

Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?

drs A.W.A. Elemans *

In november 2007 zijn de nieuwe richtlijnen voor neurologen geïntroduceerd. Uit de nieuwe NVvN-richtlijn (Nederlandse Vereniging van Neurologen) blijkt dat neurologen geen functieverlies in het kader van de vaststelling van Blijvende Invaliditeit (BI) meer aan zullen geven als er ten aanzien van het postwhiplashsyndroom (PWS) op neurologisch terrein geen zichtbare fysiologische en/of anatomische afwijkingen vastgesteld kunnen worden. Achterliggende gedachte is dat de NVvN zoveel mogelijk wil uitgaan van 'evidence-based'-criteria.

De vraag is hoe het nu verder moet? Kan er aan PWS nog een percentage BI worden gekoppeld? En welke medicus stelt dat vanaf nu vast?

In dit artikel zal aan de hand van jurisprudentie en de integrale medische expertiserapporten van De Greef¹⁾ antwoord worden gegeven op deze vragen. Ten overvloede: dit artikel heeft geen betrekking op het vaststellen van beperkingen in het kader van de bepaling van inkomenschade omdat het vaststellen van de BI op andere principes is gebaseerd.

Medische begrippen in juridisch jargon beschreven

Civielrechtelijke uitspraken ten aanzien van de begrippen 'stoornis' en 'objectief', 'aanwezig', 'reëel', 'niet-ingebeeld', 'niet-voorgewend', en 'niet-overdreven' zijn schaars en bieden weinig houvast. Eigenlijk kan alleen worden teruggevallen op het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef (Hoge Raad 8 juni 2001, VR 2001, 168 m.nt GMvW, NJ 2001, 433). De interpretatie van de begrippen 'objectief' en 'stoornis', 'aanwezig', 'reëel', 'niet-ingebeeld', 'niet-voorgewend' en 'niet-overdreven' wordt bemoeilijkt doordat de Hoge Raad zich beperkt tot juridische aspecten. Er wordt geen medisch inhoudelijke uitleg gegeven omtrent de betekenis van deze begrippen.

Het antwoord op de vraag waar de grens ligt tussen stoornis en geen stoornis wordt nog verder bemoeilijkt doordat de Hoge Raad in algemene bewoordingen de (juridische) kanttkening plaats "(...) dat het hier gaat om een syndroom (post whiplash) waarvan algemeen bekend is dat dit moeilijk of slechts in beperkte mate tot concreet waarneembare medische stoornissen valt te herleiden, met zich mede (brengt) dat de eisen die aan het bewijs kunnen worden gesteld niet al te hoog dienen te zijn. Het komt dan - tot op zekere hoogte - voor risico van de veroorzaker van het ongeval dat het oorzakelijk verband tussen ongeval en klachten zich niet rechtstreeks laat aantonen en dat de klachten evenmin zijn te herleiden tot medisch vaststelbare afwijkingen" (r.o. 3.3).

In feite worden medische fenomenen in juridisch jargon beschreven. De taal die hierdoor is ontstaan is voor beide beroepsgroepen niet goed te begrijpen. In dit licht bezien is het niet verwonderlijk dat er onder juristen en medici discussie is over de juiste uitleg van de sleutelbegrippen ten aanzien van het begrip 'ziekte'. Om in materiële zin een regel te halen die vorm kan geven aan de medisch deskundige oordeelsvorming ten aanzien van het bestaan van een stoornis zullen juridische en medische begrippen uit elkaar gehaald moeten worden. Dit artikel richt zich op het medische deel van het begrip 'stoornis' waarop ook de AMA-guides (American Medical Association) zijn gebaseerd.

De begrippen 'stoornis' en 'objectief'

Hoewel het arrest ZA/De Greef weinig houvast biedt, maakt dit arrest wel duidelijk dat (citaten uit het arrest, r.o. 3.3):

- Met stoornis niet wordt bedoeld een medisch waarneembare beschadiging, afwijking of gebrek (van orthopedische of neurologische aard).
- Als medici overtuigd zijn dat gelaedeerde de klachten niet overdrijft of simuleert²⁾, redelijkerwijs niet anders geconcludeerd kan worden dan dat hij als gevolg van het ongeval (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is.
- Objectief moet vastgesteld worden dat de klachten van betrokkene aanwezig zijn, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend, en niet overdreven zijn.

