

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2024/6838

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 23 augustus 2024 op de klacht van:

**A,**

wonende in B,

klaagster,

gemachtigde: C,

tegen

**D,**

verzekeringsarts,

(destijds) werkzaam in E,

verweerster, hierna ook: de verzekeringsarts,

gemachtigde: mr. M.J. de Groot, werkzaam in Hilversum.

### 1. De zaak in het kort

1.1 De verzekeringsarts heeft klaagster onderzocht in het kader van de Algemene Pensioenwet Politieke Ambtsdragers (APPA). In opdracht van een re-integratiebedrijf heeft de verzekeringsarts een verzekeringsgeneeskundige expertise verricht. Het hiervan door haar opgestelde rapport heeft zij in concept aan klaagster voorgelegd. Klaagster was het op punten niet eens met de inhoud van het rapport en heeft de verzekeringsarts meerdere keren gevraagd het rapport ten aanzien van deze punten op basis van het correctierecht aan te passen. De verzekeringsarts heeft hier ten dele gehoor aan gegeven. Klaagster verwijt de verzekeringsarts dat zij een onzorgvuldig, ondeugdelijk rapport heeft opgesteld. Ook meent zij dat een onderbouwing van de vastgestelde belastbaarheid ontbreekt. Daarnaast verzoekt zij het college onder meer om vernietiging van het rapport en het oordeel dat de verzekeringsarts verantwoordelijk is voor door klaagster opgelopen schade.

2. 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. De door klaagster gedane verzoeken worden afgewezen. Hierna licht het college toe hoe het tot deze beslissing is gekomen.

## 2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 18 januari 2024;
- het verweerschrift met bijlagen;
- het volledige verzekeringsgeneeskundige rapport, ontvangen op 21 juni 2024.

2.2 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.

2.3 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 De verzekeringsarts werkt als zelfstandig gevestigd verzekeringsarts en verricht in

opdracht expertises naar arbeidsongeschiktheid in het kader van sociale zekerheid en in particuliere verzekeringen.

3.2 Klaagster werkte als wethouder toen zij zich ziek meldde. In verband met

haar ziekmelding en de wachtgeldregeling op basis van de APPA moest een re-integratieplan opgesteld worden. In dit kader heeft de verzekeringsarts in opdracht van re-integratiebedrijf F een verzekeringsgeneeskundige expertise verricht.

3.3 Het eerste contact tussen klaagster en de verzekeringsarts vond plaats op

2 januari 2024. Verweerster heeft klaagster toen telefonisch een toelichting gegeven over het doel van het onderzoek en aan klaagster gevraagd medische gegevens mee te nemen naar het onderzoek. Klaagster gaf hierop aan dat haar huisarts en psycholoog geen informatie wilden verstrekken. Klaagster wilde dit zelf ook niet.

3.4 Op 5 januari 2024 heeft het onderzoeksgesprek plaatsgevonden. Op basis hiervan heeft de verzekeringsarts een conceptrapport opgesteld en de belastbaarheid van klaagster vastgelegd in een Functionele Mogelijkhedenlijst.

3.5 De verzekeringsarts heeft het conceptrapport op 7 januari 2024 naar klaagster gestuurd. Op 9 januari 2024 heeft klaagster het verslag teruggestuurd naar de verzekeringsarts met een aantal vragen en correcties. De verzekeringsarts heeft een enkele door klaagster voorgestelde correctie doorgevoerd en klaagster diezelfde dag de aangepaste versie van het conceptrapport aan klaagster gestuurd. In de begeleidende mail heeft de verzekeringsarts aan klaagster het volgende meegedeeld:

*“Geachte mevrouw [achternaam klaagster],*

*Dank voor uw reactie. Er staat een verwijzing naar het rapport van [naam arbeidsdeskundige] omdat mijn rapport niet eerder dan dat zij klaar is naar de opdrachtgever gaat. U herschrijft hele delen van het rapport wat niet de bedoeling is en ook niet wordt overgenomen, correctie recht ziet alleen toe op feitelijke onjuistheden zoals bijvoorbeeld bij de sociale contacten. Het rapport is zo summier als mogelijk ter bescherming van uw privacy. Bij eigen werk staat wethouder omdat dat het beroep is waarvoor deze beoordeling wordt gedaan. Het select groepje vrienden neem ik over dat is een feitelijke correctie.*

