

Kennismakings- en informatiebrochure



vzw Whiplash ~ Postbus 36 ~ 2070 ZWIJNDRECHT
tel/fax: 03 663 00 66 ~ website: www.vzw-whiplash.be

IBAN: BE23 0529 0064 6991 & BICC: GKCCBEBB

Uitgave: oktober 2010
V.U.: vzw Whiplash, Postbus 36, 2070 ZWIJNDRECHT

INHOUDSTAFEL

INHOUDSTAFEL.....	2
1 WELKOM!.....	3
2 LOTGENOTEN WORDEN BONDGENOTEN	3
3 WHIPLASH IN EEN NOTENDOP.....	5
4 ALS JE PAS EEN WHIPLASH HEBT OPGELOPEN ... JURIDISCHE RAAD... 6	6
4.1 Wat moet ik onmiddellijk na de aanrijding, nog op de plaats van het ongeval, doen?.....	6
4.2 Wie moet ik verwittigen na een ongeval?.....	7
4.3 Hoe bekom ik vergoeding voor mijn voertuigschade?	7
4.4 Hoe zal ik de volledige omvang en de ernst van de letsels en klachten kunnen bewijzen?	8
4.5 Vanaf wanneer is de bijstand van een raadsgeneesheer nuttig?	9
4.6 Wanneer dient men de bijstand van een advocaat in te roepen?	10
4.7 In welke gevallen moet de rechtsbijstandverzekeraar de kosten van de eigen raadsgeneesheer en van de advocaat betalen?.....	10
4.8 Wat kan ikzelf doen om de medische expertise zo goed mogelijk te laten verlopen?	12
4.9 Wat kan ikzelf doen om mijn advocaat te helpen?.....	13
4.10 Schadevergoeding	15
4.11 Belangrijkste raad.....	16
4.12 Waar kunnen we bijkomende inlichtingen vinden?	16
5 WHIPLASHPROBLEMATIEK: MEDISCHE INFORMATIE	17
5.1 Mogelijke letsels bij whiplashproblematiek.....	18
5.2 Overzicht van de mogelijke symptomen en de klinische vaststellingen.....	27
5.3 Klachtenlijst bij whiplashproblematiek.....	28
5.4 Wanneer is het aangewezen als whiplashslachtoffer een endocrinologisch onderzoek te laten uitvoeren?.....	30
5.5 Invloed op de levenskwaliteit.....	33
5.6 Wat als na alle behandelingen de pijn blijft?	34
5.7 Literatuurlijst bij de medische informatie.....	35
5.8 Dankwoord	36

1 WELKOM!

We zijn blij u de kennismakings- en informatiebrochure van onze zelfhulpgroep vzw Whiplash te mogen aanbieden.

In deze brochure stellen we onze vzw Whiplash en haar doelstellingen aan u voor. We proberen u een kort inzicht te geven in verband met het whiplashletsel en de vele gevolgen ervan.

Onze brochure vermeldt natuurlijk niet alles. Via onze contactpersonen, onze lotgenotendagen, ons jaarlijks congres en onze nieuwsbrief, kunt u als lid van onze vzw Whiplash, over nog veel meer informatie beschikken.

We hopen u dan ook, binnenkort, als lid van de vzw Whiplash te mogen begroeten.

Hebt u nog bepaalde vragen mail ons of kom eens langs op één van onze bijeenkomsten. Onze medewerkers staan steeds ter uwer beschikking.

Met de hartelijke groeten,
het ganse team van vzw Whiplash

2 LOTGENOTEN WORDEN BONDGENOTEN

Samen met heel veel andere patiënten, willen we als vereniging werken aan datgene waar ieder van ons dikwijls alleen voor vecht:

- medische (h)erkenning,
- juridische erkenning,
- menselijke erkenning.

Wij zijn lotgenoten. Als we bondgenoten worden, kunnen we meer bereiken.

Als we al onze ervaringen nu samen leggen, kunnen we van mekaar leren en heel wat extra-inspanningen vermijden; energie die we beter voor iets anders kunnen gebruiken.

We kunnen samen informatie uit de eerste hand opvragen, medische en juridische deskundigen uitnodigen om te komen spreken op praat- en informatiebijeenkomsten in het Vlaamse land, luisteren naar lotgenoten en bij elkaar steun en begrip vinden, ... Ook partners kunnen hier veel steun en informatie krijgen, zaken die ook zij heel erg nodig hebben.

Via de media willen we ook meer bekendheid geven aan die vreemde, onbekende ziekte - voor sommigen een echte handicap - die de onze is. Wat bij mensen gekend is, kan ook beter begrepen worden.

Onze folders met uitleg over whiplash worden verspreid in ziekenhuizen, wachtzalen van dokters, ziekenfondsen, enz ...

We organiseren jaarlijks een congres voor patiënten, partners, dokters, kinesisten, mensen uit de verzekeringswereld,...

We hebben al menig jaar een wetenschappelijke adviesraad die bestaat uit deskundigen

op gebied van whiplash, die ons helpen bij het uitbouwen van een werking voor patiënten én gangmaker kunnen zijn bij de collega's uit hun eigen vakgebied. Het gaat hier om o.a. advocaten en medici.

Maar zoals iedereen weet, heb je voor alles geld nodig: een postbus huren, postzegels kopen, uitnodigingen versturen, deskundige sprekers betalen, bijeenkomsten en congressen organiseren, kilometervergoedingen uitkeren, zalen huren, folders verspreiden, website betalen, deze brochure versturen ...

Het geld hiervoor komt niet uit de lucht vallen. Om in de toekomst op een gezonde financiële basis te kunnen blijven werken, patiënten te bereiken die echt geïnteresseerd zijn in onze werking, onze plannen samen waar willen maken, kunnen we niet anders dan lidgeld vragen.

ZONDER LIDGELD WORDT VERDER WERKEN ECHT ONMOGELIJK!

Wat mag je als lid allemaal verwachten van ons:

Leden ontvangen viermaal per jaar onze nieuwsbrief, worden uitgenodigd op informatie- en praatbijeenkomsten, kunnen met hun vragen bij ons terecht, eventueel verwezen worden naar een deskundige advocaat of arts, hebben samen met hun partner gratis toegang tot de informatie- en praatbijeenkomsten, ...

Ook is elk lid van onze vzw automatisch lid van de Vlaamse Pijnliga. Tot alle bijeenkomsten die door hen of aangesloten verenigingen worden georganiseerd, hebben onze leden gratis toegang en verschillende keren per jaar ontvangen ze het tijdschrift 'De Prikkel'.

Ieder van ons leeft op dit ogenblik als whiplashpatiënt noodgedwongen met veel beperkingen, ook al onze medewerkers. We nodigen dan ook iedereen uit met zijn mogelijkheden mee aan de weg te timmeren: hoe meer handen, hoe lichter het werk en hoe meer we kunnen verwezenlijken

z e l f h u l p g r o e p
v z w w h i p l a s h
p r a a t e r o v e r . . .

3 WHIPLASH IN EEN NOTENDOP

Het whiplashletsel (whiplash = zweepslag) ontstaat in de meeste gevallen bij autobotsingen, maar kan ook ontstaan bij een val of sportbeoefening. Het werd voor het eerst beschreven in 1928.

Het hoofd wordt in een versnelde beweging met een heel grote kracht naar voor en dan naar achteren geworpen in een extreme stand. Hierdoor kunnen beschadigingen ontstaan van weke delen, spieren en gewrichten in de nekstreek en zenuwweefsel in het gebied van nek- en hersenbasis. Er kunnen beschadigingen ontstaan in het centrale zenuwstelsel, in het bijzonder in het gebied van het halsmerg en de hersenstam waarbij kleine bloedvaatjes en zenuwvezels zouden verscheuren.

Onmiddellijk na het ongeval zijn er soms weinig klachten. Die komen soms pas na enkele uren of zelfs weken. Het ziektebeeld is soms erg duidelijk, maar soms ook erg vaag en dan is een whiplashletsel moeilijk vast te stellen. Daarbij komt nog dat de meeste letsels radiologisch niet aantoonbaar zijn, eventueel wel met de NMR. Regelmatig krijgen patiënten hierdoor te horen dat er geen aantoonbare klachten zijn en dat het dus wel "psychisch" zal zijn.

Veel dokters, zelfs specialisten kennen whiplash niet. Ze herkennen dan ook de symptomen niet, zelfs als de patiënt zijn klachten duidelijk beschrijft.

Het kan daardoor wel erg lang duren vooraleer met de juiste behandeling kan begonnen worden. Deze benadering heeft niet alleen serieuze gevolgen voor de patiënt, maar bemoeilijkt ook de financiële afwikkeling van de letselschade door verzekeringsmaatschappijen. Deze baseren zich op uitspraken van zogenaamd medische deskundigen, die de ziekte niet eens kennen.

Een whiplash geeft de meeste patiënten hoofd- en nekpijn, bewegingsbeperking van het hoofd en de schouders, concentratiestoornissen, uitstralende pijn naar armen en handen, duizeligheid, vermoeidheid,...

Beschadiging van het ruggenmergstructuur geeft ook klachten op gebied van evenwicht, gehoor, emotie en dergelijke. Een whiplash hoeft gelukkig niet altijd langdurig te zijn. Er zijn genoeg patiënten waarbij de klachten na 3 maanden tot een jaar verdwenen zijn. Helaas is dit niet voor iedereen. Als de beschadiging het bewegingsapparaat treft, dan is de kans op volledig herstel soms een probleem.

Verderop in deze brochure krijgt u meer specifieke en uitgebreidere medische informatie.

4 ALS JE PAS EEN WHIPLASH HEBT OPGELOPEN ... JURIDISCHE RAAD

4.1 Wat moet ik onmiddellijk na de aanrijding, nog op de plaats van het ongeval, doen?

- indien het risico bestaat dat de aanrijder wegvlucht of de aansprakelijkheid zou betwisten: vraag de identiteit op van de toeschouwers, die immers kort nadien zullen verdwijnen; noteer de nummerplaten van de autobestuurders die mogelijks de aanrijding hebben gezien;
- indien er een gewonde is moet de politie worden opgeroepen;
- niettemin is het ook dan aangeraden om het Europees aanrijdingsformulier in te vullen; immers, zo ken je onmiddellijk de identiteit van de aanrijder en van zijn B.A.-verzekeraar (zijnde de verzekeringsmaatschappij die de burgerlijke aansprakelijkheid van de bestuurder verzekert en die dus alle schade moet vergoeden); zo kan je bovendien tegenover je eigen B.A.-verzekeraar bewijzen wie aansprakelijk is voor het ongeval;
- roep de politie zeker tussen indien de aanrijder de ongevalfeiten zou verdraaien, om zo te trachten te ontsnappen aan zijn aansprakelijkheid;
- maak foto's van de plaats van het ongeval, van de schade aan beide voertuigen en van de eventuele andere stoffelijke schade (bvb. gebroken brilglazen);
- wanneer de politie wordt opgeroepen, dus wanneer tegenpartij de ongevalfeiten verdraait of wanneer een betrokkene whiplash of andere lichamelijke schade heeft opgelopen, dan handel je het best als volgt:
 - laat de andere bestuurder maar als eerste zijn verklaring afleggen; soms laat de politie je dan deze verklaring lezen, en minstens zal zij bij jou nagaan in hoeverre de verklaring van de andere bestuurder juist is; indien je toch als eerste wordt opgeroepen om een verklaring af te leggen, blijf dan toch maar in de buurt totdat de andere bestuurder zijn verklaring heeft beëindigd;
 - de politie zal automatisch je boorddocumenten nazien en beschrijven; zij zal o.a. noteren wie de eigenaar en de bestuurder is van de twee voertuigen, wie de B.A.-verzekeraar is, of er een geldig rijbewijs is, e.d.; deze gegevens hoef je dus niet zelf op te geven;
 - de ongevalfeiten zelf zal je wel gedetailleerd beschrijven; laat tevens weten welke klachten je ondervindt;
 - let erop dat de politie nauwgezet de voertuigschade en de eventuele andere stoffelijke schade beschrijft;
 - luister aandachtig wanneer de verbalisant uw verklaring herleest; aarzel niet om bepaalde onduidelijkheden of onjuistheden recht te zetten; achteraf zullen de advocaten immers elk woordje van de verklaringen onder de loep nemen;

- op het einde van je verklaring zal je vragen om een kopie te ontvangen van je verklaring; zo kan je o.a. het strafdossier gemakkelijk opsporen (aan de hand van het nummer van het P.V.) en zo kan je een uitgetypte versie van je relaas van de feiten meedelen aan je makelaar en je verzekeraar;
- enkele dagen na je verklaring aan de politie kan je het inlichtingenblad opvragen, waarop de identiteit van elk van de twee betrokken bestuurders en van hun B.A.-verzekeraar staat; het inlichtingenblad en je eigen verklaring zal je dus reeds kort na het ongeval bezitten; maar de rest van het strafdossier zal je pas meerdere maanden later mogen inzien (soms pas meer dan een jaar na het ongeval).

4.2 Wie moet ik verwittigen na een ongeval?

- vanzelfsprekend zal je je werkgever, je partner, en andere personen uit je omgeving inlichten over het ongeval en je letsels;
- gaat het om een verkeersongeval van of naar het werk dan moet je zeker je werkgever onmiddellijk verwittigen en deze moet het ongeval aangeven bij de arbeidsongevallenverzekeraar; zie deze aangifte best zelf voorafgaandelijk na;
- aan je makelaar stuur je een kopie op van het aanrijdingsformulier en, zo er politie-tussenkost is geweest, ook van het inlichtingenblad en van je eigen verklaring; in elk geval dient je B.A.-verzekeraar kort na het ongeval te worden ingelicht;
- zijn er andere verzekeringen van toepassing, zoals een omnium- of hospitalisatieverzekering, zal je ook deze verzekeringsmaatschappijen zo spoedig mogelijk inlichten;
- tenslotte steeds ook je ziekenfonds informeren.

