MTA-XXV-interview 9: MTA in gesprek met Joke Bruins

Joke Bruins (neuropsycholoog): *"Door middel van een NPO kunnen ook klachten worden geobjectiveerd"*

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

Inhoudsopgave

1. Wie is Joke Bruins
2. Twee opmerkingen vooraf
3. De onderwerpen van gesprek
4. De verdere verwijzingen
5. De uitgereikte wijn

- Het belang van taal
- Stoornis versus klacht
- Wanneer wel of niet een NPO
- De vraagstelling voor een NPO
- De holistische mogelijkheden van een NPO in combinatie met een PRPP
- Haar persoonlijkheid en aanbod voor de branche

1. Wie is Joke Bruins

Joke Bruins is neuropsycholoog, verbonden aan Praktijk Neuropsychologie Bruins. Nadat haar dochter ook is toegetreden, heet de praktijk Rozeman & Bruins. Joke treedt vaak op als tweezijdig expert. In dat kader verricht zij neuropsychologische onderzoek (NPO). Naar aanleiding daarvan stelt zij rapporten op. Desgevraagd verstrekt zij ook een second opinion naar aanleiding van een door iemand anders opgesteld NPO-rapport.

Los daarvan doet Joke Bruins ook aan diagnostiek en behandeling. In dat kader geeft zij advies bij hersenfunctiestoornissen. Haar arbeidsvreugde ontleent zij aan het stimuleren van herstel bij mensen, door hen de juiste behandeling te bieden en/of door hen te verwijzen.

Joke Bruins is een vaak gevraagde spreker op congressen. Ik sprak met haar voornamelijk over het hoe en waarom van een NPO.

2. Twee opmerkingen vooraf

Hieronder treft u het verslag van mijn gesprek met Joke Bruins op 3 oktober 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 Joke Bruins, althans haar reacties.

3. De onderwerpen van gesprek

De multidisciplinaire letselschaderegeling is te vergelijken met het spelen op een uitgestrekt voetbalveld. Stel je voor dat je de bal naar een medespeler schiet. Zou je dan precies weten wat diegene van plan is en waarom? Zo werkt het ook in de wereld van personenschade. Weten wij echt wat elke professional met jouw zaak en jouw cliënt van plan is? Het MTA-XXV interviewproject heeft als doel om inzicht te bieden in de gedachtegang en handelwijze van de diverse disciplines die betrokken zijn bij een zaak waarin sprake is van een postcommotioneel syndroom (PCS). Wie zijn deze experts, wat is hun rol en waarom doen ze wat ze doen? In deze nieuwsbrief werpen wij een licht op het werk van de neuropsychologen. Wat is hun vaktaal en welk begrippenkader hanteren zij? Kunnen wij door beter samen te werken onze cliënten herstelgerichter ondersteunen?

Aan het begin van ons gesprek heb ik Joke Bruins verteld over de contouren van het Wasstraattraject, als voorbeeld van een herstelgerichte aanpak. Ook heb ik een toelichting gegeven op de twee bekende plaatjes die ik alle geïnterviewde personen heb laten zien. Die twee plaatjes voeg ik ter herinnering (ietwat verkleind) hier weer in, inclusief de toelichting.

Diagnose	Klachten
1. "Whiplash" 2. Hersenschudding 3. Hersenkneuzing 4. 24/7 zorg/toezicht	• Hoofdpijn • Duizeligheid • Overgevoeligheid • Oorsuizen • Concentratie # • Geheugen # • Vermoeidheid • Etc.

De (niet limitatief) genoemde klachten kunnen voorkomen bij verschillende diagnosen. De blauwe lijn is om aan te geven dat bij diagnose 1 en 2 geen afwijkingen zichtbaar zijn op beeldvormende diagnostiek, maar bij 3 en 4 wel.

Het interviewproject richt zich met name op diagnose 2, een hersenschudding met blijvende gevolgen, leidende tot een scala aan klachten. Dat klachtenpatroon wordt ook wel aangeduid met de term Post Commotioneel Syndroom (PCS).

Deze figuur laat zien hoe een arts of psycholoog kijkt naar de oorzaak van klachten en hoe een patiënt daarnaar kijkt. Het groene blok is de hersenschade. Het rode blok symboliseert dan de andere factoren, zoals bijvoorbeeld psychosociale en/of persoonlijkheidsfactoren. De lijdensdruk van patiënten is groter, naarmate er minder afwijkingen zijn te zien. Het omgekeerde geldt ook. Slachtoffers met (aantoonbaar) hersenletsel, ervaren een lagere lijdensdruk.

Naar aanleiding van het plaatje met de diagnose en de klachten, reageert Joke Bruins meteen.

- **Het belang van taal**

Ik begrijp de behoefte aan een diagnose, maar soms kan het juist belemmerend werken in het herstelproces. Een diagnose wordt vaak gezien als een etiket, een label dat negatieve gedachten kan versterken, vooral wanneer het gaat om blijvend hersenletsel. Misschien moeten wij meer focussen op de persoonlijkheid en het emotioneel welbevinden van de cliënt tijdens de herstelfase.

In revalidatiecentra wordt soms ongelukkig gebruik gemaakt van taal, waarbij het woord "chronisch" kan resulteren in het idee van blijvende klachten. Cliënten willen vaak nog revalideren en hoop houden op herstel. Het is belangrijk om die hoop levend te houden, door in te zetten op de potentie en de mogelijkheden van de cliënt. De ondersteuning en de begeleiding dient daar specifiek op te worden aangepast. Positieve psychologie dient daar een onderdeel van te zijn.

Ik zie natuurlijk maar een selecte groep mensen, maar dit thema komt regelmatig terug. Sommige mensen reageren boos op de boodschap van blijvende klachten, terwijl anderen juist opgelucht zijn dat ze eindelijk weten wat er aan de hand is. Ik geloof in het benadrukken van positieve herstelmogelijkheden, waarbij mensen zelf de controle houden.

