

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 072/2019

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 6 maart 2020 naar aanleiding van de op 12 april 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door C te D,

k l a a g s t e r

-tegen-

E, verzekeringsarts, (destijds) werkzaam te F,
bijgestaan door mr. T.A.M. Oosterhout, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 28 juni 2019 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek met als bijlage het 'commentaar op verweer' van de zijde van klaagster;
- de brief van de gemachtigde van beklagde met als bijlage door beklagde gedane correcties op het proces-verbaal van 28 juni 2019;
- de op verzoek van het college door beklagde ingezonden en door het college op 16 januari 2020 ontvangen stukken.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 24 januari 2020, waar zijn verschenen klaagster en beklagde, beiden vergezeld van hun gemachtigde hiervoor genoemd.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan:

Klaagster is op 1 september 2015 uitgevallen voor haar werk als oogarts (in loondienst) met klachten als gevolg van, wat later bleek, een neuralgische amyotrofie van de linker plexus brachialis. Per einde wachttijd is klaagster door het UWV uiteindelijk een uitkering toegekend op grond van de regeling Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (hierna: IVA-uitkering).

In het kader van een aanvullende verzekering van klaagster heeft G (hierna: de verzekeraar) beklagde opdracht gegeven verzekeringsgeneeskundig onderzoek te doen en antwoord te geven op een aantal door de medisch adviseur van de verzekeraar geformuleerde vragen. Als bijlagen bij de opdracht waren gevoegd:

- een rapportage van de bedrijfsarts van 17 juni 2016 en 20 januari 2017;
- informatie van H, neuroloog, van 14 juli 2016;
- informatie van I, revalidatiearts, van 23 januari 2017;
- een arbeidsdeskundig rapport van registerarbeidsdeskundige J;
- rapportage(s) van K, neuroloog van 6 december 2017 en 9 juli 2018.

Beklaagde heeft klaagster op 27 september 2018 op haar spreekuur gezien. Klaagster werd daarbij vergezeld door haar gemachtigde, die ook verzekeringsarts is.

Na het spreekuur heeft beklagde het gespreksverslag aan klaagster gestuurd. Klaagster heeft hierop correcties gemaakt en aanvullingen gegeven die door beklagde zijn verwerkt in haar verzekeringsgeneeskundige rapportage van 6 november 2018.

Beklaagde heeft in haar advisering geconcludeerd dat aannemelijk is dat sprake is van beperkingen als rechtstreeks gevolg van de neuralgische amyotrofie en specifieke klachten van het heupgebied. Zij schrijft daarover:

“Ik stel een lichte functiestoornis vast van de linkerhand en linkerschouder, die gevolgen heeft voor de dynamische en statische belastbaarheid van deze – niet dominante – zijde. Op basis van het medische feitencomplex kan worden aangenomen dat de innervatie van de musculatuur die de linkerhand en –schouder bedient partieel beschadigd is geraakt. Er is echter nog wel een redelijke functie over, waardoor de beperkingen pas aan het licht komen bij zware of repetitieve belasting van linkerhand en/of –schouder. Er mag worden verondersteld dat de spiervezels die nog wel geïnnerveerd zijn normaal functioneren, voor wat betreft hun belastbaarheid, herstelduur en trainbaarheid. Er is immers geen sprake van een spierziekte, maar van een aandoening van de zenuwen.

Ik kan op basis van de objectiva niet vaststellen dat er beperkingen zijn aan rechterzijde (schouder/arm). De ziektegeschiedenis van het acute stadium wijst niet op betrokkenheid van de rechterzijde bij de neuralgische amyotrofie. De revalidatiearts maakt éénmalig melding van betrokkenheid van de rechterzijde, terwijl niet blijkt waarop hij dat baseert. Bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek valt geen beperking van de duurbelastbaarheid op van de rechterzijde.”

Beklaagde heeft vervolgens beperkingen aangenomen op (herhaling van) grijp/knijpkracht van de linkerhand, belaste kort cyclische, repeterende handelingen voor de linkerhand, krachtige schroefbewegingen met de linkerhand, frequent reiken links, duwen en trekken links, tillen of dragen, frequent lichte voorwerpen hanteren links, frequent zware lasten hanteren (niet mogelijk), lopen, staan, klimmen en boven schouderhoogte actief zijn.

Over het aangewezen zijn van een beperking in uren heeft beklagde het volgende genoteerd:

“Als met bovenstaande beperkingen rekening wordt gehouden, is er – getoetst aan de verzekeringsgeneeskundige standaard duurbelasting in arbeid – geen indicatie voor een medische urenbeperking. Er is immers geen sprake van een aandoening die gepaard gaat met een aantasting van de energiehuishouding. Ik acht het niet plausibel dat een licht verminderde duurbelastbaarheid van de linkerschouder en –arm leidt tot een geheel verminderde energetische belastbaarheid. Verzekerde is evenmin door noodzakelijke medische behandelingen verminderd beschikbaar voor arbeid.”