4.3 Hoe bekom ik vergoeding voor mijn voertuigschade?

- in eerste instantie zal de schade aan je voertuig worden geraamd door een verzekeringsexpert;
- vaak is deze raming te laag; dan dient u een tegenexpertise te laten uitvoeren, door een eigen raadgevende voertuigexpert;
- maar ook indien de vervangingswaarde op de herstellingsprijs correct zou zijn begroot de verzekeringsexpert, dan nog zal je normaal gesproken al te laag worden vergoed voor de voertuigschade; immers, normaal zal de verzekeringsmaatschappij haar eigen RDR-vergoedingssysteem toepassen, dat op belangrijke punten afwijkt van het recht op volledige schadeloosstelling;
- is er naast de voertuigschade nog andere stoffelijke schade (bvb. gebroken bril), dan zal je hieromtrent in de mate van het mogelijke bewijzen verzamelen: foto's (bij voorkeur nog op de plaats van het ongeval), aankoopbewijs, beschrijving van de schade door de hersteller (bvb. de opticien), ...; indien er belangrijke bijkomende stoffelijke schade bestaat, dan kan je via de makelaar vragen dat een verzekeringsinspecteur deze schade vaststelt en begroot.

4.4 Hoe zal ik de volledige omvang en de ernst van de letsels en klachten kunnen bewijzen?

Dit bewijs zal worden geleverd via een medische expertise; dit is een onderzoeksmaatregel, dus een bewijsmiddel, betreffende de fysieke en psychische gevolgen van het ongeval. Ruw geschetst zullen er in principe drie expertises doorgaan, nl. 1° de eenzijdige medische expertise in opdracht van tegenpartij, 2° de tegenexpertise door je eigen raadsgeneesheer, en 3° de tegensprekelijke medische expertise, waarvan de besluiten in tegenstelling tot de twee vorige expertises bindend zijn voor het slachtoffer.

In eerste instantie zal een eenzijdige medische expertise doorgaan, bij de raadsgeneesheer van de vergoedingsplichtige verzekeringsmaatschappij. Deze expert zal je uitnodigen voor onderzoeken op zijn kabinet en hij zal alle beschikbare medische informatie (attesten, verslagen, beeldvorming) bestuderen.

Enkele weken of maanden na het laatste onderzoek door deze raadsgeneesheer van tegenpartij verneem je diens medische besluiten. Dit gebeurt vaak via je eigen makelaar. Soms verneem je tezelfdertijd welke vergoeding voor de lichamelijke schade wordt voorgesteld door tegenpartij.

Evenwel mag je de medische besluiten van de raadsgeneesheer van tegenpartij vanzelfsprekend niet zo maar aanvaarden. Integendeel, je doet er meer dan goed aan om een tegenexpertise te laten doorgaan, uitgevoerd door je eigen raadsgeneesheer. Dus eerst kies je een raadsgeneesheer die voldoende kennis en ervaring bezit inzake medische expertises en die bovendien voldoende onpartijdig is tegenover verzekeringsmaatschappijen. Vervolgens vraag je aan je rechtsbijstandverzekeraar de toelating om een eigen raadsgeneesheer aan te stellen, wat normalerwijze niet kan worden geweigerd. Na deze toelating maak je alle nuttige medische informatie over aan je eigen raadsgeneesheer.

Laatstgenoemde kan tot de zienswijze komen dat de medische besluiten van de raadsgeneesheer van tegenpartij volledig aanvaardbaar zijn, hoewel dit slechts in de minderheid van de gevallen blijkt voor te komen. Is hij daarentegen van oordeel dat de medische besluiten van de raadsgeneesheer van tegenpartij moeten worden aangevochten, dan kan dit gebeuren op drie wijzen:

- hij vraagt schriftelijk aan de raadsgeneesheer van de vergoedingsplichtige verzekeringsmaatschappij om een kleine wijziging te aanvaarden; bvb. niet enkel B.I. maar ook B.A.O.; wordt dit verzoek ingewilligd, dan is daarmee de medische expertise beëindigd;
- je raadsgeneesheer stelt vast dat de voorliggende medische besluiten moeten worden betwist, maar dat een overeenstemming op minnelijke wijze met tegenpartij mag worden verwacht; dan zal een overeenkomst voor een minnelijke medische expertise (M.M.E.) worden gesloten tussen jezelf en de vergoedingsplichtige verzekeringsmaatschappij; de documenten ("protocols") voor deze overeenkomst worden normaal gezien toegestuurd door deze verzekeringsmaatschappij; de tekst ervan moet in elk geval worden nagezien door een persoon die ervaring heeft in dergelijke

aangelegenheden, zoals bvb. je advocaat; bij een M.M.E. wordt de volledige tekst van het expertiseverslag gezamenlijk opgesteld door de twee betrokken raadsge-
neesheren, die dus over alles en nog wat betreffende de expertise tot een overeen-
stemming moeten komen; lukt dit niet, dan wordt een derde-arbiter aangesteld die
de medische besluiten autonoom vastlegt;

- het is ook mogelijk dat je raadsgeneesheer een gerechtelijke expertise verkiest; de
redenen daarvoor kunnen zijn: de standpunten van de twee raadsgeneesheren lig-
gen al te ver uiteen (zodat geen minnelijke overbrugging mag worden verwacht), op
persoonlijk vlak komen de twee raadsgeneesheren niet goed overeen, bepaalde dis-
cussiepunten zijn complex, het gaat om zware blijvende lichamelijke schade, of er
dienen nog meerdere specialistische onderzoeken te gebeuren; bij een gerechtelijke
expertise dient de advocaat van het slachtoffer aan de bevoegde rechtbank, zijnde
meestal de politierechtbank, te vragen om een geneesheer als deskundige aan te
stellen; deze gerechtsdeskundige zal het slachtoffer dan een drietal keren voor be-
sprekingen en onderzoeken uitnodigen op zijn kabinet; daarbij wordt het slachtoffer
bijgestaan door de eigen raadsgeneesheer, terwijl de verzekeringsmaatschappij ver-
tegenwoordigd wordt door haar raadsgeneesheer; de gerechtsdeskundige zal een
voorverslag opstellen, waarop opmerkingen mogen worden geformuleerd, en zal
daarna zijn eindbesluiten formuleren; hij staat onder het toezicht van de rechtbank
die hem heeft aangesteld, en deze rechtbank kan hem op verzoek van een betrokke-
ne oproepen voor overhoring op een zitting in Raadkamer.

Kortom, u dient hoe dan ook de bijstand in te roepen van een raadsgeneesheer, bij voor-
keur een raadsgeneesheer die voldoende kennis en ervaring inzake medische expertises
heeft en die bovendien onafhankelijk is.

4.5 Vanaf wanneer is de bijstand van een raadsgeneesheer nuttig?

In dit kader past het erop te wijzen dat bepaalde onderzoeken niet meer of minder nuttig
zijn wanneer reeds enkele maanden zijn verstreken vanaf het ongeval. Uw eigen raadsge-
neesheer is het best geplaatst om u erop te wijzen dat bepaalde onderzoeken tijdig dienen
te gebeuren. Alzo kan worden gesteld dat je het best reeds enkele weken na het ongeval
contact neemt met een raadsgeneesheer.

Evenwel maken de meeste rechtsbijstandverzekeraars bezwaar tegen een dergelijke vroe-
ge raadpleging, zodat de kosten daarvoor mogelijks door jezelf moeten worden gedragen.

In elk geval moet je ten laatste na de kennisname van de medische besluiten opgesteld
door de raadsgeneesheer van tegenpartij zelf een raadsgeneesheer aanstellen. Diens
hoofdtak zal erin bestaan om na te gaan in hoeverre de medische besluiten van zijn
collega al dan niet kunnen worden aanvaard.

4.6 Wanneer dient men de bijstand van een advocaat in te roepen?

Hieromtrent bestaat een soortgelijk probleem. In principe is het vaak aangewezen om reeds kort na het ongeval de zaak te bespreken met een advocaat.

Deze kan dan reeds allerlei raad geven, zoals:

- je dient zo spoedig mogelijk nog bepaalde instanties te verwittigen (bvb. de mutualiteit, de hospitalisatieverzekeraar, ...);
- vraag aan je huisarts of, beter nog, aan je eventueel reeds aangestelde raadsgeneesheer welke onderzoeken binnenkort dienen te gebeuren om de volledige omvang van de lichamelijke schade te kunnen bewijzen;
- indien er aansprakelijkheidsbetwisting zou bestaan kunnen bijkomende bewijzen worden overgemaakt aan het Parket of kunnen bijkomende onderzoeksdaden worden aangevraagd;
- e.d.

Evenwel staat de rechtsbijstandverzekeraar in de praktijk pas toe dat de bijstand van een advocaat wordt ingeroepen wanneer dit werkelijk nodig is geworden. Zij houdt voor dat zijzelf even goed een schade-afrekening zou kunnen opstellen en onderhandelingen over de passende vergoeding zou kunnen voeren.

Maar uiteindelijk zal zij toch moeten toestaan dat een advocaat tussenkomt, zeker van zodra tegenpartij haar voorstel tot schaderegeling heeft kenbaar gemaakt. Dit voorstel kan in feite enkel maar op een degelijke wijze worden beoordeeld en zo nodig betwist door je eigen advocaat.

4.7 In welke gevallen moet de rechtsbijstandverzekeraar de kosten van de eigen raadsgeneesheer en van de advocaat betalen?

Deze gevallen staan omschreven in de polis rechtsbijstand.

Wat de bijstand door een advocaat, op kosten van de rechtsbijstandverzekeraar, betreft kan in eerste instantie worden verwezen naar art. 92 en 93 van de Wet van 25 juni 1992 op de Landverzekeringsovereenkomst, kortweg "W.L.O."

Art. 92 W.L.O. staat de vrije keuze van advocaat toe aan de verzekerde wanneer moet worden overgegaan tot een (gerechtelijke of administratieve) procedure.

Belangrijker is art. 93 W.L.O., met de veelzeggende hoofding "Recht van de verzekeraar om dekking te weigeren".

In de eerste alinea van art. 93 wordt bepaald dat de verzekerde het recht heeft een advocaat te raadplegen indien hij verschilt van mening met zijn verzekeraar over de "gedragslijn" die moet gevolgd worden voor de regeling van het schadegeval. De kosten van deze raadpleging blijven evenwel voor de helft ten laste van de verzekerde indien de advocaat zijn cliënt (zijnde de verzekerde) in het ongelijk zou stellen en dus de zienswijze van de

rechtsbijstandverzekeraar zou onderschrijven. Terloops: dan is de verzekerde, dus het slachtoffer, in feite slechts de helft van de staat van ereloon en kosten van de advocaat voor de raadpleging kwijt, terwijl een dergelijk ereloon normalerwijze niet hoog kan oplopen.

De laatste alinea van art. 93 W.L.O. is van het grootste belang: "Indien de geraadpleegde advocaat de stelling van de verzekerde bevestigt, is de verzekeraar, ongeacht de afloop van de procedure, ertoe gehouden zijn dekking te verlenen (...)". Dus je rechtsbijstandverzekeraar moet het volledige ereloon van de door jou gekozen advocaat betalen, tenzij deze advocaat van oordeel is dat het standpunt van de rechtsbijstandverzekeraar en dus niet jouw standpunt juist is.

Een voorbeeld om het bovenstaande te illustreren. Z, jouw rechtsbijstandverzekeraar, laat je weten dat zij via onderhandelingen heeft bekomen dat tegenpartij, zijnde de B.A.-verzekeraar Y, alle schade wil vergoeden voor in totaal 100.000,00 €. Zij vraagt aan jou om daarmee akkoord te gaan. Voor alle zekerheid vraag je voorafgaandelijk advies aan een advocaat, met name X. Als deze laat weten dat 100 000 € volgens hem een redelijke vergoeding uitmaakt, dan dien je de helft van zijn staat van ereloon en kosten te dragen. Indien X evenwel aan Z laat weten dat volgens hem een hogere vergoeding dan 100 000 € kan worden bekomen via een gerechtelijke procedure, dan moet Z de volledige staat van ereloon en kosten van X betalen; dit blijft zo ook indien achteraf blijkt dat de rechtbank de vergoeding vastlegt op bvb. slechts 90 000 €.

Volledigheidshalve wordt hier aangestipt dat je rechtsbijstandverzekeraar ook de bijstand van een advocaat zal betalen als je dient te worden verdedigd voor de Politierechtbank zetelend in strafzaken omdat je een verkeersinbreuk hebt begaan (bvb. je hebt in de dorpskom de rode verkeerslichten voorbijgereden aan 120 km/uur in dronken toestand).

Vanaf wanneer de bijstand van een raadsgeneesheer ten laste valt van de rechtsbijstandverzekeraar is onduidelijker, mede omdat daaromtrent geen enkele wettelijke regeling bestaat. Bijna steeds staan de rechtsbijstandverzekeraars toe dat je zelf je bijstandsarts kiest. Bovendien wordt in de praktijk geen bezwaar gemaakt tegen de aanstelling van een eigen raadsgeneesheer om de medische besluiten vanwege de raadsgeneesheer van tegenpartij na te zien en zo nodig aan te vechten.

Vanzelfsprekend is het meer dan geraadzaam dat de rechtsbijstandverzekeraar en het slachtoffer allebei redelijk blijven. Van het slachtoffer mag toch worden verwacht dat het in voldoende mate meewerkt om nodeloze kosten van verdediging te vermijden. Zo mag van het slachtoffer worden verwacht dat het naar de zittingen van de raadsgeneesheer van tegenpartij gaat, uiteraard tenzij er een goede reden zou bestaan om deze eenzijdige medische expertise niet bij te wonen. Zo ook past het dat aan de rechtsbijstandverzekeraar de mogelijkheid wordt gegeven om onderhandelingen met tegenpartij te voeren over de passende vergoeding.

Maar omgekeerd mag het verkeersslachtoffer verwachten dat zijn rechtsbijstandverzekeraar alle nuttige kosten van verdediging zonder morren ten laste neemt. Dit is in feite thans eerder uitzonderlijk het geval; zo zou het toch wel nuttig zijn dat het slachtoffer

reeds kort na het ongeval een eerste raad zou mogen vragen aan een advocaat en een raadsgeneesheer, zoals hierboven onder 3.5 en 3.6 uiteengezet.

