

# Voorspellers van chronische aspecifieke klachten na een verkeersongeluk

Een onderzoek onder schadebehandelaars en belangenbehartigers

*Drs. I.M. Becx, dr. N.A. Elbers, prof. mr.  
dr. A.J. Akkermans, dr. J. Buitenhuis en mr. dr. A.J. Van\**

## 1. Inleiding

Een deel van de verkeersslachtoffers heeft na een ongeval last van klachten als nekpijn, stijfheid en uitstralende pijn naar andere lichaamsdelen, en klachten zoals misselijkheid, duizeligheid en evenwichtsproblemen.<sup>1</sup> Vanwege de zweepslagbeweging van de nek die kan plaatsvinden bij een achteropaanrijding is dit beeld bekend geraakt onder de term whiplash (zweeps slag). Deze term ziet op het veronderstelde ontstaansmechanisme en is als zodanig geen diagnose van een aandoening. In de internationale literatuur wordt daarvoor de term Whiplash-Associated Disorder (WAD) gehanteerd, die vier graderingen kent.<sup>2</sup> Sindsdien wordt whiplash vaak aangeduid met WAD I/II: een klachtenbeeld met spierpijn en stijfheid (in de nek) na een mogelijke zweeps slagbeweging, zonder

waarneembare lichamelijke afwijkingen. In een juridische context spreekt men vaak van ‘niet-objectiveerbare klachten’.<sup>3</sup>

In de meeste gevallen verdwijnen deze klachten binnen korte tijd vanzelf, maar er wordt geschat dat 20 tot 40% van de verkeersslachtoffers zes maanden na het ongeval nog last heeft van dit soort klachten.<sup>4</sup> Klachten die langer dan zes maanden aanhouden, worden als chronisch aangemerkt. Van de groep met chronische aspecifieke klachten ervaart 12 tot 50% dusdanige klachten, dat zij niet in staat zijn hun werk of dagelijkse activiteiten uit te voeren.<sup>5</sup>

Een deel van de benadeelden met deze klachten herstelt dus niet. Waarom deze mensen chronische klachten ontwikkelen, en anderen niet, is moeilijk te verklaren, aangezien de klachten niet objectief te verklaren zijn. Aanhoudende pijn en functionele beperkingen na een verkeersongeluk vormen niet alleen

\* Drs. I.M. Becx is promovenda aan de Vrije Universiteit Amsterdam en het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR) en verbonden aan het Amsterdam Law and Behavior Institute (A-LAB). Dr. N.A. Elbers is universitair docent aan de Vrije Universiteit Amsterdam en onderzoeker bij het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandaving (NSCR) en verbonden aan het Amsterdam Law and Behavior Institute (A-LAB). Prof. mr. dr. A.J. Akkermans is hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam en verbonden aan het Amsterdam Law and Behavior Institute (A-LAB). Dr. J. Buitenhuis is voorzitter van het Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde en medisch adviseur in letselschadezaken. Mr. dr. A.J. Van is advocaat en mediator bij Beer Advocaten en universitair docent aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door de Stichting Achmea Slachtoffer en Samenleving (SASS). SASS heeft geen invloed gehad op het ontwerp van de studie, de resultaten of de interpretatie van de uitkomsten.

1 L. Agnew e.a., ‘Factors associated with work ability in patients with chronic whiplash-associated disorder grade II-III: A cross-sectional analysis’, *Journal of Rehabilitation Medicine* (47) 2015, afl. 6, p. 546-551.

2 W.O. Spitzer e.a., ‘Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders: Redefining “whiplash” and its management’, *Spine* (20) 1995, afl. 8, p. 1S-73S.

3 In dit artikel worden de termen whiplash, ‘chronische aspecifieke klachten na een verkeersongeval’ en ‘functionele beperking’ soms door elkaar heen gebruikt, terwijl in de (internationale) literatuur voornamelijk van whiplash of WAD (I-II) wordt gesproken. Het eenvoudigste is om te spreken van ‘chronische aspecifieke klachten na een verkeersongeval’.

4 J. Buitenhuis e.a., ‘Work disability after whiplash: A prospective cohort study’, *Spine* (34) 2009, afl. 3, p. 262-267; L.J. Carroll e.a., ‘Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): Results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders’, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* (32) 2009a, afl. 2, p. S97-S107.

5 H. Adams e.a., ‘Psychosocial factors related to return to work following rehabilitation of whiplash injuries’, *Journal of Occupational Rehabilitation* (17) 2007, p. 305-315; J.A. Athanasou, ‘Return to work following whiplash and back injury: A review and evaluation’, *Medico-Legal Journal* (73) 2005, afl. 1, p. 29-33; Buitenhuis e.a. 2009; J. Miró, R. Nieto & A. Huguet, ‘Predictive factors of chronic pain and disability in whiplash: A Delphi poll’, *European Journal of Pain* (12) 2008, afl. 1, p. 30-47; B.P. Radanov, M. Sturzenegger & G. Di Stefano, ‘Long-term outcome after whiplash injury. A 2-year follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic, and psychosocial findings’, *Medicine* (74) 1995, afl. 5, p. 281-297; G.M. Scholten-Peters e.a., ‘Prognostic factors of whiplash-associated disorders: A systematic review of prospective cohort studies’, *Pain* (104) 2003, afl. 1-2, p. 303-322.

een grote last voor de betrokken individuen,<sup>6</sup> maar ook voor de gezondheidszorg, verzekeringsmaatschappijen en werkgevers.<sup>7</sup> De behandelingen die de gezondheidsuitkomsten voor mensen met deze klachten gunstig kunnen beïnvloeden, zijn doorgaans het meest effectief als zij in een vroeg stadium worden ingezet.<sup>8</sup> Daarom is het van belang om de groep mensen die klachten zullen ontwikkelen, zo vroeg mogelijk te identificeren. De vraag die in dit onderzoek centraal staat, is: ‘Welke factoren vormen een risico op het ontwikkelen van chronische specifieke klachten na een verkeersongeval?’<sup>9</sup> Het doel van het onderzoek is na te gaan of het mogelijk is vroegtijdig te detecteren welke personen in de risicogroep zitten, zodat een interventie ingezet kan worden die gericht is op die 20% van de verkeersslachtoffers die dat nodig heeft. Eerder onderzoek laat zien dat bepaalde factoren verband houden met het ontwikkelen van chronische specifieke klachten<sup>10</sup> en dus gezien kunnen worden als voorspellers.

We bespreken eerst de literatuur en doen dan verslag van een zogenaamd Delphi-onderzoek, dat is een kwalitatieve methode waarbij getracht wordt om onder experts, in dit geval letselschadespecialisten en letselschadeadvocaten (van de kant van de slachtoffers) en schadebehandelaars en schaderegelaars (van de kant van de verzekeraars), zo veel mogelijk consensus te bereiken, door in verschillende rondes stellingen voor te leggen.

## 2. Voorspellende factoren van WAD-klachten in de literatuur

Er zijn verschillende factoren die in verband worden gebracht met de ontwikkeling van chronische specifieke klachten. Van een aantal is bekend dat zij maar in beperkte mate de aanwezigheid en ontwikkeling van chronische specifieke klachten bepalen en/of voorspellen. Hieronder vallen demografische en sociaaleconomische factoren (zoals leeftijd, sekse en opleidingsniveau)<sup>11</sup> en ongevalsfactoren (zoals een kop-staart-

botsing of het al dan niet dragen van een gordel).<sup>12</sup> Enkele fysieke factoren zijn (wel) van een sterkere voorspellende waarde, waaronder een hoge mate van pijn na het ongeval<sup>13</sup> en de eerdere aanwezigheid van hoofdpijn of pijn aan de nek vóór het ongeval.<sup>14</sup>

Vanwege de beperkt voorspellende waarde van de bovenstaande factoren bestaat er in het bestaande onderzoek een duidelijke focus op psychosociale en cognitieve mechanismen die rond een ongeval in werking treden.<sup>15</sup> Het algemene inzicht is: hoe iemand met pijn of tegenslag omgaat, is van belang voor de ontwikkeling van WAD-klachten. Psychologische factoren die vaak genoemd worden, zijn angst en depressie,<sup>16</sup> catastroferen,<sup>17</sup> een negatieve herstelverwachting<sup>18</sup> en ervaren onrecht-

