

## FML is ongeschikt bij letselschade

Drs.ing. R.I. Teulings en dr. M.J.H.M. Herpers<sup>1</sup>

*R.I. Teulings is Medisch Adviseur voor Slachtoffers (MAS), Register Geneeskundig Adviseur (RGA), redacteur van L&S en vice-voorzitter van het artsenuitvoerend van de WAA.*

*M.J.H.M. Herpers is voormalig neurochirurg, thans medisch adviseur, verzekeringsgeneeskundige en free-lance docent NSPOH.*

Auteurs zijn van mening dat de Functionele Mogelijkheden Lijst geen recht doet aan de persoonlijke capaciteiten van het individu voorafgaande aan het opgelopen letsel.

De International Classification of Functioning, Disability and Health, kortweg ICF, geeft het functioneren integraal weer en is beter gevalideerd.

In dit artikel zullen deze standpunten nader worden onderbouwd.

### Inleiding

Als de aansprakelijkheid is gevestigd, kan in geval van letsel eventueel blijvende schade aan de mens worden gecompenseerd door smartengeld. Daarnaast dient de materiële schade, waaronder bijvoorbeeld verlies aan verdienvermogen, te worden vergoed.

Bij de bepaling van de immateriële schade baseert men zich voor wat betreft het percentage functionele invaliditeit sinds geruime tijd op de "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment"<sup>2</sup>, kortweg AMA-Guides genoemd, en de aanvullende richtlijnen van de diverse beroepsverenigingen<sup>3</sup>.

Met behulp van deze richtlijnen wordt het functieverlies (*impairment*) vastgesteld en weergegeven, de gezonde mens stellende op 100 procent. Het aldus ingeschatte procentuele functieverlies is mede maatgevend voor de hoogte van het smartengeld.

De materiële schade wordt voor een aanzienlijk deel veroorzaakt door een afname van de fysieke en/of de psychische mogelijkheden van de betrokkene. De gelaedeerde kan niet meer functioneren zoals voorheen, waardoor problemen ontstaan bij uitvoering van werkzaamheden in de (eigen) arbeid, maar ook in de zelfverzorging in het algemeen dagelijks leven, evenals bijvoorbeeld bij werkzaamheden in en rond het huis.

In dat kader moet het verschil tussen de hypothetische ontwikkeling<sup>4</sup>, het incident weggedacht en het te ver-

wachten posttraumatische beloop, worden gecompenseerd.

In de loop der tijd is er een strategie ontstaan ter bepaling van dat verschil. In en buiten rechte wordt hiertoe veelal de volgende procedure aangehouden:

Door een (medisch) deskundige wordt het te verwachten beloop zonder incident<sup>5</sup> ingeschat. De vaststelling van de door het incident veroorzaakte beperkingen is cruciaal ter bepaling van de omvang van de schade. Het is goed te beseffen dat het daarbij gaat om méér dan een afronding van het (diagnostisch) proces. De vaststelling van beperkingen na het ongeval is zo belangrijk omdat (toekomstige) mogelijkheden en beperkingen de basis vormen voor alle verdere beslissingen in het regelingstraject. De beperkingen bepalen immers de gevolgen van de schade ten aanzien van de (on)mogelijkheid tot het verrichten van arbeid, de bezigheden in en rond het huis en de recreatie.

In toenemende mate wordt bij deze tot dusver ontwikkelde strategie gebruik gemaakt van een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML), voor de vaststelling van beperkingen, een hulpmiddel dat is ontwikkeld voor het sociale verzekeringsstelsel.

Dat hulpmiddel mag voor het doel van de Sociale Zekerheidswetgeving geschikt zijn, de FML kent echter voor de letselschadebehandeling zijn beperkingen. Wij zijn van oordeel dat de FML daarom in dat kader geen geschikt middel is om tot bepaling van de mogelijkheden en beperkingen te komen.

Aan de hand van een voorbeeld wordt het zojuist geschetste probleem verduidelijkt:

Een 42 jarige man loopt door een ongeval een frontale cerebrale contusie (hersenkneuzing) op, waardoor hij moeite ondervindt met het verdelen van zijn aandacht én gaandeweg de dag bemerkt dat het concentratievermogen verder afneemt. Hij heeft moeite met agendavoering en het vermogen tot "multitasking" is verminderd. Om een en ander te compenseren heeft hij meer tijd voor zijn takenpakket nodig dan voorheen, hetgeen lichte irritatie oproept bij zijn collega's, die moeten bijspringen. Concentreren kost meer energie en is korter aaneengesloten mogelijk dan voorheen. De belastbaarheid is daarmee verminderd. Daarnaast heeft hij beduidend meer tijd nodig om na een week werken te recupereren, ondanks het feit dat hij alle dagen, ook in het weekend rond 22.00 uur op

<sup>1</sup> Reacties naar: [icf@medicusintermediair.nl](mailto:icf@medicusintermediair.nl)

<sup>2</sup> American Medical Association: Guides to the Evaluation, of Permanent Impairment, 5th Edition: L.C. Cocchiarella. G.B.J. Andersson, AMA press 2002.

