

## Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen

Drs. A.W.A. Elemans, verzekeringsarts  
Remédis<sup>1</sup>

**In deze bijdrage zal wat betreft de afwikkeling van letselschade worden ingegaan op de vraag welke medicus de specifieke kennis en vaardigheden heeft om belastbaarheid vast te stellen en in kwantitatieve zin te beschrijven in verband met het vaststellen van verlies van arbeidsvermogen. Dat gebeurt op basis van een vergelijking van opleidingscompetenties van verschillende medici, de WMSR-richtlijn<sup>2</sup> en de verschillende verklaringsmodellen van ziekte.**

**In dit licht zal tevens het verschil tussen de (medische) begrippen klachten en beperkingen, ziekte en stoornis worden toegelicht.**

### Probleemstelling

Belastbaarheid van een mens is een resultante van biologische, sociale en psychologische factoren en hun onderlinge interactie. Het biologisch model van waaruit onder andere orthopeden en neurologen redeneren ter verklaring van gezondheidsklachten voldoet niet om deze factoren en hun onderlinge samenhang te detecteren en te analyseren. Dit model is immers enkel gericht op de biologische component van gezondheid.

Het is echter geen uitzondering dat voornoemde medisch specialisten bij het vaststellen van de beperkingen voor het verrichten van loonvormende arbeid in het kader van letselschade, uitspraken doen over belastbaarheid. Zij doen dat op basis van enkel het klachtenverhaal van betrokkene, het lichamelijk onderzoek en het eventueel aanvullend verrichte beeldvormend onderzoek (bijvoorbeeld röntgenfoto's of MRI-scan).

Echter, noch de op basis hiervan gestelde diagnose noch de klachten zijn hetzelfde als beperkingen. Bovendien leidt dezelfde klacht of ziekte niet bij iedereen tot dezelfde beperkingen. Dit hangt in belangrijke mate af van de interactie van de eerdergenoemde biologische, sociale en psychologische factoren. De gelaedeerde met een totale dwarslaesie zal immers ongeacht psychologische en sociale factoren niet kunnen lopen. Psychologische en sociale factoren doen daar niet aan af.

### Klachten, stoornis, ziekte en beperkingen

- Klachten zijn verbale uitingen van beleving van stoornissen.
- Een stoornis wordt in medische kringen opgevat als een vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie. In praktische bewoordingen is een stoornis een klacht die met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden gereproduceerd of 'zichtbaar' gemaakt kan worden. Algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden zijn bijvoorbeeld de medische anamnese, lichamelijk onderzoek, röntgenonderzoek, MRI onderzoek en

gevalideerde neuropsychologische onderzoeksinstrumenten. Een stoornis is niet hetzelfde als een ziekte. Een stoornis is een uiting van ziekte c.q. een manifestatie van de onderliggende pathologie.

- Ziekte is elke proces in het organisme (lees: de mens) dat ten gevolge van schadelijke invloeden, veranderingen teweegbrengt in de kwantitatieve en kwalitatieve werking van cellen of weefsels. Daardoor wordt het functionele evenwicht van lichaam en/of geest verstoord en een reactie op herstel van dit (nieuwe) evenwicht in het leven geroepen<sup>3</sup>: Ziekte is dus het mechanisme dat ten grondslag ligt aan een stoornis. In de medische wereld kan men een stoornis vaststellen zonder (precies) te weten welk mechanisme daaraan ten grondslag ligt. Wetenschappelijk onderzoek beoogt onder andere inzicht te krijgen in deze mechanismen. Ten overvloede, heden zijn niet alle mechanismen bekend of onderzocht.
- Een beperking is een vermindering of verlies van gedragingen en activiteiten als gevolg van een stoornis. Anders gezegd zijn dit de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Normaal is wat van iemand gezien zijn leeftijd, geslacht, levensgeschiedenis en socioculturele achtergrond verwacht mag worden.