4.8 Wat kan ikzelf doen om de medische expertise zo goed mogelijk te laten verlopen?

Het zou logisch zijn dat je onmiddellijk na het ongeval wordt bijgestaan door een eigen raadsgeneesheer. Deze zou dan kunnen laten weten welke onderzoeken aangewezen zijn en wanneer deze dienen te gebeuren. Maar in de praktijk zal je meestal eerst door de raadsgeneesheer van de vergoedingsplichtige verzekeringsmaatschappij worden onderzocht. Deze raadsgeneesheer zal na de consolidatiedatum en na zijn laatste onderzoek aan jou laten weten welke zijn medische besluiten zijn; deze mededeling gebeurt vaak via je rechtsbijstandverzekeraar of via je makelaar.

Deze medische besluiten dienen uiteraard te worden nagezien en vaak ook te worden betwist. Dit kan enkel gebeuren door je eigen raadsgeneesheer. Deze zal in hoofdlijnen te werk gaan als volgt:

- 1 eerst zal hij aan de rechtsbijstandverzekeraar vragen of er geen bezwaar bestaat tegen zijn aanstelling;
- 2 daarna zal hij je uitnodigen voor besprekingen op zijn kabinet en zal hij bovendien aan jou vragen om alle nuttige inlichtingen mee te delen; wil dan ook alle medische verslagen en attesten, alle bestaande beeldvorming, en andere nuttige stukken (bvb. foto's van de voertuigschade, een afschrift van het proces-verbaal, ...) overmaken aan je raadsgeneesheer; je kan nooit te veel stukken kenbaar maken, terwijl de niet-mededeling van één stuk aanleiding kan geven tot een volledig verkeerd beeld;
- 3 vaak word je meer dan één keer bij je raadsgeneesheer uitgenodigd; indien je evenwel al te lange tijd niets meer zou hebben vernomen van je raadsgeneesheer, dan zal je hem spontaan contacteren;
- 4 het gebeurt regelmatig dat je eigen raadsgeneesheer nog bepaalde bijkomende onderzoeken nodig acht; de kosten daarvoor vallen eveneens ten laste van je rechtsbijstandverzekeraar, en dus niet van je mutualiteit !;
- 5 de hoofdtak van de raadsgeneesheer bestaat in het beoordelen van de medische besluiten vanwege de raadsgeneesheer van de vergoedingsplichtige verzekeringsmaatschappij; is hij van oordeel dat deze besluiten moeten worden betwist, dan zal in principe een tegensprekelijke expertise doorgaan.

In vele gevallen is er dus eerst de eenzijdige medische expertise bij tegenpartij, vervolgens de tegenexpertise door je eigen raadsgeneesheer, en tenslotte een tegensprekelijke medische expertise (in de vorm van een minnelijke medische expertise, kortweg "M.M.E.", ofwel in de vorm van een gerechtelijke expertise).

Het is van het grootste belang dat je bij elk van deze medische expertises alle nuttige inlichtingen op duidelijke wijze meedeelt aan de expert-geneesheer. Wat je klachten als gevolg van het ongeval betreft:

- wees volledig; je kan je klachten uiteraard op een briefje schrijven, maar dan wordt dit soms als verdacht geacht; je kan beter je klachten memoriseren en daarbij kan je een systeem gebruiken om niet te vergeten; zo kan je bvb. beginnen aan de kruin van je hoofd en afdalen naar je voeten (bvb. eerst spreken over je hoofdpijn, dan over het oorsuizen, dan over je nekpijn en de slapeeloosheid, dan over je rugklachten, e.d.);
- beschrijf je klachten zo nauwkeurig mogelijk; het volstaat bvb. niet om te zeggen dat je "af en toe hoofdpijn" hebt; waar precies voel je deze hoofdpijn, hoe voelt zij aan (stekend, drukkend, ...), hoeveel keer per week ongeveer, onder welke omstandigheden wordt zij heviger, ...?;
- zie er ook op toe dat de expert wel degelijk alles voldoende goed noteert.

Besef dat je een grote kans hebt dat op een tweede expertisезitting dezelfde vragen zullen worden gesteld en dat een andere beantwoording van de vragen in uw nadeel kan of zal worden geïnterpreteerd.

Wil je bovendien voorbereiden op allerlei persoonlijke vragen, zoals:

- 1 welke beroepen heb je tot op heden reeds uitgeoefend, bij welke werkgever, en over welke periodes?;
- 2 welke vroegere ziektes of ingrepen heb je reeds meegemaakt, en wanneer?;
- 3 wat is de gezinssamenstelling?;
- 4 hoe is het ongeval precies gebeurd?;
- 5 was je bewusteloos na het ongeval, en zo ja hoe kan je dit bewijzen?;
- 6 welke chirurgische ingrepen heb je ondergaan als gevolg van het ongeval?

Vanzelfsprekend zal je het bovenstaande reeds grotendeels kunnen duidelijk maken aan de hand van de medische verslagen.

4.9 Wat kan ikzelf doen om mijn advocaat te helpen?

Het past vooreerst erop te wijzen dat vele slachtoffers onvoldoende het onderscheid maken tussen de taak en de kennis van hun advocaat en deze van hun raadsgeneesheer. Zeer vaak worden aan de advocaat vragen gesteld die medisch van aard zijn en die dus moeten worden beantwoord door de raadsgeneesheer. Bvb.: waarom aanvaardt de raadsgeneesheer van tegenpartij mijn kosten voor kinesitherapie slechts voor de eerste zes maanden? – waarom beweert hij dat een groot deel van mijn huidige toestand te wijten zou zijn aan een voorafbestaande toestand? – waarom legt hij mijn graad van blijvende arbeidsongeschiktheid (B.A.O.) slechts vast op 3 %?

Wil voor ogen houden dat de advocaat de definitieve medische besluiten moet afwachten vooraleer hij kan beginnen aan zijn hoofdtaak, zijnde de begroting van de vergoeding voor de lichamelijke schade. Het heeft dus weinig zin om reeds bewijzen over kosten en andere

schade over te maken aan je advocaat vooraleer de definitieve medische besluiten gekend zijn. Om dit duidelijk te maken enkele voorbeelden:

- 1 doorgaans zal de vergoeding hoger liggen naarmate de consolidatiedatum op een latere datum wordt vastgelegd; wat meer is, de medische kosten gemaakt na de consolidatiedatum zullen meestal niet-vergoedbaar zijn en dus ten laste van jezelf blijven, tenzij uitdrukkelijk in het expertiseverslag zou staan dat bepaalde kosten ook na de consolidatiedatum nodig zijn; maar in principe bepaalt de vastgelegde consolidatiedatum dus de periode binnen dewelke de medische en aanverwante kosten kunnen worden teruggevorderd, zodat de bewijzen die betrekking hebben op latere verstrekkingen niet hoeven te worden aangewend;
- 2 het is mogelijk dat de definitieve medische besluiten inhouden dat er enkel sprake is van invaliditeit en niet van arbeidsongeschiktheid; in het eerste geval kan je meestal enkel een vergoeding vorderen voor morele schade (en eventueel ook voor meerinspanningen), maar niet voor huishoudelijke schade noch voor professionele schade; bewijsstukken die dus op deze laatste schade betrekking zouden hebben moeten dan ook niet worden aangewend; terloops: het is dus van het grootste belang dat je raadsgeneesheer verdedigt dat er wel degelijk B.A.O. en niet enkel B.I. overblijft.

Derhalve dient het slachtoffer pas na de kennisname van de definitieve medische besluiten de bewijzen omtrent alle gemaakte kosten en andere schade kenbaar te maken aan zijn advocaat. Hierop kunnen uiteraard uitzonderingen bestaan, maar deze zullen dan wel worden duidelijk gemaakt door de advocaat zelf.

De eerste gouden raad in dit kader: houd alle mogelijke bewijzen van medische en aanverwante uitgaven goed bij. Ben je niet zorgzaam van aard, houd dan minstens een lade of een doos ter beschikking waarin je alle nuttige stukken gooit.

Een tweede tip: geef nooit de originelen af maar uitsluitend een fotokopie van alle aangevande stukken. Indien uitzonderlijk toch het origineel moet worden afgegeven, dan zal je daarvan voorafgaandelijk een fotokopie behouden.

Een soortgelijke raad moet ook worden gegeven voor beeldvorming. Zo gebeurt het regelmatig dat RX-foto's spoorloos zijn geraakt. Het is dan ook aangewezen dat je de beeldvorming die je aan het begin van de expertisезitting hebt afgegeven aan de expert op het einde van dezelfde zitting terugvraagt.

In heel wat zaken ondervindt de advocaat heel wat moeilijkheden om van zijn cliënt te bekomen dat deze alle gevraagde stukken toestuurt (bij goed leesbare fotokopie). Ook indien de advocaat nauwgezet duidelijk maakt welke stukken hij wenst te ontvangen, dan nog blijkt dit soms meerdere maanden in beslag te nemen.

In dezelfde zin is het voor de advocaat eveneens vervelend dat een cliënt een dik stukkenbundel overmaakt en dat hij nadat de advocaat de schade-eis heeft opgesteld plots met allerlei bijkomende nuttige stukken komt aandraven. En dit gebeurt in de ergste gevallen zelfs meerdere keren...

Dat regelmatig stukken worden toegestuurd die reeds in het bezit zijn van de advocaat is heel wat minder erg, maar kan toch ook worden vermeden.

In elk geval is het beter dat je een stuk teveel dan één te weinig afgeeft aan je advocaat.

4.10 Schadevergoeding

Hoe komt het dat mijn vriendin voor de gevolgen van haar whiplash slechts een vergoeding heeft ontvangen t.b.v. iets meer dan 8 000 euro?

In het algemeen moet worden vastgesteld dat heel wat whiplashpatiënten uiteindelijk vrede moeten nemen met een lage vergoeding. Hiervoor bestaan zowel algemene als specifieke redenen.

De belangrijkste algemene redenen:

- 1 een eerste oorzaak van een lage schadevergoeding vindt men in de praktijk terug bij het verschil tussen blijvende invaliditeit (B.I.) en blijvende arbeidsongeschiktheid (B.A.O.); de verzekeringsmaatschappijen en hun raadsgeneesheren zullen steeds uitsluitend gewag maken van B.I., tenzij het gaat om werkelijk hoge percentages van B.I./B.A.O.; zij weten maar al te goed dat de vergoeding bij B.I. doorgaans ongeveer een derde of zelfs de helft lager ligt dan bij B.A.O.; welnu, wanneer een onervaren raadsgeneesheer wordt aangesteld (zoals de eigen huisarts) dan weet hij meestal zelfs niet dat een dergelijk onderscheid bestaat;
- 2 in de wereld van de medische expertise in België gaat men vrij algemeen uit van een laag percentage voor de blijvende arbeidsongeschiktheid (B.A.O.) ingevolge whiplash, nl. doorgaans tussen 3 en 5 %; dit betekent dat de werkelijke omvang van de lichamelijke schade sterk wordt onderschat, en dit heeft uiteraard op zijn beurt tot gevolg dat de vergoeding voor deze – ondergewaardeerde – schade laag blijft; in dit kader wordt aangestipt dat het percentage van B.A.O. voor whiplashpatiënten in het buitenland meestal heel wat hoger ligt (20 à 25 % B.A.O.);
- 3 vele klachten ingevolge de whiplash kunnen niet worden bewezen aan de hand van beeldvorming, terwijl het slachtoffer de bewijslast draagt; ook hier valt de Belgische toestand nadelig uit tegenover het buitenland, waar vaak een minder streng bewijs van het bestaan van bepaalde gevolgen wordt opgelegd.

Daarnaast zijn er concrete elementen die de begroting van de lichamelijke schade beïnvloeden, zoals:

- 1 de persoonlijke gegevens van het slachtoffer: hoe oud is het, heeft het loonverlies geleden door het ongeval, hoeveel kinderen heeft het, ...?;
- 2 men kan slechts vergoeding voor kosten bekomen wanneer deze afdoende zijn bewezen; indien bvb. de apothekersbriefjes niet werden bijgehouden, dan zal je wellicht geen vergoeding bekomen voor de aangekochte medicatie;
- 3 mogelijks heeft het slachtoffer een definitieve minnelijke regeling van de schade, dus een dading, aanvaard en heeft het zich alzo definitief akkoord verklaard met een lage schadevergoeding.

Hier geldt de gouden raad: onderteken nooit een overeenkomst met de verzekeringsmaatschappij zonder voorafgaandelijk advies vanwege je advocaat !;

- 4 tenslotte dient rekening te worden gehouden met het principe dat men nooit meer kan bekomen dan is gevraagd; indien je advocaat bvb. geen vergoeding heeft gevraagd voor de nochtans belangrijke esthetische schade (bvb. omdat dit hem niet werd medegedeeld) of indien je advocaat een abnormaal lage vergoeding heeft gevraagd voor de huishoudelijke of professionele schade, dan mag de rechter daarover zelfs geen opmerking maken.

Hierbij aansluitend moeten nog belangrijkere bedenkingen worden gemaakt wanneer het gaat om werkelijk zware schade, van minstens 15 % B.A.O. Dan zal een groot deel van de schade meestal worden berekend aan de hand van de kapitalisatiemethode, terwijl de toepassing van deze methode op bvb. de blijvende professionele schade ver van eenvoudig is. Ook de bijstand ten einde de volledige vergoeding te bekomen voor de hulp van derden, voor prothesen, voor de nodige aanpassingswerken, e.d. kan enkel worden verleend door een advocaat met voldoende kennis en ervaring inzake lichamelijke schade.

4.11 Belangrijkste raad

Wat is nu het belangrijkste dat ik van deze hele tekst moet onthouden?

Laat je tijdig bijstaan door een eigen raadsgeneesheer en advocaat, die voldoende kennis en ervaring bezitten inzake medische expertise en lichamelijke schade !

4.12 Waar kunnen we bijkomende inlichtingen vinden?

Heel wat meer informatie over de vergoeding voor de lichamelijke schade (en voor de voertuigschade), over de medische expertise, en over allerlei tips en adviezen kan je terugvinden bij onze bevriende vzw Verkeersslachtoffers: www.verkeersslachtoffers.be



Meester Pascal MORTIER
advocaat te Gent

5 WHIPLASHPROBLEMATIEK: MEDISCHE INFORMATIE

Er bestaat heel wat medische literatuur betreffende acute en chronische klachten whiplash. Ook het web bezorgt ons heel veel informatie. Met onze inlichtingen hopen wij u te kunnen helpen bij de zo moeilijke zoektocht naar de gepaste behandeling en erkenning.