<sup>3</sup> Nederlandse Vereniging van Neurologie, Nederlandse Orthopeden Vereniging.

<sup>4</sup> Het betreft daarbij niet de hypothetische situatie als statisch gegeven.

<sup>5</sup> Op basis van ondermeer de pre-existente situatie en predispositie.

bed ligt en nauwelijks deelneemt aan het sociale leven.

De neuroloog stelt op basis van een neuropsychologisch onderzoek met bovenvermelde vastgestelde beperkingen, dat er sprake is van minimale cognitieve disfunctie. Het FML wordt opgesteld door een verzekeringsgeneeskundige, die vaststelt dat alle functies binnen de “normaalwaarden” vallen. De arbeidsdeskundige stelt op basis van het FML vast dat er nauwelijks relevante beperkingen zijn voor het beroep. De materiële schade wordt ingeschat op nihil en de vaststellingsovereenkomst wordt 4 jaar na dato getekend. Een jaar later blijkt betrokkene “plots” overspannen, na enkele conflicten over fouten op het werk...

Na een kort historisch overzicht over de ontwikkeling van het instrument FML verdiepen we ons in de evaluatie van het functioneren van de mens. Alhoewel een kant-en-klare oplossing op dit moment ontbreekt, besluiten auteurs met de aanbeveling de oplossing te baseren op het zogeheten ICF.

#### Kort historisch overzicht

Om de verschillen in benadering van schade écht goed te begrijpen, moeten we ver terug in het verleden. De vergoeding van letselschade is immers verankerd in het verleden en getuigt van een concurrentiestrijd tussen het Romeins recht en het Germaans recht. Daarbij is de maatschappelijke structuur medebepalend geweest. De Romeinen kenden immers vrije mannen en slaven: letsel aan slaven veroorzaakte met name economische schade. Er vond derhalve een economische evaluatie plaats, een loonkundige benadering dus. Germanen kenden eigenlijk alleen maar vrije mannen. Genoegdoening voor toegebracht letsel werd uitgedrukt in geld en was gebaseerd op de schuldgraad en de mate van toegebracht letsel. De anatomische functionaliteit was dus het uitgangspunt. Een dergelijk anatomisch/functioneel uitgangspunt staat thans bekend als *Baremale*<sup>6</sup>, oftewel *forfaitaire*<sup>7</sup> benadering.

Rond 1900 waren er in diverse Europese landen ongevalwetten gebaseerd op loonkundige principes (beroep, loon, leeftijd, letsel). Via gerechtelijke uitspraken viel men al snel terug op *Baremale* stelsels. Door een aanpassing van de Ongevallen Wet ontstond in 1921 in Nederland een afwijkend systeem van sociale zekerheid: “Bij evaluatie van de schade moet rekening gehouden worden met het werkelijk verdiende loon”. Deze Ongevallen Wet werd afgeschaft in 1967.

In 1992 werd de grotendeels handmatige<sup>8</sup> berekening van de mate van arbeidsongeschiktheid ten behoeve van de WAO uitvoering vervangen door het Functie Informatie Systeem (FIS). Van belang was dat met toepassen van het FIS geen rekening meer werd gehouden met het be-

roepsniveau waarop iemand vóór het ontstaan van de beperkingen functioneerde. Het begrip ‘passende arbeid’ werd vervangen door ‘gangbare arbeid’. In de FIS-systematiek werd de (rest)belastbaarheid van de cliënt vergeleken met de belasting in een functie.

Kritiek op het FIS betrof de eenzijdige oriëntatie op fysieke aspecten van de arbeid, terwijl cognitieve, emotionele en sociale aspecten in het hedendaagse arbeidsproces een steeds grote(re) rol gingen spelen. Daarnaast werd door gedetailleerde kwantitatieve uitspraken de (ontrechte) suggestie van een exacte en objectieve beoordeling gewekt<sup>9</sup>. Tevens was van sommige aspecten de beschreven fysieke belasting praktisch gezien zo extreem zwaar, dat de maximale norm volgens de Arbo-wetgeving werd overschreden.