Over taal gesproken. De term "whiplash" is ook aan discussie onderhevig. Op jouw website wordt ook de term "whiplash" gebruikt. Zie jij whiplash als een vorm van hersenletsel of is het volgens jou geen hersenletsel?

Ik heb whiplash altijd puur gebruikt als een zweepslag van de nek, zonder contacttrauma. Dus in principe beschouw ik het niet als hersenletsel. Echter, wanneer iemand wordt aangereden met een snelheid van 100 km per uur en die persoon staat stil met de auto, dan bekijk ik het door een andere bril. De impact van zo'n klap kan groot genoeg zijn om de kans op een hersencontusie, een contracoup letsel, aanzienlijk te vergroten. Ik heb deze mensen in mijn praktijk gezien. Het is dan aannemelijk dat er meer aan de hand is dan een "whiplash".

Hoe noem je het dan? Gebruik je dan de term acceleratie-deceleratie letsel, of spreek je dan van diffuus letsel?

Die mensen zijn meestal ook bewusteloos geraakt. Dan heb ik wel altijd geschreven dat het veel meer is dan whiplashletsel. Afhankelijk van mijn onderzoeksresultaten schrijf ik dan dat het niet uitgesloten is (of zelfs aannemelijk is) dat sprake is van niet-aangeboren hersenletsel.

In mijn gesprek met een revalidatiearts kwam naar voren dat zij een hersenschudding ook altijd als een vorm van whiplash beschouwt, maar andersom niet. Dus niet elke whiplash is ook een hersenschudding. Het één is dus een deelverzameling van het ander. Door de onduidelijkheid die alom heerst omtrent de aard en de omvang van het whiplashletsel, levert dat een doolhof aan termen op. Wanneer de definities variëren, ontstaat er een extra bron van onbegrip en discussie. Dat was ook een reden waarom ik specifiek naar de term whiplash heb gevraagd. Het zou wenselijk zijn als deze begrippen beter worden gedefinieerd, zodat iedereen het makkelijker kan begrijpen.

- **Stoornis versus klacht**

Onlangs las ik een artikel van Carolien van Heugten over cognitieve stoornissen versus cognitieve klachten. De inhoud daarvan komt sterk overeen met het door Joke Spikman geschreven hoofdstuk 11 "Neuropsychologie" van het handboek Traumatisch Hersenletsel, onder redactie van Bram Jacobs en Joukje van der Naalt. Dat maakt mij nieuwsgierig naar wat precies het verschil is.

Wat verstaan jullie onder een stoornis en kunnen jullie stoornissen door middel van een NPO objectiveren?

Onder een stoornis verstaan wij afwijkingen in het functioneren van de hersenen die meetbaar zijn. Met een NPO kunnen wij inderdaad stoornissen objectiveren. Wij richten ons op het meten van cognitieve functies zoals geheugen, aandacht en taal om een helder beeld te krijgen van eventuele afwijkingen.

Wat verstaan jullie onder een klacht en kunnen jullie klachten door middel van een NPO objectiveren?

Een klacht is een subjectieve ervaring van de patiënt, zoals geheugenproblemen of vermoeidheid. De uitdaging is om klachten te objectiveren. Met een NPO is dat mogelijk, maar helaas niet altijd. Er bestaan specifieke tests voor de gerapporteerde klachten.

- **Wanneer wel of niet een NPO**

Wat zijn de criteria voor het uitvoeren van een NPO? In welke situaties zou het aan te raden zijn om wel een NPO uit te voeren en wanneer zou het eventueel niet nodig zijn?

Sommige neurologen betwisten de noodzaak van een NPO, maar wij zijn er niet voor niets. Door middel van een NPO kunnen wij cognitieve klachten nauwkeurig analyseren. Het is mijn overtuiging dat een NPO niet alleen helpt om te bepalen of klachten gegrond zijn. In een NPO-rapport kan ook advies worden gegeven over mogelijke oplossingen. Daarom zie ik het als een verplichting om een NPO uit te voeren. Mensen hebben het recht om te weten wat er met hen aan de hand is en of daar wellicht iets aan kan worden gedaan.

Deze reactie van Joke Bruins brengt mij ietwat in verwarring. Mensen hebben het recht om te weten wat er met hen aan de hand is, maar wij moeten wel oppassen met het vertellen van de diagnose. Als nuchtere Fries heb ik daar wel een beetje moeite mee. Het is zoals het is.

Aan de andere kant ben ik blij met de opmerking dat een NPO ook bruikbaar is om klachten te analyseren en te objectiveren. De opmerking van Joke Bruins dat mensen recht hebben om te weten wat er met hen aan de hand is, kan ook worden geïnterpreteerd als het hebben van een recht op een NPO. Dat brengt mij bij een artikel van Fons Elemans en Sven Stapert. Ik formuleer mijn vraag als volgt.

Ben je op de hoogte van het artikel van Fons Elemans en Sven Stapert (Neuropsychologische klachten in whiplashzaken, de rollen van neuroloog en neuropsycholoog, Letsel & Schade 2022, nr.4), waarin zij stellen dat een NPO een zelfstandig medisch specialistisch onderzoek is en niet slechts een hulponderzoek van de neuroloog? Dat impliceert dat partijen het NPO ook zelfstandig kunnen aanvragen, zonder tussenkomst van een neuroloog.

Ja, ik ben bekend met dat artikel en kan mij er in grote lijnen bij aansluiten. Het artikel stelt ook nieuwe vragen voor, waar mijn collega Elly van der Scheer en ik nog eens kritisch naar gaan kijken. Wellicht zullen wij daarop nog reageren door middel van een publicatie in datzelfde tijdschrift.

Zijn er contra-indicaties voor het uitvoeren van een NPO in een letselschadezaak?

Wanneer mensen kampen met een angststoornis of met een PTSS, acht ik een NPO niet zinvol. In zulke situaties stel ik altijd voor om het onderzoek uit te stellen en adviseer ik dat de betrokken persoon eerst therapie moet volgen.

