

# 54 Beoordeling van pijnkla

## Pijnklachten zijn subjectief

In mijn letselschade praktijk word ik regelmatig geconfronteerd met (beoordelend) artsen die aangeven dat ze wel zien dat cliënten pijn hebben, maar vervolgens opmerken daar niet zo veel mee te kunnen. Een verzekeringsarts die bijvoorbeeld opmerkt: *“Het ervaren van pijn alleen is geen verzekeringsgeneeskundige reden om beperkingen aan te nemen.”* Dit concludeerde de verzekeringsarts ondanks het feit dat hij de klachtenpresentatie ‘authentiek’ vond en de ‘lijdensdruk invoelbaar’.

Of een plastisch chirurg die recentelijk in een deskundigenbericht over het letsel van een cliënte concludeert: *“Er zijn uitzonderlijk meer klachten dan men zou verwachten bij een dergelijk goed genezen distale radius fractuur.”*<sup>1)</sup> Aannemelijk zou zijn dat betrokkene misschien wat moeite heeft met zware belasting, bij opdrukken of bij wringen, maar betrokkene zou toch normaal gesproken haar werk/sport weer moeten kunnen hervatten na een dergelijke fractuur. Helaas is dat in dit geval niet opgetreden en dat komt met name door de pijnklachten<sup>2)</sup>; ik kan deze niet objectiveren.”

In de letselschadepraktijk worstelen artsen met pijn. Pijn is subjectief, moeilijk te meten en het toekennen van beperkingen aan pijn betekent mogelijk dat er grond is voor vergoeding van schade wegens verlies verdienvermogen, kosten huishoudelijke hulp en verlies zelfwerkzaamheid. Het slachtoffer moet bewijzen dat hij of zij schade heeft geleden. Mag je dan zomaar afgaan op zijn of haar woord als het gaat om (de ernst van de) pijn? Dit dilemma speelt niet alleen in de letselschadepraktijk, maar ook bij bijvoorbeeld de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en bij arbeidsongeschiktheidsuitkeringen op basis van de sociale zekerheidswetgeving (WIA).

## Pijn in de sociale zekerheidspraktijk

In de sociale verzekeringspraktijk is het feit dat pijn moeilijk medisch te objectiveren echter geen belemmering om beperkingen voor pijn toe te kennen. In het Verzekeringsgeneeskundig protocol van de Gezondheidsraad<sup>3)</sup> wordt bijvoorbeeld het volgende opgemerkt over pijn bij WAD I/II<sup>4)</sup>:

“Pijn is een van de centrale kenmerken van WAD I/II. Pijn is geen geïsoleerd symptoom. Ernstige pijn veroorzaakt vermoeidheid, vermindert de concentratie, tast de stemming aan, verstoort de slaap en doet de dagelijkse activiteiten afnemen. Voor veel patiënten is er een punt waarop pijn het dagelijks leven ernstig verstoort en een cascade aan gevolgen veroorzaakt. Op basis van verschillende kwalitatief goede studies kan geconcludeerd worden dat psychosociale variabelen sterk gerelateerd zijn aan de overgang van acute pijn naar chronische pijn en daarmee samenhangende stoornissen en beperkingen.”

Pijn kan bij een WIA-beoordeling dus tot beperkingen leiden. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het socialezekerheidsrecht en een letselschadezaak hebben uiteraard een ander doel. In een letselschadezaak staat, anders dan bij bijvoorbeeld een WIA-uitkering, het vaststellen van het causaal verband tussen klachten en de gebeurtenis die tot aansprakelijkheid heeft geleid op de voorgrond.

Toch moet dat verschil in beoordeling ook niet overdreven worden. Kolder merkt daarover op dat de plausibiliteitstoets die bij medisch moeilijk objectiveerbaar letsel in letselschadezaken wordt gehanteerd, grote gelijkenissen vertoont met hetgeen in het socialezekerheidsrecht (o.a.

