

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: H2022/4034

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG 'S-HERTOGENBOSCH

Beslissing van 27 juni 2023 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klaagster,
bijgestaan door C, echtgenoot van klaagster,
tegen
D,
verzekeringsarts,
werkzaam in E,
verweerster, hierna ook: de verzekeringsarts,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. De zaak in het kort

1. De klacht is gericht tegen een verzekeringsarts. Kort gezegd verwijt klaagster de verzekeringsarts een onvolledig onderzoek te hebben verricht op 16 september 2021 en een onzorgvuldig rapport te hebben uitgebracht.

2. Het college komt tot het oordeel dat de klacht gegrond is en legt aan de verzekeringsarts als maatregel een berisping op. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2. Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2. Het klaagschrift is ontvangen door het Regionaal Tuchtcollege Den Haag en doorgestuurd naar het Regionaal Tuchtcollege 's-Hertogenbosch. De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. De zaak is – met instemming van partijen – in Zwolle behandeld op de openbare zitting van 16 mei 2023. Partijen zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. De gemachtigden hebben pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

2.4 Klaagster heeft ook een klacht ingediend tegen een bedrijfsarts. Deze zaak heeft zaaknummer Z2022/4046. Op 28 februari 2023 is op die klacht beslist.

3. De feiten

3. Klaagster, geboren in 1960, viel op 10 augustus 2021 uit voor haar werk als locatiemanager (40 uur per week) in een verpleeghuis.

Op 12 augustus 2021 heeft de bedrijfsarts aan klaagster, naar aanleiding van haar verzoek van gelijke datum om een IVA aanvraag, per e-mail laten weten (alle citaten inclusief type- en taalfouten):

“U doelt mogelijk op een zogenaamde IVA aanvraag die gedaan wordt bij volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bijvoorbeeld in geval van beperkte levensverwachting. Indien er nog sprake is van resterende arbeidsmogelijkheden in aangepast werk, dan is er vaak geen sprake van de criteria voor de IVA aanvraag. Het feit dat u uw huidige werk niet meer volhoudt leidt niet automatisch tot een IVA aanvraag. (...)

Het feit dat u al over een IVA aanvraag spreekt doet mij des te sterker vermoeden dat u er mentaal volledig doorheen zit, wat een extra ondersteuning voor de diagnose overspanning / burn out voor mij betekend. U lijkt de strijd bij voorbaat opgegeven te hebben terwijl er nog geen enkele poging is ondernomen om te onderzoeken wat er nog WEL mogelijk is. U stelt het heel zwart wit, tot voor kort werkte u meer dan fulltime in een veeleisende baan, nu bent u uitgeput en wilt u zich direct volledig laten afkeuren. Zo dichotoom is een reïntegratie-traject niet, vrijwel altijd zijn er nog resterende mogelijkheden in aangepast werk te vinden. Vrijwel niemand is volledig en duurzaam arbeidsongeschikt voor welke vorm van arbeid dan ook.”

De bedrijfsarts van klaagster heeft haar op 7 september 2021 aangemeld bij F met het verzoek een onafhankelijke arbeidsgeneeskundige beoordeling uit te voeren om de belastbaarheid van klaagster vast te stellen.

Klaagster heeft op 10 september 2021 een verklaring getekend van F waarin zij (gedurende maximaal een half jaar) toestemming geeft om na afronding van het traject de medische rapportage aan de verwijzend bedrijfsarts te verstrekken.

De verzekeringsarts, destijds werkzaam bij F arbeid en gezondheid, zag klaagster op 16 september 2021. Op 21 september, 7 oktober en 25 oktober 2021 vonden specialistische onderzoeken plaats. Op 28 september 2021 was er een belastbaarheidsonderzoek. De verzekeringsarts ontving informatie van klaagsters huisarts, behandelend specialisten en een inventarisatieformulier van klaagster.

2. Op 9 november 2021 heeft de verzekeringsarts gerapporteerd over klaagster. De rapportage maakt deel uit van de stukken.

In de beschouwing is – voor zover relevant – opgenomen:

“Concluderend is er dus sprake van een forse discrepantie is tussen de (subjectief) ervaren klachten van cliënt en wat bij aanvullende onderzoeken geobjectiveerd kan worden. Tevens is er (op dit moment) geen medisch substraat dat de klachten van cliënt voldoende kan verklaren. Gezien bovenstaande, kan verzekeringsgeneeskundig onvoldoende worden onderbouwd dat er op dit moment een noodzaak is voor het aannemen van (structurele) beperkingen op de FML. Mede gezien de recente ziekmelding, wordt geadviseerd om cliënt geleidelijk te laten re-integreren in eigen werk. De bedrijfsarts wordt geadviseerd om re-integratie te starten met aangepast eigen werk (zonder hoge mentale belasting zoals hoge prestatiedruk, werkdruk en eindverantwoordelijkheden). Deze functie-eisen kunnen gedurende de re-integratie geleidelijk aan opnieuw worden geïntroduceerd.”