Het lijkt erop dat 'stoornis' gelijkgesteld wordt aan 'klachten' en de betekenis van de begrippen 'aanwezig', 'reëel', 'niet-ingebeeld', 'niet-voorgewend', en 'niet-overdreven' uitgelegd kunnen worden conform het laatste voorstel van de Interdisciplinaire Werkgroep Medisch Deskundigen, als 'niet-simuleren'.

Omdat dit niet zeker is, kan het begrip 'stoornis' op verschillende manieren worden geïnterpreteerd:

1. Er is sprake van een stoornis als de klachten van betrokkene niet worden gesimuleerd.
2. Er is sprake van een stoornis als de klachten met in de reguliere geneeskunde algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden kunnen worden gereproduceerd.

Als de Hoge Raad in het arrest ZA/De Greef heeft bedoeld dat 'stoornis' uitgelegd moet worden zoals bij optie 1, dan volstaat het voor de

1. Graag wil ik de heer De Greef en diens advocaat mr Loeffen hartelijk danken voor hun medewerking. Zonder toestemming voor inzage in de medische stukken was het niet mogelijk geweest om de eerder vermelde sleutelbegrippen te verhelderen.
2. Met simuleren wordt bedoeld: Met opzet symptomen provoceren of voorwenden om directe winst, financieel voordeel, verslavende geneesmiddelen of invaliditeitsuitkering te verkrijgen, of om te ontsnappen aan een werksituatie, dienstplicht verhoor in een rechtszaak of gevangenisstraf.

* Verzekeringsarts.

medicus om vast te stellen of sprake is van simulatie of niet. Daarmee is nog niet gezegd hoe simulatie vastgesteld dient te worden. De betekenis van het begrip 'objectief' verschaft hierover uitsluitel (zie hierna).

Als het begrip 'stoornis' uitgelegd moet worden conform optie 2, dan is het niet voldoende om te differentiëren tussen 'simuleren' en 'niet-simuleren'. De klachten dienen dan te worden geobjectiveerd c.q. aan de hand van in de reguliere geneeskunst algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden te kunnen worden gereproduceerd.

Ten aanzien van het begrip 'objectief' geeft de Hoge Raad geen toelichting of aanwijzingen hoe dit te dient te worden geïnterpreteerd. Er zijn verschillende definities in omloop.

De medische uitleg: Voor een medicus heeft het begrip 'objectief', in lijn met het toetsingskader van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) alsmede in het licht van de (nieuwe) richtlijn van de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR), betrekking op de wijze waarop de medicus een stoornis vaststelt. Dat wil zeggen: met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. Het zal ook de niet-medicus waarschijnlijk niet verbazen dat men niet van een stoornis op medisch terrein kan spreken als bijvoorbeeld een magnetiseur op basis van visueel waargenomen magneetstralen rond het hoofd of een afwijkend kleurenspectrum bij aarameting tot de conclusie komt dat sprake is van problemen met concentratie, aandacht en 'multi tasking'.

De uitleg conform algemeen taalgebruik: Volgens de Dikke van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse taal betekent 'objectief': "(...) zich bepalende tot de feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel, of door vooroordelen (...)". Het begrip 'objectief' kan ook de betekenis hebben van de aanduiding van een reële en verifieerbare beschrijving van het object waarbij de menselijke factoren (zoals voorkeur, gewoonte, affectiviteit met het object) tot het minimum worden beperkt.

De juridische uitleg: In het kader van de goede procesorde refereert 'objectief' in het civiele recht aan de eis dat de deskundige zijn opdracht onpartijdig en naar beste weten dient te volbrengen (art. 198 lid 1 Rv).