*Anamnese is een medische term voor het gesprek wat wij hadden, u bent dus de bron. Een intensieve psychotherapie is bijvoorbeeld een opname, behandeling in een traumacentrum. Het is een medische beoordeling geen leken beoordeling. Dat u meervoudige trauma's doormaakte dient geen doel in dit rapport en zal meer vragen op roepen waarop dan antwoord moet komen. Beantwoording van de vragen is mijn oordeel en niet ter correctie zoals met u op het spreekuur besproken. De rubrieken vindt u onder vraag 2. Het stukje van de bijlage voor de FML haal ik weg dat had ik hier moeten verwijderen excuses daarvoor. Het wordt bij deze beoordeling geschreven conform de terminologie van de FML. U heeft meer tijd dan gebruikelijk gekregen voor de reactie en dat zal ik aanpassen naar voor woensdag 10 januari 2024.*

*[naam verweerster], verzekeringsarts/RGA”*

3.6 Omdat klaagster zich nog steeds niet kon verenigen met de inhoud van het rapport, werd een belafsprak ingepland op 12 januari 2024. Uiteindelijk lukte het de verzekeringsarts niet om op het afgesproken tijdstip te bellen. Toen zij klaagster later belde, was klaagster niet in de gelegenheid te bellen. Klaagster stelde via de e-mail een ander moment voor om contact te hebben, waarna de verzekeringsarts aangaf dat zij op dat moment vanwege spreekuur verhinderd was. Klaagster heeft vervolgens op 15 januari 2024 schriftelijk haar bezwaren tegen het rapport kenbaar gemaakt, met het verzoek aan de verzekeringsarts om daarop voor 18 januari 2024 te reageren en de correcties te verwerken. Verweerster heeft hierop diezelfde dag gereageerd en klaagster een en ander toegelicht over de procedure en de reikwijdte van het correctierecht. Zij heeft geen aanpassingen meer verricht in het rapport. Afsluitend heeft zij klaagster meegedeeld dat zij de opdrachtgever zou informeren dat er nog geen rapport zou volgen.

3.7 De verzekeringsarts heeft vervolgens telefonisch contact gehad met de opdrachtgever en meegedeeld dat zij had besloten dat er geen rapport zou volgen. Ook heeft zij aangegeven dat zij klaagster niet in staat achtte om bij de gemeente te werken c.q. re-integreren.

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

4.1 Klaagster verwijt de verzekeringsarts dat zij een onzorgvuldig en ondeugdelijk rapport heeft opgesteld. Volgens haar staan er na drie correctierondes nog altijd onwaarheden in het rapport. Klaagster heeft in dat verband de volgende voorbeelden naar voren gebracht:

- er wordt bij 2.1 in het rapport gesproken over onderzoek, terwijl er geen onderzoek in de betekenis van het woord heeft plaatsgevonden, maar een gesprek;
- er wordt bij 2.1 geschreven dat het gesprek anderhalf uur duurde, maar het duurde een uur;
- er wordt bij 2.2.1, anamnese, aangegeven dat klaagster zich arbeidsongeschikt heeft gemeld, maar zij heeft zich ziekgemeld;
- bij de anamnese staat dat er sprake is van mentale problematiek maar er is sprake van fysieke en mentale problematiek/klachten;
- er wordt bij 2.2.1, werk, verwezen naar een arbeidsdeskundig rapport, terwijl dat er helemaal niet is en er ook nog geen gesprek heeft plaatsgevonden met de arbeidsdeskundige;
- er wordt bij 2.2.3 vermeld dat er geen overige informatie bij derden is opgevraagd, terwijl er in het geheel geen informatie van derden is verstrekt;
- de volzin onder punt 4.1 beginnend met “bevindingen van onderzoek” suggereren dat er meerdere bronnen zijn en dat is niet zo;
- de zin bij punt 4.1 “we hebben te maken met...” suggereert dat klaagster al langer bekend was met de problematiek, dat was niet het geval;
- er wordt bij 4.1 verwezen naar medische gegevens, terwijl er helemaal geen medische gegevens zijn gestuurd of meegebracht.

Ook stelt klaagster zich op het standpunt dat een onderbouwing voor de overwegingen en vastgestelde belastbaarheid van 20 uur per week ontbreekt.

4.2 Daarnaast heeft klaagster het college verzocht om te oordelen dat het verslag/rapport niet wordt gedeeld, dat het verslag/rapport wordt vernietigd, dat de verzekeringsarts verantwoordelijk is voor door klaagster opgelopen dan wel op te lopen schade en dat de verzekeringsarts ongeschikt is om klaagsters zaak verder te behandelen.

4.3 De verzekeringsarts stelt zich op het standpunt dat zij een zorgvuldig onderzoek heeft verricht waarbij zij vakkundig en binnen haar deskundigheid als verzekeringsarts heeft gehandeld bij de vaststelling en vastlegging van de medische beperkingen van klaagster en een (concept)rapport. Daarbij is zij in redelijkheid tot haar conclusies gekomen en haar onderzoek kan de toets der kritiek doorstaan. De verzekeringsarts verzoekt het college dan ook om de klacht ongegrond te verklaren.

