

## De rollen van neuroloog en neuropsycholoog

**Fons Elemans en Sven Stapert** – drs. A.W.A. Elemans is vrijgevestigd verzekeringsarts en gerechtelijk deskundige; dr. S.Z. Stapert is gezondheidszorgpsycholoog, neuropsycholoog en universitair docent aan de Universiteit Maastricht.

In de standaardvraagstelling aan de expertiserend neuroloog is het neuropsychologisch onderzoek een hulponderzoek van de neuroloog, en beslist deze of de inzet ervan opportuun is. Terwijl onder meer in de rechtspraak is erkend dat post whiplashklachten zonder medisch aantoonbare verklaring tot honorabele beperkingen in het functioneren kunnen leiden. Deze klachten kunnen worden onderzocht door de expertiserend neuropsycholoog, een wettelijk erkend specialist. Fons Elemans en Sven Stapert beargumenteren dat neuropsychologisch onderzoek geen hulponderzoek is, markeren de grenzen tussen neurologie en neuropsychologie en formuleren een uitgewerkte vraagstelling voor expertiserende neuropsychologen.

### 1. Inleiding

Een whiplash is een plotselinge gebeurtenis waarbij een acceleratie-deceleratie mechanisme krachten uitoefent op de nek. Het treedt vaak op bij auto-ongelukken, met name bij een aanrijding van achteren of van de zijkant. Volgens de Nederlandse Richtlijnen voor de Bepaling van Functieverlies en Beperkingen bij Neurologische aandoeningen (hierna NVN-richtlijn) kan een whiplash resulteren in een – waarschijnlijk tijdelijke – beschadiging van de weke delen van de halswervelkolom en een verscheidenheid aan klachten veroorzaken, die in de literatuur whiplashklachten, post-whiplashsyndroom (hierna PWS) of *whiplash associated disorder* (hierna WAD) worden genoemd.<sup>1</sup>

De Quebec Task Force<sup>2</sup> maakte een klinische indeling van de gevolgen van WAD:<sup>3</sup>

- Grade 0 : no complaints about the neck; no physical sign(s)
- Grade I : neck complaints of pain, stiffness or tenderness only; no physical sign(s)
- Grade II : neck complaints and musculoskeletal signs (decreased ROM and point of tenderness)
- Grade III : neck complaints and neurological signs
- Grade IV : neck complaints and fracture or dislocation<sup>4</sup>

De NVN-richtlijn noemt als typische klachten van het acute whiplash-syndroom (WAD I/II):<sup>4</sup>

- pijn in de nek, soms uitstralend naar het achterhoofd, de schouders en de armen;
- een stijve nek en beperking van de beweging;
- hoofdpijn, vooral in het achterhoofd, soms uitstralend naar het voorhoofd.

Minder vaak komen voor:

- klachten over het zien, het gehoor, oorsuizen, duizeligheid en misselijkheid;
- tintelingen en een doof gevoel van de handen;
- klachten over het geheugen, moeheid en autonome functies.<sup>5</sup>

Uit de NVN-richtlijn volgt dat sprake is van gevolgen behorende bij WAD I/II, indien behoudens klachten over pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat, geen objectiveerbare afwijkingen aanwezig zijn op het vakgebied van de neurologie noch op het vakgebied van de radiologie (bijvoorbeeld röntgen- of MRI-onderzoek). Bij WAD III/IV is daarentegen wel sprake van afwijkingen die met algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden op het vlak van de neurologie zichtbaar zijn te maken.

1 NVN-richtlijn 2008, in februari 2016 opnieuw geacordeerd.

2 *Guidelines for the Management of Whiplash-Associated Disorders*, Motor Accidents Authority, januari 2001, p. 4.

