

# Artikel

## De beperkingen van (en bij) functionele invaliditeit

Drs. J.A. Krol en drs. D. Kerens\*

### 1. Inleiding

Functionele invaliditeit wordt gebruikt om het letsel dat is opgelopen uit te drukken in een gedeeltelijk functieverlies van een lichaamsdeel, wat vervolgens wordt gebruikt om dat functieverlies van dat lichaamsdeel te vertalen naar verlies van het gehele lichaam (vaak afgekort als FIGP of BIGP). De medisch adviseur, of een expertiserend arts, doet dit aan de hand van de AMA Guides.<sup>1</sup> Dit is een handboek waarin per diagnose per lichaamsdeel gekeken kan worden naar de functionele invaliditeit. Als de diagnose duidelijk is, kan in de desbetreffende tabel een klasse worden bepaald. Bij deze klasse hoort een minimaal en een maximaal percentage invaliditeit. De bepaling van het exacte percentage vindt vervolgens plaats via berekeningen waarbij anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek worden meegewogen. Daarnaast worden leidraden van de Nederlandse Orthopedisch Vereniging (NOV)<sup>2</sup> en de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)<sup>3</sup> gebruikt. Dit is overigens geen waterdicht systeem waarin alle mogelijk op te lopen letsels gespecificeerd

staan. Naast de vraag naar blijvende invaliditeit krijgt de medisch adviseur, of de expertiserend arts, de vraag welke beperkingen geduid kunnen worden bij het opgelopen letsel. Een logisch gedachte hierbij is: hoe hoger het FIGP/BIGP-percentage, hoe forsere de blijvende beperkingen en vice versa. Zijn er uitzonderingen waarvoor dat niet geldt? In dit artikel nemen wij, Dean Kerens en Jarno Krol, medisch adviseurs van de Bureaus te Utrecht, u als letselschadeprofessional daarom mee in enkele discrepanties die zich voor kunnen doen bij het beoordelen van letselschadezaken en hoe daarmee om te gaan. Allereerst volgt een casus, daarna wat veelvoorkomende problemen.

Een vrouw van 60 jaar (hierna betrokkene) met in de medische voorgeschiedenis een hernia in de onderrug (2004) en een polsfractuur rechts (2009), werd begin januari 2018 op haar fiets door een auto aangereden en kwam daarbij ten val. Direct zag betrokkene dat haar rechterbeen in een vreemde hoek stond. Op de Spoedeisende Hulp van het Leids Universitair Medisch Centrum werd letsel gezien ter hoogte van de rechterknie. Na radiologisch analyse bleek sprake te zijn van een ernstige tibiaplateaufractuur type Schatzker VI. Dit betekent een breuk door het scheenbeenplateau, onderdeel van het kniegewricht, in combinatie met een scheenbeenschacht verbrijzeling (figuur 1).

Betrokkene verbleef in het ziekenhuis en er volgde een operatieve fixatie met een plaat en diverse schroeven. Tijdens de ingreep werd ook kunstbot gebruikt om de defecten op te vullen. Eind januari 2018 kon betrokkene het ziekenhuis verlaten, waarna een fysiotherapeutisch traject volgde. De controles werden tot een jaar na het letsel gedaan via de traumachirurg en daarna werd betrokkene uit de follow-up ontslagen. Het fixatiemateriaal werd in het been gelaten. Per mei 2019 werden de

\* Drs. J.A. (Jarno) Krol is werkzaam als medisch adviseur bij de Bureaus in Utrecht. Drs. D. (Dean) Kerens is werkzaam als medisch adviseur bij de Bureaus in Utrecht.

