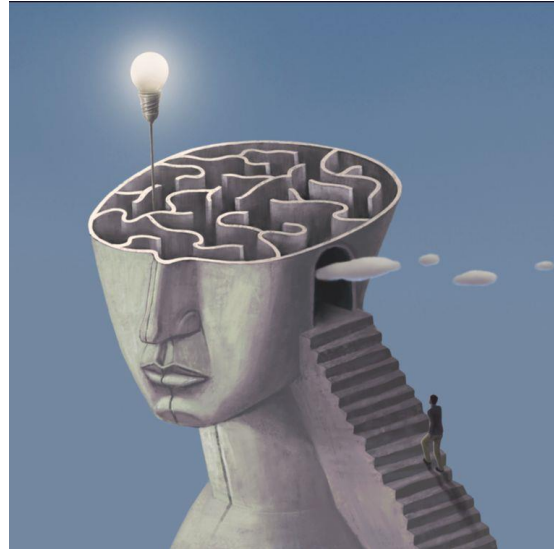




## MTA-XXV-interview 15: MTA in gesprek met Ester Haver Droeze



Ester Haver Droeze (ergotherapeut/herstelgerichte dienstverlener): *"Huisbezoeken en vroege adequate voorlichting zijn van groot belang voor een herstelgerichte schaderegeling"*



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

### Inhoudsopgave

1. Wie is Ester Haver Droeze
2. Drie opmerkingen vooraf
3. De onderwerpen van gesprek
4. De verdere verwijzingen
5. De uitgereikte wijn

- De meest voorkomende klachten
- Het nut en belang van huisbezoeken
- Het nut en belang van het geven van voorlichting
- Het gezin als schadelijder
- Het nut en belang van vroegtijdige voorlichting
- Het denkkader van een ergotherapeut
- De aandacht voor de lange termijn
- Haar persoonlijke drive en boodschap voor de branche
- Haar aanbod voor de MTA-XXV Nieuwsbrief lezer



## 1. **Wie is Ester Haver Droeze**

Ester Haver Droeze is al 40 jaar werkzaam als ergotherapeut. Vanaf 1993 heeft zij een eigen adviespraktijk rondom drie thema's, te weten: letselschadevraagstukken, arbeid & gezondheid en voorzieningen.

Ergotherapie is een hbo-opleiding. In 2002 en 2003 heeft Ester via het Karolinsky Instituut in Stockholm een tweejarige Europese Master gevolgd in vier landen. Vanaf 2003 is Ester dus een Master of Medical Science in de ergotherapie (OT = Occupational Therapy). Dat verklaart niet alleen haar denkniveau en haar wetenschappelijke belangstelling, maar dat is ook relevant voor de waarde van haar rapporten.

Ester is betrokken geweest bij de totstandkoming van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (1994), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2015) en de Handreiking Zorgschade (2017). In 2019 is Ester benoemd tot Erelid van de beroepsvereniging Ergotherapie Nederland.

Ester is lid van de in oktober 2023 opgerichte Vereniging van Herstelgerichte Dienstverleners. Ook is zij lid van de werkgroep Zorgschadedeskundigen. Haar warme en ontwapenende grondhouding combineert zij met een krachtig fanatisme. Dat uit zich in congresbezoek, het geven van lezingen en het schrijven van artikelen.

### **Drie opmerkingen vooraf**

Hieronder treft u het verslag van mijn gesprek met Ester Haver Droeze op 5 september 2023. Ter wille van de leesbaarheid is het slachtoffer altijd in de mannelijke vorm aangeduid. Taalkundig is het slachtoffer overigens onzijdig.

De zwart gedrukte teksten zijn bedoeld als een verbindende tekst ten behoeve van de leesbaarheid van dit verslag. **De blauw gedrukte teksten zijn de door mij gestelde vragen, althans mijn tekst.** **De roodbruin gedrukte teksten zijn de antwoorden van Esther Haver Droeze, althans haar reacties.**

Het MTA-XXV Interviewproject gaat over Licht Traumatisch Hersenletsel in het algemeen en het Post Commotioneel Syndroom in het bijzonder. Die begrippen zullen hierna telkens worden afgekort met LTH en PCS.

## 2. **De onderwerpen van gesprek**

Het interview begint met een toelichting van mij op de twee bekende plaatjes die ik alle geïnterviewde personen heb laten zien. U weet wel, die ene met de blauwe streep (daarboven is niets te zien op beeldvorming, daaronder wel) en die andere met de rode en groene blokken (over de verhouding tussen hersenschade en de ervaren lijdensdruk). Ook heb ik verteld over de contouren van het Wasstraatraject, als voorbeeld van een herstelgerichte aanpak. Tot slot heb ik verteld dat het MTA-XXV Interviewproject ook ten doel heeft om aandacht te vragen voor het gezin als schadelijder. Dat sluit mooi aan op de reden waarom Ester graag bij de mensen thuis op bezoek gaat. Voordat ik daar nader met haar op inga, wil ik het eerst met haar hebben over de meest voorkomende klachten.

- **De meest voorkomende klachten**

Welk klachtenpatroon kom jij het vaakst tegen in jouw dagelijkse praktijk?