Bespreking medische rapporten De Greef

De hiervoor beschreven opties ten aanzien van de begrippen 'stoornis' en 'objectief' werden in het kader van dit artikel getoetst aan de hand van de integrale medische expertiserapporten die zijn uitgebracht op verzoek van het Hof Den Bosch. (Zie voor een overzicht van alle in de zaak ZA/De Greef opgestelde expertiserapporten tabel 1). In deze tabel zijn voor de volledigheid ook de rapporten opgenomen van de expertises die werden verricht in het traject voorafgaand aan het hoger beroep.

Op verzoek van het Hof Den Bosch werden twee expertises verricht: één door een orthopeed en één door een neuroloog. (Zie expertisenummers 5 resp. 6.)

De neuroloog vond op basis van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden geen stoornissen c.q. afwijkingen binnen zijn kennis- en werkgebied. Hij deed geen eenduidige uitspraak over het bestaan van simulatie: "De stoornissen worden eventueel nog in stand gehouden als gevolg van mogelijke ziekte winst, alsmede in de zin van het zich vastbijten in deze zaak".

Uit de rapportage wordt niet duidelijk waarop dit is gebaseerd. Terzijde merk ik op dat niet goed is te begrijpen waarom de orthopeed eerder in zijn rapport aangeeft dat er geen stoornissen zijn, maar later - in een tekstfragment dat over simuleren gaat - dit woord wel gebruikt.

Hoewel er geen sprake was van een neurologisch substraat stelde de neuroloog kennelijk op grond van het klachtenverhaal een beperkingenprofiel op; de beperkingen als gevolg van de klachten werden in ieder geval niet uitgevraagd.

De orthopeed vond op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden evenmin een substraat binnen zijn kennis- en werkgebied. De door De Greef verwoorde klachten passen naar het oordeel van de orthopeed wel bij het klachtencomplex dat bekend is onder de noemer PWS. Ten aanzien van al of niet simuleren merkt de orthopeed op dat de presentatie van de klachten hem niet doet denken aan ziekte winst. Op basis van indrukken tijdens het onderzoek (dus niet op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden) merkt de orthopeed op dat de presentatie van de klachten reëel is. Evenals de neuroloog stelde de orthopeed kennelijk op basis van het klachtenverhaal een belastbaarheidsprofiel op; de beperkingen als gevolg van de klachten werden niet uitgevraagd.

Vermeldenswaardig is dat de expertise van de psycholoog in 1992 een neuropsychologisch onderzoek betrof met een beperkte set onderzoeksinstrumenten. De expertise van de neuroloog-psychiater in 1994 betrof een neuropsychologisch belastbaarheidsonderzoek. Bij een neuropsychologisch onderzoek wordt enkel de vraag beantwoord wat de cognitieve mogelijkheden zijn in relatie tot de sociaal-emotionele gesteldheid op een bepaald moment.

Bij een neuropsychologisch belastbaarheidsonderzoek wordt ook het effect van de cognitieve problemen op het prestatievermogen in de tijd gemeten.

In tegenstelling tot een neuropsychologisch onderzoek wordt betrokkene bij een neuropsychologisch belastbaarheidsonderzoek een werkdag onderworpen aan verschillende testen, waarbij een aantal testen die in de ochtend zijn afgenomen in de middag herhaald worden. Het verschil in de uitkomsten van de onderzoeken in 1992 en 1994 zou hierdoor verklaard kunnen worden.

Tabel 1

Expertise 1, 1991

Aanvragende partij: Zwolsche Algemeene

Soort specialist: orthopeed

Conclusie t.a.v. vaststelbaarheid van een substraat: Geen orthopedisch substraat op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. Klachten zijn wel herkenbaar als PWS.

Indruk van specialist t.a.v. realiteitsgehalte klachten: Geen aggraving op basis van indruk/klachtenverhaal.

Expertise 2, 1992

Aanvragende partij: Zwolsche Algemeene

Soort specialist: psycholoog

Conclusie t.a.v. vaststelbaarheid van een substraat: Geen stoornissen op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. De klachten zijn wel herkenbaar als PWS.