#### De FML en de “normaalwaarden”

Er ontstond dus wederom behoefte aan een nieuw instrument om de mogelijkheden tot functioneren in kaart te brengen.

Zo deed in juli 2001 de Functionele Mogelijkheden Lijst (verder: FML) zijn intrede. Deze FML zocht aansluiting bij de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (ICIDH) van de WHO<sup>10</sup>.

Het “normaal dagelijks functioneren” was niet gedefinieerd maar deze term werd wél als uitgangspunt genomen. Hierbij is het van belang er op te wijzen dat deelname aan een arbeidsproces overigens meer discipline en op onderdelen meer inspanning vereist en vaak minder regel mogelijkheden heeft dan het (normale) dagelijkse leven. Alleen daarmee is al aangegeven dat een persoon met overwegend normaalwaarden in de FML niet altijd in staat is tot het verrichten van alle, of de eigen arbeid. Een “normaalwaarde” is derhalve niet voor iedere persoon het juiste uitgangspunt en daarmee voor ons in de aansprakelijkheidssfeer onbruikbaar omdat de letselschaderegeling dient uit te gaan van het individu.

De “normaalwaarden” in de FML zijn het resultaat van een proces waarbij een werkgroep van experts voorstellen heeft ontwikkeld onder begeleiding van een hoogleeraar arbeidspsychologie. Deze voorstellen werden bediscussieerd, aangepast en uitgetest in samenwerking met een panel bestaande uit arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen, afgevaardigd door de voormalige uitvoeringsinstellingen. Dit ontwikkelingsproces als zodanig werd vreemd genoeg niet gedocumenteerd.

Er werd bij het opstellen van het CBBS<sup>11</sup>/FML systeem een “beredeneerde keuze” gemaakt voor bepaalde ni-

<sup>6</sup> Een barema (Fr. *Barème*) is een tabel van cijfers, een tariefschaal

<sup>7</sup> *Forfait* is een bedrag ineens, als (afge)ronde som vastgesteld.

<sup>8</sup> Ook via een landelijk geautomatiseerde Arbeids Complexen Documentatie (ACD).

<sup>9</sup> Wat is immers het verschil tussen klimmen en klauteren (5D) 8 maal per uur 10 meter en (4E) 16 maal per uur 7,5 meter?

<sup>10</sup> Op dat moment bestond er een zogeheten beta-(2)-versie, een inmiddels aangepaste versie van de ICIDH die voor het eerst in 1980 als proefclassificatie is gepubliceerd door de WHO. Na 5 jaar op systematische wijze te zijn beproefd en na internationale consultatie, is deze tekst op 22 mei 2001 door de 54e World Health Assembly, en dus mede door Nederland, goedgekeurd voor internationaal gebruik (resolutie WHA 54.21). De ICIDH kende een voornamelijk negatieve insteek, gaf slechts stoomissen weer, zodat deze inmiddels is vervangen door een neutrale omschrijving van het functioneren: de ICF.

<sup>11</sup> CBBS= Claim Beoordeling- en Borging Systeem.

veaus van uitvoering van activiteiten. Daartoe werden 120.000 belastbaarheidprofielen (FIS) geanalyseerd, opgesteld door 800 verzekeringsartsen ten behoeve van een WAO-claim in 1998. Zodoende ontstond een “normaal” beeld van functiemogelijkheden binnen een populatie die in feite reeds beperkingen had, met daarenboven een leeftijdsverdeling van 16-65 jaar. Met andere woorden de mogelijkheden tot normaal functioneren van deze “normaal” groep dienen als verminderd te worden ingeschat ten opzichte van de gezonde beroepsbevolking. Anders gezegd; de belastbaarheid en belasting van de Nederlandse beroepsbevolking, met een normale en gezonde groep mensen als uitgangswaarde, is als evident hoger in te schatten dan de “normaalgroep” in het FML. Dientengevolge zullen de “normaalwaarden” ten aanzien van het kunnen uitvoeren van activiteiten van deze gezonde groep mensen dus eveneens op een (evident) hoger niveau liggen. Bij wetenschappelijk onderzoek zou een dergelijke werkwijze als methodologisch onaanvaardbaar gelden wegens het ontbreken van een controlegroep/referentiegroep.

Het referentiepunt, de “normaalwaarde” in de FML, is dus niet de maat voor de mogelijkheden die een individu had vóór hij arbeidsongeschikt werd, i.c. vóórdat het letsel werd opgelopen.

