

# Whiplash: hoe gaat de rechter om met de nieuwe NVvN-richtlijnen?

Mr. A. Kolder\*

## 1. Inleiding

In bijna iedere letselschadezaak heeft de medisch deskundige een voorname rol. Zo is zijn deskundigheid doorgaans onmisbaar bij het in kaart brengen van het letsel en de (mogelijke) relatie tot het ongeval.<sup>1</sup> Het rapport van de expertiserend arts is veelal van doorslaggevende betekenis bij de verdere schaderegeling en, wanneer het tot een procedure komt, voor de uitkomst daarvan.<sup>2</sup> Met name als het gaat om niet of moeilijk te objectiveren klachten, zoals in geval van het postwhiplashsyndroom, is het oordeel van de deskundige cruciaal.<sup>3</sup> Sinds jaar en dag behoort in letselschadezaken de beoordeling van klachten passend bij het postwhiplashsyndroom tot het domein van de neuroloog. Of dit nog steeds zo is, is na de verschijning in november 2007 van de door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie uitgegeven vierde editie van de 'Nederlandse richtlijnen voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen', niet meer zo zeker.<sup>4</sup> Op grond van deze nieuwe NVvN-richtlijnen is het voor de expertiserend neuroloog niet langer mogelijk ten aanzien van het postwhiplashsyndroom een percentage functieverlies te duiden, indien op neurologisch terrein geen aantoonbare afwijkingen vastgesteld kunnen worden. De vraag is of de neuroloog thans nog een behoorlijke beoordeling van whiplash(achtige)-klachten, de daaruit voortvloeiende beperkingen en de relatie tot het ongeval kan maken. Laat nu juist een niet gering deel van de letselschadezaken worden gevormd door slachtoffers met whiplash(achtige)-klachten, bij wie lichamelijk onderzoek op neurologisch vlak geen afwijkingen oplevert.<sup>5</sup> De afwikkeling hiervan zou door de in 2007 gewijzigde NVvN-richtlijnen onder druk kunnen komen te staan.

Deze bijdrage is bedoeld als eerste verkenning van de rechtspraak waarin de problematiek van de nieuwe NVvN-richtlijnen aan de orde komt (par. 5). Allereerst echter enkele woorden over het fenomeen whiplash (par. 2). Ook enige nadere aandacht voor de 'oude' en 'nieuwe' NVvN-richtlijnen, alsmede de in januari 2008 verschenen zesde editie van de AMA-guides (par. 3). Daarna volgt een inventarisatie van de oplossingen die tot nu toe in de literatuur voor de door de gewijzigde NVvN-richtlijnen meegebrachte problematiek zijn aangedragen (par. 4). Na op basis van de verschenen literatuur en rechtspraak een stand van zaken te hebben gegeven (par. 6), wordt afgesloten met een korte slotbeschouwing (par. 7).

## 2. Whiplash

Een whiplash (ook wel: Whiplash Associated Disorder) wordt wel gedefinieerd als een acceleratie-deceleratiemechanisme, waarbij krachten inwerken op de nek. Het treedt onder meer op bij auto-ongevallen, met name bij aanrijdingen van achteren of van de zijkant. Het mechanisme kan resulteren in een, waarschijnlijk tijdelijke, beschadiging van de weke delen van de halswervelkolom en kan een verscheidenheid aan klachten veroorzaken.<sup>6</sup> Voor de gevolgen van whiplash bestaat een klinische indeling, variërend van WAD graad I t/m IV.<sup>7</sup> Er wordt van WAD graad I/II gesproken, indien behoudens klachten over pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat, géén objectiveerbare afwijkingen aanwezig zijn. Is wél sprake van neurologische afwijkingen (van hersenen, ruggenmerg of wortels), dan spreekt men van WAD III, bij radiologische afwijkingen (fracturen of dislocaties van de halswervelkolom) van WAD IV. Volgens de daartoe geëigende tabellen wordt door de neuroloog aan WAD III en IV steeds een bepaald percentage functieverlies toegekend.<sup>8</sup> Dit ligt lastiger bij WAD I/II: hoewel dit fenomeen een diversiteit aan klachten kan

\* Met dank aan kantoorgenoten mr. Chr.D. de Vos en mr. J.F. Schultz voor het leveren van commentaar op het concept.

1. Gemakshalve wordt de aansprakelijkheidscheppende gebeurtenis met 'ongeval' aangeduid.
2. Hieraan – en de consequenties daarvan – is in dit tijdschrift al veel aandacht besteed. Zie bijvoorbeeld M.H. Elferink, Aanbeveling voor de procedure voor een medisch deskundigenbericht, TVP 2005, p. 40-48 (met vele verwijzingen).
3. Zie evenwel HR 19 oktober 2007, LJN BB5172, waaruit volgt dat de rechter niet 'blindelings' de conclusies van de deskundige tot de hare mag maken.
4. Van deze NVvN-richtlijnen moet worden onderscheiden de in maart 2008 verschenen CBO-richtlijn Diagnostiek en Behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II, ook wel aangeduid als de Richtlijn Whiplash 2008. Deze richtlijn geeft aanbevelingen over diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met WAD I/II en is bedoeld voor zorg(verleners). De richtlijn heeft nadrukkelijk geen betrekking op procedures ten aanzien van schadeclaims.
5. Blijkens de Richtlijn Whiplash 2008, p. 3, wordt de incidentie van whiplash geschat op 15.000 patiënten per jaar, waarbij 20 tot 30% een langdurig klachtenpatroon ontwikkelt. Door gebrek aan consensus over de diagnose zijn deze getallen evenwel omstrepen.
6. Zie, in navolging van de Quebec Task Force (1995), voor deze definitie de Richtlijn Whiplash 2008, p. 13.
7. Zie, eveneens in navolging van de Quebec Task Force (1995), de Richtlijn Whiplash 2008, p. 12. Zie ook de nog nader te bespreken NVvN-richtlijnen 2007, p. 39.
8. NVvN-richtlijnen 2007, p. 39.

veroorzaken,<sup>9</sup> zijn daarvoor op grond van de huidige (neurologische) onderzoekstechnieken als gezegd geen objectieve afwijkingen te duiden.