1. R.D. Rondinelli, E. Genovese, R.T. Katz, T.G. Mayer, K. Mueller & M. Ranavaya, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 6<sup>de</sup> editie, American Medical Association 2009.
2. A.M.E. Giesberts & G.C. Huitema, *Leidraad bij de 6e editie van de AMA Guides*, 's-Hertogenbosch: Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) 2015.
3. Werkgroep Neurologische Expertise, *Richtlijnen functieverlies*, 5<sup>de</sup> editie, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) 2013.

fysiotherapeutische behandelingen afgerond. Wegens het forse letsel en de gevolgen voor de toekomst werd een expertise gedaan door een orthopedisch chirurg. Betrokkene gaf bij de expert aan dat het redelijk goed gaat met de knie. Dit betreft de huidige situatie. Zij kan ongeveer één uur staan, lopen gaat ook redelijk, maximaal twee uur, maar dat kan zij niet iedere dag. Knielen en hurken is niet mogelijk. Ook is zij beperkt voor het tillen van zware voorwerpen, duwen of dragen. Een trap oplopen gaat redelijk, omlaag is soms lastig. Zij heeft niet het gevoel dat zij door het been zakt, zij is niet onzeker. De knie wordt soms dik en vaak legt zij aan het eind van de dag het been omhoog. Fietsen gaat redelijk goed, zij fietst naar het werk en dat is ongeveer tien kilometer op een elektrische fiets. In het dagelijks leven kan zij redelijk goed functioneren. Zware belasting vermijdt zij of doet zij gefaseerd, zoals ramen lappen en het doen van uitgebreide boodschappen. De belangrijkste bevindingen bij onderzoek zijn een flexie-extensie van de knie. Deze is rechts  $110^\circ/-30^\circ$  (fors beperkt) en links is deze  $150^\circ/0^\circ$  (normaal). Bij het functieonderzoek zijn er duidelijke crepitaties (krakende sensaties) hoorbaar en voelbaar. Er is binnenband laxiteit zonder evidente instabiliteit. Nieuw röntgenonderzoek toont een mooi resultaat van de plaat- en schroevenfixatie met fraai aanliggend scheenbeenplateau. Er is geen gewrichtsspleetvernauwing en tekenen van slijtage of afsterving van bot worden niet waargenomen. De expert vindt betrokkene licht beperkt voor staan en lopen, matig beperkt voor traplopen, klimmen en klauteren en sterk beperkt voor knielen, kruipen en hurken. Daarnaast is zij matig beperkt voor tillen, duwen, trekken en dragen. Het percentage invaliditeit valt tussen de 3-7% functionele invaliditeit voor de onderste extremiteit, gezien het ontbreken van een standsafwijking, slijtage of andere afwijkingen. Wegens de bewegingsbeperkingen wordt gekomen tot een net adjustment van 1 en derhalve volgt 6% functionele invaliditeit voor de onderste extremiteit wat converteert naar 2% FIGP/BIGP.

Deze casus illustreert dat er een verschil kan bestaan tussen de ernst van het letsel, de beperkingen en het percentage functionele invaliditeit. Hoewel het in de beschreven casus gaat om ernstig scheenbeenletsel, is het letsel door de traumachirurg teruggebracht naar een anatomische positie, waardoor het percentage in de range 3-7% functionele invaliditeit voor de onderste extremiteit valt.

Kijken we naar andere scheenbeenplateaubreuken waarbij er bijvoorbeeld nog een kraakbeensimpresie resteert, dan geldt direct een percentage van minimaal 19% functionele invaliditeit (8% FIGP/BIGP) voor de onderste extremiteit bij een kraakbeenimpresie van minder dan 2 millimeter, ondanks de mogelijkheid tot het niet tot weinig ervaren van klachten.

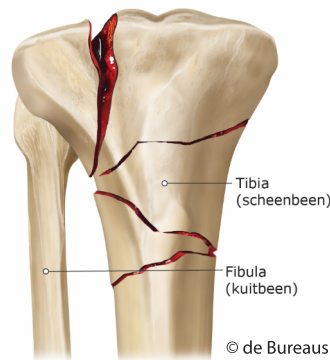
Terugkomend op de casus zijn de beperkingen ter herleiden naar de ernstige functiebeperking van de knie. Die functiebeperking voor de onderste extremiteit wordt gebruikt om binnen de range van functionele invaliditeit, in dit geval 3-7%, het uiteindelijke percentage vast te stellen. De functiebeperking zelf zou