Wij gaan ervan uit, dat wie naar een zelfhulpgroep komt, behoort tot die groep slachtoffers die niet spontaan na een korte periode volledig hersteld is. Uiteraard kunnen wij vermelden dat het zeer belangrijk is onmiddellijk na het ongeval een eerste medische vaststelling van de letsels te laten opstellen. Bijzondere aandacht moet daarbij verleend worden aan klachten van pijn en functiestoornissen in hoofd, nek en lage rug en eventuele andere schade posten. RX, röntgenfoto's, laten nemen is nuttig indien met de mogelijkheid van een fractuur rekening wordt gehouden. Het is in elk geval nodig zo snel mogelijk een eerste medisch verslag te hebben voor de verzekeringen.

De realiteit is echter dat heel wat slachtoffers geleidelijk heel wat klachten ontwikkelen en in een lijdensweg terecht komen. Wie hulp zoekt bij onze vereniging heeft dit zelf (of familielid, vrienden, kennissen) langdurig aan de lijve ondervonden en zoekt nu hulp bij lotgenoten.

Omdat de term "whiplash" (konijnenslag, zweepslag of nekslag) slechts het uitgangspunt is van een complex geheel aan gevolgen, spreken wij over **Whiplashproblematiek** en **Whiplash Associated Disorders, WAD**.

Dikwijls hebben chronische slachtoffers al heel veel onderzoeken gehad, omdat voor veel van ons de zoektocht naar juiste behandeling een zeer moeilijk proces is. Een goede behandeling kan pas gegeven worden indien de hulpdienst, de spoedarts, de huisarts, de specialisten (traumatoloog, neuroloog, endocrinoloog,...), de fysiotherapeut, de psycholoog en/of pijncentrum, de klachten onderkennen en openstaan voor het doorsturen naar bijkomende specialisten indien nodig.

De mogelijke gevolgen van een whiplash, verschillen immers van persoon tot persoon, van letsel tot letsel. Qua behandeling helpt bij het ene slachtoffer medicatie, bij een ander kinesitherapie, sommigen hebben een operatie nodig, anderen dan weer dagelijkse inspuitingen met vervanggroeihormoon. Soms relaxatietherapie of stressmanagement, allemaal verschillend naargelang de specifieke persoonlijke symptomen.

Onze informatie is daarom hoofdzakelijk gericht op de recente medische ontwikkelingen betreffende WAD. Wij proberen een overzicht te geven waardoor u uw eigen klachten kan vergelijken.

Heel veel lotgenoten ondervinden ook problemen met verzekeringen. Het is onze bedoeling te benadrukken dat de huidige medisch kennis duidelijk aantoonbaar dat de whiplashproblematiek niet zomaar een "halsprobleempje" is of "tussen de oren zit" zoals verzekeringen dit omschrijven.

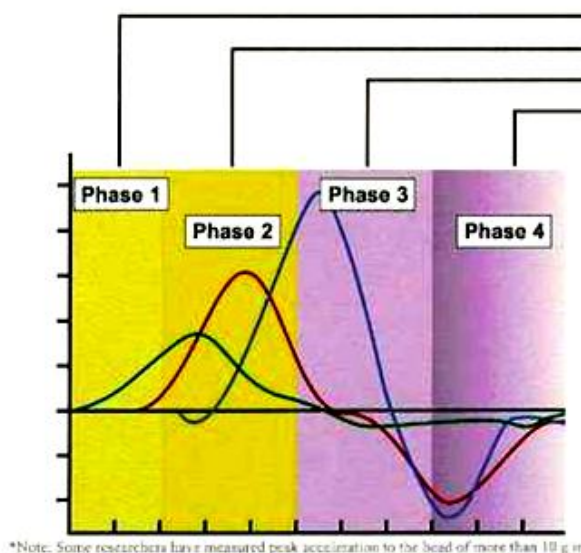
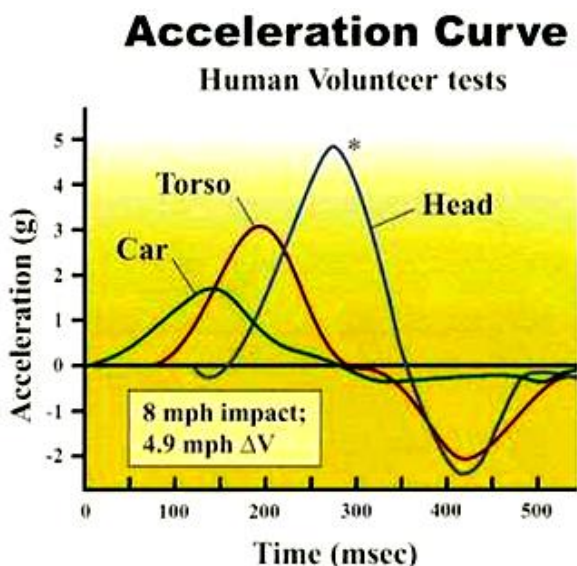
In 2010 is het causaal verband WAD en hersenletsel bewezen geacht. Het niet erkennen van dit verband is een schending van de huidige medische kennis en een onaanvaardbare discriminatie van slachtoffers.

Vóór het ongeval verklaren verzekeringen in hun contracten voor dagvergoeding en/of arbeidsongevallen dat de voorbeschiktheid om in geval van ongeval grotere schade op te lopen geen uitsluitingsgrond is. Ook een vooraf bestaande tot dan niet bekende afwijking wordt niet in mindering gebracht. Een afwijking die wel voor het ongeval bekend was en behandeld, wordt wel in mindering gebracht.

Achteraf wordt door de contractueel tot vergoeding verplichte verzekering steeds wederrechtelijk gepoogd de voorafbestaande leeftijdsgebonden fysiologische degeneratieve toestand in mindering te brengen.

5.1 Mogelijke letsels bij whiplashproblematiek

Volgens Foreman en Croft in Whiplash Injuries 1995 blz. 1-3 is whiplash een drukgolf uitgaande van de lage rug, gevolgd door een gewelddadige overdreven knikking van de nek naar achter en terug naar voor onvermijdelijk gepaard met een gesloten onrechtstreeks schedel-hersentrauma door *acceleratie-deceleratie* van het hoofd tijdens de hyperflexie-extensie van de nek.



- Fase 1: lage rug: kanteling naar achter
- Fase 2: nek: over strekken/buigen
- Fase 3: hoofd: hersenbots
- Fase 4: hoofd: hersenweerbots

*Note: Some researchers have measured peak acceleration to the head of more than 10 g.

Friedmann et al (Friedmann LW, Marin EL, Padula PA. Biomechanics of cervical trauma, in *Painful Cervical Trauma: Diagnosis and Rehabilitative Treatment of Neuromuscular Injuries*, Ed. Tollison CD, Satterthwaite JR 1992;10-19.) wrote, "Patients receiving whiplash injury of the neck can also suffer from a cerebral concussion. If the head is thrown forward and then strikes the steering wheel or windshield, a head injury can occur. Also, mechanical deformation of the brain occurs during the acceleration/deceleration phase of the injury and a concussion can occur without the head actually striking anything."

Vertaling:

Friedman en medewerkers (Friedman L W, Marin E L, Padula P A, Biomechanica van het nektrauma, in Pijnlijk Nekletsel: Diagnose en Revalidatie Behandeling van Neuromusculaire Letsels, Ed Tollison C D, Satterthwaite J R 1992; 10-19.) schreef, "Patiënten die een whiplash letsel van de nek ondergingen kunnen lijden aan een lichte hersenschudding. Indien het hoofd naar voor werd gegooid en dan tegen het stuur of de voorruit botst kan een schedeltrauma voorkomen. Ook kan een mechanische vervorming van de hersenen ontstaan tijdens de acceleratie/deceleratie fase van het trauma en een lichte hersenschudding kan voorkomen zonder dat het hoofd ook maar iets raakt "

Volgende letsels kunnen hieruit ontstaan: "...een groot aantal mogelijk beschadigde anatomische structuren: de facetgewrichten, tussenwervelschijven, spieren, ligamenten, atlanto-axiale gewrichten(verschuiving halswervel), cervicale wervels, het temporomandibulair gewricht (kaakgewricht) en de hersenen."(Barnsley et al.,1994a; Bogduk, 1986)

Thans weet men proefondervindelijk dat een whiplash een drukgolft is die in fracties van een seconde aanvangt in de lage rug, verder gaat in de boven rug, naar de nek en eindigt in het hoofd (Foreman en Croft 1995 Whiplash blz. 56 tot 92).

In de eerste plaats kan via beeldvorming [röntgen (RX), botscentigrafie, computertomografische opnamen (CT-scan), of nucleaire magnetische resonantie (NMR)] nagegaan worden of er weke delen zijn beschadigd of botten gebroken of verschoven zijn (**fracturen of dislocaties**). Deze komen echter eerder zelden voor. In een studie van 200 patiënten die een schadevergoeding eisten na een whiplashletsel vertoonde toch 10% fracturen of dislocaties (Pr Dr. J. Van Goethem et al., 1996).

5.1.1 Letsels aan de weke delen van de nek

Het vaakst komen beschadigingen voor aan de weke delen (spieren, pezen, gewrichtskapsels, gewrichtbanden, zenuwen en bloedvaten) van de nek. In zulk geval is er sprake van een nekverstuing (neck sprain) of nekverrekking (neck strain).

Dit zijn echter veelal uitsluitingsdiagnoses, want beeldvormingstudies vlak na het ongeval vertonen meestal geen afwijkingen die pleiten voor letsels aan de weke delen van de nek (Ronnen et al., 1996).

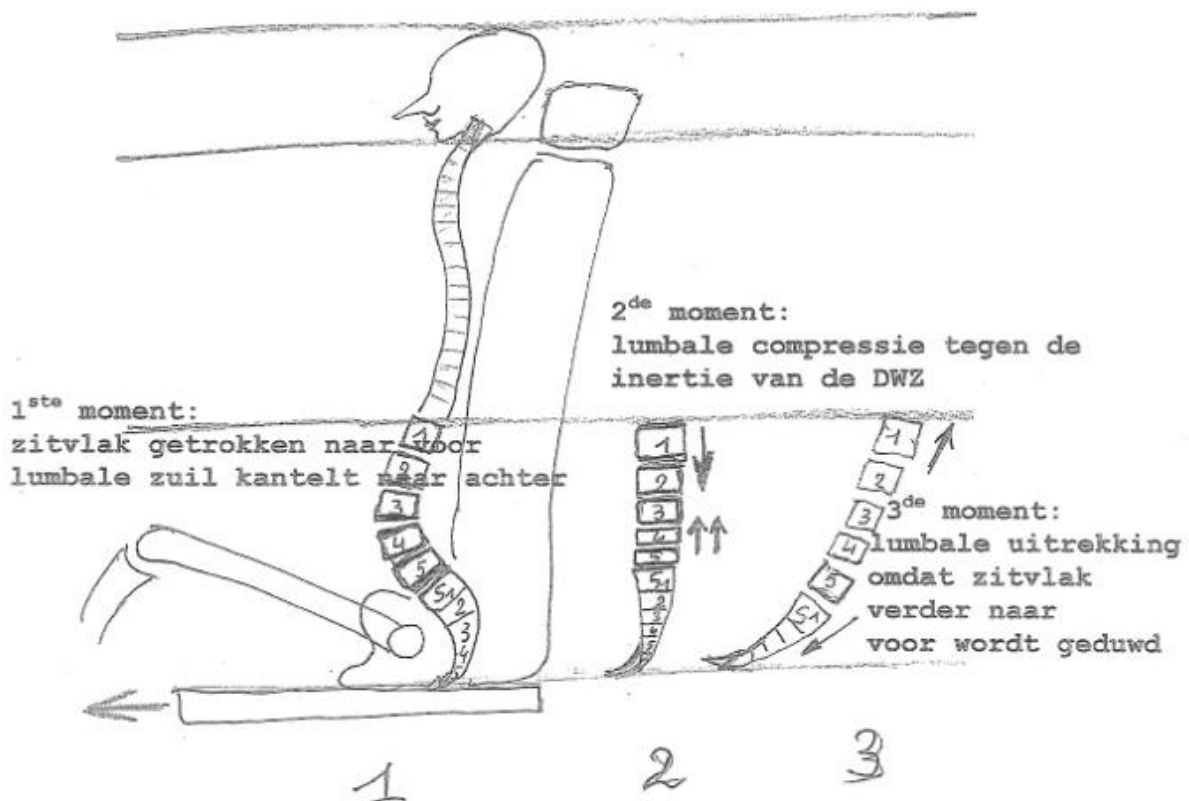
De studies die zich eerder op de rol van de spieren en de ligamenten na de impact hebben geconcentreerd, opperen de mogelijkheid van spierletsels (Brault et al., 2000; Magnusson et al., 1999; Shea et al., 1992). De nekspieren trekken brutaal samen als reflectoire respons, waardoor spierletsels kunnen ontstaan (Brault et al., 2000).

Die onderzoekers schrijven het whiplashsyndroom hoofdzakelijk toe aan letsels van spieren of ligamenten in de nek (neck sprain) omdat bewijzen van letsels aan het skelet of het zenuwstelsel over het algemeen ontbreken (Stovner, 1996).

Bij een slachtoffer is de plotse contractuur van de nekspieren door te schrikken van een auto (zonder rechtstreeks trauma) bij vonnis erkend als de oorzaak van nekdiscushernia's.

5.1.2 Weerslag op lumbale wervelzuil: lage rug letsels

Bij een aanrijding langs achter is het aangrijpingspunt achtereenvolgens in 1ste fase de lage rug, vervolgens in de nek en tenslotte in de hersenen. Op het moment van de aanrijding langs achter wordt de onderkant van het onderlichaam naar voren gestoten. De fysiologisch lage rug lordose (kromming) wordt een abnormale lumbale kyfose (kromming). Op dat moment drukt het gewicht en de inertie van het bovenlijf de lumbale wervelzuil samen.



