

De Europese schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit

Dr. G.M.A. Clauwaert

Dr. G.M.A. Clauwaert is medisch adviseur en MAS.

In Nederland wordt het percentage invaliditeit (functioneel verlies, impairment) bepaald aan de hand van de AMA (American Medical Association) Guides (op dit moment de vijfde editie). Dit percentage wordt vervolgens in de letselschaderegeling in de berekening van het smartengeld verdisconteerd.

In de meeste andere Europese landen worden deze AMA Guides echter niet gebruikt. Sommige landen hebben eigen richtlijnen of barema's, die meestal niet gebruikt worden voor de berekening van het smartengeld, maar voor de berekening van een reëel (percentage) verlies aan verdienvermogen.

Het voordeel van schalen/barema's met percentages invaliditeit is dat een houvast geboden wordt om bij specifieke afwijkingen of ziektebeelden een concreet percentage (of een 'range') toe te kennen. Het nadeel is dat dit niet altijd rekening houdt met de reële/praktische gevolgen van de afwijking of het ziektebeeld, in het bijzonder wanneer slechts één vast percentage genoemd wordt.

De vierde Europese Richtlijn Motorrijtuigverzekering heeft zich o.a. tot doel gesteld om de regeling van schade als gevolg van verkeersongevallen binnen de Europese Gemeenschap te vereenvoudigen en harmoniseren. Europa wil de volledige vergoeding van economische schade handhaven en de vergoeding van schade van persoonlijke aard volgens een eigen schaal bevorderen.

Daarom werd CEREDOC (Confédération Européenne d'experts en Reparation et Evaluation du Dommage Corporel) in het leven geroepen die professionelen uit verschillende Europese landen verenigt. Als we de concrete samenstelling van dit orgaan nader bekijken, valt de aanwezigheid van Belgische (met het voorzitterschap), Franse, Spaanse, Portugese, Italiaanse en Duitse vertegenwoordigers en de afwezigheid van vooral de meer noordelijke Europese landen op. Het is dan ook niet meer dan logisch dat het ideeëngoed van de in de Midden- en Zuid-Europese landen bestaande systemen in de Europese schaal overgenomen werden. In Nederland wordt voor de letselschaderegeling naar de richtlijnen van de verschillende beroepsverenigingen en de AMA (American Medical Association) Guides verwezen. Wellicht heeft Europa gemeend een eigen Europese schaal, die meer bij de sociaal-culturele gebruiken van dit continent aansluiten, te moeten formuleren.

De algemeen aanvaarde concepten voor een Europese schaal werden al in juni 2000 voorgesteld op initiatief van Willi Rothley, ondervoorzitter van de Commissie Wetgeving van het Europees Parlement. In 2003 werd een ont-

werpverslag ingediend en vanaf 1 januari 2006 is de Euroschaal de verplichte referentie voor de evaluatie van arbeidsongevallen en ongevallen privaat leven van de Europese ambtenaren (contractuelen en statutairen) die vallen onder art. 73 van het statuut van de Europese ambtenaren. Daarnaast zou deze schaal ook gebruikt kunnen worden bij ongevallen in een lidstaat waarbij het slachtoffer in een andere lidstaat woont.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen economische schade die niet op basis van een schaal kan worden benaderd, en niet-economische schade die persoonlijk is, een aantasting in de activiteiten van het dagelijkse leven tot gevolg heeft en op basis van een schaal kan worden geformuleerd.

Het basisprincipe van de Europese schaal is dat dezelfde organen/functies en aantasting daarvan in elke lidstaat dezelfde waarde dienen te hebben.

Wat de niet of moeilijk te objectiveren aandoeningen betreft gaat men er in deze schaal van uit dat het niet mogelijk is dit reproduceerbaar te beoordelen, behalve als dit met één (steeds gelijk) cijfer gebeurt.

Lichamelijke en geestelijke invaliditeit worden omschreven als "de definitieve, medisch vast te stellen of medisch te verklaren beperking van fysieke en/of psychische mogelijkheden, de pijn en de psychische gevolgen waarvan de arts weet dat ze gewoonlijk met de restletsels samengaan en de gewoonlijk en objectief met deze restletsels verbonden gevolgen voor het dagelijkse leven". De schaal sluit dus een (zekere) aanpassing aan de individuele persoon niet uit.

Het theoretische maximum wordt op 100 % gesteld.

Daarnaast kan nog een specifieke schade worden toegekend, waarbij gedacht wordt aan esthetische en sexuele (behalve voortplanting) schade, uitzonderlijke pijn of aantasting van specifieke vrijetijdsactiviteiten. Ook dient rekening te worden gehouden met de pathologische beleving van de ondervonden klachten.

Vergelijking Europese schaal met de AMA Guides 5e editie en de richtlijnen van de Nederlandse vakverenigingen (enkele capita selecta)

Neurologie

Volledige verlamming van de benen: 70-75 % (AMA en NVN 40-60 %).

