

Richtlijn voor neuropsychologische expertise

NIP: Sectie Neuropsychologie, november 2016

Deze richtlijn wordt uitgebracht door de sectie Neuropsychologie van het Nederlands Instituut voor Psychologen. Voor de richtlijn werd gebruik gemaakt van verschillende literatuurbronnen (zie referentielijst).

Deze richtlijn vervangt het concept richtlijn die in 2002 is uitgebracht.

Projectgroep

Dymphie In de Braek (voorzitter)	GZ-psycholoog i.o. tot klinisch neuropsycholoog, MUMC Maastricht
Brechje Dandachi-FitzGerald	GZ-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog, MUMC Maastricht
Ted Koene	Klinisch neuropsycholoog, VUMC, Amsterdam
Rudolf Ponds	Klinisch neuropsycholoog, MUMC Maastricht
Ben Schmand	Klinisch neuropsycholoog, AMC, Amsterdam

Inhoudsopgave

1. Introductie en doel van de richtlijn	4
2. Achtergrond neuropsychologische expertise	5
3. Voorbereiding op de neuropsychologische expertise	8
4. Methoden en opbouw testbatterij	9
5. Symptoomvaliditeitstesten	10
6. Handelwijze bij aanwijzingen voor verminderde symptoomvaliditeit	10
7. Interpretatie van de gegevens	12
8. Eisen aan de rapportage	14
9. Referenties	15

1. Introductie en doel van de richtlijn

Deze richtlijn heeft betrekking op neuropsychologisch expertise onderzoek. De richtlijn is opgesteld voor de professional die te maken krijgt met neuropsychologische expertise en in tweede instantie ook voor derden die willen weten wat de neuropsycholoog kan betekenen op dit gebied.

De richtlijn is bedoeld om de kwaliteit van de neuropsychologische expertises te optimaliseren, het expertise-onderzoek te standaardiseren, en te bevorderen dat de conclusies ervan toetsbaar zijn.

De richtlijn beschrijft wanneer neuropsychologische expertise is geïndiceerd en welke eisen gesteld worden aan de neuropsychologische rapportage in een expertise-context. Tevens behandelt de richtlijn de meer praktische aspecten van de neuropsychologische expertise. Het geeft de neuropsycholoog handvatten voor de inrichting van het onderzoek, de keuze van meetinstrumenten, en het omgaan met symptoomvaliditeit.

De richtlijn is geen strikt voorschrift en ontslaat de psycholoog niet van de plicht kritisch het eigen professioneel handelen te beoordelen. Op basis van zijn professionele autonomie kan de psycholoog besluiten af te wijken van de richtlijn. De psycholoog dient dan echter te kunnen beargumenteren waarom besloten is af te wijken van de richtlijn.

Een neuropsychologische expertise kan alleen valide zijn wanneer de expert vertrouwd is met neurologische en psychiatrische ziektebeelden, de psychometrische gegevens van de gehanteerde testen, en de problematiek rondom symptoomvaliditeit, zowel door opleiding en praktische ervaring als door literatuurstudie. Bij een expertise onderzoek dient de psycholoog ook te beschikken over voldoende kennis van de juridische aspecten zoals de betekenis van de concepten ‘bewijs’ en ‘causaliteit’. Dit laatste komt in deze richtlijn niet aan bod; wij verwijzen hiervoor naar de leidraden ‘deskundigen in civiele zaken’ en de ‘medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken’ (zie paragraaf “juridische context”).

2. Achtergrond neuropsychologische expertise

Wanneer is neuropsychologische expertise aan de orde?

Wanneer artsen (neurologen, psychiaters of verzekeringsgeneeskundigen), advocaten en/of rechters moeten oordelen over letselschade, invaliditeit of toerekeningsvatbaarheid dan wel wilsbekwaamheid, kunnen zij om een expertise-onderzoek door een neuropsycholoog vragen. In het bijzonder kan men de neuropsycholoog inschakelen voor het vaststellen van de aanwezigheid van stoornissen in het cognitief functioneren, zoals aandacht en concentratie, leervermogen, geheugen, taalexpressie en taalbegrip, visueel-ruimtelijke functies en vaardigheden, sociale cognitie, en executief functioneren. Daarnaast kan aan de neuropsycholoog gevraagd worden uitspraken te doen over het emotioneel functioneren, stoornissen in het gedrag en de betrouwbaarheid van de verkregen informatie.