3 NVN-richtlijn 2008, in februari 2016 opnieuw geacordeerd, p. 18.

4 Idem, p. 13.

**Het is vaste rechtspraak dat postwhiplashklachten zonder specifieke medisch aantoonbare verklaring tot honorabele beperkingen in het functioneren kunnen leiden.**

Het is vaste rechtspraak dat ook (subjectieve) postwhiplashklachten zonder specifieke medisch aantoonbare verklaring – ook wel samengevat onder de noemer WAD I/II – tot honorabele beperkingen in het functioneren kunnen leiden, mits objectief kan worden vastgesteld dat deze klachten aanwezig, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn.<sup>5</sup> Op grond hiervan, maar ook omdat neurologen zich vanuit hun professionele opdracht en beschouwende discipline richten op de zichtbaar te maken afwijkingen op neurologisch kennisgebied en niet op de zaken die daarbuiten vallen, is het logisch dat de rol van de neuroloog stopt op het moment dat geen sprake is van WAD III/IV, c.q. als sprake is van WAD I/II.<sup>6</sup> Tegen deze achtergrond spreekt het voor zich dat de neuroloog zich niet inhoudelijk uitlaat over, noch conclusies verbindt aan klachten die samengevat kunnen worden onder de noemer WAD I/II, noch uitspraken doet over de belastbaarheid van een claimant.

## 2. Grenzen van rol en positie neuroloog als deskundige

Als claimant klaagt over cognitieve veranderingen na een ongeval, is het niet aan de neuroloog om zich uit te spreken over neuropsychologische problematiek, noch over mogelijke alternatieve verklaringen voor gepresenteerde neurocognitieve veranderingen zonder aanwijsbaar substraat op neurologisch terrein.

Een recent voorbeeld van een neuroloog die dat toch deed maar door de rechter werd teruggedroefd, is te vinden in de uitspraak van Rechtbank Gelderland 28 oktober 2020.<sup>7</sup> In deze zaak verrichtte een neuroloog deskun-

digenonderzoek op verzoek van partijen. Op grond van zijn onderzoek oordeelde de neuroloog dat claimant voor het ongeval geen neurologische klachten had, maar dat er sprake is van ‘chronische klachten in het kader van whiplash associated disorder 1/2’. De neuroloog stelt:

‘Er zijn geen uitvalverschijnselen bij neurologisch onderzoek. Dit betekent dat er geen sprake kan zijn van beperkingen op neurologisch gebied die voortvloeien uit het ongeval (...). Maar: ‘Er is geen reden om betrokkene te laten onderzoeken door een neuropsycholoog. De klachten met betrekking tot de concentratie, de snelle vermoeibaarheid en de overprikelbaarheid zijn geen gevolg van traumatische schade in de hersenen, maar zijn waarschijnlijk het gevolg van chronische pijn en het daarmee samenhangende energie tekort.’

De rechter volgde de overwegingen van de neuroloog niet en gelaste een zelfstandig neuropsychologisch deskundigenonderzoek.

De neuroloog die zich uitspreekt over al dan niet aan de orde zijnde afwijkingen op neuropsychologisch gebied (zonder aanwijsbaar substraat op neurologisch terrein), treedt buiten zijn vakgebied. Klinische neuropsychologie is sinds 2010 immers een van de vier erkende specialismen van de gezondheidszorgpsycholoog in de gezondheidszorg (art. 14 Wet BIG) en vereist het met succes doorlopen van de vierjarige specialistische opleiding tot klinisch neuropsycholoog (KNP), die voortbouwt op de post-masteropleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. De opleiding tot neuroloog voorziet niet in deze specialistische scholing in de neuropsychologie.<sup>8</sup>

Daarom is het problematisch dat de Werkgroep Neurologische Expertise in de Richtlijnen Functieverlies stelt dat de neuroloog in staat geacht moet worden om een globaal<sup>9</sup> kwaliteitsoordeel te geven over hulponderzoek zoals neuropsychologisch onderzoek.<sup>10</sup> Een ‘globaal kwaliteitsoordeel’ zonder de juiste kennis past niet in een context waarin een zo goed en precies mogelijk kwaliteitsoordeel gegeven dient te worden.<sup>11</sup> Het is een erva-

5 Zie bijvoorbeeld Hoge Raad 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054; A.W.A. Elemans, ‘Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?’, *Verkeersrecht* 2008, nr. 9; A. Kolder, ‘Civiele whiplashzaken’, *NJB* 2015/17, p. 1142-1150.