Volledige verlamming van één arm: 60-65 % (AMA 45-60 %).

Lichte cognitieve stoornissen, die geobjectiveerd kunnen worden: 10-15 % (NVN-AMA 1-14 %).

Goed controleerbare epilepsie: 10-15 % (NVN-AMA 1-14 %).

Postcommotioneel syndroom zonder objectiveerbare afwijkingen: 2 % (NVN 0-8 %).

Psychiatrie

Volgens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie mag een rapporterende psychiater geen percentage invaliditeit toekennen.

Posttraumatisch stresssyndroom: 0-20 %.

Depressie na ongeval: 0-20 %.

Oogaandoeningen

Volledige blindheid: 85 % (AMA 100 %).

Blindheid van één oog: 25 % (AMA 20 %).

Keel-neus-oor

Volledige beiderzijdse doofheid: 60 % (AMA 35 %).

Eénzijdig volledig gehoorverlies: 14 % (AMA 6 %).

Niet volledig gehoorverlies: zoals in de AMA Guides worden de metingen op 500, 1000, 2000 en 4000 Hz verrekend, maar worden aan elke van de frequenties wegingscoëfficiënten toegekend, wat bij de AMA Guides niet het geval is.

Posttraumatisch oorsuizen: tot 3 % (AMA 2 %).

Totaal reuk- en smaakverlies: 8 % (AMA 5 %).

Afonie (niet meer kunnen spreken): 30 % (AMA 35 %).

Bovenste lidmaat

Ingebrachte prothese: principieel al 5 % vanwege het verlies van proprioceptie (verlies van het kunnen waarnemen van de positie van het lichaamsdeel).

Volledige amputatie van de arm: 60-65 % (AMA 60 %).

Amputatie van de voorarm: 45-50 % (AMA 54-57 %).

Beperkte schouderbeweeglijkheid tot 90° voor- en zijwaarts heffen én volledig verlies van het naar binnen- en buiten kunnen draaien van de arm: 14-16 % (AMA 10 %).

Amputatie van de duim (twee kootjes): 18-21 % (AMA 22 %).

Amputatie van de pink: 5-6 % (AMA 5 %).

Onderste lidmaat

Amputatie van het been ter hoogte van het heupgewricht: 65 % (AMA 40 %).

Amputatie van het onderbeen (onder de knie): 30 % (AMA 28-32 %).

Beweeglijkheid van de knie tot 90° buigen en normaal strekken: 5 % (AMA 4 %).

Femoropatellair syndroom (aantasting van het knieschijf/dijbeen gewricht): 0-8 % (AMA 2 %).

Gevolgen van meniscusletsels: 0-5 % (AMA 1-9 %).

Beenverkorting van 2 cm.: 2 % (AMA 2 %).

Beenverkorting van 5 cm.: 8 % (AMA 8 %).

De weergegeven percentages voor amputaties verwijzen naar de situatie met een goed functionerende prothese, zoniet dan worden hogere percentages aangenomen.

Het voorbehoud voor wat betreft de levensduur van de prothesen en de verslechtering in verband met traumati-

sche artrose (slijtage) wordt aan de specifieke wetgeving van de verschillende lidstaten overgelaten.

Wervelkolom

Periodieke nekpijn zonder aangetoond letsel met minime beperking van de bewegingen: tot 3 % (NVN: 0-8 % voor het postwhiplash syndroom).

Zeer frequente nekpijn met zeer belangrijke verstijving op meerdere niveau's én aangetoond band-, bot- of discusletsel: tot 25 % (AMA 0-38 %).

Pijnlijk staartbeentje: tot 3 % (NOV: 5 % bij niet genezen breuk of verwijdering van het staartbeentje).

Pijn na niet-verplaatste bekkenbreuk: tot 8 % (NOV 0 %).

Pijn na verplaatste bekkenbreuk: tot 18 % (NOV maximum 15 %).

Hart

Op basis van de functionele klachten en de ejectiefractie: 0 tot >55 % (AMA 0-100 %).

Harttransplantatie: 25-30 % (AMA 10-100 %).

Longen

Verlies van één long: 15 %.

Voortdurende pijn na borstkasoperatie: tot 5 %.

Milt

Asymptomatische miltverwijdering: 5 % (AMA 5e editie 0 %, bij eerdere edities 5 %).

Maag-darm stelsel

Stomie van de dikke darm of aan het einde van de dunne darm (ileum): 30 % (AMA 5-20 %).

Incontinentie: 45 % (AMA en NVN 40-50 %).

Nieraandoeningen

Verlies van één nier: 15 % (AMA 10 %).

Nierinsufficiëntie: 10-20 % (AMA 0-95 %).

Niertransplantatie: 10-20 % (AMA 15-34 %).

Incontinentie voor urine: 30 % (AMA tot 70 %, NVN tot 60 %).

