

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/5466

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 16 oktober 2023 op de klacht van:

**A**,  
wonende in B,  
klaagster,  
tegen  
**C**,  
verzekeringsarts,  
destijds werkzaam in B,  
verweerder, hierna ook: de verzekeringsarts  
gemachtigde: D, werkzaam bij E.

### 1. De zaak in het kort

1.1 Klaagster is door de verzekeringsarts gezien in het kader van een WIA-beoordeling. Klaagster maakt de verzekeringsarts verschillende verwijten over het door hem verrichte onderzoek en de door hem opgemaakte rapportages.

2.1 Het college komt tot het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is. ‘Kennelijk’ betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. Hierna licht het college toe hoe het tot deze beslissing is gekomen.

### 2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2.2 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

### 3. De feiten

3.1 Klaagster was werkzaam als verzorgende IG voor 36-40 uur per week. Op 31 maart 2017 heeft zij zich ziek gemeld wegens medische klachten. Vanaf die datum is aan haar een Ziektewetuitkering toegekend. Per einde wachttijd heeft klaagster een uitkering op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) aangevraagd. Naar aanleiding hiervan is zij op 24 januari 2019 door de verzekeringsarts op het spreekuur gezien. De verzekeringsarts heeft dossieronderzoek verricht en klaagster psychisch onderzocht. Zijn bevindingen heeft de verzekeringsarts neergelegd in een verzekeringsgeneeskundige rapportage en een medisch onderzoeksverslag van 4 februari 2019. Op diezelfde datum heeft de verzekeringsarts een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) opgesteld. Als diagnoses heeft de verzekeringsarts aangenomen dat sprake is van epilepsie, status na operatie,

spanningsklachten en overige specifieke persoonlijkheidsstoornis. Volgens de verzekeringsarts is sprake van een medisch objectiveerbare afwijking. Hij heeft in de FML beperkingen aangenomen in de rubrieken persoonlijk en sociaal functioneren en ten aanzien van werktijden. Onder meer is door hem een urenbeperking aangenomen.

Naar aanleiding van aanvullende informatie van klaagster en haar begeleidster heeft de verzekeringsarts op 15 februari 2019 aanvullend gerapporteerd. Volgens de verzekeringsarts gaf de aanvullende informatie geen nieuwe inzichten. De FML is ongewijzigd gebleven.

3.2 Op basis van de beoordeling door de verzekeringsarts is een arbeidskundige beoordeling verricht. De mate van arbeidsongeschiktheid is vastgesteld op 80-100% en klaagster heeft met ingang van 29 maart 2019 een WIA-uitkering toegekend gekregen.

3.3 Bij besluit van 18 augustus 2021 is klaagster meegedeeld dat haar uitkering niet wijzigt. Zij is onverminderd volledig arbeidsongeschikt geacht. Klaagster heeft tegen dit besluit bezwaar gemaakt. Naar aanleiding van dit bezwaar heeft een onderzoek plaatsgevonden door een verzekeringsarts bezwaar en beroep. Deze heeft geconcludeerd dat een verbetering van het functioneren van klaagster niet of nauwelijks te verwachten is. Dit heeft geleid tot het besluit op bezwaar van 10 januari 2022, waarin klaagster volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is verklaard en aan haar met ingang van 5 mei 2020 een IVA-uitkering is toegekend.

#### **4. De klacht en de reactie van de verzekeringsarts**

4.1 Klaagster verwijt de verzekeringsarts het volgende:

Naar aanleiding van het mondelinge vooronderzoek heeft klaagster in haar aanvullende brief van 4 augustus 2023 laten weten dat zij klachtonderdeel a niet langer handhaaft. De overige klachtonderdelen handhaaft zij wel.

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

4.3 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 hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende verzekeringsarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de verzekeringsarts geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt.

5.2 Daarnaast zijn er eisen die aan een rapportage worden gesteld:

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.

##### *Klachtonderdeel b*

5.3 Klaagster verwijt de verzekeringsarts dat hij zou hebben begrepen dat zij autisme

heeft, PDD-NOS en een verstandelijke beperking, maar over deze zaken is nooit gesproken en klaagster heeft ook geen autisme, PDD-NOS of een verstandelijke beperking.

Dit verwijt is niet terecht. Weliswaar komen de genoemde termen in het medisch onderzoeksverslag voor, maar dit betreft slechts een weergave van de beschikbare medische informatie. De verzekeringsarts heeft zelf deze diagnoses niet gehanteerd. Bij de medische overwegingen heeft de verzekeringsarts hierover opgemerkt dat een verdenking op autisme, depressie, PDD-NOS persoonlijkheidsproblematiek, preverbale ontwikkelingsstoornis, laagbegaafdheid (IQ91) aan de orde is geweest, maar dat een heldere diagnose nog niet is gesteld.