6 M. Heron-Delaney, J. Warren & J.A. Kenardy, ‘Predictors of non-return to work 2 years post-injury in road traffic crash survivors: Results from the UQ SuPPORT study’, *Injury* (48) 2017, afl. 6, p. 1120-1128.  
7 L. Campbell e.a., ‘Psychological factors and the development of chronic whiplash-associated disorder(s)’, *The Clinical Journal of Pain* (34) 2018, afl. 8, p. 755-768.  
8 Zie Reitsma e.a. in dit nummer.  
9 Dit artikel is in grote mate gebaseerd op het onderzoeksrapport *Voorspellers van chronische klachten na een verkeersongeval*, dat later dit jaar gepubliceerd zal worden.  
10 De hier besproken onderzoeken zijn allemaal in de context van chronische specifieke klachten na een verkeersongeval uitgevoerd. De meeste internationale studies hanteren de term WAD (I/II). Enkele studies hebben specifiek gekeken naar arbeidsongeschiktheid als gevolg van deze klachten en dit als uitkomstmaat in hun onderzoeken gebruikt.  
11 Carroll e.a. 2009a; P. Sarrami e.a., ‘Factors predicting outcome in whiplash injury: A systematic meta-review of prognostic factors’, *Journal of Orthopaedics and Traumatology* (18) 2017, p. 9-16; Scholten-Peeters e.a. 2003; D.M. Walton e.a., ‘Risk factors for persistent problems following whiplash injury: Results of a systematic review and meta-analysis’, *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* (39) 2009, afl. 5, p. 334-350.

12 Carroll e.a. 2009a; Sarrami e.a. 2017; Scholten-Peeters e.a. 2003; D.M. Walton & J.M. Elliott, ‘An integrated model of chronic whiplash-associated disorder’, *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* (47) 2017, afl. 7, p. 462-471.  
13 P.P. Casey, A.M. Feyer & I.D. Cameron, ‘Course of recovery for whiplash associated disorders in a compensation setting’, *Injury* (46) 2015, afl. 11, p. 2118-2129; Miró e.a. 2008; M. Sterling e.a., ‘Physical and psychological factors maintain long-term predictive capacity post-whiplash injury’, *Pain* (122) 2006, afl. 1-2, p. 102-108; Sarrami e.a. 2017; Walton e.a. 2009.  
14 Carroll e.a. 2009a; Miró e.a. 2008; Walton e.a. 2009.  
15 Walton & Elliott 2017.  
16 L.J. Carroll, ‘Beliefs and expectations for recovery, coping, and depression in whiplash-associated disorders: Lessening the transition to chronicity’, *Spine* (36) 2011a, p. S250-S256; Z. Dimitriadis e.a., ‘Do psychological states associate with pain and disability in chronic neck pain patients?’, *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* (28) 2015, afl. 4, p. 797-802; C. Gozzard e.a., ‘Factors affecting employment after whiplash injury’, *The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume* (83) 2001, afl. 4, p. 506-509; A. Mykletun e.a., ‘Reverse causality in the association between whiplash and symptoms of anxiety and depression: The HUNT study’, *Spine* (36) 2011, afl. 17, p. 1380-1386; S.M. Myrvtveit e.a., ‘Factors related to non-recovery from whiplash. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)’, *International Journal of Behavioral Medicine* (21) 2014, p. 430-438.  
17 Adams e.a. 2007; J.W. Burns e.a., ‘Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: A replication and extension of a cross-lagged panel analysis’, *Behaviour Research and Therapy* (41) 2003, afl. 10, p. 1163-1182; R. Nieto e.a., ‘Are coping and catastrophising independently related to disability and depression in patients with whiplash associated disorders?’, *Disability and Rehabilitation* (33) 2011, afl. 5, p. 389-398; Sarrami e.a. 2017; Walton e.a. 2009.  
18 Campbell e.a. 2018; J.S. Carriere e.a., ‘Expectancies mediate the relationship between perceived injustice and return to work following whiplash injury: A 1-year prospective study’, *European Journal of Pain* (21) 2017, afl. 7, p. 1234-1242; L.J. Carroll e.a., ‘Recovery in whiplash-associated disorders: Do you get what you expect?’, *The Journal of Rheumatology* (36) 2009b, afl. 5, p. 1063-1070; Heron-Delaney e.a. 2017; L.W. Holm e.a., ‘Expectations for recovery important in the prognosis of whiplash injuries’, *PLoS Medicine* (5) 2008, afl. 5, p. e105; D. Ozegovic, L.J. Carroll & J.D. Cassidy, ‘Does expecting mean achieving? The association between expecting to return to work and recovery in whiplash associated disorders: A population-based prospective cohort study’, *European Spine Journal* (18) 2009/18, p. 893-899.

vaardigheid.<sup>19</sup> Angst zou een serie aan biochemische gebeurtenissen in gang zetten waardoor de ervaring van pijn heviger zou zijn.<sup>20</sup> Depressie lijkt herstel te belemmeren: mensen met depressieve symptomen herstellen 75% trager dan mensen zonder depressieve klachten<sup>21</sup> en lopen een hoger risico op arbeidsongeschiktheid.<sup>22</sup> Catastroferen wordt gezien als een nadrukkelijk negatieve gedachtegang die tot uiting komt tijdens een (verwachte) pijnlijke ervaring. Die negatieve gedachtegang kenmerkt zich door piekeren, uitvergroting van de ervaring en ervaren hulpeloosheid.<sup>23</sup> Een negatieve herstelverwachting houdt in dat mensen niet of pas over lange tijd verwachten volledig te herstellen, en er lijkt een verband te bestaan tussen herstelverwachting en werkelijke hersteltijd.<sup>24</sup> In de studie werd gecontroleerd voor de mate van nekpijn en hoofdpijn direct na het ongeval en zelfbeoordeelde gezondheid na het ongeval.

Ervaren onrechtvaardigheid kan betrekking hebben op het lijden van verlies of schade waarvoor een ander verantwoordelijk is, of op de schadeafwikkeling bij bijvoorbeeld een verzekeraar.<sup>25</sup> Een hoge mate van ervaren onrechtvaardigheid is in eerder WAD-onderzoek gelinkt aan een hogere ervaren pijnintensiteit, een lagere herstelverwachting en een lagere kans op terugkeer naar werk.<sup>26</sup>

Tot slot zijn er factoren waarvan het onderzoek naar het verband met WAD-klachten nog niet ver ontwikkeld is, maar waarvan wel lijkt alsof er een verband bestaat met het ontwikkelen van chronische klachten. Dit geldt voor de invloed van de sociale omgeving, culturele context, persoonlijke omstan-

digheden en juridische factoren. Bij ondersteuning vanuit de sociale omgeving, ofwel sociale support, geldt dat een afwezigheid van ondersteuning uit de omgeving risicofactor vormt en dat sterke sociale support juist een positief effect heeft op herstel en terugkeer naar werk.<sup>27</sup> Slachtoffers die zoeken naar sociale support hebben korter last van nekkklachten dan zij die dat niet doen.<sup>28</sup> De manier waarop tegenslag, pijn en leed ervaren en geuit worden, is deels bepaald door de geldende culturele gebruiken en overtuigingen.<sup>29</sup> In verscheidene studies waarin de prevalentie van whiplash in verschillende landen wordt vergeleken, komt naar voren dat het aandeel betrokkenen met WAD-klachten enorm kan verschillen, terwijl het percentage betrokkenen bij een verkeersongeval met nekpijn ongeveer even groot is.<sup>30</sup> Het verschil tussen landen wordt (deels) toegedicht aan de verwachting van chronische (nek)klachten die verbonden worden aan de betrokkenheid bij een verkeersongeval. Een enkele keer worden problematische persoonlijke omstandigheden, zowel recente als langer bestaande omstandigheden, gerelateerd aan de ontwikkeling van chronische WAD-klachten.<sup>31</sup> Voorbeelden daarvan zijn het verlenen van mantelzorg, betrokkenheid bij een echtscheiding of problemen op het werk.<sup>32</sup> De stress die dit soort omstandigheden met zich meebrengt, lijkt een zware wissel te trekken op mensen. Zo wordt bijvoorbeeld gevonden dat alleenstaande moeders met minderjarige kinderen drie keer meer kans hebben op depressie dan moeders met partners of vrouwen zonder kinderen.<sup>33</sup> De relatie tussen problematische persoonlijke omstandigheden en het ontstaan en de ontwikkeling van chronische

19 Carriere e.a. 2017; R. Ferrari, 'A prospective study of perceived injustice in whiplash victims and its relationship to recovery', *Clinical Rheumatology* (34) 2015, afl. 5, p. 975-979; W. Scott e.a., 'Further validation of a measure of injury-related injustice perceptions to identify risk for occupational disability: A prospective study of individuals with whiplash injury', *Journal of Occupational Rehabilitation* (23) 2013, p. 557-565; M.J.L. Sullivan e.a., 'Perceived injustice and adverse recovery outcomes', *Psychological Injury and Law* (7) 2014, p. 325-334.

