

Pagina 1
Whiplash anders benaderd

Pagina 9
Authentieke/geënsce-
nerde aanrijding en
bewijslast

Pagina 12
Civielrechtelijke
aansprakelijkheid
medisch deskundige

Pagina 17
LSA Symposion 2015

Pagina 21
Subrogatieverbod
alleen bij formele
arbeidsrelaties

Pagina 27
Causaliteit sneller dan
uw 'Hart lief' is

Pagina 31
1MA uit pilotfase

Pagina 32
Nieuwe leergang MzL

februari 2015



Samen komen we er
wel uit ...

Fraudeaanpak in de
praktijk ...

Moeilijk te bewijzen ...

Als hun leven u ook
lief is ...

Klare wijn

Brunner update
by Hartlief

Tijd voor het echte
werk ...

Start september ...

Whiplash: een andere benadering¹

Medische vs. juridische causaliteit

In 2012 betrof ongeveer een derde van de verkeersongevallen in Nederland een whiplash-ongeval². Dat is niet de enige reden waarom veel personenschadezaken over whiplash gaan. Whiplashzaken leiden in de personenschadepraktijk tot veel discussie, omdat bij een substantieel deel van de gevallen waarin een benadeelde stelt aan whiplashklachten te lijden een 'medisch substraat' ontbreekt. Het gaat dan om *whiplash associated disorder* (WAD) graad 1 en 2: de benadeelde geeft aan dat de klachten aanhouden, maar aan die klachten liggen geen aantoonbare beschadigingen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat te grondslag. Is er wel sprake van dergelijke beschadigingen, dan spreekt men over een WAD graad 3 en 4; deze gevallen leiden in de praktijk tot veel minder discussie.

Onder de 'oude' richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) – die golden tot november 2007 – kon de diagnose post-whiplashsyndroom worden gesteld indien aan een zestal criteria werd voldaan en kon daaraan een percentage functieverlies worden gekoppeld³. Vanaf 1 november 2007 werden deze criteria door de NVN verlaten. In de vanaf november 2007 geldende CBO⁴ richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II en de editie van december 2013, wordt over whiplash het volgende

Mevrouw mr. P.
Oskam en mevrouw
drs. A.M. Reitsma arts
Kennedy Van der Laan
Advocaten/a.s.r.
Verzekeringen



opgemerkt: "Na een nektrauma kunnen aantoonbare beschadigingen ontstaan van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat. (...) Het is ook mogelijk dat klachten blijven, waarvoor met alle bekende onderzoeksmethoden geen substraat kan worden aangetoond. Deze klachten staan bekend als 'postwhiplashsyndroom', in de terminologie van de Québec Task Force WAD graad 1 en 2. Dit is een verzamelnaam geworden voor klachten na een ongeval, waarbij nekpijn op de voorgrond staat, al of niet met hoofdpijn, vermoeidheid, duizeligheid, concentratiestoornissen, tintelingen in >

> *armen en handen en visusklachten. Het is niet ongebruikelijk geworden het optreden van dergelijke klachten na wat voor ongeval dan ook, onafhankelijk van het ongevalsmechanisme en/of de intensiteit van de geweldsinwerking, te omschrijven als ‘whiplash.’*”

De NVN-werkgroep die de richtlijnen heeft herzien voegt hieraan toe, dat niet langer een functieverlies kan worden gekoppeld aan deze als whiplash omschreven klachten. Dat heeft, zo wordt in de richtlijnen opgemerkt, te maken met een aantal zaken. Ten eerste acht de werkgroep het bezwaarlijk op basis van uitsluitend klachten die door de onderzochte worden aangegeven, een functieverlies toe te kennen. Ten tweede is het toekennen van posttraumatisch functieverlies op grond van asymmetrische nekbewegingen en spierhypertonie niet te verdedigen, omdat het gaat om klachten die veel voorkomen onder de bevolking; ook bij mensen die geen ongeval hebben doorgemaakt.