tot een hoger percentage functionele invaliditeit leiden, maar dit mag conform de NOV-richtlijn niet worden gebruikt. Bij de casus betekent dit dat het percentage naar boven toe wordt afgesteld, 6% dus, wat dan overeenkomt met 2% FIGP/BIGP. In de casus dient gerealiseerd te worden dat de genoemde, en vastgestelde, beperkingen en het toekomstrisico vele malen belangrijker zijn dan een percentage. De betrokkene uit de casus zal waarschijnlijk vervroegd een totale knieprothese nodig hebben. Afhankelijk van de ernst van de degeneratie in combinatie met de klachten en beperkingen kan worden besloten een prothese te plaatsen. Ernstige klachten en beperkingen zijn daarbij volgens de orthopedische richtlijnen wel noodzakelijk en de orthopeed mag niet alleen varen op de mate van degeneratie. Gebeurt het plaatsen van een prothese goed, dan is sprake van 10% FIGP/BIGP en nemen de klachten en beperkingen vaak fors af, waardoor zelfs werken weer mogelijk kan worden. De functionaliteit kan aanzienlijk verbeteren, waardoor bijvoorbeeld ook de noodzaak tot huishoudelijke hulp kan verdwijnen ten opzichte van de situatie vóór de gewrichtsvervanging, met ernstig symptomatische posttraumatische degeneratie. Daartegenover staat natuurlijk wel dat sprake is van een kunstgewricht met risico's op complicaties in de toekomst of het moeten vervangen van het kunstgewricht. Dit zijn belangrijke zaken om rekening mee te houden. In het geval van de betrokkene uit de casus betekent dit waarschijnlijk in eerste instantie een toename van beperkingen, door het toenemen van slijtage, en vervolgens een vermindering van beperkingen, maar juist een toename van het percentage FIGP/BIGP naar ten minste 10.

## 2. Chronische pijnklachten

Het postwhiplashsyndroom, patellofemorale pijnsyndroom en chronische rugklachten zijn veel gestelde diagnoses of gehoorde klachten na een ongeval. Vaak wordt in de behandelende sector aangegeven dat er geen objectiveerbare afwijkingen zijn geconstateerd en dat een betrokkene er mee dient te leren leven, al dan niet door een revalidatietraject. Vervolgens wordt in het kader van de causaliteit vaak overgegaan tot een expertise door een orthopeed of neuroloog. De expert kan vanuit de geldende richtlijnen<sup>2, 3</sup> geen invaliditeit vaststellen of beperkingen opgeven. Toch zijn in veel zaken de gevolgen van de klachten groot en dienen betrokkenen activiteiten (deels) te staken, waaronder ook werk. Verder worden veelal diverse, soms hevige, pijnstillers gebruikt waarbij ook een verslavingsrisico geldt (morfineachtige pijnstillers). Ondanks dat geen afwijkingen gevonden worden, behoudens wat spierspanning, kunnen de beperkingen vaak fors zijn. Althans zo worden die ervaren. De AMA Guides kennen een maximum van 3% FIGP/BIGP toe bij chronische pijnklachten, waarbij die maximale 3% staat voor extreme scores op een pijnvragenlijst waarin wordt gevraagd naar functioneren door pijn. De meeste betrokkenen vallen in de categorie

*Figuur 1 Tibiaplateaufractuur Schatzker type VIDit betreft een breuk van het kniegedeelte van het scheenbeen. De Schatzker classificatie betreft een indeling van het type breuk van het scheenbeen, waarbij het hier gaat om een type VI. Er is sprake van een breuk door het laterale compartiment (buitenste gedeelte) inclusief een schachtbreuk.*



0-2%. Niet zelden leiden de chronische pijnsyndromen tot (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid.