20 Dimitriadis e.a. 2015.

21 L.J. Carroll, J.D. Cassidy & P. Côté, 'The role of pain coping strategies in prognosis after whiplash injury: Passive coping predicts slowed recovery', *Pain* (124) 2006/124, afl. 1-2, p. 18-26.

22 H.K. Lo e.a., 'Factors associated with work ability following exercise interventions for people with chronic whiplash-associated disorders: Secondary analysis of a randomized controlled trial', *Journal of Rehabilitation Medicine* (50) 2018, p. 1-9.

23 M.J.L. Sullivan e.a., 'Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain', *The Clinical Journal of Pain* (17) 2001, afl. 1, p. 52-64.

24 Carroll e.a. 2009b.

25 M.J.L. Sullivan e.a., 'The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: Scale development and validation', *Journal of Occupational Rehabilitation* (18) 2008, p. 249-261.

26 B. Rodero e.a., 'Perceived injustice in fibromyalgia: Psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophizing and pain acceptance', *Journal of Psychosomatic Research* (73) 2012, afl. 2, p. 86-91; Sullivan e.a. 2008; M.J.L. Sullivan e.a., 'Perceived injustice is associated with heightened pain behavior and disability in individuals with whiplash injuries', *Psychological Injury and Law* (2) 2009, afl. 3-4, p. 238-247; M.J.L. Sullivan e.a., 'Pain, perceived injustice and the persistence of post-traumatic stress symptoms during the course of rehabilitation for whiplash injuries', *Pain* (145) 2009, afl. 3, p. 325-331.

27 P. Baltov e.a., 'Psychosocial and socio-demographic factors associated with outcomes for patients undergoing rehabilitation for chronic whiplash associated disorders: A pilot study', *Disability and Rehabilitation* (30) 2008, afl. 25, p. 1947-1955; J. Nijs e.a., 'Long-term functioning following whiplash injury: The role of social support and personality traits', *Clinical Rheumatology* (30) 2011, p. 927-935.

28 J. Buitenhuis, J. Spanjer & V. Fidler, 'Recovery from acute whiplash: The role of coping styles', *Spine* (28) 2003, afl. 9, p. 896-901.

29 J. Buitenhuis e.a., 'Catastrophizing and causal beliefs in whiplash', *Spine* (33) 2008, afl. 22, p. 2427-2433.

30 R. Ferrari & H. Schrader, 'The late whiplash syndrome: A biopsychosocial approach', *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* (70) 2001, afl. 6, p. 722-726; R. Ferrari e.a., 'Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury. A cross-cultural comparative study between Canada and Lithuania', *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* (8) 2002, afl. 11, p. 728-734; R. Ferrari, C. Constantoyannis & N. Papadakis, 'Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury: A cross-cultural comparative study between Canada and Greece', *Medical Science Monitor* (9) 2003, afl. 12, p. 120-124; R. Ferrari & C. Lang, 'A cross-cultural comparison between Canada and Germany of symptom expectation for whiplash injury', *Clinical Spine Surgery* (18) 2005, afl. 1, p. 92-97.

31 N.N. Burke e.a., 'Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: Clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms', *Journal of Neuroscience Research* (95) 2017, afl. 6, p. 1257-1270; Walton & Elliott 2017.

32 T. Miettinen e.a., 'Whiplash injuries in Finland – the possibility of some sociodemographic and psychosocial factors to predict the outcome after one year', *Disability and Rehabilitation* (26) 2004, afl. 23, p. 1367-1372; Miró e.a. 2008.

33 S. Targosz e.a., 'Lone mothers, social exclusion and depression', *Psychological Medicine* (33) 2003, afl. 4, p. 715-722.

WAD-klachten komt echter niet tot nauwelijks aan bod in de literatuur.

Pas sinds kort wordt onderzoek gedaan naar het effect van juridische factoren, zoals de aanwezigheid van een letselschade-procedure, op de ontwikkeling van WAD-klachten.<sup>34</sup> Betrokkenheid bij een letselschadeprocedure wordt gezien als een mogelijk negatief effect op het welzijn van betrokkenen.<sup>35</sup> Een verklaring voor dit verband is dat benadeelden hun letsel moeten ‘bewijzen’ om compensatie te ontvangen, en/of dat zij het gevoel kunnen hebben niet geloofd te worden.<sup>36</sup> Uit sommige studies komt naar voren dat slachtoffers die worden bijgestaan door een advocaat meer klachten ervaren dan slachtoffers zonder advocaat.<sup>37</sup> Hoewel een recente metastudie laat zien dat er een verband bestaat tussen compensatie- en juridische factoren en de aanwezigheid van chronische WAD-klachten,<sup>38</sup> wordt niet uit elke studie duidelijk wat deze ‘legal factors’ precies zijn, hoe het verband met chronische klachten er precies uitziet, of hoe juridische factoren uit andere jurisdicties zich vertalen naar de Nederlandse context.

### 3. Het door ons verrichte Delphi-onderzoek

Zoals duidelijk wordt uit het bovenstaande, is er al veel onderzoek gedaan naar welke factoren een voorspellende waarde hebben voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten, maar nog maar weinig onderzoek combineert al deze factoren in één studie. In dit huidige onderzoek is het ons doel om vanuit een holistisch perspectief de onderzoeksvraag te beantwoorden. Daarmee bedoelen we alle reeds genoemde factoren meenemen in het onderzoek, en niet slechts aandacht geven aan één van deze factoren. Dat is vernieuwend. Een tweede vernieuwend element aan onze studie is dat wij juridische professionals<sup>39</sup> hebben betrokken, in plaats van medici. Onder juridische professionals verstaan we: letselschadespecialisten die

slachtoffers als belangenbehartiger<sup>40</sup> bijstaan, en schadebehandelaars en schaderegelaars die bij verzekeringsmaatschappijen werken en daarmee officieel de veroorzaker vertegenwoordigen. Deze doelgroep is interessant omdat zij het slachtoffer in principe korte tijd na het ongeval treft, het slachtoffer lange tijd volgt en van dichtbij het herstelproces monitort.<sup>41</sup> Een derde vernieuwend element is dat we in dit onderzoek een methode hebben gekozen die het mogelijk maakt te onderzoeken of consensus tussen de verschillende juridische professionals kan ontstaan. Door tegenstrijdige belangen kan immers verdeeldheid ontstaan. Door het (anoniem) voorleggen van stellingen en het delen van de ontstane discussie kan het toewerken naar consensus een pragmatistische stap naar samenwerking vormen.

Naast dat in beeld wordt gebracht wat de factoren zijn die een risico vormen voor het ontwikkelen van chronische WAD-klachten, zullen twee deelvragen worden beantwoord:

1. Is er een verschil tussen de inschattingen van schadebehandelaars/schaderegelaars (aan de kant van de verzekeraars) en die van belangenbehartigers/rechtsbijstandsverzekeraars (aan de kant van de slachtoffers)?
2. Is er een verschil tussen de uitkomsten van eerder onderzoek (dat voornamelijk is uitgevoerd onder slachtoffers, door en met medici en sociaal wetenschappers) en de visie van juridische professionals?

Het uiteindelijke doel is het opstellen van een consensusdocument over mogelijke risicofactoren van whiplashgerelateerde arbeidsongeschiktheid. Een dergelijk consensusdocument kan bijdragen aan het vroegtijdig vaststellen of een persoon een verhoogd risico loopt op het ontwikkelen van langdurige WAD-klachten. Door vroegtijdig vaststellen kunnen interventies plaatsvinden die chronische uitval (arbeidsongeschiktheid) kunnen voorkomen.<sup>42</sup> Op dit moment is de praktijk dat er wordt afgewacht met interveniëren totdat duidelijk wordt dat de klachten chronisch zijn, wat maakt dat de klachten moeilijker te behandelen zijn. Overigens is het aanbieden van de interventie aan *alle* slachtoffers ineffectief en onnodig kostbaar, aangezien ongeveer 80% van deze groep vanzelf zal herstellen. Het is wel effectief om de risicogroep (de resterende 20%) in beeld te krijgen en hun een behandeling aan te bieden. Australisch onderzoek dat gebruik heeft gemaakt van een screeningstool, waarbij werknemers met een hoog risico op langdurige uitval door chronische specifieke klachten een multidisciplinaire behandeling werd aangeboden, liet zien dat de interventiegroep iets minder dan twee keer zo snel herstelde dan de controlegroep.<sup>43</sup>

34 L.J. Carroll e.a., ‘Complexities in understanding the role of compensation-related factors on recovery from whiplash-associated disorders: Discussion paper 2’, *Spine* (36) 2011b, p. S316-S321.

