

De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: een reactie

*Mr. P. C. Knijp **

In zijn bijdrage aan het eerste nummer van *TVP* van dit jaar geeft Kolder¹ een uitgebreid exposé van de sinds 2008 verschenen rechtspraak over schadeclaims die gebaseerd zijn op het postwhiplashsyndroom.

Zijn overzichtsartikel vormt een handzame samenvatting van de op dit terrein van de letselschade verschenen jurisprudentie. Maar de bijdrage van Kolder is ook opiniërend.

De huidige discussie over hoe de rechter moet omgaan met schadevergoedingsvorderingen, die zijn gebaseerd op een postwhiplashsyndroom, is ontstaan naar aanleiding van de gewijzigde richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie van 2007.

Voor een goed begrip is het belangrijk om voor ogen te houden dat de richtlijnen over het onderwerp ‘postwhiplashsyndroom’,² weergeven:

‘Het is ook mogelijk dat klachten blijven bestaan, waarvoor met alle bekende onderzoeksmethoden geen substraat kan worden aangetoond.

Deze klachten staan bekend als “postwhiplashsyndroom” (...).

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”.

Om uit te maken of dit beeld al of niet moet worden toegeschreven aan een aandoening van het zenuwstelsel, is het van essentieel belang dat bij ieder gelaedeerde met klachten die als “whiplash” worden betiteld, een uitgebreide neurologische evaluatie plaatsvindt.’

Omtrent het toekennen van een percentage functieverlies, dat volgens de AMA-guides tot maximaal 8 procent kan oplopen, wordt vervolgens in de richtlijnen opgemerkt:

‘De commissie kan zich in dit alles [bedoeld is: de toekenning van een percentage functieverlies; PCK] niet vinden. Het zou inhouden dat louter de door de onderzochte aangegeven klachten tot een fors functieverlies aanleiding geven.’

Kolder is van oordeel dat – zeer kort (en ongenueanceerd) samengevat – (1) de klachten ingevolge het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef³ kunnen en moeten worden geobjectieverd, en (2) dat dit moet gebeuren aan de hand van een aantal criteria, die veel lijken op de criteria uit de oude richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Ik ben het op deze punten niet met hem eens.

1. Eerder⁴ heb ik uitgedragen dat het onmogelijk is om objectief vast te stellen dat een klacht reëel is, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven. Ik heb aangegeven dat het enige dat van een klacht, waarvoor geen lichamelijk substraat kan worden gevonden, kan worden gezegd, is dat hij bestaat. Dat is overigens een vrij eenvoudige objectieve vaststelling, nu het bestaan van de klacht immers objectief kan worden waargenomen op het moment dat de klacht wordt geuit.⁵ Of een pijnklacht reëel is, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven, kan simpelweg niet objectief worden vastgesteld, aangezien een dergelijke pijnklacht waarvoor geen lichamelijk substraat bestaat, louter gegrond is op de subjectieve beleving van degene die de klacht uit.

Kolder meent dat wel objectief kan worden vastgesteld dat een klacht reëel is, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven. Hij stelt daartoe dat een objectieve vaststelling van pijnklachten in absolute zin nooit mogelijk zou zijn,⁶ omdat pijnklachten niet enkel een fysieke aangelegenheid zouden betreffen, maar ook steeds een subjectief element (de persoonlijke beleving) bevatten, waardoor ‘het vaststellen daarvan altijd neerkomt op “een inschatting” en bijvoorbeeld niet op een getalsmatige, mechanische vaststelling’.

Mij dunkt dat de betreffende overwegingen van Kolder eerder dragend zijn voor de stelling dat *niet* objectief kan worden vastgesteld dat een klacht reëel is, niet ingebeeld, niet

* Mr. P.C. Knijp is advocaat bij Stadermann Luiten advocaten te Rotterdam.

1. A. Kolder, De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: stand van zaken, *TVP* 2011, p. 1 e.v.
2. In de richtlijnen overigens aangeduid als ‘Persisterende klachten na nektrauma’.

3. HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433.

4. P.C. Knijp, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN, *PIV-bulletin* juli 2008, p. 9 e.v.

5. Sterk gechargeerd: het slaken van de kreet ‘auw!’ is daartoe al voldoende.

6. Kolder 2011, p. 22.

voorgewend en niet overdreven, dan voor het tegenovergestelde.

Kolder stelt voorts dat ik in mijn eerder aangehaalde bijdrage de slachtofferbeschermingsgedachte ten onrechte buiten beschouwing zou laten. Het komt mij voor dat het ten tonele voeren van de slachtofferbeschermingsgedachte bij de vaststelling van wat een slachtoffer nu mankeert, niet erg zuiver is. Deze gedachte kan nuttig zijn bij de vaststelling van de aansprakelijkheid, of bij het vaststellen van het causaal verband. Maar om nu te stellen dat het wél mogelijk is om (wanneer een substraat ontbreekt) objectief vast te stellen dat een klacht reëel is, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven, omdat de slachtofferbeschermingsgedachte dit zou behoren mee te brengen, lijkt mij niet juist.

Eerder heb ik de gedachte neergelegd dat de neuroloog de eerst aangewezen deskundige is. Leidt de betrokkenheid van de neuroloog niet tot een verklaring van de klachten, dan zou – zo heb ik betoogd – de psychiater moeten worden geraadpleegd.⁷ Wellicht kan de psychiater, anders dan (in voorkomende gevallen) de neuroloog, wel tot een verklaring van de klachten komen, bijvoorbeeld omdat er sprake blijkt te zijn van een depressieve stoornis of een posttraumatisch stresssyndroom.⁸ Het kunnen stellen van die diagnose lijkt mij winst voor zowel slachtoffer als aansprakelijke partij. Voor het slachtoffer geldt namelijk dat een depressieve stoornis en een posttraumatisch stresssyndroom over het algemeen redelijk behandelbaar zijn, meestal met uitzicht op gedeeltelijk – of dikwijls zelfs volledig – herstel. Voor de aansprakelijke partij zal zich dit vertalen in een geringere schadelast.

2. Het objectiveren van – kort gezegd – het realiteitsgehalte van pijnklachten aan de hand van de door Kolder genoemde criteria zou naar mijn mening een slechte zaak zijn. De door Kolder opgesomde criteria zijn, zoals hij zelf al aangeeft, feitelijk dezelfde criteria als de criteria die onder vigeur van de oude richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie werden gehanteerd, en waarvan de neurologen nu juist in hun nieuwe richtlijnen afscheid hebben genomen. Het opnieuw ter hand nemen van deze criteria, maar dan nu in het kader van een poging het realiteitsgehalte van de klachten van het slachtoffer te objectiveren, zou betekenen dat de voorheen – naar de huidige neurologische inzichten ten onrechte – gehanteerde criteria nu op een ander niveau terugkeren. Dat is geen stap voorwaarts, maar – in het minst erge geval – een pas op de plaats. Met het op deze manier benaderen van slachtoffers die klachten uiten die zouden kunnen worden geduid in het kader van een postwhiplashsyndroom, blijft een belangrijk aspect – het psychiatrische – buiten beschouwing. En dat is een gemiste kans.

7. P.C. Knijp, De nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, TVP 2008, p. 126 e.v.

8. Zie bijv. ook G.F. Koerselman, Het postwhiplashsyndroom; wat is de rol van de psychiater?, TVP 2008, p. 132 e.v.