### 3. NVvN-richtlijnen 2001 en 2007, AMA-guides 2008

Dat whiplash(achtige)-klachten niet (of nauwelijks) zijn te objectiveren, leidt in nagenoeg elke whiplashzaak tot een worsteling met (de vaststelling van) het causale verband tussen die klachten (en de daaruit voortvloeiende beperkingen) en het ongeval. Toch kon men in de letselschadepraktijk met het postwhiplashsyndroom wel uit de voeten. Van belang hierbij was dat de derde editie van de NVvN-richtlijnen (december 2001) een zestal criteria kende, waaraan diende te zijn voldaan om – in aansluiting bij de vijfde editie van de AMA-guides (AMA-5) – bij whiplash(achtige)-klachten zonder objectieve afwijkingen, toch een percentage functieverlies te kunnen toekennen. Afhankelijk van de aard en ernst van de klachten werd door de neuroloog, al dan niet na neuropsychologisch en/of psychiatrisch onderzoek, functieverlies tussen 0 en 8% van de gehele mens toegekend. Op deze wijze vond een zekere objectivering van de klachten en beperkingen plaats, die als houvast kon dienen bij de afwikkeling van de zaak. Dit betekende overigens niet dat in de rechtspraak over de betekenis als zodanig van de NVvN-richtlijnen 2001 en de toepassing daarvan in concrete zaken steeds eenstemmigheid bestond.<sup>10</sup>

De in november 2007 verschenen NVvN-richtlijnen lijken op een breuk aan te sturen met voornoemde jarenlang gevolgde praktijk. Op pagina 2 van de nieuwe richtlijnen valt nog te lezen dat, zoals gebruikelijk, grotendeels de richtlijnen van de AMA worden gevolgd. Bij verdere lezing blijkt dat dat niet (meer) geldt voor het postwhiplashsyndroom: de Commissie Forensische Neurologie geeft aan dat in de AMA-5 aan dit syndroom weliswaar een functieverlies van 5-8% wordt toegekend, ook als objectieve afwijkingen ontbreken, maar dat zij zich daarin niet (meer) kan vinden.<sup>11</sup> De Commissie is van mening dat niet louter de door het slachtoffer aangegeven klachten tot een fors functieverlies aanleiding kunnen geven. Hier komt bij, aldus de Commissie, dat in de bevolking ook zonder voorafgaand trauma nekklachten frequent voorkomen. Volgens de Commissie moet het postwhiplashsyndroom worden gezien als een chronisch pijnsyndroom zonder neurologisch substraat, waaraan volgens de huidige inzichten door de neuroloog geen percentage functieverlies kan worden toegekend. Dit gegeven kan in letselschadezaken tot complicaties leiden. Zoals gezegd, de 'oude' NVvN-richtlijnen vormden een – niet-onomstreden – toetssteen voor de beoordeling of de geuite klachten en daaruit voortvloeiende beperkingen realiteitswaarde hebben, en of die (in juridische zin) aan het ongeval kunnen worden toegerekend. Met het verschijnen van de nieuwe NVvN-richtlijnen lijkt dit instrument te zijn weggefallen.

In dit verband mag niet onvermeld blijven dat in januari 2008, derhalve ná het verschijnen van de NVvN-richtlijnen in november 2007, de zesde editie van de AMA-guides (AMA-6) is verschenen. Hierin wordt het postwhiplashsyndroom ('chronic whiplash') voor het eerst expliciet genoemd. Blijkens de AMA-6 kan aan dit syndroom, ook zonder dat (neurologische) objectieve afwijkingen worden geconstateerd, wel degelijk een percentage functieverlies (0-3%) worden toegekend.<sup>12</sup> Het uitgangspunt

van de AMA-6 is een zogenoemde 'heuristic biopsychosocial approach'; het standpunt dat het toekennen van functieverlies gebaseerd moet zijn op een objectievere aandoening van enig lichaamsdeel, wordt als een 'outdated biomedical reductionist approach' beschouwd.<sup>13</sup> De AMA-6 willen derhalve niet uitgaan van het standpunt dat alleen functieverlies kan worden toegekend indien sprake is van (neurologisch) objectievere afwijkingen, zoals de gewijzigde NVvN-richtlijnen wél doen.<sup>14</sup>

### 4. Literatuur

In de literatuur wordt zeer uiteenlopend gedacht over hoe het nu verder moet met de beoordeling van het postwhiplashsyndroom in letselschadezaken. Van den Doel, neuroloog en voorzitter van de Commissie Forensische Neurologie, meent dat er twee mogelijkheden zijn: is er overwegend een pijnsyndroom van de halswervelkolom (met bijkomende klachten als vermoeidheid en duizeligheid), dan dient een deskundige op het gebied van chronische pijn en bewegingsbeperkingen te worden ingeschakeld. Is er overwegend sprake van klachten zoals concentratiestoornissen en andere functiestoornissen van het centraal zenuwstelsel die niet kunnen worden verklaard vanuit een cervicaal pijnsyndroom, dan komt een psychiatrische evaluatie in beeld, aldus Van den Doel.<sup>15</sup> Ook Knijp, advocaat, ziet thans een rol voor de psychiater weggelegd. Volgens hem vallen klachten behorende bij het postwhiplashsyndroom vaak naadloos binnen de kaders van psychiatrische aandoeningen als een depressieve stoornis of het PTSS.<sup>16</sup> Psychiater Koerselman meent eveneens dat inschakeling van een psychiater is geïndiceerd. Zijns inziens omdat het postwhiplashsyndroom als zodanig weliswaar geen psychiatrisch ziektebeeld is, maar whiplash(achtige)-klachten wel degelijk een uiting van een psychiatrisch ziektebeeld kunnen zijn.<sup>17</sup>

9. De Richtlijn Whiplash 2008, p. 13, noemt als typische klachten pijn in de nek, schouders en armen, een stijve nek en beperking van de beweging, hoofdpijn, soms ook klachten over het zien, het gehoor, oorsuizen, duizeligheid en misselijkheid, tintelingen en een doof gevoel van de handen, klachten over het geheugen en de concentratie, moeheid en psychologische veranderingen zoals depressie, nervositeit, slaapstoornissen en emotionele labiliteit.
10. Vgl. Hof Amsterdam 29 maart 2007, L&S 2007, 174; Hof Leeuwarden 29 maart 2000, VR 2000, 159; Hof Den Bosch 31 oktober 2006, JA 2007, 12. Vgl. ook Hof Arnhem 25 januari 2000, Nieuwsbrief Personenschade juni 2000, p. 5-8 (Karst/Royal Belge). Zie eveneens het commentaar van de Werkgroep Artsen Advocaten (WAA), L&S 2000, p. 10 e.v. op de NVvN-richtlijnen.
11. NVvN-richtlijnen 2007, p. 39-40.
12. AMA-6, p. 563 en tabel 17-2 op p. 564. Zie hierover meer uitvoerig H.J. Gelmers, De betekenis van de richtlijnen bij de beoordeling van functieverlies van het postwhiplashsyndroom, PIV-bulletin 2008-7, De waardering van het postwhiplashsyndroom anno 2008, alsmede PIV-bulletin 2008-3; H.H. Stad, Na trauma persisterende syndromen en de herziene Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Reden voor hoofdbreken en kopzorgen?, Nieuwsbrief Personenschade, maart 2008, p. 2-5.
13. Vgl. ook E.M.H. van den Doel, Whiplash en de neuroloog. De nieuwe richtlijnen voor de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, TVP 2008, p. 4.
14. Moet het postwhiplashsyndroom, zoals de Commissie stelt, overigens worden gezien als chronisch pijnsyndroom, dan kan worden gewezen op hoofdstuk 3 van de AMA-6, p. 39-40. Hier is bepaald dat daaraan ook zonder objectieve afwijkingen functieverlies tot 3% van de gehele mens kan worden toegekend.
15. Van den Doel 2008.
16. P.C. Knijp, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN, PIV-bulletin 2008-5/6. Zie ook Knijps bijdrage in de onderhavige aflevering van dit tijdschrift.
17. Zie de bijdrage van G.F. Koerselman elders in dit blad.