Is het voor jullie als neuropsychologen toegestaan om te rapporteren over de oorzaak van de beperkingen of is het enkel toegestaan om te rapporteren over het bestaan van de klachten en de daaruit voortvloeiende beperkingen?

Als neuropsychologen mogen wij ons niet uitlaten over het causale verband. Het kan frustrerend zijn om niets te mogen zeggen over het causale verband, terwijl wij wel worden gevraagd om de gevolgen (in termen van beperkingen) van een ongeval in kaart te brengen.

- **De vraagstelling voor een NPO**

Hoe sta je tegenover de vraagstelling die doorgaans aan jullie wordt voorgehouden in verband met een NPO? Kun je daarmee goed uit de voeten of ben je van mening dat er vragen of aspecten missen?

Met de meeste vragen kan ik wel goed uit de voeten. De laatste vraag over beperkingen die worden gerelateerd aan hersenletsel terwijl er geen aanwijzing is voor hersenletsel, is echter een punt van serieuze overweging. In dat geval kan iemand toch beperkingen ervaren. Als de rapporteur dan zou zeggen dat het niet van toepassing is, zou het rapport tekortschieten. Die vraag moet eigenlijk anders worden geformuleerd of het zou een deelvraag moeten zijn, bijvoorbeeld: "Stel er is geen hersenletsel, welke beperkingen zijn er dan toch aanwezig op uw vakgebied?". Vroeger nam ik dit veel te strikt. Ik schreef dan dat het niet van toepassing was. Dat is eigenlijk veel te kort door de bocht geweest, omdat iemand daadwerkelijk beperkt kan zijn zonder aanwijzingen voor hersenletsel. Het zou prettig zijn als er op dit punt aanvullende vragen worden gesteld. In het kader van een herstelgerichte aanpak zou het ook zinvol kunnen zijn om te vragen naar therapeutische adviezen en/of suggesties.

Heb jij een lijst met mogelijke aanvullende vragen beschikbaar? Zo ja, zou je die lijst dan met mij willen delen? Dan kan ik in de MTA-XXV Nieuwsbrief nog meer voorbeelden noemen.

Nee, ik heb zelf geen lijst met mogelijke aanvullende vragen. Ik weet echter dat sommige neurologen altijd bepaalde aspecten aankaarten, zoals de eerder genoemde therapeutische suggesties. Anderen vragen ook wel eens of er sprake is van een stabiele situatie. Dat vind ik ook een waardevolle en belangrijke vraag. Vaak komt het voor dat iemand nog worstelt met PTSS-verschijnselen of met de restsymptomen daarvan. Het kan ook zijn dat iemand door alle gebeurtenissen depressief is geworden. In dergelijke gevallen heeft dat invloed op het cognitieve functioneren. Het wordt dan lastiger om objectief de cognitieve vermogens te onderzoeken. Hoewel mijn focus strikt genomen ligt op het in kaart brengen van cognitieve vermogens, kan ik wel nuanceren als specifiek wordt gevraagd naar stabiliteit. Vroeger deed ik dat soms ook ongevraagd. Daar ben ik wel eens door een medisch adviseur op aangesproken. Bijvoorbeeld wanneer ik een uitgebreid advies schreef terwijl daar niet om was gevraagd. Medisch adviseurs tikten mij dan op de vingers, door te schrijven dat daar niet om was gevraagd. Dat is eigenlijk best wel jammer, want de cliënt zelf is vaak juist heel blij met dat extra inzicht.

Inderdaad, een gemiste kans. Maar om het concreet te maken en anders te formuleren: je kunt dus expliciet vragen naar therapeutische suggesties. Ook kun je vragen of er sprake is van een stabiele situatie. Als daar niet expliciet naar wordt gevraagd, kun je er wel op wijzen, maar dan loop je het risico dat één van de partijen terugkoppelt dat daar niet specifiek om is gevraagd. Aan het einde van elke vraagstelling komt vaak een soort bezemvraag voor, zoals: "Hebt u nog opmerkingen die u relevant acht voor de betrokken partijen, of voor de beoordeling van de zaak?" Op die manier kun je in het antwoord op die algemene vraag toch ook al jouw eventuele opmerkingen kwijt?

Nee, een dergelijk slotvraag maakt geen deel uit van de standaard vier vragen die ons vaak worden gesteld. Het zou echter waardevol zijn als zo'n afsluitende bezemvraag wel zou worden toegevoegd.

Mensen met hersenletsel hebben vaak moeite met duurbelasting. Zij kunnen misschien het eerste kwartier of half uur hun taken nog wel volhouden, maar uiteindelijk raken ze vermoeid en "gaat het kaarsje uit". De duurbelasting is dus beperkt. Voorheen hielden zij het uren en uren vol, maar nu na het ongeval niet meer. Kunnen jullie ook specifiek testen op duurbelasting? Gebeurt dat automatisch of moet daar ook expliciet naar worden gevraagd?

De effecten van duurbelasting zijn in een neuropsychologische setting lastig te meten, voornamelijk vanwege de uitdaging om ze objectief cognitief te meten. Tijdens het NPO herhaal ik aan het einde van de testreeks sommige tests, die in het begin ook al zijn afgenomen. Daardoor kan ik mogelijke effecten van mentale vermoeidheid identificeren en in kaart brengen. Sommige cliënten lijken echter aan het einde van het onderzoek een extra inspanning te leveren, waardoor ik geen duidelijke afname in prestaties zie. Andere cliënten vertonen wel verminderde prestaties aan het einde van het onderzoek, maar daarbij hoeft de vermoeidheid niet de enige verklaring te zijn. Dat kan ook door een mindere inspanning komen. Het meten van duurbelasting is dus best wel complex. Het gebruik van meer parameters zoals hartslag, bloeddruk en stresshormonen zou mogelijk meer inzicht kunnen bieden, maar dat valt buiten ons vakgebied.