1. Polsfractuur.
2. Onderstreept J.F. Roth.
3. Whiplash Associated Disorder graad 1 en 2. Graad 1 = klachten van nekpijn, stijfheid en gevoeligheid, zonder lichamelijke afwijkingen. Graad 2 = neklachten en neuromusculaire afwijkingen.
4. Verzekeringsgeneeskundige protocolen Whiplash associated disorder I/II, Aspecifieke lage rugpijn en Hartinfarct, Gezondheidsraad 2008, p. 31 en 32.

# chten in de letselschadepraktijk

WIA, ZW, Wajong) wordt voorgeschreven als het gaat om de beoordeling van 'moeilijk objectieveerbare ziektebeelden'. Bij de bepaling of in dát verband sprake is van arbeidsongeschiktheid als 'rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken', geldt de beleving van de onderzochte zélf als 'startpunt' van de beoordeling. Voorts is bepaald dat 'objectief' niet zo moet worden uitgelegd dat alleen ongeschiktheid aangenomen kan worden indien lichamelijke afwijkingen zijn aan te tonen of een eenduidige diagnose kan worden gesteld.<sup>5)</sup>

## NVN en pijn

WAD I/II wordt door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) beschouwd als een chronisch pijnsyndroom 'zonder neurologisch substraat'.<sup>6)</sup> Dat WAD I/II met cognitieve klachten en beperkingen gepaard kan gaan, wordt in de expertiserichtlijn van de NVN echter wel onderkend:<sup>7)</sup>

"Het is ook mogelijk dat klachten blijven bestaan, waarvoor met alle bekende onderzoeksmethoden geen substraat kan worden aangetoond. Deze klachten staan bekend als 'post-whiplash-syndroom', in de terminologie van de Quebec Task Force WAD graad 1/2. 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."

In de *behandelrichtlijn* van de NVN worden in het protocol als typische klachten van het acute whiplash syndroom (WAD I/II) omschreven:

- specifieke voorwaarden voor persoonlijk functioneren
- hoog handelingstempo
- deadlines en productiepieken
- langer durende mentale inspanning, met name aandacht en concentratie
- veelvuldige storingen, verschillende taken tegelijk verrichten

De NVN sluit hiermee aan bij het Verzekeringsgeneeskundig protocol van de Gezondheidsraad 'Whiplash Associated disorder I/II'.<sup>8)</sup> Ook de NVN onderkent derhalve dat whiplash en de pijnklachten die hiermee gepaard gaan tot beperkingen kunnen leiden.

## Rol revalidatiearts als deskundige<sup>9)</sup>

Sta je als arts in de letselschadepraktijk dan wel met lege handen als het gaat om het toekennen van beperkingen als gevolg van pijn?

Ik denk het niet. Zie bijvoorbeeld het arrest van Hof Arnhem-Leeuwarden van 26 januari 2021.<sup>10)</sup> Als gevolg van een ongeval heeft de betrokkene fracturen op diverse plaatsen in de rechterenkel, een fractuur in het linkerkuitbeen en diverse vleeswonden en kneuzingen opgelopen. Uit de medische informatie komt naar voren dat zij ernstige pijnklachten aan de rechterenkel ervaart en (daardoor) een leven leidt van iemand die nagenoeg volledig invalide is: ze draagt speciaal schoeisel, kan nauwelijks lopen, maakt buitenshuis gebruik van een rolstoel en scootmobiel, binnenhuis van een trippelstoel en moet veel liggen. Er wordt een revalidatiearts benoemd als deskundige en deze revalidatiearts concludeert onder meer:

"Vanuit het medisch revalidatiegeneeskundig perspectief is er sprake van een consistent chronisch pijnsyndroom. Deze wordt volgens de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) van de wetenschappelijke beroepsorganisatie van revalidatieartsen (VRA) geclassificeerd in 4 categorieën (1 t/m 4). Betrokkene wordt geclassificeerd als WPN 4. WPN 4 wordt in de Position Paper Chronische Pijn uit 2017 gedefinieerd als een chronisch pijnsyndroom waarbij de impact daarvan op het niveau van functioneren bij patiënten met WPN-4 niveau zeer ernstig is."<sup>11)</sup>