35 A. Cotti e.a., ‘Road traffic accidents and secondary victimisation: The role of law professionals’, *Medicine and Law* (23) 2004, p. 259-268; N.A. Elbers e.a., ‘Do compensation processes impair mental health? A meta-analysis’, *Injury* (44) 2013, afl. 5, p. 674-683; G.M. Grant e.a., ‘Relationship between stressfulness of claiming for injury compensation and long-term recovery: A prospective cohort study’, *JAMA Psychiatry* (71) 2014, afl. 4, p. 446-453.

36 D.C. Turk, J.P. Robinson & M.P. Duckworth, ‘The impact of psychosocial and contextual factors on individuals who sustain whiplash-associated disorders in motor vehicle collisions’, *Psychological Injury and Law* (11) 2018, p. 218-232; J. Thompson, N.A. Elbers & I. Cameron, ‘Optimising the health of people in road injury compensation processes: What is the role of regulators and insurers?’, in: A. Craig & R. Guest (red.), *Adversity after the crash: The physical, psychological and social burden of motor vehicle accidents*, New York: Nova Science 2019, p. 91-111.

37 Casey e.a. 2015; Elbers e.a. 2013.

38 Sarrami e.a. 2017.

39 Deze term impliceert dat de bedoelde professionals altijd een juridische achtergrond hebben, maar dat hoeft, zeker in het geval van een schadebehandelaar van een verzekeraar, niet het geval te zijn. Met de term *juridische professionals* doelen we op de professionals die vanuit hun rol in een juridische letselschadesetting contact hebben met benadeelden.

40 Dit kan als advocaat, letselschadespecialist of -expert.

41 M.A. Trippolini e.a., ‘Beyond symptom resolution: Insurance case manager’s perspective on predicting recovery after motor vehicle crash’, *Disability and Rehabilitation* (43) 2021, afl. 4, p. 498-506.

42 Adams e.a. 2007; Casey e.a. 2015.

43 M.K. Nicholas e.a., ‘Implementation of early intervention protocol in Australia for “high risk” injured workers is associated with fewer lost work days over 2 years than usual (stepped) care’, *Journal of Occupational Rehabilitation* (30) 2020, p. 93-104.

## 4. Methode

### 4.1 Design

Vanwege de controverse rondom het onderwerp WAD is de gebruikte methode zoals gezegd een zogenaamde Delphi-methode, een kwalitatieve methode met als doel consensus te behalen, door in verschillende rondes stellingen voor te leggen aan experts. Een belangrijk element van deze methode is het structureren van groepscommunicatie rondom een complex probleem, waarover nog veel onbekendheid of onenigheid is.<sup>44</sup> De mogelijk uiteenlopende meningen van experts worden op anonieme wijze verzameld. Het is een iteratief proces, met als kracht dat de communicatie wordt gevoed door feedback die de experts in de rondes kunnen uiten. Het aantal rondes van het iteratieve proces wordt bepaald door het moment waarop een mate van stabiliteit in de antwoorden wordt gerealiseerd, in andere woorden, waarna er (bijna) geen nieuwe consensus meer wordt behaald.<sup>45</sup> De anonimiteit stelt de experts in staat hun standpunt te wijzigen, waartoe men in geval van een openbare discussie wellicht minder geneigd zal zijn. Het is een nog weinig gebruikt onderzoeksinstrument in empirisch juridisch onderzoek, maar wordt ingezet in beleidscontext.<sup>46</sup> Deze methode is zeer geschikt voor dit onderzoek naar chronische specifieke klachten na een verkeersongeval, omdat dit een onderwerp is waarover experts flink van mening kunnen verschillen, met name wat betreft de invloed van juridische factoren.<sup>47</sup> Bovendien is er sprake van verschillende zienswijzen van de professionals aan de kant van de slachtoffers versus de professionals aan de kant van de verzekeraars.

### 4.2 Respondenten

Respondenten waren letselschadespecialisten en letselschadeadvocaten (van de kant van de slachtoffers) en schadebehandelaars en schaderegelaars (van de kant van de verzekeraars). De onderzoekers zijn in de periode 2018-2019 bij verschillende belangenbehartigerskantoren en Wet aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen (WAM)-verzekeraars langsgestaan om het onderzoek te pitchen en deelnemers te werven. De benaderde belangenbehartigerskantoren waren Nostimos (Almere), Kloppenburg (Amersfoort), Hofmans (Amsterdam), Flyct (Capelle aan den IJssel) en Andriessen (Rotterdam). De benaderde verzekeraars waren ASR (Utrecht), Nationale Nederlanden (Amsterdam), Achmea (Apeldoorn), ZLM (Goes), Univé (Assen en Zwolle) en Allianz (Rotterdam). Tot slot heeft de eerste auteur deelnemers geworven naar aanleiding

van een presentatie in januari 2020 op een congres van het Nederlands Instituut Schaderegelaars (NIS), waar zowel verzekeraars als belangenbehartigers aanwezig waren.

In totaal hadden 110 mensen zich aangemeld, aan wie de onderzoekers een e-mail hebben gestuurd met informatie over het onderzoek en een link met de vragenlijst. 77 respondenten hebben de vragenlijst ingevuld. Hiervan bleven 73 respondenten over die de vragenlijst in de eerste ronde hebben ingevuld, 56 respondenten die in de tweede ronde hebben deelgenomen, en 45 respondenten in de derde en laatste ronde. De rondes zijn tussen januari en september van 2020 uitgezet. De uitval leek op basis van de demografische variabelen aselectief: de demografische variabelen weken in de rondes niet af.

### 4.3 Procedure

Deelnemers werden per e-mail benaderd met uitleg over het onderzoek en de link naar de online vragenlijst. De vragenlijst bevatte stellingen met mogelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten na een verkeersongeval. De deelnemers werd gevraagd om de stellingen te beoordelen op een schaal van 1-9, waarbij 1 stond voor 'geen risicofactor' en 9 voor 'wel een risicofactor'. Er was ruimte om een toelichting te geven en eventueel nieuwe stellingen aan de lijst toe te voegen. Het invullen van de eerste ronde duurde ongeveer 30-45 minuten, de tweede en de derde ronde duurden ongeveer 20 minuten. Na iedere ronde werden de antwoorden geanalyseerd en de vragen waarop consensus was bereikt, werden verwijderd. Consensus was behaald als 75% van de respondenten het met elkaar eens was. Stellingen waarop nog geen consensus was behaald, kwamen terug in de volgende ronde. Op basis van de feedback van de respondenten zijn sommige vragen geherformuleerd en is na de eerste ronde een aantal vragen toegevoegd. Respondenten kregen ook een overzicht van de geanonimiseerde resultaten van alle respondenten op de verschillende items, inclusief wat ze zelf per stelling hadden geantwoord. Op basis hiervan konden respondenten eventueel hun standpunt aanpassen. In totaal hebben drie rondes plaatsgevonden.

### 4.4 Vragenlijst

De vragenlijst was gebaseerd op de vragenlijst van Miró en collega's (2008). Miró en collega's hebben in 2008 een Delphi-studie gedaan naar risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische pijn en beperkingen van whiplash. De experts die zij bevroegen, waren vooral medische professionals en academici op het gebied van whiplash. De vragenlijst met stellingen die zij hebben ontwikkeld, was gebaseerd op een systematische review.<sup>48</sup> De oorspronkelijke vragenlijst van Miró bestond uit 111 items, die de basis van de huidige vragenlijst vormden. Miró's stellingen zijn vertaald naar het Nederlands. Vervolgens zijn op basis van de meest recente literatuur de vragen toegevoegd over met name psychosociale en juridische factoren, waaronder over ervaren onrechtvaardigheid, catastrofen,

44 F. Hasson, S. Keeney & H. McKenna, 'Research guidelines for the Delphi survey technique', *Journal of Advanced Nursing* (32) 2000, afl. 4, p. 1008-1015.