Het tegenovergestelde van deze vaak lastige situatie, met weinig tot geen functionele invaliditeit en fors ervaren beperkingen, doet zich voor na wervelkolombreuken. Bij breuken in de borstwervels of lendenwervels geldt ongeacht volledig restloos herstel een minimaal percentage blijvende invaliditeit 2% FIGP/BIGP voor borstwervelbreuken en 5% voor lendenwervelbreuken. Hierbij is wel de prognose meegenomen, maar het percentage zegt dus geenszins iets over de blijvende beperkingen. De oudere leidraad van de NOV bij gebruik van de AMA Guides<sup>2</sup> stelde zelfs dat ook bij halswervelbreuken er in ieder geval 2% FIGP/BIGP zou moeten gelden. Dit terwijl betrokkenen geheel klachtenvrij kunnen zijn en helemaal niet beperkt worden in activiteiten, zoals dat wel het geval kan zijn bij de – vaak langdurige – post-whiplashsyndroom-letsels. Recent is een nieuwe orthopedische leidraad uitgegeven ter gebruik van de AMA Guides (6<sup>de</sup> editie).<sup>4</sup> Hierin wordt duidelijk gemaakt dat bij een anatomisch genezen halswervel zonder klachten geen invaliditeit meer geldt. Zijn er wel klachten, dan kan 2% FIGP/BIGP worden toegekend. Echter, het kan net als een postwhiplashsyndroom zijn dat het restklachten zijn van spiergerelateerde aard. De bereidheid om na een halswervelkolombreuk wel invaliditeit toe te kennen voor restklachten is merkbaar groter dan na een acceleratie-deceleratie trauma zonder breuk c.q. de whiplash associated disorder graad I en II (WAD I/II).

### 3. Wekedelenletsel

Het kan voorkomen dat men door een beknellingstrauma naast wekedelenletsel, dus letsel van de huid, spieren en het vetweefsel, ook een fractuur oploopt. Na goede genezing in anatomische positie van deze fractuur kan soms een ernstig klachtenbeeld resteren, uitgaande van

de weke delen. Wekedelenletsel na beknellingstraumata betreft echter een ander type wekedelenletsel dan na een korte botsing of na een val. Bij beknellingstraumata is sprake van schade aan spiercellen, vetcellen en zenuwtakjes door een periode van zuurstoftekort als gevolg van beknelling.<sup>5</sup> Dit leidt vervolgens tot spiercelschade en neurologische dysfunctie met als gevolg pijn. Na veelal diverse analyses door traumachirurgen, orthopeden, neurologen en pijnspecialisten wordt de conclusie getrokken dat de pijn niet eenduidig te verklaren is, dit terwijl er eerder objectiveerbaar letsel werd gevonden in de vorm van een fractuur en wekedelenschade, zoals bloedingstoringen en/of schaafwonden. De neuroloog heeft vaak moeite dit letsel te specificeren naar zenuwuitval, omdat het vaak zeer oppervlakkige huidtakjes zijn die zich niet laten meten met zenuwgeleidingsonderzoek (EMG; Elektro-myografie). De betrokkenen hebben vaak revalidatietrajecten en/of re-integratietrajecten achter de rug. Hierbij kan gelden dat er forse beperkingen zijn voor het gebruik van een extremitet, met in het geval van de onderste extremitet derhalve ook de mobiliteit. Het eigen werk is soms niet meer passend of passend te maken en een tweedespoortraject via het UWV is opgestart. Bij een expertise wordt niet zelden geconcludeerd dat er geen harde objectieve afwijkingen zijn op het gebied van de traumachirurgie/orthopedie dan wel neurologie. De breuken zijn reeds anatomisch genezen en daar gaan geen klachten van uit. Er kan dan slechts 1% FIGP/BIGP worden toegekend op basis van de diagnose 'soft tissue contusion' of sensibele stoornissen van een zenuw. In dat geval is het van belang het gehele doorlopen traject in de behandelende sector in kaart te krijgen om te bevestigen dat het een wekedelenletsel is dat niet van voorbijgaande aard is en dat er reële klachten en beperkingen zijn ondanks het lage percentage functionele invaliditeit. Hierbij wordt het belang onderstreept van het vaststellen van beperkingen. Een ander type wekedelenletsel betreft littekenweefsel. Na huidverwondingen doet het lichaam er, afhankelijk van de ernst van de verwonding, ongeveer een tot twee

4. G.C. Huitema, P.T.D. Kingma & H.A.J. van Laarhoven, *Leidraad bij de 6e editie van de AMA Guides Werkgroep Invaliditeit en Arbeidongeschiktheid van de Nederlandsche Orthopedische Vereniging (WIA-NOV)*, Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) 2020.

