

Whiplash en de richtlijn 2007 van de NVvN; een jaar later

Nieuwe expertiserichtlijn NVvN

In november 2007 kwam de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN) met de nieuwe "Nederlandse richtlijnen voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen".¹ Deze richtlijnen, opgesteld door de commissie forensische neurologie van de NVvN, zijn specifiek bedoeld voor de expertisepraktijk en hebben in die expertisepraktijk als het gaat om whiplashletsel voor behoorlijk wat beroering gezorgd. In de richtlijn wordt namelijk als uitgangspunt genomen dat het postwhiplashsyndroom moet worden gezien als een chronisch pijnsyndroom zonder neurologisch substraat. Daaraan kan volgens de huidige inzichten door de neuroloog geen percentage functieverlies worden toegekend.²

Interessant is dat in het voorwoord bij deze richtlijn met zoveel woorden valt te lezen dat deze richtlijn tot stand is gekomen om meer in lijn te komen met de vijfde editie van de AMA-guides. De inkt van de nieuwe neurologierichtlijn was echter nog niet droog, of de zesde editie van de AMA-guides lag er al (januari 2008), met daarin een standpunt ten aanzien van whiplash waardoor de neurologierichtlijn op dit punt direct achterhaald was. In de AMA-guides wordt namelijk voor het eerst van 'chronic whiplash' gesproken waaraan wel degelijk een percentage functieverlies kan worden toegekend.

Nieuwe behandelrichtlijn voor whiplash

In Medisch Contact werd de nieuwe richtlijn van de NVvN aangekondigd met de kop: *Neurologen keren zich af van postwhiplashsyndroom*.³ Dat is een begrijpelijke conclusie na lezing van de expertiserichtlijn, maar deze conclusie is niet correct, want dit jaar verscheen – eveneens van de Vereniging voor Neurologie – de CBO Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van de mensen met Whiplash Associated Disorder I/II.⁴ Deze richtlijn is een zeer uitgebreide behandelrichtlijn voor neurologen voor de behandeling van patiënten met whiplashklachten zonder aantoonbare lichamelijke afwijkingen.⁵ Met een dergelijke behandelrichtlijn kan niet worden gezegd dat de neurologen zich van de whiplashproblematiek hebben afgekeerd. In de behandelrichtlijn is men echter wel zeer

voorzichtig en erg harde conclusies worden er niet getrokken. Ook wordt niet meer gesproken over whiplashletsel, maar alleen van *beschadiging van de weke delen van de halswervelkolom*.⁶ Volgens hoogleraar psychiatrie Koerselman, lid van de richtlijnwerkgroep, heeft men geprobeerd de term letsel te vermijden zodat de richtlijn beter de nadruk legt op het voorkomen van psychologische fixatie.⁷ Dit psychologische aspect speelt een belangrijke rol in de CBO-richtlijn. De CBO-richtlijn kan in dit verband dan ook niet los worden gezien van de eerder genoemde 'expertiserichtlijn' uit 2007.

Waar lichamelijke oorzaken van letsel in twijfel worden getrokken, zal men de oorzaak zoeken in psychologische factoren en de oplossing vervolgens zoeken in behandeling van deze psychische klachten. Dat was ook de teneur op de PIV Jaarconferentie 2008. De heer Renckens, voorzitter van de Vereniging tegen Kwakzalverij, wist wel raad met dit onderwerp (whiplash is een modeziekte)⁸ en ook hoogleraar psychiatrie prof.dr. R.J. van den Bosch liet zich niet onbetuigd. Hij bestempelde het postwhiplashsyndroom als *pseudo-somatisch* waardoor het behoort tot het domein van de psychiater. Deze psychische oorzaak van whiplash zullen mensen volgens Van den Bosch niet zo leuk vinden om te horen. Zijn verwachting is daarom dat het postwhiplashsyndroom *aan populariteit zal inboeten*.⁹