Het meest voorkomende probleem bij mensen met PCS is overprikkeld zijn, zowel bij volwassenen als bij kinderen. Stel je voor: een vader komt thuis van zijn werk en zijn kind huult. Zonder hersenbeschadiging is dat al een uitdaging, maar met een hersenbeschadiging kan hij dat gewoon niet meer aan. Dat heeft alles te maken met de prikkelverwerking. Dat vormt de kern van het probleem als na een hersenbeschadiging de klachten aanhouden.

Het overprikkeld zijn komt doordat je zintuigen niet voldoende kunnen remmen. Alle prikkels die via je zintuigen binnenkomen, worden, op je reuk na, in één centrum in de hersenen verwerkt. Als dat "remmen" van binnenkomende informatie niet meer goed lukt, ontstaat er kortsluiting. Dan wordt men sneller prikkelbaar. Dat wordt ook wel het korte lontje genoemd. Die verhoogde prikkelbaarheid kan leiden tot problemen op het werk en thuis. Mensen met hersenletsel kunnen daardoor moeite hebben met het participeren in de maatschappij. Dat kan zich ook voordoen bij het sporten in teamverband. Doordat mensen met PCS sneller "oververhit" raken, kunnen ze te fel reageren. Soms adviseer ik dan om even een tijdje niet naar de sportvereniging te gaan om vriendschappen te behouden.

Op de tweede plaats kom ik heel vaak geheugenproblemen tegen. Daarbij gaat het meestal om het kortetermijngeheugen, zelden om het langetermijngeheugen.

Dat is ook een bekend verschijnsel van dementie. Ook daar gaat het vaak om problemen met het kortetermijngeheugen in het begin, en pas later het langetermijngeheugen.

Ja, bij dementie zie je hetzelfde. We weten eigenlijk niet precies waar in de hersenen het geheugen zich bevindt. Het is zo diffuus. Bij herseninfarcten of -bloedingen zie je zelden dat iemand zijn totale geheugen kwijt is. Het zijn meestal fragmenten, zoals woordvindingsstoornissen of problemen met de spraakcentra, Broca en Wernicke. Bij grote herseninfarcten of -bloedingen kunnen beide spraakcentra aangedaan zijn. Maar totaal geheugenverlies is uniek. Mijn collega heeft nu een zaak met een kind dat door een hersenbeschadiging geen enkele instructie/spelregel meer kan onthouden. Dat is echt bijzonder.

Als derde vaak voorkomend probleem noem ik moeite met plannen, één van de zogenoemde executieve vaardigheden. Over het algemeen zie ik vaak problemen met het kortetermijngeheugen, overprikkeld zijn en moeite met plannen.

- **Het nut en belang van huisbezoeken**

Ester, waarom ga jij graag bij de mensen thuis op huisbezoek?

Lange tijd werden ergotherapie en vele andere therapieën alleen vergoed als die onder andere in een revalidatiecentrum of verpleeghuis, binnen een revalidatieteam, werden gegeven. Sinds de invoering van de eerstelijns ergotherapie in het zorgpakket mede door Els Borst in 2001, kunnen we ook bij mensen thuis werken. Ik heb ruim 15 jaar gestreden om dat in het zorgverzekeringspakket te krijgen, zodat we daadwerkelijk in de leefomgeving van mensen, in hun gezin, kunnen werken. Wanneer je in een revalidatiecentrum werkt, kan de moeder bijvoorbeeld meekomen voor een gesprek. Maar als je bij het gezin thuis bent, zoals wij in de letsel-schadepraktijk doen, zie je veel meer.

Als je bij de mensen thuis komt, zie je een ander beeld. Je ziet bijvoorbeeld hoe een kind met letsel soms de "koning" in huis wordt, waardoor andere kinderen minder aandacht krijgen. Ouders besteden vaak extra aandacht aan het kind met een probleem, wat ten koste kan gaan van de andere kinderen. Je ziet dus niet alleen het kind als slachtoffer, maar ook de ouders en het hele gezin. Een ander voorbeeld: een vader vertelde me een keer dat hij vijf jaar geleden van een ladder was gevallen en een ernstige hersenschudding had opgelopen. Hij werd veel later naar een ergotherapeut gestuurd. Er volgde toen een re-integratieprogramma. Hij had vier kinderen van 1 tot 14 jaar en vond het haast onmogelijk om thuis en op zijn werk te functioneren. De ergotherapeut gaf advies thuis en op het werk. Dat deed hem goed, want in de meeste rapporten werd vermeld dat er weinig aan de hand was.

De impact van het letsel van één gezinslid heeft een enorme invloed op het hele gezin. Dat zien wij als we bij mensen thuis komen. We zouden daar de mooiste grafieken en diagrammen van kunnen maken, maar de echte inzichten krijg je pas als je bij de mensen thuis bent.

- **Het nut en belang van het geven van voorlichting**

Wij hebben in een zaak van mij (waarin een man, tevens vader van twee kinderen, hersenletsel heeft opgelopen) samen een huisbezoek gebracht, waarin jij voorlichting hebt gegeven aan de partner en de kinderen. Daarna heb je nog voorlichting gegeven aan alle werknemers van deze man die een eigen onderneming had. Kun je daar wat meer over vertellen, over de functie van een huisbezoek in relatie tot voorlichting?