Een andere vaak gehoorde klacht is de overprikkeling en/of een verhoogde afleidbaarheid. Een NPO wordt doorgaans afgenomen in een laboratoriumsetting, met weinig prikkels en weinig afleiding. Kunnen jullie, ondanks de gecontroleerde omgeving waarin een NPO wordt afgenomen, dan toch de prikkelgevoeligheid en afleidbaarheid meten?

Ja, wij hebben verschillende tests voor afleidbaarheid. Een voorbeeld is de Bourdon Wiersma-test, waarbij de persoon patronen moet herkennen en selectief bepaalde patronen moet wegstrepen. Het is een prikkelrijke test met verschillende patroontjes op een vel papier

Wat meet je specifiek met tests voor afleidbaarheid?

De resultaten van tests voor afleidbaarheid kunnen diverse aspecten belichten. Zij meten niet alleen de selectieve aandacht, maar ook de mate van afleidbaarheid. Als iemand fouten maakt of vertraagt tijdens de test, geeft dat inzicht in de focus van die persoon. Het is echter belangrijk om te realiseren dat de testomgeving gecontroleerd is, terwijl het dagelijks leven veel onvoorspelbaarder stimuli en prikkels kent. Een test is daarom niet volledig representatief voor de dagelijkse ervaringen. Als iemand bijvoorbeeld klaagt over overprikkeling, maar de testresultaten normaal zijn, is het relevant om te overwegen of er andere factoren spelen, zoals vermoeidheid, slaapproblemen of angst, aangezien die factoren ook de gevoeligheid voor prikkels kunnen beïnvloeden. De interpretatie van de testresultaten blijft dus wel een puzzel.

Is het mogelijk om de afleidbaarheid in de testomgeving te simuleren door af en toe prikkels toe te voegen, zoals door achter de persoon langs te lopen of door geluiden te maken? Voegen jullie weleens bewust extra prikkels toe tijdens de tests?

Ik hoef dat niet eens bewust te doen, omdat het onderzoek niet alleen uit het afnemen van testen bestaat. Tijdens het gesprek kan ik ook merken of de rode draad van het gesprek wordt vastgehouden. Het past bij mijn spontane, ietwat impulsieve persoonlijkheid om tijdens het gesprek regelmatig van onderwerp te wisselen. Ik kan dan observeren hoe iemand daarop reageert en hoe flexibel diegene op dat moment is. Ook komt het voor dat er buiten spontaan geluiden zijn, zoals bijvoorbeeld van een laag overvliegende helikopter of de geluiden van schreeuwende kinderen. Cliënten die erg gevoelig zijn, laten dat zichtbaar merken. Niet zozeer verbaal, maar eerder door lichaamstaal. Ze zijn dan uit hun concentratie. Er zijn ook cliënten die er wel nadrukkelijk over klagen. Soms komen er op basis van de testprofielen dan geen aanwijzingen voor aandachtstoornissen naar voren. Ten aanzien van specifieke patiëntengroepen bestaan er protocollen, maar in principe behoort een NPO gewoon tests te bevatten die alle domeinen van het cognitieve functioneren meten. Als ervaren onderzoeker moet je creatief kunnen omgaan met deze diversiteit.

Wij hadden het net over het verschil tussen een stoornis en een klacht. Kun je de klachten objectiveren aan de hand van de vier standaardvragen of heb je daar andere vragen voor nodig?

Laat mij een voorbeeld geven: jij meldt geheugenproblemen. Ik zou dan gerichte geheugentests uitvoeren. Als jouw geheugen laag gemiddeld is, terwijl je gezien jouw beroep en achtergrond een gemiddeld of zelfs hoger niveau mag verwachten, kan ik aangeven dat jouw klachten objectief zijn. Als de testuitslag niet twee standaarddeviaties onder het gemiddelde ligt, valt het echter niet onder de noemer stoornis. Dat neemt niet weg dat jij reële klachten kunt hebben of dat je misschien op je tenen loopt om je werk naar behoren te kunnen doen.

Dat is precies de nuance die ik bedoelde. Deze medische/juridische discussie komt vaak voor als uit het NPO geen meetbare afwijkingen (in de zin van stoornissen) komen. Maar zoals je aangeeft, betekent dat nog niet dat er dus ook geen klachten zijn. Zouden dit soort discussies kunnen worden voorkomen door gerichtere vragen te stellen? Moeten wij niet gewoon gaan vragen naar het bestaan van klachten? Want jij zei net dat jullie daar ook informatie over kunnen verstrekken.

Ja, ik denk dat dat misschien wel helderder kan. Een voorbeeld: woordvindingsproblemen komen heel vaak voor, bij iedereen, ook bij letselschadeslachtoffers. Zelf heb ik er af en toe ook last van, maar ik weet dat ik mij er niet druk over hoef te maken, omdat het wel weer goed komt. Maar stel je hebt een auto-ongeval gehad. Daarvoor viel het je nooit op dat je soms moeite hebt met woorden vinden. Dan ga je wellicht denken dat er iets mis is met jouw hersenen. Maar uit de test blijkt geen afwijking. Dat blijkt vaak samen te hangen met vermoeidheid. In mijn anamnese vraag ik dan of die woordvindingsroblemen mogelijk aan het einde van de dag voorkomen. Als ik dan later in het onderzoek vraag naar cognitieve functiestoornissen, vraag ik ook of er taalstoornissen zijn. Meestal zijn die er niet, tenzij er echt sprake is van afasie. Maar als mensen klagen over woordvindingsproblemen, dan neem ik dat dus mee in mijn verslag. Ik vermeld dan dat er sprake is van woordvindingsproblemen of woordvindingsproblematiek en dat het plausibel is dat deze voortkomen uit mentale vermoeidheid. Het is geen taalstoornis, maar het komt wel door vermoeidheid dat je moeite hebt met het vinden van de juiste woorden.

