

De rol van de medisch adviseur(s) bij whiplash

# Blijven we pingpongen?

Ondanks de introductie van de herziene neurologerichtlijn in 2007 en suggesties om de term whiplash maar beter te mijden, neemt het aandeel whiplash in letselschadezaken en de daarmee gepaard gaande discussie nauwelijks af.

Door Laurens Buisman

Dit kwam recent ook weer naar voren uit het onderzoek naar langlopende letselschadezaken. Reden voor de politiek om specifiek aandacht te vragen voor de positie van whiplashslachtoffers.

Uiteraard hebben wij in onze 1MA-letselpraktijk ook te maken met whiplashzaken. Het aandeel daarvan varieert rond 35% van het totaal aangevraagde medische trajecten. Eveneens worden wij binnen onze verzekeringsgeneeskundige expertisetak geregeld gevraagd om beoordelingen te doen in langlopende whiplashzaken. Op basis van deze praktijkervaringen aan de 'voor- en achterkant', leveren we graag een constructieve bijdrage aan een verdere verbetering van de whiplashbeoordeling.

## De medisch adviseurs

Nog altijd laten medisch adviseurs aan beide zijden graag en veelvuldig hun licht schijnen over het WAD I-II klachtenpatroon. Met de bekende en voorspelbare zienswijzen, variërend van enerzijds geen medisch substraat, onvermijdelijk herstel binnen 3 maanden en het ontbreken van een medisch causaal verband tot anderzijds het stellige oordeel dat er wel degelijk sprake is van een aan het ongeval gerelateerd plausibel klachtenpatroon met blijvende beperkingen.

Het is geen uitzondering dat deze medische causaliteitsdiscussie, met vele pingpong-adviezen over en weer, jaren kan aanhouden zonder dat er zicht komt op overeenstemming tussen de beide medisch adviseurs. Opvallend is dat de vraag, in hoeverre de klachten in juridische zin (nog) aan het ongeval kunnen worden toegeschreven, niet of pas heel laat in het proces aan de orde komt. Veelal lijkt er sprake van een kokervisie op de medische causaliteitsdiscussie. Dat leidt ertoe dat de discussiërende medisch adviseurs in de arena staan, het slachtoffer machteloos toekijkt en de juridische causaliteitsbeoordeling ondergesneeuwd raakt.

Het gevolg zijn klassieke whiplashzaken waarbij een looptijd van 10+ jaren geen uitzondering is. En waarin vervolgens uit nood na vele jaren 'maar' gekozen wordt voor een neurologisch en verzekeringsgeneeskundig expertisetraject.

## Best practice

Ik pleit voor een betere structurering en fasering van deze whiplashzaken. In de eerste periode, grofweg de eerste zes



Laurens Buisman, eigenaar van 1medisch adviseur: "Aandacht voor whiplashzaken blijft actueel."

maanden, dient primair beoordeeld te worden of de klachten door het ongeval kunnen zijn veroorzaakt en in hoeverre er een plausibel klachtenpatroon is. Indien hiervan sprake is, kan de medisch adviseur deze fase benutten voor activerende begeleiding en het stimuleren van adequaat herstelgedrag. Als er vervolgens gunstig herstel optreedt, staat niets een vlotte regeling in de weg.

Mocht er onverhoopt sprake zijn van een stagnerend beloop, dan breekt de tweede fase aan. Allereerst kan nu de optie van een interventie overwogen worden. Daarnaast wordt het van belang om te beoordelen of er reeds eerder in de voorgeschiedenis soortgelijke klachten bestonden en of er eventueel alternatieve medische verklaringen zijn voor het aanhoudende klachtenpatroon. Door het bijtijds in kaart brengen van deze aspecten krijgen partijen vroegtijdig de broodnodige medische input ten behoeve van de juridische causaliteitsbeoordeling.

De derde fase start in het zicht van de twee-jaarstermijn waarbij er nog behoefte kan bestaan aan het in kaart brengen van de precieze beperkingen. Dit kan middels een persoonlijk onderzoek door de gemeenschappelijk medisch adviseur ofwel door een extern verzekeringsarts.

## Het kan anders

Jarenlang gepingpong tussen medisch adviseurs kan voorkomen worden door de juridische causaliteitskwestie vroegtijdiger centraal te stellen en de medisch adviseur per fase de op dat moment relevante vragen te stellen. <