

OPINIE: pleidooi voor erkenning van niet-objectiveerbaar letsel

# Onzichtbaar, maar niet onwerkkelijk

Dr. N.A.C. van den Boom<sup>1</sup>

Als medisch adviseur sinds 2020 kenmerkt mijn aanpak zich door een combinatie van wetenschappelijke kennis, klinische ervaring en begrip voor de individuele situatie van elke patiënt. Het is van cruciaal belang te benadrukken dat de afwezigheid van objectiveerbaar letsel op beeldvorming geenszins betekent dat een patiënt geen reële klachten of beperkingen ervaart. Deze visie wordt ondersteund door recente wetenschappelijke inzichten, juridische ontwikkelingen en richtlijnen zoals het Behandelkader Chronische Pijn (2020) <sup>1</sup>.

Vasthouden aan het idee dat er objectieve bewijzen moeten zijn voordat klachten worden erkend, is een problematische benadering, aangezien pijn en functionele beperkingen reëel kunnen zijn zonder duidelijk zichtbare afwijkingen op beeldvorming. Een voorbeeld hiervan is een casus waarbij een patiënt na een auto-ongeluk aanhoudende nekpijn en hoofdpijn rapporteerde, maar waar MRI-scans geen structurele afwijkingen toonden. Ondanks het gebrek aan 'objectief bewijs', was de impact op het dagelijks functioneren van de patiënt significant.

## "Fishing expedities" en onprofessionele praktijken:

Het is schandalig dat sommige medisch adviseurs van de wederpartij zich schuldig maken aan wat ik "fishing expedities" noem. Ze gaan voorbij aan consistente en samenhangende klachtenpatronen en focussen zich uitsluitend op het ontbreken van objectiveerbare afwijkingen op scans. Deze benadering is niet alleen onprofessioneel, maar ook potentieel schadelijk voor patiënten die werkelijk lijden. Soms zie ik zelfs dat de wederpartij vraagt om pre-existentie van de twee jaar voorafgaande aan het ongeval, vervolgens is deze

blanco. Dan wordt erna gesteld "maar dit bewijst nog niets". Totaal onbegrijpelijk vind ik dit.

## Misconcepties over pijnmeting:

Een van de meest frustrerende aspecten van deze benadering is de bewering dat "pijn hebben een aanname is omdat het niet meetbaar is". Dit is een volledig ongefundeerde stelling. We hebben juist gevalideerde instrumenten ontwikkeld, zoals de Visual Analogue Scale (VAS), om pijn te kwantificeren. Deze schalen zijn essentieel in de klinische praktijk en het wetenschappelijk onderzoek naar pijn <sup>2, zie ook 3</sup>.

## Erkenning van niet-objectiveerbaar letsel:

Het klakkeloos afdoen van klachten enkel op basis van beeldvorming en het ontbreken van objectiveerbaar letsel is absoluut onacceptabel. We moeten erkennen dat onze huidige diagnostische mogelijkheden beperkingen hebben. Zoals ik in mijn werk in de psychiatrie heb gezien, zijn er veel aandoeningen, zoals niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of posttraumatische stressstoornis (PTSS), die niet altijd zichtbaar zijn op scans, maar wel degelijk ernstige beperkingen veroorzaken.

## Individuele benadering en multidisciplinaire aanpak:

Het Behandelkader Chronische Pijn (2020) ondersteunt deze visie door te benadrukken dat patiënten in staat moeten zijn om actief deel te nemen aan een revalidatiebehandeling met als doel verbetering in activiteiten en participatie <sup>1</sup>. Dit vereist een individuele benadering waarbij we kijken naar de unieke situatie en behoeften van elk slachtoffer. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die ik heb behandeld met langdurige rugklachten na een val. Hoewel er geen duidelijke afwijkingen op de MRI te zien waren, was er wel sprake van een consistent patroon van pijn en functionele beperkingen. Door een multidisciplinaire aanpak, waarbij we niet alleen focusten op de fysieke aspecten maar ook op psychologische en sociale factoren, konden we significante verbeteringen bereiken in het functioneren van de patiënt. Dit sluit

<sup>1</sup> Dr. N.A.C. (Noortje) van den Boom, medisch adviseur. Als medisch adviseur aan de kant van het slachtoffer omvat mijn achtergrond een promotie in traumatologie en orthopedie (2024) en klinische ervaring in diverse medische disciplines. Momenteel ben ik bezig met een andere specialistenopleiding, namelijk huisarts-geneeskunde, waarbij ik momenteel werkzaam ben als arts bij de psychiatrie en veelvuldig te maken heb met o.a. PTSS en NAH.

aan bij de aanbevelingen in de richtlijn voor een multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van chronische pijn <sup>4</sup>. Zo zie ik in de praktijk frequent dat bij patiënten met chronische pijn de centrale sensitisatie een belangrijke rol kan spelen.

