

De nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie

Mr. P.C. Knijp

Inleiding

De in 2007 door de Commissie Forensische Neurologie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN) uitgevaardigde nieuwe richtlijnen¹ zijn inmiddels een jaar oud. Een goed moment om eens in kaart te brengen wat de nieuwe richtlijnen hebben losgemaakt.

De nieuwe richtlijnen hebben in de literatuur sinds het moment van verschijnen slechts in beperkte mate aanleiding gegeven tot discussie. Dat de nieuwe richtlijnen, die een belangrijke trendbreuk vormen met de voorgaande richtlijnen, niet aanleiding hebben gegeven tot méér discussie, is op zich verwonderlijk. Dat is nog verwonderlijker wanneer de omvang van de met whiplash gemoeide schadelast in ogenschouw wordt genomen. Zoals Endedik² in zijn eerdere bijdrage in dit blad al aangeeft, lopen de schattingen over het aantal schadegevallen waarbij sprake is van whiplash, uiteen. Endedik noemt een vermoedelijk aantal van ongeveer 15.000 gevallen per jaar. Tijdens de PEP³-bijeenkomst van 16 oktober 2008 meldde Kremer, directeur van het Personenschade Instituut van Verzekeraars, dat het gaat om circa 20.000 nieuwe meldingen op jaarbasis. In de afgelopen 25 jaar zou het, aldus Kremer tijdens de bedoelde lezing, een totaal aantal van 400.000 gevallen betreffen, waarvan in circa 80.000 gevallen sprake was van chronische whiplashklachten. In de bedoelde 25 jaar zou de totale schadelast voor verzekeraars het – astronomische – bedrag van circa €6 miljard bedragen.

In deze bijdrage zal ik niet uitvoerig ingaan op de totstandkoming en de achtergrond van de inhoud van de richtlijnen, omdat anderen daarover al het nodige hebben geschreven. Voor een uitvoerige behandeling van de inhoud van de richtlijnen, de achtergrond en de totstandkoming daarvan verwijs ik naar de eerdere bijdragen van Van den Doel en Endedik in dit blad.⁴ Ik beperk mij thans tot een bespreking van de tot op heden verschenen reacties op de nieuwe richtlijnen en mijn eigen visie daarop. Voor een helder beeld en de leesbaarheid van dit stuk is een korte inleiding over de inhoud van de richtlijnen evenwel onontkoombaar.

De richtlijnen

De richtlijnen van november 2007 bestaan uit in totaal 41 pagina's en zijn onderverdeeld in een aantal verschillende hoofdstukken.

Voor deze bijdrage is natuurlijk de inhoud van deze richtlijnen met betrekking tot neurologische expertises in 'whiplash'-zaken van belang.

De nieuwe richtlijnen van de NVvN geven onder het kopje 'Persistente klachten na nektrauma' weer:

'Het is ook mogelijk dat klachten blijven bestaan, waarvoor met alle bekende onderzoeksmethoden geen substraat kan worden aangetoond.

Deze klachten staan bekend als 'postwhiplash-syndroom' (...).

Dit is een verzamelnaam geworden voor klachten na een ongeval, waarbij nekpijn op de voorgrond staat, al of niet met hoofdpijn, vermoeidheid, duizeligheid, concentratiestoornissen, tintelingen in armen en handen en visusklachten. Het is niet ongebruikelijk geworden het optreden van dergelijke klachten na wat voor ongeval dan ook, onafhankelijk van het ongevalsmechanisme en/of de intensiteit van de geweldsinwerking, te omschrijven als "whiplash".

Om uit te maken of dit beeld al of niet moet worden toegeschreven aan een aandoening van het zenuwstelsel, is het van essentieel belang dat bij iedere gelaedeerde met klachten die als "whiplash" worden betiteld, een uitgebreide neurologische evaluatie plaatsvindt.'

In de richtlijnen wordt vervolgens beschreven hoe in de AMA-guides wordt omgesprongen met het toekennen van een percentage functieverlies, dat kan variëren tussen 5 en 8%.

De richtlijnen vervolgen:

'De Commissie kan zich in dit alles [dus in het toekennen van een percentage functieverlies tussen 5 en 8% op grond van de

1. Te vinden via <www.neurologie.nl>.

2. G.C. Endedik, Causaal verband bij personenschade; de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, TVP 2008, p. 6.

3. 'PEP' staat voor 'Platform Experts Personenschade'.