45 Hasson e.a. 2000.

46 M. Turoff & H.A. Linstone, *The Delphi method-techniques and applications*, Reading: Addison-Wesley Publishing Company 2002; S. Keeney, F. Hasson & H. McKenna, 'Consulting the oracle: Ten lessons from using the Delphi technique in nursing research', *Journal of Advanced Nursing* (53) 2006, afl. 2, p. 205-212; G.J. Skulmoski, F.T. Hartman & J. Krahn, 'The Delphi method for graduate research', *Journal of Information Technology Education: Research* (6) 2007, afl. 1, p. 1-21.

47 Carroll e.a. 2011a.

48 Nieto e.a. 2011.

herstelverwachting, werktevredenheid en sociale steun. De vragenlijst is als pilot getest bij vier professionals. Uiteindelijk bestond de vragenlijst in de eerste ronde uit 154 stellingen geclusterd in zeven domeinen:

1. psychosociale factoren (64 items): depressie, angst, coping, gevoel van onrechtvaardigheid, catastroferen;
2. ongevalsfactoren (8 items): bestuurder/bijrijder, gordel, beschadiging auto, hoofdsteun, type auto;
3. sociale factoren (9 items): sociale steun, stressvolle thuisomstandigheden, hulp bij dagelijkse klusjes;
4. werkomgevingsfactoren (13 items): baan zekerheid, zwaarte van het werk, waardering leidinggevende, tevredenheid baan, aantal werkuren;
5. juridische factoren (6 items): betrokkenheid belangenbehartiger, houding verzekeringsmaatschappij, looptijd procedure, medisch beoordelingstraject;
6. fysieke en medische factoren (47 items): nekpijn, rugpijn, slaap, neurologische klachten, roken, alcohol, vertrouwen in de zorg, lichaamsbeweging, ziektegeschiedenis enzovoort;
7. demografische factoren benadeelde (7 items): geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status, opleiding, samenwonen.

Op basis van de open tekstsuggesties van de respondenten zijn na de eerste ronde 24 vragen toegevoegd: zeven daarvan aan de fysieke en medische factoren, vijf aan de juridische factoren, vier aan de psychosociale factoren en werkfactoren, drie aan ongevalsfactoren, een aan de demografische factoren en geen nieuwe stellingen werden toegevoegd aan de sociale factoren. Bijvoorbeeld: bij ongevalsfactoren of er een trekhaak op de auto zat, en bij demografische variabelen of de benadeelde een niet-westerse achtergrond heeft.

De vraag die aan de respondenten is voorgelegd, luidt:

‘Ongeveer 20% van alle verkeersslachtoffers ontwikkelt chronische, moeilijk objectiveerbare klachten. In dit onderzoek zijn we op zoek naar factoren die volgens u een risico vormen voor whiplashgerelateerde chronische arbeidsongeschiktheid. Chronische arbeidsongeschiktheid wordt gedefinieerd als arbeidsongeschiktheid die zes maanden of langer aanhoudt. Beoordeel aan de hand van de onderstaande stellingen of het juist wel of niet om een risicofactor gaat.’

De uitkomstmaat was de mate waarin volgens deelnemers een bepaalde factor een voorspeller was van een chronische functi-

onele beperking.<sup>49</sup> De antwoordschaal was een likertschaal van 1-9 (1 = ‘geen risicofactor’, 9 = ‘wel een risicofactor’) en een ‘weet niet’-categorie.<sup>50</sup> De negenpuntsschaal is in een handboek over de Delphi-methode aangemerkt als de beste.<sup>51</sup> In de eerste ronde werden ook de demografische variabelen van de respondent uitgevraagd: geslacht, leeftijd, hoogste opleiding, branche, werkervaring, de mate waarin ze rechtstreeks contact hadden met benadeelden. De vragenlijst is geprogrammeerd in het softwareprogramma Limesurvey.

#### 4.5 Analyse

De antwoorden op de negenpuntsschaal zijn als volgt geclusterd: antwoordcategorie 1-3 ‘geen risicofactor’, antwoordcategorie 4-6 ‘neutraal’ en antwoordcategorie 7-9 ‘wel risicofactor’. Als 75% van de respondenten 1-3, 4-6 of 7-9 had geantwoord, werd de stelling gedefinieerd als consensus behaald. Het gekozen percentage van 75% is gelijk aan het percentage gekozen door Miró en collega’s (2008), wat ook het meest gangbare *cut-off*-percentage is.<sup>52</sup> De analyse betrof het uitdraaien van beschrijvende statistieken. Specifiek werd gekeken of er (1) consensus is behaald, (2) als niet, of er verschillen waren tussen belangenbehartigers en verzekeraars.<sup>53</sup> Data werden geanalyseerd in SPSS (software IBM SPSS Statistics 27).

#### 4.6 Ethiek

De Ethische Commissie van de Rechtenfaculteit van de Vrije Universiteit Amsterdam zag geen bezwaren in de uitvoering van het onderzoek.

49 Dit week af van de manier waarop Miró e.a. (2008) de uitkomst hadden geformuleerd, namelijk als ‘chronische pijn en beperking’. De manier waarop de uitkomstmaat is geformuleerd, is tot stand gekomen in gesprek met de verzekeraars. In de wetenschappelijke literatuur is ‘terugkeer naar werk’ (*work disability*) een belangrijke uitkomstmaat. In Nederland zou dit worden vertaald als ‘arbeids(on)geschiktheid’, maar dit is beperkt omdat deze term niet van toepassing is op mensen die (nog) geen betaald werk doen (studenten, mantelzorgers of vrijwilligers). In samenspraak met de verzekeraars is uitgekomen op de term ‘structurele functionele beperking’, waarbij ‘structureel’ verwijst naar een herstelperiode van meer dan zes maanden, waarmee rekening is gehouden met chroniciteit. De term ‘functionele beperking’ omvat ook onbetaald werk en dagelijkse bezigheden. De term structureel functionele beperking is de officiële term die gebezigd wordt door Nederlandse overheidsinstanties zoals het UWV.

50 De negenpuntlikertschaal wijkt af van de antwoordschaal van Miró e.a. (2008), die hadden gekozen voor een honderdpuntsschaal. Oorspronkelijk hadden we ook een honderdpuntsschaal. Echter, in de pilotfase werd teruggekoppeld dat een honderdpuntsschaal in de onlineversie niet prettig te beantwoorden was, waarna is gekozen voor een negenpuntsschaal.

51 M. Scheibe, M. Skutsch & J. Schofer, ‘IV. C. Experiments in Delphi methodology’, in: M. Turoff & H.A. Linstone (red.), *The Delphi method: Techniques and applications*, Reading: Addison-Wesley Publishing Company 2002, p. 257-281.

52 Keeney e.a. 2009.

53 Deze laatste verschillen zijn, door de geringe omvang van de steekproef, berekend aan de hand van Fisher’s Exact Test; A. Field, *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*, Thousand Oaks, CA: Sage 2013.

Tabel 1 Demografische gegevens van de deelnemers (n = 73)

Variabele	Subcategorie	n (%) M (SD)
Geslacht	Man	51%
	Vrouw	49%
Leeftijd		M = 48 (SD = 9,6)
Rol	Schadebehandelaar (werkt voor verzekeraar)	53%
	Belangenbehartiger	47%
Werkervaring (in jaren)		M = 20 (SD = 9,6)
Hoogste opleiding	Wo	51%
	Hbo	35%
	Mbo	5%
	Middelbare school	5%

## 5. Resultaten

### 5.1 Demografische variabelen respondenten

De gemiddelde leeftijd van de respondenten (n = 73) was 48 jaar (range: 27-65 jaar). De verdeling van zowel mannen en vrouwen als belangenbehartigers en verzekeraars was ongeveer 50/50. Het gemiddeld aantal jaren werkervaring in de letselschadebranche was 20 jaar (range: 1-40 jaar). Het grootste deel was hoogopgeleid (86%) (hbo+). De demografische variabelen van de respondenten staan beschreven in tabel 1.