De door verzekerde geclaimde noodzaak te gaan liggen gedurende de dag kan ik vanuit het medische feitencomplex niet onderschrijven. Tijdens zitten, staan of lopen is het mogelijk de spieren voldoende te ontspannen om te kunnen herstellen van inspanning. Er is geen specifieke medische reden haar bedrust te adviseren gedurende de dag. Als het verzekerde niet lukt voldoende te ontspannen, dan dient dit te worden gezien als een persoonlijke factor die het functioneren beïnvloedt, maar niet als een ‘rechtstreeks gevolg van ziekte’.”

Beklaagde heeft in haar rapportage verder geconcludeerd dat de re-integratiebegeleiding onvoldoende is geweest omdat de uitvoering van de urenopbouw niet tijdcontingent maar volledig klachtcontingent was.

Op de vraag naar een analyse van de stagnatie van herstel en re-integratie heeft beklagde geantwoord:

“[...] Verzekerde is in een revalidatiebehandeling gekomen waarin er – zo begrijp ik van verzekerde – sprake is geweest van een zeer voorzichtige aanpak. In het acute stadium van een neuralgische amyotrofie is dat een juiste aanpak, maar verzekerde verkeerde niet meer in het acute stadium toen zij begon met de revalidatie. Deze voorzichtige aanpak heeft mogelijk catastroferende cognities in de hand gewerkt of versterkt. Verzekerde duidt pijnklachten in het nek/schouder/arm-gebied als pathologische pijn, ten teken van overbelasting. Dat leidt tot vermijding van activiteiten en de ervaren noodzaak tot het nemen van rust: een neerwaartse spiraal van steeds verdergaande deconditionering en inactiviteit.”

Gezien het – voor wat betreft de belasting van de bovenste extremiteiten – inactieve dagverhaal en de lokalisatie van de pijnklachten (de aanhechtingen van de spieren in plaats van de spieren zelf), is het naar mijn mening waarschijnlijker dat de klachten zijn toe te schrijven aan ‘disuse’ in plaats van aan overbelasting. Daardoor zijn er mogelijk ook klachten aan rechterzijde ontstaan, terwijl rechts geen sprake is geweest van een typische neuralgische amyotrofie. Juist bij ‘disuse’ zijn ‘graded activity’ en een tijdcontingente opbouw van de werkweek adequaat om de belastbaarheid te verbeteren en de pijnklachten op termijn te doen afnemen.”

Na afronding van de rapportage heeft beklagde de beschikking gekregen over een aan haar gerichte brief d.d. 7 november 2018 van de behandelend revalidatiearts. De revalidatiearts heeft in deze brief geconcludeerd dat sprake is van:

“fors beperkte duurbelasting van arm en hand bij status na doorgemaakte episode neuralgische amyotrofie met mogelijk ook recidief episoden. Hiermee ook forse beperkingen in algemeen energieniveau en beperkingen in alle ICF domeinen. Geen verdere verbetering te verwachten.”

Beklaagde heeft op 21 november 2018 op deze brief gereageerd met de conclusie dat – kort weergegeven – de brief geen nieuwe feiten of omstandigheden vermeldt en dat de conclusie van de revalidatiearts niet logisch voortvloeit uit de medische feiten. Zij heeft daarbij opgemerkt dat de brief van de revalidatiearts veel weg heeft van een ‘medische verklaring’ ter ondersteuning van de claim van klagster.

Bij brief van 12 december 2018 heeft klagster bezwaar gemaakt tegen de rapportage van beklagde. Zij is daarin uitgebreid ingegaan op de door beklagde geformuleerde conclusies. Als bijlage heeft zij toegevoegd een (medisch inhoudelijke) reactie van haar gemachtigde.

Beklaagde heeft bij brief van 14 januari 2019 gereageerd op het schrijven van klagster. Zij heeft in haar reactie gemotiveerd aangegeven dat het schrijven van klagster niet tot een andere conclusie of wijziging van haar rapportage leidt. Deze reactie is door de medisch adviseur van de verzekeraar op 4 februari 2019 doorgestuurd aan klagster.

Klagster heeft bij brief van 28 maart 2019 een reactie gegeven op – onder meer – de brief van beklagde van 14 januari 2019. Deze reactie is door de verzekeraar niet aan beklagde doorgestuurd.