6 A.W.A. Elemans, ‘Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?’, *Verkeersrecht* 2008, nr. 9.

7 ECLI:NL:RBGEL:2020:6025; zie John Roth, ‘Redactioneel. Discussie over neuropsychologisch onderzoek’, *Letsel & Schade* 2021, nummer 3.

8 Zie over de opleiding tot neuroloog: <https://bit.ly/3DBq4Mu>. Er zijn overigens wel neurologen die specialist zijn in de cognitieve neurologie omdat ze veel werken met doelgroepen waarbij de kernsymptomen cognitie en gedrag betreffen; te denken valt aan hersenziekten als MS, Parkinson, dementie, traumatisch hersenletsel, CVA en oncologie.

9 ‘Globaal’ is overigens niet geoperationaliseerd.

10 Zie Voorwoord bij Richtlijnen functieverlies van de Werkgroep Neurologische Expertise, zesde editie, 15 juli 2020, zie: <https://bit.ly/3S9QWHa>, p. 3 en 5.5.1 en 5.1.2 op p. 35; E.M.H. van den Doel, H.P.H. Kremer, P.M.G.A.W. Mulkens, J. Niewold, H.P. Siegers, T.J. Tacke, M.B.M. en Vermeulen, *De Nederlandse richtlijn voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen*, Nederlandse Vereniging voor Neurologie Utrecht, 2013. Zie hierover ook E.M.H. van den Doel, ‘Een nieuwe versie van de Richtlijnen voor het vaststellen van Functieverlies bij Neurologische Aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)’, *GAVscoop*, jaargang 25, nummer 1, april 2021, p. 11.

11 Ook is het problematisch dat neurologen zich uitspreken over beperkingen op neurocognitief vlak en daarbij communiceren in termen van ‘niet-beperkt’, ‘licht beperkt’, ‘matig beperkt’, ‘sterk beperkt’ of ‘volledig beperkt’. Want wat is ‘licht beperkt’, ‘sterk beperkt’ et cetera? Daarvoor bestaan geen referentietabellen, ook niet binnen de neurologie. Daarnaast is belastbaarheid een resultante van de samenhang en interactie van bio-psychosociale factoren en niet enkel van biologische (neurologische) factoren. A.W.A. Elemans, ‘Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen’, *PIV Bulletin*, februari 2009.



ringsfeit dat een dergelijk globaal kwaliteitsoordeel in de context van een civiele aansprakelijkheidskwestie niet zelden leidt tot ruis, miscommunicatie en nodeloze langdurige discussies tussen procespartijen.

---

***Een globaal kwaliteitsoordeel over neuropsychologisch onderzoek leidt in civiele aansprakelijkheidskwesties niet zelden tot ruis, miscommunicatie en langdurige discussies tussen procespartijen.***

---

### 3. Positie en opleiding neuropsycholoog

Als neurocognitieve klachten worden gerapporteerd – ook als de neuroloog op diens vakgebied daarvoor een substraat kan vaststellen – is het aan een neuropsycholoog om objectief vast te stellen of sprake is van neurocognitieve stoornissen.<sup>12</sup> Wat maakt dat de neuropsycholoog hiervoor de aangewezen persoon is? De genoemde wettelijke erkenning van het beroep betekent onder andere dat alleen GZ-psychologen die zijn ingeschreven in het register van klinisch neuropsychologen zich ‘klinisch neuropsycholoog’ mogen noemen.<sup>13</sup>

De BIG-status van de klinisch neuropsycholoog betekent dat:<sup>14</sup>

- de deskundigheid en de opleidingseisen voor klinisch neuropsychologen wettelijk zijn vastgelegd;
- de titel ‘klinisch neuropsycholoog’ wettelijk is beschermd;
- klinisch neuropsychologen zijn onderworpen aan wettelijk tuchtrecht;
- klinisch neuropsychologen verplicht zijn hun deskundigheid op peil te houden (herregistratie).

