

# Beoordeling van het postwhiplashsyndroom na november 2007

**Drs. L Kalb en drs. F. van Wingaarden**

*Luc Kalb en Frans van Wingaarden zijn als medisch adviseurs verbonden aan Triage medisch adviesbureau in 's-Hertogenbosch.*

## 1. Inleiding:

De waardering van het (late)postwhiplashsyndroom (PWS) bij letselschade vormt al meer dan 20 jaar een onderwerp van controverse.

Nu de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) in hun richtlijnen van november 2007 hebben aangegeven het PWS niet meer als neurologische aandoening te duiden, is het moment gekomen om weer eens kritisch naar de beoordeling en waardering van het PWS te kijken.

Doel van dit artikel is om te kijken welke praktische mogelijkheden er zijn voor het beoordelen van de gevolgen van een postwhiplashsyndroom in de letselschaderegeling. Dit artikel beoogt niet het postwhiplash-syndroom als ziektebeeld te verklaren. Een algemeen aanvaarde medisch wetenschappelijke verklaring voor de klachten bij een postwhiplashsyndroom is er niet.

### Waar spreken we precies over bij “whiplash”?

De term whiplash werd in de jaren 20 van de vorige eeuw door Crow ingevoerd voor het beschrijven van de gevolgen van een kop-staartbotsing. Daarvoor was de term ‘railway-spine’ in gebruik voor het geheel aan klachten waar trein passagiers in de 19e eeuw mee te maken kregen wanneer treinen snel tot stilstand werden gebracht. Deze klachten bestonden uit pijn en stijfheid van de nek al dan niet gepaard aan hoofdpijn, duizeligheid en klachten over de concentratie en het niet goed kunnen richten van de aandacht.

De railway-spine verdween, hoogstwaarschijnlijk door betere remsystemen in de treinen en betere buffers tussen de wagons. Het opkomend autoverkeer in de steden in de Verenigde Staten in de jaren 20 bracht het beeld weer terug.

In Nederland stijgt de incidentie van het postwhiplashsyndroom sterk met de toename van het autoverkeer sinds de jaren 60. Er is overigens geen één op één relatie met het aantal gereden kilometers. Waarschijnlijk is er een betere relatie tussen de incidentie van het postwhiplashsyndroom en de verkeersdichtheid, de neiging van automobilisten om bij drukte steeds dichter op elkaar te gaan rijden. Het zou interessant kunnen zijn daar meer onderzoek naar te doen.

We kennen het **whiplashtrauma** als ongevalsmechanisme waarbij geweldsinwerking op de nek wordt uitgeoefend door acceleratie/deceleratie krachten.

Het whiplashtrauma kent acute en late gevolgen.

Het kwaliteits instituut voor de gezondheidszorg CBO maakt in de tijd na het ongeval onderscheid tussen drie perioden: acuut, sub acuut en langdurig.

- acuut (tot drie weken)
- sub acuut (drie weken tot drie maanden)
- langdurig (langer dan drie maanden na het ongeval)

De CBO richtlijn werd opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en heeft betrekking op de diagnostiek en behandeling in de acute en sub acute fase.

De CBO richtlijn voor whiplashproblematiek heeft geen betrekking op de diagnostiek of behandeling van het zogenaamde langdurige whiplashsyndroom of procedures met betrekking tot schadeclaims.

De NVN richtlijnen van november 2007 gebruiken de term **postwhiplashsyndroom** voor langdurig persisterende klachten na een nektrauma waarvoor met alle bekende onderzoeksmethoden geen substraat kan worden aangetoond.

In deze laatste NVN richtlijnen wordt het postwhiplashsyndroom gezien als een chronisch pijnsyndroom zonder neurologisch substraat. Op grond hiervan is de NVN van mening dat door de neuroloog geen percentage functieverlies aan het PWS kan worden toegekend.

Voorheen werd in de NVN richtlijnen aangegeven dat bij het PWS met een percentage functionele invaliditeit tot maximaal 8% kon worden 'meegegaan' als aan een zestal criteria werd voldaan.

De wijziging van de NVN richtlijn is niet tot stand gekomen op grond van nieuw wetenschappelijk onderzoek aangaande het postwhiplashsyndroom maar de NVN stelt dat bij de richtlijnen nu zoveel mogelijk wordt uitgegaan van 'evidence based' criteria en niet meer van aannamen. De realiteit van het postwhiplashsyndroom staat echter niet ter discussie.

De vorige richtlijn van de NVN betreffende het PWS had als gebrek dat een wetenschappelijke onderbouwing ontbrak. Wel bood het partijen een houvast om tot afwikkeling van de schade te komen én het sloot aan bij het juridische uitgangspunt dat er bij het vaststellen van de schade moet worden toegekend naar redelijkheid. Het toekennen naar redelijkheid dient ook nu nog het uitgangspunt te zijn bij het vaststellen van de schade na een ongeval.