Indruk van specialist t.a.v. realiteitsgehalte klachten: Reële indruk. Op basis van indruk tijdens het onderzoek.

Expertise 3, 1993

Aanvragende partij: Zwolsche Algemeene in overleg met De Greef

Soort specialist: neuroloog

Conclusie t.a.v. vaststelbaarheid van een substraat: Geen neurologisch substraat op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. Klachten passen bij het PWS. De neuroloog acht De Greef beperkt t.a.v. de dynamische en statische nekbelasting en beperkingen t.a.v. concentratie zijn voorstelbaar door pijn in de nek.

Indruk van specialist t.a.v. realiteitsgehalte klachten: Geen uitspraak daarover.

Expertise 4, 1994

Aanvragende partij: De Greef

Soort specialist: neuroloog-psychiater

Conclusie t.a.v. vaststelbaarheid van een substraat: Klachten nek en cognitief functioneren met (een zeer uitgebreide set) algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden.

Indruk van specialist t.a.v. realiteitsgehalte klachten: Geen uitspraak daarover.

Expertise 5, 1998

Aanvragende partij: Het Gerechtshof Den Bosch

Soort specialist: orthopeed

Conclusie t.a.v. vaststelbaarheid van een substraat: Geen orthopedisch substraat op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. Klachten zijn wel herkenbaar als omschreven bij PWS. Beperkingsprofiel werd opgesteld.

Indruk van specialist t.a.v. realiteitsgehalte klachten: Geen ziekte-winst. De klachten zijn reëel op basis van indrukken tijdens onderzoek.

Expertise 6, 1998

Aanvragende partij: Het Gerechtshof Den Bosch

Soort specialist: neuroloog

Conclusie t.a.v. vaststelbaarheid van een substraat: Geen neurologische stoornissen op basis van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. De klachten zijn herkenbaar als omschreven bij PWS. Een beperkingsprofiel werd opgesteld.

Indruk van specialist t.a.v. realiteitsgehalte klachten: Mogelijk ziekte-winst op basis van indrukken tijdens het onderzoek.

Uit analyse van de medische rapporten die zijn ingezet bij het arrest ZA/De Greef blijkt dat het begrip 'stoornis' gelijk staat aan 'niet-simuleren'. Het vaststellen dat geen sprake is van simuleren hoeft niet plaats te vinden aan de hand van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. De indruk van de specialist (in de onderhavige casus een orthopeed en een neuroloog) volstaat daarbij. Daarbij dient de medicus objectief te zijn.

Wat de Hoge Raad met 'objectief' bedoelt, wordt ook op basis van studie van de medische stukken niet precies duidelijk. De expertiserende neuroloog en orthopeed hebben namelijk zonder medische onderbouwing aangegeven dat de klachten van De Greef niet zijn overdreven of werden gesimuleerd. Met andere woorden: niet bedoeld wordt: dat gebruik gemaakt dient te worden van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. In dit licht bezien volgt de Hoge Raad waarschijnlijk de betekenis die aan het begrip 'objectief' wordt gegeven in het kader van de goede procesorde.

Weliswaar is niet zichtbaar welke normen, waarden en opvattingen de betrokken specialisten ten aanzien van PWS hebben, maar aan de hand van de medische rapporten van deze specialisten zijn er geen aanwijzingen dat het verrichtte onderzoek is ingegeven door vooroordelen of is beïnvloed door eigen gevoel; het medisch onderzoek en de weergave daarvan heeft zich beperkt tot de feiten.

Conclusie

Om postwhiplash gerelateerde klachten als stoornis te kunnen duiden, dienen de klachten die betrokkene rapporteert te passen bij de klachten die 'officieel' worden samengevat onder de noemer PWS. Daarnaast dient de expertiserende medicus de indruk te hebben dat de klachten niet worden gesimuleerd. Deze indruk dient niet beïnvloed te zijn door vooroordelen of eigen gevoel.

Hoe nu verder?