De revalidatiearts heeft blijkens dit deskundigenbericht dus gereedschap in huis om de beperkingen als gevolg van pijn, althans de ernst van de beperkingen, te beoordelen. Het hof is met het rapport van de revalidatiearts, naast een rapport van een neuroloog en een psychiater, voldoende voorgelicht en concludeert dat er sprake is van causaal verband tussen het ongeval

*De beleving van de onderzochte zélf geldt als 'startpunt' van de beoordeling.*

5. A. Kolder, Whiplash: evidence-based of plausibiliteit? In: *Whiplash: juristen aan het woord*, Den Haag 2012, p. 51 en 52.
6. NVN: Richtlijnen functieverlies, vijfde editie, p. 40.
7. NVN: Richtlijnen functieverlies, vijfde editie, p. 39.
8. Verzekeringsgeneeskundige protocollen. Whiplash associated disorder I/II, Aspectieke lage rugpijn, Hartinfarct, 2008, p. 27 en 36.
9. Zie hierover ook: J.F. Roth, 'De rol van de revalidatiearts als deskundige bij beperkingen door pijn', *Letsel & Schade* 2021 (redactioneel), nr. 1, 3-5.
10. Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2021, ECLI:NL:GHARL:2021:732, VR 2022/37.
11. WPN is een classificatie van de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) van de Vereniging Revalidatiegeneeskunde. Zie ook hierna.

---

*Pijn is subjectief, maar een deskundige en ervaren revalidatiearts kan de ernst en de impact van pijn blijkbaar wel inschatten.*

---

en de door deskundigen vastgestelde klachten en beperkingen. Het hof komt vervolgens, op basis van de beperkingen zoals vastgesteld door de verzekeringsarts van het UWV, tot de conclusie dat er sprake is van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid. Het benoemen van nog een deskundige, een verzekeringsarts, vindt het hof niet nodig.

In de zaak die aan de orde komt in de uitspraak van Hof Arnhem-Leeuwarden van 23 februari 2021<sup>12)</sup> had het hof in een eerder tussenarrest<sup>13)</sup> een multidisciplinair onderzoek door een neuroloog, een neuropsycholoog, een psychiater en een revalidatiearts gelast. De revalidatiearts concludeert onder meer dat er sprake is van een 'chronisch pijnsyndroom WPN 4 (referentie 4)'.

Uit de in het eerste hof-arrest genoemde richtlijn 'Chronische pijnrevalidatie' van de Werkgroep Pijn Revalidatie (WPN) blijkt dat (chronische) pijn tot beperkingen kan leiden.<sup>14)</sup> De hiervoor genoemde (zwaarste) categorie, WPN 4, houdt in:

"4: Patiënten met pijn en beperking in activiteiten en participatie (ernstige tot zeer ernstige impact), psychosociale problematiek die in zeer ernstige mate invloed heeft op het (ervaren) niveau van functioneren."

In de door het Hof Arnhem-Leeuwarden<sup>15)</sup> genoemde Position Paper voor Medisch Specialistische Revalidatie wordt het volgende vermeld over het in kaart brengen door revalidatieartsen van de gevolgen van pijn (pagina 8)<sup>16)</sup>:

"Op basis van de complexiteit van het pijnprobleem wordt een patiënt met pijnklachten door de revalidatiearts binnen een WPN klasse geduid. Dat gebeurt op basis van de WPN-classificatie. De WPN-niveaus, geïntroduceerd in 1997 door de WPN van de VRA en gerevisieerd in 2012, geven een weergave van de complexiteit van het pijnprobleem. Deze classificatie is tot op heden de basis voor een duiding van de complexiteit van het pijnprobleem, met daaraan gekoppeld de minimaal vereiste deskundigheid van het revalidatieteam en de behandelsetting die nodig is binnen de MSR. De indicatiestelling wordt uitgevoerd door de revalidatiearts."