Huisbezoeken zijn van onschatbare waarde als het gaat om het geven van voorlichting en het bieden van ondersteuning. Door bij de mensen thuis te komen, krijg je een compleet beeld van hun leefomgeving en de dynamiek binnen het gezin. In het geval van die man met hersenletsel was het belangrijk om niet alleen hem, maar ook zijn partner en kinderen te informeren over de aard van zijn letsel en de impact daarvan op hun dagelijks leven.

Tijdens het huisbezoek heb ik uitleg gegeven over wat hersenletsel precies inhoudt en wat de specifieke gevolgen kunnen zijn. Dat helpt om misverstanden te voorkomen en om onbegrip te verminderen. Vaak begrijpen familieleden en collega's niet wat er aan de hand is, wat kan leiden tot frustraties en conflicten. Door hen goed te informeren, kunnen we die spanningen verminderen en zorgen voor een beter begrip van de situatie.

Het is van groot belang hoe partners hiermee omgaan. Want stel je eens voor als je vlak voordat je weggaat van huis tegen jouw partner met hersenproblemen zegt: "Doe jij de wasmachine even aan, hang de was op en koop nog een brood bij de bakker". Dat is veel te veel gevraagd.

Dan gebeurt er waarschijnlijk helemaal niets van die drie dingen?

Inderdaad, als geen van die drie dingen gebeurt, dan raakt de partner geïrriteerd, omdat er bij thuiskomst niets is gebeurd. Juist daarom is kennisoverdracht ook zo belangrijk, door voorlichting te geven en informatie te verstrekken. Soms is het nodig om wat minder aandacht te besteden aan degene met het letsel en juist wat meer aan de omgeving. Op die manier ontstaat begrip voor degene die het moeilijk heeft, waardoor betrokkene zich ook beter kan voelen.

In die specifieke zaak heb ik ook een voorlichtingssessie verzorgd voor de werknemers van het bedrijf van de man. Dat was belangrijk, omdat zij dagelijks met hem samenwerkten en moesten begrijpen waarom hij bepaalde taken niet meer kon uitvoeren zoals voorheen. Door hen te betrekken en te informeren, hebben we een ondersteunende en begripvolle werkomgeving gecreëerd. Dat is van groot belang geweest voor zijn re-integratie en herstel. Deze beide voorlichtingssessies hebben de "lijdensdruk" van de man, zijn gezin en de irritatie bij zijn personeel aanzienlijk verlaagd.

Kortom, huis- werkbezoeken en voorlichting geven zijn belangrijke elementen van een holistische aanpak van dit soort zaken. Het zorgt voor begrip, vermindert de lijdensdruk en bevordert een ondersteunende omgeving, zowel thuis als op het werk. Hoe mooi is dat!?!)

- **Het gezin als schadelijder**

De noodzaak om in het kader van de schaderegeling ook aandacht te besteden aan de omgeving van het slachtoffer, waaronder het gezin, vormt een rode draad in het MTA-XXV Interviewproject. Dat wordt onder andere ook onderstreept door het feit dat de opbrengst van de **MTA-XXV Wijnactie** ten goede komt aan het project *Meedoen, next step!*, waarin de impact van hersenletsel van een kind op het gezin centraal staat. Meer daarover kunt u lezen in de MTA-XXV Nieuwsbrief 4 (MTA in gesprek met Frederike van Markus & Florian Allonsius).

***NB: De wijnactie loopt nog steeds. Uw bestellingen ontvangen wij graag.***

In de vorige MTA-XXV Nieuwsbrief 14 (MTA in gesprek met Esther Jansen & Daphne de Witte) werd onder andere benadrukt dat het wenselijk is om in het kader van een zorgvuldige schaderegeling de gezinsleden te bevragen naar hun kijk op betrokkene. In de aankomende MTA-XXV Nieuwsbrief 16 zal het interview met Margot Thomassen centraal staan. Van origine is zij een neuropsycholoog, maar nu is zij alweer 21 jaar werkzaam als zelfstandig loopbaancoach. Zij richt zich voornamelijk op hoogopgeleide professionals en zelfstandigen. Als voorproefje deelt zij alvast één van haar stellingen: "Als ik het gezin niet meeneem, krijg ik de professional/ondernemer nooit terug op de arbeidsmarkt."

Een soortgelijke boodschap verkondigde Rixt Ytsma in de MTA-XXV Nieuwsbrief 5 met betrekking tot jongeren. Zonder aandacht voor het gezin krijg je jongeren niet terug naar school of naar sport.