Strikt genomen stelt de psycholoog geen medische diagnoses. Volgens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) is een gezondheidszorgpsycholoog met universitaire neuropsychologische opleiding en relevante werkervaring echter voldoende deskundig om zelfstandig DSM-V diagnoses te stellen en uitspraken te doen over de waarschijnlijkheid dat geobjectiveerde stoornissen herleidbaar zijn tot hersenschade of andere factoren zoals depressie.

Juridische context

Een expertise kan worden aangevraagd in bestuursrechtelijke, arbeidsrechtelijke, civielrechtelijke of strafrechtelijke zaken¹. Indien de neuropsycholoog voor de rechtbank wordt gevraagd op te treden als deskundige, is het van belang goed geïnformeerd te zijn over de procedures en de eisen die gesteld worden aan deskundigheid, onderzoek en rapportage. Aanbevolen wordt kennis te nemen van de leidraad ‘deskundigen in civiele zaken’² en de leidraad ‘medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken’³. Binnen de verschillende juridische contexten gelden verschillende regels ten aanzien van de wijze waarop de partijen geïnformeerd worden en ten aanzien van het inzage- en blokkeringsrecht. Informatie hierover staan in de leidraden. Indien er onduidelijkheid bestaat, kan voorafgaand aan de expertise overlegd worden met de opdrachtgever.

1 Forensische expertise vereisen specifieke kennis en deskundigheid op het gebied van het strafrecht en valt buiten het bestek van deze richtlijn.

2 www.rechtspraak.nl/Procedures/Landelijke-regelingen/Sector-civielrecht/Documents/Leidraad_deskundigen_WT.pdf

3 www.rechtspraak.nl/Procedures/Landelijke-regelingen/Bestuursrecht/Documents/Broch_LeidrMedischDesk.pdf

In veel gevallen zal de neuropsychologische expertise een aanvullend onderzoek zijn binnen een neurologische of psychiatrische expertise. In dat geval is de medisch specialist de deskundige die integraal de vragen van de opdrachtgever beantwoordt. Een eis bij de medische rapportage is dat de rapportage van het aanvullende onderzoek als bijlage wordt meegestuurd (Van der Doelen et al., 2013). Is de neuropsycholoog als enige betrokken bij het expertise-onderzoek dan wijst de neuropsycholoog de onderzochte persoon op zijn/haar rechten (NIP, 2010).

Vraagstellingen

Vraagstellingen voor de neuropsycholoog hebben betrekking op drie niveaus, namelijk het cognitief, gedragsmatig en emotioneel functioneren. De volgende standaardvraagstellingen worden aanbevolen door de werkgroep Neurologie-Neuropsychologie, ingesteld door de Commissie Invaliditeit van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en de Nederlandse Vereniging voor Neuropsychologie (Van den Doelen et al., 2013).

- *1. Zijn er stoornissen aantoonbaar in het mentaal functioneren, het taalgebruik, de regulatie van emoties en gedrag?*
- *2. Is het aannemelijk dat de aangetoonde stoornissen veroorzaakt worden door een hersenbeschadiging als gevolg van die bepaalde gebeurtenis of aandoening?*
- *3. Zijn er wellicht andere factoren dan die bepaalde gebeurtenis of aandoening (al dan niet ermee samenhangend), die de verklaring kunnen vormen voor de aangetoonde stoornissen?*
- *4. Indien de aangetoonde stoornissen kunnen worden toegeschreven aan een ten gevolge van de genoemde gebeurtenis of aandoening ontstane hersenbeschadiging, welke zijn dan de beperkingen in het functioneren die daardoor zijn ontstaan?*