De vaststelling van de nieuwe medische richtlijnen deed flink wat stof opwaaien in de juridische praktijk⁵. Hoe moest immers worden omgegaan met het vaststellen van ‘juridisch causaal verband’? Kan de rechter wel aan het ongeval gerelateerde beperkingen en schade vaststellen, indien medisch substraat ontbreekt? Intussen zijn we zeven jaar verder en is op basis van de onder de vigeur van de nieuwe richtlijnen gewezen rechtspraak duidelijk geworden dat de rechter aan de veranderde inzichten van de NVN geen doorslaggevende waarde toekent. Het feit, dat klachten in medische zin niet kunnen worden geobjectiveerd, doet er niet aan af dat de rechter klachten kan toerekenen aan een ongeval. Dat is weinig verrassend: de rechter heeft deze ruimte op grond van zowel art. 6:98 BW als het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef⁶.

Maar hoe stelt de rechter deze juridische causaliteit vast? En worden klachten in de recente rechtspraak niet te gemakkelijk aan een ongeval toegerekend? Gaat de rechter niet teveel zijn eigen (niet medische onderbouwde) weg in whiplashzaken? In dit artikel gaan wij op deze vragen in. Wij behandelen het juridisch causaal verband en de rechtspraak daarover en bespreken de whiplashproblematiek vanuit medisch perspectief. Wij sluiten af met conclusies en aanbevelingen.

Ontwikkelingen in de rechtspraak

Het standaardarrest in whiplashzaken (en meer in het algemeen: zaken betreffende moeilijk te objectiveren letsel) is het hiervoor al genoemde arrest Zwolsche Algemeene/De Greef. Met dit arrest wordt duidelijk dat in de juridische werkelijkheid het medisch causaal verband van het juridisch causaal verband moet worden onderscheiden. Is in medische zin vast te stellen dat een ongeval heeft geleid tot een bepaalde (‘objectief vast te stellen’) aandoening, dan is medisch causaal verband aanwezig en kan als het ware een op een de conclusie worden getrokken dat het causaal verband er ook in juridische zin is. Lastiger wordt het, indien de door de benadeelde aangegeven klachten en beperkingen in medische zin niet door het ongeval worden verklaard. Het juridisch causaal verband kan dan niet een

op een worden aangenomen. Om toe te komen aan juridische toerekening van klachten aan een ongeval – waarvoor een specifieke, medisch aantoonbare verklaring ontbreekt – moet objectief kunnen worden vastgesteld dat de klachten aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn. Met deze criteria wordt het er niet *per se* gemakkelijker op. De vaststelling dat klachten ‘aanwezig’ zijn is niet moeilijk; als de benadeelde klachten presenteert, zijn deze er. Maar wanneer zijn klachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven? Wat is eigenlijk reëel: wordt hiermee bedoeld of de benadeelde al dan niet liegt? En wie stelt dit vast? Een medicus, de rechter, of wellicht allebei?

Uit de rechtspraak van de gerechtshoven en rechtbanken in whiplashzaken volgt dat niet de medische, maar de juridische duiding van het feitencomplex beslissend is voor de vraag naar causaal verband. Ook zonder medisch substraat kan in de juridische werkelijkheid gezondheidsschade worden vastgesteld en toegerekend aan een ongeval⁷. Daarbij is niet relevant of de klachten op basis van de richtlijnen van de NVN al dan niet als postwhiplashsyndroom kunnen worden gekwalificeerd en of er al dan niet een percentage functieverlies kan worden vastgesteld⁸. Dat voor de klachten een medische verklaring ontbreekt, is kortom voor het kunnen vaststellen van juridisch causaal verband niet doorslaggevend⁹.