Endedijk, advocaat, oppert de mogelijkheid dat de beoordeling van het whiplashsyndroom in handen zou kunnen komen van een psychiater, psycholoog, revalidatiearts of verzekeringsgeneeskundige, maar komt wegens de zijns inziens daaraan klevende nadelen uiteindelijk toch weer uit bij de neuroloog.<sup>18</sup> Onder verwijzing naar het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef*<sup>19</sup> kan volgens Endedijk de neuroloog nog altijd op objectieve wijze (zijn de klachten aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven) de subjectieve klachten van het whiplashslachtoffer beoordelen, en aan de hand daarvan beperkingen formuleren. De mate van functieverlies – volgens de huidige NVvN-richtlijnen steeds 0% – is in de letselschadepraktijk niet van doorslaggevend belang, aldus Endedijk. Medisch adviseur Gelmers meent eveneens dat het postwhiplashsyndroom nog altijd tot het domein van de neuroloog behoort, zij het op andere grond dan Endedijk.<sup>20</sup> Gelmers wijst op de in januari 2008 verschenen AMA-6, waarin voor het eerst van ‘chronic whiplash’ wordt gesproken, en op basis waarvan functieverlies kan worden toegekend zonder de voorwaarde van het vaststellen van lichamelijke afwijkingen. Gelmers betoogt dat, omdat de AMA-guides niet altijd volledig en soms onduidelijk waren/zijn, diverse beroepsverenigingen ter aanvulling of verduidelijking eigen richtlijnen hebben opgesteld. Nu het postwhiplashsyndroom voorheen in de AMA-guides zo’n onduidelijkheid betrof maar nu niet meer, zijn zijns inziens de NVvN-richtlijnen 2007 niet alleen in strijd met de AMA-6, maar ook achterhaald en overbodig. Anesthesioloog en advocaat Stad wijst ook op het conflicteren van de NVvN-richtlijnen 2007 met de AMA-6.<sup>21</sup> Hij meent daarentegen dat desondanks de neuroloog niet langer de aangewezen persoon is een percentage functieverlies te duiden, maar een anesthesioloog/pijnbestrijder, psychiater of orthopedisch chirurg. Ook volgens Elemans, verzekeringsarts, is thans voor anderen dan de neuroloog de weg vrij om – op basis van de AMA-6 – een uitspraak over functieverlies bij het postwhiplashsyndroom te doen. Hij komt met een lijst van competenties waaraan die medicus zou moeten voldoen, waarbij zijns inziens een verzekeringsarts in ieder geval in de buurt komt.<sup>22</sup> Ook verzekeringsarts Bronsema meent dat het in de rede ligt bij WAD I/II een verzekeringsgeneeskundige expertise te overwegen. Hiervoor vindt hij een argument in de nieuwe NVvN-richtlijnen, die in dit verband zijns inziens de nodige aandacht schenken aan de mogelijke invloed van psychosociale variabelen, copingfactoren en psychische kwetsbaarheid.<sup>23</sup> In reactie op het artikel van Bronsema betoogt Knijp dat een verzekeringsgeneeskundige ter zake nu juist niet de aangewezen deskundige is, in het bijzonder omdat toetsing aan met name consistentie en plausibiliteit – zo begrijpt Knijp Bronsema – de deur naar subjectiviteit van de expertiserend arts wagenwijd openzet en bovendien niets zegt over de causaliteit.<sup>24</sup>

Medisch adviseurs Kalb en Van Wingaarden zijn eveneens van opvatting dat het bij een postwhiplashsyndroom niet langer zinvol is een neuroloog in te schakelen voor het bepalen van het percentage functieverlies en de beperkingen.<sup>25</sup> Volgens hen geldt hetzelfde voor een orthopeed, omdat ook de Nederlandse Orthopaedische Vereniging uitsluitend een percentage functionele invaliditeit en beperkingen zal toekennen aan ziektebeelden waaraan een aantoonbaar medisch substraat ten grondslag ligt. Kalb en Van Wingaarden menen dat thans de medisch adviseurs

van partijen in onderlinge afstemming op basis van de AMA-6 de functionele invaliditeit en beperkingen kunnen vaststellen. Komen zij er samen niet uit, dan achten zij voor een uitspraak over het functieverlies en de beperkingen een verzekeringsgeneeskundige de aangewezen persoon. Kalb en Van Wingaarden menen dat inschakeling van een neuroloog – bij cognitieve klachten in combinatie met neuropsychologisch onderzoek – echter nog altijd wél is aan te bevelen bij discussies over de causaliteit tussen de klachten en het ongeval (onder andere bij preexistente klachten in de nek- en/of schouderregio).

Advocaat Quakkelaar tot slot, wijst erop dat niet bij iedereen die een acceleratie-deceleratietrauma doormaakt, het specifieke postwhiplashklachtenpatroon ontstaat, terwijl ook niet eenieder bij wie dit specifieke klachtenpatroon aanwezig is, daaraan voorafgaand een acceleratietrauma heeft doorgemaakt.<sup>26</sup> Om te kunnen bepalen wanneer het postwhiplashklachtenpatroon in causaal verband staat met het ongeval, ligt zijns inziens inschakeling van een klinisch epidemioloog in de rede.

Wordt de balans opgemaakt, dan ziet men door de bomen van de thans mogelijk geëigende deskundigen welhaast het bos niet meer. Een waaier aan medisch specialisten is de revue gepasseerd – onder wie (nog altijd) de neuroloog – die in het kader van letselschadezaken heden ten dage het postwhiplashsyndroom op zijn merites zou moeten beoordelen. Een kleine pleister op de wonde is wellicht dat nagenoeg alle auteurs het er wél over eens zijn dat nog steeds neurologisch (en eventueel orthopedisch) onderzoek nodig is, in ieder geval om pathologie van neurologische (of orthopedische) aard (lees: WAD III/IV) uit te sluiten.