In de beantwoording van de vraagstelling is – voor zover relevant – het volgende opgenomen:

“1. Zijn er beperkingen in arbeid als rechtstreeks en medisch objectiveerbaar gevolg van ziekte?

Nee, er is bij cliënt geen sprake van medisch geobjectiveerde afwijkingen waardoor beperkingen rechtstreeks vast te stellen zijn.

2. Worden de klachten en beperkingen adequaat behandeld?

Ja, ons onderzoek geeft geen aanleiding de lopende behandeling / de lopende verwijzing te wijzigen.

3. Spelen er andere factoren of omstandigheden waardoor herstel en re-integratie worden belemmerd?

Nee, dit is niet uit ons onderzoek naar voren gekomen.

4. Wat is de huidige belastbaarheid van betrokkene? Kan een Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) worden opgesteld?

Bij cliënt is geen sprake van een onderliggende (ernstige) stoornis welke aanleiding geeft tot het aannemen van beperkingen op een FML. Gedurende de periode van ondersteuning/begeleiding kan wel worden overwogen tijdcontingent te laten re-integreren in eigen werk.

(...)

6. Welke vervolgactie c.q. interventie wordt geadviseerd voor een sluitende aanpak van herstel en re-integratie?

Starten met tijdcontingent te laten re-integreren in eigen werk.”

De medische rapportage werd op 10 november 2021 naar klaagster gestuurd. Klaagster heeft daarop gereageerd met een ingevuld correctieblad. Per brief van 15 november 2021 heeft de verzekeringsarts klaagster laten weten dat het correctierecht beperkt is tot de mogelijkheid om persoonsgegevens en gegevens uit de anamnese te laten verbeteren, aanvullen of verwijderen als deze feitelijk onjuist zijn of niet relevant voor het doel van het onderzoek.

Wel zou het correctieblad als eigen visie kunnen worden toegevoegd aan de rapportage. Op 16 november 2021 heeft klaagster aangegeven van deze mogelijkheid gebruik te willen maken. De verzekeringsarts sprak op 17 november 2021 telefonisch met klaagster. Op

18 november 2021 is de medische rapportage naar de bedrijfsarts gestuurd.

4. De klacht en de reactie daarop

4. Klaagster verwijt de verzekeringsarts dat zij:

4. tijdens het consult op 16 september 2021 onvolledig onderzoek heeft gedaan door niet in te gaan op de fysieke klachten, geen hetero-anamnese heeft afgenomen, de hulpvraag van klaagster en de onderzoeksvraagstelling niet heeft besproken;

5. zich tijdens het consult op 16 september 2021 niet neutraal heeft opgesteld;

7. geen hetero-anamnese heeft afgenomen en dat informatie uit het correctieblad niet is meegewogen in het eindoordeel;

10. chaotisch, selectief en subjectief heeft gerapporteerd;

14. niet volgens de richtlijnen heeft gehandeld doordat zij niet alle beschikbare medische informatie heeft meegewogen in het eindoordeel.

2. De verzekeringsarts heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

Op verzoek van de bedrijfsarts van klaagster is een verzekeringsgeneeskundige beoordeling uitgevoerd. Tijdens het verzekeringsgeneeskundig onderzoek werd geen lichamelijk onderzoek verricht. Er zijn wel aanvullende lichamelijke onderzoeken verricht. De ontvangen medische informatie en onderzoeksbevindingen van

specialisten is meegenomen. Verweerster heeft geen medische beperkingen voor arbeid kunnen vaststellen. De rapportage voldoet aan de gestelde eisen. Klaagster is ook de gelegenheid geboden gebruik te maken van het correctierecht volgens de geldende eisen.

3. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de verzekeringsarts de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende verzekeringsarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

5.2 Volgens vaste rechtspraak moet een deskundigenrapport van een BIG-geregistreerde zorgverlener aan de volgende eisen voldoen:

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 kunnen 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, inclusief de literatuur en geconsulteerde personen;
5. de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Daarbij wordt volledig getoetst of het onderzoek door de deskundige voldoende vakkundig en zorgvuldig is uitgevoerd. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen. Dit laatste is dus een marginale beoordeling.

Klachtonderdelen a) en b) onvoldoende onderzoek op 16 september 2021 en geen neutrale opstelling

5.3 De eerste twee klachtonderdelen hebben beide betrekking op de wijze waarop de verzekeringsarts vorm heeft gegeven aan het onderzoek op 16 september 2021. Zij zullen daarom worden samengenomen door het college.