Na het behalen van de universitaire studie en de GZ-opleiding wordt men via de specialistische KNP-opleiding geschoold tot expert op het gebied van diagnostiek en behandeling. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog wordt verzorgd door de Stichting PAON (Postacademisch Onderwijs Neuropsychologie). In deze stichting participeren de Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie, het Convent van Hoogleraren Neuropsychologie, de sectie Neuropsychologie van het NIP en een aantal grote praktijkinstellingen. De opleidingen staan onder toezicht van de Registratiecommissie Specialismen Gezondheidszorg psycholoog.

De klinisch neuropsycholoog is de specialist binnen de gezondheidszorgpsychologie op het gebied van de hersen-gedrag relaties. Deze gebruikt hiervoor psychologische, gedragsneurologische, cognitieve, gedragsmatige en fysiologische modellen en methoden. Deze worden ingezet ter evaluatie en behandeling van neurocognitief en gedragsmatig (afwijkend) functioneren en het bepalen van emotionele sterktes en zwaktes in relatie tot normaal en abnormaal functioneren van het centraal zenuwstelsel.<sup>15</sup> Als diagnosticus analyseert de klinisch neuropsycholoog de gestoorde en de intact gebleven cognitieve functies (sterktes en zwaktes) en het emotioneel en gedragsmatig functioneren van een patiënt. Op basis van medische informatie, het klachtenbeloop van de patiënt en zijn waarneming van de omgeving, de observatiegegevens en de kennis over neurologische en neuropsychiatrische ziektebeelden, alsmede het psychologisch functioneren, stelt hij hypothesen op die daarna worden getoetst met gestandaardiseerde, gevalideerde en genormeerde neuropsychologische tests en vragenlijsten.

Een belangrijke taak voor de klinisch neuropsycholoog is te bepalen in hoeverre de klachten en veranderingen toegeschreven kunnen worden aan neurologische, organisch-cerebrale pathologie, dan wel (geheel of gedeeltelijk) aan andere factoren, zoals pijn, vermoeidheid, persoonlijkheidsproblematiek, somberheid, onderpresteren of omgevingsinvloeden. Even belangrijk is het vaststellen van de consequenties van een dergelijke diagnose voor behandel-mogelijkheden en -beleid. In de klinische praktijk kan de klinisch neuropsycholoog ook behandelingen verrichten. Hij maakt hierbij een vertaalslag naar het dagelijks functioneren, waarbij ook de omgeving betrokken kan zijn.

### 4. Objectief vaststellen van neurocognitieve klachten: het NPO

Een neuropsychologisch onderzoek (NPO) is een psychologisch onderzoek en resulteert veelal in een beschrijving van zwaktes en sterktes van een individu die kunnen passen bij een ziekte (somatisch of psychiatrisch), letsel of een specifiek ontwikkelingstraject. Omdat het neuropsychologisch onderzoek zich richt op hersen-gedrag relaties wordt er vaak onderzoek gedaan naar cognitieve prestaties, niveaus van emotionele klachten en mogelijkheden tot gedragscontrole. Het onderzoek is een zorgvuldig proces en maakt gebruik van 3 informatiebronnen:

- verzamelen van informatie over beloop van klachten (ook bij belangrijke anderen) en relevante medische informatie;

12 Een neurocognitieve stoornis is een stoornis in één of meer cognitieve functies.

13 Nederland telde op 1 juni 2021 161 klinisch neuropsychologen. Zie: <https://bit.ly/3LwPixu>.

14 Zie de brochure *Beroepsprofiel De Klinisch Neuropsycholoog*, een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP) en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Utrecht 2015.

15 Zie: <https://bit.ly/3dtlxB6>.



- meten van cognitieve prestaties/emotionele klachten/zelfobservaties en;
- observeren van gedrag tijdens het gehele onderzoek.