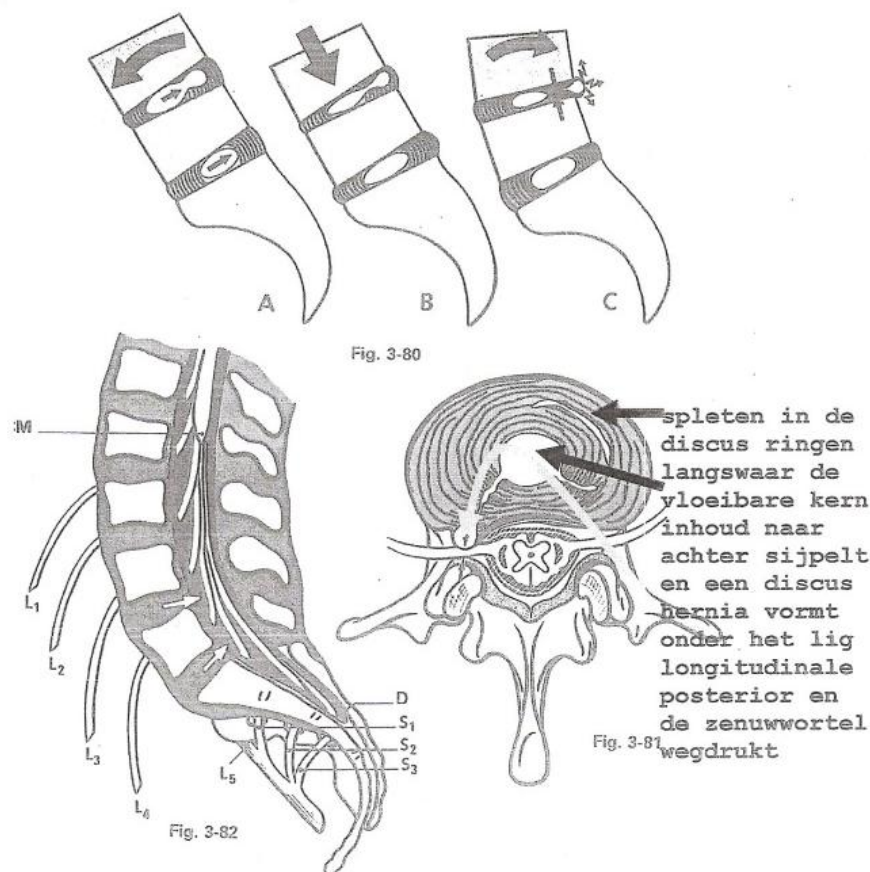
Slachtoffer op bestuurders zetel tijdens aanrijding langs achter.

Impact begon in de sacro-lumbale lumbale regio en zette zich verder in de dorsale-, en cervicale regio om te eindigen in een achterover kantelen van het achterblijvende hoofd terwijl er op de nek wordt getrokken omdat het onderlichaam verder naar voor wordt gestoten.

Discusoverbelasting->discusdehydratie, ->discusdegeneratie, annulusfibrosus-ruptuur -> hernia

Door de plotse druk op de tussenwervelschijven ontstaan: degeneratie, dehydratie en spleten. De vloeibare kern wordt bij buigen doorheen de barsten in de discusringen naar achter geperst. Op het moment dat het achterste lengte bindweefselblad wordt opgetild of gescheurd(annulus fibrosus ruptuur) ontstaat het acute "spit". Dit kan enkele uren maar ook enkele dagen, weken of maanden na het ongeval.

Kapandji, 2001, Bewegingsleer deel III De romp blz 117



Op dezelfde manier als in de lumbale wervelzuil (lage rug) ontstaan ook in de dorsale streek (boven rug) en de cervicale streek (de nek) ligamentscheuren en discusprotusies (uitpuilingen) die verminderen bij afname van de belasting of verergeren indien de belasting toeneemt. Versnelde artrose (gewrichtsslijtage met als gevolg pijn, stijfheid en bewegingsbeperking)wijst meestal op een traumatische oorzaak van de versnelde lokale degeneratie (ontaarding).

5.1.3 Hersenletsel:

Het thans bestaande inzicht is dat gewelddadige whiplash van het hoofd en de nek, onvermijdelijk gepaard gaat met een indirect gesloten acceleratie-deceleratie traumatisch hersenletsel (THL) (traumatic brain injury (TBI))

Buitensporig en gewelddadig buigen en strekken van de nek voorbij de normale grenzen veroorzaakt een **contrecoup** hersenletsel. Dit is een letsel aan de tegenovergestelde zijde van de oorspronkelijke impact. Tijdens het snel accelereren en decelereren van het hoofd blijven de hersenen bewegen en kaatsen ze tegen de binnenkant van de schedel.

Er kan sprake zijn van:

- 1 **Hyperflexie** (overdreven voorover knikken):
plotse deceleratie van het hoofd, door de kin tegen de borst te stoten of door een schok, maakt dat de hersenen tegen de achterwand van de schedel slaan.
- 2 **Hyperextensie** (overdreven achterover knikken):
plotse voorwaartse acceleratie van de schedel maakt dat de hersenen bewegen binnen hun beschermend kapsel en tegen de voorwand van de schedel slaan.

Contrecoup

is een hersenletsel dat dikwijls wordt gezien bij auto-ongevallen na een plotse stop aan hoge snelheid. Het ontstaat door het hevig bonken van de hersenen tegen de schedelwand [gelocaliseerd 180° tegenovergesteld aan de plaats waar de slag werd toegediend].

*Deze gebeurtenis kan een **diffuus axonaal hersenletsel (DAI)** veroorzaken, ook wel **axonaal shearing (uitrekking)letsel** genoemd.*

DAI-letsels zijn een schade aan de individuele zenuwcellen (neuronen) en een verlies van de connecties tussen de neuronen (hersencel) Dit kan leiden tot een verlies van de algemene onderlinge communicatie tussen de neuronen in de hersenen.

Het neuron is de belangrijkste functiecel van de hersenen en van het zenuwstelsel. Zij bestaat uit een cellichaam (soma), een staart of lange zenuwvezel (axon), en dendrieten uitlopers van het cellichaam.

De axonen lopen in banden of clusters doorheen de hersenen. Op deze wijze verschaffen ze uitgebreide onderlinge verbindingen tussen hersengebieden.

De hersenen proberen zichzelf te herstellen na een trauma. Daarin zijn ze meer succesvol na een licht tot matig letsel dan na een ernstig letsel.

Wetenschappers hebben aangetoond dat na een verspreid axonaal letsel neuronen zich spontaan kunnen aanpassen en herstellen door sommige van de overgebleven gezonde neuronvezels te laten uitgroeien in de ruimten die vroeger bezet waren door een verloren axon.

Deze vezels kunnen op zo'n manier ontwikkelen dat het neuron opnieuw in staat is gegevens uit te wisselen met het naburig neuron.

Dit is een zeer kwetsbaar proces. Het kan door één of meer factoren worden onderbroken zoals zenuwprickeling, hypoxie (lage zuurstof saturatie), hypotensie (geringe bloedtoevoer).

Na een trauma kan met name overdreven zenuwstimulatie, dit is de elektrische activering van zenuwcellen of -vezels tot groei, het natuurlijk herstel onderbreken en ervoor zorgen dat de weer uitgroeïende vezels in alle richtingen uitgroeïen en hier door verkeerde con-

necties vormen. Neurologen denken dat deze verkeerde verbindingen bijdragen tot langdurige handicaps, zoals pijn, spasticiteit, epilepsie, en geheugenproblemen.

NINDS onderzoekers (National Institute of Neurological Disorders and Stroke) trachten nu meer te weten te komen over het natuurlijk herstelproces van de hersenen en welke factoren of initiators dit proces controleren.

Zij hopen door deze initiators te manipuleren het herstel te zullen kunnen verbeteren en tegelijkertijd het aantal verkeerde verbindingen te verminderen.

Heel belangrijk hierbij is de medische beeldvorming. In samenwerking met zelfhulpgroep whiplash Frankrijk kregen wij beelden te zien van de mogelijke letsels na een whiplash. Innoverend zijn hier de 3D weergaven:

“ Apport de l'IRM moderne dans l' etude des sequelles encephalique des traumatismes crâniens « Fredy, D, Rodrigo, S, Naggara, O Meder, JF. (2009) Te bekijken op: <http://www.cassetete22.com/fichier/TRAUMA%20CRANIEN%20apport%20IRM%203D%20Pr%20FREDY%20D.%20Vierzon%20fev%2009.pdf>

Hersenschudding

Op NMR hersenen is aangetoond dat de hersenen naargelang de houding van het hoofd zich door de zwaartekracht heen en weer verplaatsen binnen in de schedel. De cerebrospinale ruimte tussen het schedelbot verandert naargelang het slachtoffer voorover of achterover ligt of rechts of links is gedraaid. De hersenen zijn zwaarder dan de liquor er om heen zodat ze steeds naar het laagste punt zakken. Het verschil in versnelling tussen het hersenweefsel en het hersenvocht er rond maakt het mogelijk dat de hersenen botsen tegen de schedelwand tijdens een gewelddadige acceleratie-deceleratie van het hoofd door overdreven buiging en strekking en zijdelings kantelen en draaien van de nek, zoals tijdens een whiplash met opzij kijken. Door het botsen van de hersenen tegen de schedelbinnenwand ontstaat een **gesloten indirect traumatisch hersenletsel** (National Institute, 2005; Van der Eerden, 2008).

Een al of niet gedocumenteerd bewustzijnsverlies is hierbij volgens Mumenthaler, Neurology (2004) blz. 47 geen essentiële voorwaarde om toch lichte (mild) hersenschudding (concussion) te aanvaarden. Het bewustzijnsverlies kan zo kort geweest zijn dat niemand het heeft opgemerkt of omdat het slachtoffer meteen weer opstond.

“Because of the vagueness of these symptoms characterized by a progressive deterioration, whiplash patients are often thought of as hysterics, hypochondriacs and malingerers. It has however been shown that there is no relationship between the force of impact and the time taken for symptoms to settle, nor with the severity of complaints.”

Vertaling: “Vanwege de vaagheid van deze symptomen gekenmerkt door een progressieve verslechtering, zijn whiplash patiënten vaak gezien als hysterici, hypochonders en simulanten. Er is echter aangetoond dat er geen relatie bestaat tussen de kracht van de botsing en de tijd genomen voor de symptomen om zich te vestigen, noch met de ernst van de klachten. ” Bron: Minton R.; Galasko CSB; Murray PA; Pitcher M. whiplash, oorzakelijke studies: eindrapport 1998

De algemeen aanvaarde klinische ervaring bevestigt dat een whiplash trauma van hoofd en nek door de acceleratie-deceleratie van de hersenen tijdens de gewelddadige flexie-extentie en rotatie-inclinatie van de nek op zijn minst een lichte hersenschudding met GCS 13 tot 15 veroorzaakt. (GCS= Glasgow Comaschaal)

In geval van lichte hersenschudding is er 10 tot 15 % kans op een blijvend traumatisch hersenletsel (Rohkamm, 2004). In geval van TBI (traumatic brain injury) is op zijn beurt in 40% van de gevallen een blijvende hypofyse uitval met GHI (Groeihormoon Insufficiëntie) aanwezig. (Bondanelli, European J Endocrinology, 2005, 152, blz. 681).

De TBI letsels worden daarenboven ook nog laattijdig gedetecteerd. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke oktober 2005).

De GHI wordt daardoor meestal pas enkele jaren na het ongeval geobjectiveerd.

De **hypothalamo-pituitaire-corticotrope asstoornis** bij whiplash werd door Gaab (Pain 2005 119, blz. 219-224) bewezen. Dit werd eveneens bevestigd door:

- Ghigo et al. consensus guidelines in Brain Injury 2005, 19(9): 711-724;
- Scheider et al. Lancet, 2007, 369: 1461-1470
- Vonnis dd. 01/04/2010 door Rechtbank van Eerste Aanleg, tiende kamer te Brugge

Het ontstaan en de ontwikkeling van de hypofyse beschadiging, onder andere tijdens whiplash, wordt in het Nederlands beschreven door:

- R.A. Alwani et al. NTG, 2004, N° 148(28), blz. 1298-1401;
- J. Bartstra et al. Patiënt Care, 2005, oktober special, blz. 1-18;
- Van der Eerden et al. Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie 2008 N°1 (109)
- Prof. Dr R. Abs, Whiplash, 11-09-2006 en Whiplash april 2010.

Hypofyse

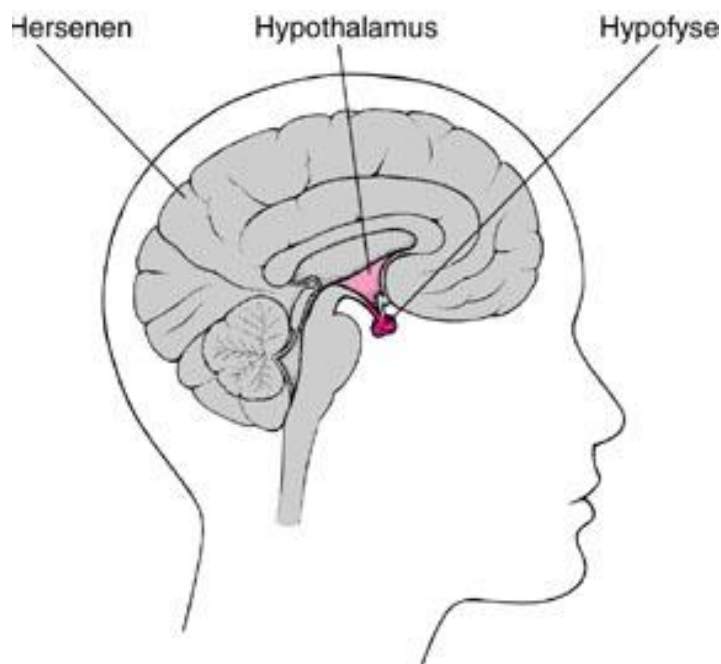
De schedel hangt vast aan de nek. Door die beweeglijke verbinding wordt het hoofd passief heen en weer geslingerd tijdens het heen en weer stoten van de rest van het lichaam tijdens een aanrijding langs achter.

De herseninhoud binnen in de schedel wordt door zijn inertie heen en weer geschud tijdens gewelddadige acceleratie-deceleratie van het hoofd tijdens hyperflexie-extensie en rotatie-inclinatie van de nek (= whiplash).