In de lagere rechtspraak zien wij hetzelfde beeld. Zo hantereert de Rechtbank Midden-Nederland (v/h Rechtbank Utrecht) in whiplashzaken al enige tijd de volgende standaardoverweging, al dan niet in exact deze bewoordingen: *“Een auto-ongeval zoals verzoekster is overkomen leidt niet zelden tot het ontstaan van zogenoemde whiplashklachten, waarna zich tevens een postwhiplashsyndroom kan ontwikkelen. Aan het bewijs van het bestaan van deze klachten kunnen geen al te hoge eisen worden gesteld. Inherent aan whiplashklachten is immers dat deze moeilijk objectiveerbaar zijn omdat bij deze klachten veelal een medisch, neurologisch substraat ontbreekt. Voor het bewijs van in juridische zin bestaan van de geuite klachten is dan ook voldoende dat objectief kan worden vastgesteld dat de klachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn zonder dat de klachten behoeven te worden geobjectiveerd in die zin dat zij door middel van reguliere onderzoeksmethoden en overeenkomstig de door de betreffende beroepsgroep vastgestelde richtlijnen als een erkend ziektebeeld worden vastgesteld.”*¹⁰

Andere rechtbanken, zoals de Rechtbank Den Haag¹¹, hanteren vergelijkbare redeneringen, waarbij bovendien voor het vaststellen van juridisch causaal verband van belang is dat de klachten voor het ongeval niet bestonden en dat een alternatieve verklaring daarvoor ontbreekt, zie bijvoorbeeld een uitspraak van de Rechtbank Zutphen¹².

De rechtspraak overziend, komt de vraag op in hoeverre een medische expertise in whiplashzaken noodzakelijk is. Uit de rechtspraak volgt dat in whiplashzaken doorgaans

nog steeds een neuroloog als deskundige wordt ingeschakeld, hoewel deze op basis van 'zijn' richtlijnen geen beperkingen mag duiden en geen functieverlies kan vaststellen indien sprake is van WAD 1 of 2, zie bijvoorbeeld een uitspraak van de Rechtbank Amsterdam¹³. Dat uit het medisch onderzoek vervolgens 'niets' volgt, maakt echter, zoals de hiervoor beschreven rechtspraak al duidelijk maakt, niet dat in juridische zin geen gezondheidsschade kan worden aangenomen, zie bijvoorbeeld een uitspraak van de Rechtbank Amsterdam¹⁴.

Uit de hiervoor besproken rechtspraak volgt dat de sinds 2007 geldende NVN-richtlijnen er niet toe hebben geleid dat de rechter whiplashachtige klachten, ondanks het ontbreken van medische causaliteit, in juridische zin niet meer aan een ongeval toerekent. Doorslaggevend voor het aannemen van juridische causaliteit lijkt te zijn:

- dat aanrijdingen volgens de rechter niet zelden leiden tot whiplashklachten¹⁵;
- dat het geuite klachtenbeeld dat whiplash wordt genoemd past bij een klachtenpatroon dat kan ontstaan door aanrijdingen; en
- dat aan het leveren van bewijs van het bestaan van moeilijk objectiveerbaar letsel geen hoge eisen mogen worden gesteld.

Bij het vaststellen van causaliteit is verder van belang dat de benadeelde voor het ongeval geen vergelijkbare klachten had en dat er geen andere oorzaak dan het ongeval voor de klachten kan worden aangewezen.