**Voorbeeld:** Complex Regionaal Pijnsyndroom type I (ook bekend onder de naam dystrofie) aan een voet. Bij dit klachtenbeeld (die door medici worden samengevat onder de noemer CRPS type I) staan pijn (= klacht) en een gestoorde pijnwaarneming (= klacht) op de voorgrond. De pijn neemt in hevigheid toe bij druk op de aangedane voet en houdt langer aan dan men op grond van de druk op de voet zou verwachten. De beperking is dan drukuitoefening op de voet hetgeen bij ondermeer lopen, staan en het dragen van zware spullen het geval is. Betrokkene is dus beperkt voor ondermeer lopen en staan. De stoornissen bij dit klachtenbeeld zijn onder andere een gestoorde doorbloeding van de aangedane voet alsmede een gestoorde pijnwaarneming door het lichaam. Het bestaan daarvan is met bepaalde onderzoeksmethoden aan te tonen. Het daadwerkelijke onderliggende mechanisme (= de ziekte) dat verantwoordelijk is voor de gestoorde pijnwaarneming is nog niet helemaal opgehelderd. Dus ondanks dat de ziekte niet bekend is, kunnen de klachten met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden herleid worden naar (een) stoornis(sen).

In het sociaal verzekeringsrecht wordt (in verband met de WAO/WIA/WAJONG) ook nog een onderscheid gemaakt tussen beperkingen en participatieproblemen.

Van participatieproblemen spreekt men als een individu problemen ondervindt in het functioneren op macroniveau. Dat is het vervullen van de sociale rollen in bijvoorbeeld hobby's en werk.

Resumerend kan worden gesteld dat de drie niveaus waarop ziekte zich kan manifesteren worden omschreven als stoornis, beperking en handicaps, waarbij klachten verbale uitingen zijn van de beleving van stoornissen. Klachten kunnen als stoornis worden aangemerkt als deze met gebruikmaking van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden gereproduceerd kunnen worden. In deze redenering kan sprake zijn van een stoornis zonder dat bekend is van welke ziekte sprake is.

In het sociaal verzekeringsrecht wordt het bestaan van ziekte aannemelijk geacht als sprake is van een stoornis. Het hebben van een stoornis betekent niet automatisch dat iemand beperkingen ondervindt in zijn

functioneren. Een stoornis is immers niet hetzelfde als een beperking in het functioneren. Maar een stoornis kan wel tot gevolg hebben dat iemand als gevolg van die stoornis beperkt is in zijn functioneren. Om daar achter te komen zal gevraagd moeten worden naar het functioneren in werk, privéleven en hobby's ná de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis alsmede naar het functioneren op deze drie levensgebieden voor het ontstaan van de met de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis opgetreden stoornis.

Het aansprakelijkheidsrecht stelt overigens minder hoge eisen aan het begrip stoornis dan in de medische wereld en het sociaal verzekeringsrecht gebruikelijk is. Er is binnen dit rechtsgebied namelijk al sprake van een stoornis, als objectief kan worden vastgesteld dat de klachten van een benadeelde aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn (HR 08 juni 2001 ( Zwolsche Algemeene/De Greef) LJN AB2054).

Uit onderzoek – waarbij de inhoud van in de procedure Zwolsche Algemeene/De Greef uitgebrachte deskundigenberichten werd vergeleken met de uitkomst van het arrest van de Hoge Raad<sup>4</sup>, blijkt dat postwhiplash gerelateerde klachten als stoornis kunnen worden aangemerkt, als deze klachten:

- passen bij het klachtencomplex dat 'officieel' wordt samengevat onder de noemer postwhiplashsyndroom; en
- geen uiting zijn van simulatie.

Of hiervan sprake is dient objectief vastgesteld te worden. Dat wil zeggen dat de expertiserende medicus zijn opdracht onpartijdig en naar beste weten dient te volbrengen (art. 198 lid 1 Rv).

Omdat beperkingen in het functioneren niet gelijkstaan aan klachten, stoornis en ziekte, staat vast dat in het civiel recht het biologische model, van waaruit met name veel curatieve medische specialisten (waaronder neurologen en orthopeden) en sommige medisch adviseurs (RGA's en niet-RGA's die zich medisch adviseur noemen) redeneren, niet geschikt is om beperkingen die een uiting zijn van een stoornis op het spoor te komen en in kaart te brengen.

Het biologische model is immers gericht op het aantonen van een biologisch, dat wil zeggen: fysiologisch of anatomisch substraat.