4. E.M.H. van den Doel, Whiplash en de neuroloog, TVP 2008, p. 1 e.v.; Endedik 2008, p. 6 e.v.

AMA-guides; toevoeging PCK] niet vinden. Het zou inhouden dat louter de door de onderzochte aangegeven klachten tot een fors functieverlies aanleiding geven. Ook het toekennen van posttraumatisch functieverlies op grond van asymmetrische bewegingen van de nek of spierhypertonie is niet te verdedigen, gegeven het frequent voorkomen in de bevolking van nekkolten met deze bevindingen zonder voorafgaand trauma.

Het postwhiplash-syndroom moet worden gezien als een chronisch pijnsyndroom zonder neurologisch substraat. De Commissie is van oordeel dat volgens de huidige inzichten hieraan door de neuroloog geen percentage functieverlies kan worden toegekend.⁵

Het is van belang om bij het voorgaande voor ogen te houden, dat in de gevallen waarin wordt gesproken van een 'whiplash' of 'postwhiplashsyndroom' vrijwel altijd wordt bedoeld op gevallen waarin bij het slachtoffer sprake is van klachten, waarvoor geen onderliggende medische afwijkingen (in ieder geval niet op neurologisch vlak) kunnen worden aangetoond. Wanneer sprake is van een ongeval waarbij een 'zweeps slag'-beweging van de nek optreedt, dan kan er natuurlijk ook – in ernstiger gevallen – wel sprake zijn van (medische) afwijkingen die (soms ernstige) klachten veroorzaken. Te denken valt daarbij aan bijvoorbeeld een wervelfractuur.⁶ In de regel wordt in die gevallen niet van 'whiplash'-letsel gesproken, maar bijvoorbeeld van een dwarslaesie. De termen 'whiplash', 'postwhiplash' of 'chronische whiplash' zijn daarmee verworpen tot een aanduiding van gevallen waarin sprake is geweest van een zweeps slagbeweging van de nek, waarna klachten zijn ontstaan waarvoor echter geen neurologisch substraat kan worden gevonden.

De richtlijnen van de NVvN maken duidelijk dat conform die richtlijnen, in gevallen waarin sprake is van 'whiplash'-achtige klachten zonder dat daarvoor een neurologische oorzaak kan worden gevonden, niet meer tot een percentage functieverlies kan worden gekomen. Dat is volkomen logisch. Wanneer de expertiserend neuroloog niet in staat is om een oorzaak van klachten aan te duiden – met andere woorden: wanneer er geen neurologisch substraat voor de klachten valt aan te wijzen – dan kan de neuroloog natuurlijk ook geen (neurologisch) functieverlies duiden. Dat de oude richtlijnen die mogelijkheid wel boden, is eigenlijk heel vreemd.⁶

Betekent dat nu, dat volgens deze richtlijnen in gevallen waarin geen neurologisch substraat voor de klachten kan worden gevonden, en dus geen functieverlies kan worden vastgesteld, ook geen beperkingen meer kunnen worden aangenomen? Mij dunkt dat het antwoord op die vraag bevestigend moet zijn. Wanneer de neuroloog geen functieverlies kan vaststellen, kan hij niet tot de conclusie komen dat er desondanks toch beperkingen zijn.⁷ Dat gaat niet samen. Dit volgt overigens ook uit de richtlijnen zelf, waarin op pagina 17 en 18 onder het kopje 'Het vaststellen van beperkingen' over deze situatie wordt geschreven:

'Bij het aangeven van de beperkingen in het functioneren dient nooit uitgegaan te worden van die welke de onderzochte aangeeft. De deskundige behoort uit te gaan van de consistente tekenen van de neurologische aandoening en als die niet kan worden vastgesteld (en er dus geen functieverlies is op neurologische gronden) zijn er ook geen beperkingen op neurologisch terrein.'

Geen functieverlies betekent dus ook dat er, conform de nieuwe richtlijnen, geen beperkingen kunnen worden geduid.⁸

Volledigheidshalve merk ik op dat de richtlijnen een passage wijden aan de situatie waarin sprake is van een functiestoornis, waarvoor geen oorzaak kan worden gevonden. Op pagina 17 onder het kopje 'Het vaststellen van functieverlies' wordt hierover in de richtlijnen opgemerkt:

'Op grond van de bij het neurologisch onderzoek en/of hulp-onderzoek gevonden afwijkingen, zal meestal een neurologische diagnose kunnen worden gesteld en zal een functiestoornis kunnen worden verklaard door de neurologische aandoening. In sommige gevallen blijft de aard van de neurologische aandoening onbekend, terwijl het wel mogelijk is een uitspraak te doen omtrent de aard en mate van een functiestoornis, mits de neuroloog zich baseert op somatische gegevens die betrekking hebben op zijn vakgebied.'