Is deze tendens in de rechtspraak wenselijk? Het komt ons niet zonder meer logisch voor dat een rechter zou kunnen 'vaststellen' dat een auto-ongeval niet zelden leidt tot het ontstaan van whiplashklachten, waarna zich een post-whiplashsyndroom kan ontwikkelen. 'Whiplash' en 'post-whiplashsyndroom' zijn immers medische begrippen. Bij ons komt de vraag op of de rechter met deze vaststellingen niet teveel op de stoel van de medicus gaat zitten. Daarbij onderkennen wij dat art. 6:98 BW en het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef de rechter handvatten voor (ruime) toerekening van subjectieve klachten aan een ongeval bieden. Wij vragen ons echter af of de rechter de medische kant van het verhaal in de recente rechtspraak niet teveel op de achtergrond stelt. Bovendien vinden wij de redenering – dat aan de bewijslevering geen al te hoge eisen mogen worden gesteld, omdat de klachten veelal moeilijk objectiveerbaar zijn en een medisch substraat ontbreekt – niet zonder meer logisch. Dat de klachten in medische zin niet zijn te objectiveren en dat medische causaliteit ontbreekt, zou juist ook gezien kunnen worden als aanwijzing dat het klachtenbeeld, of in elk geval het voortdurende klachtenbeeld, niet door het ongeval is veroorzaakt, en dat aan het leveren van bewijs van causaal verband juist hoge eisen moeten worden gesteld. Het voorgaande geldt te meer gelet op de Richtlijn medisch specialistische rapportage.

In deze richtlijn, die is opgesteld in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), is onder meer het volgende

bepaald: “2.2.16 Een eventuele causaliteitsvraag wordt uitsluitend beantwoord vanuit de medische causaliteitsgedachte, dat wil zeggen op grond van datgene wat bekend en herkenbaar is met betrekking tot het ontstaan en het beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. Deze vaststelling geschiedt in overeenstemming met de gangbare inzichten dan wel richtlijnen van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging. De expert zal nimmer klachten aan een ongeval ‘toerekenen’ of de causaliteit ervan louter baseren op het feit dat ze pas na het ongeval debuteerden. 2.2.17 Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.”

Een specialist, die een rapportage opstelt naar aanleiding van een onderzoek, mag aldus niet enkel afgaan op de anamnese van de onderzochte. Er mag niet te veel waarde worden toegekend aan de stelling van de onderzochte dat bepaalde klachten na het ongeval zijn ontstaan. Verder dient de deskundige in zijn algemeenheid geen percentages toe te kennen of kwalitatieve uitspraken te doen die niet op aantoonbare feiten berusten en reproduceerbaar zijn (art. 2.2.19). Waar de expert op grond van deze richtlijn aldus geen klachten aan een ongeval mag toerekenen en niet zomaar de beperkingen, die benadeelde zelf stelt te ondervinden, mag overnemen, doet de rechter dit juist wel. Sterker nog: in diverse uitspraken wordt genoteerd dat “een aanrijding niet zelden leidt tot zogenoemde whiplashklachten die moeilijk objectiveerbaar zijn omdat bij deze klachten veelal een medische, neurologische verklaring ontbreekt.”¹⁶ Naar onze mening is dit een uitspraak die teveel niet-juridische elementen bevat om zonder meer door een rechter te worden gedaan. Waarop baseert immers de rechter dat een achterop-aanrijding niet zelden tot whiplashklachten leidt?

Wat ons betreft klemt het voorgaande temeer, indien de 'realiteit' van de klachten nauwelijks lijkt te zijn onderzocht. In onze optiek zou bovendien ten minste uit rechterlijke uitspraken moeten blijken 'op welke manier' de realiteit en consistentie van de klachten uit het medisch deskundigenrapport volgt.

Het medisch perspectief

Dat er ook vanuit medisch oogpunt aanleiding is om de huidige lijn in de rechtspraak te nuanceren, bespreken wij hieronder. Vanuit medisch perspectief is uiteraard het medische oordeel, hetzij in de vorm van de primaire diagnostiek van behandelaars, hetzij in de vorm van een onafhankelijke expertise, immers leidend bij de beoordeling van een WAD. In onze optiek stelt de rechter bij de beoordeling van daaruit volgende schadeclaims deze medische context meer en meer op de achtergrond. De vraag rijst of het ook anders zou kunnen. En hoe zou er dan meer balans gebracht kunnen worden? Hiertoe zullen we enkele suggesties doen voor mogelijke oplossingen van dit lastige vraagstuk, waarbij de belangen van de personen waar het uiteindelijk om draait: de slachtoffers van ongevallen, centraal staan.