## **2. Bespreking:**

### **Welke handvatten blijven over en welke middelen staan ons ter beschikking voor een zo objectief mogelijke vaststelling van klachten, daarmee samenhangende beperkingen en daaruit voortvloeiende schade bij mensen met late gevolgen van een whiplashtrauma?**

Op de eerste plaats is het van groot belang dat al in een vroeg stadium na een whiplashtrauma een dreigend chronisch karakter van de klachten wordt onderkend. Hier is een rol weggelegd voor de huisarts die bij continuering van de klachten na een korte periode van rust en pijnstilling het slachtoffer moet verwijzen naar bijvoorbeeld een fysiotherapeut.

Als ook een therapeutische interventie door bijvoorbeeld een fysiotherapeut onvoldoende reductie van de klachten geeft, en er veel neurologische verschijnselen aanwezig zijn (bijvoorbeeld uitstralende pijn vanuit de nek richting de schouders en armen, pijn in de nek uitstralend in het hoofd, tintelingen in de armen of vingers, krachtsverlies, duizeligheid, concentratie of aandachtsproblemen), dan valt een neurologische evaluatie aan te bevelen. Hiermee kan eventuele schade aan het zenuwstelsel worden uitgesloten dan wel aangetoond. Dit is van belang voor het stellen van de juiste diagnose. Immers, er kan uitsluitend gesproken worden van een postwhiplashsyndroom indien er geen objectiveerbare neurologische of orthopedische afwijkingen te vinden zijn in de nekregio (zie WAD tabel op volgende pagina).

## Klassificatie van whiplash gerelateerde aandoeningen (WAD) Quebec Task force (QTF)1995.

Graad	Symptomen
I	Pijn, stijfheid of gevoeligheid van de nek. Geen lichamelijke afwijkingen.
II	Nekklachten en verschijnselen van het band-,spierapparaat. <i>b.v. bewegingsbeperkingen of pijnlijke drukkpunten.</i>
III	Nekklachten en neurologische verschijnselen. <i>b.v. krachtsverlies, sensibiliteitsstoring,uitvalsverschijnselen</i>
IV	Nekklachten en fractures of dislocaties.

NB: In alle categoriën kunnen klachten voorkomen van duizeligheid, oorsuizen, hoofdpijn, geheugenklachten, slikklachten.

Indien in de curatieve sector neurologisch of orthopedisch letsel is uitgesloten en de diagnose postwhiplashsyndroom is gesteld (WAD graad I of II) kan het slachtoffer de juiste vorm van behandeling geboden worden.

Tijdens de behandeling van de whiplashklachten is het van belang (dreigende) stagnatie van het herstel tijdig te onderkennen. Als dit optreedt, is mogelijk een andere vorm van behandeling geïndiceerd. Met name indien het slachtoffer op monodisciplinaire wijze (d.w.z. door één behandelaar) wordt behandeld, valt het overstappen naar een multidisciplinaire behandelwijze (meerdere behandelaars ontfermen zich over het slachtoffer, waarbij ook aandacht is voor de psychologische aspecten) te overwegen.

Als uiteindelijk een stationaire toestand is bereikt en alle gangbare behandelmogelijkheden zijn benut, is het tijd om de beperkingen en het percentage functionele invaliditeit in kaart te brengen. Over het algemeen ontstaat een dergelijke situatie ongeveer twee jaar na het whiplashtrauma.

Aangezien zowel de Nederlandse vereniging voor orthopedie (NOV) als ook de Nederlandse vereniging voor neurologie (NVN) zich op het standpunt stellen dat uitsluitend een percentage functionele invaliditeit en beperkingen kan worden toegekend aan ziektebeelden waaraan een aantoonbaar medisch substraat ten grondslag ligt, is het voor het bepalen van het percentage functionele invaliditeit en voor het bepalen van de beperkingen bij een postwhiplashsyndroom niet langer zinvol een neuroloog of orthopeed in te schakelen.

Het inschakelen van een neuroloog is overigens wel aan te bevelen in die gevallen waarbij er discussie blijft bestaan omtrent de causaliteit tussen de geclaimde klachten en het ongeval of bij preëxistente pijnklachten in de nek en schouderregio. Uiteraard kan een onafhankelijk neurologisch onderzoek niet achterwege blijven indien in het curatieve traject mogelijk onderliggend neurologisch letsel niet is uitgesloten.

Als een neuroloog wordt ingeschakeld voor een onafhankelijk onderzoek zal deze uitsluitend een oordeel kunnen vellen omtrent de causaliteit en de klachten die als gevolg van het ongeval zijn ontstaan. Een uitspraak over beperkingen en het percentage functionele invaliditeit kan de neuroloog op grond van de NVN-richtlijn 2007 op zijn of haar vakgebied niet doen.