### **Het biopsychosociale model en de ICF**

Het model dat beter past bij de uitleg van het begrip stoornis in het civiele recht alsmede bij het onderzoek naar beperkingen als gevolg van een stoornis, is het biopsychosociale ziektemodel.

Dit model vormt de grondslag van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)<sup>5</sup>.

Voor de medici die de ICF hanteren is het een operationalisatie van het begrip ziekte zoals door de World Health Organisation is gedefinieerd: "*ziekte is verlies van autonomie ten aanzien van stoornis, beperking en participatieproblemen*".

In relatie tot de introductie van de nieuwe NVvN richtlijn en het vaststellen van belastbaarheid bij het postwhiplashsyndroom duikt de ICF in verschillende publicaties op<sup>6,7,8</sup>. De waarde die de verschillende auteurs daaraan toekennen voor de afwikkeling van letselschade loopt uiteen.

De ICF is echter niet meer en niet minder dan een raamwerk c.q. gestandaardiseerd begrippenkader waarmee op neutrale wijze het menselijk functioneren als resultante van biologische, psychologische en sociale factoren kan worden beschreven. Daardoor kan het gebruikt worden voor verschillende gezondheidskundige doeleinden (doen van onderzoek, maken van beleid, verrichten van beoordelingen). De ICF stelt daarnaast de medicus of de zorgverlener in staat de hiermee verbonden begrippen in een gemeenschappelijke standaardtaal vast te leggen en binnen en buiten de gezondheidszorg hierover in een eenduidige taal te communiceren.

Voorts kan met de ICF de onderlinge samenhang en onderlinge invloed van biologische, psychologische en sociale factoren zichtbaar worden gemaakt alsmede de invloed daarvan op het functioneren van de mens in termen van beperkingen en participatieproblemen.

Voor de beoordelingspraktijk is dit van belang omdat het de samenhang c.q. de interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren is die bepaalt in welke mate ziekte impact heeft op het functioneren van een persoon<sup>9</sup>. Deze factoren kunnen in hun onderlinge samenhang een bufferende of juist versterkende invloed op elkaar hebben. Als deze factoren elkaar versterken dan kan de stoornis of ziekte tot meer beperkingen leiden dan als deze factoren neutraal ten opzichte van elkaar staan.

Bij een belastbaarheidbeoordeling zal dan ook onderzocht moeten worden of, en zo ja, hoe de factoren elkaar onderling beïnvloeden.

Beperkingen en handicaps worden beschreven op drie niveaus van menselijk functioneren, te weten:

- Micro

Structuur kunnen geven aan het leven en het functioneren in de zelfverzorging (kan betrokkene dagstructuur aanbrengen, neemt hij daarin zelf initiatief, wast hij zichzelf: Kan hij boodschappen doen of kan hij zich daar niet toe zetten, kookt hij, handelt hij de post af of blijft alles liggen, et cetera);

- Meso

Functioneren in samenlevingsverband op het niveau van gezin en familie (met partner, kinderen, ouders et cetera); en

- Macro

Functioneren ten aanzien van sociale contacten buiten micro- en mesoniveau. Dus: deelname en functioneren in sport, hobby's, werk, verenigingsleven et cetera.

### **ICF geschikt bij belastbaarheidsbeoordelingen?**

Voor de beoordelingspraktijk in het sociaal verzekeringsrecht is de ICF bij uitstek een geschikt instrument om te onderzoeken of de door betrokkene verwoorde beperkingen een uiting zijn van een stoornis. In termen van het medisch arbeidsongeschiktheids criterium: of de beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek. Het bestaan van een stoornis (ziekte of gebrek) is immers minder aannemelijk als er geen sprake is van consistentie tussen stoornis, beperkingen en handicaps en vice versa.

Dit vloeit voort uit de zogenaamde *ecological validity*<sup>10</sup>, niet te verwarren met het verwante begrip *ecologische validiteit* uit de neuropsychologie<sup>11</sup>.

*Ecological validity* gaat uit van het concept dat als iemand bepaalde gezondheidsklachten heeft als voortvloeisel van ziekte, deze zich in de vorm van beperkingen en handicaps logisch en consistent op micro-, meso- en macroniveau zullen manifesteren.

