

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4298

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG ZWOLLE

Beslissing van 13 december 2022 op de klacht van

**A**,  
wonende te B,  
klager,  
tegen  
**C**,  
verzekeringsarts en bedrijfsarts,  
werkzaam te D,  
beklaagde, hierna ook: de verzekeringsarts.

#### 1. KERN VAN DE ZAAK EN DE BESLISSING

##### 1.1

De klacht gaat over een verzekeringsgeneeskundige rapportage over klager die is opgemaakt door de beklagde.

##### 1.2

Het college verklaart de klacht kennelijk ongegrond omdat de verzekeringsarts voldoende lichamelijk onderzoek heeft gedaan. Ook is niet gebleken dat dit onderzoek niet onafhankelijk van het UWV heeft plaatsgevonden.

##### 1.3

Hieronder vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna legt het college de beslissing uit.

#### 2. DE PROCEDURE

Het college heeft de volgende stukken ontvangen en gelezen:

De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

De zaak is behandeld in raadkamer op 8 november 2022.

#### 3. UITLEG VAN DE BESLISSING

##### 3.1 *Welke normen gelden bij de beoordeling?*

Het college moet de vraag beantwoorden of de verzekeringsarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een 'redelijk bekwame beroepsuitoefening'. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen (bijvoorbeeld richtlijnen en protocollen) en de stand van de wetenschap op het moment van het handelen door de zorgverlener.

Daarnaast zijn er eisen die aan een rapportage worden gesteld:

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 verzekeringsarts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de verzekeringsarts in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

### **3.2 De feiten**

Klager, geboren in 1972, heeft beroep ingesteld bij de Rechtbank E tegen een besluit van het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (UWV). In die procedure gaat het om een besluit gebaseerd op de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA).

De rechtbank E heeft de verzekeringsarts, als onafhankelijk deskundige, benoemd en verzocht gemotiveerd antwoord te geven op zes vragen.

Op 23 november 2020 heeft de verzekeringsarts het deskundigenrapport uitgebracht. Zoals blijkt uit het rapport, heeft de verzekeringsarts klager thuis bezocht op 18 augustus 2020 en het dossier bestudeerd. Hierna volgen delen van het rapport die van belang zijn voor de beoordeling van de klacht:

#### **“Onderzoeksbevindingen**

(...)

*Tijdens het gesprek beweegt hij hoofd, nek, schouders en armen op een normale wijze. Bij onderzoek zijn lichte beperking bij heffen van de armen boven 90°, in eerste instantie het aangeven van pijn en later ook lichte weerstand bij bewegen. De kracht aan de rechterarm is dat verlaagd ten opzichte van links. Verdere afwijkingen zijn niet waarneembaar.*

#### **Gegevens verkregen van de Rechtbank:**

##### **Medische informatie:**

(...)

##### **Documenten UWV**

(...)

##### **Overweging:**

*Bij betrokkene spelen tegelijkertijd meerdere gezondheidsproblemen. Hij heeft na een aanrijding in mei 2014 nek- en schouderklachten, waarvoor hij in november 2015 een operatieve ingreep heeft ondergaan. Tevens is er sprake van depressieve gevoelens met in 2017 de diagnose matige depressie. Er is sprake van persoonlijkheidskenmerken, waarbij de diagnose autismespectrumstoornis past. Hij heeft verder een recidiverende verlamming van de aangezichtsspieren, met als diagnose Parese van Bell (Bell's palsy).*

(...)