## 5. Rechtspraak

De zeer uiteenlopende meningen in de literatuur maken het bijzonder interessant na te gaan hoe nu in de rechtspraak met de onderhavige problematiek wordt omgegaan. Temeer omdat in letselschadezaken de medische beoordeling van whiplash(achtige)-klachten weliswaar noodzakelijk is, maar de juridische uiteindelijk beslissend. Bij het schrijven van deze bijdrage heeft de rechtspraktijk ongeveer een jaar ervaring kunnen opdoen met de nieuwe NVvN-richtlijnen. In het navolgende wordt de tot nu toe verschenen relevante rechtspraak gezien. Op één na betreffen de te bespreken zaken verkeersongevallen, voor de gevolgen waarvan de aansprakelijkheid door de betrokken verzekeraar is erkend, maar waarin discussie omtrent de ongevalsgevolgen

18. G.C. Endedijk, Causaal verband bij personenschade; de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, TVP 2008, p. 6-10.
19. HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433.
20. Gelmers 2008.
21. Stad 2008.
22. A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?, VR 2008, p. 265-268.
23. J. Bronsema, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN, PIV-bulletin 2008-7.
24. P.C. Knijp, Naschrift, PIV-bulletin 2008-7.
25. L. Kalb & F. van Wingaarden, Beoordeling van het postwhiplashsyndroom na november 2007, Letselschademagazine.nl, 8 april 2008.
26. J. Quakkelaar, Reactie op A.W.A. Elemans, Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?, VR 2008, p. 268-270.

– klachten passend bij het postwhiplashsyndroom en de daaruit voortvloeiende beperkingen – afwikkeling van de zaak in de weg staat.

*Rb. Breda 23 april 2008, zaaknr. 168061 (niet gepubliceerd.)*  
Hoewel deze zaak handelt over de NVvN-richtlijnen van 2001, is de uitspraak toch van belang ten aanzien van de onderhavige problematiek. Door partijen werd gezamenlijk een expertise door een neuroloog in gang gezet. Deze oordeelde dat weliswaar sprake is van restklachten (onder andere hoofd-, nek-, en ruggenpijn, concentratievermindering) die nagenoeg geheel aan het verkeersongeval moeten worden gerelateerd, maar *niet* van te objectiveren neurologische restverschijnselen. Bij gebreke van neurologische afwijkingen stelde de neuroloog het functieverlies vast op 0%. Voorts gaf de neuroloog desgevraagd aan dat de door het slachtoffer aangegeven beperkingen wel gerelateerd kunnen worden aan de aard en het mechanisme van het verkeersongeval, maar niet aannemelijk worden gemaakt op grond van resultaten van lichamenlijk onderzoek.

Een casus derhalve waarin de beoordeling door de expertiserend neuroloog plaatsvond aan de hand van ‘oude’ NVvN-richtlijnen (en de AMA-5), maar de uitkomst in de kern identiek aan de situatie waarin die beoordeling op grond van de ‘nieuwe’ NVvN-richtlijnen zou zijn gemaakt; namelijk een postwhiplashsyndroom met geen te objectiveren neurologisch substraat en *dus* geen percentage functieverlies. Het standpunt van de verzekeraar, dat uit het rapport van de neuroloog geen functionele beperkingen als gevolg van het ongeval voortvloeien zodat *daarom* het gestelde causaal verband tussen het ongeval en de schade ontbreekt, wordt door de rechtbank verworpen. Zij wijst erop dat uit de neurologische rapportage blijkt dat de klachten als een medisch herkenbaar ziektebeeld zijn gediagnosticeerd en dat de geuite klachten en belemmeringen in medische zin als gevolg van het ongeval kunnen worden verklaard. Nu volgens de neuroloog zonder het ongeval de klachten en beperkingen niet zouden zijn ontstaan, dient volgens de rechtbank de schade als gevolg daarvan in juridische zin aan het ongeval te worden toegerekend. Vervolgens overweegt de rechtbank:

‘Aan voornoemd oordeel omtrent de juridische causaliteit staat niet in de weg dat bij neurologisch onderzoek geen waarneembare afwijkingen en meer in het bijzonder geen bewegingsbeperking van de nek is geconstateerd en dat als gevolg daarvan ingevolge de AMA of NVN-richtlijn geen functionele invaliditeit kan worden geduid. Beslissend is dat de klachten van [benadeelde] reëel zijn, dat die als gevolg van het ongeval kunnen worden verklaard, dat deze waarschijnlijk zonder het ongeval niet zouden zijn ontstaan en dat er geen andere aannemelijke oorzaak voor die klachten kan worden gegeven.’

In dit verband acht de rechtbank tevens nog van belang dat de geuite klachten een aandoening betreffen waarvan algemeen bekend is dat deze moeilijk of slechts in beperkte mate tot waarneembare neurologische afwijkingen kan worden herleid.

De rechtbank is van opvatting dat het feit dat geen neurologisch te objectiveren afwijkingen zijn te constateren en geen percentage functionele invaliditeit wordt toegekend, het aannemen van klachten en beperkingen met realiteitswaarde, alsmede juridisch causaal verband met het ongeval niet in de weg staat. Met de overweging dat ‘beslissend’ is dat de klachten (en beperkingen) ‘reëel’ zijn, lijkt de rechtbank voor wat betreft de objectivering aansluiting te zoeken bij het criterium zoals we dat kennen uit het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef*. Nu volgens de rechtbank aan dit criterium is voldaan en de klachten voorts als ongevalgevolg kunnen worden verklaard, waarschijnlijk zonder ongeval niet zouden zijn ontstaan,<sup>27</sup> en er geen andere aannemelijke oorzaak voor de klachten kan worden gegeven, rekent zij de klachten en beperkingen aan het ongeval toe. De NVvN-richtlijnen en AMA-guides, zo blijkt uit de uitspraak, spelen bij dit alles geen (doorslaggevende) rol.

*Rb. Amsterdam 30 januari 2008, VR 2008, 123*

Bij de uitkomst van de vorige zaak sluit nauw aan die van deze zaak, die als enige geen verkeersongeval betreft en waarin de aansprakelijkheid niet werd erkend. Het slachtoffer stootte tijdens het winkelen bij het bestijgen van een trap haar hoofd aan een wandmeubel, waardoor haar hoofd achteroversloeg. Nadat de rechtbank aansprakelijkheid van de winkelexploitant had aangenomen, ging de discussie over het causaal verband tussen het ongeval en de nadien door de gelaedeerde geuite, bij het postwhiplashsyndroom passende klachten (en de daaruit voortvloeiende beperkingen). Vóór november 2007 had een neurologische expertise plaatsgevonden. Volgens de exploitant kon dit rapport echter niet (meer) als basis worden gebruikt voor het aannemen van causaal verband, omdat het niet voldeed aan de gewijzigde NVvN-richtlijnen. Indien die juist zouden zijn toegepast, aldus de exploitant, zou uitgekomen moeten zijn op 0% invaliditeit. Voorgesteld werd een nieuwe neurologische expertise te laten verrichten, door een door de rechtbank te benoemen deskundige. De rechtbank, die vooropstelde dat aan het bewijs van het causale verband in een geval als het onderhavige geen al te hoge eisen worden gesteld, gaat daarin niet mee:

‘Het ontbreken van een specifieke, medisch aantoonbare verklaring voor de klachten en beperkingen hoeft niet in de weg te staan aan het oordeel dat het bewijs van het oorzakelijk verband geleverd is. Het oordeel dat het vereiste oorzakelijk verband bestaat, behoort niet uitsluitend te worden gebaseerd op het bestaan van klachten die naar hun aard subjectief zijn, maar mede op de objectieve vaststelling dat zij aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend, en niet overdreven zijn.’