> Allereerst en wellicht ten overvloede: ‘Whiplash’ is geen medische diagnose, maar een omschrijving van een accident c.q. ongevalsmechanisme waarbij verondersteld wordt dat er een acceleratie/versnelling en deceleratie/afremming van de cervicale wervelkolom plaatsvindt, wat aanleiding geeft tot een nektrauma. In 1995 werd door de Québec Task Force¹⁷ het acute whiplashsyndroom in detail beschreven. Deze task force maakte een onderverdeling in vijf graderingen van WAD, opgebouwd in ernst van de aandoening, van graad 0 (geen klachten, geen afwijkingen), graad I (nekkklachten zoals pijn, stijfheid, drukgevoeligheid, geen afwijkingen bij onderzoek) tot graad IV (nekkklachten en fractuur of dislocatie). Het zijn, zoals wij in de inleiding al aanstipten, zaken waarbij er sprake is van een WAD graad I en II die (vanzelfsprekend) tot de meeste discussie en onenigheid leiden. Immers, er zijn klachten en er worden beperkingen ervaren waarvoor er echter geen onderliggend letsel is gevonden dat de klachten als louter en alleen direct ongevalsgevolg aannemelijk verklaart. Dit zijn de zaken die in de eerste plaats voor het slachtoffer, maar ook voor alle betrokken professionals, zeer frustrerend kunnen zijn en waarvan sommigen uiteindelijk door de rechter beslecht moeten worden omdat minnelijk schikken niet mogelijk is gebleken. Iedere professional die werkzaam is in de letselschadebranche kent deze zaken en weet uit ervaring hoe moeizaam en langdurig het traject kan verlopen. Een traject dat voor het slachtoffer als zeer belastend ervaren kan worden. Tijdens dit traject wordt er herhaaldelijk om medisch advies gevraagd; aan de medisch adviseur van de aansprakelijke verzekeraar, aan de medisch adviseur van het slachtoffer en zijn of haar belangenbehartiger en vaak ook aan onafhankelijke deskundigen zoals neurologen, neuropsychologen en soms ook aan orthopedisch chirurgen of verzekeringsartsen. Uiteindelijk is het dan in de onoplosbare gevallen aan de rechter om alle beschikbare informatie, ook de medische, te beschouwen en tot een gewogen oordeel te komen. Een oordeel over de causaliteit tussen klachten, beperkingen en het ongeval. Een causaal verband dat zowel medische, als juridische aspecten heeft, en waarbij juist over die medische aspecten zo veel controverse blijft bestaan. De basis voor het aannemen van juridisch causaal verband is in sommige gevallen naar onze mening te mager, wanneer de rechter ondanks het ontbreken van objectiveerbare beperkingen en zonder onderzoek naar de ‘realiteit’ van de klachten, deze juridisch toerekent aan een ongeval. Het huidige systeem is bovendien niet per se goed voor een benadeelde; het kan sommige personen ten onrechte in een ‘chronisch hokje’ stoppen, met alle nadelige gevolgen van dien¹⁸.

In een poging een constructieve bijdrage aan deze heikele discussie te leveren en daarmee WAD I/II zaken vlotter te helpen afwikkelen, hebben wij op basis van de bestaande nationale en internationale medische wetenschappelijke literatuur, van richtlijnen van wetenschappelijke commissies en beroepsverenigingen¹⁹ en van een rapportage van een grote Europese verzekeringsmaatschappij²⁰. een drietal medisch-technische criteria

geformuleerd om de beoordeling ervan te kunnen vergemakkelijken. Deze ook in diverse naburige Europese landen gevolgde meer medische aanpak is in onze optiek een manier van het beoordelen van deze letselschadeclaims, die een potentieel gunstig effect kan hebben; niet alleen op de kosten voor de maatschappij in de breedste zin van het woord, maar ook op het welbevinden van slachtoffers van whiplash op de langere termijn.