Aan de hand van de medische gegevens uit de curatieve sector en eventueel het neurologisch onderzoeksrapport kunnen de medisch adviseurs in onderlinge afstemming functionele invaliditeit en beperkingen vaststellen. Hierbij biedt de 6<sup>e</sup> editie van de AMA-guide handvatten.

Het postwhiplashsyndroom wordt in de 6<sup>e</sup> editie van de AMA-guide genoemd op pagina 564 in tabel 17-2 (Cervical Spine Regional Grid; Spine Impairments).

Indien er sprake is van een postwhiplashsyndroom met normale nekbewegingen, kan er geen percentage functionele invaliditeit worden toegekend.

Als er echter sprake is van whiplashklachten met daarbij stijfheid en/of klachten van radicaire prikkeling die niet te objectiveren is, dan kan minimaal 1% en maximaal 3% functionele invaliditeit gehele mens worden toegekend.

De hoogte van het percentage functionele invaliditeit wordt vastgesteld aan de hand van drie pijlers:

1. Functional History (functionele anamnese)
2. Physical Examination (lichamelijk onderzoek)
3. Clinical Studies (actuele medische gegevens)

In de **functionele anamnese** wordt vooral gekeken naar de impact van de klachten op het dagelijks functioneren. Hierbij dient onder andere gekeken te worden naar consistentie van de klachten en het verhaal enerzijds en de activiteiten van cliënt tijdens observatie of het dagelijks functioneren anderzijds.

De functionele anamnese kan nader onderzocht worden door bijvoorbeeld de pijn te scoren aan de hand van een pijn vragenlijst (PDQ: Pain Disabilities Questionnaire), welke terug te vinden is op pagina 43 van de 6<sup>e</sup> editie van de AMA-guide.

Bij het wegen van de gegevens over het **lichamelijk onderzoek** wordt vooral gekeken naar het gebied waar het slachtoffer klachten ervaart. Dit betekent bij het postwhiplashsyndroom dat met name gekeken wordt naar drukpijn in de nek en schouderregio, de beweeglijkheid van de nek, klachten van uitstraling in de armen, krachtsverlies of gevoelsverlies in de armen of handen.

De onderzoeker neemt daarbij de diagnose in overweging, de betrouwbaarheid van de bevindingen bij onderzoek, de bevindingen bij eerdere onderzoeken en observaties uit de medische documenten.

Uiteindelijk worden objectieve en subjectieve bevindingen genoteerd en significante verschillen tussen de onderzoeksbevindingen en de anamnese, medische gegevens of observaties vermeld.

De medisch adviseur moet tot slot kennis nemen van de **actuele bevindingen bij (beeldvormend, lichamelijk of laboratorium) onderzoek**, zoals dat is beschreven in de medische documenten. Deze bevindingen dragen bij aan het stellen van de juiste diagnose. Discrepantie tussen de onderzoeksbevindingen en de door cliënt beschreven klachten moeten worden vermeld.

Met behulp van deze drie pijlers, waarvan de medisch adviseur bij goede medische documentatie kennis kan nemen, kan uiteindelijk door de medisch adviseurs het percentage functionele invaliditeit gehele mens worden bepaald.

In de omschrijving van deze drie pijlers wordt regelmatig gerefereerd aan het toetsen van consistentie tussen de door cliënt geclaimde klachten, de onderzoeksbevindingen, de bevindingen bij observatie en de bevindingen bij de medisch onderzoeken. Juist vanwege het ontbreken van medisch objectiveerbare afwijkingen bij een postwhiplashsyndroom en het wisselende karakter van klachten, zullen de bevindingen bij onderzoek nogal eens uiteen kunnen lopen. Dit zal de nodige discussie tussen de medisch adviseurs kunnen opleveren.

Indien de medisch adviseurs er onderling niet uitkomen, valt een onafhankelijk verzekeringsgeneeskundig onderzoek aan te bevelen. De verzekeringsarts is namelijk opgeleid om de consistentie te toetsen en aan de hand daarvan een uitspraak te doen omtrent de aanwezige beperkingen.

Daarnaast zijn er nog andere argumenten om te kiezen voor de verzekeringsarts als onafhankelijk expertisearts bij een postwhiplashsyndroom.

Niet alleen is de verzekeringsarts vertrouwd met het toetsen van de innerlijke consistentie en het in kaart brengen van de beperkingen, ook is de verzekeringsarts gewend om de beperkingen conform de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) weer te geven.

De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

De ICF is tot stand gekomen na een jarenlange mondiale discussie waarbij veel landen en organisaties betrokken zijn geweest. Door deze procedure is de ICF toepasbaar in verschillende culturen en geschikt voor communicatie tussen verschillende beroepsgroepen.