Het onderzoek is altijd gebaseerd op de diagnostische cyclus, die weer gebaseerd is op de empirische cyclus en daarmee een wetenschappelijk verantwoorde werkwijze garandeert. Na gegevensverzameling worden onderzoekshypothesen geformuleerd die vergezeld gaan van meetbare en controleerbare toetsingscriteria. Tijdens het testonderzoek worden prestaties en klachtniveaus gemeten. Deze gegevens worden vervolgens op consistentie en inconsistentie beoordeeld en er volgt een conclusie op basis van de resultaten en de toetsingscriteria, waarbij hypothesen worden aangenomen of verworpen.

Bij het onderzoek maakt de neuropsycholoog gebruik van meetinstrumenten, die beoordeeld zijn op hun belangrijkste psychometrische eigenschappen: betrouwbaarheid, validiteit en de beschikbaarheid van goede en recente referentiedata. Deze beoordeling wordt gedaan door een commissie van de beroepsvereniging van psychologen (NIP; Nederlands Instituut van psychologen), waarin psychologen zijn afgevaardigd uit het praktijk- en wetenschapsveld die als kerntaak de psychodiagnostiek hebben. Zij beoordelen diagnostische instrumenten en brengen adviezen uit over het gebruik van deze instrumenten. Dit betreft zowel nieuwe instrumenten, maar ook instrumenten die al een lange traditie hebben in toepassing maar bijvoorbeeld recent voorzien werden van nieuwe referentiedata (normeringsgegevens).

Hoewel de neuropsychologie een relatief jonge discipline is binnen de psychologie, kent haar methode inmiddels een degelijke wetenschappelijke basis en peer-reviewed systeem van publiceren over wetenschappelijke onderzoeken, toepassing binnen de praktijk en werken met best-practice adviezen en evidence-based standaarden. De neuropsychologie heeft een eigen beroepsvereniging (NVN) en werkt samen met zusterverenigingen in Europa, die zijn aangesloten bij een Europese Vereniging voor neuropsychologie

De diagnostiek van de neuropsycholoog was in de beginnende jaren van de discipline, zo'n twintig jaar geleden, uitsluitend gericht op het vaststellen van specifieke hersenpathologie door het meten van cognitieve prestaties, waarbij een directe relatie werd verondersteld tussen hersenschade en veranderde informatieverwerking. De moderne neuropsychologie onderzoekt behalve gevolgen en voorspellers van hersenpathologie ook de consequenties van onder meer ontwikkelingsproblemen, mentale overbelasting/uitputting en overprikkeling.

Daarnaast is er veel bekend over de relatie tussen psychiatrische ziektebeelden en de ontwikkeling van cognitieve symptomen. Het hersengedrag-model van de discipline is daarmee onder meer uitgebreid met kwetsbaarheidsmodellen voor het beschrijven van vertraagd herstel na hersenincidenten en het begrijpen van interacties tussen hersenen, omgeving en persoonlijkheidsvariabelen. Hierdoor kan de neuropsychologie bijdragen aan het begrip van de variatie in herstel na bijvoorbeeld hersenletsel. Het spectrum van licht hersenletsel is hiervan het beste voorbeeld.

---

***Met onder andere kwetsbaarheidsmodellen voor het beschrijven van vertraagd herstel na hersenincidenten, kan de neuropsychologie bijdragen aan het begrip van de variatie in herstel na bijvoorbeeld licht hersenletsel.***

---

## 5. Aanpassing vraagstelling neuropsycholoog

De werkgroep Neurologie-Neuropsychologie – ingesteld door de Commissie Invaliditeit van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie – beveelt de neuroloog thans aan om aan de neuropsycholoog de volgende vragen te stellen:<sup>16</sup>