Omdat de NVvN zoveel mogelijk wil uitgaan van 'evidence-based'-criteria zullen neurologen ten aanzien van PWS in termen van de BI geen functieverlies meer aangeven als zij op neurologisch terrein geen zichtbare fysiologische en/of anatomische afwijkingen kunnen vaststellen. Zoals hiervoor beschreven is dit volgens de Hoge Raad echter geen voorwaarde om PWS als stoornis te beschouwen. In dit licht bezien en met de wetenschap dat de AMA-guides, 6th edition, middels tabel 17-2 van hoofdstuk 17 ("Cervical spine regional grid") in combi-

natie met o.a. de "Pain Disability Questionair" van hoofdstuk 3, mogelijkheden biedt om een percentage BI te koppelen aan PWS, is de weg vrij voor andere artsen om een uitspraak te doen over het bestaan van PWS en het realiteitsgehalte van de door betrokkene verwoorde klachten.

Kalb en Van Wingaarden³⁾ stellen dat de verzekeringsarts de aange-
wezen persoon is om het percentage BI vast te stellen indien de medisch adviseurs van de betrokken partijen daarover geen overeenstemming kunnen bereiken. De ratio daarvan is dat naast bevindingen bij lichamelijk onderzoek ten aanzien van pijn en de beweeglijkheid van de nek en actuele medische gegevens, de consistentie tussen klachten, observatie bij lichamelijk onderzoek en het dagelijks functioneren bepalend is voor de hoogte van het percentage BI. Toetsen op consistentie tussen stoornis (dit is niet hetzelfde als een klacht), beperkingen en handicaps is een kerncompetentie van de verzekeringsarts. Dat vloeit voort uit de betekenis van de begrippen 'ziekte' of 'gebrek' in het bestuursrecht (i.v.m. zieketewet). Het beoordelen van consistentie in een claimsituatie is eveneens een kerncompetentie van de verzekeringsarts en behoort tot diens dagelijks werk⁴⁾.

De vraag is echter welke eisen de AMA-guides stellen aan de striktheid van de toets op consistentie. Indien de eisen niet strikt zijn, zou men kunnen overwegen om een andere arts dan een verzekeringsarts in te zetten.

Op basis van hetgeen hiervoor is gesteld en geconcludeerd, kan het volgende worden gezegd over het profiel van de expert:

- De expert dient te weten wanneer postwhiplash gerelateerde klachten geïdentificeerd kunnen worden als PWS.

- Daarnaast dient de expert vrij van vooroordelen of eigen gevoel zich een indruk te kunnen vormen of de door betrokkene verwoorde klachten niet worden gesimuleerd.

- Verder dient de expert pijn en beweeglijkheid van de nek te kunnen beoordelen en dus vaardigheid te hebben ten aanzien van het verrichten van lichamelijk onderzoek (van de nek).

- De expert moet voorts kunnen toetsen of sprake is van consistentie tussen klachten, observatie bij lichamelijk onderzoek en het dagelijks functioneren.

- Tevens moet de expert vaardig zijn in het stellen van de juiste diagnose. Daarvoor is ter zake doende kennis noodzakelijk alsmede het vermogen om relevante medische informatie uit verschillende bronnen te verkrijgen.

- Ook verdient het de voorkeur als de expert de AMA-guides kan toepassen hoewel de BI ook door een andere expert vastgesteld zou kunnen worden aan de hand van informatie met betrekking tot de hierboven genoemde punten.

- Tot slot verdient het aanbeveling dat de expert op de hoogte is van juridische begrippen zoals inzage-, correctie- en blokkeringsrecht en daar dienovereenkomstig naar kan handelen.

Een andere reden waarom men kritisch kan zijn over de inzet van een verzekeringsarts voor het vaststellen van de BI is dat de opleiding tot verzekeringsarts niet voorziet in de laatste twee genoemde punten. De vraag is of dit onverkomelijk is.