Net als Ester Haver Droeze, pleit Rixt Ytsma ook voor huisbezoeken. Vroeger was daar standaard een budget voor, maar na de invoering van de Wet Passend Onderwijs is dat niet meer het geval. Dat is spijtig. Het betrekken van het gezin in het schaderegelingsproces is een noodzakelijke voorwaarde voor een effectieve ondersteuning en begeleiding. Daarom herhaal ik hier stelling 45 van de 95 stellingen, zoals ik die op 31 oktober 2017 heb gelanceerd (precies 500 jaar nadat Maarten Luther zijn 95 stellingen lanceerde):

***Het gezin als schadelijder is een vorm van verplaatste schade en daarmee een meer dan serieuze schadepost.***



Die stelling sluit naadloos aan bij de oratie van Professor Rianka Rijnhout in juni 2023 met als titel: "Van compensatieconflicten naar betekenisvol compenseren". Mijn stelling is dat er niet betekenisvol kan worden gecompenseerd als het gezin niet actief bij de schaderegeling wordt betrokken. In het kader van het MTA-XXV Interviewproject sprak ik daarover met Rianka Rijnhout. Het interview met haar zal centraal staan in de MTA-XXV Nieuwsbrief 21. Nog even geduld dus.

Ergotherapeuten gebruiken vaak de term "betekenisvol handelen". Mensen met hersenletsel moeten weer actief aan de slag. Het is belangrijk om niet passief op de bank te blijven zitten. Vroeger was het advies om in het donker te gaan liggen, maar dat is achterhaald. In de wetenschap is nu duidelijk dat men zo snel mogelijk het normale leven waar mogelijk weer moet oppakken, hoe moeilijk dat ook is. Dat verstaan wij onder betekenisvol handelen. Handelingen/activiteiten verrichten die een zinvolle betekenis voor iemand hebben. Als het goed is, zou dat moeten motiveren en activiteiten weer leuk moeten maken. Men moet ervaren dat vooruitgang mogelijk is. Alle beroepsgroepen zouden zich bewust moeten zijn van de problematiek rondom PCS. Pas dan kan de betrokkene echt worden geholpen om weer betekenisvol te functioneren.

Dus eigenlijk zeg je: kom uit die donkere kamer en neem weer deel aan het maatschappelijk leven, zoveel als mogelijk is. Blijf niet in die kamer liggen en zet die zonnebril af.

Nou, naar vermogen, het is echt maatwerk. De mensen zijn (en reageren) heel verschillend. Een voorbeeld: ik heb een cliënt begeleid die absoluut niet meer in de auto kon zitten door de lichtprikkels. Hij is begonnen met een bril met een polariserend systeem, zodat hij rust kreeg. Bij een gewone bril krijg je allerlei prikkels binnen via de ogen, maar zo'n polaroidsysteem centreert het licht en dat zorgt voor veel meer rust. Zo'n gele overzetbril, die je over een gewone bril zet, was het eerste wat ik hem liet proberen. Dat gingen wij samen in de auto uitproberen. Om betekenisvol handelen mogelijk te maken, moet je de omstandigheden **soms** veranderen. Dat is typisch voor de ergotherapie. Het is niet alleen gesprekken voeren, wat veel beroepsgroepen en coaches doen, maar ook zeggen: we gaan samen in die auto zitten.

Ook leuk om te vertellen over die zaak is dat zijn vrouw het heel ongezellig vond als altijd de zonwering naar beneden was vanwege de overprikkeling door zonlicht bij hem. Ze zei: "Ik zit hier in een cel." Wat zegt de ergotherapeut dan? "Zullen we niet een ander type zonwering proberen, zodat u wel naar buiten kunt kijken, maar dat wij het licht zodanig kunnen filteren dat hij ook rust heeft?" Het was opvallend dat de stoel waarin hij altijd zit recht naar het raam staat. "Ja, dat kan niet anders, want daar staat de bank", zei ze. Het komt regelmatig voor dat ik na een huisbezoek voorstel om de inrichting van het huis te veranderen. Dat heb ik in die zaak ook gedaan. Uiteindelijk hebben we bij die man shutters geplaatst. Die kon hij kantelen, zodat zijn vrouw prima naar buiten kon kijken, terwijl hij het invallende licht kwijt was. Zijn stoel werd met de rugleuning naar het raam geplaatst. Hij zei daarna: "Wat een rust." En zijn vrouw zei: "Oh, maar dan ik kan nu weer deels naar buiten kijken."

Dat is typisch ergotherapie: het aanpassen van de omstandigheden. Het is niet alleen het veranderen van de mindset, maar ook het meenemen van de leefomgeving. Je ziet ook vaak dat ze slecht slapen. Als je doodmoe bent, word je ook kribbig. Dus die zonwering is belangrijk, maar een goed bed is dat net zo goed. Voor sommige mensen is het zelfs doodvermoeiend om een gesprek te hebben. Dat wordt vaak onderschat. Daarom zeg ik na 20 minuten in een gesprek soms: "Zullen we stoppen? Wordt u niet heel erg moe? Ik zie dat uw ogen mat staan."

Als je na 20 minuten ziet dat de betrokkene het niet meer volhoudt, hou je dan een pauze of ga je dan weg en kom je later terug?

Nee, dan ga ik echt weg. Dat deed ik in die zaak ook. Hij zei toen nog: "Wat heerlijk dat ik niet door hoef." Dat is zo fijn aan zelfstandig zijn. Niemand gaat tegen mij zeggen: "Ester, je mag niet drie keer op huisbezoek." Ik kom met heel veel plezier terug, dat zie/reken ik gewoon als één huisbezoek.