- Zijn er stoornissen aantoonbaar in het mentaal functioneren, het taalgebruik, de regulatie van emoties en gedrag of in de helderheid van het bewustzijn?
- Is het aannemelijk dat de aangetoonde stoornissen veroorzaakt worden door een hersenbeschadiging als gevolg van een bepaalde (nader te omschrijven) gebeurtenis of aandoening?
- Zijn er wellicht andere factoren dan die bepaalde gebeurtenis of aandoening (al dan niet ermee samenhangend), die de verklaring kunnen vormen voor de aangetoonde stoornissen?
- Indien de aangetoonde stoornissen kunnen worden toegeschreven aan een ten gevolge van de genoemde gebeurtenis of aandoening ontstane hersenbeschadiging, welke zijn dan de beperkingen in het functioneren die daardoor zijn ontstaan?

De neuroloog kan daaruit concluderen dat een NPO enkel aan de orde is als er bij diens onderzoek aanwijzingen zijn voor een hersenbeschadiging of een andere aandoening op neurologisch terrein. Te meer nu het NPO wordt

---

16 Richtlijnen functieverlies van de Werkgroep Neurologische Expertise, zesde editie, 15 juli 2020, zie: <https://bit.ly/3S9QWHa>, p. 22.



gekwalficeerd als ‘hulponderzoek’ van de neuroloog.<sup>17</sup> Dit knelt in de praktijk omdat er sprake kan zijn van neurocognitieve functiekachten zonder dat een substraat op neurologisch vakgebied kan worden vastgesteld.<sup>18</sup>

Als de neuroloog bij gepresenteerde neurocognitieve functiekachten in het kader van WAD I/II-klachten besluit dat een neuropsychologisch expertiseonderzoek niet aan de orde is, gaat hij voorbij aan eerdergenoemde vaste jurisprudentie dat ook klachten zonder (neurologisch) substraat kunnen leiden tot honorabele beperkingen.

#### Neuropsychologisch expertise-onderzoek

Bij het onderzoek naar cognitief, gedragsmatig en emotioneel functioneren kunnen de volgende domeinen aan bod komen:

1. tests die een beroep doen op:
  - intelligentie
  - aandacht, concentratie en snelheid van informatieverwerking
  - leervermogen en geheugen
  - executieve functies
  - expressieve en receptieve taal
  - visueel-ruimtelijke functies en vaardigheden
2. psychologische vragenlijsten:
  - algemene klachtenlijst psychische en lichamelijke symptomen
  - stemmingsklachten
  - persoonlijkheidsvragenlijst(en)
  - copingstijlen

Na het expertise onderzoek (zie kader) beoordeelt de neuropsycholoog of de prestaties op neuropsychologische tests afwijken van de norm, of eventuele afwijkingen passen bij de veronderstelde oorzaak, en of er consistentie is tussen observaties, anamnese en gemeten prestaties.

Bij de vraagstelling aan de expertiserend neuropsycholoog wordt veelal verzocht om een uitspraak te doen over de aannemelijkheid van de relatie tussen cognitieve stoornissen en de gebeurtenis (de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis) of de aandoening. Over causaliteitsvragen kan alleen een uitspraak gedaan worden als de anamnese, de hetero-anamnese en het testonderzoek consistent met elkaar zijn en op een duidelijke verandering in het functioneren wijzen, en als er geen sprake is van responsstijlen of intenties tijdens het onderzoek

die een objectieve meting onmogelijk maken (onderpresteren, dissimuleren, simuleren, malingeren, aandikken). De validiteit van de testprestaties van de verschillende functiedomeinen kan alleen beoordeeld worden als bij het neuropsychologisch onderzoek symptoom- en prestatievaliditeitstesten worden afgenomen.<sup>19</sup> Aanwijzingen voor onderpresteren, overrapportage van klachten of verminderde motivatie vragen om een deskundige en genuanceerde interpretatie. De klinisch neuropsycholoog is daarvoor opgeleid.