De rol van de neuropsycholoog

Neuropsychologische expertises worden bij voorkeur uitgevoerd door BIG-geregistreerde klinisch neuropsychologen of door gezondheidszorgpsychologen met universitaire neuropsychologische achtergrond en voldoende kennis en ervaring op het klinische werkveld van de neuropsychologie⁴. In de gezondheidszorg bepalen de beroepscode, de wet op de

⁴ Ook rechtspsychologen verrichten expertises waarbij neuropsychologische diagnostiek een onderdeel kan zijn.

geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), en het tuchtrecht de kaders van het professioneel handelen t.o.v. de patiënt. Bij de neuropsychologische expertise, echter, wordt van de neuropsycholoog gevraagd om de expertise onpartijdig en ‘naar beste weten’ te vervullen. Dit verschilt dus sterk van de “impliciete partijdigheid” die aanwezig is bij de alledaagse klinische werkzaamheden van de psycholoog (Van Zomeren & van Strien, 2006). De neuropsycholoog rapporteert in het geval van een expertise immers niet aan de onderzochte persoon zelf, maar aan derden. Deze vragen van de neuropsycholoog om als onafhankelijke deskundige op te treden.

Het juridische begrip ‘naar beste weten’ refereert aan de deskundigheid van de (neuro)psycholoog en houdt in dat het onderzoek wordt uitgevoerd en over de bevindingen wordt gerapporteerd met kennis en ervaring op het vakgebied met inachtneming van op het vakgebied geldende regels, normen of gebruiken. Voor de neuropsychologische expertise gelden daarbij de al genoemde wet BIG en de Algemene Standaard Testgebruik en de beroepscode van het NIP (NIP, 2010).

Het is in dit kader van belang dat er geen eerdere betrokkenheid is van de (neuro)psycholoog bij de onderzochte als behandelaar, er geen zakelijke of persoonlijke relatie met de onderzochte bestaat en dat er geen andere vorm van belangenverstremming is. Als dat bij bestudering van het dossier vooraf wel blijkt, kan de opdracht niet worden aanvaard. Als dit gaande het onderzoek wordt ontdekt, dan moet direct met de opdrachtgever worden overlegd.

De verwachting is dat in de nabije toekomst de gedragsregels gesteld aan deskundigen in civiel- en bestuursrechtelijke zaken een meer verplichtend karakter krijgen, bijvoorbeeld in de vorm van een deskundigenregister met verplichte herregistratie, zoals dit nu reeds het geval is voor deskundigen in het strafrecht. Centraal in de gedragsregels voor deskundigen staan “eerlijkheid, wetenschappelijke integriteit, een goede theoretische kennis van, maar zeker ook praktische ervaring met het betreffende probleem waarover wordt gerapporteerd, het feit dat men zich weet te beperken tot de eigen expertise en bovendien dat men nog actief werkzaam is” (p.91/92, Giard, 2014).

3. Voorbereiding op de neuropsychologische expertise

Dossieronderzoek

Voordat de neuropsycholoog beslist of hij een antwoord kan geven op de gestelde vragen is het van belang inzicht te krijgen in het dossier. De neuropsycholoog heeft de plicht het gehele dossier te lezen als hij/zij de opdracht aanvaardt. De neuropsycholoog zal eerst het dossier bestuderen om zich te oriënteren op de casus, en om te beoordelen of met een neuropsychologisch onderzoek de vraagstelling kan worden beantwoord.

De neuropsycholoog beoordeelt hierbij ook of hij beschikt over voldoende kennis en kundigheid om deze specifieke zaak op zich te nemen. Denk hierbij aan patiënten die geen Nederlands spreken, problematiek waar hij onvoldoende ervaring mee heeft, of waar al meerdere neuropsychologische expertise-onderzoeken zijn verricht. De neuropsycholoog beoordeelt tevens of hij dit onderzoek alleen kan doen omdat er voldoende recente medische informatie is, of dat de neuropsychologische expertise beter gekoppeld kan worden aan een neurologische of psychiatrische expertise. Indien dit het geval is, moet hier vooraf met de opdrachtgever overeenstemming over zijn. Eventueel kan een nieuwe opdracht geformuleerd worden.