Op basis van het neurologische rapport oordeelt de rechtbank dat van de aanwezige klachten en beperkingen objectief was vastgesteld dat zij reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn, alsmede dat hiervoor geen andere factoren dan

27. Vgl. de IWMD-vraagstelling, vraag 2.

het ongeval aanwijsbaar zijn. Dat uit de rapporten van de neuropsycholoog en UWV-revalidatiearts blijkt dat de klachten en beperkingen niet objectiveerbaar zijn c.q. dat daar op hun vakgebied geen lichamelijke verklaring voor is, doet hieraan volgens de rechtbank niet af. De rechtbank acht het rapport van de neuroloog inzichtelijk, logisch, begrijpelijk, consistent en zijn conclusies op overtuigende wijze onderbouwd. Mede op basis van de tevens beschikbare (aanvullende) neuropsychologische en psychiatrische onderzoeken – waarin (indirect) een link met het ongeval werd gelegd – neemt de rechtbank vervolgens causaal verband aan tussen het ongeval en de klachten en beperkingen. Voor het benoemen van een nieuwe neurologisch deskundige wordt geen aanleiding gezien.

Wederom wordt geoordeeld dat het ontbreken van aantoonbare lichamelijke afwijkingen niet aan het aannemen van juridisch honorabele klachten en beperkingen, alsmede het juridisch causaal verband met het ongeval in de weg staat. Net als in de hiervoor besproken zaak kan de benodigde objectivering volgens de rechter – nog altijd – door de neuroloog plaatsvinden, en wel aan de hand van het *Zwolsche Algemeene/De Greef*-criterium. Vervolgens worden, net zoals in de hiervoor besproken zaak, aan de hand van de uit dit arrest voortvloeiende bewijswaardingsregel – aan het bewijs van het oorzakelijke verband tussen het ongeval en de gezondheidsklachten kunnen niet al te hoge eisen worden gesteld – de klachten en beperkingen aan het ongeval toegerekend. Bij dit alles lijken de NVvN-richtlijnen en/of AMA-guides geen (doorslaggevende) rol van betekenis te spelen, en (discussie over) toetsing aan een bepaalde editie daarvan derhalve evenmin. Hier kan nog in herinnering worden gebracht de visie van Endedijk, die meent dat de neuroloog ook zonder aantoonbaar neurologisch substraat nog altijd in staat is tot objectivering van de klachten en beperkingen, en dat het toegekende percentage functieverlies niet doorslaggevend is. Hij pleit overigens – náást het criterium uit het arrest *Zwolsche Algemeene/De Greef* – wel voor een duidelijk(er) toetsingskader voor de neuroloog, bijvoorbeeld door middel van het verwerken van het zestal criteria uit de ‘oude’ NVvN-richtlijnen in de in de praktijk veel gehanteerde IWMD-vraagstelling.<sup>28</sup> Uit de besproken uitspraken blijkt als gezegd echter, dat toetsing aan de NVvN-criteria – het zestal uit 2001 dan wel het neurologisch substraat uit 2007 – in dit verband geen, althans een ondergeschikte rol speelt.

*Rb. Amsterdam 14 augustus 2008, zaaknr. 382191  
(niet gepubliceerd)*

In deze zaak verzocht het slachtoffer de rechtbank ter beoordeling van zijn klachten en beperkingen tot het gelasten van een voorlopig deskundigenbericht, uit te brengen door een revalidatiearts. Volgens het slachtoffer valt namelijk te verwachten dat een neuroloog op basis van de huidige richtlijnen geen ‘post-whiplashsyndroom’ zal diagnosticeren maar een ‘chronisch pijnsyndroom’, waaraan geen functieverlies (meer) wordt toegekend. Een neurologische expertise, aldus het slachtoffer, zou partijen dan ook niet verder helpen bij de beslechting van het geschil. Mocht de rechtbank toch aanleiding zien een neuroloog te benoemen, dan, zo verzocht het slachtoffer, dient deze zijn onderzoek uit te voeren op basis van de ‘oude’ NVvN-richtlijnen.

De verzekeraar voerde verweer tegen de benoeming tot deskundige van een revalidatiearts, stellende dat op basis van de huidige NVvN-richtlijnen nog steeds van belang is dat bij iedere gelaedeerde met whiplashklachten een uitgebreide neurologische evaluatie plaatsvindt, om uit te kunnen maken of die al dan niet moeten worden toegeschreven aan een aandoening van het zenuwstelsel. Bovendien, zo stelde de verzekeraar, is een revalidatiearts niet specifiek opgeleid om causale verbanden te onderzoeken en te beoordelen, maar meer gericht op het stellen van revalidatiediagnoses. Voorts meende de verzekeraar dat de neuroloog zijn onderzoek op basis van de huidige richtlijnen dient te verrichten. En indien uit het neurologisch onderzoek zou blijken dat sprake is van een postwhiplashsyndroom, zo stelde de verzekeraar, dan dient een opvolgende psychiatrische expertise plaats te vinden.

De rechtbank is met de verzekeraar van oordeel dat een neurologische expertise het meest voor de hand ligt. De stelling van het slachtoffer, dat een dergelijke expertise partijen hoogstwaarschijnlijk niet verder zal helpen bij de beslechting van hun geschil, volgt de rechtbank niet. Tevens beslist de rechtbank dat de neuroloog zijn onderzoek dient uit te voeren op basis van de huidige NVvN-richtlijnen. De rechtbank oordeelt dat geen aanleiding bestaat hiervan af te wijken, nu zij zijn opgesteld door de beroepsvereniging voor neurologen en in brede kring gerespecteerd worden.<sup>29</sup> Toch is de rechtbank blijkens de volgende overweging niet helemaal ongevoelig voor de stellingen van het slachtoffer:

‘De rechtbank zal de deskundige, mede naar aanleiding van de discussie tussen partijen en in aanvulling op de door verzoeker voorgestelde vragen, de vragen voorleggen welke expertise hij nog meer van belang acht en of de door [benaamde] gestelde klachten inderdaad aanwezig zijn, reëel zijn, niet ingebeeld zijn, en niet voorgewend zijn en niet overdreven zijn.’