De verzekeraar heeft uiteindelijk in december 2019 de claim op een aanvullende uitkering gehonoreerd.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klagster verwijt beklagde - zakelijk weergegeven - dat:

- a. haar conclusies in haar rapportage en de reactie op de bezwaren van klagster medisch niet correct en onvoldoende onderbouwd zijn en dat zij niet is ingegaan op alle door klagster in haar bezwaarschrift naar voren gebrachte argumenten;
- b. zij onvoldoende kennis heeft van Neuralgische Amyotrofie en relevante informatie niet bij de beoordeling heeft betrokken waardoor zij de resterende functionele mogelijkheden van klagster (FML) onjuist heeft vastgesteld;
- c. zij de werkzaamheden van collega-artsen en therapeuten op een onbehoorlijke en onprofessionele wijze beoordeelt, zoals het afdoen van de brief van de revalidatiearts van 7 november 2018 als een ‘medische verklaring’;
- d. zij ten onrechte vasthoudt aan haar mening dat de revalidatie niet goed is verlopen (te voorzichtig c.q. slechts klachtencontingent).

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert - zakelijk weergegeven - aan dat de omstandigheid dat klaagster het niet eens is met haar argumenten en conclusies niet betekent dat haar rapportage niet medisch correct en goed onderbouwd is. Beklaagde heeft kennisgenomen van alle dossiergegevens, inclusief bevindingen, conclusies en meningen van betrokken behandelaren, de bedrijfsarts en het re-integratiebedrijf. Het is vervolgens aan haar om tot een zelfstandig oordeel te komen met betrekking tot de aan haar gestelde vragen. Het vaststellen van de belastbaarheid is het professionele terrein van een verzekeringsarts. Beklaagde heeft gemotiveerd waarom zij op het gebied van de belastbaarheid van de rechterhand, de urenbeperking en de geclaimde noodzaak te gaan liggen, afwijkt van door de revalidatiearts gerapporteerde beperkingen.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Bij de beoordeling van de vraag of een advies van een arts voldoet aan de daaraan te stellen eisen dienen de volgende criteria in aanmerking te worden genomen:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het college toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

5.2

Klaagster bestrijdt onder klachtonderdeel a, b en d de door beklagde getrokken conclusies in die zin dat beklagde volgens klaagster niet voldoende gemotiveerd heeft waarom zij aan medische feiten bepaalde gevolgtrekkingen verbindt en dat zij argumenten van klaagster naast zich neerlegt in de rapportage. Vaststaat dat beklagde wel beperkingen heeft aangenomen op grond van de ziekte van klaagster; klaagster is het evenwel niet eens met de omvang van de door beklagde gestelde beperkingen waar beklagde geen urenbeperking heeft aangenomen (klachtonderdeel a). Verder is klaagster het niet eens met het gegeven dat beklagde een andere visie heeft op hoe de revalidatie is verlopen (enkel klachtcontingent) en daaraan conclusies verbindt (klachtonderdeel d). Dit heeft in de visie van klaagster, naast het feit dat beklagde onvoldoende kennis heeft van neuralgische amyotrofie (NA), geleid tot het tot stand

komen van een onjuiste FML (klachtonderdeel b). Het college bespreekt deze drie klachtonderdelen gezamenlijk.

Het college stelt voorop dat hoe medische feiten en omstandigheden worden gewogen in het kader van de beoordeling van de belastbaarheid is opgedragen aan beklaagde als verzekeringsarts. Discussie over conclusies of verschil van inzicht over al dan niet aangenomen beperkingen leidt niet zonder meer tot tuchtrechtelijke verwijtbaarheid, enkel als door beklaagde niet is gehandeld in overeenstemming met wat onder 5.1. is overwogen.

Het college is in zijn algemeenheid van oordeel dat uit de rapportage van beklaagde, alsmede de onderliggende stukken van de procedure die tot deze rapportage geleid heeft, blijkt dat beklaagde uitgebreid dossiergegevens heeft ontvangen, daaronder beschikbare gegevens en conclusies van de behandelend sector, de bedrijfsarts, het re-integratiebedrijf en een neurologische expertise. Verder blijkt uit de rapportage dat beklaagde op deze ontvangen informatie acht heeft geslagen door in de dossiersamenvatting de bevindingen hierover weer te geven.

De klacht onder a spitst zich toe op het niet aannemen van een medische urenbeperking. Kort gezegd komt beklaagde op grond van de aandoening van klaagster niet tot de conclusie dat er sprake is van een aantasting van de energiehuishouding. De geclaimde noodzaak tot liggen gedurende de dag is niet medisch te onderbouwen. Beklaagde heeft getoetst aan de richtlijn "duurbelastbaarheid in arbeid". De door beklaagde ten aanzien van de duurbelasting overwogen medische feiten en omstandigheden zijn door beklaagde in haar rapportage uitgebreid weergegeven. De hieruit vervolgens getrokken conclusies acht het college verdedigbaar. In de rapportage heeft beklaagde de geconstateerde functiestoornis links op basis van eigen lichamelijk onderzoek beschreven en overwogen, met inachtneming van de ziektehistorie.