Bespreken van de belangen van het onderzoek met de te onderzoeken persoon

Allereerst bespreekt de neuropsycholoog zijn rol als deskundige in het onderzoek (zie 'Rol van de neuropsycholoog'). Vervolgens geeft hij/zij uitleg over de opbouw en de mogelijkheden van het neuropsychologisch onderzoek. Hierbij is het van belang dat de onderzochte aangespoord wordt zich gedurende het gehele onderzoek optimaal in te zetten, omdat er anders geen valide conclusies getrokken kunnen worden. Vermeld wordt dat eventuele inconsistenties zullen worden gerapporteerd. Geef de onderzochte persoon informatie over wat er met neuropsychologische testen gemeten kan worden. De neuropsychologische taken behoren tot de meest gevoelige instrumenten om stoornissen in het functioneren van de hersenen mee vast te stellen. Dit betekent dat de onderzochte niet alleen gewaarschuwd, maar ook gerustgesteld kan worden.

De onderzochte dient voor aanvang van het onderzoek geïnformeerd te worden over zijn rechten (inzage- en blokkeringsrecht) ten aanzien van het onderzoek en de rapportage (zie Juridische context).

4. Methode van het onderzoek en opbouw van de testbatterij

Het neuropsychologisch onderzoek bestaat uit dossieronderzoek, anamnese en (hetero-) anamnese, observatie en testonderzoek.

In principe gelden de algemene richtlijnen voor neuropsychologisch onderzoek ook voor het expertise-onderzoek. De Algemene Standaard Testgebruik (AST) van het NIP vormt bij het psychodiagnostisch onderzoek de basis van het professioneel handelen. Belangrijk is dat er expliciet aandacht is voor de validiteit van het neuropsychologisch onderzoek. Dit betekent dat naast tests van de verschillende functiedomeinen tevens symptoomvaliditeitstaken worden voorgelegd tijdens het onderzoek (Dandachi-FitzGerald & Ponds, 2013, Heilbronner et al., 2009; McMillan et al., 2009; Bush et al. 2005).

Hieronder volgt een overzicht van de domeinen die aan bod kunnen komen bij de neuropsychologische expertise.

Tests die een beroep doen op:

- intelligentie
- aandacht, concentratie en snelheid van informatieverwerking
- leervermogen en geheugen
- executieve functies
- expressieve en receptieve taal
- visueel-ruimtelijke functies en vaardigheden

Psychologische vragenlijsten:

- Algemene klachtenlijst psychische en lichamelijke symptomen
- Een stemmingsvragenlijst
- Persoonlijkheidsvragenlijst(en)
- Coping

De testkeuze hangt af van de vraagstelling, de leeftijd en de medische aandoening. Het testprogramma zal er anders uitzien bij een ouder iemand met een CVA dan bij een jonger

iemand met klachten na nekletsel. Bij voorkeur moeten de best onderzochte, genormeerde, en meest betrouwbare en valide instrumenten gebruikt worden. De neuropsycholoog kan hierbij gebruik maken van de vakliteratuur en indien relevant, van de richtlijnen voor de specifieke aandoeningen van de NIP sectie Neuropsychologie. Sommige tests kunnen worden herhaald, en zowel aan het begin als aan het eind worden voorgelegd.