Nadat partijen in de gelegenheid zijn geweest te reageren op het rapport van de neuroloog, zo overweegt de rechtbank, zal zij zo nodig een tweede medisch deskundige, alsmede een arbeidsdeskundige en een verzekeringsarts benoemen.

De rechtbank stapt derhalve niet van een neurologische expertise af. Alleen al, zo begrijp ik de beschikking, om uit te sluiten dat tóch neurologische afwijkingen bestaan. Heel sterk acht ik dit argument in zijn algemeenheid overigens niet; in de regel zal op dit punt vanuit de curatieve sfeer reeds de nodige duidelijkheid bestaan. Wat verder opvalt, is dat de rechtbank de deskundige naast de ‘standaard’ IWMD-vraagstelling, een tweetal ‘aanvullende’ vragen voorlegt. De neuroloog dient aan te geven of de gestelde klachten inderdaad aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet

28. Endedijk 2008, p. 10.

29. Of dit laatste wel zo is, valt sterk te betwijfelen; dat zelfs binnen de beroeps-groep van neurologen discussie bestaat over de huidige NVvN-richtlijnen, wordt treffend geïllustreerd door de hierna te bespreken zaak Rb. Amsterdam 11 september 2008, LJN BF0735.

voorgewend en niet overdreven zijn,<sup>30</sup> alsmede of hij voor de beoordeling van het geschil onderzoek vanuit een andere expertise van belang acht, en zo ja, vanuit welke expertise. Interessant is hoe het verdere verloop van de zaak zal zijn. Denkbaar is dat de neuroloog de subjectieve klachten op grond van het *Zwolsche Algemeene/De Greef*-criterium objectiviert, en aan de hand daarvan, ondanks dat geen percentage functieverlies kan worden geduid, beperkingen formuleert. Alsdan is een situatie ontstaan vergelijkbaar met die waarin de Rechtbanken Breda op 23 april 2008 en Amsterdam op 30 januari 2008 het bestaan van klachten en beperkingen, alsmede het causaal verband met het ongeval afdoende vonden aangetoond. Een ander vervolg van de zaak is ook denkbaar. De rechtbank, die een neuroloog benoemt, heeft nadrukkelijk ruimte gelaten voor nóg een expertise door evenwel een andere specialist. Wellicht om na objectivering door de neuroloog van de subjectieve klachten (zijn de klachten reëel, enzovoort) een uitspraak over eventuele beperkingen (en indien nodig het functieverlies) te verkrijgen? Over de vraag welke specialist dit dan zou moeten zijn, bestaat zoals gebleken in de literatuur verdeeldheid. In ieder geval laat de rechtbank de inschakeling van een andere specialist dan een neuroloog – in eerste instantie – ter beoordeling van de neuroloog zelf.

*Rb. Amsterdam 11 september 2008, LJN BF0735*

In deze zaak gelastte de rechtbank vóór november 2007 een voorlopig deskundigenbericht, dat daarna door de neuroloog werd uitgebracht. Vervolgens belandden partijen in een discussie over de discussie tussen neurologen over het postwhiplashsyndroom. De verzekeraar wilde een nieuwe neuroloog als deskundige benoemd zien, met name omdat deze weigerde de in november 2007 gewijzigde NVvN-richtlijnen toe te passen. Dit verzoek wordt door de rechtbank wegens een ‘zwaarwichtig bezwaar’ afgewezen:

‘(...) ook indien juist is dat de deskundige een richtlijn van zijn beroepsvereniging niet heeft toegepast, [is] dit 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. (...) Van de deskundige mag worden verlangd dat, wanneer er in zijn beroepsgroep verschil van inzicht bestaat, hij daarvan melding maakt. Dat heeft de deskundige gedaan. Dat de deskundige een standpunt inneemt in de discussie in zijn beroepsgroep maakt hem, anders dan [verzekeraar] kennelijk meent, niet op voorhand partijdig.’

Indien binnen de beroepsgroep van neurologen discussie bestaat (over de huidige NVvN-richtlijnen), staat het de deskundige volgens de rechtbank vrij ter zake een standpunt in te nemen. Hij hoeft dan ook niet altijd, aldus de rechtbank, de richtlijnen van zijn beroepsgroep te volgen. Wat betekent dit nu voor de praktijk? In ieder geval dat bij de juridische beoordeling van whiplashzaken de betekenis van de NVvN-richtlijnen dient te worden gerelativeerd; de neuroloog hóeft ze niet toe te passen. Met de uitspraken van de Rechtbanken Breda op 23 april 2008 en Amsterdam op

30 januari 2008 – het feit dat geen neurologisch substraat valt aan te wijzen en geen functionele invaliditeit wordt geduid, staat het aannemen van juridisch honorabele klachten en beperkingen, alsmede het juridisch causaal verband niet in de weg – in het achterhoofd valt dit ook wel te verklaren.

Interessant is voorts het antwoord op de vraag hoe onderhavige zaak zou zijn verlopen indien de deskundige wél de huidige NVvN-richtlijnen had toegepast. Het kan toch niet zo zijn dat de benadeelde dan simpelweg pech zou hebben gehad, in die zin dat zijn zaak door de conclusies van de deskundige – geen functieverlies (en geen beperkingen) – tot een kansloze missie zou zijn gedevalueerd? Ook dat is een reden om de betekenis van de NVvN-richtlijnen op juiste (lees: relatieve) waarde te schatten. Hecht een rechter – in navolging van een neuroloog – echter wél sterk aan de (nieuwe) NVvN-richtlijnen, dan zal aan het uitwijken naar een specialist van een andere discipline wellicht niet zijn te ontkomen: dat er op het vakgebied van de neurologie niets met het slachtoffer aan de hand lijkt/is, betekent immers *niet*, zo begrijp ik – en met mij Endedijk<sup>31</sup> en Knijp<sup>32</sup> – ook de Commissie in 2007, dat hem niet het nodige kan mankeren. Bezie ik het goed, dan is het wel vreemd dat afhankelijk van de opvatting van de expertiserend arts én rechter van gelaedeerden met hetzelfde letsel het expertisetraject er verschillend kan uitzien.