De hypofyse, als knopvormig aanhangsel onderaan de hersenen, is door haar arachnoidea verbonden met de schedelbasis. Daarenboven zit de hypofyse ook anatomisch vast door haar ligging in de sella turcica. Dit is een rond putje in de schedelbasis dat afgedekt is door een diafragma en dat op die wijze de hypofyse volledig omsluit. Door deze fixatie kan de hypofyse, in tegenstelling met de overige hersenstructuren, helemaal niet bewegen tijdens het naar voor of naar achter klappen van de hersenen.

Onvermijdelijk ontstaat dan tractie op de verbindingsteel tussen de vast zittende hypofyse en de hypothalamus van de beweeglijke hersenen.

Het gevolg is dan beschadiging van de zeldzame bloedvaatjes en grote kans op circulatie onderbreking en lokaal oedeem. De meest aan beschadiging bloot gestelde hypofysedelen zijn deze vooraan waar o.a. het groeihormoon wordt geproduceerd. De hypofyse, een klier ter grootte van een erwten, die ligt aan de schedelbasis, produceert een aantal hormonen, waarvan elk een specifiek deel van het lichaam beïnvloedt (het doelorgaan). Omdat de hypofyse de werking van de meeste andere endocriene klieren regelt, wordt deze vaak de meesterklier genoemd.



Bron: Merckmanual, medisch handboek

<http://www.merckmanual.nl/index2.html?aline=1859&mlinks=1791&htid=1791>

“In de klinische praktijk van elke dag reageren artsen over het algemeen veel sneller bij het eerste symptoom van coronaire afsluiting(hart) dan bij de eerste tekenen van een TIA (transient ischemic accident) of een CVA (cerebro-vasculair accident).

Een TIA is een kortdurend voorbijgaand bloed te kort in een hersengebied zonder blijvend hersenletsel.

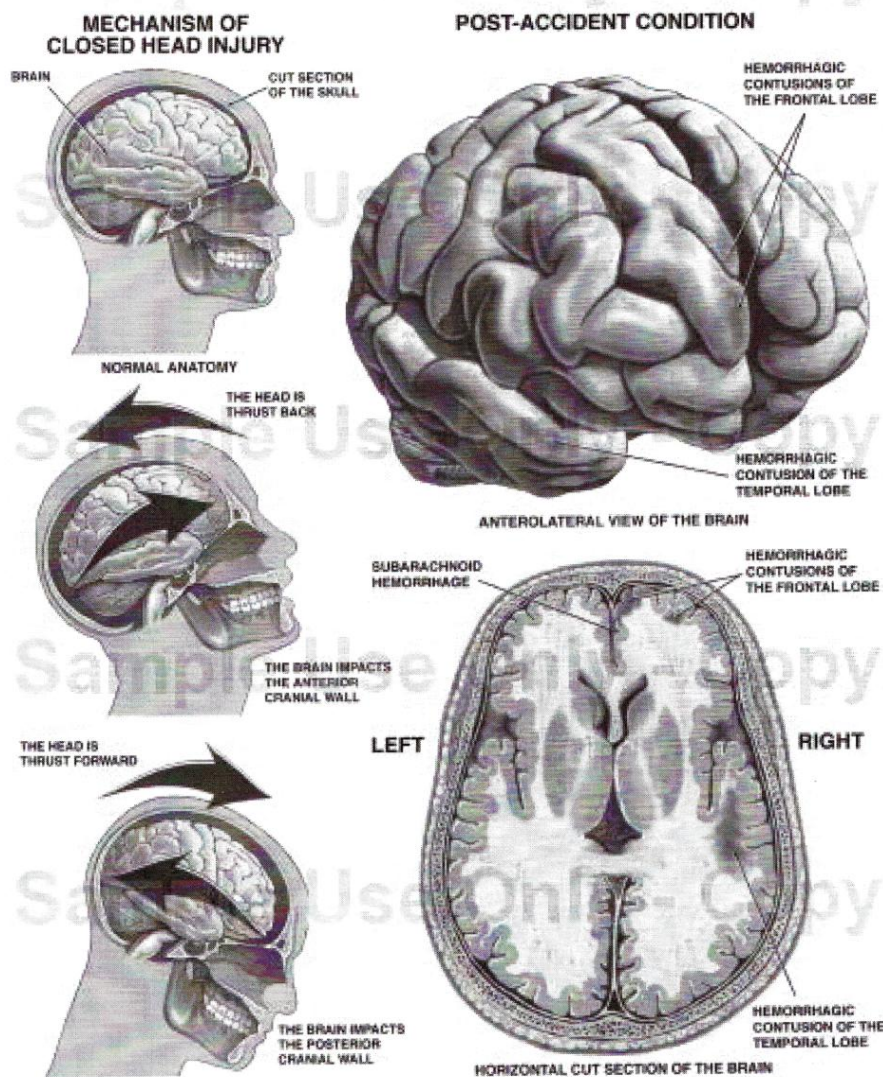
Een CVA is een blijvend hersenletsel ten gevolge van een te lang geduurd bloedcirculatie te kort.

Bij een “hart in nood” wordt de patiënt meteen op de cardiologische intensive care opgenomen voor trombolysie (het oplossen van een bloedstolsel in een bloedvat)

Bij een “cerebrum in acute nood” wordt meestal thuis een afwachterende houding aangenomen... Hierdoor zijn meestal de kritische eerste uren reeds lang voorbij voor diagnostiek en behandeling voor trombi-preventie en eventuele trombolysie. Door het traditioneel afwachten is de schade reeds irreversibel.”

(Bron: Prof. Dr. P. Boon, 2002 Brain Awareness Day)

Whiplash - Closed Head Injury with Resulting Brain Injury



Whiplash - gesloten schedeltrauma met hersenletsel tot gevolg

Het verwerpen van elke vorm van cerebrale betrokkenheid of lichte hersenschudding in geval van gesloten onrechtstreeks hersentrauma in geval van whiplash is een wetenschappelijke fout.

Artsen van verzekeringen die tegen de bestaande wetenschappelijke eensgezindheid (consensus) in de medische wereldliteratuur in gaan, doen dit dus in tegenspraak met de huidige medische kennis. Hieruit kunnen wij alleen concluderen dat zij dit doen uit eigen belang en voor het winst oogmerk van hun opdrachtgever. Hierbij gaan zij in tegen het recht op schade vergoeding zonder winst oogmerk van de slachtoffers.

"U hebt volgens uw eigen behoeften recht op de best mogelijke verzorging, rekening houdend met de medische kennis en beschikbare technologie. De zorgen voor het voorkomen, behandelen en verzachten van lichamelijke en psychische pijn maken integraal deel uit van de behandeling. Elke patiënt heeft dus recht op dezelfde kwaliteitsvolle verzorging.

Er mag daarbij geen rekening worden gehouden met geslacht, leeftijd, huidskleur, seksuele geaardheid of filosofische overtuiging. De zorgen moeten ook verstrekt worden met respect voor de menselijke waardigheid en voor de autonomie van de patiënt.”

(Bron: FOD Volksgezondheid, Patiëntenrechten)

5.2 Overzicht van de mogelijke symptomen en de klinische vaststellingen.

De klachten bij whiplash, traumatische hersenletsels en rugletsels zijn verscheiden van aard.

Uiteraard komen veel van deze symptomen (bijv. hoofdpijn, uitputting...) niet alleen voor na een verkeersongeval (VKO) of ander ongeval met hoofd- en nekletsel, maar ook bij andere ziektes. Daarom zal de huisarts en/of de specialist eerst aan de hand van uw medische anamnese (ondervraging) en via bloedonderzoek en beeldvorming andere oorzaken uitsluiten.

De symptomen zijn verschillend van slachtoffer tot slachtoffer en kunnen in combinaties voorkomen. WAD zijn een verzameling van ziektebeelden die zeer verschillend zijn in hun diagnose, prognose en behandeling.

“Er is de laatste tijd steeds meer bewijs voor verschillen in lichamelijke en psychosociale stoornissen tussen individuen die van het letsel herstellen en hen die hardnekkige pijn en handicaps ontwikkelen. Kort na het trauma heeft iedereen met een whiplashletsel last van motorische functiestoornissen, lokale cervicale mechanische hyperalgesie (verhoogde gevoeligheid voor pijn) en psychologisch lijden, ongeacht het herstel.

De patiënten die hardnekkige matige/ernstige pijn en beperkingen ontwikkelen vertonen echter een ingewikkelder beeld. Kenmerkend zijn bijkomende stoornissen, zoals uitgebreide sensibele hypergevoeligheid, die een aanwijzing vormen voor onderliggende stoornissen in centrale pijnverwerking of voor een acute posttraumatische stressreactie.

Deze symptomen zijn al kort na het trauma aanwezig. Op basis van deze heterogeniteit wordt een nieuw classificatiesysteem voorgesteld waarin rekening gehouden wordt met meetbare verstoringen in de motorische, sensibele en psychosociale functies.”

Bron: Prof. Michele Sterling, School of Health and Rehabilitation Sciences, The University of Queensland, Australië

5.3 Klachtenlijst bij whiplashproblematiek

Symptomen	Kenmerken en klinische vaststellingen
Nek- en rugpijn	<p>Ontstaan binnen 6 uren: 65 % 24 uren: 28 % 72 uren: 7 %</p> <p>* (zie onze aanvulling nek- en rugletsels)</p>
Hoofdpijn	<ul style="list-style-type: none"> • spierspanningstype • occipitale neuralgie (pijn door nekzenuw) • pijn geassocieerd met het temporomandibulaire gewricht (Pijn of gevoeligheid in het kaakgewricht en/of kauwspier) <ul style="list-style-type: none"> • migraine
Oorklachten	<ul style="list-style-type: none"> • evenwichtsstoornissen met of zonder vertigo (draai-duizeligheid) • 'floating' sensaties • tinnitus (oorsuizen of fantoomgeluid) • gehoorverslechtering
Paresthesieën (Abnormale huidsensaties)	<ul style="list-style-type: none"> • brachiale plexopathie (in schouder) • cervicale radiculopathie (beknelling van de <i>cervicale</i> zenuwwortels)
Spierzwakheid	<ul style="list-style-type: none"> • brachiale plexopathie • cervicale radiculopathie
Cognitieve stoornissen (met betrekking tot het denkproces, waarneming, aandacht, concentratie, geheugen, oriëntatie, taalgebruik en vaardigheden)	<ul style="list-style-type: none"> • geheugendefecten, aandachtstoornissen • irritatie, nervositeit • vermoeidheid • slaapstoornissen • persoonlijkheidsveranderingen
Visuele stoornissen	<ul style="list-style-type: none"> • convergentiedefecten • beschadiging van achtereenvolgende of saccadische bewegingen (oogbewegingen) • Horner syndroom (Aantasting van de sympathicuszenuw in het halsgebied met als gevolg pupilvernauwing, afzakking van het bovenste ooglid en inzakking van de oogbol in de oogkassen) • oculomotorische verlamming (oogspieren)

Bron: "Tabel 5. Frequentie klachten ten gevolge van een whiplashletsel."
 Meola & Sansone (1996) en Schneider HJ (2007)

Deze tabel en studie vullen wij aan met wat door ontelbare wetenschappelijke studies bewezen is en erkend (zie p. 26), namelijk dat whiplash een gesloten onrechtstreeks schedel-hersentrauma veroorzaakt met traumatische hersenletsels (traumatic brain injuries (TBI). Dit veroorzaakt in de helft van de gevallen een hypofyseletsel en hormonale storingen.

De acute acceleratie-deceleratie (achterover –en voorover zwaaien) met de nek en de hersenen in de schedeldoos gaat gepaard met het verdraaien van de halsslagers waarvoor binnenste wand beschadiging bloedstolsels op afstand worden afgevuurd:

- een directe hersenfunctiestoornis (hersenschudding)
- een directe hersenkneuzing
- een indirect ichemisch(onvoldoende doorbloeding) hersenletsel(door micro-embolen)

Volgens de literatuur kan een apoplexie (acute beschadiging van de hersenen door bloeduitstorting of bloedcirculatiestoornis) van de hypothalamus-hypofyse door elk schedeltrauma worden veroorzaakt. Door ze niet te herkennen kan dit fysiek en psychisch herstel in de weg staan.

Hypofysehormooninsufficiënties worden vastgesteld bij een aanzienlijk deel patiënten met hoofdtrauma.

Symptomen	Kenmerken en klinische vaststellingen
<p>Anergie, geringe levenskwaliteit Onregelmatige cyclus, uitblijven cyclus Stemmingsstoornissen Verminderde kracht Neuropsychiatrische problemen Gewichtsverlies Gewichtstoename (vervetting buik) Levensbedreigende bijniercrisis bij acute deficiëntie (zwakheid, nausea, koorts, shock) Cognitieve stoornissen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hypofyseletsel • Hormoondeficiëntie: groeihormoon, schildklierhormoon, corticosteroïden (ACTH), geslachtshormonen (LH/FSH) • Oligomenorroe of amenorroe (verstoorde cyclus) • Myopathie (energievoorziening van spier verstoord) • Verminderde spiermassa en kracht • Seksuele disfunctie • Onvruchtbaarheid • Viscerale obesitas (diepliggend buikvet) • Verlies van secundair haar, verandering van huid, haar en stem • Hypotensie (bloeddrukverlaging) • Hypoglykemie (verlaagd bloedsuikergehalte) • Hyponatriëmie (verlaagd natriumgehalte) • Anemie, eosinofillie (afwijkingen bloedbeeld) • Bradycardie (lage harstslag) • Osteoporose

Toevoeging uit "Tabel 1 Klinische consequenties van enkele hypofysedeficiënties"
 Bron: Schneider HJ (2007)

5.4 Wanneer is het aangewezen als whiplashslachtoffer een endocrinologisch onderzoek te laten uitvoeren?

Het is duidelijk dat de ernst van het trauma niet bepalend is. Slachtoffers die in diepe coma zijn geweest hebben niet meer of minder hormonale tekorten dan slachtoffers met lichtere hersenletsels...

Gezien het uiterst frequent voorkomen van whiplash, is een hormonale op puntstelling enkel nuttig indien zeer uitgesproken klachten aanwezig zijn:

- minstens zes maanden na de whiplash;
- extreme moeheid en uitputting;
- cognitieve disfuncties;
- slechte levenskwaliteit;
- uitvallen van hormonale functies, voornamelijk op seksueel vlak.