Voortplantingstelsel

Verlies van de baarmoeder: 6 % (AMA 0-15 % na de menopauze en 26-35 % vóór de menopauze).

Verlies van de beide eierstokken: 12 % (AMA 0-15 % na de menopauze en 26-35 % vóór de menopauze).

Verlies van één borst: 10 %.

Verlies van beide borsten: 25 %.

Steriliteit bij de vrouw: 25 % (AMA 26-35 %).

Steriliteit bij de man: 25 % (AMA 16-20 %).

Verlies van beide teelballen: 15 % (AMA 20 %).

Verlies van de penis: 40 % (AMA 20 %?).

Suikerziekte

Insuline afhankelijk en stabiel: 15-20 % (AMA 1-20 %).

Insuline afhankelijk doch niet stabiel: 20-45 % (AMA 21-40 %).

Huid

Brandwonden of littekens, afhankelijk van het percentage van het totale lichaamsoppervlak, zonder rekening te houden met esthetische gevolgen of bewegingsbeperking:

5 % bij <10 % van het lichaamsoppervlak en 25-50 % bij >60 % van het lichaamsoppervlak.

(AMA: volledig afhankelijk van de functionele gevolgen).

Zeer algemeen kunnen we stellen dat het percentage invaliditeit voor wat de zintuigen betreft in de Euroschaal hoger ligt dan in de Amerikaanse schaal, met uitzondering van totale blindheid. De verschillen voor wat het bewegingstelsel betreft zijn eerder klein te noemen, hoewel toch een belangrijk verschil bestaat voor bijv. de volledige amputatie van een been.

Pijn op zich wordt in de Euroschaal met een percentage invaliditeit gewaardeerd, ook als geen objectieve afwijkingen vastgesteld kunnen worden.

65

Herstel en behandeling na hersenbeschadiging: Feit of fictie?

Ben van Cranenburgh

Dr. B. van Cranenburgh is neurowetenschapper bij de Stichting ITON, Instituut voor toegepaste neurowetenschappen (Haarlem).

Inleiding

Inzichten in de neurowetenschappen zijn de laatste tientallen jaren ingrijpend gewijzigd. Uit beeldvormend onderzoek weten we nu dat meestal meer gebieden tegelijk betrokken zijn bij een menselijke activiteit (handelen of waarnemen), en dat onze hersenen veel flexibeler zijn dan we ooit dachten: ons brein is plastisch, het is ons orgaan om te leren. Door oefenen, trainen en therapie veranderen onze hersenen. Met betrekking tot de mogelijkheden van herstel en het nut van therapie daarbij is geleidelijk een optimistisch klimaat ontstaan. Bij dit herstel- of revalidatieproces kan ook veel fout gaan: soms worden problemen niet goed doorzien of worden verkeerde therapiekeuzen gemaakt. Negatieve geluiden als “therapie heeft geen zin”, “na een half jaar is geen verder herstel mogelijk” duiken nog steeds herhaaldelijk op, maar kunnen op dit moment gemakkelijk ontzenuwd worden. Bij de behandeling en revalidatie van patiënten met hersenbeschadiging worden beslissingen genomen, en dus ook fouten gemaakt. Sommige fouten zijn verwijtbaar.

Wat zit waar?

Vroeger (18e en 19e eeuw) dacht men dat knobbels op de schedel te maken hadden met talenten die daaronder in de hersenen verborgen zouden zitten: de zgn. frenologie

De Europese schaal is nog beperkt in volume (het gaat ook om de eerste uitgave), doch de AMA Guides zijn ook veel kleiner begonnen dan wat het lijvige boek op dit moment voorstelt. Het dient dan ook (zoals de auteurs ook zelf stellen) in de loop der tijd bijgewerkt en aangevuld te worden.

Eén van de voordelen van deze schaal is dat er voor bepaalde welomschreven aandoeningen duidelijke percentages invaliditeit aangegeven worden, die niet altijd in andere schalen of richtlijnen terug te vinden zijn.

Wat de impact c.q. het gebruik van deze schaal zal zijn in de Europese landen valt uiteraard af te wachten. Het is in ieder geval lovenswaardig dat men zich als doelstelling gesteld heeft een meer uniforme beoordeling in de verschillende lidstaten door te voeren.

“Europese schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit”, Ceredoc o.l.v. P. Lucas, Anthemis/Intersentia, ISBN-10: 2-87455-021-3 en ISBN-13: 978-2-87455-028-8

gie-leer (zie figuur 1). We kennen nog de uitdrukking “talenknobbel” die uit die tijd stamt. Dat van die knobbels is onjuist gebleken. Maar toch vormde de frenologie een belangrijk keerpunt in het denken: vanaf toen was er een relatie gelegd tussen de plaats in de hersenen en de functie resp. stoornis. En dat laatste is nog steeds waar!



Figuur 1: Frenologie: onder een knobbel zit een talent verborgen