Heb jij te maken met verzekeraars die proberen jouw werkzaamheden in kwantitatief opzicht te beïnvloeden, al dan niet in het kader van wat ik resultaatperformance zou willen noemen?

Ja, dat herken ik wel. Dat ervaar ik ook als een belemmering. Van bovenaf worden regeltjes gesteld over wat wel en niet mag op dossierniveau, waardoor maatwerk vaak lastig te realiseren is. Vroeger was dat veel simpeler.

- **Het nut en belang van vroegtijdige voorlichting**

Wij hebben het over het belang van huisbezoeken en over het belang van voorlichting. Jij bent een voorstander van voorlichting in een zo vroeg mogelijk stadium. Kun je toelichten waarom dat met name in het begin zo belangrijk is?

Als ik vanaf het begin kom, neem ik vaak het plaatje van "Sensory pathways" in de hersenen mee, zoals professor Scherder ook hersenschema's gebruikt. Aan de hand van dat plaatje kan ik het brein visualiseren, met alle belangrijke componenten, maar dan zeer vereenvoudigd en met pijlen om de verbindingen aan te geven. Elke zenuw van elk zintuig krijgt een eigen kleur, zodat ik kan laten zien hoe al die prikkels samenkomen in de hersenen. Ik leg uit waarom prikkelverwerking zo complex is. Het betekent dat je tegelijkertijd licht, geluid en informatie moet verwerken. Vooral als je al vermoeid bent, kan dat een probleem zijn.

Dat is hoe ik begin. Een vraag waar ik probeer antwoord op te geven is bijvoorbeeld: Waarom lukt nu niet meer, wat voor het ongeval wel goed lukte? Ik benadruk altijd dat ik begrijp dat mijn uitleg een grote hoeveelheid informatie is voor de betrokkene. Ik kan het niet minder maken, maar ik kan het wel structureren. Dat doe ik ook schriftelijk aan het eind van mijn rapport. Zo kan ook de verzekeraar begrijpen hoe alles samenhangt, met dezelfde schematische weergave van het brein en het volledige verhaal op papier. Dat heb ik ook gedaan in onze zaak van de zelfstandig ondernemer, waar wij het net over hebben gehad.

Wat zijn de gevolgen of welke kansen worden gemist als je pas een jaar na het ongeval voorlichting kunt geven?

Verkeerd aangeleerde compensatiemechanismen kunnen dan al diep verankerd zijn, zoals bijvoorbeeld het in een donkere kamer zitten. Het doorbreken van dat soort patronen is enorm moeilijk. Neem bijvoorbeeld iemand met reuma die gewend is om op te staan door zich met zijn handen van de stoel af te drukken. Het aanleren van een nieuwe methode, bijvoorbeeld opstaan zonder handen te gebruiken, vergt een aanzienlijke inspanning. Hetzelfde geldt voor het hertrainen van prikkelverwerking in de hersenen na een trauma. Hoe eerder in het proces adequate voorlichting kan worden gegeven, hoe groter de kans op succesvolle aanpassingen en dus ook op herstel. Daarom is vroege voorlichting zo belangrijk: het biedt de mogelijkheid om verkeerd aangeleerde patronen effectief aan te pakken en nieuwe, gezondere strategieën te ontwikkelen. Je kunt dat ook als een vorm van preventie zien.

Wat moet er gebeuren om jou eerder in het proces te betrekken?

De algemene kennis bij de WA-verzekeraars moet verbeteren. Er lijken vaste systemen te zijn voor het regelen van letselschadezaken. Eerst moet de aansprakelijkheid duidelijk zijn, dat snap ik. Maar daarna lijken nog allemaal vragen te moeten worden beantwoord en informatie en documentatie te moeten worden aangereikt, voordat een adviseur wordt ingeschakeld. Dat kan ook anders. Als verzekeraars echt herstelgericht de schade willen regelen, zoals zij aangeven, dan moeten ze na de erkenning van de aansprakelijkheid direct hulp bieden.

Kunnen we de voordelen van vroegtijdige, adequate voorlichting en interventies ook breder trekken naar (i) verbeterde kansen op fysiek herstel en (ii) het identificeren van eventueel gemiste aspecten? Een voorbeeld: vroeger werd gedacht dat visusklachten niet door een ongeval konden worden veroorzaakt. Uit recent wetenschappelijk onderzoek blijkt echter dat in circa 46% van de gevallen van PCS oogproblematiek een rol speelt, zoals fixatie disparatie. Neuro-optometristen kunnen dat diagnosticeren en behandelen, iets wat buiten het bereik ligt van reguliere oogartsen of opticiens.

Ja, dat klopt helemaal. Als je eerder ingrijpt, kun je ook eerder behandelen. In het begin zijn de kansen op herstel ook groter. Wat betreft de ogen: een pionier op dat gebied is Deborah Zelinsky in Chicago. Ik begeleid iemand die opdrachten en speciale brillen van haar krijgt. De auteur van "The Ghost in My Brain" is ook een cliënt van haar.