*Rb. Zwolle 2 oktober 2008, zaaknr. 147053 (niet gepubliceerd)*

In deze zaak kwam de verhouding tussen de NVvN-richtlijnen 2007 en de AMA-guides 2008 aan de orde. Het whiplashslachtoffer verzocht de rechtbank een voorlopig deskundigenbericht te bevelen, met benoeming van een neuroloog. Alleen tegen de persoon van de te benoemen deskundige maakte de verzekeraar bezwaar. Na de knoop op dit punt te hebben doorgemaakt, besliste de rechtbank dat de neuroloog de IWMD-vraagstelling wordt voorgelegd. De redenering van de verzekeraar, dat bij de beantwoording hiervan de meest recente AMA-guides ‘ondergeschikt’ zijn aan de nieuwe NVvN-richtlijnen, volgt de rechtbank niet. Haars inziens is (zelfs) het tegendeel het geval:

‘[Verzekeraar] kan niet worden gevolgd in haar verzoek te bepalen dat niet de Guides to the Evaluation of Permanent Impairment van de American Medical Association (AMA-guides, laatste druk), maar de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie bij de beantwoording van de vragen leidend zijn en de AMA-guides slechts van secundair belang zijn. Daargelaten dat ook de richtlijnen voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie blijkens het voorwoord bij de vierde editie grotendeels de AMA-guides volgen, kan worden aangenomen dat de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD) bij de formulering van de vragen het belang van de AMA-guides heeft afgezet tegenover dat van de richtlijnen van de Neder-

30. Uiteraard ontleend aan HR 8 juni 2001, NJ 2001, 433 (*Zwolsche Algemeene/De Greef*).

31. Endedijk 2008, p. 8.

32. Knijp, PIV-bulletin 2008-5/6, p. 7.

landse Vereniging voor Neurologie. Daarbij heeft de IWMD de AMA-guides als leidend aangemerkt en de richtlijnen van de beroepsvereniging als aanvullend. 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.’

Het verzoek van de verzekeraar, om in de vraagstelling een op de huidige ‘whiplashproblematiek’ toegesneden *disclosure statement* op te nemen, wordt wegens het ontbreken van bezwaar zijdens het slachtoffer door de rechtbank wel gehonoreerd.

De rechtbank is helder over de tussen de AMA-guides en de NVvN-richtlijnen bestaande hiërarchie: de eerste zijn ‘leidend’, de laatste ‘aanvullend’. De rechtbank beroept zich hierbij op de formulering van de IWMD-vraagstelling. Hierin wordt de deskundige gevraagd de mate van functieverlies (*impairment*) die hij op zijn vakgebied kan vaststellen, uit te drukken in een percentage volgens de richtlijnen van de American Medical Association (AMA-guides, laatste druk), *aangevuld* met eventuele richtlijnen van de eigen beroepsvereniging. In deze formulering kan men inderdaad een bepaalde rangorde lezen. Of de IWMD dit – voor neurologische expertises – ook werkelijk zo heeft bedoeld, vereist (meer) inzicht in de achtergrond en totstandkoming van de IWMD-vraagstelling. Dat de rechtbank van oordeel is dat de NVvN-richtlijnen als zodanig in dit verband geen doorslaggevend betekenis toekomen, leidt in ieder geval geen twijfel. Maar wat nu, zoals thans aan de orde lijkt, als de ‘aanvullingen’ van de NVvN-richtlijnen strijdig zijn met de AMA-guides zelf? Hoewel uit de beschikking kan worden afgeleid dat volgens de rechtbank óók dan de AMA-guides leidend zijn, laat zij deze vraag strikt genomen onbeantwoord.

*Rb. Almelo 12 september 2008, zaaknr. 94084  
(niet gepubliceerd)*

In deze zaak had in 2001 een gezamenlijke neurologische expertise plaatsgevonden. Het slachtoffer kon zich vinden in de door de neuroloog gestelde diagnose ‘whiplash’. Het rapport echter was zijns inziens op het punt van de ongevalgerelateerde beperkingen inmiddels gedateerd, in die zin dat het rapport daarvan geen juist beeld meer gaf. De rechtbank werd verzocht om benoeming van een neuropsycholoog, psychiater en revalidatiearts. Ten aanzien van laatstgenoemde specialist stelde het slachtoffer dat, gelet op de huidige NVvN-richtlijnen, de neuroloog niet langer de aangewezen persoon is om beperkingen ten gevolge van een postwhiplashsyndroom te duiden. Zijns inziens diende aan de hand van het reeds voorliggende neurologische rapport en de door de neuropsycholoog en psychiater uit te brengen rapportages daarom de beoordeling van de uit het aanwezige klachtenpatroon voortvloeiende beperkingen door een revalidatiearts te geschieden.

Over de psychiatrische expertise en de persoon van de deskundige werden partijen het eens. Tegen het neuropsychologische onderzoek maakte de verzekeraar bezwaar. Met hem is de rechtbank van oordeel dat het aan de psychiater is te oordelen of tevens inschakeling van een neuropsycholoog noodzakelijk is. Ook maakte de verzekeraar bezwaar tegen de benoeming van een revalidatiearts. Aangevoerd werd, dat een dergelijke arts niet een

primaire medische diagnose stelt en evenmin behandeling instelt. De activiteiten van een dergelijke arts zijn, aldus de verzekeraar, ‘slechts’ gericht op het beperken van de gevolgen van een elders gestelde diagnose en uitgevoerde behandeling. Ook dit verweer wordt door de rechtbank gevolgd:

‘Inzet van het geschil tussen partijen is gelegen op het terrein van de medische causaliteit, dus van het vaststellen van de medische oorzaak van de arbeidsongeschiktheid van [benadeelde], en het verband tussen die oorzaak en het verkeersongeval. Door [benadeelde] is niet gesteld, en evenmin is op andere wijze aannemelijk geworden, dat een revalidatiearts die geëigende deskundigheid als primaire activiteit heeft.’

Het verzoek tot benoeming van een revalidatiearts als expertisearts wordt afgewezen, omdat de rechtbank niet is gebleken dat een dergelijke arts voldoende/bijzondere deskundigheid bezit op het terrein van het vaststellen van de medische oorzaak van arbeidsongeschiktheid (lees: beperkingen?) en het medische causale verband tussen die oorzaak en het ongeval. Hiermee lijkt het erop dat de rechtbank uit het oog is verloren waarom het de benadeelde hier was te doen, namelijk niet zozeer om (de oorzaak van) zijn *klachten* en de (medische) *causaliteit* door een revalidatiearts te laten beoordelen, maar om deze arts – op basis van het al beschikbare neurologische rapport en aanvullend neuropsychologisch en psychiatrisch onderzoek – een uitspraak te laten doen over de uit het klachtenpatroon voortvloeiende *beperkingen*. Dat dát niet door een revalidatiearts kan worden gedaan, volgt niet uit de motivering van de afwijzing van het verzoek door de rechtbank. Kijken we naar Rb. Amsterdam 14 augustus 2008, waarin het slachtoffer eveneens tevergeefs om benoeming van een revalidatiearts verzocht, dan moet worden geconstateerd dat het verzoek in die en onderhavige zaak op het cruciale punt van wát door die arts moet worden beoordeeld, van elkaar verschillen. Ik wijs hier ook nog op Kalb en Van Wingaarden, die menen dat bij een postwhiplashsyndroom de inschakeling van een neuroloog niet langer zinvol is voor het bepalen van het percentage functieverlies en de beperkingen, maar (nog altijd) wél is aan te bevelen bij discussie over de causaliteit tussen de klachten en het ongeval. Zie daarentegen ook Quakkelaar, die ten aanzien van het causaal verband juist inschakeling van een epidemioloog geïndiceerd acht. De rechtbank lijkt in ieder geval een en ander door elkaar te hebben gehaald, althans op één hoop te hebben geveegd. Zo bezien kan aan onderhavige uitspraak weinig tot geen betekenis worden gehecht ter beantwoording van de vraag of voor het bepalen van *de beperkingen* inschakeling van een revalidatiearts al of niet is geïndiceerd.

