

Hoe subjectief kan objectief zijn?

Definitie WAD I/II¹ van CBO-richtlijn is multi-interpretabel



Drs. A.W.A. Elemans, verzekerings-
arts
Remédís verzekeringsartsen

De definitie van Whiplash Associated Disorder I/II van de richtlijn van het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan) “Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II”² kan leiden tot begripsverwarring omdat het woord objectief in deze definitie multi-interpretabel is. Vanwege de automatische associatie van ‘objectief’ met het woord subjectief kan de semantische discussie inzake de CBO-definitie bij een controversieel onderwerp als postwhiplashsyndroom (PWS) bovendien extra polariserend werken.

Als men bedenkt dat deskundigenberichten en medische expertises plaatsvinden in een context waarin magistraten, advocaten, schadebehandelaars, gelaedeerden en medici een andere taal spreken en deze taalkloof onwenselijk wordt geacht³, is aanpassing van de CBO-definitie opportuun.

NB: deze bijdrage is niet gericht op de vraag of de definitie van PWS van de CBO-richtlijn op de juiste wetenschappelijke grondslag is gebaseerd.

De CBO-richtlijn WAD I/II

De CBO-richtlijn “Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II” is in 2008 gepubliceerd². Het is een klinische richtlijn. Het CBO hanteert de volgende definitie van klinische richtlijnen: “Klinische richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties”⁴. Deze hebben tot doel invloed uit te oefenen op het handelen van medici⁵. Kort gezegd is de onderhavige CBO-richtlijn gericht op het stellen van de diagnose en op de behandeling van WAD I/II.

De richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN).

De NVvN achtte om verschillende redenen een duidelijke en uniforme multidisciplinaire *evidence-based*⁶ richtlijn noodzakelijk. In de eerste plaats is door het ontbreken van een anatomisch substraat voor WAD I/II het stellen van de diagnose met veel onzekerheden omgeven. Daarnaast speelde mee dat er beperkte consensus is omtrent de oorzaken van de klachten en dientengevolge over de mate van handicap en arbeidsongeschiktheid. Verder is de problematiek complex. Voorts zijn er verschillende disciplines betrokken bij de behandeling en het psychosociaal functioneren van mensen met WAD I/II. Met een duidelijke en uniforme richtlijn kan eenduidiger voorlichting aan patiënten worden gegeven.

De CBO-werkgroep adviseert in dit verband alle zorgverleners de door de werkgroep gehanteerde begrippen en indelingen⁷ consequent en consistent te gebruiken, zowel in het overleg met patiënten als in onderlinge communicatie en rapportage.

In de richtlijn luidt de definitie van WAD I/II c.q. het criterium wanneer klachten als WAD I/II zijn te duiden: “Er is sprake 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.”

Met ‘objectief’ wordt in de richtlijn bedoeld het zichtbaar (kunnen) maken van een anatomisch of fysiologisch substraat.

Volgens de CBO-definitie kan de facto van WAD I/II worden gesproken als:

- iemand een acceleratie/deceleratiemechanisme met inwerking van krachten op de nek heeft ondergaan, én
- deze persoon (nadien) klachten heeft van pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat, en
- er geen (met de huidige stand der techniek) fysiologisch of anatomisch substraat zichtbaar is te maken.

Verskillende betekenissen van het begrip ‘objectief’

Hiernavolgend zal de betekenis van het begrip objectief worden toegelicht vanuit het referentiekader c.q. vanuit het taalperspectief van de benadeelde, de schaderegelaar/-behandelaar, de medicus en de jurist. Omdat in het sociaal verzekeringsrecht (in verband met de ZW/WOA/WIA/WAJONG/WAZ) naar verwachting ook aan de richtlijn gerefereerd zal worden, wordt hier ook de betekenis van objectief in het sociaal zekerheidsrecht toegelicht.

- A. De uitleg conform algemeen taalgebruik
Volgens de Dikke van Dale heeft het begrip objectief de betekenis: “... *zich bepalende tot de feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel, of door vooroordelen* ...”

Het begrip objectief kan ook de betekenis hebben van een 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.

- B. De medische uitleg

Voor een medicus heeft het begrip ‘objectief’ de betekenis van ‘zichtbaar’ kunnen maken of op ‘de wijze van vaststellen’ van een ziekte of een stoornis. Objectief vaststellen heeft dan de betekenis van ‘met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden zichtbaar maken’.