Pijn is subjectief, maar een deskundige en ervaren revalidatiearts kan de ernst en de impact van pijn blijkbaar wel inschatten. Dat is ook het uitgangspunt voor de Rechtbank Oost-Brabant in de uitspraak van 2 december 2020<sup>17)</sup>:

"Mede gelet op wat [verzoekster] daarover aanvoert, neemt de rechtbank aan dat een revalidatiearts, wanneer deze niet optreedt als behandelaar maar als beoordelaar in een expertiseonderzoek, niet klakkeloos zal afgaan op wat de persoon die hij beoordeelt hem vertelt maar eigen onderzoek zal doen. Wel past daarbij de kanttekening dat pijnklachten naar hun aard subjectief zijn en dat (ook) een revalidatiearts geen instrument heeft om pijn te meten. Uit een brief van de medisch adviseur van [verzoekster] begrijpt de rechtbank dat revalidatieartsen ook geen specifieke testen hanteren die een indruk geven van een eventuele overdrijving of simulatie van klachten. Wel zal een revalidatiearts, vanuit de eigen specialistische professie, een onderbouwde medische beoordeling kunnen geven van de klachten zoals die worden gepresenteerd en van de invloed van die klachten op het algemeen functioneren, met daarbij ook aandacht voor eventuele discrepanties. Op die manier kan een deskundigenonderzoek door een revalidatiearts bijdragen aan het objectiveren en in kaart brengen van de klachten en beperkingen, en daarmee aan de totstandkoming van een schaderegeling."

De orthopedisch chirurg had volgens verzoekster in deze procedure 'uitsluitend de (mechanische) beperkingen die zij ondervindt bij staan en lopen' beschreven. De voortdurende pijn die zij ondervindt, leidt volgens haar echter ook tot klachten zoals vermoeidheid, concentratieproblemen en verhoogde prikkelbaarheid. Ook die klachten hebben volgens haar invloed op haar functioneren. Een deskundigenbericht door een revalidatiearts heeft daardoor veel toegevoegde waarde.

12. Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 23 februari 2021, ECLI:NL:GHARL:2021:1759, VR 2021/65.
13. Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 23 januari 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:733.
14. Richtlijn Chronische Pijnrevalidatie, 2024, zie: [https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische\\_pijnrevalidatie/startpagina\\_richtlijn\\_chronische\\_pijnrevalidatie\\_2024.html](https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/chronische_pijnrevalidatie/startpagina_richtlijn_chronische_pijnrevalidatie_2024.html)
15. Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 26 januari 2021, ECLI:NL:GHARL:2021:732.
16. Position Paper Medisch Specialistische Revalidatie bij chronische pijn aan het houdings- en bewegingsapparaat, Uitgave van de WPN oktober 2017 (zie: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/werkgroep-pijnrevalidatie-nederland>).
17. Rechtbank Oost-Brabant 2 december 2020 ECLI:NL:RBOBR:2020:6063.

In de hiervoor vermelde uitspraken van de Rechtbank Oost-Brabant en het Hof Arnhem-Leeuwarden van 26 januari 2021 gaat het om pijnklachten als gevolg van been- en enkelletsel.<sup>18)</sup> In het arrest van Hof Arnhem-Leeuwarden van 23 februari 2021 gaat het om de benoeming van een revalidatiearts bij whiplashklachten.<sup>19)</sup> Een deskundigenbericht van een revalidatiearts in aanvulling op de deskundigenberichten van de medisch specialisten geeft meer houvast voor het vaststellen van de beperkingen in het geval van pijnklachten. Een eventueel te benoemen verzekeringsarts kan in het vervolg van de procedure daarmee beter toegerust een belastbaarheidsprofiel opstellen.