Of zoals in The Whiplash Encyclopedia is beschreven: “*Consider that the human being is like a pond. If a deficit is claimed in one system, it is bound to show up in a related system within the ecology. That would be ecological valid. If a claimant reports an inability to lift 5 kg because of backpain, one would predict this would affect all aspects of his or her life. If the surveillance shows the claimant lifting a sledgehammer, this discrepancy from the predicted indicates the claim is invalid*”.

Bij de claimbeoordeling in bestuursrechtelijk verband zal de medicus dan ook – afhankelijk van de aard van de klachten – een groot deel van zijn tijd besteden aan het toetsen op consistentie op micro-, meso- en macro niveau.

Ook bij belastbaarheidsbeoordelingen in civielrechtelijk kader kan de ICF toegevoegde waarde hebben. De expertiserende medicus – uiteraard mits hij ervaren en bedreven is in het denken en beoordelen conform de ICF – kan aan de hand van dit model op nauwkeurige en systematische wijze beperkingen uitvragen en beschrijven.

Bij belastbaarheidsbeoordelingen in het kader van het vaststellen van verlies van arbeidsvermogen is een nauwkeurige beschrijving van de belastbaarheid van eminent belang omdat de arbeidsdeskundige aan de hand van de door de medicus beschreven beperkingen moet onderzoeken welke werkzaamheden de gelaedeerde nog wel kan verrichten opdat de rekenkundige vervolgens zo nauwkeurig mogelijk de vermogensschade kan berekenen.

Het volstaat uiteraard dan niet, zoals in de praktijk nogal eens gebeurt, dat een medicus enkel aangeeft dat iemand de aandacht een kwartier bij een taak kan vasthouden.

Om te kunnen beoordelen welke werkzaamheden betrokkene ondanks zijn beperkingen nog kan verrichten zal de arbeidsdeskundige ook moeten weten of betrokkene beperkingen heeft ten aanzien van de verdeelde aandacht (meer dan een taak tegelijk verrichten), hoe vaak per dag betrokkene de aandacht kan vasthouden (dit is concentreren), hoe lang hij moet recupereren nadat hij een kwartier de aandacht heeft vastgehouden, of omgevingsfactoren een rol spelen bij het vasthouden van de aandacht en indien dat zo is, in welke mate, of de recuperatietijd in de loop van de dag toeneemt et cetera.

Aangezien belastbaarheid een resultante is van de interactie van biologische, psychologische en sociale factoren, spreekt het voor zich dat geen uitspraken kunnen worden gedaan over de belastbaarheid als de expert (Dat is de medicus die een uitspraak doet over de belastbaarheid van een gelaedeerde) alleen dossieronderzoek heeft gedaan (dus als hij betrokkene niet persoonlijk heeft gesproken) of als hij bij het onderzoek alleen heeft gevraagd naar de klachten van de gelaedeerde.

### **Opleidingscompetenties**

Bij de vergelijking van de opleidingscompetenties van medisch specialisten blijkt dat psychiaters, revalidatieartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de enige medici zijn die vanuit het biopsychosociale

model en de ICF redeneren. Revalidatieartsen stellen als enige van de drie disciplines in principe geen diagnoses. Daarnaast stellen zij evenmin als psychiaters de belastbaarheid vast. Bedrijfsartsen stellen wel regelmatig een belastbaarheidpatroon op maar doen dit in globale, kwalitatieve termen. Verzekeringsartsen zijn de enige medisch specialisten die zijn opgeleid om belastbaarheid vast te stellen en om dit in kwantitatieve zin te beschrijven. Naast het beoordelen of de door betrokkene verwoorde klachten een uiting zijn van ziekte of gebrek is, behoort dit tot het dagelijks werk van de verzekeringsarts die werkzaam is in het bestuursrecht.

Hoewel medisch adviseurs regelmatig uitspraken doen over de belastbaarheid van betrokkenen zijn zij in het kader van de opleiding van Register Geneeskundig Adviseurs (RGA) niet opgeleid om belastbaarheid vast te stellen en om die te beschrijven. De competenties van de RGA zijn overigens nimmer officieel beschreven noch vastgesteld.