5.4 Het college stelt voorop dat om het onderzoek is gevraagd door de bedrijfsarts, niet door klaagster. De bedrijfsarts wilde, kort samengevat, een antwoord op de vraag of er beperkingen waren ten aanzien van de arbeid als rechtstreeks en medisch objectiveerbaar gevolg van ziekte. Dit is een andere vraag dan die klaagster voor ogen stond. Zij wilde een onderzoek naar de belastbaarheid in het kader van een IVA-aanvraag met verkorte wachttijd. De verzekeringsarts heeft verklaard dat zij aan klaagster uitleg heeft gegeven over het andere doel van het onderzoek en dat klaagster niet kenbaar heeft gemaakt dat zij dit niet begreep of niet wilde. Het college heeft geen reden om hieraan te twijfelen. Klaagster had daarbij kunnen en moeten begrijpen dat haar eigen vraag niet centraal stond in het onderzoek. Dit brengt mee dat de verzekeringsarts niet kan worden verweten dat zij niet is ingegaan op de vraag die bij klaagster leefde en dat klaagster andere verwachtingen had ten aanzien van het onderzoek en de door de verzekeringsarts uitgezette deelonderzoeken.

5.5 Volgens klaagster heeft de verzekeringsarts tijdens het consult op 16 september 2021 gezegd dat "iedereen belastbaar zou zijn". Naar het oordeel van het college zijn de gekozen bewoordingen wellicht wat ongelukkig, maar moet de opmerking worden geplaatst tegen de achtergrond dat een onderzoek in het kader van een IVA-aanvraag

op dat moment niet aan de orde was en, zo begrijpt het college de verzekeringsarts, ook (nog) niet aan de orde kon zijn. Dit geeft geen blijk van vooringenomenheid.

5.6 Ten aanzien van het feit dat op 16 september 2021 geen heteroanamnese is afgenomen heeft de verzekeringsarts verklaard dat dit geen meerwaarde zou hebben omdat klagster voldoende in staat was om haar verhaal te doen en vragen te beantwoorden. Het college kan zich in deze uitleg vinden. Dat de echtgenoot van klagster bij het spreekuurgesprek niet meteen mee naar binnen mocht, vloeide voort uit het gevoerde COVID-beleid. De verzekeringsarts heeft verklaard dat, als klagster tijdens of na het onderzoek om een heteroanamnese zou hebben gevraagd, zij gezocht zou hebben naar een passende vorm hiervoor. Klagster heeft echter alleen gevraagd of haar echtgenoot het telefoongesprek van 17 november 2021 namens haar mocht voeren. Daarvoor verwijst het college naar overweging 5.8 waarin klachtonderdeel c) wordt besproken.

5.7 Dat het onderzoek voor het overige onvoldoende zou zijn geweest, is het college niet gebleken. Het onderzoek op 16 september 2021 beperkte zich weliswaar tot een anamnese, maar de verzekeringsarts heeft specialistisch onderzoek uitgezet bij een klinisch psycholoog, een reumatoloog en een internist. Ook heeft een belastbaarheidsonderzoek plaatsgevonden. Daarnaast werd informatie ingewonnen bij de behandelend sector. De bevindingen werden ten grondslag gelegd aan het rapport van de verzekeringsarts van 9 november 2021.

5.8 Al met al kan volgens het college niet worden gezegd dat de verzekeringsarts het onderzoek van 16 september 2021 niet naar behoren heeft uitgevoerd, zodat de beide klachtonderdelen ongegrond zijn.

Klachtonderdeel c) geen hetero-anamnese en niet meewegen van informatie in correctieblad

5.9 Met betrekking tot het verwijt dat de opmerkingen in het correctieblad niet zijn meegewogen in het rapport, heeft de verzekeringsarts aangevoerd dat deze zich niet beperkten tot feitelijke onjuistheden, maar suggesties inhielden voor inhoudelijke aanpassing van de onderzoeksbevindingen en conclusies van het rapport. Met de verzekeringsarts is het college van oordeel dat het correctierecht daarvoor niet is bedoeld. Het college stelt verder vast dat de verzekeringsarts in haar brief van 15 november 2021, gericht aan klagster, heeft toegelicht waarom de opmerkingen van klagster niet tot aanpassing van het rapport hebben geleid. Ook heeft de verzekeringsarts op 17 november 2021 klagster over de opmerkingen in het correctieblad gebeld. Dat zij dit telefoongesprek primair met klagster zelf wilde voeren en niet met haar echtgenoot, vindt het college begrijpelijk. Bovendien kon haar echtgenoot als toehoorder bij het telefoongesprek aansluiten, maar dat wilde klagster blijkbaar niet. Het college merkt verder nog op dat de verzekeringsarts de opmerkingen in het correctieblad als weergave van de eigen visie van klagster aan het rapport heeft toegevoegd. Naar het oordeel van het college heeft de verzekeringsarts hiermee correct gehandeld, zodat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Klachtonderdeel d) en e) ondeskundig rapport en niet alle beschikbare medische informatie meegewogen

5.10 Voor de eisen die volgens vaste rechtspraak aan een deugdelijk deskundigenrapport moeten worden gesteld, verwijst het college naar overweging 5.2. Dat het rapport chaotisch is, zoals klagster stelt, ontgaat het college. Het rapport is met gebruikmaking van het format van F voldoende overzichtelijk en toegankelijk opgebouwd.