*Dit leidt tot de conclusie, dat ik mij kan verenigen met de beperkingen, zoals door verzekeringsarts [achternaam verzekeringsarts bezwaar&beroep, RTG] op 11 januari 2019 geformuleerd. In zijn medisch onderzoek zijn alle relevante aspecten voldoende*

*belicht, en op een correcte wijze vertaald naar beperkingen voor functioneren. Het gegeven, dat betrokkene op een overtuigende wijze aangeeft zichzelf meer beperkt te achten, is meer te duiden als een uiting van onrecht, dan te verklaren op basis van de aanwezige gevolgen van ziekte.*

*Bij beschouwen van de functies, waarvoor hij geschikt wordt geacht blijkt, dat deze functies vooral meer technisch gericht zijn, beperkt contact met klanten en collega's kennen en passen bij de lichamelijke beperkingen. Deze functies worden dus terecht als passend beschouwd.*

**Beantwoording vraagstelling :**

**3. Welke als ziekte of gebrek aan te merken afwijkingen in zijn gezondheidstoestand heeft eiser nu?**

*Als ziekte of gebrek zijn aan te merken de autismspectrumstoornis, matige depressie, en een rotator-cuff-insufficiëntie van de rechterschouder. Daarnaast bestaat Bell's palsy.*

**2. Welke van belang zijnde, als ziekte of gebrek aan te merken, afwijkingen in zijn gezondheidstoestand had eiser op de in het geding van belang zijnde datum 2 november 2017?**

*Op 2 december 2017 was er sprake van een matige depressie bij een autismspectrumstoornis, en een rotator-cuff-insufficiëntie van de rechterschouder.*

**3. Bent u, gelet op het antwoord op vraag 2, van mening dat er meer beperkingen gelden voor eiser dan de verzekeringsarts bezwaar & beroep [achternaam verzekeringsarts bezwaar&beroep, RTG] heeft vastgesteld in de FML van 11 januari 2019? (...) Zie in dit verband ook het door hem opgestelde rapport van dezelfde datum en zijn aanvullende rapport van 21 maart 2019. U wordt verzocht expliciet aandacht te besteden aan hetgeen hiervoor is vermeld over de bij de rechtbank bestaande twijfel over de juistheid van de medische beoordeling en de inhoud van de gronden van beroep van 15 februari 2019 en het door tijdens de zitting van 14 november 2019 naar voren gebrachte te betrekken.**

*Er gelden op 11 januari 2019 beperkingen, gelijkloidend aan de beperkingen zoals gesteld door verzekeringsarts bezwaar en beroep [achternaam verzekeringsarts bezwaar&beroep, RTG]. Deze beperkingen worden door mij gesteld op basis van eigen onderzoek en van alle aanwezige documenten, inclusief de documenten die aanleiding zijn tot twijfel over de juistheid van de medische beoordeling. Deze geven mij geen aanleiding tot een andere conclusie te komen.*

**4. Indien u van mening bent dat er meer beperkingen gelden voor eiser dan de verzekeringsarts bezwaar en beroep [achternaam verzekeringsarts bezwaar&beroep, RTG] heeft aangenomen, op welke punten van de FML en om welke reden is dat volgens u het geval? Wilt u daarbij inzichtelijk maken wat naar uw mening bestaande beperkingen zijn?**

*Niet van toepassing, gezien antwoord op vraag 3.*

**5. Acht u een nader onderzoek door een andere deskundige gewenst? Zo ja, om welke nog ter beantwoording staande vragen gaat het daarbij volgens u? Op het terrein van welk specialisme liggen deze vragen?**

*Ik acht geen nader onderzoek door een andere deskundige gewenst.*

*(...)"*

**3.3 De klacht en het verweer**

Klager verwijt de verzekeringsarts:

5. dat hij bevooroordeeld heeft gehandeld en niet onafhankelijk van het UWV;
6. dat hij onvoldoende lichamelijk onderzoek heeft gedaan op 18 augustus 2020;
8. dat hij geen informatie van klager heeft gelezen of aangenomen, ook geen nadere informatie bij de behandelaars heeft opgevraagd en zich alleen heeft gebaseerd op informatie van het UWV;
11. dat hij heeft aangegeven dat verder onderzoek niet gewenst is;
15. dat hij een onjuiste inschatting heeft gemaakt.