4.4 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 haar werk heeft verricht zoals 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 verzekeringsarts geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

5.2 Bij de beoordeling van de vraag of een advies van een arts voldoet aan de daaraan te stellen eisen dienen volgens vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege 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. De conclusie van de rapportage toetst het college terughoudend, dat wil zeggen dat beoordeeld wordt of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

### *De beoordeling van de klacht*

5.3 Het college acht het van belang te benoemen dat er twee versies van het conceptrapport zijn: de versie die klaagster met haar klaagschrift heeft meegestuurd en waarin geen medisch-inhoudelijke informatie vermeld staat en de versie inclusief medisch- inhoudelijke onderbouwing die het college op 21 juni 2024 van de verzekeringsarts heeft ontvangen. Voor de beoordeling van de klacht en de beantwoording van de vraag of het rapport van de verzekeringsarts aan de hierboven vermelde criteria voldoet, geldt het conceptrapport inclusief medisch inhoudelijke onderbouwing als uitgangspunt.

5.4 Naar het oordeel van het college voldoet het rapport van de verzekeringsarts aan de daarvoor geldende criteria. De opbouw van het rapport is volgens de professionele norm. De voorbeelden die klaagster heeft aangedragen en waaruit volgens haar blijkt dat sprake is van onwaarheden, betreffen voornamelijk formuleringen die gebruikelijk zijn in verzekeringsgeneeskundige rapportages (zoals anamnese, onderzoek, arbeidsongeschikt melden, aard problematiek, overige informatie). Naar het oordeel van het college kunnen deze formuleringen niet als onjuist of onzorgvuldig worden aangemerkt. Voor zover klaagster verder meent dat er nog onjuistheden in het rapport staan waarvan de verzekeringsarts haar voorstellen tot correctie ten onrechte niet heeft overgenomen, volgt het college haar daarin niet. In dat kader is van belang dat het correctierecht uitsluitend feitelijke onjuistheden betreft en geen zaken als de observaties van verweester of haar interpretatie van feiten en observaties. Dit heeft de verzekeringsarts ook per e-mail aan klaagster uitgelegd. Klaagster heeft gebruik gemaakt van de mogelijkheid op het rapport te reageren, maar zij heeft zich daarbij niet beperkt tot het correctierecht en uitgebreid commentaar gegeven op verschillende aspecten van het rapport. Daar is het correctierecht niet voor bedoeld. Dat brengt met zich mee dat verweester niet gehouden was om alle opmerkingen van klaagster in haar rapport te verwerken. Dat zij dit niet gedaan heeft, rechtvaardigt dan ook niet de conclusie dat het rapport onzorgvuldig of ondeugdelijk is. Het college merkt nog op dat het verschil van inzicht of het gesprek “circa anderhalf uur” of een uur duurde van zodanig onvoldoende gewicht is dat dit niet tot een gegronde tuchtklacht kan leiden. Dat de arbeidskundige advisering na de beoordeling van de arts komt, is evenmin tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.5 Anders dan klaagster, is het college daarnaast van oordeel dat de vastgestelde belastbaarheid wel degelijk is onderbouwd. In de beschouwing heeft de verzekeringsarts uiteengezet dat sprake is van een verminderde energetische belastbaarheid ten gevolge van de psychische problematiek van klaagster waardoor zij niet meer dan 4 uur per dag en 20 uur per week arbeid kan verrichten opdat er voldoende recuperatietijd zal zijn. Daarbij zijn regelmatige werktijden volgens haar aangewezen omdat dit structuur biedt, wat stressverlagend werkt. Naar het oordeel van het college heeft de verzekeringsarts op basis van het verrichte onderzoek tot deze conclusie kunnen komen. Daarbij is zij ook binnen de grenzen van haar deskundigheid gebleven. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is dan ook geen sprake.

### *Slotsom*

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klacht kennelijk ongegrond is.

5.7 Wat betreft de door klaagster gedane verzoeken om onder meer vernietiging van het rapport en het oordeel dat de verzekeringsarts verantwoordelijk is voor door klaagster opgelopen schade, overweegt het college dat de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg daarvoor geen mogelijkheid biedt. Deze verzoeken worden dan ook afgewezen.

## **6. De beslissing**

Het college:

- verklaart de klacht kennelijk ongegrond;
- wijst de verzoeken van klaagster zoals vermeld onder 4.2 af.

Deze beslissing is gegeven op 23 augustus 2024 door P.A.H. Lemaire, voorzitter, H. Donkers en F.J. Perquin, 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:

- 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.