### 5.2 Consensus

In totaal is op 103 stellingen consensus bereikt (103 van het totaal van 178 items = 58%). De eerste ronde bevatte 154 items, waarbij op 63 items consensus is bereikt (40%). In de tweede ronde zijn op basis van de toelichtingen van respondenten nog 24 vragen toegevoegd aan de 91 stellingen die over waren uit ronde 1. Daarmee kwam het aantal voorgelegde items op 115, waarop er op 33 items consensus werd bereikt (29%). In de derde ronde zijn de overige 82 items voorgelegd en is op 7 items consensus bereikt (9%). De meeste consensus is gevonden op de sociale factoren (67%), de psychosociale factoren (66%), de fysieke en medische factoren (65%) en de juridische factoren (64%). Binnen de werkgerelateerde factoren is op iets minder dan de helft van de stellingen consensus gevonden (47%). Binnen de ongevalsfactoren is er op 15% van de stellingen consensus gevonden. Er is op geen van de stellingen over de demografische gegevens van de benadeelde consensus gevonden.

### 5.3 Demografische gegevens van de benadeelde

Op geen enkele stelling uit deze categorie is consensus bereikt. Op basis van de feedback van de respondenten is een stelling toegevoegd over de niet-westerse (culturele) achtergrond van een benadeelde, maar daar is ook (net) geen consensus op bereikt.

### 5.4 Ongevalsfactoren

Er werd alleen consensus bereikt op de stellingen over een kop-staartbotsing en dat de benadeelde eerder betrokken was bij andere ongevallen; deze werden aangemerkt als een risicofactor. Op geen van de andere stellingen is consensus bereikt.

### 5.5 Fysieke en medische factoren

De stellingen waarop consensus is bereikt en die derhalve volgens de deelnemers gezien kunnen worden als risicofactor voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten, kunnen als volgt geclusterd worden: voorgeschiedenis (onder andere nekletsel of -klachten, hoofdpijn, chronische klachten en psychische aandoeningen), specifieke medische symptomen (onder andere beperking van beweegmogelijkheden), pijn na het ongeval (onder andere constante nekpijn en hoge intensiteit nekpijn), cognitieve of neurologische klachten (verslechtering algehele cognitie en verhoogde gevoeligheid zintuiglijke prikkels), slaapproblemen (slaapstoornis of weinig slaap), bepaald gedrag (onder andere excessief gebruik gezondheidszorg) en bepaald advies van zorgprofessionals (onder andere het 'etiket' whiplash en rust houden). De stellingen waarop geen consensus is bereikt, kunnen als volgt geclusterd worden: medische familiegeschiedenis (nekkklachten en chronische pijn), pijnervaring (nekpijn, hoofdpijn of lage rugpijn), levensstijl (onder andere roken, gewoonlijk alcohol drinken en zittende levensstijl), als er in het medisch traject iets gebeurt (onder andere lange tijd tussen ongeval en eerste bezoek zorgverlener), niet aan pijn gerelateerde chronische ziekte, en meer letsel dan enkel whiplashgerelateerde klachten.

### 5.6 Psychosociale factoren

De stellingen waarop consensus is bereikt en die volgens de deelnemers gezien kunnen worden als risicofactoren voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten gaan over: angst, depressie en neerslachtigheid, somatiseren, catastrofieren, een negatieve herstelverwachting, een belemmerende

pijnervaring (het ontwijken van beweging of fysieke inspanning) en perfectionisme. De stellingen waarop geen consensus is gevonden, zijn: omgang met emoties (onder andere moeite met uiten van emoties), persoonlijkheid (introversie) en omgang met pijn (onder andere rust zoeken bij pijn en pijn negeren).

#### *5.7 Sociale omgeving*

De stellingen waarop consensus is bereikt en die dus gezien kunnen worden als risicofactor voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten, hadden als onderwerp de stressvolle (privé)situatie van de benadeelde, tegenslagen of veranderingen in de privésituatie en weinig sociale steun. De stellingen waarop geen consensus is bereikt, hadden als onderwerp dat de benadeelde kan rekenen op iemand die ofwel informatie geeft om een situatie beter te begrijpen, ofwel helpt met dagelijkse klusjes, ofwel advies geeft over persoonlijke problemen. Respondenten benadrukten in hun toelichtingen op de stellingen dat de manier waarop de sociale omgeving omgaat met de uitingen van pijn van een benadeelde erg belangrijk kan zijn.

#### *5.8 Werkomgeving*

De stellingen waarover consensus is bereikt en die daarom gezien kunnen worden als risicofactor voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten, waren onvrede over zijn of haar baan, geen baanzekerheid, hoge werkdruk of -belasting, niet gewaardeerd voelen en negatieve of geen reactie van de werkgever over zijn of haar ervaren pijn. Er is geen consensus bereikt op stellingen die betrekking hadden op de vragen of de benadeelde in loondienst werkt, een parttime aanstelling heeft of zelfstandige zonder personeel (zzp'er) is, een fysiek inspannende baan heeft, in ploegendiensten werkt, eentonig werk doet, veel met een computer werkt, of in het onderwijs werkt. Ook over de stelling of de benadeelde vanuit zijn of haar werk of vanuit de verzekeraar een aanbod voor re-integratie of coaching heeft gekregen, is geen consensus bereikt.

#### *5.9 Juridische factoren*

De stellingen waarop consensus is bereikt en die daarom volgens de deelnemers gezien kunnen worden als risicofactor voor het ontwikkelen van chronische specifieke klachten, waren: een gerechtelijke procedure, een langlopende buitengerechtelijke afwikkeling, dat de schaderegeling moeizaam verliep, een lage reactiesnelheid van de verzekeraar, een niet doortastend reagerende verzekeraar, dat de benadeelde wegens onvrede wisselde van belangenbehartiger, en dat de benadeelde eerder een whiplashclaim bij een verzekeraar had ingediend. Er is geen consensus bereikt over of de benadeelde al dan niet een belangenbehartiger had, of de benadeelde een medisch beoordelingstraject doorliep, en of de belangenbehartiger erg meeleeft. Verzekeraars zagen hier vaker een risico in dan belangenbehartigers. Sommige respondenten lichtten de invloed die een belangenbehartiger volgens hen kan hebben verder toe in hun opmerkingen. Zo schrijft een schadebehandelaar van de verzekeraar:

‘Er zijn belangenbehartigers die – bedoeld of onbedoeld, expres of door onkunde – benadeelden bevestigen in klachten, ellende en schade. Daar zit veel secundaire victimisatie. (...) Onder verzekeraars bestaat redelijke consensus over welke advocaten en andere belangenbehartigers dit proces sterk negatief beïnvloeden, maar je ziet ook dat de risico-klanten sneller zo'n belangenbehartiger uitkiezen.’

#### *5.10 Complexiteit van chronische specifieke klachten*

Meerdere respondenten benadrukten dat het voorspellen van chronische specifieke klachten een complexe aangelegenheid is, waarvan het niet zo is dat de aan- of afwezigheid van een bepaalde factor leidt tot een (functionele) beperking. Juist de combinatie van meerdere factoren maakt dat chronische specifieke klachten kunnen ontstaan.

#### *5.11 Verschil tussen verzekeraars en belangenbehartigers*

Op 75 (42%) stellingen is géén consensus bereikt. Van die stellingen hebben we onderzocht of er een verschil bestond tussen de manier waarop verzekeraars en belangenbehartigers antwoord hebben gegeven. Op 11 stellingen vonden we een statistisch significant verschil tussen de respondenten, waarbij verzekeraars stellingen vaker aanmerkten als een risicofactor dan belangenbehartigers. Met statistisch significant wordt bedoeld dat het verschil tussen de groepen niet op toeval berust. De domeinen waarop de verschillen zijn gevonden, zijn: demografische gegevens, ongevalsfactoren, fysieke factoren, psychosociale factoren en juridische factoren. In tabel 2 is, ter illustratie, een aantal van deze stellingen opgenomen, waarin de antwoorden van verzekeraars en belangenbehartigers naast elkaar zijn geplaatst. In de tabel is respectievelijk onder VZ (verzekeraar) en BBH (belangenbehartiger) te lezen hoe deze groepen in elke antwoordcategorie hebben geantwoord.

Tabel 2 *Verskil in antwoord tussen verzekeraars en belangenbehartigers*

Stelling	Geen risico		Neutraal		Wel risico		P-waarde
	VZ	BBH	VZ	BBH	VZ	BBH	
De benadeelde heeft een laag opleidingsniveau	0%	24%	63%	52%	37%	24%	0,029
Er was sprake van een technisch lage botsimpact	17%	24%	33%	67%	46%	9%	0,017
De benadeelde had een familie-anamnese (familiegeschiedenis) van nekklachten	4%	5%	4%	43%	88%	48%	0,003
De benadeelde neemt na het ongeval absolute rust	0%	10%	21%	48%	79%	38%	0,013
De benadeelde wordt bijgestaan door een belangenbehartiger	4%	48%	58%	43%	38%	9%	0,001
De belangenbehartiger leeft erg mee met de benadeelde	0%	29%	33%	52%	67%	19%	< 0,001

N = 45. De antwoordcategorie 'weet ik niet' is in deze tabel weggelaten, waardoor het totaalpercentage voor sommige stellingen niet op 100% uitkomt.