Niet alleen uit civielrechtelijke overwegingen maar ook uit curatieve motieven is het niettemin raadzaam om betrokkene eerst door een neuroloog en eventueel een orthopeed te laten onderzoeken om pathologie van neurologische en/of orthopedische aard uit te sluiten. Indien er geen aanwijsbaar substraat voor de klachten vastgesteld kan worden, kan vervolgens een andere arts het percentage BI bepalen (zie hiervoor).

3. L. Kalb en F. van Wingaarden, Beoordeling van het postwhiplashsyndroom na november 2007, *Ietselschademagazine.nl*, april 2008

4. KNMG, College voor sociale geneeskunde, Besluit verzekeringsgeneeskunde, 26 maart 2004, houdende opleidingseisen voor het sociaal-geneeskundig specialisme arbeid en gezondheid - verzekeringsgeneeskunde.

Neurologen zouden dit natuurlijk ook kunnen doen ⁵⁾, maar dat is niet logisch nu zij in navolging van de orthopeden willen uitgaan van onderzoek op basis van 'evidence-based'-criteria.

Tot besluit

Lange tijd was onduidelijk hoe de sleutelbegrippen 'stoornis', 'objectief' en 'aanwezig', 'reëel', 'niet-ingebeeld', 'niet-voorgewend', en 'niet-overdreven' geïnterpreteerd dienden te worden. Ik heb in dit artikel hierover duidelijkheid proberen te verschaffen. Door bestudering van integrale medische stukken is het voor het eerst mogelijk geworden om de taal te begrijpen die was ontstaan door een juridische interpretatie van medische begrippen. Daarmee is een belangrijk knelpunt in de afwikkeling van letselschade opgelost: het al of niet zichtbaar kunnen maken van een substraat voor de klachten behoeft geen onderwerp van discussie meer te zijn. In deze omstandigheid zal de discussie naar verwachting verschuiven naar de wijze waarop een onderscheid wordt gemaakt tussen 'simuleren' en 'niet-simuleren'. Omdat bij het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef de inzet van algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden blijkbaar niet is vereist bij het maken van dit onderscheid, is dit bij uitstek een subjectieve aangelegenheid. Wat niet wil zeggen dat het vaststellen niet naar beste eer en geweten gedaan kan worden.

Het door Akkermans voorgestelde 'disclosure statement' ⁶⁾ zou hier zijn waarde kunnen bewijzen. Hierin geeft de deskundige een verklaring af over zijn professionele kwalificaties en de positie die hij inneemt in eventuele uiteenlopende opvattingen over het onderwerp van de expertise.

Indien de discussie verschuift naar de wijze van vaststellen van simulatie zal onvermijdelijk het inzetten van simulatiedetectietesten aan de

orde worden gesteld, omdat vaststelling op basis van indrukken tijdens een onderzoek op zichzelf de schijn van subjectiviteit heeft.

Afgezien van het feit dat de Hoge Raad aan het vaststellen van simulatie niet de voorwaarde heeft gekoppeld dat dit dient te geschieden met simulatiedetectietesten, is er op dit moment echter geen simulatietest beschikbaar die honderd procent betrouwbaar is ⁷⁾. Daarnaast kan simulatie van cognitieve klachten ook door zeer ervaren neuropsychologen gemist worden ⁸⁾.

Niettemin kan de subjectieve component van de beoordeling worden verkleind door de inzet van verschillende goed gevalideerde simulatiedetectietesten door verschillende experts, die uitgebreide ervaring hebben opgedaan met de inzet daarvan. Daarmee kan tevens de kans worden gereduceerd dat simulatie over het hoofd wordt gezien.

Hoe het ook zij, er zal nog wel wat water door de Rijn stromen alvorens alle bij de afwikkeling van letselschade betrokken partijen consensus hebben bereikt over het antwoord op de vraag hoe de claimbeoordeling bij postwhiplashklachten zou moeten verlopen na de invoering van de nieuwe NVvN-richtlijn en welke specialisten in welke volgorde daarbij betrokken moeten worden. Het gaat hierbij namelijk ook om een veranderingsproces, waarbij ook andere factoren een rol kunnen spelen.