Klachtonderdeel b is daarmee kennelijk ongegrond.

#### *Klachtonderdelen c en d*

5.4 Volgens klaagster heeft de verzekeringsarts een verkeerd besluit genomen omdat klaagster met andere klachten zat dan door de verzekeringsarts genoteerd. Daarnaast verwijt zij hem dat hij heeft nagelaten om de beperkingen in haar sociaal functioneren te onderzoeken. Vanwege de samenhang van deze klachtonderdelen zal het college deze gezamenlijk bespreken.

De verzekeringsarts heeft dossierstudie verricht, klaagster psychisch onderzocht en een anamnese afgenomen. De verzekeringsarts heeft overwogen dat de anamnese en door klaagster verwoorde beperkingen een consistent geheel vormen en overeenkomen met de bevindingen in het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en dat deze overeenkomen met de informatie uit de behandelende sector. Op basis hiervan heeft de verzekeringsarts aangenomen dat sprake is van een medisch objectieveerbare afwijking en zijn door hem forse beperkingen aangenomen in het persoonlijk en sociaal functioneren. Naar het oordeel van het college heeft de verzekeringsarts voldoende gemotiveerd hoe hij hiertoe is gekomen en blijkt hieruit ook dat hij wel degelijk rekening heeft gehouden met de door klaagster aangegeven klachten. Klaagster heeft niet concreet gemaakt met welke klachten de verzekeringsarts nog meer rekening had moeten houden.

Voor zover klaagster bedoelt dat de verzekeringsarts had moeten aannemen dat sprake is van duurzame arbeidsongeschiktheid, overweegt het college als volgt. De verzekeringsarts heeft in het medisch onderzoeksverslag gemotiveerd waarom volgens hem te verwachten is dat de medische situatie op lange termijn wezenlijk zal verbeteren: klaagster zou op dat moment nog onderzoek en behandeling krijgen waarbij meer zicht zou komen op de diagnose en beperkingen. Ook zouden de beperkingen in ernst kunnen afnemen wanneer klaagster mee zou werken aan de behandeling en moeite zou blijven doen om ervaring op te bouwen. Het college kan deze motivering volgen. Klaagster heeft ook niet concreet aangegeven waarom deze motivering volgens haar niet klopt.

Dit betekent dat ook klachtonderdelen c en d kennelijk ongegrond zijn.

#### *Klachtonderdeel e*

5.5 Dit betreft het verwijt dat de verzekeringsarts heeft nagelaten om informatie bij de behandelend specialisten of via klaagster op te vragen.

Zoals hiervoor ook al aan de orde is geweest, heeft de verzekeringsarts zijn bevindingen mede gebaseerd op beschikbare medische informatie. Dit betrof onder andere informatie van de behandelende sector. Op basis hiervan, in combinatie met het eigen onderzoek en de anamnese, was voor de verzekeringsarts voldoende duidelijk dat sprake was van forse beperkingen en bestond voor hem geen aanleiding om meer informatie op te vragen. Een verzekeringsarts is hiertoe ook niet verplicht. Voor zover klaagster bedoelt dat de verzekeringsarts de resultaten had moeten

opvragen van het neuropsychologisch onderzoek (NPO) dat zij in oktober/november 2018 had ondergaan, overweegt het college het volgende. Uit het medisch onderzoeksverslag blijkt dat de verzekeringsarts informatie heeft ontvangen van de bedrijfsarts en dat uit die informatie volgt dat de bedrijfsarts het rapport van het NPO had gelezen. De bedrijfsarts vermeldt dat het NPO in principe overeenkomt met zijn visie op mogelijkheden en beperkingen. Omdat de verzekeringsarts daarmee over de voor hem relevante informatie beschikte hoefde hij het rapport van het NPO niet op te vragen. Daar komt bij dat niet duidelijk is of het rapport van het NPO op dat moment al deel uitmaakte van het medisch dossier van klaagster. Aan de verzekeringsarts kan hierover dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Dit betekent dat ook klachtonderdeel e kennelijk ongegrond is.

*Slotsom*

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht kennelijk ongegrond zijn.

## **6. De beslissing**

De klacht is in al haar onderdelen kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 16 oktober 2023 door P.E.M. Messer-Dinissen, voorzitter, G.S.H. Vegt en C.H.C. Lemmers, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.D. Moeke, secretaris.

secretaris

voorzitter

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

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

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.