## 6. Stand van zaken

Bij de huidige stand van zaken in de literatuur en rechtspraak bestaat mijns inziens een viertal opties om de door de nieuwe NVvN-richtlijnen meegebrachte problematiek het hoofd te kunnen bieden.

De eerste is dat de Commissie, mede gelet op de nadien verschenen AMA-6, terugkomt op het in november 2007 ingenomen standpunt over het postwhiplashsyndroom, in die zin dat daaraan in geval van het ontbreken van een neurologisch substraat

toch (weer) functieverlies (en beperkingen) wordt toegekend. Van belang is dat voorzitter Van den Doel zijn bijdrage in dit tijdschrift, waarin hij ondanks het verschijnen van de AMA-6 geen rol meer voor de neuroloog ziet weggelegd, op persoonlijke titel heeft geschreven, en dat de Commissie haar standpunt hieromtrent nog moet bepalen. Ook breng ik hier de ‘weigerachtige’ neuroloog in Rb. Amsterdam 11 september 2008 in herinnering. Zou de Commissie om gaan, dan komen mogelijk de criteria van de ‘oude’ richtlijnen weer in beeld. Wel zullen dan ook weer de dááaraan verbonden ‘oude’ discussies aan boord worden gehaald.

Een tweede optie is dat de huidige NVvN-richtlijnen, los van het feit of de Commissie al dan niet op haar huidige standpunt terugkomt, worden ‘overruled’ door de AMA-6. Ik wijs hier op Rb. Zwolle 2 oktober 2008. Voor wat de literatuur betreft, kan in dit verband met name op het goed gemotiveerde betoog van medisch adviseur Gelmers worden gewezen. Hoewel ik niet verwacht dat *de rechter* al te gemakkelijk zal oordelen dat een specialist (al dan niet ten faveure van de AMA-guides) de voor zijn beroepsgroep geldende richtlijnen volledig buiten toepassing móet laten – vergelijk Rb. Amsterdam 14 augustus 2008 en 11 september 2008, alsmede toch ook Rb. Zwolle 2 oktober 2008 – zou bij discussie hierover om een expliciet rechterlijk oordeel verzocht kunnen worden. Een praktische oplossing zou nog kunnen zijn de expertiserend neuroloog te verzoeken de aan hem voorgelegde vraagstelling mét en zonder toepassing van de NVvN-richtlijnen te beantwoorden. Wel realiseer ik me dat dat, indien dit tot verschillende uitkomsten leidt, ongetwijfeld (nieuwe) discussies zal opleveren. Hoewel Rb. Zwolle 2 oktober 2008 wel in die richting gaat, heeft de rechter zich (nog) niet expliciet behoeven uit te laten over de verhouding tussen de thans geldende NVvN-richtlijnen en AMA-guides indien deze op één of meer punten onverenigbaar zijn.

Ten derde is het mogelijk dat wordt aangenomen/aanvaard dat de NVvN-richtlijnen en/of de AMA-guides (en de precieze verhouding tussen die twee) voor de *juridische* beoordeling van het postwhiplashsyndroom geen (doorslaggevende) rol van betekenis spelen. De neuroloog kan – net zoals voorheen – een objectivering van de klachten maken, op basis van het *Zwolsche Algemeene/De Greef*-criterium, en zich over het medisch causaal verband uitlaten. Vervolgens zou de neuroloog aan de hand hiervan eventuele beperkingen kunnen duiden – zie Rb. Breda 23 april 2008 en Rb. Amsterdam 30 januari 2008. Of deze benadering een ‘echte’ oplossing biedt, zal de praktijk moeten uitwijzen, omdat mijns inziens de kans bestaat dat een neuroloog die bij de *medische* beoordeling wegens het ontbreken van een klinisch substraat geen functionele invaliditeit duidt, ook geen reden zal zien beperkingen aan te nemen.

Hierdoor komt een vierde optie in beeld, in zoverre gelijk aan de derde, dat de neuroloog een objectivering van de klachten maakt en zich over het medisch causaal verband uitlaat. Het op basis daarvan vervolgens vaststellen van de beperkingen (en voor zover nodig het functieverlies) wordt echter aan een specialist op een ander vakgebied overgelaten. Deze lijn valt sterk te bespeuren in de tot nu toe verschenen literatuur. In dit verband is reeds evenwel een heel scala aan ‘andere’ deskundigen naar voren geschoven. Wellicht is het verstandig de vraag naar welke arts hiertoe het best geëquipeerd is – zie Rb. Amsterdam 14 augustus

2008 – in eerste instantie aan de neuroloog zelf voor te leggen. Hoewel een eerste lezing anders zou kunnen doen vermoeden, volgt uit Rb. Almelo 12 september 2008 mijns inziens niet dat een revalidatiearts in dit verband niet in aanmerking zou kunnen komen.

### 7. Tot slot

De NVvN-richtlijnen kennen sinds jaar en dag een vaste plaats in de neurologische expertisepraktijk. Dat de neuroloog sinds november 2007 ingevolge de voor hem geldende richtlijnen geen functieverlies meer kan toekennen aan het postwhiplashsyndroom bij het ontbreken van een neurologisch substraat, heeft in de letselschadepraktijk tot de nodige beroering geleid. Gebleken is dat de conclusie, dat een neuroloog als expertisearts thans geen enkele bemoeienis meer met het postwhiplashsyndroom heeft, in ieder geval niet kan worden getrokken. Hoewel de praktijk al behoorlijke tijd behoefte heeft aan handvatten voor een ‘echte’ oplossing, is men nog steeds zoekende. De huidige NVvN-richtlijnen hebben de ‘whiplashproblematiek’ op scherp gezet. In de naar aanleiding daarvan verschenen rechtspraak valt nog geen eenduidigheid te bespeuren, maar lijken de contouren van een passende aanpak langzamerhand wel boven te komen drijven. Hoe spijtig echter ook de constatering, vooralsnog is dé door het whiplashslachtoffer te varen koers richting een (rechtvaardige) beoordeling en schadevergoeding in nevelen gehuld. Met deze bijdrage is het laatste woord over de onderhavige materie dan ook zeker niet geschreven.

*Mr. A. Kolder, advocaat bij Houkes c.s. Advocaten te Emmen en  
dual promovendus aan de Rijksuniversiteit Groningen*