Ik ben blij te horen dat jullie dit kunnen waarnemen en documenteren. Het is van belang om te benadrukken dat er soms anders wordt gedacht, alsof jullie niet in staat zouden zijn om zaken te objectiveren of te beschrijven. In mijn functie als belangenbehartiger leg ik mijn cliënten altijd uit dat er sprake kan zijn van primair hersenletsel of van secundaire klachten. Als er aantoonbare hersenschade is, volgt uit het NPO een verklaring van de klachten die rechtstreeks voortkomen uit die schade. Echter, wanneer hersenschade niet aantoonbaar is, kan dit nog steeds leiden tot vermoeidheid en indirecte klachten. Ik gebruik de formule X - Y = Schade om dat te verduidelijken, waarbij de X staat voor de situatie zonder het ongeval en de Y voor de situatie met het ongeval. In de X had ik deze klachten niet, maar in de Y wel. Of het nu een direct gevolg is van hersenschade kan ik niet aantonen, maar zelfs als het een indirect gevolg is, kan ik het nog steeds toerekenen aan het ongeval. Ik denk dat het van groot belang is dat alle professionals elkaar beter gaan begrijpen, om vervelende en complexe discussies te voorkomen en slachtoffers effectiever te kunnen helpen.

Als de vermoeidheid als een indirecte klacht kan worden beschouwd, ga ik ervan uit dat die vermoeidheid in de loop van de tijd wel afneemt, omdat dat type vermoeidheid vaak beter wordt. Dus het is best complex.

Nu komen we precies op een punt waar jij en ik elkaar waarschijnlijk wel kunnen vinden, want artsen, in de brede zin van het woord, zeggen: "Ik kan het niet als primaire hersenschade zien of als een gevolg van primaire hersenschade, maar wel als een secundair, indirect gevolg." Als wij nu vanuit de belangenbehartiging en vanuit de verzekeraar willen inzetten op een herstelgerichte schaderegeling, dan moeten wij in het begin interventies uitzoeken waar een slachtoffer beter van wordt, in de zin van genezing, of waar hij zich beter van voelt of waarmee wij de klachten kunnen verminderen. Dat kan bijvoorbeeld inhouden dat het slachtoffer een week rust neemt, goed uitslaapt en alles doet wat bijdraagt aan fitheid. Vervolgens nemen wij na verloop van tijd opnieuw een NPO af. Als de klachten er dan niet meer zijn, hebben jullie gelijk gehad (in de zin dat er wat aan te doen was). Dat zou een oplossing kunnen zijn. Andersom geldt ook: als wij in de zandbak blijven zitten met de bekende welles-

nietes discussie, dan krijgen wij het slachtoffer zeker niet meer aan de praat. Ik denk dat wij met een beter begrip van waar iedereen mee bezig is en met betere voorlichting aan het slachtoffer over wat wij aan het doen zijn, hem ook kunnen meekrijgen naar herstel. Want als het inderdaad zo is dat de woordvindingsproblemen een kwestie zijn van vermoeidheid, dan moeten we die vermoeidheid aanpakken, niet alleen de woordvindingsproblemen.

Mensen met dergelijke klachten worden vaak onzeker. Het risico op faalangst en onzekerheid is reëel. Dat kan de klachten in stand houden. Je noemde eerder het begrip "lijdensdruk". Het is opvallend dat er een groep zelfstandige ondernemers (zzp'ers) is die zich eigenlijk niet kunnen permitteren te stoppen, omdat hun bedrijf dan in gevaar komt. Ze blijven doorgaan, met of zonder hersenletsel, tot zij uiteindelijk uitvallen. De stress ontstaat dan omdat zij zich zorgen maken dat niemand anders in staat is om de zaken draaiende te houden. Ook die groep kan inderdaad een aanzienlijke lijdensdruk ervaren.

Wat zou jouw advies of boodschap zijn voor deze groep zelfstandige ondernemers die worstelen met dit dilemma? Zij hebben wellicht te horen gekregen dat zij het rustiger aan moeten doen, maar voelen innerlijke druk om door te gaan, ondanks de klachten en de daaraan verbonden risico's.

Voor deze groep zelfstandige ondernemers die worstelen met dit dilemma zou ik adviseren om serieus te overwegen hoe ze een gezonde balans kunnen vinden tussen werk en rust. Het is begrijpelijk dat ze innerlijke druk voelen om door te gaan, maar het is belangrijk om de signalen van het lichaam serieus te nemen. Overbelasting kan op lange termijn meer schade veroorzaken en de kans op herstel bemoeilijken.

Mijn boodschap zou dus zijn: luister naar je lichaam en geest. Overweeg om professioneel advies in te winnen, niet alleen op het gebied van gezondheid, maar ook op het gebied van bedrijfsvoering. Het is belangrijk om te begrijpen dat het nemen van de nodige rust geen teken van zwakte is, maar eerder een strategische investering in duurzaamheid op lange termijn, zowel op persoonlijk als op zakelijk vlak.

Wat zou naar jouw mening een passende rol zijn voor de verzekeraar om te voorkomen dat deze zelfstandige ondernemers zich structureel tot over hun oren overbelasten?

Om te voorkomen dat deze zelfstandige ondernemers zich structureel overbelasten, is het belangrijk dat verzekeraars financiële middelen beschikbaar stellen. Dat stelt de ondernemers in staat om externe hulp in te schakelen, waardoor het werk kan worden voortgezet. Bovendien krijgen zij dan de mogelijkheid om zich tijdelijk terug te trekken. Zo kunnen zij tot rust komen, waarmee kan worden voorkomen dat zij onder voortdurende stress blijven werken. Dus samengevat: zorg voor het verminderen van stress en streef naar een stabiele situatie, inclusief financiële stabiliteit.

- **De holistische mogelijkheden van een NPO in combinatie met een PRPP**

In de afgelopen jaren is het PRPP-onderzoek steeds populairder geworden. Meer daarover volgt in de MTA-XXV Nieuwsbrief 14 (MTA in gesprek met Esther Jansen & Daphne de Witte). Nu alvast een korte introductie.