- C. De uitleg van de medische tuchtrechter

In de vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege heeft objectief betrekking op de wijze waarop een stoornis vastgesteld wordt:

1. “*Wordt in het rapport op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusie van het rapport steunt,*
2. *vinden de in het rapport uiteengezette gronden aantoonbaar voldoende steun in de feiten, omstandigheden en bevindingen van het rapport,*
3. *kunnen bedoelde gronden de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen,*
4. *beperkt de rapportage zich tot de deskundigheid van de rapporteur en*
5. *kon de methode van onderzoek teneinde tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen tot het beoogde doel leiden, dan wel heeft de rapporteur daarbij de grenzen van de redelijkheid en billijkheid overschreden*”⁹.

- D. De uitleg in het civiele recht

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). Objectief is niet expliciet geoperationaliseerd maar de wet biedt wel enkele uitgangspunten die beogen dat een deskundigenoordeel “naar beste weten” wordt verricht.

Zo is er het beginsel van hoor en wederhoor en de mogelijkheid van partijen om een (partij)deskundige in te schakelen ter beoordeling van het werk van de deskundige. Daarnaast kan de deskundige aan een getuigenverhoor worden onderworpen.

Aan de hand van civiele rechtspraak en wetgeving destilleert De Groot⁹ dat de eisen die gesteld worden aan de motivering van een deskundigenadvies niet los gezien kunnen worden van de taak van de deskundige om de opdracht “naar beste weten” te vervullen:

1. De deskundige behoort de vragen van de rechter naar waarheid te beantwoorden met de kennis van de aan hem ter beschikking gestelde (gegevens uit de) (proces)stukken en met gebruik van actuele vak-kennis en zijn professionele ervaring. Hij mag de grenzen van de opdracht van de rechter niet over-

schrijden. Hij dient de grenzen van zijn deskundigheid in acht te nemen.

2. Als de deskundige een onderzoeksmethode toepast, moet de onderzoeksmethode op zijn vakgebied algemeen aanvaard, betrouwbaar en valide zijn en correct worden toegepast.
3. Het deskundigenadvies moet de gegevens bevatten die nodig zijn om de bevindingen, gedachtegang en conclusies van de deskundige zo veel mogelijk te kunnen volgen en controleren.
4. Het deskundigenadvies moet inzichtelijk en consistent zijn en een toereikende onderbouwing van de antwoorden op de vragen van de rechter bevatten.
5. Het deskundigenadvies dient dus volledig, begrijpelijk (inzichtelijk) en logisch (consistent) te volgen zijn. Of met andere woorden: het advies dient begrijpelijk te zijn en in het advies moet zichtbaar zijn van welke gegevens de deskundige gebruik heeft gemaakt, wat de gedachtegang van de deskundige is, hoe hij tot zijn conclusie is gekomen en op grond van welke gegevens hij tot deze conclusie is gekomen. Een en ander moet een logische samenhang hebben.

- E. De uitleg in het sociaal verzekeringsrecht:

Naar vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) valt objectief uiteen in drie delen:

1. Het oordeel van de verzekeringsarts ten aanzien van de vraag of de door betrokkene verwoorde beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek dient te zijn gebaseerd op feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel of vooroordelen.
2. Het vaststellen of sprake is van een stoornis dient reproduceerbaar te zijn. Dit betekent dat gekwalificeerde beroepsgenoten dezelfde feiten zouden waarnemen en op grond daarvan tot dezelfde vaststelling gekomen zouden kunnen zijn.
3. De feiten die de verzekeringsarts vaststelt en die hij toetst aan de beschikbare bronnen (bijvoorbeeld informatie van medisch specialisten/behandelaars) moeten een logisch samenhangend geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen vormen en bovendien passen binnen de sociaal-medische kennis over het vóórkomen, de ernst en de verschijningsvormen van uitingen van ziekte. Indien aan deze (laatste) twee voorwaarden is voldaan is sprake van consistentie¹⁰.

In het sociaal verzekeringsrecht is objectief de facto geoperationaliseerd in controleerbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie.

Discussie

Zoals uit het hiervoor genoemde blijkt, heeft het begrip objectief - afhankelijk in welke context het wordt gebruikt - verschillende betekenissen. In ieder geval een andere betekenis dan zoals bedoeld in de CBO-definitie. Dat is niet gelukkig binnen de doelstelling van de CBO-richtlijn noch vanuit het besef dat de taalkloof tussen juristen en medici als onwenselijk wordt ervaren.