## 6. Discussie

In de discussie wordt voornamelijk ingegaan op de verschillen en overeenkomsten tussen de risicofactoren die de juridische professionals aangeven in vergelijking met de internationale wetenschappelijke literatuur.

### 6.1 Risicofactoren aangemerkt door juridische professionals en internationale literatuur

De respondenten in deze studie hebben geen enkele *demografische variabele* aangewezen als risicofactor. Dit komt overeen met de internationale literatuur, waarin ook geen (of juist tegenstrijdig) bewijs is gevonden.<sup>54</sup> In de categorie *ongevalsfactoren* werden kop-staartbotsingen en een eerdere betrokkenheid bij ongevallen door de respondenten in de huidige studie aangemerkt als voorspellende risicofactoren voor chronische beperking; dit wordt niet bevestigd door internationale meta-analyses.<sup>55</sup> Afgezien hiervan komen de inschattingen van de respondenten qua ongevalsfactoren dus overeen met de internationale literatuur.

In het domein van *medische en fysieke factoren* zien de respondenten constante nekpijn en een hoge intensiteit van de nekpijn na het ongeval als risicofactor voor het ontwikkelen van een chronische beperking. Dit komt overeen met overzichtsstudies.<sup>56</sup> In overzichtsstudies komen de andere factoren, zoals

voorgeschiedenis met chronische pijn en/of ziekteverzuim en nekletsel voorafgaand aan het ongeval, echter niet voor. In opzichzelfstaande studies is dat wel het geval. Respondenten zien daarnaast het (absolute) rust houden op advies van een zorgprofessional en het 'etiket' whiplash krijgen als risicofactoren. De invloed die zorgprofessionals kunnen hebben op de beleving en daaropvolgend de ontwikkeling van pijnklachten komt niet aan bod in overzichtsstudies, maar zou een interessante invalshoek kunnen zijn voor toekomstig onderzoek.

Qua *psychosociale factoren* zien respondenten in de huidige studie de neiging van benadeelden om stil te staan bij de ervaren pijn en het overdrijven van pijn als een duidelijke risicofactor. Dat komt overeen met overzichtsstudies, waarin catastroferen ook wordt genoemd als risicofactor voor chronische specifieke klachten.<sup>57</sup> Respondenten noemen ook een negatieve herstelverwachting als voorspeller van chronische specifieke klachten. Deze factor komt niet in overzichtsstudies naar voren, enkel in opzichzelfstaande studies. Angst en depressie worden daarentegen wel door de respondenten in zowel deze studie als internationale studies genoemd als risicofactoren.<sup>58</sup> Hetzelfde geldt voor de angst om te bewegen door pijn.<sup>59</sup> Door de respondenten wordt perfectionisme genoemd als risicofactor. Deze factor komt in overzichtsstudies niet voor. Een overkoepelend thema dat naar voren kwam uit het huidige onderzoek, is dat volgens de respondenten stressvolle of belastende omstandigheden (ook wel *life stressors*) een belangrijke risicofactor vormen voor het ontwikkelen van chronische speci-

54 Sarrami e.a. 2017; Scholten-Peeters e.a. 2003.

55 Sarrami e.a. 2017; D.M. Walton e.a., 'Risk factors for persistent problems following acute whiplash injury: Update of a systematic review and meta-analysis', *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* (43) 2013, afl. 2, p. 31-43.

56 Carroll e.a. 2009a; Miró e.a. 2008; Sarrami e.a. 2017; Scholten-Peeters e.a., 2003; Walton e.a. 2013.

57 Sarrami e.a. 2017; Walton e.a. 2013.

58 S.J. Kamper e.a., 'Course and prognostic factors of whiplash: A systematic review and meta-analysis', *Pain* (138) 2008, afl. 3, p. 617-629.

59 Sarrami e.a. 2017.

fieke klachten. Het werk van de benadeelde kan een stressvolle of belastende invloed zijn, als ook bepaalde omstandigheden in de privésfeer. In grote overzichtsstudies worden sociale, persoonlijke of werkgerelateerde factoren niet meegenomen. In sommige opzichzelfstaande studies wordt wel genoemd dat dit soort belastende omstandigheden een negatief effect kunnen hebben op het herstel van benadeelden.<sup>60</sup>

### 6.2 Juridische factoren

Gezien de geringe aandacht in de bestaande literatuur voor juridische factoren en het mogelijke effect hiervan op het herstelproces en de nog niet eerder onderzochte vraag hoe juridische professionals kijken naar hun eigen rol in dit proces, willen we in dit onderzoek bijzondere aandacht besteden aan juridische factoren. Uit de stellingen waarover consensus is bereikt, is op te maken dat wanneer een procedure langer of moeizamer is dan in de regel het geval is, dit verband kan houden met het ontwikkelen van chronische specifieke klachten. In sommige overzichtsstudies worden 'legal factors' genoemd als risicofactor,<sup>61</sup> maar wordt het niet duidelijk wat daarvan de definitie is en of in deze gevallen een letselschadeprocedure an sich wordt bedoeld, of een langdurige of moeizame buitengerechtelijke afwikkeling.

Over de betrokkenheid van een belangenbehartiger als risicofactor voor chronische specifieke klachten waren de respondenten het oneens. Verzekeraars zagen hierin een risicofactor, terwijl belangenbehartigers zelf het juist geen risicofactor vonden. Eerder onderzoek laat zien dat de betrokkenheid van een belangenbehartiger een negatieve invloed kan hebben op het welzijn van de betrokkene.<sup>62</sup> Een verklarend argument dat door respondenten aan de kant van de verzekeraars wordt genoemd, is dat belangenbehartigers, bedoeld of onbedoeld, de benadeelde kunnen bevestigen in de beleving van hun pijn. Een tegengesteld uit de literatuur is dat benadeelden met meer en/of zwaardere klachten nu eenmaal sneller een belangenbehartiger kiezen. Het is dan dus niet de belangenbehartiger die het herstel van de benadeelde in de weg staat, maar de benadeelde die sowieso al een groter risico loopt op het ontwikkelen van chronische specifieke klachten, die eerder voor een belangenbehartiger zou kiezen.<sup>63</sup> Het kan ook zijn dat de belangenbehartigers de invloed van hun eigen handelen en hun rol in het proces niet goed doorzien. Hierbij kan een rol spelen dat belangenbehartigers, net als schadebehandelaars van verzekeraars, doorgaans juridisch zijn opgeleid en niet medisch of psychologisch.

De respondenten vonden ook consensus op een traag of niet doortastend reagerende verzekeraar. Uit een overzichtsstudie

blijkt ook dat de houding van een schadebehandelaar een negatieve impact kan hebben op de gezondheid/het welzijn van de betrokkene.<sup>64</sup> Dit was overigens een studie onder werkgerelateerde ongevallen, geen WAD. Een van de genoemde redenen daarvoor is de financiële afhankelijkheid die benadeelden voelen ten opzichte van de verzekeraar. In dezelfde studie wordt echter gevonden dat de betrokkenheid van een schadebehandelaar positief kan uitwerken op de ervaring van betrokkenen door bijvoorbeeld begrip te tonen voor de situatie van de benadeelde, het geven van uitleg en antwoorden en het bieden van op maat gemaakte service.<sup>65</sup>

### 6.3 Perspectief (juridische) professionals op herstel van benadeelde

In dit onderzoek is gebleken dat de risicofactoren die worden genoemd door juridische professionals grotendeels overeenkomen met de risicofactoren die worden beschreven in de internationale literatuur. Echter, bij juridische professionals zelf bestond soms twijfel over de mate waarin ze een goed beeld hebben van het herstel (met name de psychologische risicofactoren) van cliënten met chronische specifieke klachten, zo bleek uit de open tekst. Een belangenbehartiger schreef bijvoorbeeld: 'Ik denk soms mijn slachtoffer te kennen, maar zeker weten doe ik dat nooit. Ik kan niet in de hoofden van mensen kijken.'