De werkinstructie<sup>12</sup> verwoordt dat als volgt: “Het CBBS oriënteert zich niet primair op functiebelasting-eisen, maar op de mogelijkheden van cliënten om te functioneren. Dit komt vooral tot uitdrukking in het hulpmiddel voor de verzekeringsarts, de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). In het verlengde van deze keuze ligt ook het uitgangspunt van de normaalwaarden als referentiepunt voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden door de verzekeringsarts. *De normaalwaarden geven de ondergrens aan van mogelijkheden van de Nederlandse beroepsbevolking*<sup>13</sup>. Functiebelasting-eisen zijn nogal eens hoger dan het niveau van de gekozen normaalwaarden”.

De als “normaal” aangegeven maat is dus te laag en daarmee niet dezelfde uitgangswaarde zoals die ons inziens dient te gelden bij de regeling van letselschade. Gebruik van de FML impliceert dat men uitgaat van de maatman. Een sociaal-verzekeringsgeneeskundige benadering die niet correct is aangezien letselschaderegeling behoort uit te gaan van het individu.

Gebruik van het FML kan forse negatieve consequenties hebben voor de inschatting van (de ernst van) problemen van het functioneren van de individuele mens met (letsel) schade, zoals geïllustreerd door de eerder beschreven casus.

Bij de zoektocht naar de (ideale) oplossing voor het gezamenlijke probleem, zullen we moeten terugkeren naar de basisvraag.

### Hoe evalueren we het functioneren van de mens?

Voor het inschatten van de (materiële) schade is het erg praktisch de onafhankelijk deskundige te verzoeken de beperkingen in relatie tot arbeid, activiteiten in en om het huis en zelfverzorging in beeld te brengen.

Door slechts te kijken naar (die) beperkingen missen we echter een aantal elementaire factoren welke eveneens in overweging moeten worden genomen bij het beoordelen van schade aan de mens.

#### De functiewaardering op basis van een medisch model<sup>14</sup>

is gebaseerd op de visie dat stoornissen, beperkingen en participatieproblemen rechtstreeks gevolg zijn van een ziekte, een trauma of andere aandoening.

Vanuit medisch perspectief mag een beperking worden aangenomen als aan een keten van logischerwijs samenhangende en opeenvolgende vaststellingen wordt voldaan. In de geneeskunde wordt een diagnose gesteld<sup>15</sup>, een vaste groep van symptomen en stoornissen die gezamenlijk als “ziekte” zijn erkend, aantoonbaar leidend tot een aantal functiestoornissen. Daarna worden beperkingen “toegekend” en vervolgens wordt ingeschat welke activiteiten betrokkene minder goed, of niet meer kan uitvoeren.

#### De functiewaardering op basis van het sociale model

staat daar haaks op en gaat vooral uit van de omstandigheden, waaronder de sociale omgeving, waarin de mens, in dit geval gelaedeerde, als individu functioneert.

De functiewaardering op basis van het biopsychosociale model integreert deze beide zienswijzen. Een optimale mix voor het bepalen van schade aan de mens is gebaseerd op beschrijving van het functioneren van de mens als geheel, in de ICD/ICF-systematiek benoemd als biopsychosociale benadering.

Prof.dr.J.van Gijn, neuroloog<sup>16</sup> omschreef deze benadering recent in een artikel met de veelzeggende titel “Chronische lage rugpijn: het falen van de orgaangeneeskunde”: “Het biopsychosociale model veronderstelt dat zowel biologische, psychologische als sociale factoren van invloed zijn op medische klachten en problemen. Deze omschrijving kan associaties oproepen met uitspraken als ‘het is psychisch’ of – nog wat neerbuigender – ‘het zit tussen de oren’, maar zo eenvoudig is het niet.”

Als we uitsluitend (blijven) uitgaan van de omschreven beperkingen op basis van het medisch model levert dat een erg eenzijdig en incompleet beeld op. De biopsychosociale benadering daarentegen is een volstrekt integrale benadering met voordelen ten opzichte van de “orgaan-gerichte” benadering.

<sup>12</sup> Werkinstructie CBBS januari 2003 van het UWV, hoofdstuk 2.1.

<sup>13</sup> Cursivering door ondergetekenden.

<sup>14</sup> Zie ICF compilatie hoofdstuk 5.2. blz 21.

<sup>15</sup> Zie ICF compilatie.

<sup>16</sup> Gijn, J. van en Mast, R.C. van der, Ned Tijdschr Geneesk. 2007; 151; 1553-6.