Deze passage uit de richtlijnen houdt niet in, dat wanneer sprake is van klachten, er functieverlies kan worden aangenomen. Dat zou ook niet goed denkbaar zijn, nu dat strijdig zou zijn met de overige inhoud van de richtlijnen. De betreffende passage heeft betrekking op het voorkomen van een functiestoornis, terwijl daar geen onderliggende oorzaak voor kan worden gevonden, bijvoorbeeld wanneer iemand zonder aanwijsbare reden af en toe het bewustzijn verliest. Dat is een duidelijke functiestoornis, die zeer invaliderend kan werken en ook – anders dan wanneer uitsluitend sprake is van bijvoorbeeld (pijn)klachten zonder aanwijsbare functiestoornis of functieverlies – kan leiden tot beperkingen, bijvoorbeeld voor het verrichten van loonvormende werkzaamheden.

Klachten, afwijkingen, causaal verband

In zaken waarin sprake is van whiplashgevallen, speelt de causaliteit vaak de hoofdrol. Het probleem in dit soort zaken is dat het slachtoffer enerzijds stelt dat hij pijn heeft en dikwijls ook andere klachten, dat hij daarom niet meer in staat is om te werken en (soms een omvangrijke) schade lijdt, terwijl anderzijds er geen

5. Van den Doel 2008, p. 1.

6. De benaderingswijze van de oude richtlijnen was bedoeld als praktische oplossing. Zie in dit verband uitgebreid Van den Doel 2008, p. 2-3.

7. Uiteraard geldt hier telkens: op neurologisch vlak. Het gaat dus om een neurologisch substraat, om neurologisch functieverlies en om neurologische beperkingen. Het wordt bizar wanneer de neuroloog geen neurologisch functieverlies zou vaststellen, maar wel tot beperkingen zou komen op bijvoorbeeld orthopedisch vlak.

8. Uiteraard: door de neuroloog.

lichamelijke afwijkingen die een gevolg zijn van het ongeval, kunnen worden gevonden.

Vaak wordt in dit verband van de zijde van benadeelden een beroep gedaan op het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef*.⁹ In deze zaak oordeelde het hof dat schadevergoeding ook op zijn plaats kan zijn wanneer niet sprake is van waarneembare beschadigingen, afwijkingen of gebreken, maar van klachten, die weliswaar subjectief van aard zijn, maar waarvan niettemin objectief kan worden vastgesteld dat zij aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn.

Opvallend is dat aan dit arrest vaak een betekenis wordt toegekend die mijns inziens overtrokken is. De van belang zijnde passages uit dit arrest zijn namelijk in overwegende mate niet van de Hoge Raad afkomstig, maar van het hof.

Bovendien is het gebruik van de woorden 'objectief' en 'subjectief' naar mijn mening niet juist. Het hof geeft in zijn uitspraak op zich terecht aan dat een klacht subjectief van aard is. Vervolgens slaat het hof echter de plank mis, waar hij aangeeft dat 'objectief' moet worden vastgesteld of een klacht aanwezig is, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven. Immers: uitsluitend het gegeven dat een klacht aanwezig is, kan objectief worden beoordeeld. Dat is zelfs betrekkelijk eenvoudig, want zodra de klacht wordt geuit, kan daarvan naar objectieve maatstaven worden gezegd dat hij aanwezig is. Het is echter mijns inziens onmogelijk om vervolgens *objectief* vast te stellen dat de betreffende klacht reëel is, niet ingebeeld, niet voorgewend en evenmin overdreven, wanneer voor die klacht geen onderliggende medische verklaring kan worden gevonden.

Om een praktisch voorbeeld te geven: stel dat een patiënt klaagt over pijn in zijn been. In dat geval kan objectief worden vastgesteld dat er een klacht aanwezig is; de patiënt klaagt immers. Wanneer het been gebroken blijkt, kan met een redelijke mate van objectiviteit worden beoordeeld of de pijnklachten reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn, alhoewel dat laatste natuurlijk alweer wat moeilijker ligt. Wanneer het been evenwel niet gebroken is en er verder niets mee aan de hand is, dan is het feitelijk onmogelijk om objectief te beoordelen of de aanwezige klacht reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven is.