Verder heeft beklaagde onder punt 5 van haar rapportage haar bevindingen met betrekking tot de in haar ogen niet goed verlopen revalidatie van beklaagde weergegeven en overwogen; haar conclusies ten aanzien van (ontbreken van) tijdcontingente opbouw en onvoldoende effectieve klachtcontingente opbouw zijn navolgbaar. Omdat er weinig informatie was over de revalidatie (een revalidatieverslag ontbrak) heeft beklaagde klaagster de gelegenheid gegeven dit nog op te vragen; toen bleek dat een multidisciplinair rapport niet voorhanden bleek heeft beklaagde de rapportage afgerond (zie hieronder 5.3). Het college acht de rapportage van beklaagde onderbouwd en inzichtelijk; de door haar getrokken conclusies ten aanzien van de aangenomen beperkingen op basis van de medische feiten en wat zij heeft overwogen ten aanzien van de revalidatie zijn te billijken.

Ten aanzien van klachtonderdeel b overweegt het college dat het feit dat beklaagde geen expert is op het gebied van NA niet maakt dat zij niet als verzekeringsarts een medische rapportage kan opmaken. Beklaagde heeft naar voren gebracht studie te hebben gedaan met betrekking tot NA en ervaring met betrekking tot deze aandoening te hebben opgedaan als verzekeringsarts. Bovendien had beklaagde de beschikking over een recente neurologische expertise. Beklaagde heeft NA als een aandoening aan de zenuwen geïdentificeerd, met, secundair aan innervatieproblemen, spieratrofie. Verder heeft beklaagde de aandoening NA niet geïdentificeerd als een aandoening die gepaard gaat met een aantasting van de energiehuishouding. Beklaagde heeft beperkingen links

aangenomen in de FML; het college is van oordeel dat de hierin getrokken conclusies op basis van lichamelijk onderzoek navolgbaar zijn.
Gelet op het voorgaande zijn klachtonderdelen a, b en d ongegrond.

5.4

Het klachtonderdeel onder c ziet op de vraag of het handelen van beklaagde als onbehoorlijk of onprofessioneel aan te merken is ten aanzien van een collega-arts. Het college begrijpt dit klachtonderdeel zo dat klaagster de medische informatie van collega-artsen onvoldoende serieus neemt. Meer specifiek ziet de klacht op de wijze van afdoen door beklaagde van de brief van de revalidatiearts van klaagster van 7 november 2018. Deze brief ontving beklaagde daags na het afronden van de geneeskundige rapportage. In de aanloop daarnaar toe heeft beklaagde klaagster nog de gelegenheid geboden met een meer omvattend multidisciplinair eindverslag van het revalidatietraject te komen. Toen dit uitbleef, omdat uitgebreide verslaglegging niet aanwezig was, heeft beklaagde haar rapportage afgerond. Vervolgens verscheen alsnog, op verzoek van klaagster, de brief van de revalidatiearts. Beklaagde heeft, met inachtneming van deze brief, een aanvulling op haar rapportage gegeven op 21 november 2018 inhoudende “dat de brief geen nieuwe feiten of omstandigheden vermeldt” en verder “dat de conclusies in de brief niet logisch voortvloeien uit de medische feiten”. Beklaagde concludeert vervolgens dat de brief een medische verklaring lijkt ter ondersteuning van de claim van verzekerde (klaagster). Het college is van oordeel dat, hoewel de woordkeuze wat ongelukkig is en beklaagde had kunnen volstaan met te vermelden dat zij andere conclusies heeft getrokken op basis van de medische feiten of dat de brief niet leidt tot een ander oordeel omdat zij deze gevolgtrekkingen niet deelt, beklaagde niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld ten aanzien van een collega-arts door daarnaast nog op te schrijven dat de brief “lijkt op een medische verklaring”. Daarbij overweegt het college tevens dat het feit dat beklaagde de nagekomen brief nog heeft meegenomen in een aanvulling op haar rapportage, van professionaliteit en zorgvuldigheid getuigt.

5.5

Gelet op het voorgaande dient als volgt te worden beslist.

6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door F. van der Maden, voorzitter, J.C.J. Dute, lid jurist, H.A.M. Veneman, J. Buitenhuis, en C.A.W.M. Hertog, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of

- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.