De huidige inzichten m.b.t. het functioneren van de mens zijn weergegeven in de I.C.F.<sup>17</sup>

De International Classification of Functioning, Disability and Health (verder ICF)<sup>18</sup> is een door de WHO vastgesteld systeem waarmee het menselijk functioneren kan worden beschreven. Het vormt een raamwerk voor het ordenen van de gegevens. Het biedt een structuur om die gegevens op zinvolle wijze, in een onderling verband, te presenteren in een gemakkelijk toegankelijke vorm.

De International Classification of Diseases (ICD) en de ICF zijn complementair, de ICD voorziet in termen voor het beschrijven van ziekte, aandoeningen en gezondheidsproblemen en de ICF voorziet in termen voor het beschrijven van menselijk functioneren vanuit drie perspectieven, onderverdeeld in

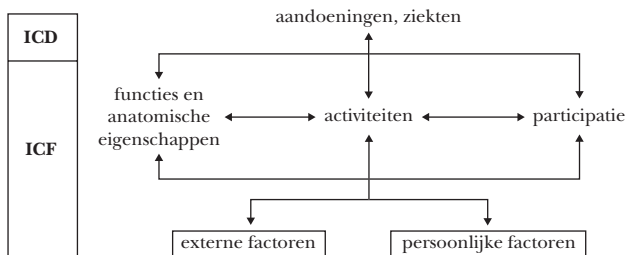
- 1) anatomische eigenschappen van het organisme,
- 2) functies van het organisme en
- 3) activiteiten en participatie, dus het menselijk handelen als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

Daarnaast zijn er externe en persoonlijke factoren (4) die van invloed zijn op al deze deelaspecten. Het gehele systeem kan een integraal, zinvol beeld geven van iemands functioneren.

Uitgaande van de ICF-definities kan een stoornis (afwijkingen in, of verlies van functies, of anatomische eigenschappen) leiden tot beperkingen.

Beperkingen zijn moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten, welke onder invloed van persoonlijke en externe factoren kunnen leiden tot participatieproblemen: problemen met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.<sup>19</sup>

In schema<sup>20</sup> ziet dit er als volgt uit.



<sup>17</sup> Met dank aan Drs. H. Ten Napel, Permission & Licencing, Dep. Head WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (WHO-FIC), Centre for Public Health Forecasting, PO Box 1, 3720 BA Bilthoven, The Netherlands.

<sup>18</sup> Zie voor een compilatie <http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm>: download icf compilatie.

<sup>19</sup> Hierbij dient te worden aangetekend dat dit geen noodzakelijke sequentie is. Een stoornis hoeft niet altijd te leiden tot een beperking (zoals b.v. een misvorming door lepra), net zoals participatieproblemen kunnen voorkomen zonder stoornis of beperkingen (zoals b.v. bij een HIV positieve status).

<sup>20</sup> Figuur 1 blz 19 uit de compilatie Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. Nederlands WHO-FIC Collaborating Centre, RIVM Bilthoven, 2002.

Het functioneren wordt dus op gestructureerde en logisch geordende wijze weergegeven. De classificatie ziet er op eerste het (detail-)niveau als volgt uit:

<p><b>FUNCTIES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mentale functies</li> <li>2. Sensorische functies en pijn</li> <li>3. Stem en spraak</li> <li>4. Functies van hart en bloedvatenstelsel, hematologisch systeem, afweersysteem en ademhalingsstelsel</li> <li>5. Functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel</li> <li>6. Functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies</li> <li>7. Functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies</li> <li>8. Functies van huid en verwante structuren</li> </ol>
<p><b>ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anatomische eigenschappen van zenuwstelsel</li> <li>2. Anatomische eigenschappen van oog, oor en verwante structuren</li> <li>3. Anatomische eigenschappen van structuren betrokken bij stem en spraak</li> <li>4. Anatomische eigenschappen van hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel</li> <li>5. Anatomische eigenschappen van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel</li> <li>6. Anatomische eigenschappen van urogenitaal stelsel</li> <li>7. Anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging</li> <li>8. Anatomische eigenschappen van huid en verwante structuren</li> </ol>
<p><b>ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leren en toepassen van kennis</li> <li>2. Algemene taken en eisen</li> <li>3. Communicatie</li> <li>4. Mobiliteit</li> <li>5. Zelfverzorging</li> <li>6. Huishouden</li> <li>7. Tussenmenselijke interacties en relaties</li> <li>8. Belangrijke levensgebieden</li> <li>9. Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven</li> </ol>
<p><b>EXTERNE FACTOREN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Producten en technologie</li> <li>2. Natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin</li> <li>3. Ondersteuning en relaties</li> <li>4. Attitudes</li> <li>5. Diensten, systemen en beleid</li> </ol>