Een ander praktisch voorbeeld: een slachtoffer uit na een achteropaanrijding pijnklachten in de nekregio, concentratiestoornissen en vermoeidheid. Het slachtoffer stelt daardoor schade te lijden, bestaande in onder meer verlies aan arbeidsvermogen. Het slachtoffer vordert vergoeding van haar schade van de aansprakelijke WAM-verzekeraar. Wanneer wij ervan uitgaan dat de WAM-verzekeraar de aansprakelijkheid erkent, en daar dus geen discussie meer over behoeft plaats te vinden, blijven er twee hobbels over die door de benadeelde moet worden genomen, alvorens een schadevergoeding kan worden toegekend: de benadeelde moet stellen en bewijzen dat zij schade heeft, en dat er een causaal verband bestaat tussen het ongeval en de schade.¹⁰

Toepassing van de nieuwe richtlijnen in gevallen waarin geen sprake is van objectieve afwijkingen leidt, zoals hiervoor al is weergegeven, tot de slotsom dat er geen functieverlies is

en dus geen sprake van beperkingen. Anders gezegd: hoewel de benadeelde pijn heeft en andersoortige klachten uit, bestaat er in ieder geval op neurologische gronden geen reden om te zeggen dat het slachtoffer beperkingen heeft. Anders gezegd: ondanks de klachten kan de benadeelde 'alles' (in ieder geval in neurologisch opzicht) dus nog. Dit laat zich vervolgens lastig vertalen in enig verlies aan arbeidsvermogen.

Natuurlijk moet bij dit alles worden bedacht, dat een neurologische expertise die tot de slotsom leidt dat weliswaar sprake is van whiplashachtige klachten, maar dat daarvoor geen onderliggende oorzaak in de vorm van enige door de neuroloog vast te stellen afwijking kan worden gevonden, niet betekent dat er geen oorzaak voor de klachten kan worden vastgesteld. Van den Doel oppert dat een psychiatrische expertise zou moeten plaatsvinden.¹¹

Hoe nu verder?

In de diverse bijdragen die naar aanleiding van de verschijning van de nieuwe richtlijnen van de NVvN zijn gepubliceerd, wordt zonder uitzondering de vraag opgeworpen wat de betekenis van deze richtlijnen nu is voor de praktijk.

Deze vraag is mijns inziens eenvoudig te beantwoorden: zoals gezegd, kunnen op grond van de nieuwe richtlijnen geen beperkingen op neurologisch gebied meer worden aangenomen in gevallen waarin sprake is van whiplashklachten, zonder dat daarvoor een onderliggende neurologische oorzaak valt aan te duiden.

Dat is evenwel niet een conclusie die door anderen die over dit onderwerp hebben gepubliceerd, wordt gedeeld; integendeel. Grosso modo valt een tweedeling te maken: er zijn schrijvers die vinden dat de nieuwe richtlijnen niet moeten worden gehanteerd, en er zijn schrijvers die vinden dat een andere deskundige dan de neuroloog maar een expertiseonderzoek moet verrichten. Ik zal deze visies hierna de revue laten passeren en commentariëren.

Nieuwe richtlijnen niet hanteren

Endedijk¹² en Gelmers¹³ worstelen met de inhoud van de nieuwe richtlijnen van de NVvN en komen tot de slotsom dat de nieuwe richtlijnen niet als uitgangspunt voor een neurologische expertise moeten worden genomen. Endedijk staat hantering van de oude richtlijnen van de NVvN voor, terwijl Gelmers van mening is dat de zesde editie van de AMA-guides moeten worden gehanteerd.

Endedijk geeft in zijn meergenoemde artikel aan, dat het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef* gezichtsbepalend is voor het bewijs van schade en causaal verband. Hij komt tot de slotsom

9. HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433.

10. Zie in dit kader ook Hof Den Bosch 25 maart 2008, JA 2008, 95.

11. Zie onder meer Van den Doel 2008, p.; in dezelfde zin de auteur dezes, 'Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN', PIV-bulletin juli 2008, p. 9 e.v.

12. Endedijk 2008, p. 10.

13. H.J. Gelmers, De betekenis van de richtlijnen bij de beoordeling van functieverlies van het postwhiplashsyndroom, PIV-bulletin september 2008, p. 20.

dat blijkens deze uitspraak eerst een oordeel moet worden geveld over het realiteitsgehalte van de gezondheidsklachten. De Hoge Raad is voor het bewijs van het realiteitsgehalte van de gezondheidsklachten aanmerkelijk strenger dan voor het bewijs van het causaal verband, waaraan, aldus Endedijk, blijkens dit arrest geen al te strenge eisen mogen worden gesteld. Deze benadering lijkt een logische, wanneer wordt uitgegaan van de juistheid van de redenering die aan het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef* ten grondslag ligt. Maar, zoals hiervoor al uiteengezet, er wordt aan het betreffende arrest te veel betekenis toegekend, temeer nu daarin in ieder geval de begrippen 'subjectief' en 'objectief' niet op juiste wijze worden gehanteerd.