Het Perceive (= waarnemen), Recall (= herinneren), Plan (= plannen) and Perform (= uitvoeren) systeem van taakanalyse is een gestandaardiseerd, klinisch redeneermodel dat gebruikt wordt om het handelen van de cliënt te observeren, analyseren en behandelen. Het PRPP systeem is een generiek instrument, ontwikkeld voor het vastleggen van dagelijks functioneren van mensen met problemen in de informatieverwerking. Het is ontwikkeld in Australië en gebaseerd op het Australische Occupational Performance Model. Het PRPP kijkt naar het handelen vanuit het proces van informatieverwerking (Chapparo & Ranka, 1996).

Doel van de analyse:

- Het vastleggen van de mate van beheersing en het formuleren van behandeldoelen voor het verhogen van de mate van beheersing;
- Het verklaren van de gemaakte fouten en huidige mate van beheersing en het formuleren van behandeldoelen gericht op het verbeteren van de toepassing van strategieën van informatieverwerking (Chapparo & Ranka, 1996).

Het PRPP-Assessment wordt in de Ergotherapierichtlijnen aanbevolen om het betekenisvol handelen van de cliënt met problemen in de informatieverwerking vast te leggen, op zowel het niveau van beheersing van de geobserveerde activiteit als de sterktes en zwaktes in de items van informatieverwerking.

Een PRPP-onderzoek vindt plaats in een dagelijkse setting, zoals bij iemand thuis of op het werk, waar een ergotherapeut een taak analyseert. Vooraf wordt verteld wat er gaat gebeuren en wordt in samenspraak met de betrokkene vastgesteld waaraan de taakuitvoering moet voldoen. Dat is het criterium, waarna de persoon de taak gaat uitvoeren.

Het handelen van betrokkene wordt tijdens de taakuitvoering systematisch geobserveerd. De prestaties worden vergeleken met het gestelde criterium. De gesignaleerde beperkingen worden weergegeven in een spinnenwebgrafiek. Meerdere en/of grotere deuken in het web duiden dan op beperkingen en/of moeilijkheden.

Een NPO-onderzoek wordt doorgaans afgenomen in een laboratoriumsetting. Een NPO brengt het cognitieve niveau van functioneren in kaart. Een PRPP-onderzoek vindt plaats in de eigen omgeving (op het werk of thuis). Dat is dus representatiever voor het leven van alledag. Door middel van het PRPP-onderzoek wordt de toegepaste cognitie in kaart gebracht. Op die manier zou het mogelijk zijn om (ook) beperkingen te objectiveren.

Het NPO werd traditioneel gebruikt voor het objectiveren van beperkingen, maar wij kunnen inmiddels erkennen dat het ontbreken van afwijkingen in het NPO nog niet betekent dat er geen beperkingen zijn. Er is geen directe één-op-één relatie.

Hoewel ik niet beweer dat het PRPP-onderzoek die relatie wel biedt, geeft het wel een betere weergave van de werkelijke situatie met normale invloeden, zoals telefoongesprekken, de deurbel die gaat of de aanwezigheid van collega's op het werk. Een rapport op basis van zo'n PRPP-onderzoek kan voor een coach een nuttig instrument zijn. Aan de hand van een PRPP-rapport kan (beter) worden beoordeeld of het oorspronkelijke werk nog passend is of dat er wellicht naar andere mogelijkheden moet worden gezocht.

Het PRPP-onderzoek is een geweldig instrument, maar wij moeten alert blijven op de mogelijkheid van misleiding. Er bestaat een mogelijkheid dat iemand doet voorkomen alsof hij meer beperkingen heeft dan daadwerkelijk het geval is. In een NPO zijn de tests expliciet gericht op cognitieve functies en symptoomvaliditeit. Een combinatie van beide vormen van onderzoek (PRPP en NPO) zou een waardevolle aanpak kunnen zijn. Het lijkt mij interessant om dat op haalbaarheid te (laten) onderzoeken.

Hoe zouden wij volgens jou in een NPO-setting de voordelen van het PRPP-onderzoek kunnen incorporeren, zodat het NPO-rapport aan bruikbaarheid en representativiteit wint, waardoor het dus ook beter toepasbaar wordt op de dagelijkse praktijk?

Een mogelijke benadering zou bijvoorbeeld kunnen zijn om in de NPO-setting enkele elementen van de PRPP-methode op te nemen. Daardoor zou je meer realistische omstandigheden kunnen simuleren, vergelijkbaar met de dagelijkse setting waarin de PRPP wordt uitgevoerd. Het kan bijvoorbeeld inhouden dat je in het NPO extra aandacht besteedt aan specifieke taken die relevant zijn voor het dagelijks functioneren en waarbij je de deelnemer blootstelt aan meer prikkels en afleidingen. Dat kan helpen om een breder beeld te krijgen van het functioneren in real-life situaties en de beperkingen daarin en daarbij.

Het is echter belangrijk om op te merken dat het integreren van beide methoden een uitdaging kan zijn vanwege de verschillen in hun focus en doelstellingen. Een zorgvuldige aanpak en samenwerking met professionals op het gebied van neuropsychologie en ergotherapie zijn nodig om deze synergie te bewerkstelligen. Een NPO en een PRPP zijn twee verschillende onderzoeken, die complementair zijn aan elkaar. Daar zit ook de kracht. Misschien is het goed om de beide onderzoeken monodisciplinair te blijven uitvoeren, maar voortaan multidisciplinair te interpreteren.