Oplossingen zoals wij die zien voor een meer redelijke afwikkeling van whiplashzaken, zouden wat ons betreft gezocht kunnen worden in het meer centraal stellen van de medische invalshoek.

Dit betekent:

1. Dat er voldoende en eenduidige medische documentatie moet bestaan waarin de geuite klachten en beperkingen en de objectieve bevindingen bij lichamelijk onderzoek zijn vastgelegd door een medicus, zoals een huisarts, een SEH-arts, traumatoloog of een andere clinicus. Het objectieve bewijs nodig voor het stellen van de diagnose is bijvoorbeeld in Frankrijk en ook in Duitsland een belangrijk criterium. Deze klachten en afwijkingen dienen overigens wel binnen korte tijd na het ongeval, ten hoogste enkele dagen erna, te worden vastgelegd. Deze tijdslijm wordt bijvoorbeeld ook in Zweden gehanteerd als criterium²¹. Daarbij mag er natuurlijk geen sprake zijn van relevante pre-existentie. Het kritisch beschouwen van de medische informatie over een termijn van twee tot vijf jaar voorafgaand aan het ongeval is daarbij een belangrijk hulpmiddel. Het opvragen daarvan wordt dan ook terecht onderschreven door de Medische Paragraaf bij de GBL, vanzelfsprekend wel volgens de daarin gestelde proportionaliteitscriteria.
2. Dat er eenduidigheid zal moeten bestaan over de impact van de aanrijding – verkregen bijvoorbeeld door middel van een ongevalsanalyse – waarbij relevante maten als aanrijdingssnelheid, delta-v en g-krachten als standaard kunnen worden beschouwd. Alleen *die* aanrijdingen waarbij een begrijpelijke geweldinwerking heeft plaatsgevonden zouden als claim in aanmerking moeten worden genomen. In Duitsland wordt dat criterium tamelijk strikt gehanteerd, hetgeen een kleine incidentie van whiplashclaims tot gevolg heeft²². Een belangrijk gegeven is niet de zogenoemde botsings-snelheid, maar de snelheidsverandering (delta-v) waaraan een slachtoffer van een verkeersongeval onderhevig is geweest. Een andere maat voor de omvang van de geweldinwerking (dan de delta-v) is de versnelling waaraan een slachtoffer onderhevig is geweest. Die wordt uitgedrukt in de eenheid ‘g’ (van *gravity*), de gebruikelijk eenheid voor zwaartekrachtsversnelling. Murray Allen, Ian Weir-Jones en anderen²³ deden onderzoek naar de versnelling tijdens bepaalde dagelijkse handelingen en concludeerden, dat versnellingen die in het dagelijkse leven voorkomen (zoals niezen, hoesten, zich in een menigte een weg moeten banen, een schouderklop, of in een luie stoel neerploffen) ongeveer dezelfde invloed hebben op de menselijke

nekwervelkolom als ‘whiplashtype’ verkeersongevallen met lage snelheid. In theorie zouden de bovenstaande activiteiten dus net zo goed als een dergelijke achterop-aanrijding klachten vergelijkbaar met het postwhiplash-syndroom kunnen veroorzaken. Wij willen daarom het belang van de impact van het ongeval als criterium bij de beoordeling van de causaliteit sterk benadrukken.

3. Dat bij het ontbreken van een medische verklaring voor de klachten die het slachtoffer ervaart moet worden uitgegaan van een tot maximaal enkele jaren beperkte looptijd, aangezien het niet aannemelijk is dat iemand tot eindleeftijd ongeval gebonden beperkingen, leidend tot verlies van arbeidsvermogen en belemmeringen in de zelfredzaamheid, zoals het huishouden, zal blijven ondervinden. Op termijn zullen de meeste van dergelijke onverklaarde klachten namelijk op de achtergrond verdwijnen en zal iemand de meeste taken en bezigheden weer kunnen oppakken zoals voorheen. Anders gezegd: het bestaan van een relatie in de tijd tussen het ongeval en klachten waarvoor geen verklarend structureel letsel bestaat, kan niet één op één tot de conclusie leiden dat er ook sprake is van voortdurende en ongeval *gerelateerde* beperkingen en causale schade.