De opleiding tot RGA omvatte een cursus van twintig volle dagen verspreid over anderhalf tot twee jaar. Het programma bestond uit algemene delen over onder andere recht, epidemiologie en statistiek, een vaardigheidstraining onderhandelen en schriftelijk rapporteren, risico-inschatting voor levensverzekeringen, acceptatie, schadebehandeling bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en de beginselen van de personenschade. Het beoordelen in claimsituaties was niet opgenomen in de opleiding.

Op dit moment is de RGA-opleiding wegens revisie voorlopig gesloten omdat deze mogelijk wordt geïncorporeerd in de nieuwe opleiding tot verzekeringsarts.

De beroepsvereniging van verzekeringsartsen (NVVG) en de beroepsvereniging van register geneeskundig adviseurs in particuliere verzekeringszaken (GAV) zijn daarover in gesprek.

Het tijdspad is nog onbekend. Veel zal afhangen van de vraag of er vanuit de overheid subsidie beschikbaar komt om de aanzienlijke ontwikkelingskosten te dekken. NVVG en GAV hebben inmiddels wel samen de competenties van de verzekeringsarts nieuwe stijl beschreven en deze zijn al door het SGRC (de registratiecommissie van verzekeringsartsen) goedgekeurd. Deze zijn overigens hetzelfde als de competenties die eerder voor verzekeringsartsen waren beschreven.

### **WMSR-richtlijn**

De conclusie dat de verzekeringsarts – althans op basis van de vergelijking van opleidingscompetenties – bij de afwikkeling van letselschade de aangewezen persoon is om belastbaarheid vast te stellen en in kwantitatieve zin te beschrijven, sluit aan bij de recent verschenen WMSR-richtlijn die betrekking heeft op onder andere neurologen, orthopeden en psychiaters die optreden als expert in bestuursrechtelijk en civielrechtelijke zaken<sup>12</sup>.

In de WMSR-richtlijn staat dat de expert de eventuele beperkingen zo nauwkeurig mogelijk beschrijft en slechts in semikwantitatieve vorm weergeeft.

Bij semikwantitatieve beschrijving van beperkingen worden de termen licht, matig en ernstig beperkt gebruikt.

Deze termen zijn niet goed bruikbaar ter bepaling welke werkzaamheden de gelaedeerde ondanks zijn beperkingen kan verrichten. De arbeidsdeskundige kan namelijk niet beoordelen of de gelaedeerde

bijvoorbeeld het werk van caissière bij een supermarkt kan verrichten waarin per uur 2000 keer gereikt moet worden als de expert enkel heeft aangegeven dat frequent reiken licht beperkt is.

Hoe nauwkeuriger de medische expert de beperkingen beschrijft des te nauwkeuriger de arbeidsdeskundige kan zoeken naar beroepen die de gelaedeerde ondanks zijn beperkingen in het functioneren kan verrichten, des te nauwkeuriger de rekenkundige vervolgens de inkomensschade kan berekenen.

In de WMSR-richtlijn staat dat de expert op wie de richtlijn van toepassing is zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen zal opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- en FML-methodiek). De richtlijn heeft geen betrekking op verzekeringsartsen.

Bij de totstandkoming van deze richtlijn zijn vertegenwoordigers betrokken van de Nederlandse Vereniging van Neurologie, Nederlandse Orthopaedische Vereniging, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in Particuliere Verzekeringzaken.

Daarnaast hebben vertegenwoordigers van verschillende medisch-specialistische wetenschappelijke verenigingen en vertegenwoordigers uit het veld, zoals de rechtelijke macht en de advocatuur kunnen reageren op de conceptrichtlijn.

## **Conclusies**

De begrippen 'klachten' en 'beperkingen', 'ziekte' en 'stoornis' hebben een verschillende betekenis. De uitleg van het begrip stoornis in het civiele recht brengt met zich mee dat de ICF beter bruikbaar is bij het in kaart brengen en beschrijven van beperkingen in het functioneren dan het biologische model van waaruit onder andere orthopeden en neurologen redeneren.

Uit de vergelijking van de opleidingscompetenties blijkt dat de verzekeringsarts de enige medicus is die is opgeleid om belastbaarheid in kwantitatieve zin vast te stellen en om deze te beschrijven in een belastbaarheidsformulier.