De "Mentale functies" die zijn weergegeven (onder hoofdstuk 1 van "Functies") kunnen ook op hun beurt

weer worden onderverdeeld: het tweede niveau. Er zijn totaal vier niveaus. Het tweede niveau ziet er dan als volgt uit:

*Algemene mentale functies*

- b110 Bewustzijn
- b114 Oriëntatie
- b117 Intellectuele functies
- b122 Globale psychosociale functies
- b126 Temperament en persoonlijkheid
- b130 Energie en driften
- b134 Slaap
- b139 Algemene mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd

*Specifieke mentale functies*

- b140 Aandacht
- b144 Geheugen
- b147 Psychomotorische functies
- b152 Stemming
- b156 Perceptie
- b160 Denken
- b164 Hogere cognitieve functies
- b167 Mentale functies gerelateerd aan taal
- b172 Mentale functies gerelateerd aan rekenen
- b176 Bepalen sequentie bij complexe bewegingen
- b180 Ervaren van zelf en tijd
- b189 Specifieke mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd
- b198 Mentale functies, anders gespecificeerd
- b199 Mentale functies, niet gespecificeerd

Het functioneren wordt bij voorbeeld dan als volgt weer gegeven:

b 167.3 ernstige stoornis in mentale functies gerelateerd aan taal

Het suffix (in het voorbeeld.3) verwijst naar de ernst van de stoornis

0 = geen probleem	(0- 4 %)
1 = licht probleem	(5- 24 %)
2 = matig probleem	(25- 49 %)
3 = ernstig probleem	(50- 95 %)
4 = volledig probleem	(95-100 %)

Op deze wijze kan het totale functioneren van de mens worden geklasseerd en getypeerd. Aangezien weergave van de gehele systematiek ruim 15 pagina's in beslag zou nemen, adviseren wij u voor een volledig beeld de volgende website te openen:

<http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICF-nl.cl>

Het gebruik van de ICF zal niet per definitie ten voor- of nadele zijn voor gelaedeerde, of de aansprakelijke partij. Functioneringswaardering volgens de ICF zal een betrouwbaar beeld geven van het daadwerkelijk functioneren. Daarnaast zal de hegemonie van uitsluitend medische kennis in het regelingsproces<sup>21</sup> afnemen.

De ICF is dus een systematiek die het functioneren van personen ordent. Het vormt een gemeenschappelijke

taal voor het (gedetailleerder) beschrijven van iemands functioneren met als doel de communicatie tussen beroepsbeoefenaren te verbeteren. De ICF-systematiek is toonaangevend en neemt een neutrale positie in ten aanzien van de etiologie, zodat het erg verleidelijk is deze systematiek na te volgen.

Voordat het zover is, moeten we eerst nagaan aan welke eisen een dergelijk systeem voor de letselschadepraktijk moet voldoen.

**Het ideale hulpmiddel**

Wij zien drie belangrijke eisen.

1. Het hulpmiddel moet individueel toepasbaar zijn.  
Elk hulpmiddel bij de evaluatie van het menselijk functioneren, of het nu een Functionele Mogelijkheden Lijst is, een profiel of een score, is niets anders dan een communicatiemiddel tussen de opsteller en de ontvanger, in de huidige praktijk vaak de arbeidsdeskundige. Profielen, lijsten en scores zijn in de regel ontworpen om de grote aantallen casus in de sociale zekerheid overzichtelijker te maken, geautomatiseerd te verwerken en vervolgens de bijbehorende banen te zoeken. Dit alles is echter niet nodig in het regelingstraject, waar zoals eerder gezegd, anders dan in het sociale verzekeringstelsel, niet een gemiddelde, maar juist de individuele benadering wordt voorgestaan. Het doel is immers het duiden van de ontstane beperkingen ten gevolge van het letsel bij het individu.
2. Het middel moet inzichtelijk zijn voor alle bij de letselschaderegeling betrokken beroepsbeoefenaren.  
Evaluatie van het functioneren van de mens, c.q. het hulpmiddel daartoe, dient inzichtelijk te zijn, om de eenvoudige reden dat de uiteindelijke afweging in de letselschaderegeling (met name) niet plaatsvindt door medici en arbeidsdeskundigen maar door juristen, dossierbehandelaars en rechters.
3. Het ideale hulpmiddel dient betrouwbaar (reproduceerbaar) en valide te zijn. Onder die laatste term wordt verstaan de mate waarin de methode erin slaagt een nauwkeurige representatie van de werkelijke toestand te beschrijven. Zoals zo vaak, is een goudstandaard niet voorhanden. We zullen dus moeten accepteren dat een dergelijk objectief, absoluut oordeel, middels een concrete en wetenschappelijk gefundeerde vaststelling, niet mogelijk is.