Bovenstaande neemt overigens niet weg, zo willen wij benadrukken, dat het bestaan van whiplashklachten zonder medisch substraat voor een aantal personen wie een aanrijding is overkomen een vervelende realiteit is.

Dergelijke klachten blijken echter goed behandelbaar; er zijn specialistische poliklinieken op het VUmc²⁴ en cursussen ontwikkeld in het AMC in Amsterdam²⁵ die successen melden. Juist omdat de klachten te behandelen zijn, is een beperkte looptijd in onze optiek eens te meer redelijk.

Wanneer er volgens de hier gepresenteerde criteria wordt gewerkt, zou dat kunnen resulteren in een meer evenwichtige situatie, waarin juist die slachtoffers van whiplash die inderdaad voldoen aan de hier uiteen gezette voorwaarden, redelijk zullen worden gecompenseerd, voor een bepaalde en medisch gezien aanvaardbare periode. Zaken waarin dat niet het geval is kunnen eveneens vlot worden afgewikkeld omdat snel duidelijk kan worden dat er onvoldoende basis voor de claim is. Zo wordt langdurige onzekerheid en valse hoop vermeden voor sommigen, terwijl voor anderen sneller een passende afwikkeling van hun claim komt. Het hebben lopen van een letselschadeclaim heeft potentieel negatieve effecten op de gezondheid²⁶, wat vanuit een medisch-ethisch standpunt zo veel mogelijk beperkt dient te worden.

We hopen dat we hiermee een bijdrage hebben kunnen leveren aan het debat over de juiste aanpak en afwikkeling van letselschadeclaims waarbij er sprake is van een WAD graad I/II, en kijken uit naar een constructieve en levendige vervolgdiscussie.



¹ Een uitgebreide versie van deze bijdrage werd gepubliceerd in TVP 2014/af. 4, p. 111 e.v.
² Zie hoofdstuk 4.1 van het jaarverslag 2012 van het Personenschade Instituut voor Verzekeraars (PIV).
³ Die criteria hielden in dat: a) sprake moest zijn van een trauma, b) het ongeval aanleiding moest hebben gegeven tot een mechanisch te begrijpen geweldsinwerking op de cervicale wervelkolom, c) de pijnklachten gelokaliseerd waren in de nek en/of vanuit de nek, d) de pijnklachten enkele dagen na het ongeval moesten zijn ontstaan en voor het ongeval niet of in veel mindere mate hadden bestaan, e) de pijnklachten aanleiding moesten hebben gegeven tot het zoeken van medische hulp en over een periode van minstens een jaar in aansluiting aan het ongeval medisch gedocumenteerd en geheel of grotendeels onafgebroken aanwezig moesten zijn geweest en f) er concordantie moest bestaan tussen de door de betrokkene aangegeven pijnbeleving en het pijngedrag,

wat moest blijken uit een consistent abnormaal bewegingspatroon van de nek en uit verkregen informatie, en uit het feit dat de betrokkene bepaalde activiteiten achterwege liet of verminderd uitoefende.