5. L.N. Godat & J.J. Doucet, 'Severe crush injury in adults', Uptodate, [www.uptodate.com/contents/severe-crush-injury-in-adults](http://www.uptodate.com/contents/severe-crush-injury-in-adults). Bezocht op 10 april 2020.

jaar over om goed uitgerijpt littekenweefsel te vormen. Betreft de verwonding het aangezicht, dan kunnen er esthetische bezwaren bestaan. De AMA Guides kennen voor verwondingen van het aangezicht een minimumpercentage van 1% FIGP/BIGP toe oplopend tot maximaal 5%, indien het littekenweefsel geen rol speelt bij de structuur en functie van het aangezicht. Zo kan littekenweefsel rondom de lippen of de oogleden leiden tot verminderde functie in het sluiten van de mond respectievelijk de ogen. Indien dat van toepassing is, dan geldt een percentage hoger dan 5% FIGP/BIGP. In contrast met het bovengenoemde beknellingsletsel met veel beperkingen gelden bij littekenweefsel in het aangezicht geen evidente beperkingen in mobiliteit en het uitvoeren van lichamelijke activiteiten. Hoewel littekenweefsel in het aangezicht duidelijke esthetische beperkingen met zich mee kan brengen, zijn deze bezwaren voor de extremiteiten vaak minder duidelijk. Gedacht dient te worden aan littekenweefsel op de handen en het gebied vlak boven de knie tot aan de voeten. Dit zijn gebieden die ‘open en bloot’ liggen en ook voor de buitenwereld zichtbaar zijn. In de zomermaanden kan dit ook gelden voor de buik en de rug. Een betrokkene kan daar (forse) esthetische hinder van ondervinden. Het is niet altijd zo dat het littekenweefsel beperkingen geeft in het uitvoeren van activiteiten, zoals het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Het is in het bijzonder die situatie van ADL dat maakt of een betrokkene volgens de AMA Guides in aanmerking komt voor een percentage FIGP/BIGP voor littekenweefsel op de huidgebieden anders dan het aangezicht. Waarom dit onderscheid gemaakt wordt voor de extremiteiten is onduidelijk en niet nader uitgelegd, terwijl littekenweefsel op de handen en het gebied vlak boven de knie tot de voeten eenzelfde esthetische beperkingen kunnen opleveren als littekenweefsel in het aangezicht. Bij het ontbreken van invaliditeit bij het strikt volgen van de AMA Guides dient gerealiseerd te worden dat ook dan sprake is van beperkingen op esthetisch vlak, net als bij het aangezicht. Een deel van de hinder kan bij een juiste interventie worden weggenomen. Gedacht kan worden aan cosmetische/plastische chirurgie, visagie en behandelingen bij een schoonheidsspecialist, maar soms ook begeleiding door een psycholoog. Het wel of niet voldoen aan criteria voor een percentage invaliditeit is dan van ondergeschikt belang.

## 4. Verlies van reuk

Na een trauma capitis (hoofdtrauma) kunnen klachten optreden van reukverlies door beschadiging van het reukorgaan. Dit betreft zo’n 20% van de personen die een hoofdtrauma doormaken.<sup>6</sup> Ook (chronische) blootstelling aan chemische stoffen, zoals arseen, benzol en zwavelwaterstof, kunnen tot reukverlies leiden. Osmie

6. P.J. Proskynitopoulos, M. Stippler & E.M. Kasper, ‘Post-traumatic anosmia in patients with mild traumatic brain injury (mTBI): A systematic and illustrated review’, *Surg. Neurol. Int.* 2016;7(10):S263-S275.

betekent ruiken. Bij volledig reukverlies spreekt men over anosmie (‘an’ betekent niet). Bij een verminderd reukvermogen betreft het hyposmie (‘hypo’ betekent minder). Ook kan het voorkomen dat de geuren anders worden waargenomen dan voorheen; dit wordt parosmie genoemd (‘para’ betekent naast). Een vervelende vorm daarvan is kakosmie (‘kakos’ betekent lelijk), waarbij niet-stinkende geuren ineens als stinkend worden ervaren.