De ICF kijkt niet alleen naar de beperkingen op lichamelijk niveau (bijvoorbeeld een bewegingsbeperking vanuit de nek), maar ook op het niveau van lichamelijke verzorging (bijvoorbeeld moeite met het wassen van de haren vanwege de constant geheven armen), de gezinssituatie (niet alle huishoudelijke taken meer kunnen doen) en de sociale aspecten buiten het gezin (beperkingen ten aanzien van het werk, vervoer of problemen met het vinden van werk).

Aangezien ook in de 6<sup>e</sup> editie van de AMA-guide de ICF als leidraad wordt genomen, sluit de manier van beoordelen zoals de verzekeringsarts dat doet, hier volledig op aan.

Daar komt bij dat op korte termijn het verzekeringsgeneeskundig protocol whiplash verschijnt. Dit biedt alle betrokken partijen duidelijkheid ten aanzien van de richtlijnen waaraan de verzekeringsarts is gehouden. Ook dit verzekeringsgeneeskundig protocol is volledig gebaseerd op de ICF.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat de verzekeringsarts in de dagelijkse praktijk frequent wordt geconfronteerd met moeilijk objectiveerbare aandoeningen (bijvoorbeeld whiplash, chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie en bekken instabiliteit) en derhalve ervaren is in het beoordelen en bepalen van de belastbaarheid bij dergelijke aandoeningen.

Het inschakelen van de verzekeringsarts als expertisearts bij een postwhiplashsyndroom in een letselschadezaak verdient derhalve de voorkeur.

Uiteraard zal de verzekeringsarts bij de expertiseaanvraag gevraagd moeten worden om beperkingen te omschrijven conform de ICF en hiervoor niet de door het UWV gehanteerde FML te gebruiken.

De FML is ongeschikt om beperkingen als gevolg van een ongeval in een letselschadezaak in kaart te brengen. Bij een ongeval moet bepaald worden wat de mogelijkheden en beperkingen van het slachtoffer waren in de periode vlak voor het ongeval en hoe het gesteld is met de mogelijkheden en beperkingen na het ongeval. De FML geeft echter de beperkingen van een individu weer ten opzichte van de gemiddelde arbeidspopulatie. Dit is in de letselschade een onjuist uitgangspunt. Het beschrijven van de beperkingen op individueel niveau en de

gevolgen hiervan voor het slachtoffer op micro-, meso- en macroniveau conform de ICF is gewenst. Een verzekeringsarts is hiervoor geequipt.

Tot slot kan een post whiplashsyndroom leiden tot aanhoudende cognitieve klachten. Deze ongeval gevolgen worden door de 6<sup>e</sup> editie van de AMA-guide echter onvoldoende meegenomen in het maximale percentage functionele invaliditeit van 3. Dit percentage functionele invaliditeit wordt uitsluitend gebaseerd op fysieke pijnklachten vanuit de nek. De cognitieve klachten worden in het hoofdstuk over de nek buiten beschouwing gelaten. Indien een whiplash slachtoffer naast de pijnklachten ook last blijft houden van cognitieve klachten (hetgeen vaker beschreven wordt bij een post whiplashsyndroom) zullen deze klachten nader onderzocht moeten worden. Een neuropsychologisch onderzoek is hiervoor een geschikt instrument.

Als er een stationaire toestand is bereikt bij een postwhiplashsyndroom met daarbij cognitieve klachten is een actueel neuropsychologisch onderzoek dus onmisbaar. Aan de hand van de uitslag van dit neuropsychologisch onderzoek kunnen de medisch adviseurs onderling een standpunt innemen aangaande de beperkingen en het percentage functionele invaliditeit m.b.t. de cognitieve klachten. Bij discussie omtrent de causaliteit kan het neuropsychologisch onderzoek gecombineerd worden met een neurologische expertise zoals eerder beschreven.

### **3. Conclusie:**

Wij concluderen dat er ondanks de wijziging in de NVN-richtlijn nog altijd voldoende praktische mogelijkheden bestaan om de schade op medisch vlak in kaart te brengen bij een post whiplashsyndroom.

Indien het medische beloop en de actuele toestand van het slachtoffer voldoende gedocumenteerd zijn, kunnen de medisch adviseurs in de meeste gevallen onderling tot overeenstemming komen. Als er echter discussie blijft bestaan tussen de medisch adviseurs omtrent de causaliteit, dan verdient een neurologische expertise (en bij cognitieve klachten in combinatie met een neuropsychologisch onderzoek) de voorkeur.

Mocht er discussie blijven bestaan omtrent de beperkingen als gevolg van het post-whiplashsyndroom, terwijl de causaliteit niet langer ter discussie staat, dan biedt een onafhankelijk verzekeringsgeneeskundig onderzoek uitkomst.