Het vaststellen van de (opgelopen) beperkingen blijft dus een "state of the art"-inschatting en geen getalsmatige, mechanische vaststelling. In die zin kent dus elke vaststelling van de belastbaarheid een beperkte objectiviteit.

<sup>21</sup> Zie voor de neurologische hegemonie bij O.P.S. op blz 759 e.v. in: An Acad Bras Cienc (2004)76 (4) blz 757-69.

### De oplossing?

Waarom beschrijven we niet gewoon wat we hebben vastgesteld?

Een voorbeeld uit de praktijk:

Dhr. J. is een 52-jarige bouwopzichter. Klimmen en klauteren is een essentiële voorwaarde om zijn werk te kunnen uitoefenen. Daarnaast is hij fervent motorrijder zodat trillingsbelasting van de armen een belangrijk aandachtspunt is. Na een ongeval houdt hij klachten en beperkingen aan een schouder over, door de deskundigen afwisselend beschreven als "tendinitis", "cuff laesie", "ac-strain" of "impingement".

Na ellenlange discussies met de medisch adviseur van de verzekeraar wordt uiteindelijk een beperkingenpatroon overeengekomen, waaruit het essentiële element wordt gelicht:

Schouderfunctie links: alleen mogelijk c.q. gewenst tot horizontaal (= 90-100 graden) in het voor- en zijwaartse vlak. Met name belaste abductiebewegingen (zijwaarts heffen), maar ook alle andere bewegingen zijn fors beperkt.

Zware gewrichtsbelasting dient voorkomen te worden bijvoorbeeld scheppen, vegen, op ladders klimmen, kruipen, alsmede zich verplaatsen via constructies, klimijzers en op daken wanneer hierbij rond het horizontale vlak schouderbelasting optreedt. Hetzelfde geldt voor de functies duwen en trekken: deze zijn fors beperkt.

Repeterende, zeer frequent handelingen zijn gecontra-indiceerd met name wanneer hierbij rond het horizontale vlak schouderbelasting optreedt. Reiken is niet beperkt tenzij boven schouderhoogte (zie FML V.7). Tillen (en dragen) is gezien de "AC-strain", c.q. impingement, c.q. posttraumatische cufflaesie, linkszijdig licht beperkt, dat wil zeggen belasting tot 10 Kg. Lichte beperking voor voortgeleide trillingen, zonder mogelijkheid te differentiëren tussen hoog- en laagfrequent, alsmede (verdere) kwaliteit of kwantiteit.

Gezien de hobby en de specifieke belasting in arbeid was dit een zeer praktische benadering, het probleem is echter dat een dergelijk 'format' wel érg medisch georiënteerd is en totaal geen oog heeft voor de sociale gevolgen. Verder is de kans dat we een item vergeten erg groot. Hoe praktisch ook, de omschrijving is incompleet en de validiteit laat te wensen over.

De ICD/ICF combinatie lijkt die nadelen niet te hebben. De ICF-systematiek is uitgebreider dan de FML en is beter gevalideerd.

Uitgaand van het eerste voorbeeld in dit artikel kan de concrete weergave van het functioneren er naar onze mening als het voorbeeld in de tabel hiernaast uit zien, waarbij benadrukt wordt dat dit slechts een eerste oriëntatie<sup>22</sup> is. Bovendien zijn slechts de mentale functies uitgewerkt.

Uiteraard kan ook bij deze weergave betoogd worden dat het inschatten van percentages subjectief blijft. Zoals al aangegeven blijft een dergelijke inschatting "state of the art", echter hoe gedetailleerder/verfijnder het functioneren van het slachtoffer inzichtelijk wordt gemaakt (ICF), hoe meer recht dit doet aan alle partijen.

### Resumerend

Het gebruik van de Functionele Mogelijkheden Lijst binnen het domein van de letselschade doet geen recht aan het werkelijke functieverlies van het individuele slachtoffer. Een andere benadering/weergave van het individuele functieverlies t.g.v. het ongeval is gewenst.

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) geeft een veel completer beeld; een integraal beeld van het functioneren van de mens waarbij tevens tegemoet wordt gekomen aan de gewenste individuele benadering en ook de meer discrete stoornissen en participatieproblemen worden in beeld gebracht. Het is verder complementair aan de ICD, is beter gevalideerd en sluit aan bij de internationale ontwikkelingen op dit gebied.