De AMA Guides kennen bij aangetoond reukverlies, of verandering van reuk, een percentage toe van 1 tot 5% FIGP/BIGP. De richtlijn van de neurologen wijkt daar niet van af, maar stellen wel dat het verlies van reuk vaak gepaard gaat met fors verlies van levensvreugde.<sup>3</sup> Daarbij komt dat ook beperkingen fors kunnen zijn, welke ook mede afhankelijk zijn van het gekozen beroep. Het reukorgaan is een belangrijk orgaan in de herkenning van gevaarlijke stoffen (gaslekken), bedorven producten en speelt daarnaast een essentiële rol in de bereiding van voedsel en het genieten daarvan. Reukverlies voor bijvoorbeeld een chef-kok, een chemicus of een brandweerman zal derhalve veel gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsgeschiktheid, naast de impact op de levensvreugde.<sup>7</sup> Er blijkt dat personen met anosmie verminderde levensvreugde (anhedonie) rapporteren, een van de majeure kenmerken van een depressie. Daarnaast kunnen angstklachten voorkomen omdat de gevaarherkenning is verminderd.<sup>7</sup> Reukverlies na een hoofdtrauma herstelt vaak niet meer, of slechts ten dele, waardoor iemand zijn gehele leven last houdt van deze invaliditeit. Belangrijk is het derhalve aandacht te besteden aan reukverlies, zeker na een doorgemaakt hoofdtrauma. Naast het constateren van reukverlies is expliciet navraag doen naar beperkingen belangrijk. Aangezien de beperkingen fors kunnen zijn, kan begeleiding door een psycholoog en/of diëtist iemand helpen leren omgaan met het reukverlies.

## 5. Oorsuizen

Een andere klacht die veel impact heeft op de kwaliteit van leven is oorsuizen, in medisch jargon ook wel bekend als tinnitus. Het fenomeen is het ervaren van geluid in afwezigheid van een externe geluidsbron. Personen met oorsuizen ervaren vaak slaap- en/of concentratieproblemen, beleven angst en/of depressieve klachten en functioneren cognitief minder goed.<sup>8</sup> Oorsuizen komt in de letselschade voor bij zaken met post-traumatisch gehoorvlies door bijvoorbeeld een hoofdtrauma, barotrauma of knaltrauma. Ook bij de whiplash geassocieerde zaken wordt oorsuizen genoemd als onderdeel van het klachtenbeeld. Oorsuizen is een invaliderende klacht zonder een curatieve behandeloptie. Er

7. I. Croy, S. Nordin & T. Hummel, ‘Olfactory disorders and quality of life--an updated review’, *Chem Senses*. 2014;39:185-94.

8. B. Langguth, T. Kleinjung & M. Landgrebe, ‘Severe tinnitus and depressive symptoms: a complex interaction’, *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145:519.