Kritiek op de richtlijnen

De nieuwe insteek van de NVvN heeft veel discussie los gemaakt. In de eerste plaats onder medici. Neuroloog Aanen spreekt – bijvoorbeeld – van een *beschamend dieptepunt*. De wetenschappelijke neurologievereniging kan een ziekte niet diagnosticeren en niet behandelen en dan wordt doodleuk gesteld dat de aandoening niet bestaat, aldus Aanen.¹⁰

Ook zijn er neurologen die de NVvN-richtlijn 2007 weigeren toe te passen. Een voorbeeld daarvan zien we in de uitspraak van de rechtbank Amsterdam van 11 september 2008.¹¹

¹ Zie: www.neurologie.nl. Het betreft de 4e editie. Eerdere edities verschenen in 1991, 1995, en 2001.

² Ook het postcommotioneel syndroom (pijnklaften na licht hersenletsel) krijgt in de richtlijn een geheel andere benadering, maar dit syndroom laat ik thans buiten beschouwing. Zie voorts voor een nadere toelichting van de richtlijnen: E.M.H. van den Doel, Whiplash en de neuroloog, TvP 2008, nr. 1, p. 1-5.

³ Medisch Contact 14 december 2007, p. 2061.

⁴ Zie: www.neurologie.nl onder richtlijnen. Het betreft het definitieve rapport, nadat reeds in 2006 het concept rapport was verschenen.

⁵ CBO Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van de mensen met Whiplash Associated Disorder I/II, 2008, p. 3.

⁶ Op pagina 13 van de CBO-richtlijn wordt in de definitie van whiplash gesproken over een *waarschijnlijk tijdelijke* beschadiging van de weke delen van de halswervelkolom.

⁷ E.J. Pronk en M. Sonneveld, Geen rust bij whiplash, Medisch Contact 20 juni 2008, p. 1068-1072.

⁸ C.N.M. Renckens, Modeziekten, slachtofferziekten en kwakzalvers die genezing beloven, Voordracht 8e PIV-jaarconferentie, 28 maart 2008.

⁹ R.J. van den Bosch, Whiplashrichtlijnen, een rol voor de psychiater? Voordracht 8e PIV-jaarconferentie, 28 maart 2008.

¹⁰ A. Aanen, Geen rust bij whiplash (2), Medisch Contact, nr. 33/34, p. 1371-1372. Zie ook J. Bronsema, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN, PIV-Bulletin, september 2008, p. 15 en G.M. Dikkenberg, Geen rust bij whiplash, Medisch Contact, nr. 33/34, p. 1371.

¹¹ LJN BF0735 en in deze aflevering opgenomen onder nr. L&S 2008/248.

De ASP heeft dit jaar op de nieuwe richtlijn van de NVvN gereageerd met een scherpe brief aan de NVvN.¹² In die brief wordt melding gemaakt van neurologen die het niet eens zijn met de nieuwe koers van hun vereniging. Verder wijst de ASP er ondermeer op dat er geen bewijs is dat het postwhiplashsyndroom en het postcommotioneel syndroom in alle gevallen slechts een tijdelijk karakter hebben. De nieuwe expertiserichtlijn valt naar mening van de ASP ook niet te rijmen met het arrest De Zwolsche Algemeene/De Greef.¹³ Het feit dat de nieuwe richtlijn voorschrijft om slachtoffers met een postcommotioneel syndroom of postwhiplashsyndroom geen functieverlies toe te kennen, komt in strijd met de geldende rechtspraak. De ASP waarschuwt de NVvN daarom dat de neurologen daarmee zelfs in de gevarenzone van onrechtmatig handelen terecht kunnen komen.