De verzekeringsarts heeft aangegeven dat hij onafhankelijk verzekeringsarts is en alleen in een ver verleden bij het UWV heeft gewerkt. Het lichamelijk onderzoek op 18 augustus 2020 was een gericht onderzoek naar de lichamelijke en geestelijke gezondheid van klager, zoals die is weergegeven in de richtlijnen voor verzekeringsartsen. Er was voldoende informatie in het dossier en er bestond geen aanleiding nadere informatie op te vragen. Er was geen verwachting dat dit nieuwe gegevens zou kunnen opleveren.

Dat er geen verder onderzoek gewenst was, is een antwoord op de vraag van de rechtbank of onderzoek door een andere deskundige gewenst was. De verzekeringsarts heeft getracht zorgvuldig onderzoek te doen en ook zorgvuldig te zijn in zijn communicatie met klager. De verzekeringsarts betreurt het dat klager zich beetgenomen voelt; het is hem kennelijk niet gelukt dit over te brengen.

De verzekeringsarts heeft er begrip voor dat klager vindt dat hij een foute inschatting heeft gemaakt. De verzekeringsarts meent echter dat hij alle noodzakelijke gegevens heeft verzameld, deze zorgvuldig heeft gewogen en een gemotiveerd oordeel heeft gevormd. De verzekeringsarts heeft daarbij gebruik gemaakt van de gegevens die bij de rechtbank aangeleverd waren, dus zowel van het UWV als klager. Er was ook voldoende informatie uit de behandelend sector aanwezig. De verzekeringsarts concludeert dat hij zorgvuldig heeft gehandeld.

### *3.4 De overwegingen van het college*

#### *3.4.1 Klachtonderdeel 1 (onafhankelijkheid en onpartijdigheid)*

Naar het college begrijpt, is de klacht dat de verzekeringsarts bevooroordeeld is geweest in zijn onderzoek erop gebaseerd dat de verzekeringsarts bij het UWV in dienst is geweest en dat hij in de visie van klager geen serieus onderzoek heeft uitgevoerd.

Het college ziet echter geen reden om te twijfelen aan de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de verzekeringsarts. Zoals in het verweerschrift is vermeld, heeft de verzekeringsarts van 1983-2000 gewerkt bij het UWV en van 2005-2012 nog als zelfstandig verzekeringsarts opdrachten uitgevoerd bij het UWV. Hij is nu volledig werkzaam als zelfstandig bedrijfs- en verzekeringsarts en al vele jaren heeft hij geen opdrachten vanuit het UWV uitgevoerd. Andere gegevens zijn het college hierover niet gebleken. Dat de verzekeringsarts in het (verdere) verleden werkzaam is geweest voor het UWV, wil niet zeggen dat dit invloed op zijn handelen of oordelen in de zaak van klager heeft gehad. De wijze waarop de verzekeringsarts het onderzoek heeft uitgevoerd, geeft ook geen reden tot twijfel aan zijn onpartijdigheid. Klachtonderdeel 1 is dus ongegrond.

#### *3.4.2 Klachtonderdeel 2 (zorgvuldigheid lichamelijk onderzoek)*

Klager voert aan dat de verzekeringsarts het lichamelijk onderzoek heeft uitgevoerd bij klager terwijl hij zijn kleding aan had. Volgens klager is dat geen (echt) onderzoek. Hoewel het college zich kan voorstellen dat klager dit zo heeft ervaren, gaat de klacht hierover niet op. Volgens de geldende richtlijnen[1] omvat het medisch onderzoek van