Endedijk is van mening dat het een slechte zaak zou zijn wanneer medisch deskundigenonderzoek door andere specialisten dan de neuroloog zou moeten plaatsvinden. Endedijk houdt voor het uitvoeren van deskundigenonderzoek vast aan de neuroloog, maar hij vindt dat het onderzoek aan de hand van de oude criteria uit de oude richtlijnen zou moeten plaatsvinden. Aan het slot van zijn bijdrage stelt Endedijk dat het een slechte zaak zou zijn om psychiaters in te schakelen voor neurologische expertises. Om te beginnen zouden psychiaters wellicht niet in staat zijn om aan de grote vraag naar expertisearchiveren te voldoen, en bovendien lijkt het Endedijk onwenselijk om slachtoffers 'in de hoek van de psychiatrie te duwen'.¹⁴

Endedijk stelt dat neurologen prima in staat zouden moeten zijn om op objectieve wijze de subjectieve klachten van slachtoffers te beoordelen en aan de hand daarvan beperkingen vast te stellen. Dat ben ik niet met Endedijk eens. Niet alleen verzet de inhoud van de nieuwe richtlijnen zich hiertegen, die zeggen immers zelf al 'geen functieverlies – geen beperkingen', maar bovendien is het simpelweg onmogelijk om in gevallen waarin geen afwijkingen kunnen worden geconstateerd, de klachten te objectiveren.

Endedijk stelt in zijn bijdrage concreet voor om de neuroloog een zestal vragen voor te leggen, die vrijwel identiek zijn aan de toetsingscriteria van de oude richtlijnen. Op basis van die vragen moet de neuroloog, aldus Endedijk, in gevallen waarin sprake is van een neurologische aandoening, in staat zijn om beperkingen te formuleren.

Hier slaat Endedijk de plank tweemaal mis. Om te beginnen is nu juist het probleem van whiplash dat het geen neurologische aandoening is,¹⁵ en bovendien brengt het gegeven dat er geen sprake is van enig functieverlies, met zich dat er ook geen sprake kan zijn van beperkingen.

Gelmers¹⁶ is een andere mening toegedaan. Hij vindt niet dat de oude richtlijnen uitgangspunt moeten blijven bij het uitvoeren van neurologische expertisearchiveren, maar hij is van oordeel dat de AMA-guides, editie VI, als uitgangspunt moeten worden genomen, als een aanvulling op de AMA-guides. Van den Doel is een andere mening toegedaan. Hij stelt over de AMA-guides:

'Ondanks al deze pogingen tot verfijning, die op het eerste gezicht nauwelijks hanteerbaar lijken, blijven voor de neuroloog dus de conclusies zoals die beschreven zijn in de laatste

revisie van de richtlijnen van de NVvN, vaststaan. AMA-6 bevat geen redenen daarvan af te wijken.'

Gelmers stelt in zijn bijdrage dat het onjuist is te stellen, voor wie dat goed uitkomt, dat de richtlijnen prevaleren boven de AMA-guides. Dat lijkt mij in zijn algemeenheid een juist uitgangspunt, zij het dat het omgekeerde natuurlijk ook waar is. Mij dunkt dat Gelmers in zijn meergenoemd artikel de stelling ingang probeert te doen vinden, dat de nieuwe richtlijnen terzijde worden geschoven door AMA-6. Indien Gelmers dat betoogt omdat via AMA-6 wel tot beperkingen kan worden gekomen, en via de nieuwe richtlijnen van de NVvN niet – en dus omdat het hem beter uitkomt – dan is dat onjuist.¹⁷

Quakkelaar¹⁸ vreest dat een verplichte toepassing van de richtlijnen met zich brengt dat de werkelijkheid, waarin de benadeelde zich bevindt, op onjuiste wijze wordt vastgesteld; de eis dat aan een richtlijn dient te worden getoetst, kan als effect hebben dat de deskundige de werkelijkheid onjuist rapporteert. Het standpunt van Quakkelaar valt niet goed te begrijpen. Wanneer geen neurologisch substraat kan worden gevonden voor klachten die de benadeelde uit, dan kan toch bezwaarlijk worden gevraagd aan de neuroloog om wel functieverlies en beperkingen vast te stellen. Juist dat zou neerkomen op een onjuiste weergave van de werkelijkheid.