Dit fenomeen, waarbij de pijnperceptie in het centrale zenuwstelsel verstoord is, kan bijdragen aan de aanhoudende en vaak onverklaarbare pijnklachten. In het geval van de patiënt met langdurige rugklachten na een val, zou centrale sensitisatie een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de aanhoudende pijn, ondanks het ontbreken van structurele afwijkingen. Door ons niet alleen te richten op de fysieke oorzaken, maar ook de mogelijke rol van centrale sensitisatie en de daarmee gepaarde psychologische en sociale factoren, konden we de behandeling optimaliseren en zo de functionele verbetering bevorderen. Deze benadering sluit aan bij de laatste inzichten in de multidisciplinaire behandeling van chronische pijn, waarin ook de neurologische aspecten van pijnverwerking.

De rol van medisch adviseurs: In de praktijk betekent dit dat we als medisch adviseurs een cruciale rol spelen in het vertalen van complexe medische informatie naar begrijpelijke taal voor alle betrokken partijen. We moeten ervoor zorgen dat de focus ligt op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt, in plaats van ons blind te staren op het al dan niet aanwezig zijn van objectiveerbare afwijkingen. Het is in deze essentieel om te begrijpen dat letsels en pijn vaak wel degelijk reëel zijn, zelfs wanneer er geen duidelijke afwijkingen zichtbaar zijn op bijvoorbeeld een MRI of röntgenfoto. Chronische pijn kan voortkomen uit een verstoring van de pijnverwerking in het lichaam, zoals bij centrale sensitisatie, wat verklaart waarom sommige patiënten aanhoudende pijnklachten ervaren, ondanks het ontbreken van

fysieke “objectiveerbare” schade.

Pleidooi voor een nieuwe benadering: Als artsen moeten we ons verzetten tegen de tendens om alleen waarde te hechten aan wat we kunnen 'zien' op een scan. We moeten erkennen dat pijn en beperkingen complex zijn en niet altijd te vangen zijn in eenvoudige beeldvorming. Het is onze plicht om patiënten serieus te nemen, hun ervaringen te valideren en soms ook een holistische benadering te hanteren bij de beoordeling van letsel en beperkingen

## Conclusie

Ik pleit daarom voor een grondige herziening van de manier waarop we niet-objectiveerbaar letsel benaderen in de medische én juridische context. Zie hiervoor ook het artikel van de heer Keizer en Roth over de erkenning van niet-objectiveerbare letsels. We moeten afstappen van de eenzijdige focus op beeldvorming en meer waarde hechten aan consistente klachtenpatronen, functionele beperkingen en de daadwerkelijke impact op het leven van de patiënt. Alleen door een combinatie van wetenschappelijke kennis, klinische ervaring, en oprechte aandacht voor de individuele patiënt kunnen we recht doen aan de complexe realiteit van chronische pijn en niet-objectiveerbaar letsel. Dit vereist een paradigmaverschuiving in onze benadering, waarbij we erkennen dat de afwezigheid van bewijs geen bewijs van afwezigheid is <sup>5</sup>. Als artsen hebben we de ethische plicht om voorbij de grenzen van onze huidige diagnostische mogelijkheden te kijken en de volledige menselijke ervaring van onze patiënten te erkennen en te valideren.

Mijn motto: Van dossier naar mens: met een holistische blik op letselschade.

## Referenties:

- 1 Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA). (2020). Behandelkader Chronische Pijn.
- 2 Smeets, R. J., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kester, A. D., van der Heijden, G. J., van Geel, A. C., & Knottnerus, J. A. (2006). Active rehabilitation for chronic low back pain: Cognitive-behavioral, physical, or both? First direct post-treatment results from a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7, 5.
- 3 De Letselschade Raad. (2020). Gedragscode Behandeling Letselschade.
- 4 Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). (verwacht 2024). Leidraad Chronische pijn.
- 5 Elbers, N. A., & Akkermans, A. J. (2013). Epidemiologische inzichten in het verloop van whiplashklachten en hun relevantie voor de beoordeling van individuele gevallen. *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade*, 2013(3), 88-93.