⁴ Het voormalige Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing.
⁵ Zie bijvoorbeeld E.M.H. van den Doel, 'Whiplash en de neuroloog: De nieuwe richtlijnen voor de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', TVP 2008, afl. 1, p. 1-5; A. Kolder, 'Whiplash: hoe gaat de rechter om met de nieuwe NVvN-richtlijnen?', TVP 2008, afl. 4, p. 118-125; en P.C. Knijp, 'De nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', TVP 2008, afl. 4, p. 126-131.
⁶ HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433.
⁷ Zie bijvoorbeeld Hof Arnhem-Leeuwarden 5 februari 2013,

- > GHARL:2013:BZ0801, Hof Amsterdam 18 juni 2013, GHAMS:2013:5237 en Hof's-Hertogenbosch 2 februari 2010, GHSHE:2010:BN1779.
- ⁸ Zie bijvoorbeeld Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, JA 2010, 152 m.nt. Chr.H. van Dijk).
- ⁹ Hof Arnhem-Leeuwarden 5 februari 2013, GHARL:2013:BZ0801, r.o. 5.4.
- ¹⁰ Rb. Utrecht 28 september 2011, RBUTR:2011:BT8647, r.o. 4.5. Zie o.m. ook Rb. Utrecht 22 augustus 2012, RBUTR:2012:BX6456; Rb. Midden-Nederland 24 april 2013, RBMNE:2013:BZ8632; en Rb. Midden-Nederland 12 juni 2013, RBMNE:2013:CA3507.
- ¹¹ Rb. Den Haag 8 maart 2012, RBUTR:2012:BX5657, r.o. 4.7, zie ook Rb. Den Haag 24 oktober 2011, RBSGR:2011:BU3876, r.o. 4.12.
- ¹² Rb. Zutphen 25 oktober 2012, RBCZT:2012:BY1386, r.o. 4.7.
- ¹³ Rb. Amsterdam 14 september 2011, RBAMS:2011:BV1156, r.o. 4.5.
- ¹⁴ Rb. Amsterdam 28 maart 2012, RBAMS:2012:BW1394, r.o. 4.17.
- ¹⁵ Zie bijvoorbeeld Rb. Zutphen 25 oktober 2012, RBCZT:2012:BY1386, r.o. 4.7; Rb. Utrecht 28 september 2011, RBUTR:2011:BT8647, r.o. 4.5. Zie o.m. ook Rb. Utrecht 22 augustus 2012, RBUTR:2012:BX6456; Rb. Midden-Nederland 24 april 2013, RBMNE:2013:BZ8632; en Rb. Midden-Nederland 12 juni 2013, RBMNE:2013:CA3507.
- ¹⁶ Rb. Midden-Nederland 27 juni 2012, RBUTR:2012:BX5657 en Rb. Midden-Nederland 24 april 2013, RBMNE:2013:BZ8632.
- ¹⁷ Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E., 'Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: redefining 'whiplash' and its management', *Spine* (Philadelphia Pa. 1976). 1995 Apr 15;20(8 Suppl):1S-73S. Review.
- ¹⁸ Zie hierover in een iets ander verband mr. E.B.M. Denters, 'Whiplash in Europa en recente ontwikkelingen van de whiplash-praktijk in Zwitserland', *PIV-Bulletin* 2014, 6. Denters gaat in op de praktijk in Zwitserland en merkt onder meer op: "Bovendien werd als kwalijk effect genoemd dat de praktijk "unzählige Opfer onnodig invalideert en daarmee maatschappelijk buiten spel zet."
- ¹⁹ Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met *Whiplash Associated Disorder I / II*, 2008 NVvN met ondersteuning van Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Zie: www.richtlijnonline.nl
- ²⁰ <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm201314/cmselect/cmtran/117/117vw56.htm>
- ²¹ Zie noot 4.
- ²² Zie noot 4.
- ²³ Allen, Weir-Jones, Eng et al., 'Acceleration Perturbations of Daily Living: A Comparison to "Whiplash"', *Spine* 1994;19:1285-1290.
- ²⁴ http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/176047/27797/Onverklaarde_lichamelijke_k1.pdf
- ²⁵ <http://www.onverklaarde-klachten.nl/>
- ²⁶ P. Cameron, B. Gabbe, *The Effect of Compensation Claims on Outcomes after Injury*, (2009) September; 40(9): 905-6.