Verder denk ik dat het waardevol kan zijn om bij mensen die nog arbeidsmogelijkheden hebben en momenteel aan het werk zijn, te kijken naar hun werkomgeving in combinatie met de resultaten van het NPO/PRPP. Vooral wanneer er sprake is van executieve problemen, zoals moeilijkheden met planning en organisatie, kan dat meerwaarde hebben. Ik zit al even stiekem te denken. Als een ergotherapeut dan aan de slag gaat, zou het dan niet handig zijn om iemand door een psycholoog te laten zien en dan te checken of het nou faalangst is, gewoon angst of een kwestie van zelfvertrouwen? Dat zou echt een mooie toevoeging kunnen zijn. Dergelijke factoren hebben namelijk ook impact op hoe iemand in het leven staat. Bepaalde personen zijn zo gefocust op hun tekortkomingen, dat zij daar heel vermijdend van zijn geworden.

Wat een mooie beschouwing van Joke Bruins over de mogelijkheden om een NPO te combineren met een PRPP en om de daaruit voortvloeiende rapporten multidisciplinair te interpreteren. Dat strookt ook met de ideeën van het Wasstraatproject. Het PRPP-onderzoek wordt verricht door een ergotherapeut. Die kijkt van origine al heel holistisch. Het onderzoek kan worden verricht in overleg met de coach (ook een ergotherapeut), waardoor een nog betere afstemming op de casus mogelijk is. Een voorbeeld van de meerwaarde daarvan is dat deze professionals diepgaande vragen kunnen stellen over specifieke aspecten van het dagelijks leven. De door Joke Bruins genoemde vraagstukken kunnen daarbij aan de orde komen, maar ook bijvoorbeeld vragen zoals: "Hoeveel uren werk je volgens de arbeidsovereenkomst (stel: 24)? Hoeveel uren ben je daar daadwerkelijk mee bezig (stel: 32)? Hoe vaak komt het voor dat je er 32 uur mee bezig bent? Wat is de invloed daarvan op die betreffende week? Zit je dan 's avonds uitgeblust op de bank of kun je dan ook nog wel even in de tuin werken? En wat is de invloed daarvan op het weekend daarna? Ben je dan nog steeds uitgeput, of kun je nog herstellen?" Meer daarover kunt u lezen in de MTA-XXV Nieuwsbrief 14 naar aanleiding van het

dubbelinterview met Esther Jansen-Polak (een ergotherapeut, tevens PRPP-onderzoeker) en Daphne de Witte (een ergotherapeut, tevens coach).

Deze Wasstraatbenadering biedt een meer alomvattende beoordeling. Daardoor kan het een bredere basis geven voor een specifieke op maat gekozen interventie, met als uiteindelijk doel om de levenskwaliteit van betrokkene (zowel zakelijk als privé) te verbeteren.

Even terug naar het NPO: jouw taak is om te onderzoeken of het om een stoornis gaat waarbij geheugenproblemen mogelijk langdurig aanhouden. Als het om klachten gaat, dan zijn die te objectiveren. Stoornissen zullen waarschijnlijk niet vanzelf verdwijnen, terwijl bij klachten therapeutische behandeling mogelijk is. Bij een standaard NPO-aanvraag krijgen wij mogelijk geen antwoord op de vraag naar klachten, omdat er niet specifiek naar wordt gevraagd. Daarom waardeer ik het dat jij aangeeft dat cognitieve klachten wel degelijk objectief te meten zijn. Het lijkt mij ook relevant voor verzekeraars om voortaan te vragen naar klachten in plaats van alleen naar stoornissen, omdat zij dan een weloverwogen beslissing kunnen nemen over het inzetten van een of meer herstelgerichte interventies. In jouw beschouwing zou je wellicht kunnen benadrukken dat bij de juiste therapie het mogelijk is dat deze klachten worden verholpen, aangezien het gaat om klachten en niet per se om een onveranderlijke stoornis.

Ja, dat kan zeker. Ik heb daar ook een voorbeeld van. Er was eens een vrouw met aantoonbaar hersenletsel en ernstige PTSS-klachten, wat leidde tot vermijdend gedrag. In dat geval heb ik geschreven dat het aannemelijk was dat haar klachten aanzienlijk zouden verminderen als de PTSS zou worden behandeld.

Dit is inderdaad een illustratief voorbeeld van een herstelgerichte interventie om iemand in het kader van de letselschaderegeling te verbeteren. Ook uit andere interviews begreep ik dat PTSS een indicatie is voor vertraagd herstel. Het lijkt erop dat PTSS niet alleen een factor is die het herstel vertraagt, maar ook een contra-indicatie vormt voor een NPO.

Sommige mensen zijn uit angst terughoudend om naar een therapeut te stappen. In mijn eindgesprekken benadruk ik echter dat als zij niets aan hun PTSS doen en er weer iets spannends in hun leven gebeurt, het probleem weer kan opdoemen en nog ernstiger kan worden. Ik benoem dus altijd het belang van een daadwerkelijke interventie.

Terugkomend op het verschil tussen een stoornis en een klacht, het is niet zo dat in geval van een stoornis geen behandeling hoeft te worden ingezet. Het brein is namelijk plastisch. Dat betekent dat herstel mogelijk is, afhankelijk van de aard en de ernst van het letsel.

Als wij het nou omdraaien. Het ongeval heeft niet plaatsgevonden. En er vindt een life event plaats. Kun je dan ook zeggen dat dat life event in de situatie zonder ongeval tot dezelfde klachten zou hebben geleid of tot dezelfde beperkingen?

Nee, want ik denk echt dat het een opstapeling is. Er is een recente studie waarbij op scans is waargenomen dat er bij mensen met heftige life events een soort patroon op die scans zichtbaar was. Je zou het kunnen vergelijken met littekens of tattoos op het brein die blijvend zijn. Met andere woorden, het beïnvloedt het brein en dat heeft een blijvend effect. Ik denk dat het een gevoelig plekje blijft.

- **Haar persoonlijkheid en aanbod voor de branche**

Is er iets niet bekend over jou dat wel interessant is om te weten?