Over symptoom- en prestatievaliditeitstesten is een nuancing op zijn plaats. In eerste instantie lijken deze testen iets concreets en tastbaars op te leveren, reden waarom ze met veel enthousiasme zijn omarmd. De exacte betekenis van het overrapporteren van symptomen zal per casus verschillen en zal ook iets anders betekenen. En soms wordt niet duidelijk waardoor het overrapporteren wordt veroorzaakt.<sup>20</sup> Zo dienen stoorfactoren te worden geïnventariseerd.<sup>21</sup> De persoon die bijvoorbeeld veel zorgen heeft over zijn geheugenklacht en geconfronteerd wordt met een geheugentaak, kan heel gespannen of angstig worden van deze test en dit beïnvloedt de prestatie. Het overrapporteren van klachten zal geïnterpreteerd moeten worden vanuit het specifieke individu en de invloeden op de klachtontwikkeling vanuit diens omgeving.

Metten is weten, daar is geen twijfel over, maar het getal moet wel op de juiste wijze in de context worden geplaatst.<sup>22</sup> Witte-jassen hypertensie lijkt alom geaccepteerd en begrepen te worden. Het onderpresteren op een cognitieve taak daarentegen niet, hoewel de situatie dezelfde is: de meting wordt beïnvloed door een reactie van de persoon die het betreft, zonder dat deze dat bewust oproept.

## 6. Conclusie en aanbevelingen

Het voorgaande maakt duidelijk dat als claimant klaagt over cognitieve veranderingen na een ongeval in verband met post whiplashklachten (WAD I/II), deze claim niet van tafel is als een neuroloog bij diens expertise tot de conclusie komt dat geen sprake is van WAD III/IV. Daarnaast is duidelijk geworden dat het niet aan de neuroloog

17 De standaardvraagstelling gaat bovendien voorbij aan het gegeven dat de Algemene Standaard Testgebruik (AST) van het NIP bij het psychodiagnostisch onderzoek de basis van het professioneel handelen vormt. Zie: Richtlijn voor neuropsychologische expertise, NIP, Sectie Neuropsychologie, november 2016.

18 Zie het eerdergenoemde voorbeeld: Rechtbank Gelderland 28 oktober 2020, ECLI:NL:RBGEL:2020:6025.

19 Zie bijvoorbeeld B.A. Schmand en J.F.M. de Jonghe, ‘Vaststellen van symptoomvaliditeit in neuropsychologisch expertiseonderzoek’, *TVP* 2018, nummer 1; A.A. Vendrig, ‘Het meten van onderpresteren bij whiplashslachtoffers. Veelbelovend maar juridisch lastig te vertalen’, *TVP* 2011 nummer 3; B. Dandachi-FitzGerald, ‘Symptom validity in clinical assessments’, diss. Universiteit Maastricht 2017.

20 B.A. Schmand en J.F.M. de Jonghe, ‘Vaststellen van symptoomvaliditeit in neuropsychologisch expertiseonderzoek’, *TVP* 2018, nummer 1.

21 Zie voor andere bijvoorbeeld ook: M.P.H. Hendriks en P.T. van der Heijden, ‘Symptoomvaliditeit. De achilleshiel van de neuropsychologische diagnostiek’, *Letsel & Schade* 2016/2, p. 6-14; J. Bruins, ‘De rol van de klinisch neuropsycholoog in letselschade-expertises en -dilemma’s’, *Letsel & Schade* 2018/4, p. 34-38; A.A. Vendrig, ‘Het meten van onderpresteren bij Whiplashslachtoffers. Veelbelovend maar juridisch lastig te vertalen’, *TVP* 2011, nr. 3.

22 L. Erdodi, ‘At the end of the day it’s a moral judgement’, *TBV* jaargang 28, nr. 3, maart 2020; F. Elemans en E. Ameling, ‘Inzet van Symptoom validiteitstesten. Simulanten ontmaskeren of patiënt beter begrijpen?’, *TBV* nr. 6, september 2022.



is om te bepalen of een neuropsychologisch expertisemonderzoek aan de orde is, ook niet als de neuroloog aan de hand van diens onderzoek concludeert dat er geen sprake is van afwijkingen op diens vakgebied. Ten slotte is toegelicht dat onderzoek naar het bestaan van geclaimde neurocognitieve veranderingen het specifieke kennisgebied van de klinisch neuropsycholoog betreft.