5.11 Wel is het college van oordeel dat het rapport niet voldoet aan de derde in overweging 5.2 genoemde eis, namelijk die van inzichtelijkheid en consistentie van de

gronden waarop de conclusie steunt. Onbegrijpelijk is dat de verzekeringsarts haar conclusie alleen heeft doen steunen op het feit dat geen van de specialisten een zodanige afwijking heeft kunnen vaststellen dat tot het aannemen van arbeidsbeperkingen zou moeten worden geconcludeerd. Uit de specialistische onderzoeken komt immers evenzeer naar voren dat klaagster verschillende aandoeningen heeft (met name schildklierproblemen (ziekte van Graves), geen bijschildklieren (meer), gestoorde nierfunctie, coronair vaatlijden, diabetes type II, obesitas, vermoeidheid, spierpijn, corona gehad). Wellicht kunnen deze aandoeningen niet ieder voor zich de arbeidsbeperkingen verklaren, maar tezamen geven zij wel een inzichtelijk, plausibel en consistent beeld waarbij, op grond van het MAOC, in redelijke mate beperkingen voor arbeid kunnen worden aangenomen (multipathologie). Het college meent dat de verzekeringsarts, bij het interpreteren van de onderzoeksbevindingen en de verdere informatie die haar ter beschikking stond, selectief te werk is gegaan. Zij had niet alleen de factoren moeten meewegen die tegen het aannemen van arbeidsbeperkingen pleiten, maar ook de factoren die daarvóór pleiten. Zij noemt die wel in het rapport, maar zij maakt niet inzichtelijk of en hoe zij deze factoren heeft gewogen en de uitkomst van die weging in de conclusie heeft laten doorwerken.

5.12 Verder stelt het college vast dat de verzekeringsarts klaagster in een zeer vroeg stadium heeft gezien. Klaagster is op 10 augustus 2021 uitgevallen, op 16 september 2021 was al het consult met de verzekeringsarts, waarna de specialistische onderzoeken zijn uitgezet. Dit betekent dat de verzekeringsarts alleen over een korte periode het beloop van het ziekteproces bij klaagster heeft kunnen volgen. Dit korte beloop, net als het feit dat er nog diverse onderzoeken liepen, had de verzekeringsarts tot een meer voorzichtige opstelling moeten brengen, bijvoorbeeld door het inbouwen van een voorbehoud dat op termijn mogelijk wel arbeidsbeperkingen als rechtstreeks en objectiveerbaar gevolg van ziekte zouden kunnen worden aangenomen. Al met al is haar conclusie, zelfs bij marginale toetsing, te stellig geweest, met alle gevolgen van dien voor klaagster.

5.13 Nu het rapport van de verzekeringsarts niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen van deugdelijkheid, zijn de beide klachtonderdelen gegrond.

Slotsom

5.14 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klachtonderdelen d) en e) gegrond zijn en de andere klachtonderdelen ongegrond.

Maatregel

5.15 Nu de klacht deels gegrond is verklaard, zal naar het oordeel van het college een maatregel moeten volgen. Daarbij is van belang dat het op de juiste wijze wegen van alle voorhanden zijnde informatie tot de kern van het vak van verzekeringsgeneeskundige behoort. Bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zal gewaakt moet worden voor eenzijdige en voorbarige oordeelsvorming, omdat deze voor de cliënt verregaande negatieve consequenties kan hebben. Nu in deze zaak juist op dit punt het handelen van de verzekeringsarts tekortschiet, ontkomt het college er niet aan om een berisping op te leggen. Daarbij neemt het college mede in aanmerking dat ter zitting niet is gebleken dat de verzekeringsarts het verwijtbare van haar handelen voldoende inziet.

6. De beslissing

Het college verklaart:

- de klacht voor wat betreft de onderdelen d) en e) gegrond,
- en voor het overige ongegrond, en
- legt de verzekeringsarts de maatregel op van berisping.

Deze beslissing is gegeven door A.A.A.M. Schreuder, voorzitter, J.C.J. Dute, lid-jurist, P. Eken, C.H.C. Lemmers, M.H. Braakman, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 27 juni 2023.

secretaris

voorzitter

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

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

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

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

3. 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.