5. Symptoomvaliditeitstests

Bij iedere neuropsychologische expertise dient de beoordeling van symptoomvaliditeit psychometrisch onderbouwd te worden. Op dit moment zijn verscheidene taken voorhanden om onderpresteren bij cognitieve testen te meten. Dit betreft op zichzelf staande symptoomvaliditeitstesten en ingebouwde validiteitsindicatoren binnen gangbare tests. Daarnaast zijn er vragenlijsten die gebruikt worden voor het onderkennen van aggraving van de klachten. In de algemene richtlijnen voor neuropsychologische diagnostiek wordt gesteld dat het belangrijk is voor elk functiedomein meerdere taken af te nemen (NIP, 2010). Dit wordt tevens geadviseerd voor symptoomvaliditeitstaken. Biedt tenminste twee verschillende op zichzelf staande symptoomvaliditeitstaken aan en gebruik ook zoveel mogelijk de beschikbare ingebouwde validiteitsindicatoren binnen bestaande tests. Voor de op zichzelf staande symptoomvaliditeitstaken geldt: neem deze niet allemaal na elkaar af maar op verschillende momenten, verspreid over het gehele testonderzoek. Aanbevolen wordt om bij aanvang maar bij voorkeur niet als eerste test, symptoomvaliditeitstaken af te nemen, zodat al in een vroeg stadium duidelijk wordt of er aanwijzingen zijn voor onderpresteren of overrapportage van klachten. Naast de validiteit van de cognitieve klachten zal ook de validiteit van de klachtenrapportage over het emotionele en gedragsmatige functioneren moeten worden gemeten.

Voor een gedegen overzicht van beschikbare tests en methoden om symptoomvaliditeit te meten, wordt verwezen naar Boone (2007), Sweet (2009) en het Handboek neuropsychologische diagnostiek (Bouma et al. 2012; Carone & Bush, 2012).

6. Handelwijze in geval van aanwijzingen voor onderpresteren

Er zijn twee manieren om te reageren als een onvoldoende score wordt behaald op een symptoomvaliditeitstaak:

1. Laat de onderzochte weten dat de eerste resultaten minder goed zijn dan past bij de presentatie, voorgeschiedenis of klachten. Motiveer de onderzochte persoon nogmaals zich goed in te zetten, omdat er anders geen uitspraken over het cognitief functioneren gedaan kunnen worden, wat niet in het belang is van de onderzochte. Biedt zo nodig een extra pauze aan. Belangrijk is niet de specifieke symptoomvaliditeitstaak te noemen, omdat hiermee de meetpretentie van de test wordt prijs gegeven.
2. Blijf onderzochte motiveren zich optimaal in te zetten, sneller te werken, etc, echter zonder te wijzen op de resultaten van de symptoomvaliditeitstaak.

De meningen over deze twee manieren van aanpak verschillen. Voor beide bestaan argumenten voor en tegen; er is nog geen wetenschappelijke of praktische consensus (Dandachi & Ponds, 2013).

Na een of twee afwijkende scores op symptoomvaliditeitstaken wordt geadviseerd om niet te stoppen maar altijd een korte testbatterij af te nemen. In het geval van onderpresteren is het niet mogelijk een reële inschatting van stoornissen in het cognitieve functioneren te geven. De prestaties op cognitieve taken in samenhang met symptoomvaliditeitstaken kunnen echter wel degelijk meer informatie over onderpresteren opleveren (zie paragraaf 'interpretatie testgegevens'). Daarbij geven de goede testresultaten wel informatie over cognitieve functies die intact zijn.

Bij aanwijzingen voor onderpresteren of overrapporteren van klachten kan de neuropsycholoog besluiten om extra symptoomvaliditeitstaken voor te leggen.

7. Interpretatie van de gegevens

Een (subjectieve) klacht is niet hetzelfde als een (objectiveerbare) afwijking of stoornis. De neuropsycholoog beoordeelt of de scores op neuropsychologische tests afwijken van de norm, of eventuele afwijkingen passen bij de veronderstelde oorzaak, en of er consistentie is tussen observaties, anamnese en testcores. Wanneer het psychodiagnostisch onderzoek valide is en er consistent afwijkende cognitieve scores worden gevonden binnen een of meer domeinen, dan impliceert dit nog niet dat de geobjectiveerde cognitieve stoornissen ook toe te schrijven zijn aan de veronderstelde aandoening of gebeurtenis (c.q. ongeval). Bij de vraagstelling wordt vaak verzocht een uitspraak te doen over de aannemelijkheid van de relatie tussen cognitieve stoornissen en de gebeurtenis of de aandoening. Het betreft hier in feite een causaliteitsvraag. Dit gaat verder dan het louter vaststellen en beschrijven van stoornissen. Over causaliteitsvragen kan alleen een uitspraak gedaan worden als de anamnese, de hetero-anamnese en het testonderzoek consistent met elkaar zijn en op een duidelijke verandering in het functioneren wijzen, en als er geen sprake is van verminderde symptoomvaliditeit.