De Whiplash Stichting Nederland heeft de nieuwe CBO-richtlijn betiteld als een *uiterst eenzijdige richtlijn gebaseerd op een niet-heldere visie op het whiplashprobleem*. Hoewel de WSN aanvankelijk ook was betrokken bij het opstellen van de richtlijn, heeft zij zich uit de werkgroep teruggetrokken, omdat zij niet als *excuus-Truus* wilde fungeren.¹⁴

Hoe nu verder?

In de achterliggende periode is door velen geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag: Hoe nu verder met de expertises in de whiplashpraktijk?

Endedijk pleit er voor om neurologen op grond van hun ervaring met expertises in whiplashzaken de expertises te laten blijven verrichten.¹⁵ Omdat de richtlijn 2001 met de daarin genoemde zes voorwaarden niet meer gelden, stelt hij voor om de expertiserende neuroloog deze zes voorwaarden in vraagvorm voor te leggen. Bijvoorbeeld: heeft het trauma aanleiding gegeven tot een mechanisch te begrijpen geweldsinwerking op de cervicale wervelkolom? Hebben de pijnklachten aanleiding gegeven tot het zoeken van medische hulp? Etc. Mijns inziens een interessante oplossing die voor rechters de mogelijkheid openhoudt voor de juridische toets van De Zwolsche Algemeene/De Greef.¹⁶ Knijp is daarentegen van mening dat na een neurologische expertise waarbij op basis van de nieuwe richtlijn geen beperkingen kunnen worden aangenomen, een psychiatrische expertise plaats zou moeten vinden teneinde te bezien of de klachten verklaard kunnen worden vanuit een psychiatrische aandoening.¹⁷ Hij volgt daarmee volledig het spoor van de

NVvN en vooral van de psychiaters Koerselman en Van den Bosch.

De medisch adviseurs Kalb en Van Wingaarden zijn van mening dat in de meeste gevallen de medisch adviseurs er in onderling overleg wel uitkomen. Mocht er echter discussie blijven bestaan over de causaliteit dan verdient een neurologische expertise de voorkeur. Als er vervolgens nog discussie blijft bestaan over de beperkingen, dan ligt een verzekeringsgeneeskundige expertise volgens hen het meest voor de hand.¹⁸ Zij krijgen daarin bijval van verzekeringsarts J. Bronsema.¹⁹

Verzekeringsarts Elemans vindt ook dat er eerst een neuroloog en/of orthopeed moet worden ingeschakeld om pathologie van neurologische of orthopedische aard uit te sluiten, ook al behoort het toetsen van consistentie tussen stoornis, beperkingen en handicaps tot de kerncompetentie van verzekeringsartsen. Vervolgens kan dan een andere arts het percentage blijvende invaliditeit vaststellen.²⁰

Het is mij voorts bekend dat er ook voorstanders zijn voor benoeming van een anesthesioloog als deskundige in whiplashzaken, omdat deze deskundig is op het gebied van pijn en pijnsyndromen.

De rechtbank Almelo heeft recentelijk een verzoek om een revalidatiearts te benoemen als deskundige afgewezen omdat het stellen van primaire medische diagnoses niet tot de deskundigheid van de revalidatiearts behoort. De revalidatiearts is volgens de rechtbank daarom niet de aangewezen persoon om over de causaliteit te oordelen.²¹

Jurisprudentie

Inmiddels zijn er meer rechterlijke uitspraken verschenen die enige richting geven in de ontstane duisternis. Een drietal van deze uitspraken zijn opgenomen in deze aflevering van Letsel & Schade.

De rechtbank Zwolle-Lelystad heeft in een beschikking van 2 oktober 2008²² geoordeeld dat de AMA-guides voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen leidend zijn en niet de richtlijnen van NVvN. De rechtbank wijst er op dat dit ook zo staat aangegeven in de IWMD-vraagstelling. Niet valt in te zien dat de IWMD hierbij een onjuiste maatstaf heeft aangelegd, temeer niet nu in de rechtspraak de NVvN-richtlijnen niet als doorslaggevend worden beschouwd, aldus de rechtbank.²³

¹² Brief van de Vereniging Advocaten Slachtoffers Personenschade van 10 juli 2008. Er is nog geen officiële reactie op deze brief, maar ik heb begrepen dat er wel een reactie in voorbereiding is.