Elk hormonaal tekort kan gesubstitueerd worden.

Hoe moeilijk ook, de diagnose stellen van een endocrien tekort is primordiaal vermits er een adequate hormonale behandeling bestaat die de klachten in belangrijke mate kan opvangen.

Onderzoeken hebben aangetoond dat de levenskwaliteit toeneemt, werkhervatting mogelijk is en de ongunstige lichaamsamenstelling verbetert.

Het is dan ook belangrijk dat dit endocrien gevolg van traumatisch hersenletsel beter herkend wordt zowel door de medische wereld als door het publiek.

Ter verduidelijk volgen twee publicaties betreffende deze whiplashproblematiek zoals verschenen in de artsen- en specialistenkrant in 2010:

“ Whiplash, een hersentrauma...? ”

Bron: Pfizer Endocrine Care

Whiplash, een hersentrauma...?

Auto-ongeval, sportblessure, val... Een letsel van de cervicale wervelzuil, beter bekend als whiplash, is geen zeldzaamheid in de klinische praktijk. Meestal herstelt de patiënt na enkele weken of maanden. Maar in enkele gevallen kan een verwikkeling aanwezig blijven. De diagnose stellen is dan de boodschap.

Naar schatting worden in België jaarlijks meer dan twintigduizend personen slachtoffer van een hersentrauma. Een groot aantal daarvan blijft sequellen houden, die min of meer invaliderend zijn. Andere herstellen op enkele weken of maanden.

Hypofysaire insufficiëntie

De laatste jaren echter hebben verschillende studies aangetoond dat men bij 35% van deze patiënten een post-traumatische hypofysaire insufficiëntie kan aantreffen, met alle endocriene verwikkelingen vandien. Spijtig genoeg wordt de diagnose vaak laatdijg gesteld. Intussen

gaat de patiënt in het beste geval door voor een psychosomaticus, in het slechtste geval voor een simulant.

Welke symptomen ?

Gezien het aanzienlijke aantal hormonale assen waarin de hypofyse een rol speelt (zie tabel) kunnen de symptomen van hypofysaire insufficiëntie zeer divers zijn. Een geduchte acute verwikkeling is de bijniercrisis, uitgelokt door een stopzetting van de ACTH secretie. De weerslag van een FSH/LH insufficiëntie op de seksuele functies is goed herkenbaar bij de vrouw (oligomenorree, amenorree). De symptomen kunnen echter ook een verminderde

Eén derde van de gevallen

Hypofysaire insufficiëntie, geïsoleerd of in combinatie, is een klassieke, gekende verwikkeling van een sub-arachnoïdale bloeding. Ze treft bijna één patiënt op twee (48%). We weten vandaag dat deze verwikkeling eveneens voorkomt bij 35% van de patiënten die slachtoffer worden van een hersentrauma.

inspanningstolerantie, osteoporose of seksuele dysfuncties omvatten.

Een TSH-insufficiëntie levert de symptomen van een hypothyroidie op. En bij een tekort aan groeihormoon kan de patiënt ondermeer een afname van vetvrije lichaamsmassa, dyslipidemie, obesitas, of een gebrek aan energie (anergie) vertonen.

waarbij men naar de hoger vermelde symptomen vraagt, een zorgvuldig klinisch onderzoek en een reeks endocriene testen, waaronder het ochtendcortisol, vrij T4 en TSH, IGF-1 en tenslotte ook FSH, LH en prolactine.

Bloedafname voor opsporing van hypofysaire insufficiëntie

TSH • vrij T4 • Cortisol (ochtend) • LH • FSH • Testosteron • Somatomedine C (IGF-I)

Tabel : Belangrijkste hormonen, vrijgesteld door de hypofyse

Voorste lob	Achterste lob
ACTH*	Ocytocine
FSH/LH*	ADH
Prolactine	
TSH	
Groei hormoon*	

* De meest voorkomende endocriene stoornissen na een hersentrauma zijn een verminderde productie van ACTH, gonadotrofin (FSH/LH) en groeihormoon.

Het ochtendcortisol evalueert de bijnierfunctie, terwijl het vrije T4 en het TSH de hypofyse-bijnieras evalueren. IGF-1 (insulin-like growth factor-1) is een hormoon dat aangemaakt wordt door de lever onder invloed van het groeihormoon en dat verantwoordelijk is voor de meeste effecten van dit hormoon. Bij mannen voegt men hieraan nog een bepaling van het totale testosteron toe. Bij vrouwen voert men een bepaling uit van de gonadotrofinen indien er stoornissen van de menstruatiecyclus optreden.

Bij afwijkingen in één van deze bepalingen is een verwijzing naar een endocrinoloog aangewezen. Dat is nodig om de endocriene tekorten te verduidelijken en om de patiënt een efficiënte behandeling voor zijn hypofysaire insufficiëntie te kunnen voorstellen.

Concept : Roulets Medica

Aangewezen opsporing

We zien dus dat de symptomen divers kunnen zijn, soms weinig pathognomonisch, maar dat ze de levenskwaliteit van de patiënt aanzienlijk kunnen aantasten en zelfs zijn vitale prognose in het gedrang kunnen brengen. Vandaar dat de specialisten pleiten voor het systematisch opsporen van een mogelijke hypofysaire insufficiëntie bij elke patiënt die slachtoffer wordt van een hersentrauma. Deze opsporing verloopt via een anamnese,

Te onthouden

- 35% van de patiënten kunnen een hypofysaire insufficiëntie oplopen na een hersentrauma
- de symptomen verminderen de levenskwaliteit van de patiënt en kunnen zijn vitale prognose in het gedrang brengen.
- De opsporing verloopt via een anamnese, een klinisch onderzoek en een bloedafname, en kan uitgevoerd worden door de huisarts.

Referenties: Barvage S, Campion A, Ruggel FM, et al. J Clin Endocrinol Metab 2000;85:1203-01. • Bordenat M, Ambrolo MR, Cavazzini L, et al. J Neurotrauma 2007;24:1687-97. • Ghigo E, Messel B, Almaroli G, et al. Brain 2000;123:711-24. • Schneider HU et al. The Lancet 2007;369:1461-70. • Schneider HU, Klotzschmann-Andersmahr I, Ghigo E, et al. JAMA 2007;298(12):1429-35. • Tagliatori F, Compagnone C, Nocerri M, et al. Acta Neurochir 2005;148:255-58. • Utian RJ. Growth Hormone & IGF Research 2006; 10:525-528.



Hypofyse-insufficiëntie : te weinig herkend

In een voorgaand artikel vermeldden we reeds dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten met een hersentrauma daar een hypofyse-insufficiëntie aan overhoudt. We bespraken deze miskende sekwel met Professor Albert Beckers, diensthoofd endocrinologie aan het CHU Liège, en Dokter Herman Valdes-Socin, kliniekhoofd en klinisch vorser voor het NFWO.

Kunt u in het kort de functie van de hypofyse en de hypofysehormonen herhalen ?

Prof. Beckers: De hypofyse stelt meerdere hormonen vrij. De voorste hypofyse secreteert hoofdzakelijk groeihormoon, prolactine, hormonen van de gonadotrope as (FSH en LH), ACTH, dat de bijnier stuurt, en TSH, dat de schildklier controleert. De achterste hypofyse stimuleert dan weer de vochtretentie, via het antidiuretisch hormoon.

Stoormissen kunnen samenhangen met het geheel van deze hormonale systemen of slechts met enkele daarvan. En in tegenstelling tot wat men ziet in compressieletsels, waar de somatotrope en gonadotrope as het kwetsbaarst zijn, bestaan er voor traumatische letsels geen echte regels.

Bij sectie van de hypofysestiel zijn de zaken duidelijk: men stelt een scherpe



Prof. Albert Beckers : Zowel voor de huisarts als voor de specialist is het belangrijk de klachten van de patiënt ernstig te nemen en altijd voor ogen te houden dat een patiënt die een hersentrauma oplep aan een hypofyse-insufficiëntie kan lijden.

val vast van alle betrokken hormonen, met uitzondering van het prolactine, dat verhoogt (door het wegvalen van de negatieve hypothalamische controle). De diagnose is dan duidelijk en men kan ze reeds in de acute fase stellen.

De situatie is heel daarentegen heel wat minder evident bij afwezigheid van diabetes insipidus. De effecten van de verschillende insufficiënties zijn immers niet altijd van meet af aan zichtbaar, zeker omdat de mate van insufficiëntie kan variëren. Nog onlangs zagen we een patiënt die jaren geleden een auto-ongeval meemaakte, en een zware hypofyse anterior insufficiëntie vertoonde, met sterke aantasting van zijn levenskwaliteit, zonder dat de insufficiëntie ooit gediagnosticeerd werd.

Hoe valt te verklaren dat de diagnose bij deze patiënten volledig gemist wordt ?

Prof. Beckers: Deze patiënten hebben nog net genoeg hormonen om te kunnen overleven – maar die overleving is van slechte kwaliteit. De aantasting van hun cognitieve functies wordt geweten aan de hersenschudding, een eventuele situatie van vergoeding, depressie, stopzetten van de arbeid, enz. Dat betekent helaas ook een uitstel van de juiste diagnose: hypofyse-insufficiëntie.

Kan men de incidentie van deze niet-gediagnosticeerde gevallen evalueren ?

Prof. Beckers: Er bestaan verschillende studies terzake. Bij patiënten met een schedeltrauma die een comotio hadden zou er in 5 tot 20% van de gevallen een hypofyse-insufficiëntie aanwezig zijn. Uitzonderlijk is het dus zeker niet. Bovendien beschikken we nog maar zeer kort over studies terzake. Weliswaar is deze pathologische entiteit reeds lang gekend op anatomisch vlak, maar in de praktijk was er niemand die deze verwikkelingen opspoorde na courante trauma's. Pas vanaf het einde van de jaren '90 en het begin van de jaren 2000 zijn bepaalde endocrinologen dit probleem systematisch beginnen na te gaan.

Welke klinische symptomen moeten de aandacht trekken ?

Prof. Beckers: Bij de opname in het ziekenhuis is er niet noodzakelijk een uitgesproken hypofyse-insufficiëntie aanwezig. Bovendien kan het deficit optreden na een variabel interval, verschillende weken tot verschillende maanden na het oorzakelijke trauma. In bepaalde gevallen tenslotte is het deficit niet constant en kan de patiënt min of meer volledig herstellen.

De patiënt kan cognitieve stoormissen vertonen, vermoeidheid, en alle tekens die samenhangen met de verschillende hormonale tekorten: hypotensie, vermagering, haaruitval, droge huid, koudegevoel enz. De diagnose van een gelsolde groeihormoon insufficiëntie is minder eenvoudig: men stelt een wijziging vast van de lichaamssa-

menstelling, met een toename van de vetmassa, verminderde de spierkracht, vermoeidheid, een afname van de slaapkwaliteit. Men stelt ook een afname van het libido vast, dat men niet ten onrechte mag toeschrijven aan vermoeidheid.

De symptomen zijn dus niet bijzonder pathognomonisch. De patiënten lijden, maar krijgen doorgaans te horen dat het om een psychologisch probleem gaat. Vandaar dat het belangrijk is, zowel voor de huisarts als voor de specialist, om de klachten van de patiënt ernstig te nemen en altijd voor ogen te houden dat een patiënt die een hersentrauma oplep aan een hypofyse-insufficiëntie kan lijden.

Interview door Dr. R. Dehaspays
Concept: Rouarta Medica

Bloedafname voor het opsporen van hypofyse-insufficiëntie

- TSH (*)
- Vrij T4
- Cortisol (ochtend)
- LH
- FSH
- Testosteron
- Somatomedine C (IGF-I)

Opgelet voor vals-negatieven:

De kliniek is essentieel: bij symptomen die doen denken aan insufficiëntie is een negatieve bloedanalyse onvoldoende om de diagnose van hypofyse-insufficiëntie uit te sluiten. Men moet de patiënt dus verwijzen naar een endocrinoloog, die de hypofysefunctie kan evalueren met behulp van gespecialiseerde uitklokkingstesten.

(*) Een dosering van TSH alleen, zoals soms gebeurt, is onvoldoende om een diagnose van secundaire insufficiëntie te stellen.

Wat op het spel staat: een normaal leven voor de patiënt

Patiënten met een hypofyse-insufficiëntie hebben een lange weg af te leggen: reanimatie, neurochirurgie, revalidatie, expertise-artsen, enz. En vaak stelt niemand in dit hele traject zich vragen over de hormonale functies.

Dr. Valdes-Socin: We hebben het geval gekend van een patiënt van 18 jaar, een enthousiaste triatlon beoefenaar, die geraakt werd door een auto toen hij met de fiets reed. De patiënt maakte een coma mee, doorliep alle stadia van reanimatie, revalidatie, enz... Pas bij een nieuwe ziekenhuisopname voor koorts en hypotensie vond uiteindelijk een hormonaal onderzoek plaats. Dat toonde een aantasting van alle hor-

monale assen. De hypotensie hing samen met een bijniersufficiëntie. Bij het klinisch onderzoek viel de afwezigheid van schaamhaar op. Na ondervraging bleek ook dat de patiënt zich niet langer schoor. Er bestond dus duidelijk een hypogonadisme, en niettemin hadden de talrijke artsen die de patiënt opvolgden die diagnose gemist. Nochtans staat er veel op het spel: los van zijn neurologi-

sche sekwellen kan de patiënt met een gepaste substitutietherapie geleidelijk aan weer een actief leven gaan leiden. Bij een patiënt zonder neurologische aantasting kan een behandeling een normale hypofysefunctie herstellen, via substitutie met groeihormoon, cortisol, schildklierhormonen en geslachtshormonen. Dat betekent dat de patiënt dank zij de hormonale substitutietherapie opnieuw



Dr. Herman Valdes-Socin : "Dank zij de hormonale substitutietherapie kan de patiënt opnieuw een sociaal en actief leven gaan leiden."

een sociaal en affectief leven kan gaan leiden. Opnieuw aan het werk gaan, maar ook aan een toekomst gaan denken, aan kinderen, enz.

