juiste goed doet. Dus als het vaste jurisprudentie is dat bijvoorbeeld postcommotionele en whiplashklachten honorabel zijn als objectief wordt vastgesteld dat die klachten aanwezig, reeel, niet voorgewend, niet ingebeeld en niet overdreven zijn (c.q. plausibel zijn), moet je niet stellen dat klachten pas honorabel zijn als sprake is van een anatomisch substraat. Dat is een aantoonbaar onjuiste praktijk. Doe je dat toch, dan veroorzaak je een hoop (vermijdbaar en verwijtbaar) gedoe, waaronder hoge kosten, onnodige belasting van de rechtspraak et cetera. En dat draagt ook niet bij aan het herstel van mensen die over het algemeen als gevolg van het hen overkomen ongeval al genoeg te verteren hebben (gehad).

Wat heb jij de lezer van deze MTA-XXV Nieuwsbrief te bieden?

De lezers kunnen bij mij onder andere terecht voor medische adviezen op het terrein van post-whiplash- en postcommotionele klachten, voor de plausibiliteitstoets, voor vragen over

duurbelastbaarheid en voor het beoordelen van een verzekeringsgeneeskundig deskundigenonderzoek. Zie ook mijn website www.remedis.nl. Voor opdrachtgevers ben bereikbaar via info@remedis.nl.

Beste mensen, daarmee zijn wij aan het einde gekomen van dit verslag naar aanleiding van (weer!) een buitengewoon interessant en leerzaam gesprek. Als blijvende herinnering en als cadeau voor de branche heeft dat een nieuwe MTA-XXV-NPO vraagstelling bij neurocognitieve klachten opgeleverd.

Waarom? Omdat het zo belangrijk is dat alle betrokken professionals weten hoe de andere disciplines denken en doen. Dat geldt eens te meer voor de expertiserende neuropsychologen, omdat het lot van een civielrechtelijke schadevergoeding door partijen in hun handen wordt gelegd. Als de neuropsycholoog niet weet wat partijen eigenlijk van hem willen weten (al dan niet door een hardnekkige Babylonische spraakverwarring over het begrip "stoornis"), vertrouwt u dan op zijn of haar antwoord? Nee, toch zeker?!? Daarom dus.

4. De verdere verwijzingen

Met betrekking tot de vraagstelling aan een neuropsycholoog:

- **De Tromp / Elemans NPO Vraagstelling bij neurocognitieve klachten**, versie mei 2024
- **Neuropsychologische klachten in whiplashzaken, de rollen van neuroloog en neuropsycholoog**, Fons Elemans en Sven Stapert, L&S 2022, nr. 4
- **Opinie: Uniformiteit in de kwalitatieve beschrijving van scores op prestatietaken**, M.P.H. Hendriks, B.A.W. Mol en R.P.C. Kessels, Tijdschrift voor Neuropsychologie 2020, jaargang 15, nummer 3, p. 166-176

Met betrekking tot de in de jurisprudentie ontwikkelde criteria:

- **Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen: hoe nu verder?**, A.W.A. Elemans, Verkeersrecht, 56^e jaargang, 2008, nummer 9

Met betrekking tot het vaststellen van de belastbaarheid:

- **Is de FML van het bestuursrecht geschikt voor het civiel recht?**, A.W.A. Elemans en J. Laumen, L&S 2008, nr. 4
- **Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen**, PIV Bulletin, februari 2009
- **Vaststellen van belastbaarheid voorbehouden aan verzekeringsartsen**, A.W.A. Elemans, NJB 11-09-2009, afl. 30, p. 1967-1970
- **Onderzoek naar de visie van verzekeringsprofessionals op de letselschadeprocedure, een pleidooi voor herstelrecht als remedie voor verouderde principes**, C.D.E. van Goch, GAV Scoop, 2021, nr. 1

- **Vaststellen van urenbeperking in letselschadezaken, sociaal verzekeringsrecht sluit onvoldoende aan bij civiel schadevergoedingsrecht**, Fons Elemans en Babette van Beest, L&S 2022, nr. 3

5. De uitgereikte wijn

Voor Fons Elemans had ik de Tolloy (wijn nr. 12) in petto. Ik zal uitleggen waarom.

Die wijn bestaat uit een combinatie van de Blauburgunder en de Pinot Nero. Dat zijn twee grootheden, net zoals "klachten" en "beperkingen" ook twee grootheden zijn.

De Tolloy komt uit de Dolomieten (Noord-Italië). Dat is een relatief onbekend wijng gebied, net zoals de verzekeringsgeneeskundige aspecten rondom Licht Traumatisch Hersenletsel nog relatief onbekend zijn.

De blauburgunder associeer ik met bleu, in de zin van onwetend en/of onverschillig. In de personenschadewereld is men onwetend en/of onverschillig ten opzichte van het werk van een verzekeringsgeneeskundige. Dat vak stamt namelijk van oorsprong uit het sociaal verzekeringsrecht.

Zonder al te veel discussie wordt die discipline ook ingezet in de personenschadepraktijk, waarin andere criteria gelden. Daar moet prudent mee worden omgegaan. Fons Elemans doet dat. Deze wijn is daarom goed aan Fons besteed. Dat vond hij zelf ook. Heel toepasselijk bedankte hij voor de wijn door het uitroepen van: "toll!".

Maarten Tromp, mei 2024