de verzekeringsarts een gericht lichamelijk onderzoek naar de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de cliënt. De verzekeringsarts beoordeelt of de bevindingen in overeenstemming zijn met al bekende gegevens en met wat de cliënt over zijn beperkingen heeft meegedeeld. Afhankelijk van de plausibiliteit en consistentie van verkregen informatie en indrukken (observaties) bepaalt de verzekeringsarts de uitgebreidheid van het onderzoek. Zoals de verzekeringsarts heeft aangevoerd, was bij de opdracht van de rechtbank al veel documentatie verstrekt, waaronder het expertiserapport van een orthopedisch chirurg, de onderzoeken door het UWV en de medische informatie die het UWV had ingewonnen en/of die klager zelf in de procedure bij de rechtbank had ingebracht. De verzekeringsarts heeft terecht aangenomen dat een uitgebreid lichamelijk onderzoek weinig toegevoegde waarde zou hebben. Op basis van het dossier en de mededelingen van klager richtte het onderzoek zich vooral op de copingstijl van klager en op de functionaliteit van de nek/schouders/armen. Het onderzoek daarnaar kon worden uitgevoerd zonder dat klager zich hoefde uit te kleden. In combinatie met de anamnese en de beschikbare gegevens uit het dossier was dit voldoende om een antwoord te kunnen geven op de door de rechtbank gestelde vragen. De verzekeringsarts heeft daarmee een geschikte onderzoeksmethode toegepast om de vraagstelling te beantwoorden. Klachtonderdeel 2 is dus ook ongegrond.

#### 3.4.3 *Klachtonderdeel 3 (gebruikte informatie)*

In het rapport is alle informatie vermeld die de verzekeringsarts heeft verkregen van de rechtbank. Zoals de verzekeringsarts heeft vermeld, betreft dit - naast documenten van het UWV - uitgebreide medische informatie die het UWV heeft ingewonnen en/of die klager zelf heeft ingebracht. De verzekeringsarts heeft in het rapport de korte inhoud van al deze stukken vermeld. Voor de klacht dat de verzekeringsarts bepaalde informatie niet heeft aangenomen of gelezen, ziet het college geen goede grond. Het college kan verder volgen dat de verzekeringsarts, gelet op de beschikbare informatie, geen aanleiding heeft gezien om nog informatie bij behandelaars op te vragen. Zoals blijkt uit het rapport, zijn verder niet alleen documenten van het UWV gebruikt, maar is ook alle medische informatie meegenomen die was aangeleverd bij de rechtbank (ongeacht wie deze heeft verstrekt). Voor de klacht dat de verzekeringsarts zich alleen heeft gebaseerd op informatie van het UWV bestaat daarom ook onvoldoende grond. Klachtonderdeel 3 treft dus geen doel.

#### 3.4.4 *Klachtonderdeel 4 (geen verder onderzoek gewenst)*

De verzekeringsarts heeft in zijn rapport antwoord gegeven op de vraag van de rechtbank of er nader onderzoek door een andere deskundige gewenst is en, zo ja, om welke vragen het gaat en op het terrein van welk specialisme deze vragen liggen. Het gaat er daarbij dus alleen om of de verzekeringsarts het, gelet op zijn bevindingen, nodig vindt dat er nog een andere deskundige wordt ingeschakeld om de vragen over de functionele mogelijkheden en beperkingen van klager te kunnen beantwoorden. Het gaat er niet om of verder onderzoek in het kader van de behandeling nodig is. Het college kan volgen dat de verzekeringsarts nader onderzoek door een andere deskundige om de vragen van de rechtbank te beantwoorden niet nodig heeft geacht. Klachtonderdeel 4 slaagt dus ook niet.

#### 3.4.5 *Klachtonderdeel 5 (juiste/onjuiste inschatting)*

Naar het oordeel van het college voldoet de rapportage aan de eisen zoals vermeld in 3.1. Het onderzoek van de verzekeringsarts kan daarmee uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets doorstaan. Op basis van zijn

bevindingen heeft de verzekeringsarts verder in redelijkheid tot de conclusies kunnen komen zoals weergegeven in de beantwoording van de vraagstelling van de rechtbank.

De klacht dat de verzekeringsarts een onjuiste inschatting van de beperkingen van klager heeft gegeven, gaat dus ook niet op.

### 3.5. Conclusie

De klacht is kennelijk ongegrond.

## 4. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht kennelijk ongegrond.

Aldus gegeven door H.L. Wattel, voorzitter, H.A.M. Veneman en C.W.M. Hosmus, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van J.W. Sijnstra-Meijer, 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.

[1] Onderzoeksmethoden standaard van het Landelijk instituut sociale verzekeringen.