Dr. R. D

Te onthouden

Deficiëntie van de hypofyse anterior :

- komt voor bij 5 tot 20% van de patiënten, twee of drie maanden na een schedeltrauma, en moet dus actief opgespoord worden
- kan het herstel van de patiënt in het gedrang brengen, niet alleen op korte termijn, maar ook op lange termijn
- is gemakkelijk te verhelpen met een substitutietherapie, die een normale endocriene functie kan herstellen bij deze patiënten.



5.5 Invloed op de levenskwaliteit

Whiplashslachtoffers ondervinden vaak functionele beperkingen en een verlaagde graad van welzijn in verschillende levensdomeinen t.g.v. hun ongeval. Dit niet enkel in termen van onmiddellijke gevolgen (opgelopen letsels), maar ook in termen van langdurige gevolgen. Whiplash komt frequent voor en het is een belangrijk volksgezondheidskundig probleem dat zowel voor de samenleving als voor het individu zelf een grote kost met zich meebrengt.

Kenmerkend is dat een whiplash in bepaalde gevallen initieel lichte verwondingen met zich meebrengt die kunnen resulteren in een hoge mate van pijn, invaliditeit en/of beperkingen. Whiplashletsels worden soms in eerste instantie niet opgemerkt, ofwel worden ze gebagatelliseerd, ofwel, indien het progressief model bevestigd wordt, medisch-psychologisch overbehandeld en revalidatiegewijs onderbehandeld.

(...) Uit deze studie kwam duidelijk naar voor dat het verkeersongeval waarbij een whiplashletsel werd opgelopen een grote impact kan hebben op de kwaliteit van het leven bij de personen die na jaren te lijden hebben onder chronische WAD. Binnen de (geselecteerde) zelfhulpgroep van whiplashpatiënten kwam dit het duidelijkst tot uiting. Binnen dit onderzoek kwam ook naar voor dat vele ongeselecteerde whiplashslachtoffers na een interval van ongeveer 1 à 2 jaar na het verkeersongeval nog steeds klachten vertonen. Er kan geconcludeerd worden dat een verkeersongeval een aanzienlijke invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van het leven. Verkeersslachtoffers in het algemeen ondervinden vaak **functionele beperkingen** en een **verminderde graad van welzijn in verschillende levensdomeinen** (Haukeland, 1996)

Bron: Els Inghelbrecht, Bert Willems, Jan Bernheim "De impact van whiplash ten gevolge van een verkeersongeval op de kwaliteit van het leven.", Steunpuntverkeersveiligheid.

"Licht traumatisch hersenletsel: niet te licht over denken ... traumatisch hersenletsel is een onderbelichte aandoening ... In toenemende mate wordt erkend dat TSH niet louter een incident is, maar kenmerken van een ziekte vertoont met **chronische beperkingen en verlies van kwaliteit van leven"**

Bron: (Tijdschr. Neuro. Neurochir. 2009;110:72-4) Dr. P.E. Vos, neuroloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afdeling Neurologie, Nijmegen

"Traumatic brain injury (TBI) is associated with a high morbidity causing a broad spectrum of limitations in everyday life, including physical and psychosocial functioning. The negative consequences are most marked in patients with cerebral lesions, and include emotional and cognitive dysfunction, and restriction of participation in life activities ."

Vertaling: Traumatisch hersenletsel (THI) is geassocieerd met een hoge morbiditeit waardoor **een breed spectrum van beperkingen in het dagelijks leven**, met inbegrip van fysiek en psychosociaal functioneren. De negatieve gevolgen zijn het meest uitgesproken bij patiënten met cerebrale laesies, en omvatten emotionele en cognitieve disfuncties, en de beperking van de deelname aan activiteiten in het leven.

Bron: M. Klose et al, Department of Medical Endocrinology, University Hospital of Copenhagen

Traumatische hersenletsels: "hersenletsel, niet van een degeneratieve of congenitale aard, veroorzaakt door een externe fysieke kracht, dat kan leiden tot een verminderde of veranderde bewustzijnstoestand, dat kan resulteren en de oorzaak kan zijn van zowel **beperkingen, stoornissen op het gebied van cognitieve mogelijkheden alsook fysieke beperkingen. Het kan tevens leiden tot stoornissen op het gebied van gedrag en emoties.** Deze stoornissen kunnen tijdelijk zijn of permanent en leiden tot partiële of volledig disfunctioneren of psychosociale onaangepastheid. De externe kracht die kan leiden tot beschadiging van de hersenen in de schedel of zelfs tot een schedelbreuk en zodoende direct de hersenen kan beschadigen, kan het gevolg zijn van een val, ongeluk,... Ook heftige bewegingen van het hoofd kan er toe leiden dat de hersenen naar achter en voor bewegen in de hersenen en kan zo leiden tot hersenbeschadiging. Een voorbeeld is 'Shaken Baby Syndrome'. Bron: Brain Injury Association of America

Ook voor de partner, het gezin, familie, vrienden en de omgeving is het vaak heel moeilijk om te gaan met whiplashproblematiek.

Deze functionele beperkingen kunnen van blijvende aard zijn en een negatieve invloed hebben op de re-integratie van de persoon met N.A.H.

(Niet aangeboren hersenletsel) na zijn revalidatie in het maatschappelijke leven, zoals het functioneren in een gezin, het zelfstandig wonen, gaan werken, het opnemen van vroegere relaties ... De problematiek van mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is zeer specifiek, ze differentieert zich sterk t.a.v. personen met een aangeboren handicap.

Eenzijds is er een discrepantie tussen het leven voor en na het trauma met nog intacte capaciteiten en herinneringen. Anderzijds zijn er blijvende mogelijkheden tot vooruitgang en recuperatie mits blijvende stimulans.

Bron: vzw-Coma, België, Vereniging België, www.vzwcoma.be
Prof. Dr. C. Lafosse, "Ik herken je niet meer".

5.6 Wat als na alle behandelingen de pijn blijft?

Onverklaarbare pijn ontstaat in de beschadiging van ligamenten, beenvlies, discusring en zenuwwortels.

"Het blijvend karakter van de pijn kan echter ook het gevolg zijn van een overgevoelig centraal zenuwstelsel. De pijn zit dus wel tussen de oren, maar dan letterlijk en is het gevolg van een overgevoelig centraal zenuwstelsel dat bestaat uit de hersenen en het ruggenmerg."

Medico-legaal is de voorbestemdheid (voorbeschiktheid), om een grotere schade op te lopen ingeval van trauma, geen reden om volledige vergoeding van de opgelopen schade niet toe te staan. (Cassatie 6 januari 1993; 14 juni 1995; 2 februari 1998)

"Wanneer men zich kwetst, bijv. bij een whiplash ten gevolge van een auto-ongeluk, ervaart men pijn. Er is dan ook een duidelijke aanwijsbare oorzaak voor die pijn. Het centraal zenuwstelsel (de hersenen en het ruggenmerg) reageert hierop en zal de prikkel naar de hersenen doorzenden, waardoor er een pijnsensatie is. Een chronische pijnpatiënt

ervaart constant veel pijnprikkels. Het centraal zenuwstelsel zal zich aan deze situatie proberen aan te passen. Dat kan door de pijn onder controle proberen te krijgen, waardoor de pijn na een tijd afneemt. Helaas is dat bij pijn erg moeilijk, in tegenstelling tot andere gewaarwordingen zoals bijv. geur. Wie een tijdje hetzelfde parfum gebruikt, zal dit op de duur zelf niet meer ruiken en altijd meer moeten spuiten om dezelfde geursensatie te hebben. Bij pijn lukt dat echter vaak niet.

Het is eerder uitzonderlijk dat iemand volledig geneest. Ons streefdoel in de behandeling is de stabilisatie van de klachten, door een aanpassing van manier van leven, eventueel ondersteund door medicatie.”

Bron: Prof. Dr. Jo Nijs in "Pijnprikkel" september 2010, Vlaamse Pijnliga

Samenvattend kan gesteld worden dat talrijke letsels het gevolg kunnen zijn van een whiplash. Even talrijk en divers zijn de symptomen die eruit voortvloeien. De verschillende combinaties van symptomen leiden op hun beurt tot verschillende syndromen die in de literatuur verschillende omschrijvingen krijgen.

Verschillende traumamechanismen waarnaar met whiplash gerefereerd wordt, kunnen verschillende typen van discrete letsels veroorzaken, waarvan elk gerelateerd is aan een bepaald klinisch beeld (Stovner,1996).

Bij ieder slachtoffer moeten de persoonlijke letsels grondig onderzocht en behandelend. Bij chronische pijn, heeft de patiënt nood aan blijvende revalidatie.

5.7 Literatuurlijst bij de medische informatie

- 1 Foreman & Croft, Whiplash Injuries, 1995
- 2 Bondanelli et al., European Journal of Endocrinology, 2005
- 3 Meola, G., & Sansone, V. (1996). The neurological point of view. In A. Cesarani, D. Alpin, R. Boniver, C.F. Claussen, P.M. Gagey, L. Magnusson, L.M. Ödkvist (Eds.).
- 4 Schneider HJ, Kreitschamm-Ändermahr I., Chigo E, *Jama* 2007, 298(12):1429-38
Whiplash injuries: Diagnosis and treatment (pp. 38-41). Berlin:
- 5 Stovner, L.J. (1996). The nosologic status of the whiplash syndrome: A critical review based on a methodological approach. *Spine*, 21, 2735-2746.
- 6 Prof. Dr. Roger Abs, Hormonale uitval na traumatisch hersenletsel: een onderschat probleem. Whiplash, 2006
- 7 Minton R.; Galasko CSB; Murray PA; Pitcher M., Whiplash, oorzakelijke studies: eindrapport 1998
- 8 Fredy, D, Rodrigo, S, Naggara, O Meder, JF. " Apport de l'IRM moderne dans l'etude des sequelles encephalique des traumatismes crâniens « (2009)
<http://www.cassetete22.com/fichier/TRAUMA%20CRANIEN%20apport%20IRM%203D%20Pr%20FREDY%20D.%20Vierzon%20fev%2009.pdf>
- 9 FOD Volksgezondheid, Rechten van de patiënt <http://www.belgium.be>

- 10 Stef Dehantschutter, Pijn zit niet tussen de oren !Of toch wel? Een overgevoelig centraal zenuwstelsel, Prikkel sept.2010, Vlaamse Pijnliga
- 11 Prof. Dr. Christophe Lafosse
 - "Ik herken je niet meer. Informatie en adviezen over het samenleven na een niet-aangeboren hersenletsel", Gepubliceerd door SIG vzw, 2006. Noot: Deze infomap is een handig hulpmiddel voor professionele hulpverleners en de naaste omgeving. Het boek bevat tips, adviezen en informatie over de gevolgen van een hersenletsel en hoe er concreet mee om te gaan. Volgens SEN- steunpunt expertise netwerken zou in samenspraak met de auteurs werden beslist om de map in de loop van 2010 ter beschikking te stellen via deze website: <http://www.senvzw.be>)
 - "101 Vragen over hersenletsel", Lannoo
- 12 Els Inghelbrecht, Bert Willems, Jan Bernheim, De impact van whiplash ten gevolge van een verkeersongeval op de kwaliteit van het leven. Een pilootstudie, 2005 www.steunpuntverkeersveiligheid.be (onder publicaties "pilotstudie" ingeven)
- 13 Michele Sterling, Voorstel voor nieuw classificatiesysteem voor aan whiplashgeassocieerde aandoeningen, Vertaling: D. Plancken-Kroon, <http://www.springerlink.com/content/925583u4x8h31q72/fulltext.pdf>
- 14 Gids 'Als het verkeer je raakt, praktische gids na een verkeersongeval': http://www.zebraweb.be/_images/cms/000002670/docs/Wegwijzer_Opmaak_DEF.pdf
- 15 M. Klose, T. Watt, J. Brennum, and U. Feldt-Rasmussen 2100, Posttraumatic Hypopituitarism Is Associated with an Unfavorable Body Composition and Lipid Profile, and Decreased Quality of Life 12 Months after Injury Department of Medical Endocrinology (M.K., T.W., U.F.-R.), University Hospital of Copenhagen, Rigshospitalet,
- 16 Dr. P.E. Vos, neuroloog, Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afdeling Neurologie, Postbus 9101, 6500 HB, Nijmegen, Licht traumatisch hersenletsel: niet te licht over denken, Tijdschr Neuro. Neurochir 2009;110:72-4

5.8 Dankwoord

Met dank en grote waardering aan **de specialisten van onze WAR** (Wetenschappelijke Adviesraad) voor het verschaffen van alle medische informatie en voor hun standvastige inzet betreffende een correcte diagnose, wetenschappelijk onderzoek en effectieve behandeling van slachtoffers met whiplashproblematiek. Wij danken hen voor hun steun op medisch vlak bij ons streven naar herstel en zo herstel niet kan bereikt worden tot rechtmatige vergoeding. Ook voor hun raadgeving en begeleiding in onze WAR. Omwille van het winst oogmerk worden door de verzekeringen het ongevalsgebeuren en de letsels afgedaan als "een banaal " ongeval terwijl de medische wetenschap duidelijk het tegendeel aantoont en gerechtelijk de causaliteit erkend wordt.

Professor Dr. R. Abs, endocrinoloog, verdient samen met zijn medewerkers onze bijzondere waardering voor zijn baanbrekend werk.

Gedicht voor lotgenoten

Samenkomen schrijft geen geschiedenis
hooguit wat steun in een woord
een wandeling door jouw en mijn hoofd
op zoek naar dezelfde gedachten
de scherpe kantjes van het leven
zijn ons niet vreemd, gezondheid een gemis
kom binnen, zet je, onze nachten waren lang
langer dan hun uren, langer dan wachten
op het eerste ochtendgloren
en we praten soms met gesloten lippen
om ons leed te verzachten, bang als we zijn
onze pijn te zien, teveel verloren
niet louter verhalen over verdriet
niet alleen over 't verliezen van onze krachten
niet over hoop die ons aankijkt
met moede ogen en geen klaarte ziet
elkaar opvangen, wat verrijkt
kom binnen, zet je, onze dagen zijn zo kort
korter dan ons streven, korter door de smart
laat ons wat drinken samen
en waar er moeilijk valt te helen
is een kopje troost soms al heel wat

Myriam Thys