Quakkelaar vreest dat de nieuwe richtlijnen zullen leiden tot een tegenstelling binnen de beroepsgroep van de neurologen. Hij stelt dat waar whiplashpatiënten in de curatieve sector thans worden behandeld zonder dat er vraagtekens worden geplaatst bij de traumatische achtergrond van hun klachten, expertiserend neurologen nu zullen laten horen dat de klachten en beperkingen geen relatie hebben met het hun overkomen trauma. Mij dunkt dat Quakkelaar hier de strekking van de nieuwe richtlijnen verkeerd begrijpt; vanzelfsprekend zal een expertiserend neuroloog die iets dergelijks (ongeclassuleerd) zegt, zijn boekje te buiten gaan. De neuroloog kan uitsluitend op zijn eigen vakgebied vaststellen of er iets aan de hand is of niet. Volgens de nieuwe richtlijnen kan de neuroloog uitsluitend vaststellen dat er klachten worden geuit, maar kan hij – wanneer er geen neurologisch substraat wordt gevonden voor die klachten – niet meer komen tot (neurologisch) functieverlies en beperkingen op neurologisch vlak.

14. Op de wenselijkheid hiervan kom ik aan het slot van dit stuk terug.

15. Ik realiseer mij dat het welhaast politiek incorrect is om te zeggen 'whiplash bestaat niet'. Een dergelijke uitspraak doe ik ook niet; op zich zou dat geen recht doen aan de grote aantallen slachtoffers van verkeersongevallen die whiplashachtige klachten uiten. Dat whiplash met de huidige stand van de wetenschap niet kan worden gekenmerkt als een neurologische aandoening, durf ik – onder verwijzing naar meergenoemde bijdrage van Van den Doel, p. 1 – wel aan.

16. Gelmers 2008.

17. Zie over de inhoud van AMA-6 Van den Doel 2008, 3-4.

18. J. Quakkelaar, Reactie op A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?, *Verkeersrecht* 2008, p. 269.

Interessant is de bijdrage van Elemans in Verkeersrecht.¹⁹ Elemans bespreekt het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef* en komt, na een uitgebreide analyse van de deskundigenberichten die in die zaak waren uitgebracht, tot de slotsom dat het in de bedoelde uitspraak gebruikte begrip 'stoornis' gelijkstaat aan niet-simuleren. Het vaststellen van een dergelijk niet-simuleren zou, zo geeft Elemans weer, niet behoeven plaats te vinden aan de hand van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden; de indruk van de specialist zou voldoende moeten zijn. Het lijkt erop dat Elemans deze redenering, die wordt ontleend aan het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef*, ook buiten deze casus zou willen toepassen.²⁰

Elemans concludeert aan het eind van zijn bijdrage dat:

'(...) het voor het eerst mogelijk [is] 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".'

Als ik het goed begrijp, dan stelt Elemans dat het al dan niet kunnen aantonen van een medisch substraat niet meer relevant is; in alle gevallen waarin niet kan worden vastgesteld dat de benadeelde de klachten simuleert, zou een schadevergoeding op zijn plaats zijn. Dat is een meer gehoorde opvatting. Ook Bronsema²¹ is van oordeel dat de onderliggende oorzaak van de klachten er niet toe doet, maar dat het aankomt op een (door hem voorgestane verzekeringsgeneeskundige) beoordeling van factoren als prognose, herstelgedrag, de best mogelijke behandelmogelijkheid, specifieke beroepseisen, wenselijkheden, mogelijkheden en reactivering, waarbij bovendien niet altijd het 'niet kunnen' de norm zou moeten zijn, maar een combinatie van 'niet kunnen' en 'wat is wenselijk' de uitkomst van de beoordeling mede zou moeten bepalen.²²

Dergelijke benaderingen zien op de vraag of de door de benadeelde geuite klachten plausibel en consistent zijn. Een expertisemonitoring vanuit deze benadering zou een slechte zaak zijn, al was het maar omdat een dergelijk onderzoek tot gevolg heeft dat de belangrijkste vragen in het kader van de letselschadeafwikkeling niet kunnen worden beantwoord. Te denken valt daarbij aan vragen als 'Zijn de klachten een gevolg van het ongeval?' en 'In hoeverre leveren de klachten beperkingen op voor het verrichten van loonvormende werkzaamheden?' Vragen die van fundamenteel belang zijn, nu zij zien op enerzijds (de omvang van) de schade en anderzijds het causaal verband.²³

Een andere deskundige

Behalve de mening dat de neuroloog als deskundige moet worden gehandhaafd, maar dat hem andere beoordelingsrichtlijnen moeten worden verstrekt, is in de literatuur die inmiddels is verschenen, ook het geluid te horen, dat de neuroloog als deskun-

dige voor het vaststellen van beperkingen heeft afgedaan en dat er een andere deskundige moet worden ingeschakeld. Bronsema, hiervoor reeds genoemd, stelt zich bijvoorbeeld op het standpunt dat de verzekeringsgeneeskundige moet worden aangezocht voor het verrichten van expertisemonitoring. Ook Elemans, eveneens hiervoor al geciteerd, is die mening toegedaan.