Visusklachten zijn eigenlijk een kwestie van prikkelverwerking. De prikkels gaan via de oogzenuwen naar de visuele cortex aan de achterkant van de schedel. Als er ergens op dat traject in de hersenen een probleem ontstaat, komt de informatie niet meer goed door. Het probleem ligt dus niet in de ogen zelf, maar in de verwerking van de prikkels. Aangepaste brillen kunnen het binnenkomende licht anders breken, waardoor de zenuwbanen in de hersenen op een andere manier worden gebruikt. Dat vergt vaak een langdurig proces waarbij de brillen en oefeningen voortdurend worden aangepast. Zelinsky biedt dat allemaal aan en na enkele jaren zie je mensen echt opknappen.

Kan het voorkomen dat je na een nieuwe bril een tijdje misselijk bent?

Absoluut, dat komt omdat het evenwichtsorgaan direct verband houdt met het gezichtsvermogen en misselijkheid weer verband houdt met het vestibulaire systeem.

In Brussel zit ook een optometrist waar ik met een andere cliënt naartoe ga. Die cliënt heeft torticollis, waarbij de nek verdraaid is en spierverspanning aan één zijde optreedt. Dat kan ook tot problemen in de hersenen leiden. Door de verandering in de horizon is het evenwichtsorgaan anders. Inmiddels ziet hij aanzienlijk beter en is de torticollis veel minder. Dat zijn allemaal mooie voorbeelden van nieuwe kennis.

Dus inderdaad, hoe eerder hoe beter. Dan kunnen wij gerichtere aanpassingen voorstellen en een nieuw leven aanleren. Dat brengt rust, wat belangrijk is omdat mensen juist in het begin vaak erg ongelukkig zijn.

Hoe komt iemand er eigenlijk achter waar hij moet zijn als het zo belangrijk is om vroeg te beginnen met behandelen? De ingang tot de zorg kan heel divers zijn, maar een terugkerend probleem is dat niemand echt lijkt te weten wat er precies aan de hand is met de betrokkene.



Er bestaat nog geen centraal orgaan waar betrouwbare informatie kan worden verkregen. Het gebeurt vaak dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Soms eindigt hun zoektocht zelfs bij een jurist in plaats van een medisch specialist. Herken jij dat soort verhalen?

Dat zie je ook bij enkele andere ziektebeelden. Dat is precies de reden geweest voor de oprichting van categorale patiëntenorganisaties. Die organisaties kunnen een waardevolle bron van informatie zijn. Tegenwoordig kun je via Google ook redelijk wat informatie vinden, wat vroeger veel moeilijker was. Desondanks blijft het zo dat er, afgezien van enkele uitzonderingen, nog relatief weinig specifieke kennis beschikbaar is over PCS. Dat vormt een uitdaging voor huisartsen, die vaak de eerste ingang tot de zorg vormen. Huisartsen kunnen echter niet alles weten, dus het is van groot belang dat zij goed kunnen doorverwijzen naar de juiste disciplines.

In letselschadezaken kan het soms lang duren voordat de aansprakelijkheid is erkend. Ik kom vaak pas na anderhalf tot twee jaar in beeld. De verhalen herken ik wel. Helaas kan ik er weinig aan doen, anders dan het te signaleren.

Vroeger kwam ik ook pas heel laat in beeld na een ongeval. De laatste tijd word ik gelukkig steeds eerder betrokken, wat belangrijk is om direct te kunnen helpen bij het opstarten van een adequate behandeling of het verkrijgen van een klinische second opinion. Juist op dit punt zien wij een positief effect van onze Wasstraataanpak.

Het blijft voor PCS-patiënten ingewikkeld om de juiste informatie te verkrijgen. Het zou fantastisch zijn als er folders beschikbaar zouden zijn bij huisartsen en bedrijfsartsen die de juiste informatie verstrekken. Vaak komen mensen uiteindelijk terecht bij een neuroloog of in het revalidatiecircuit. Een cliënt van mij heeft daar baat bij gehad. Hij moest uit zijn passiviteit worden gehaald en kreeg daar heldere richtlijnen over belasting en belastbaarheid. Dat heeft hem enorm geholpen. Toen ik kwam, dacht hij dat hij meteen weer voor de volle 100% aan het werk moest. Nu begreep hij, na het revalidatietraject, waarom hij zijn werk niet fulltime aankon. Al met al valt er dus aan de voorkant van het traject nog wel wat te winnen.

- **Het denkkader van een ergotherapeut**

In het kader van een letselschaderegeling vormen de volgende drie vragen het uitgangspunt voor juristen (ook in die volgorde): 1. Welke klachten ervaart u? 2. Wat kunt u daardoor niet meer? 3. Wat zijn daarvan de financiële gevolgen? Sommige professionals pleiten ervoor om bij de beperkingen te beginnen. Is dat ook de benadering van een ergotherapeut: eerst kijken naar wat iemand niet meer kan en vervolgens daar mogelijke oplossingen voor aandragen?