Als ZZP-er heb ik regelmatig en tijdelijk elders gewerkt dan in mijn eigen praktijk. Het is goed om door anderen te worden geprikkeld. Ook is het goed om af en toe nieuwe ervaringen op te doen. In 1995 kreeg ik de kans om deel te nemen aan het eerste onderzoek bij Parkinsonpatiënten die diep in hun brein werden gestimuleerd om de tremor te onderdrukken. Ik onderzocht de patiënten voor en na de operatieve ingreep (promotieonderzoek van R. Schuurman, neuroloog onder leiding van Prof. Dr. Speelman). Ik schrok ervan dat er ook heel jonge patiënten waren met Parkinson.

Daarna heb ik gewerkt in het Solvent team, waarbij ik schilders en anderen die chronisch waren blootgesteld aan oplosmiddelen, een geheugentraining gaf samen met een collega neuropsycholoog (dr. E. Wekking). Voor John Beer (Beer Advocaten) heb ik patiënten onderzocht die een ondeugdelijke (Amerikaanse) hartklep hadden gekregen en als het ware rondliepen met een tikkende tijdbom.

Voor de coronapandemie werkte ik een jaar lang in het Diakonessenhuis als klinisch neuropsycholoog-therapeut op de afdeling medische psychologie. Daar behandelde ik veel chronische pijnpatiënten en voerde ik onderzoek uit naar Alzheimer bij patiënten. Momenteel werk ik een dag per week als therapeut bij Brainnetwork. Dat is ideaal, omdat ik dan nog genoeg tijd over heb om expertises te doen in letselschadezaken.

Heb je een specifieke boodschap voor de personenschadewereld?

Dat de lange termijneffecten beter in kaart moeten worden gebracht. Een eindtoestand is niet altijd definitief, vooral niet bij ernstig frontaal letsel. Ik zou graag zien dat daar meer aandacht aan wordt besteed. Patiënten vragen mij wel eens of ze meer kans op dementie hebben. Vroeger was dat nog niet bekend. Nu wel. Daarom vraag ik mij af of het percentage Blijvende Invaliditeit hier ook op moet worden aangepast.

Wat maakt jou blij, gelukkig en tevreden?

In mijn werk word ik altijd blij als ik iemand weer kan enthousiasmeren en weer hoop kan geven. In feite gaat het dan om een drieluik: ik wil mijn cliënten graag hoop geven, inzicht en uitzicht. Privé maakt het mij gelukkig als ik gewoon hier bij mijn dochter ben op de boerderij en met de paarden. Mijn dochter Simone werkt sinds 2 jaar als neuropsycholoog bij mij in de praktijk. Ze heeft veel mensenkennis en houdt mij scherp. Ons therapie paard kan worden ingezet om een trauma te verwerken, vooral bij kinderen die zich emotioneel niet kunnen uiten. Elke keer dat wij samenwerken ervaren wij als een geluksmoment.

Wat heb je de lezers van de MTA-XXV Nieuwsbrief te bieden?

In 2005 heb ik na een ongeval aan de andere kant van de tafel gezeten. Daardoor heb ik persoonlijk ervaren wat voor stress letselschade, en alles daaromheen, kan veroorzaken. Die ervaring stelt mij in staat om mij goed in te leven in wat een slachtoffer psychisch doormaakt. Het plaatst je in een vicieuze cirkel. Het geeft je ook het gevoel dat er geen einde aan komt. Daarom wil ik ervoor zorgen dat mijn rapporten niet alleen duidelijkheid bieden, maar ook wil ik graag dat die rapporten bruikbaar zijn in letselschadezaken. Dat doe ik onafhankelijk en

objectief, maar wel met de nodige empathie voor de cliënt. De combinatie van een wetenschappelijke benadering en een empathische grondhouding, vind ik zeer waardevol.

Daarmee zijn wij aan het einde gekomen van dit mooie gesprek. Het heeft mij een bevestiging opgeleverd dat artsen en juristen een andere taal spreken. Daarom is het ook zo belangrijk om te blijven investeren in het begrijpen van de ander. Het feit dat er tot nu toe vaak geen afwijkingen door een NPO kunnen worden geobjectiveerd, kan ook liggen aan een verkeerde en/of gebrekkige vraagstelling. Dat besprak ik ook met Fons Elemans, een verzekeringsgeneeskundige. Het gesprek met hem zal centraal staan in de MTA-XXV Nieuwsbrief 10. Ik kan u alvast verklappen dat wij dan een nieuwe MTA-XXV NPO-vraagstelling zullen lanceren.

4. De verdere verwijzingen

Informatieverstrekking bij hersenletsel; hoe kan het beter?, Joke Bruins, Letselschade News jaargang 7, nr. 26, 2017: blz. 20 – 24;

Vermoeidheid en hersenletsel hoe zit dat?, Joke Bruins, Letselschade News jaargang 8, nr. 32, 2018: blz. 24 – 25;

Hoofdstuk 11, "Neuropsychologie", J.M. Spikman, opgenomen in het Handboek traumatisch hersenletsel onder redactie van prof. dr. (Joukje) van der Naalt en dr. (Bram) Jacobs, Houten 2022, ISBN 978-90-368-2658-7;

Cognitieve stoornissen versus cognitieve klachten, waarom is het verschil zo belangrijk voor de ergotherapeut?, Ergotherapiemagazine 2023, nr. 4;

Exploring social cognition individuals with neuropsychiatric symptoms following acquired brain injury, een eerste verkenning van sociale cognitieproblemen door het expertisecentrum hersenletsel Limburg, Brenda van den Broek, Janneke Galesloot, Sophie Rijnen, Annemarie Stiekema, Caroline van Heugten & Boudewijn Bus, 2023.

5. De uitgereikte wijn

De witte Sancerre (wijn nr. 21) ging naar Joke Bruins. Ik zal uitleggen waarom. De witte Sancerre is een elegante nobele wijn met een goede reputatie. Kort en goed: dat past bij Joke Bruins. Zij heeft ook een nobele taak (het uitvoeren van een NPO in lastige zaken, met vaak veel discussie). Zij is elegant en heeft (ook) een goede reputatie.

Maarten Tromp, april 2024