

Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN

In november 2007 heeft de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN) nieuwe richtlijnen uitgevaardigd voor de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen. Een onderdeel daarvan is de wijze waarop expertiserende neurologen moeten omspringen met het zogeheten postwhiplashsyndroom. Het uitgangspunt van de richtlijnen is dat er voor een postwhiplashsyndroom geen beperkingen meer kunnen worden genoteerd.

Tot enkele jaren geleden werd er verbeten gestreden over de vraag welke neuroloog een expertise moest uitvoeren. Die discussie was relevant omdat het zeer van de persoon van de te benoemen expertiserende neuroloog afhankelijk was of wel of geen beperkingen ten gevolge van een postwhiplashsyndroom werden genoteerd. Vooral was relevant hoe strikt de expertiserende neuroloog de hand hield aan de criteria uit de toen geldende richtlijnen van de NVvN. Er werd gesproken van zwarte en witte lijsten waarop acceptabele en onacceptabele neurologen waren vermeld. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat van daadwerkelijke, fysieke lijsten geen sprake was - althans: ik heb een dergelijke lijst zelf nooit onder ogen gezien - maar wanneer de naam van een bepaalde neuroloog viel, wist iedereen onmiddellijk op welke lijst de betreffende neuroloog thuishoorde. Van de neurologen met ervaring met expertiseprocedures werden slechts een paar neurologen door beide zijden als aanvaardbaar beschouwd. De verzoekschriftprocedures waarin werd verzocht tot benoeming van een neuroloog over te gaan, en waarin vervolgens verhitte discussies plaatsvonden over de persoon van de neuroloog en de te hanteren vraagstelling, waren talrijk.

Deze discussie rond de persoon van de te benoemen neuroloog is alweer enige tijd geleden wat geluwd. Wellicht is een van de oorzaken daarvan het feit dat whiplashachtige klachten na een ongeval maatschappelijk meer geaccepteerd worden. De verrichtingen van lobbygroepen als de Whiplashstichting Nederland hebben daartoe zeker bijgedragen. Een andere oorzaak voor het teruglopen van het aantal discussiegevallen rondom de persoon van de expertiserende neuroloog is wellicht dat - in ieder geval sommige - verzekeraars hun regelingsbeleid bij whiplashclaims hebben bijgesteld. Hoe dan ook: de nieuwe richtlijnen van de NVvN, die het onderwerp zijn van deze bijdrage en die waarschijnlijk wel voor tumult zullen zorgen, komen na een periode van relatieve rust aan het whiplashfront.

Mr. P.C. Knijp
Stadermann Luiten Advocaten



Inhoud nieuwe richtlijnen

De nieuwe richtlijnen van de NVvN geven onder het kopje 'Persisterende 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 'postwhiplashsyndroom' (...). 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 ongevalmechanisme 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."

Vervolgens wordt in de richtlijnen beschreven hoe in de AMA-guides wordt omgesprongen met het toekennen van een percentage functieverlies, dat volgens die AMA-guides maximaal 8% kan bedragen.

De richtlijnen vervolgen: "De Commissie kan zich in dit alles 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 nekkklachten met deze bevindingen zonder voorafgaand trauma.

Het postwhiplashsyndroom 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. Van den Doel, de voorzitter van de commissie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie die zich bezig heeft gehouden met het opstellen van de onderhavige nieuwe richtlijnen, geeft in een bijdrage in TVP¹ weer dat er in beginsel twee mogelijkheden resteren om toch tot de vaststelling van beperkingen te komen.

Een eerste mogelijkheid zou zijn om aan te knopen bij de AMA-guides (de 'AMA-6'). Chronische cervicale pijnklachten kunnen volgens deze AMA-6 wel worden gekoppeld aan een percentage functieverlies. Van den Doel is daarvan - mijns inziens terecht - geen voorstander, getuige onder meer de retorische vraag in zijn bijdrage: *"Wanneer een triviaal letsel door biopsychosociale factoren als ernstig invaliderend wordt ervaren, moet hieraan dan een fors functieverlies worden verbonden, waarbij een dergelijke erkenning reciproque als bevestiging van de ernst van de aandoening wordt gezien?"* Zo geformuleerd lijkt mij dat inderdaad niemand daarbij gebaat kan zijn.

Een tweede mogelijkheid is, aldus Van den Doel, om over te gaan tot een psychiatrische expertise. Dat is dan vooral het geval wanneer sprake is van concentratieklachten en andere functiestoornissen van het centrale zenuwstelsel.

Klachten zonder onderliggende medische oorzaak: subjectief, en niet objectiveerbaar

Endedijk² stelt dat de commissie die de nieuwe richtlijnen heeft opgesteld niet zou menen dat er met een slachtoffer dat whiplashachtige klachten presenteert niets aan de hand is. Hoewel ik dat persoonlijk - anders dan Endedijk - niet in de nieuwe richtlijnen teruglees, ben ik geneigd dat wel met hem eens te zijn. Het enkele feit, dat het slachtoffer klachten uit, geeft al weer dat er iets met het slachtoffer niet in de haak is. Maar het knelpunt is vervolgens de beantwoording van de (fundamentele) vraag of het enkele feit dat er klachten worden geuit zonder dat daarvoor een medische verklaring kan worden gevonden, kan leiden tot het aannemen van beperkingen. De nieuwe richtlijnen van de NVvN beantwoorden die vraag voor whiplashgevallen met een duidelijk 'nee'.

En dat brengt mij op de relevantie van het - in de letsel-schaderegeling en in procedures vaak uit zijn verband gerukte en mis begrepen - arrest van de Hoge Raad van 8 juni 2001³.