Het benoemen van een verzekeringsarts zou een slechte zaak zijn. Het is nodig voor het bepalen van de uiteindelijk uit te keren schadevergoeding aan het slachtoffer, dat het letsel dat het gevolg is van het ongeval en de effecten die dat heeft op het vermogen van het slachtoffer om arbeid te verrichten, in kaart worden gebracht. De verzekeringsarts is daartoe niet geëquipeerd – althans, hij is niet de aangewezen persoon om het letsel en eventueel daaruit resulterend functieverlies (op een medisch-specialistisch terrein) in kaart te brengen. De toets die de verzekeringsarts volgens Bronsema en Elemans zou moeten aanleggen, zou bovendien met zich brengen dat een toetsing aan het vereiste van het causaal verband volledig verdwijnt. Ook de (juridische) vraag naar de schadebeperkingsplicht zou dan volledig opgaan in de expertise door de verzekeringsgeneeskundige.²⁴

Vermeldenswaard is de – merkwaardigerwijs ongepubliceerd gebleven²⁵ – uitspraak van de Rechtbank Amsterdam van 14 augustus 2008.²⁶ Het betreft een beschikking in een verzoekschriftprocedure, waarin een discussie plaatsvond omtrent de persoon van de in een whiplashzaak te benoemen deskundige. De benadeelde stelde zich op het standpunt dat de rechtbank een revalidatiearts moest benoemen. De verzekeraar gaf aan dat een neuroloog moest worden benoemd, omdat met de nieuwe richtlijnen nog steeds – eerst – de vraag moet worden beantwoord of de klachten zijn toe te schrijven aan een aandoening van het zenuwstelsel. Een revalidatiearts is, aldus de verzekeraar in deze procedure, niet specifiek opgeleid om causale verbanden te onderzoeken en te beoordelen, maar is meer gericht op het stellen van revalidatiediagnoses. De rechtbank oordeelde dat een neuroloog het deskundigenbericht zal moeten opstellen. Mij dunkt dat de rechtbank terecht geen revalidatiearts heeft benoemd.

Quakkelaar²⁷ oppert dat een klinisch epidemioloog zou moeten worden ingeschakeld. Hij komt tot die (opmerkelijke) slotsom, omdat in zijn visie de nieuwe richtlijnen uitgaan van een op epidemiologische gronden gebaseerd beslismodel. Het gaat, aldus nog steeds Quakkelaar, om een vraagstuk dat in de epidemiologie wordt aangeduid als 'causale attributie': op welke voorwaarden

19. A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?, *Verkeersrecht* 2008, p. 265 e.v.

20. Elemans 2008, p. 267.

21. Bronsema, reactie in PIV-bulletin september 2008, p. 15-16.

22. Bronsema 2008.

23. Zie in dit verband ook mijn naschrift in PIV-bulletin september 2008, p. 16-17.

24. Zie mijn meergenoemd naschrift in het PIV-bulletin.

25. De uitspraak wordt, volledigheidshalve, wel genoemd en kort besproken in PIV-bulletin september 2008, p. 21.

26. Rb. Amsterdam 14 augustus 2008, HA RK 07-65, ongepubliceerd.

27. Quakkelaar 2008.

mag een in de epidemiologie gevonden statistisch causaal verband in een individueel geval aanwezig worden geacht? Quakkelaar haalt het voorbeeld van roken en longkanker erbij. Het is bekend dat roken longkanker veroorzaakt, maar andere oorzaken zijn ook mogelijk. De klinisch epidemioloog zou, als ik Quakkelaar goed begrijp, de vraag moeten beantwoorden onder welke voorwaarden mag worden aangenomen dat de longkanker van een specifieke patiënt het gevolg is van zijn rookgedrag.

Los van het gegeven dat het natuurlijk buitengewoon vreemd zou zijn om een klinisch epidemioloog de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie te laten toepassen,²⁸ haalt Quakkelaar hier de begrippen causaal verband en schade door elkaar. Het gaat er bij de toepassing van de richtlijnen in het kader van een medisch expertisearchief primair om, dat het letsel wordt vastgesteld. Als dat eenmaal is gebeurd, moet worden beoordeeld of het letsel een gevolg is van het ongeval of niet. In het door Quakkelaar gegeven longkankervoorbeeld gaat het uitsluitend om het causaal verband. Het behoeft dan ook geen verdere toelichting dat ik van mening ben dat het inschakelen van een klinisch epidemioloog geen goede zaak zou zijn.