¹³ HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433.

¹⁴ Persbericht Whiplash Stichting Nederland van 26 maart 2008, Whiplash Stichting weigert CBO-richtlijn te accorderen. Zie www.whiplashstichting.nl onder Nieuws.

¹⁵ G.C. Endedijk, Causaal verband bij personenschade; de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, TvP 2008, nr. 1, p. 10.

¹⁶ Zie voor een mooie verwoording van die toets: Rechtbank Amsterdam 30 januari 2008, VR 2008, 123, r.o. 4.3.5.

¹⁷ P.C. Knijp, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN, PIV-Bulletin, juli 2008, p. 9-11.

¹⁸ L. Kalb en F. van Wingaarden, Beoordeling van het postwhiplashsyndroom na november 2007, Letselschademagazine 8 april 2008 (www.letselschademagazine.nl).

¹⁹ J. Bronsema, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN, PIV-Bulletin september 2008, p. 15-16.

²⁰ A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neuroloog. Hoe nu verder? Verkeersrecht 2008, nr. 9, p. 265-268, met een reactie op dit artikel van J. Quakkelaar, p. 268-270.

²¹ Rechtbank Almelo 12 september 2008, 94084 / HA RK 08-42, gepubliceerd op www.stichtingpiv.nl. Zie ook Rechtbank Amsterdam 14 augustus 2008, L&S 2008/250 (deze afl.).

²² Zie L&S 2008/249 (deze afl.).

²³ Uit het eerder vermelde voorwoord bij de richtlijn van de NVvN 2007 zou overigens kunnen worden afgeleid dat de NVvN de AMA-guides zelf kennelijk ook als leidend ziet.

Een voorbeeld daarvan zien we in de uitspraak van de rechtbank Amsterdam van 11 september 2008²⁴ waarin een neuroloog de NVvN-richtlijn 2007 niet toepast. De rechtbank merkt daarover op:

Daarnaast is, ook indien juist is dat de deskundige een richtlijn van zijn beroepsvereniging niet heeft toegepast, onvoldoende om aan te nemen dat de deskundige niet onpartijdig en naar beste weten heeft gerapporteerd. Uit de rechtsplicht van een deskundige om onpartijdig en naar beste weten te rapporteren, vloeit immers niet zonder meer voort dat de deskundige steeds zou zijn gehouden met toepassing van een richtlijn van zijn beroepsgroep te rapporteren.

Over de vraag welke medicus nu deskundig is om in het kader van een expertise whiplashklachten te beoordelen heeft de rechtbank Amsterdam geoordeeld in een beslissing van 14 augustus 2008.²⁵ De benadeelde met een postwhiplashsyndroom verzette zich in deze zaak tegen benoeming van een neuroloog als deskundige omdat een beoordeling op basis van de laatste richtlijnen van de NVvN partijen toch niet verder zou helpen in hun discussie over het medisch causaal verband. De benadeelde vroeg primair om benoeming van een revalidatiearts en subsidiair, voor het geval de rechtbank toch een neuroloog wenste te benoemen, om deze zijn onderzoek op basis van de één na laatste richtlijnen van de NVvN (2001) te laten uitvoeren. De rechtbank volgt echter de verzekeraar in haar standpunt dat een neuroloog op basis van de nieuwe richtlijn het onderzoek dient uit te voeren. Het is volgens de rechtbank nog steeds van belang dat een neurologische evaluatie plaatsvindt om uit te kunnen maken of de klachten al dan niet moeten worden toegeschreven aan een aandoening van het zenuwstelsel.