In de toekomst te ontwikkelen meetinstrumenten zullen dan ook zeker aansluiten bij deze classificatie waardoor (onder)meer objectivering van het thans arbitrair vastgestelde procentueel functieverlies mogelijk wordt. Het opstellen (en uitwerken) van ICF vereist echter een speciale training zodat invoering in overleg met betrokken partijen zal moeten plaatsvinden.

Voordat het zover is zal een oriënterend onderzoek (pilot) moeten uitwijzen wat de mogelijkheden zijn bij invoering van de ICF ten behoeve van de letselschaderegelgeving.

<sup>22</sup> Later zal ook IMPACT in de overwegingen worden betrokken. Dit is een (gevalideerd) instrument, een vragenlijst waarmee de mate van beperkingen in participatie en activiteiten van personen kan worden gemeten. Dit instrument bevindt zich momenteel in de pilot-fase en is ontwikkeld door TNO Kwaliteit van Leven, Revalidatiecentrum De Hoogstraat en het iRv Kenniscentrum voor Revalidatie en Handicap / Vilans met financiële steun van de Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars, de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving (SASS) en het Ministerie van Verkeer en Waterstaat. Ook de Taksatie-schaal van B. Reintjes kan in de overwegingen worden betrokken.

**VOORBEELD**

ICF items	Te verwachten functioneren zonder incident	Huidig functioneren	Verlies functioneren in procenten <sup>23</sup>
<b>Algemene mentale functies</b>			
b110 Bewustzijn	Geen probleem	Geen probleem	
b114 Oriëntatie	Geen probleem	Geen probleem	
b117 Intellectuele functies	Geen probleem	Licht probleem	10%
b122 Globale psychosociale functies	Gp	Gp	
b126 Temperament en persoonlijkheid	Gp	Gp	
b130 Energie en driften	Gp	Licht probleem	10%
b134 Slaap	Gp	Gp	
<b>Specifieke mentale functies</b>			
b140 Aandacht			
b1400 Vasthouden van aandacht	Gp	Licht probleem	10%
b1401 Veranderen van aandachtsgebeid	Gp	Gp	
b1402 Verdelen van aandacht	Gp	Matig probleem	25%
b1403 Delen van aandacht	Gp	Gp	
b144 Geheugen	Gp	Gp	
b147 Psychomotorische functies	Gp	Gp	
b1470 Psychomotorische controle	Gp	Gp	
b152 Stemming	Gp	Gp	
b156 Perceptie	Gp	Gp	
b160 Denken			
b1600 Denktempo	Gp	Licht probleem	10%
b1601 Wijze van denken	Gp	Gp	
b1602 inhoud denkproces	Gp	Gp	
b1603 controle denkproces	Gp	Gp	
b164 Hoger cognitieve functies			
b1640 Abstractie	Gp	Licht probleem	10%
b1641 Organisatie en planning	Gp	Licht probleem	10%
b1642 Tijdmanagement	Gp	Gp	
b1643 Cognitieve flexibiliteit	Gp	Matig probleem	25%
b1640 Inzicht	Gp	Gp	
b1645 Beoordelingsvermogen	Gp	Gp	
b1646 Mentale functies gerelateerd aan probleem-oplossen	Gp	Licht probleem	10%
b167 Mentale functies gerelateerd aan taal	Gp	Gp	
b172 Mentale functies gerelateerd aan rekenen	Gp	Gp	
b1720 Mentale functies gerelateerd aan eenvoudig rekenen	Gp	Gp	
b1721 Mentale functies gerelateerd aan complex rekenen	Gp	Matig probleem	25%
b176 Bepalen sequentie bij complexe bewegingen	Gp	Gp	
b180 Ervaren van zelf en tijd	Gp	Gp	
<b>Sensorische functies en pijn</b>			
Niet uitgewerkt			

Zonder de gehele lijst in detail uit te werken, dienen in het compleet uitgewerkte ICF de volgende aandachtspunten zeker te worden 'gescoord'.

S ANATOMISCHE EIGENSCHAPPEN

s11000 Anatomische eigenschappen van frontale lob (lobus frontalis)

D ACTIVITEITEN EN PARTICIPATIE

d2001 Voltooien van meervoudige taken

d999 Maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven, niet gespecificeerd

E EXTERNE FACTOREN
e1 PRODUCTEN EN TECHNOLOGIE

e1351 Ondersteunende producten en technologie voor werkdoeleinden

Voetnoot

geen probleem	( 0 - 4 %)
licht probleem	( 5 - 24 %)
matig probleem	(25 - 49 %)
ernstig probleem	(50 - 95 %)
volledig probleem	(95 - 100 %)

<sup>23</sup> Zie de percentage-indeling.