Het hof oordeelde in die zaak in essentie dat schadevergoeding ook op zijn plaats kan zijn wanneer niet sprake is van waarneembare beschadigingen, afwijkingen of gebreken, maar van klachten, die weliswaar naar hun aard subjectief van aard zijn maar waarvan niettemin objectief vastgesteld kan worden dat zij aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn.

Het arrest is weinig helder. Het hof - want de betreffende formulering is niet van de hand van de Hoge Raad zelf - gebruikt naar mijn mening de woorden objectief en subjectief op onjuiste wijze. Een klacht is - zo overweegt ook het hof in deze zaak - per definitie subjectief. En het enkele feit dat een slachtoffer een klacht uit, leidt naar mij dunkt - objectief - tot de vaststelling dat er een klacht is. Dat een klacht aanwezig is, kan dus objectief worden vastgesteld. Maar dat de betreffende klacht reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven is - dat is iets dat onmogelijk, en dus al helemaal niet objectief, kan worden vastgesteld. Een klacht waarvoor geen medische verklaring kan worden gevonden laat een dergelijke beoordeling door derden niet toe. Weliswaar werden de toetsingscriteria die in de oude versie van de richtlijnen van de NVvN waren opgenomen in de praktijk vaak gebruikt in een poging om klachten te objectiveren (in die zin ook Endedijk in zijn eerder aangehaalde bijdrage), en daarvoor waren zij ook bedoeld, maar van een echte objectivering van klachten zonder onderliggende medische oorzaak kan simpelweg geen sprake zijn. Een voorbeeld: *"Mijn been is gebroken"* is een mededeling die objectief valt te controleren. *"Ik heb pijn in mijn been"* is een mededeling die, wanneer bij onderzoek niets abnormaals aan het betreffende been kan worden geconstateerd, niet valt te verifiëren. Dat wordt niet anders wanneer de patiënt het been blijkt te ontzien of met krukken loopt. Zoals blijkt uit voordrachten van psychiaters prof. dr. G.F. Koerselman⁴ en prof. dr. R.J. van den Bosch⁵ vallen de klassieke klachten die behoren bij het postwhiplashsyndroom, wanneer de nadruk wat minder op de pijnbeleving wordt gelegd, vaak naadloos binnen de kaders van psychiatrische aandoeningen als een depressieve stoornis of het posttraumatisch stresssyndroom. Volgens hen zal dikwijls in gevallen die nu als 'whiplash' worden bestempeld, een psychiatrische diagnose te stellen zijn. Behandeling van dergelijke ziektebeelden is overigens door middel van medicatie of psychotherapie, of een combinatie daarvan, vaak - hoewel helaas niet altijd - goed mogelijk.

"Whiplash, van patiënt tot verdachte?"

Met dit kopje, maar dan zonder vraagteken, opende Beer een bijdrage in De Telegraaf van 1 april 2008. Hij stelt in die bijdrage dat met de nieuwe richtlijnen de klok twintig jaar wordt teruggezet. *"We weten immers allang dat bij veel whiplashpatiënten sprake is van aanhoudende klachten zonder dat lichamelijke afwijkingen zijn aangetoond. Niettemin kan de diagnose wel degelijk worden gesteld en kunnen reële klachten door het ongeval worden erkend. Deze nieuwe richtlijnen zijn er kennelijk voor bedoeld om andere belangen dan die van whiplashslachtoffers te dienen."*

Beer slaat in deze bijdrage de plank mis. Zo zal bij de groep die Beer aanduidt als 'de whiplashpatiënten', als

regel geen sprake zijn van lichamelijke afwijkingen (althans, geen afwijkingen die leiden tot de whiplash-klachten). Kenmerkend aan het whiplashfenomeen is immers dat er geen onderliggende oorzaak kan worden gevonden. De diagnose 'postwhiplashsyndroom' kan dan ook, als ik het goed zie, niet worden gesteld.

In een 'whiplashzaak' moet gedegen neurologisch onderzoek aan het licht brengen of sprake is van neurologische afwijkingen. Is dat niet het geval, dan zal een neurologische expertise die wordt uitgevoerd conform de nieuwe richtlijnen leiden tot de slotsom dat er geen beperkingen kunnen worden aangenomen. Een vervolgens te entameren psychiatrische expertise moet dan uitwijzen of de klachten dan wellicht verklaard kunnen worden vanuit een psychiatrische aandoening.

Het zou overigens de voorkeur verdienen indien al in een vroeg (behandelings)stadium de gang naar de psychiater wordt ingezet. Wanneer de klachten inderdaad kunnen worden verklaard vanuit een psychiatrische aandoening, zal in een vroeg(er) stadium met de behandeling van die aandoening kunnen worden gestart, wat het genezingsproces ongetwijfeld ten goede zal komen. Indien op die manier een oorzaak wordt gevonden voor (het in stand houden van) de klachten, zal de schade bovendien in veel

gevallen sneller kunnen worden afgewikkeld, omdat complexe discussies over de causaliteit en schadeomvang die je nu tegenkomt in whiplashdossiers minder zullen voorkomen - er is dan immers een oorzaak voor de klachten gevonden. En daar hebben alle partijen in de letselschaderegeling baat bij. Dat - gelijk Beer in De Telegraaf opmerkt - de nieuwe richtlijnen zouden zijn bedoeld om andere belangen te dienen dan die van whiplashslachtoffers, lijkt mij dan ook niet juist. ■■■

¹ Dr. E. M. H. van den Doel, "Whiplash en de neuroloog", TVP 2008, p. 1 e.v.

² G.C. Endedijk, "Causaal verband bij personenschade: de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie", TVP 2008, p. 8.

³ NJ 2001, 433 (Zwolsche Algemeene/De Greef).

⁴ Clubseminar Actualiteiten nieuwe Whiplashrichtlijn d.d. 22 februari 2008.

⁵ PIV Jaarconferentie 2008.