Daarnaast redeneert en denkt hij vanuit het biopsychosociale ziektemodel en de ICF. Op grond hiervan is een verzekeringsarts in beginsel beter in staat om belastbaarheid vast te stellen en te beschrijven dan een medicus die enkel vanuit het biologische model redeneert en denkt.

Uit de recent verschenen WMSR-richtlijn blijkt dat de medische expert (anders dan de verzekeringsarts) zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidprofielen zal opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- en FML-methodiek) maar de eventuele beperkingen zo nauwkeurig mogelijk beschrijft en slechts in semikwantitatieve vorm in zijn onderzoeksverslag weergeeft.

## **Tot besluit**

Het hiervoor gestelde betekent niet dat de verzekeringsarts in de praktijk zonder meer geschikt is om belastbaarheidbeoordelingen te verrichten in civielrechtelijke context.

In de eerste plaats is de kwaliteit van de belastbaarheidbeoordeling van een verzekeringsarts niet per definitie goed c.q. valide. Dat wil zeggen dat het werk van de verzekeringsarts niet vanzelfsprekend voldoet aan de uit het bestuursrecht voortvloeiende jurisprudentie en de operationalisering daarvan zoals

beschreven in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten en de algemene inleiding bij de verzekeringsgeneeskundige protocollen overspanning en depressieve stoornis<sup>13,14</sup>. Het onderzoeksrapport van de verzekeringsarts, dat ten grondslag ligt aan de belastbaarheidbeoordeling en de FML, dient controleerbaar, reproduceerbaar en consistent te zijn:

- Controleerbaar

De bevindingen en overwegingen van de verzekeringsarts worden transparant gerapporteerd opdat de lezer precies weet op basis van welke feiten en op grond van welke overwegingen het oordeel van de verzekeringsarts ten aanzien van het bestaan van een stoornis en de aard en mate van beperkingen tot stand is gekomen;

- Reproduceerbaar

Dit betekent dat aannemelijk moet zijn dat gekwalificeerde beroepsgenoten dezelfde feiten zouden waarnemen en op grond daarvan tot dezelfde vaststelling en hetzelfde oordeel gekomen zouden zijn. Dit wordt bereikt doordat de vaststelling gebaseerd is op vakkundige constatering van feiten en zo min mogelijk beïnvloed is door vooronderstellingen en emoties; en

- Consistent

De verzekeringsarts komt tot feiten door waar te nemen. Tot de eerste waarnemingen behoort de claim en de klachten van de benadeelde. De verzekeringsarts toetst deze waarnemingen op hun onderlinge samenhang en aan datgene wat hij verder bij zijn onderzoek hoort, ziet, voelt et cetera. Hij vergelijkt deze waarnemingen en vult ze aan met informatie van de huisarts, behandelend specialisten et cetera indien sprake is van onvolledigheden, onduidelijkheden en bij een oordeel dat afwijkt van de benadeelde. Indien er dan nog onduidelijkheden zijn kan de verzekeringsarts een deskundigenoordeel aanvragen. Waarnemingen worden namelijk aannemelijker naarmate meer verschillende bronnen overeenkomstige waarnemingen vermelden. Inconsistenties kunnen weggenomen worden of juist zichtbaar worden gemaakt door nauwkeuriger te onderzoeken en door meer bronnen te raadplegen.

Daarnaast blijkt uit empirisch onderzoek van beperkte omvang dat de bestuursrechtelijke kernbegrippen stoornis en consistentie (in verband met de WAO/WIA/ZW) door een aantal verzekeringsartsen niet eenduidig worden uitgelegd en worden toegepast<sup>15,16,17</sup>, alsmede dat sommige verzekeringsartsen verschillende criteria hanteren bij het invullen van het belastbaarheidspatroon<sup>18</sup>.

Dit wordt mede veroorzaakt doordat de begrippen stoornis en consistentie niet goed zijn geoperationaliseerd<sup>15,19</sup>.

Deze onderzoeken dateren weliswaar van een aantal jaren geleden maar er zijn geen recentere publicaties of onderzoeken waaruit anders blijkt.