zijn tinnitusmaskeerders mogelijk om het suizen enigszins te onderdrukken en cognitieve gedragstherapie is mogelijk om iemand beter met de klacht te kunnen laten omgaan. Oorsuizen is slechts in 1% van de gevallen te objectiveren,<sup>9</sup> wat dan vaak zeer zeldzame niet-traumatische oorzaken betreffen. Bij het toekennen van invaliditeit wordt met name waarde gehecht aan objectieve bevindingen, bij oorsuizen is dit dus een probleem. Toch kennen de AMA Guides een percentage FIGP/BIGP toe indien sprake is van aan het ongeval gerelateerde functionele invaliditeit van gehoorverlies. Indien daarvan sprake is, mag tot maximaal 5% functionele invaliditeit voor beide oren worden toegekend bovenop het percentage voor het gehoorverlies. Afhankelijk van de mate van het gehoorverlies kan het percentage FIGP/BIGP behoorlijk oplopen, terwijl het gehoorverlies vaak ten dele goed te ondervangen is met gehoorapparaten. Een probleem doet zich echter voor op het moment dat wel sprake is van ongevalsgerelateerd gehoorverlies, maar er onvoldoende gehoorverlies is om tot een percentage functionele invaliditeit te komen. Ter verheldering geven de AMA Guides pas invaliditeit bij een gezamenlijk verlies van opgeteld meer dan 100 decibelverlies in de frequenties van 500, 1000, 2000 en 3000 hertz. Dit is dan ook fors gehoorverlies. Er zijn echter situaties denkbaar met posttraumatisch gehoorverlies met name in de hoge frequenties, dus boven de 3000 hertz. Binnen de AMA Guides range zou iemand dan te weinig decibel verlies hebben om in aanmerking te komen voor een percentage invaliditeit. Toch kan er daarbij wel sprake zijn van ongevalsgerelateerd oorsuizen die hinderlijk is. De situatie volgens de AMA Guides is dat er dan strikt genomen geen invaliditeit kan worden toegekend voor het oorsuizen omdat er geen invaliditeit is als gevolg van het gehoorverlies. Dit terwijl een betrokkene behoorlijk beperkt kan zijn. Toch kan beargumenteerd worden, op basis van een blanco voorgeschiedenis, een evident oortrauma en gehoorverlies, dat er toch een percentage van maximaal 5% blijvende invaliditeit voor beide oren, overeenkomend met maximaal 2% FIGP/BIGP, kan gelden. Ook hier geldt net als bij reukverlies of chronische pijn goed navraag te doen welke beperkingen betrokkene ervaart als gevolg van het oorsuizen (en gehoorverlies) en hoe zich dat in het bijzonder uit op het gebied van kwaliteit van leven. Daar kunnen dan ook de speerpunten liggen voor verder interventie(s).

## 6. Aanbevelingen voor de praktijk

We hebben u proberen mee te nemen in veelvoorkomende discrepanties in het beoordelen van functionele invaliditeit en de daarbij horende (blijvende)

beperkingen. De boodschap is de percentages FIGP/BIGP los te koppelen van de ernst van de beperkingen. Soms geldt een hoog percentage invaliditeit, vallen de beperkingen mee en kan een betrokkene zijn eigen werk uitvoeren. Een ander moment is het percentage invaliditeit enkele procenten, of zelfs afwezig, maar zijn de gevolgen dermate groot dat het verrichten van eigen werk en/of aangepast werk niet meer mogelijk is. Kijken we naar de kwaliteit van leven, dan kan dit uitstekend zijn bij ernstig letsel met een hoog percentage invaliditeit, maar fors zijn verlaagd bij slechts enkele procenten invaliditeit. Het is dan ook die laatste groep die aandacht behoeft omdat interventies een positieve bijdrage kunnen leveren aan het herstel, of in ieder geval het omgegaan met de blijvende beperkingen.

Verder is aan te bevelen de beperkingen concreet te maken, door dit te vertalen in een functionele mogelijkheden lijst (FML), opgemaakt door een (onafhankelijk) verzekeringsarts. Ook specifieke (preventieve) beperkingen, geduid door expertiserend artsen, zijn daarbij van belang. In elke letselzaak waarin de benadeelde stelt als gevolg van het ongeval beperkt te zijn, moet een verzekeringsarts de beperkingen vaststellen en moet daarna een arbeidsdeskundige worden ingeschakeld om te beoordelen of de benadeelde geheel dan wel deels arbeidsongeschikt is geworden. Tot slot dient gerealiseerd te worden dat er letsels zijn waarbij de situatie in de toekomst, en daarmee de beperkingen, kunnen veranderen, zowel positief als negatief.

9. J. van Tongeren, R.F.F. Cima, J. Buwalda, R. Hofman, L.J. Anteunis & R.J. Stokroos, 'Tinnitus: pathofysiologie, diagnostiek en behandeling', *NTvG* 2015;159:A8397.