Waar het gaat om het perspectief van (juridische) professionals bestaat er verschil tussen belangenbehartigers en verzekeraars, namelijk dat van alle stellingen waarop een (statistisch significant) verschil tussen verzekeraars en belangenbehartigers is gevonden, verzekeraars de desbetreffende factor vaker aanmerkten als een risicofactor dan belangenbehartigers. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekeraars vanuit hun betalende rol meer gericht zouden zijn op het daadwerkelijke herstel van een benadeelde dan belangenbehartigers, tenminste voor zover de laatsten het behalen van een zo hoog mogelijke schadevergoeding als hun primaire doel zien, waardoor zij minder aandacht hebben voor de mogelijk negatieve effecten van een letselschadetraject op de gezondheid van hun cliënten.

### 6.4 Beperking van het onderzoek

Een beperking van het onderzoek is dat de uitval van respondenten gedurende de drie rondes groter was dan gehoopt, namelijk 38%<sup>66</sup> (van n = 73 in ronde 1 naar n = 45 in ronde 3). In reguliere kwantitatieve longitudinale studies is de uitval van respondenten bij voorkeur niet meer dan 20%. De uitval lijkt in ieder geval niet te hebben geresulteerd in een selectiebias (aangezien de demografische variabelen gelijk bleven in de drie rondes), al kan op basis van 'enkel' demografische variabelen

60 Miró e.a. 2008.

61 Carroll e.a. 2009a; Sarrami e.a. 2017.

62 R.T. Gun e.a., 'Risk factors for prolonged disability after whiplash injury: A prospective study', *Spine* (30) 2005, afl. 4, p. 386-391; I.A. Harris e.a., 'Predictors of general health after major trauma', *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* (64) 2008, afl. 4, p. 969-974.

63 Thompson e.a. 2019.

64 E. Kilgour e.a., 'Interactions between injured workers and insurers in workers' compensation systems: A systematic review of qualitative research literature', *Journal of Occupational Rehabilitation* (25) 2015, p. 160-181.

65 Kilgour e.a. 2015.

66 De verdeling verzekeraars en belangenbehartigers is hierbij in elke ronde redelijk gelijk gebleven.

niet met zekerheid worden uitgesloten dat er geen selectiebias is. De reden van de hoge uitval is onduidelijk. Een tweede nadeel van de wat hogere uitval is dat er een relatief kleine steekproef in de laatste ronde overbleef ( $n = 45$ ). Dit aantal is te klein om een statistische analyse te maken van de verschillen tussen verzekeraars en belangenbehartigers. Het gewenste aantal is bij voorkeur  $n = 25/30$  per groep; in dit onderzoek bedroeg het aantal 20 personen per groep. Het aantal respondenten was overigens niet te laag voor het uiteindelijke doel van consensus, aangezien de Delphi-methode een kwalitatieve methode is waarbij datasaturatie leidend is voor het aantal respondenten. Datasaturatie wordt bereikt wanneer de data geen nieuwe informatie meer opleveren. Dat punt is volgens de onderzoekers bereikt, gezien het feit dat in de derde ronde nog maar 9% nieuwe consensus werd behaald.

## 7. Conclusie en aanbevelingen

Het doel van het onderzoek was om met een brede blik aan risicofactoren te determineren wie volgens de respondenten een risico vormen op het ontwikkelen van chronische specifieke klachten. Dit is gedaan door een unieke groep te bevragen: juridische professionals. Juridische professionals hebben een groot aantal risicofactoren benoemd waarover overeenstemming werd bereikt. De meeste consensus is gevonden op (psycho)sociale factoren, fysieke factoren en juridische factoren. Ongevalsefactoren en demografische factoren van de benadeelde, waar vroeger vaak aandacht voor was in relatie tot chronische (whiplashgerelateerde) klachten, worden niet gezien als risicofactor. Hieruit zou kunnen worden geconcludeerd dat de ontwikkeling die de geneeskunde heeft doorgemaakt<sup>67</sup> ook is doorgedrongen tot de juridische professionals in het aansprakelijkheidsrecht. De visie van juridische professionals kwam overeen met de risicofactoren uit de internationale literatuur.

‘Life stressors’ was een relatief nieuwe factor die de juridische professionals aandroegen, waar mogelijk meer aandacht voor mag komen in de internationale literatuur. Een ander interessant aandachtsgebied dat is aangedragen door professionals (maar in deze studie net geen consensus heeft bereikt) en onderbelicht is in de overzichtsstudies, is de culturele perceptie van de beleving van pijn. Een factor waar juridische professionals op zouden kunnen gaan letten, is de mate waarin een slachtoffer vroegtijdig gebruik maakt van zorg. In de literatuur wordt dit gezien als risicofactor, maar dit is niet als zodanig aangeduid door de juridische professionals. De verzekeraars en belangenbehartigers waren het vaak met elkaar eens, behalve over de invloed van bepaalde juridische factoren. Betrokkenheid van een belangenbehartiger wordt door schadebehande-

laren (werkend voor een verzekeraar) wel gezien als risicofactor, maar door belangenbehartigers niet. Dat de verzekeraar niet snel of doortastend reageert, wordt – interessant genoeg – door zowel verzekeraars als belangenbehartigers gezien als een risicofactor.

### 7.1 Aanbeveling voor de praktijk

Een aanbeveling voor zowel schadebehandelaars bij verzekeringsmaatschappijen als belangenbehartigers is te proberen om tijdens het intakegesprek de aandachtspunten uit het huidige onderzoek voorzichtig te bevragen, om vroegtijdig in te kunnen schatten of iemand risico loopt om chronische specifieke klachten te ontwikkelen, met enkel en alleen het doel om herstel te bevorderen. Essentieel is dat deze groep vervolgens vroegtijdig een effectieve behandeling wordt aangeboden die chronische specifieke klachten kan voorkomen. Mogelijk maken sommige verzekeraars (en belangenbehartigers?) wat betreft de aanpak van chronische specifieke klachten en herstel al gebruik van screening. In het gebruik van de in dit onderzoek genoemde risicofactoren is het van belang een holistische of integrale aanpak te hanteren en de risicofactoren niet rigide toe te passen. Chronische specifieke klachten zijn een combinatie van individuele kwetsbaarheden en psychologische en neurobiologische processen en een persoonsspecifieke drempel, die bepalen dat een persoon het risico loopt om chronische specifieke klachten te ontwikkelen.<sup>68</sup>

### 7.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Een van de aanbevelingen voor toekomstig onderzoek is om de in het huidige onderzoek gevonden risicofactoren te toetsen in een longitudinaal onderzoek<sup>69</sup> onder slachtoffers zelf. Op basis van dit Delphi-onderzoek kunnen namelijk weliswaar aandachtspunten worden geformuleerd, maar de ontwikkeling van een valide screeningstool is alleen maar mogelijk met factoren die zijn uitgevraagd bij slachtoffers. Het was in eerste instantie ook het doel van het huidige onderzoek om slachtoffers te werven, maar de werving verliep dermate problematisch dat een andere – namelijk de huidige – benadering moest worden gekozen. De tweede aanbeveling is om, als een screeningsinstrument is ontwikkeld, onderzoek te doen naar het effect van het aanbieden van vroege interventies aan slachtoffers, waarbij het beleid op het gebied van medische behandeling, herstelondersteuning en schadeafwikkeling nauw op elkaar is afgestemd. Het onderzoek van Reitsma en collega’s in dit nummer laat zien wat de bewezen effectieve (medische) interventies zijn in geval van WAD-klachten. De uitkomsten van het voorliggende onderzoek illustreren in ieder geval dat het mogelijk is om in de letselschadebranche op een groot aantal punten consensus te bereiken. Dat geeft hoop voor de toekomst.

67 Van een biomedisch verklaringsmodel naar een biopsychosociaal model: G.L. Engel, ‘The need for a new medical model: A challenge for biomedicine’, *Science* (196) 1977, afl. 4286, p. 129-136; E. Hartholt, P. Vuoskoski & C. Hebron, ‘Physiotherapists’ lived experiences of decision making in therapeutic encounters with persons suffering from whiplash-associated disorder: A hermeneutic phenomenological study’, *Musculoskeletal Care* (18) 2020, afl. 4, p. 519-526.

68 Walton & Elliott 2017.

69 Longitudinaal onderzoek volgt participanten (in dit geval slachtoffers) voor langere tijd en voert op twee of meer momenten metingen uit, zodat een bepaalde ontwikkeling inzichtelijk gemaakt kan worden.