Daarnaast toont recent onderzoek van Laitinen-Krispijn en Nicolaï aan dat de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij psychische problematiek in de praktijk sterk afhankelijk is van ervaringen en belangstelling van de verzekeringsarts voor psychische klachten, en de uitkomst van de belastbaarheidbeoordeling in grote mate afhangt van de verzekeringsarts die het onderzoek doet<sup>20</sup>.

Verder voorziet de opleiding van verzekeringsartsen niet in kennis over civielrechtelijke begrippen zoals pre-existente, predispositie, medische en juridische causaliteit, doorbreking van causaliteit et cetera. Voorts dient



de verzekeringsarts – net zoals alle andere deskundigen die optreden in civiele zaken – een goede kennis te hebben van de juridische context waarbinnen hij zijn advies moet uitbrengen<sup>21,22,23,24</sup>.

Tot slot is een goede kennis van het begrip “stoornis” in het civiele recht onontbeerlijk. Bij een verkeerde toepassing daarvan kunnen ten onrechte geen of wel beperkingen worden gehonoreerd.

Tegen deze achtergrond en omdat de medicus op wie de WMSR-richtlijn van toepassing is geen gekwantificeerde belastbaarheidprofielen mag opstellen, kan op individueel niveau sprake zijn van een deskundigheid vacuüm.

Het is dus van belang dat vóór de aanstelling van een verzekeringsarts als deskundige bekend is dat deze de kennis heeft om lege artes een belastbaarheidsonderzoek te verrichten en belastbaarheid te beschrijven. Zoals het Landelijk Register van Gerechtelijk Deskundigen (LRGD)<sup>24</sup> en het Nederlands Register van Gerechtelijk Deskundigen (NRGD)<sup>25</sup> voorstaan en voor gerechtelijk deskundigen in zijn algemeenheid reeds door Slijk en Husson van de LRGD is betoogd<sup>26</sup>, zou het in lijn met het op 20 januari 2009 door de Eerste Kamer aangenomen voorstel Wet deskundige in strafzaken<sup>27</sup> een goede zaak zijn als het onafhankelijk College van het Deskundigenregister dat (in het kader van de aangenomen wet) belast is met het opstellen van criteria en het toezicht op de uitvoering daarvan voor de strafvorderlijke kant<sup>21,23</sup>, te zijner tijd ook criteria zou formuleren waaraan een kwalitatief goed verzekeringsgeneeskundig belastbaarheidsonderzoek dient te voldoen en waarin de grenzen van de deskundigheid van de verzekeringsarts worden vastgelegd.

Aanvullend zouden reeds bestaande verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en standaarden dienaangaande kunnen worden geadopteerd.

Inschrijving in het register voor gerechtelijk deskundigen zou alsdan mogelijk zijn indien de verzekeringsarts een aantoonbare goede kennis heeft van de juridische context waarin het deskundigenbericht tot stand komt alsmede van de hiervoor genoemde sleutelbegrippen van het civiel aansprakelijkheidsrecht (medische- en juridische causaliteit et cetera) alsook van de op te stellen criteria en/of de op hem van toepassing zijnde richtlijnen en standaarden. Om de kwaliteit van het werk te borgen zou op gevalsniveau en op het niveau van de individuele geregistreerde verzekeringsarts op regelmatige basis getoetst moeten worden of een en ander correct wordt toegepast.

Zover is het echter niet. Ondanks dat op het individuele niveau van de verzekeringsarts die als gerechtelijk deskundige wordt ingeschakeld, sprake kan zijn van het hiervoor genoemde kennisvacuüm, zal de expert die onder de werking van de WMSR-richtlijn valt, desalniettemin op grond van deze richtlijn goede argumenten moeten hebben om de belastbaarheid van een benadeelde – al of niet in een belastbaarheidprofiel – in kwantitatieve zin te beschrijven.

---

<sup>1</sup> Remédís is een landelijk opererend medisch expertisebureau dat gespecialiseerd is in het vaststellen van belastbaarheid bij letselschade en arbeidsongeschiktheid, Red.

<sup>2</sup> Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage. De richtlijn heeft geen betrekking op verzekeringsartsen. De richtlijn is wel van toepassing op neurologen, orthopeden, psychiaters, medisch adviseurs en chirurgen die optreden als expert in bestuursrecht en civiel recht. De richtlijn is tot stand gekomen onder voorzitterschap van prof. dr. G.F. Koerselman, psychiater.