### Juridisch bewijs voor pijnklachten

Als de artsen hebben gesproken, of beter: hebben beoordeeld, is de jurist (in eerste instantie de advocaat van het slachtoffer) weer aan zet. In zijn conclusie voor het arrest van de Hoge Raad van 13 februari 2015<sup>20)</sup> geeft A-G Spier aan dat een 'medisch aantoonbare oorzaak' zijns inziens niet is vereist om het juridische bewijs te kunnen leveren van ongevalsgerelateerde klachten en beperkingen. Dat betekent volgens Spier niet dat de subjectieve beleving van het slachtoffer alléén voldoende is. Toch is die beleving zijns inziens niet geheel zonder gewicht: naarmate de stellingen van het slachtoffer geloofwaardiger zijn en ook worden ondersteund door ander bewijs, kan wel degelijk voldoende bewijs bestaan om die stellingen voldoende aannemelijk te achten.

Dat aanvullende bewijs kan onder meer geleverd worden met behulp van een revalidatiearts. Maar er is meer, want hoe klachten, dus ook pijnklachten, kunnen worden bewezen, legt het Hof Arnhem-Leeuwarden uit in een uitspraak van 9 april 2019<sup>21)</sup>:

"Anders dan Bovemij lijkt te veronderstellen, is voor dat bewijs voldoende dat de benadeelde stelt dat hij/zij klachten heeft. Natuurlijk zijn de verklaringen van de benadeelde – afgelegd ten overstaan van de rechter en vastgelegd in dossieraantekeningen, brieven en rapporten van behandelend artsen of in rapporten van deskundigen – cruciaal voor het te leveren bewijs. Dat is inherent aan het object van het bewijs, de klachten die de benadeelde stelt te hebben. De enkele verklaringen van de benadeelde leveren onvoldoende bewijs op, maar moeten steun vinden in aanvullend bewijs dat voldoende sterk is en zodanig essentiële punten betreft dat zij de verklaringen van de benadeelde voldoende geloofwaardig maken. Dat aanvullend bewijs kan gelegen zijn in de informatie over de medische behandeling, in verklaringen van derden (zoals familieleden, burens, collega's) over hun ervaringen met de klachten van de benadeelde en in het oordeel van een of meer medisch deskundigen over de gestelde klachten in combinatie met het eigen onderzoek door de deskundige en de informatie uit het medisch dossier. Al deze informatie tezamen kan tot het oordeel leiden dat de gestelde klachten voldoende aannemelijk, 'plausibel', zijn. Dat zal doorgaans het geval zijn wanneer kan worden vastgesteld dat sprake is van een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten."

Alle hiervoor door het hof genoemde informatie tezamen kan bijdragen aan het bewijs dat het bestaan van de (pijn)klachten 'plausibel' is.

### Conclusie

Kortom, ook artsen in de letselschadepraktijk – en met name de revalidatiearts en de verzekeringsarts – hebben bij de vaststelling van de impact van pijnklachten een belangrijke rol. Ze hebben niet het laatste woord, maar ze mogen best hun partij meeblazen. Het feit dat het gaat om subjectieve klachten hoeft daar niet aan in de weg te staan.

Mr. John Roth \*

\* Advocaat bij SAP Letselschade Advocaten en redactielid van Verkeersrecht.

*Ook artsen in de letselschadepraktijk hebben bij de vaststelling van de impact van pijnklachten een belangrijke rol.*

18. Zie ook Rechtbank Rotterdam 5 oktober 2021, [www.letselschademagazine.nl/2021/RBROT-051021](http://www.letselschademagazine.nl/2021/RBROT-051021), Rechtbank Gelderland 17 maart 2022, ECLI:NL:RBGEL:2022:1548 en Rechtbank Gelderland 22 maart 2024, ECLI:NL:RBGEL:2024:1597.
19. Zie het tussenarrest: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden 23 januari 2018, ECLI:NL:GHARL:2018:733.
20. ECLI:NL:HR:2015:308.
21. Hof Arnhem-Leeuwarden 9 april 2019, ECLI:NL:GHARL:2019:3142 (X./Bovemij), r.o. 2.7.