Ik zou dat willen omdraaien: Wat kunt u nog wel? Dat moet de hoofdvraag zijn. Ik geloof dat je vanuit motivatie en mogelijkheden moet denken. Dat staat ook groot op mijn website. Dat betekent dat je dus niet alleen naar de beperkingen moet vragen. Vraag het dus andersom. Voorbeeldvragen kunnen zijn: Waar wordt u blij van? Wat is voor u belangrijk? Wat wilt u graag weer kunnen? Dat soort vragen. Ik noem dat: motivational interviewing.

Dat vind ik altijd heel belangrijk, in alle situaties. Bijvoorbeeld, bij een directeur van een groot kantoor met ernstig hersenletsel. Wanneer ik bij hem thuis ben en zijn verhaal heb gehoord, vraag ik eerst: Hoe is het nu met u? Ze kunnen dan zelf kiezen om over klachten zoals slecht slapen te praten. Vervolgens vraag ik: Wat is nu echt belangrijk voor u om te doen?

Vaak hoor ik dan dingen zoals: "Ik wil weer achter het stuur kunnen zitten om mijn autonomie terug te krijgen, maar ik word er zo moe van." Dan vraag ik: Zal ik u daarmee op weg helpen? Vaak hoor ik dan: "Ja, dan ben ik uit het huis. Maar ik wil niet steeds door anderen worden gereden." Wat blokkeert u als u achter het stuur zit? Zo kom je vanzelf op het probleem van het autorijden. Ze vertellen het graag, want misschien komen wij dan samen tot een oplossing. Het gaat echt om het zoeken naar de drijfveren. Wat wilt u graag weer kunnen? Dan komt vanzelf naar voren waarom het niet lukt en kunnen we samen op zoek gaan naar wat daaraan kan worden gedaan. Het gaat om het weghalen van de barrières, zodat het betrokkene weer lukt om het zelf te doen.

Zo zien wij maar weer dat de verschillende professionals ook een verschillend denkkader hebben. Voor artsen is een diagnose belangrijk. De ene aandoening behandel je namelijk anders dan een andere. Juristen vinden het etiket niet belangrijk, maar de klachten wel. Behandelaars, zoals een revalidatiearts of een ergotherapeut, vinden echter de beperkingen – of beter gezegd de resterende mogelijkheden – belangrijk. Zij kunnen iemand pas goed helpen als zij weten wat iemand nodig heeft of waar iemand weer blij van wordt.

- **De aandacht voor de lange termijn**

Heb je in dit interview nog aspecten over PCS gemist die relevant zijn voor een letselschadezaak of zijn er nog andere opmerkingen met betrekking tot PCS die je graag aan de lezers van de MTA-XXV Nieuwsbrief zou willen meegeven?

Ja, graag wil ik ook aandacht vragen voor de lange termijn. Wij hebben namelijk gesproken over het beginstadium, maar nog niet over de langere termijn. De schaderegeling kan een proces van jaren zijn, dus het is belangrijk om er vanaf het begin bij te zijn. Tijdens het vervolg van zo'n zaak loop ik langs de zijlijn mee en spring ik in wanneer dat nodig is, zelfs na de afwikkeling. Zo blijf ik in contact met de mensen. Ze mogen mij ook daarna nog opnieuw benaderen met het verzoek om ondersteuning te bieden. Het is prachtig om te zien hoe iemand langzaam maar zeker uit het dal klimt en de berg beklimt.

Het langere termijnverhaal is ook relevant, met name voor gezinnen. Bijvoorbeeld, als iemand na een ongeval van vier dagen naar drie dagen werken moet gaan, hoe gaat het dan met dat gezin? Aan de andere kant komt het ook voor dat iemand van drie dagen werken weer kan opbouwen naar vier dagen werken. In beide gevallen is het belangrijk om de huishoudelijke hulp goed te regelen, omdat de partner niet alle taken kan overnemen. Graag herhaal ik dat het soms nodig is om meer aandacht te besteden aan de mantelzorger dan aan de betrokkene zelf. Ook dat is een kwestie van de lange termijn. Ik vind het belangrijk om blijvend betrokken te zijn, niet eenmalig. Vandaar ook mijn aanbod tot het leveren van nazorg.

- **Haar persoonlijke drive en boodschap voor de branche**

Wat maakt jou blij, gelukkig en tevreden?

Het maakt me gelukkig als ik een goed rapport heb geschreven en als de betrokkene daar blij mee is. In letselschadezaken is het belangrijk om mijn onafhankelijkheid te behouden. Maar die waardering voor mijn werk, vooral van de betrokkene, dat is waar ik blij van word.

Het meest bijzondere vind ik toch wel wanneer ik na afloop van een zaak een compliment krijg van betrokkene. Of als partijen in een vastgelopen zaak met moeilijke discussies juist

mij vragen om te komen helpen. Het geeft een goed gevoel als mensen een beroep doen op mijn kwaliteiten. Daar word ik blij van.

Ook het blijven leren maakt mij gelukkig. Als paramedicus met een Europese Master in werkbelasting als ergotherapeut, heb ik niet alleen interesse in mijn vak ergotherapie, maar ook in het medisch-juridische vakgebied. Het schrijven van artikelen, het volgen van nieuwe jurisprudentie en het delen van kennis met anderen, dat vind ik enorm boeiend en bijzonder aan mijn werk. Het uitwisselen van actuele kennis en inspiratie, zowel binnen als buiten ons vakgebied, draagt bij aan mijn persoonlijke en professionele voldoening.