Ook al volgt uit het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef¹¹ >

dat bij de afwikkeling van letselschade een andere definitie van PWS als stoornis wordt gehanteerd dan is vermeld in de CBO-richtlijn¹² en ook al is deze richtlijn als klinische richtlijn bedoeld, sluit ik daarnaast niet uit dat mede gezien de status van de richtlijn¹³ daar aan gerefereerd zal worden bij de afwikkeling van letselschade alsmede bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen in het kader van sociale zekerheidswetgeving. Duidelijkheid is dus geboden. Zeker bij een controversieel onderwerp als PWS. Multi-interpretabiliteit en de connotatie van het woord objectief met het woord subjectief brengt (in de semantische discussie rond het woord objectief in de definitie) anders het risico met zich van (verdere) polarisering en vertroebeling van de discussie.

Conclusie

Om spraak- en begripsverwarring en (verdere) polarisering te voorkomen verdient het aanbeveling om het woord objectief te vermijden. Om tevens tegemoet te komen aan de wens van de CBO-werkgroep om voor alle gebruikers daarvan duidelijkheid te creëren zou de aangepaste CBO-definitie als volgt kunnen luiden:

Er is sprake van gevolgen behorende bij WAD I/II indien:

- iemand een acceleratie/deceleratiemechanisme met inwerking van krachten op de nek heeft ondergaan, en
- deze persoon (nadien) klachten heeft van pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houding- en bewegingsapparaat,
- terwijl geen anatomische of fysiologische afwijkingen zichtbaar gemaakt kunnen worden met in de reguliere geneeskunst algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden die naar de huidige stand der techniek beschikbaar zijn.

Bronnen:

1. Noot: Waar In Angelsaksische landen wordt gesproken van WAD I/II wordt in het Nederlands taalgebied Post Whiplashsyndroom bedoeld.
2. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Mensen met Whiplash Associated Disorder I / II. CBO. Utrecht, CBO, 2008.
3. Zie onder meer A.J. Akkermans en A.J. Van, "De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen", TVP, 2002, nr. 2, p. 57-61; A.J. Akkermans, "Verbeterde vraagstelling voor medische expertises", TVP 2005, nr. 3, p. 69-80; A.J. Akkermans, M.H. Elferink en A.J. Van, "Verbetering van het medische traject", TVP 2005, nr. 4, p. 116-121; M. Hartman en B.P. Dekker, "Help! De dokter verzuipst: Medische aspecten van de vaststelling van letselschade", in *Schadevaststelling en de rol van de deskundige*, Recht en praktijk 164 p.49-55, onder redactie van G.G. Hesens, S.D. Lindenbergh en G.E. van Maanen; H.F.M. Crombach, "Rechters en deskundigen", NJB 2000, 33; en M. Evenblij, "Vechten tegen de kennisparadox", Mr. Magazine, 2008, 6/7.
4. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Evidence-based richtlijnontwikkeling. EBRO-handleiding. Utrecht, CBO, 2005/2007.
5. W. van Harten. Toepassing voor niet-medische doeleinden leidt tot ongewenste bijwerkingen, Medisch Contact 19 maart 2009, 64 nr. 12.
6. De term 'evidence-based richtlijn' zegt met name iets over de methode en niet zozeer iets over de hardheid van de aanbevelingen. Evidence-based wil zeggen dat er op een systematische manier gezocht is naar bewijs uit de literatuur en dat dit transparant wordt gerapporteerd. Niets meer en niets minder: als er onvoldoende bewijsmateriaal beschikbaar is - en dat komt geregeld voor - zal toch een antwoord gegeven moeten worden op de uitgangsvraag. Hierbij zal dan de mening van - en de consensus tussen - de verschillende experts de doorslag geven. De methode noemen we nog steeds evidence-based: waar mogelijk zijn de aanbevelingen immers onderbouwd met wetenschappelijk bewijs en is inzichtelijk gemaakt dat met de gekozen zoekmethoden geen evidence voorhanden is.
7. Noot: Indelingen naar de duur van de klachten sinds het ongeval en definities ten aanzien van whiplash, whiplashongeval en whiplashklachten.
8. CTG 7 december 2004, 2004.045.
9. G. de Groot, Het deskundigenadvies in de civiel procedure, Recht en Praktijk 165, Kluwer, 2008 p. 249-250.
10. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2000.
11. HR 8 juni 2001, LJN AB2054.
12. A.W.A. Elemans, "Postwhiplashsyndroom en de nieuwe richtlijn van Neurologen: Hoe nu verder?", Verkeersrecht 2008,
13. Noot: Sinds de oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een nationaal en ook internationaal erkend instituut.