Beoordeling validiteit van onderzoek

Een eerste beoordeling betreft de vraag of met het neuropsychologisch onderzoek een valide en accuraat beeld is verkregen van de cognitieve klachten en capaciteiten/stoornissen van de onderzochte persoon. Deze beoordeling berust op prestaties op symptoomvaliditeitsmaten in samenhang met gegevens van de anamnese, observatie en overige cognitieve prestaties. Indicaties voor een verminderde symptoomvaliditeit, naast positieve scores op de SVTs, zijn: (1) grove discrepanties tussen observaties enerzijds en cognitieve testprestaties en scores op klachtenlijsten anderzijds; (2) inconsistentie tussen testprestaties en aard of ernst van de aandoening of het letsel; (3) inconsistenties in het patroon van cognitieve testprestaties. Gegeven het feit dat de klinisch blik alleen onvoldoende betrouwbaar is om de validiteit te bepalen, wordt een zwaarder gewicht toegekend aan de uitslagen op symptoomvaliditeitstaken dan aan de beoordeling van inconsistenties. Bij interpretatie van symptoomvaliditeitstaken moet in acht worden genomen dat de empirische afkappunten bij symptoomvaliditeitstesten zo zijn gekozen dat de kans op een vals-positieve uitslag⁵ geminimaliseerd wordt. Dit betekent dat een afwijkende score een aanwijzing voor onderpresteren vormt maar dat een

⁵ Betreft een afwijkend lage score op een validiteitstaak terwijl de onderzochte zich wel heeft ingezet om zo goed mogelijk te presteren.

normale score onderpresteren niet uitsluit. Gezien het rappe tempo van wetenschappelijke kennisontwikkeling op het domein van symptoomvaliditeit, is het van belang dat de neuropsycholoog de literatuur bijhoudt. Het volstaat niet om enkel kennis te nemen van de originele validatiestudies zoals beschreven in testhandleidingen.

Met de beschikbare SVT's kan betrouwbaar vastgesteld worden of er sprake is van verminderde symptoomvaliditeit. Wanneer dit het geval is, kunnen de verkregen data niet gebruikt worden om (1) de aard en ernst van mogelijke cognitieve stoornissen vast te stellen; (2) uitspraken te doen over de aannemelijkheid van beperkingen als gevolg van een aandoening of gebeurtenis; (3) uitspraken te doen over prognose en behandelmogelijkheden. In de conclusie wordt dan vermeld dat er inconsistente bevindingen zijn gevonden, en deze worden toegelicht. Hierbij wordt vermeld dat de onderzochte onder zijn feitelijk niveau van kunnen heeft gepresteerd en dat zijn testprestaties geen valide weergave vormen van het actueel cognitief functioneren.

Er zijn verschillende oorzaken van verminderde symptoomvaliditeit, waarvan het aggraveren of simuleren er een van is. Op basis van de testcores alleen kan geen uitspraak worden gedaan over de intentionaliteit (behoudens wanneer er onder kansniveau wordt gepresteerd) noch over het motief van verminderde symptoomvaliditeit. De neuropsycholoog geeft antwoord op de vraagstelling en doet in het algemeen geen uitspraken over intentionaliteit.

8. Eisen aan de rapportage

In het algemeen dienen bij de verslaglegging de volgende punten in acht te worden genomen:

- Wees spaarzaam met vaktermen daar de gebruiker van het rapport doorgaans geen neuropsychologische achtergrond heeft.
- Houd er rekening mee dat het rapport ook door de onderzochte wordt gelezen.
- Geef voldoende informatie over werkwijze, gebruikte methoden en geraadpleegde bronnen, zodat het onderzoek en de conclusies verifieerbaar zijn.
- In uw anamnese en observatie dient u zich te beperken tot die zaken die relevant zijn voor beantwoording van de vraagstelling. Beperk u ook bij de verslaglegging tot die gegevens die relevant zijn voor de conclusie en beantwoording van de vraagstelling. Beantwoord geen vragen die niet gesteld zijn.
- De conclusie dient logisch en ondubbelzinnig voort te vloeien uit bespreking van de bevindingen. Indrukken volstaan hierbij niet; de conclusie dient onderbouwd te zijn met argumenten. U moet uw conclusies en antwoorden te allen tijde kunnen motiveren.
- Vermijd vaag taalgebruik zoals 'zou kunnen' en 'lijkt'. Maak een onderscheid tussen feiten en overwegingen in uw conclusie en beantwoording van de vragen.
- Bedenk dat u geen uitspraken kunt doen over zaken die niet op uw vakgebied liggen maar op het gebied van andere specialismen, zoals medische, psychiatrische, arbeidsdeskundige of juridische aspecten, rijbekwaamheid, en mate van invaliditeit in procenten.
- Wees terughoudend met aanbevelingen voor medisch onderzoek of behandeling.

9. Referenties

- Boone, K.B. (2012). *Clinical practice of forensic neuropsychology: An evidence-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Boone, K.B. (Ed.) (2007). *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective*. New York: The Guilford Press.
- Bouma, A. Mulder, J., Lindeboom, J. en Schmand, B. (2012). *Handboek Neuropsychologische Diagnostiek*. Amsterdam: Pearson.
- Bush, S.S., Ruff, R.M., Tröster, A.I., Barth, J.T., Koffler, S.P., Pliskin, N.H., Reynolds, C.R., & Silver, C.H. (2005). Symptom validity assessment: practice issues and medical necessity NAN policy & planning committee. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 419-426.
- Carone, D. A., Iverson, G. L., & Bush, S. S. (2010). A model to approaching and providing feedback to patients regarding invalid test performance in clinical neuropsychological evaluations. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 759-578.
- Carone, D. A., Iverson, G. L., & Bush, S. S. (2012). *Mild Traumatic Brain Injury: Symptom Validity Assessment and Malingering*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Dandachi-Fitzgerald, B., & Ponds, R. (2013). Onderpresteren en overrapporteren bij neuropsychologisch onderzoek: wat is de praktijk. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 8, 2-16.
- Giard, R. (2014). Dwalende deskundigen: over de persoon achter het deskundigenonderzoek. *Expertise en Recht*, 3, 88 – 93.
- Heilbronner, R.L., Sweet, J.J., Morgan, J.E., Larrabee, G.J., Millis, S.R., & Conference Participants. (2009). American Academy of Clinical Neuropsychology consensus conference statement on the neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *Clinical Neuropsychology*, 23, 1093-1129.
- McMillan, T. M., Anderson, S., Baker, G., Berger, M., Powell, G. E., & Knight, R. (2009) *Assessment of effort in clinical testing of cognitive functioning for adults*. Leicester, UK: British Psychological Society.
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 2010. *Algemene Standaard Testgebruik*. Amsterdam: NIP
- Slick, D.J., Sherman, E.M.S., & Iverson, G.L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The*

Clinical Neuropsychologist, 13, 545 – 561.

Sweet, J.J. (2009). Appendix: Forensic bibliography: Effort/malingering and other common forensic topics encountered by clinical neuropsychologists. In J.E. Morgan & J.J. Sweet (Eds.), *Neuropsychology of malingering casebook* (pp. 566 – 630). New York: Psychology Press.

Van den Doel, E.M.H., Kremer, H.P.H., Mulkens, P.M.G.A.W., Niewold, J., Siegers, H.P., Tacke, T.J., & Vermeulen, M.B.M. (2013). *De Nederlandse richtlijn voor de bepaling van functieverlies en beperkingen bij neurologische aandoeningen*. Utrecht, Nederland: Nederlandse Vereniging voor Neurologie.

Van Zomeren, E., & Van Strien, E. (2006). Expertise. In: B. Deelman, P. Eling, F. de Haan, & F. van Zomeren (red.). *Klinische neuropsychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.