Geclaimde neurocognitieve veranderingen na een ongeval zonder aantoonbare afwijkingen op het vlak van de neurologie – bijvoorbeeld in het kader van WAD I/II – vormen het startpunt voor nader onderzoek door een

neuropsycholoog. De basis hiervoor wordt gevormd door vakinhoudelijke gronden, opleidingscompetenties en juridische gronden.

Daarmee wordt tevens voldaan aan de vaste rechtspraak dat ook (subjectieve) postwhiplashklachten zonder specifieke medisch aantoonbare verklaring – ook wel samengevat onder de noemer WAD I/II – tot honorabele beperkingen in het functioneren kunnen leiden, mits objectief kan worden vastgesteld dat deze klachten aanwezig, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn.<sup>23</sup>

#### **Voorstel voor vragen aan expertiserend neuropsycholoog**

Met het oog op de domeinen die aan bod komen bij de neuropsychologische expertise, zouden naar het oordeel van auteurs in plaats van de aanbevolen 4 vragen van de werkgroep Neurologie-Neuropsychologie<sup>24</sup> beter de volgende vragen aan de neuropsycholoog kunnen worden gesteld.

1. Welke neuropsychologische klachten rapporteert betrokkene bij uw onderzoek?
2. Wanneer zijn deze klachten ontstaan en welke ontwikkeling laten deze klachten in de tijd zien?
3. Welk onderzoek heeft u verricht?
4. Wat is de conclusie van dit onderzoek?
5. Welke symptoom- en prestatievaliditeitstesten heeft u bij betrokken afgenomen?
6. a. Wat zijn de uitslagen van deze symptoom- en prestatievaliditeitstesten?  
b. Zijn er factoren tijdens het onderzoek geweest die van invloed zijn op de resultaten? Heeft u dit ook kunnen meten?
7. In het geval de uitslagen op de SVT-en op onderpresteren en/of overdrijven van klachten wijzen, heeft u daarvoor een verklaring? Zo ja, welke verklaring heeft u daarvoor en kunt u dit toelichten?
8. a. Indien er sprake is van objectief vastgestelde neurocognitieve functiestoornissen, welke beperkingen verwacht u dat betrokkene zal ondervinden in het algemeen dagelijks functioneren en in het functioneren in arbeid?  
b. Waaraan moet naar uw professioneel oordeel werk (of studie) voldoen c.q. waarmee moet rekening worden gehouden op grond van uw onderzoeksbevindingen?  
c. Heeft u anderszins adviezen ten aanzien van arbeid, studie of vrijetijdsbesteding? Zo ja, wat is uw advies?
9. Bestonden er bij betrokkene reeds voor het ongeval d.d. ... klachten en afwijkingen op uw vakgebied?
10. Zo ja, welke klachten en afwijkingen?
11. Waarop baseert u dit?
12. a. Was te verwachten dat de door u vastgestelde klachten en afwijkingen ook zonder ongeval d.d. ... op enig moment zouden ontstaan?  
b. Zo ja, welke klachten en afwijkingen? Wat zijn hiervoor uw argumenten?  
c. Zo ja, op welk moment in het leven verwacht u dat betrokkene deze klachten en afwijkingen ook zonder ongeval op enig moment zal krijgen? Wat zijn daarvoor uw argumenten?

23 Zie bijvoorbeeld Hoge Raad 8 juni 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2054; A.W.A. Elemans, 'Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?', *Verkeersrecht* 2008, nr. 9; A. Kolder, 'Civiele whiplashzaken', *NJB* 2015/17, p. 1142-1150.

24 Richtlijnen functieverlies van de Werkgroep Neurologische Expertise, zesde editie, 15 juli 2020, zie: <https://bit.ly/3S9QWHa>, p. 22.