Psychiatrische expertise

Het inschakelen van andere deskundigen dan de neuroloog lijkt mij geen goede zaak. Het is essentieel dat de neuroloog beziet of er op neurologisch vlak iets mis is met het slachtoffer. Dat kan in het behandelingstraject gebeuren of, voor zover dat niet gebeurt, alsnog daarna.²⁹ Volgt uit de expertise door de neuroloog dat er sprake is van een neurologisch substraat, dat de klachten zou kunnen verklaren, dan is daarmee de kous af. In dat geval kan de neuroloog het functieverlies en eventueel de beperkingen, indien aanwezig, vaststellen, waarna de arbeidsdeskundige aan het werk kan.

Komt de neuroloog evenwel niet tot de vaststelling van functieverlies, dan betekent dat niet dat het daarmee voor de benadeelde eindigt. In dat geval is een psychiatrische expertise wellicht de moeite waard. Zoals blijkt uit voordrachten van psychiaters Koerselman en Van den Bosch³⁰ vallen de klassieke klachten van het postwhiplashsyndroom vaak naadloos binnen de kaders van psychiatrische aandoeningen zoals een depressieve stoornis of een posttraumatisch stresssyndroom, wanneer wat minder de nadruk wordt gelegd op de pijnklachten. Volgens hen zal in veel gevallen die nu als 'whiplash' worden gediagnosticeerd, een dergelijke psychiatrische diagnose te stellen zijn. Behandeling van dergelijke ziektebeelden is vaak – hoewel helaas niet altijd – goed mogelijk.

Anders dan Endedijk meent, zou het (vroegtijdig) consulteren van de psychiater een goede gedachte zijn. Indien inderdaad de klachten kunnen worden verklaard vanuit een psychiatrisch ziektebeeld, dan kan al in een vroeg stadium behandeling worden ingezet. En wat is erop tegen om de benadeelde in de hoek van de psychiatrie te duwen, indien hij in die psychiatrische hoek adequate behandeling van zijn klachten kan vinden? Dat lijkt mij in ieder geval veel constructiever dan door de neuroloog, aan de hand van criteria uit verouderde richtlijnen, een percentage functieverlies te laten vaststellen terwijl van een functiestoornis geen

sprake is en bovendien een onderliggende oorzaak van de klachten niet kan worden gevonden. Een dergelijke wijze van opereren zal, zoals Van den Doel al opmerkt,³¹ slechts ertoe leiden dat de benadeelde zich in zijn visie bevestigd ziet, terwijl er zoals in het voorgaande uiteengezet, geen enkele reden is om op neurologische gronden enig functieverlies aan te nemen.

De auteurs van de hiervoor besproken literatuur zoeken naar middelen om de nieuwe richtlijnen van de NVvN te omzeilen, enerzijds door de expertises door andere deskundigen dan neurologen te laten uitvoeren, en anderzijds door de richtlijnen niet het uitgangspunt te laten zijn. Dat doet, zoals uit het voorgaande blijkt, gekunsteld aan. Wanneer immers de neuroloog op zijn vakgebied geen substraat voor de klachten kan vinden, kan hij ook niet komen tot de vaststelling van enig neurologisch functieverlies. Dat is er immers niet.

De slotsom is dat er geen goede gronden zijn om niet te kiezen voor een neurologische expertise, aan de hand van de nieuwe richtlijnen.

Mr. P.C. Knijp, Stadermann Luiten Advocaten

28. Het is uit het stuk van Quakkelaar niet makkelijk op te maken of hij dit nu wel of niet voorstaat. Maar ook indien Quakkelaar vindt dat de klinisch epidemioloog op basis van een andere richtlijn aan de slag moet, blijft het vreemd dat de betrokkenheid van de klinisch epidemioloog wordt gegrond op voor en door neurologen geschreven richtlijnen, waarvan Quakkelaar in zijn artikel verwarrenderwijs ook nog eens betoogt dat deze richtlijnen überhaupt niet voor toepassing in aanmerking zouden moeten komen.

29. Zie ook Van den Doel 2008, p. 4.

30. G.F. Koerselman, clubseminar Actualiteiten nieuwe Whiplashrichtlijn d.d. 22 februari 2008, alsmede 29 september 2008; R.J. van den Bosch, PIV Jaarconferentie 2008.

31. Van den Doel 2008.