**Wat is jouw drive, waarom doe je wat je doet?**

Ik denk dat ik behoefte heb aan sociale contacten. Ik ben geïnteresseerd in mensen en voel ook een sterke zorgzaamheid. Ik wil graag iets betekenen voor anderen en ervoor zorgen dat het met die ander beter gaat. Wat mij drijft, is de kwaliteit van leven verbeteren voor anderen die dat nodig hebben. Als partijen geen specifieke vraagstelling voor mij hebben, dan is deze ene zin voldoende: "Ziet u mogelijkheden om de kwaliteit van leven van betrokkene (en diens omgeving) te verbeteren en hebt u adviezen om dat te realiseren?" Dat is meteen ook de kern van mijn motivatie.

**Wat is jouw boodschap aan de personenschademarkt?**

Mijn boodschap aan de personenschademarkt zou zijn: vergaar kennis over de veelvoorkomende ziektebeelden. Het is belangrijk dat er geen vooroordelen zijn. Ik zou ook graag kunnen overleggen met medisch adviseurs, maar dat schijnt ongebruikelijk te zijn. Daarentegen lijkt het heel gewoon dat een paramedicus een adviesrapport schrijft en dat dat rapport wordt beoordeeld door medisch adviseurs. Ik heb echter een aantal keer ervaren dat er soms een gebrek is aan begrip voor specifieke situaties. Toen ik bijvoorbeeld een keer aangaf dat er een auto met automaat nodig was (nota bene na een CBR-keuring), werd dat in eerste instantie niet begrepen. Dat voorbeeld onderstreept nog maar eens het belang van goede communicatie in het algemeen en begrip voor de paramedische achtergrond van een ergotherapeut in het bijzonder.

Daarnaast wil ik benadrukken dat er wel wat vriendelijker met elkaar mag worden omgegaan. In veel gevallen schiet de communicatie tekort, wat kan leiden tot misverstanden en frustraties. Het is belangrijk om elkaar waardering te tonen, bijvoorbeeld door positieve feedback te geven op adviezen en rapporten. Kleine moeite, groot plezier.

Kortom, blijf leren, communiceer effectief en wees wat vriendelijker en respectvoller naar elkaar toe. Wij hebben allemaal hetzelfde doel voor ogen. Een rechtvaardige en zorgvuldige schaderegeling. Dat vergt tegenwoordig meer nog dan vroeger een goede samenwerking tussen alle betrokken professionals.

- **Haar aanbod voor de MTA-XXV Nieuwsbrief lezer**

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

Allereerst raad ik iedereen aan om mijn website te bekijken. Veel mensen vinden de informatie daar erg helder. Met slechts een paar klikken vind je drie opties, waarvan er één specifiek is gericht op letselschade. Bovenaan staat beschreven wat een ergotherapeut kan betekenen.

Mijn benadering richt zich niet op beperkingen, maar op wat er nog wél mogelijk is. Ik help mensen om weer actief te worden: thuis, op het werk en bij hun hobby's. Ik kijk daarbij naar alle rollen die iemand vervult, zoals die van vader, kind, werknemer, werkgever of teamsporter, en naar de uitdagingen die het letsel met zich meebrengt. Na een amputatie is het misschien niet haalbaar om terug te keren naar dezelfde rol, maar mijn streven is altijd om een nieuwe situatie te creëren waarin de eigen autonomie en de kwaliteit van leven zo goed mogelijk worden hersteld.

Ester en ik zijn het roerend met elkaar eens. Uiteraard bedank ik haar voor het mooie gesprek. Haar streven sluit mooi aan op het achterliggende doel van de schaderegeling: herstel in autonomie. Dat moet in feite de opdracht zijn van ons allemaal.

### 3. De verdere verwijzingen

#### De figuur: Sensory pathways

Thuis, goed aan het werk!, Ester Haver Droeze-van Iersel Msc., Afwikkeling Personenschade, 2022, nr. 3, een artikel met aandacht voor preventie

De website van Ester Haver Droeze, met onder het kopje "Arbeid en gezondheid" uitgebreid aandacht voor primaire en secundaire preventie

### 4. De uitgereikte wijn

De Boschendal (wijn nr. 3) was voor Ester Haver Droeze. Niet alleen omdat het een elegante wijn is, net zoals Ester Haver Droeze een elegante persoon is, maar ook en vooral omdat de wijn uit Zuid-Afrika komt. Ester heeft drie jaar in Zambia gewoond en in de revalidatie gewerkt toen haar man (Frederik) daar werkzaam was voor het Ministerie van Buitenlandse Zaken, met als aanspreektitel: ambassadeur.

De wijn is gemaakt van een combinatie van Chardonnay en Pinot Noir, de klassieke combinatie voor champagne, maar dan zonder bubbels.

De Chardonnay geeft de rijkdom en een ruggengraat aan de wijn, net zoals Ester Haver Droeze van meerwaarde is in een dossier en daar een ruggengraat aan geeft, waardoor de dossiers "staan".

Maarten Tromp, juli 2024