Europese schaal

Ten aanzien van de beslissing van de rechtbank Zwolle-Lelystad dat de AMA-guides leidend zijn en de richtlijnen van de NVvN aanvullend, is een kanttekening op zijn plaats. Van de AMA-guides wordt gezegd dat deze internationaal als gezaghebbend worden gezien.²⁶ Toch worden de AMA-guides zeker niet overal toegepast. In de meeste andere Europese landen worden de AMA-guides bijvoorbeeld niet gebruikt. Clauwaert wees daarom op het bestaan van de Europese schaal.²⁷ Sinds 1 januari 2006 is de Europese schaal de verplichte referentie voor de evaluatie van arbeidsongevallen en ongevallen van de

Europese ambtenaren. Deze schaal zou volgens Clauwaert ook van nut kunnen zijn voor de Nederlandse letselchadepraktijk.²⁸ Er is dan ook zeker ruimte voor discussie over de vraag waarom we niet overstappen op deze Europese schaal. Dat lijkt mij ook beter passen in het proces van Europese eenwording dan het op nationaal niveau door neurologenverenigingen opstellen van eigen richtlijnen.

Tot slot

In de CBO Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van de mensen met Whiplash Associated Disorder I/II komen een aantal behandelmethoden aan bod, waaronder de radiofrequente laesies.²⁹ Bij deze behandeling wordt een elektrode – een speciaal soort naald – ingebracht bij een zenuw of zenuwbaan. Er wordt vervolgens een hoog frequente stroom door de elektrode gezonden, waardoor warmte wordt opgewekt. Daarmee is het mogelijk om de pijn veroorzakende prikkels te onderbreken terwijl de normale functie van de zenuw toch in takt blijft. In de CBO-richtlijn wordt opgemerkt dat deze behandeling veelbelovend lijkt. Dat lijkt goed nieuws. Als er een effectieve behandeling blijkt te zijn tegen whiplashklachten, dan kan dat mogelijk ook de weg openen naar het vaststellen van de precieze (lichamelijke) oorzaak van whiplashklachten. Neuroloog Keuters, lid van de kernredactie van de CBO-richtlijn, merkt op dat röntgenfotografie en MRI volgens de literatuur niets toevoegen aan de zekerheid over de diagnose WAD I en II. Maar volgens hem komt daar op termijn verandering in. Studies met functionele MRI laten zien dat er in de hersenen wel veranderingen optreden. Dit kan nuttig zijn om het effect van een behandeling te meten zoals dat bij een complex regionaal pijnsyndroom ook steeds vaker gebeurt, aldus Keuters.³⁰

Gloort er licht aan de horizon? Zal aan de ‘eeuwige’³¹ discussie over whiplash dan ooit een einde komen? Laten we het hopen.

John Roth

²⁴ LJN BF0735 en L&S 2008/248 (deze afl.)

²⁵ L&S 2008/250 (deze afl.)

²⁶ Zie bijvoorbeeld H.J. Gelmers, De betekenis van de richtlijnen bij de beoordeling van functieverlies van het postwhiplashsyndroom, PIV-Bulletin, september 2008, p.18-20

²⁷ Europese schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit, Ceredoc o.l.v. P. Lucas. Zie: G.M.A. Clauwaert, De Europese schaal ter bepaling van de graad van lichamelijke en geestelijke invaliditeit, L&S 2007/64 (afl. 2).

²⁸ De Europese schaal komt bij whiplash net als de AMA-guides overigens tot een b.i. van maximaal 3% (Periodieke nekpijn zonder aangevoeld letsel met minieme beperking van de bewegingen).

²⁹ Zie pag. 50 van het eerder genoemde CBO rapport.

³⁰ E.J. Pronk en M. Sonneveld, Geen rust bij whiplash, Medisch Contact 20 juni 2008, p.1068-1072.

³¹ Neemt u dit niet al te letterlijk. Het begrip whiplash werd voor het eerst gebruikt door de Amerikaanse arts dr. H. Crowe in 1928.