<sup>3</sup> Coêlho, A.A.F. Jochems, F.W. Joosten, *Zakwoordenboek der Geneeskunde*, achtentwintigste druk, Elsevier gezondheidszorg: Juni 2006.

- 
- <sup>4</sup> A.W.A. Elemans, "Postwhiplashsyndroom en de nieuwe richtlijn van Neurologen: Hoe nu verder?", VR 2008, 9.
- <sup>5</sup> WHO, ICF, *Internationale classificatie van het menselijk functioneren*, Bilthoven: WHO-FIC Collaborating Centre, Houten/Diegem, Bohn Stafleu van Loghum 2002.
- <sup>6</sup> R.I. Teulings, M.J.H.M. Herpers, "FML is ongeschikt bij letselschade", L&S 2007, 3.
- <sup>7</sup> S. Knepper, *Beperkingenlijsten bij letselschade. Voldoet de FML als instrument?*, L&S 2008, 1.
- <sup>8</sup> L. Kalb, F. van Wingaarden, *Beoordeling van het postwhiplashsyndroom na november 2007*, Letselschademagazine.nl, April 2008.
- <sup>9</sup> A.W.A. Elemans, "De Titanic van de Sociale zekerheid", Medisch Contact, 58 nr. 48, 28 november 2003.
- <sup>10</sup> R. Ferrari e.a., 'The Whiplash Encyclopedia', second edition, Jones and Bartlett Publishers, 2006.
- <sup>11</sup> C. de Ruiter, M. Hildebrand red., "Handboek psychodiagnostiek", Harcourt Book Publishers. Amsterdam, 2006.
- <sup>12</sup> Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage, in samenwerking met de KNMG, *Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage*, Utrecht, 31 januari 2008.
- <sup>13</sup> Gezondheidsraad, *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: algemene inleiding, overspanning, depressieve stoornis*, Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr. 2006/22.
- <sup>14</sup> *Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten*, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2000.
- <sup>15</sup> A.A. de Bont, C. Meus, G. Hazelaar, *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, Ctsv, Juni 1998, R98/6.
- <sup>16</sup> W.E.L. de Boer, N.H.Th. Croon, M. van den Toorn, H.W. Csanky-Achilles. "Enquête medisch arbeidsongeschiktheids criterium", Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsartsen (TBV) 1996, 4.
- <sup>17</sup> K. Horstman, M. Berg, M. van Heusden, S. Plass, *Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen*, Universiteit Maastricht, Vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, onderzoek op verzoek van het LISV, september 1997.
- <sup>18</sup> A.A. de Bont, L. Berendsen, M.P.A. Boonk, J.C. van den Brink, "In de spreekkamer van de verzekeringsarts", College van Toezicht Sociale Verzekeringen, april 2000, R00/03.
- <sup>19</sup> S.M. Laitinen-Krispijn, L.C. Nicolai, "Verzekeringsgeneeskundige beoordeling bij psychische problematiek", TBV, 4 (2006), p. 167-170.
- <sup>20</sup> Chr.H. van Dijk, NTBR 2007,10.
- <sup>21</sup> B.W. Slijk, *Als u bedoelt wat ik begrijp*, bijdrage aan de SDR-studiedag "Argumentatie en taalgebruik in deskundigenrapporten", 17 november 2004.
- <sup>22</sup> M.J. Dubelaar, J.F. Nijboer, "De procespositie van deskundigen eindelijk verankerd", Delikt en Delinkwent (DD) 2008.
- <sup>23</sup> H.F.M. Crombach, "Rechters en deskundigen", NJB 2000, 33.
- <sup>24</sup> M. Evenblij, "Vechten tegen de kennisparadox", Mr. Magazine. 2008, 6/7.
- <sup>25</sup> [www.lrgd.nl](http://www.lrgd.nl)
- <sup>26</sup> [www.nrgd.nl](http://www.nrgd.nl)
- <sup>27</sup> B.W. Slijk, L.F.A. Husson, "Nut en noodzaak van een deskundigenregister", Expertise en Recht 2008-6.
- <sup>28</sup> [www.eerstekamer.nl](http://www.eerstekamer.nl), zoekterm: "Wet deskundige in strafzaken".