Hopelijk biedt dit artikel enige houvast en geeft het richting aan een nadere inhoudelijke discussie hierover.

5. D. Faust, K. Hart, T. Guilmette, e.a., Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers, *Professional Psychology: Research and Practice* 19, 1988.
6. A.J. Akkermans, Verbeterde vraagstelling voor medische expertises, *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 2005, nr 3.
7. R.K. Heaton, H.H. Smith jr, R.A. Lehman, e.a., Prospects for faking believable deficits on neuropsychological testing, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 1978.
8. D. Faust e.a., a.w.

Reactie op A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?

mr J. Quakkelaar

1. In zijn artikel "Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?" gaat Elemans in op de consequenties van de in november 2007 verschenen richtlijn ¹⁾ van de commissie forensische neurologie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN). Deze richtlijn zal ik vervolgens aanduiden als de "november 2007 richtlijn". Hij doet dit vanuit het gezichtspunt van het arrest inzake Zwolsche Algemeene/De Greef van HR 8 juni 2001, na analyse van de in die zaak verschenen medische deskundigenrapportages. Het onderwerp dat Elemans bespreekt is van groot belang voor de letselschadepraktijk en verdient daarom de aandacht ²⁾. De huidige discussie over de inhoud van de richtlijn november 2007 roept in breder verband de vraag op welke rol een richtlijn speelt bij de beoordeling van de gezondheidstoestand van een keurling. Ik zal enkele tot dusver onbesproken facetten van het werken met richtlijnen bij medische keuringen bespreken tegen de achtergrond van de november 2007 richtlijn van de NVvN.

2. Om de betekenis van het begrip richtlijn in algemene zin te illustreren zal ik in de eerste plaats ingaan op de achtergrond van de eerder gememoreerde richtlijn van november 2007. Voor een juiste plaatsbepaling van de discussie rondom die richtlijn zal ik deze kort bespreken. Daarbij zal ik tevens ingaan op de wijzigingen die erin zijn doorgevoerd ten opzichte van de vorige richtlijn (2001). Vervolgens schets ik kort de ervaringen in de letselschadepraktijk tot nu toe met de november 2007 richtlijn. Uit deze analyse wordt duidelijk waarom de gemoe-

deren verhit zijn geraakt. Vervolgens plaats ik enkele opmerkingen vanuit procesrechtelijk perspectief. De eerste betreft de verhouding van richtlijnen tot de wettelijke eis dat de deskundige zijn onderzoek zelfstandig verricht (artikel 198 lid 1 Rv). De tweede opmerking heeft betrekking op het fundamentele beginsel in het civiele proces: de waarheidsvinding. De derde opmerking betreft de wijze waarop aan richtlijnen wordt getoetst. In het geval van de november 2007 richtlijn bestaat de indruk dat deze toetsing niet zuiver ligt op het vakgebied van de neurologie, maar ook op dat van de epidemiologie.

3. De genoemde richtlijn gaat over de neurologische beoordeling (medische expertise in een juridische context) en bevat geen aanbeveling voor de diagnostiek en behandeling van neurologische ziektebeelden. Zij is opgesteld door de commissie Forensische neurologie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie ³⁾. De commissie verwacht van de leden van de NVvN dat zij de richtlijn bij hun beoordelingen toepast. De belangrijkste wijziging ten opzichte van de vorige richtlijn is dat het postcommotioneel syndroom en het postwhiplash syndroom toen (2001) niet en nu wel als een tijdelijk pijnsyndroom worden gezien ⁴⁾. Als de klachten langer dan 6 maanden aanhouden, is het klachtenpatroon niet meer aan te merken als voortkomend uit het ongeval/letsel dat de betrokkene is overkomen. Als de klachten aanhouden moeten deze worden gezien als een vorm van spierspanningshoofdpijn en/of nekpijn, hetgeen vanzelf behoort te verdwijnen. De richtlijn beschrijft het standpunt dat aan het postcommotioneel syn-