



# Rapport

## Klacht

Verzoeker klaagt erover dat de verzekeringsarts van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) zijn verzoek (ondersteund door een verklaring van zijn behandelaar) om rekening te houden met zijn mentale belasting tijdens het spreekuur genegeerd heeft.

## Beoordeling

### Algemeen

Verzoeker werd in 2004 na een hersenoperatie arbeidsongeschikt. Hij verschilt van mening met het UWV over de diagnose van de symptomen en de daarbij passende

begeleiding. Op 22 september 2008 was hij voor een WIA-herbeoordeling bij de verzekeringsarts. Zijn vrouw was bij die beoordeling aanwezig. Over de manier waarop dit consult verliep, was hij ontevreden.

### I Bevindingen

1. Op 6 november 2008 had verzoeker opnieuw een gesprek met de verzekeringsarts. Hij zei haar dat volgens hem zij het spreekuur van 22 september na een half uur had moeten stoppen vanwege zijn uitvalsverschijnselen. Hij vertelde ook dat hij na dit gesprek drie weken veel last van hoofdpijn en extra concentratieverlies had gehad. De verzekeringsarts antwoordde dat zij het gesprek bewust langer had laten duren om hem te testen, zodat zij zichzelf een oordeel kon vormen over de mate van verzoekers beperkingen.

2. Op 6 januari 2009 diende verzoeker bij het UWV een aantal klachten in onder meer over het feit dat de verzekeringsarts geen rekening had gehouden met verzoekers beperkte concentratiecapaciteit. Verzoeker had de verzekeringsarts een werkverslag van zijn behandelaar overgelegd waarin deze onder meer schreef:

“U bent niet in de conditie om u langere tijd te concentreren. Let in de gesprekken die u voert goed op uw vermoeidheidsverschijnselen. Het is verstandig dat u een metgezel hebt, bijvoorbeeld uw echtgenote die u goed kent en in kan grijpen als u zelf over uw inspanningsgrens bent gegaan, u kunt dan niet meer goed weloverwogen handelen (...) Het lijkt mij, op grond van wat u vertelt, dat met 30 minuten de grens van uw concentratiecapaciteit bereikt zal zijn. Wat ik van belang acht is dat van uw gesprekspartners mag worden verwacht dat zij niet blind hun gang gaan maar ook letten of zij nog wel een echter gesprekspartner hebben. Als dat niet zo is, is het des te meer van belang uw grens niet te overschrijden.”

Toen verzoeker uitvalsverschijnselen begon te vertonen beëindigde de verzekeringsarts niet het gesprek, maar richtte zij het woord nog uitsluitend tot zijn vrouw.

3. Verzoeker lichtte zijn klachten toe in een gesprek met de stafverzekeringsarts en de klachtenambassadeur. Het UWV verklaarde op 23 februari 2009 de klacht deels gegrond en deels ongegrond. Volgens het UWV ging een groot deel van verzoekers klachten over de inhoudelijke medische beoordeling. De beoordelingswijze en de verschillende manier waarop een verzekeringsarts en een behandelend arts naar medische beperkingen kijken, werd uitgelegd. Ook werd aangegeven dat klachten tegen de medische beoordeling na ontvangst van de beslissing in een bezwaarprocedure kunnen worden aangekaart.

4. Op 10 juli 2009 diende verzoeker bij de Nationale ombudsman een aantal klachten over (de verzekeringsarts van) het UWV in. De kern van zijn klacht was de vraag of de verzekeringsarts zijn verzoek mocht negeren om het spreekuur tot een half uur te beperken. Deze klacht werd in onderzoek genomen.

Het UWV werd voorafgaand daaraan gevraagd of het mogelijk was verzoeker voortaan door een in niet aangeboren hersenletsel (NAH) gespecialiseerde verzekeringsarts te laten beoordelen. Het UWV liet weten dat dit niet mogelijk was, omdat het UWV niet beschikt over verzekeringsartsen met dit specialisme en dat overigens bij een verzekeringsgeneeskundige beoordeling elke collega even bekwaam wordt geacht.

5. Het onderzoek werd op 20 oktober 2009 geopend. Aan het UWV werd gevraagd aan te geven in hoeverre een verzekeringsarts geacht wordt rekening te houden met adviezen van de behandelend sector ten aanzien van de duur van een spreekuur/onderzoek.

De betrokken verzekeringsarts werd gevraagd te reageren op een aantal aanvullende vragen.

6. Op 4 november 2009 liet de verzekeringsarts weten dat naar schatting het spreekuur een uur tot anderhalf uur had geduurd. Zij kon zich niet meer herinneren of zij de notitie van verzoekers behandelaar had gelezen. De reden voor het niet beëindigen van het consult na een half uur was drieledig.

- Allereerst was verzoeker eerder door haar collega bij de vorige beoordeling gedurende 70 minuten gezien zonder tekenen van concentratieproblemen.

- Daarnaast zou eerder psychiatrisch onderzoek en neuropsychologisch onderzoek een vermindering van de volgehouden en verdeelde aandacht getoond hebben wanneer verzoeker onder tijdsdruk moest presteren zonder verdere cognitieve functiestoornissen.

- Tot slot was het juist van belang om geclaimde stoornissen zelf waar te nemen, zodat de beperkingen die hieruit voortvloeien zo goed mogelijk in beeld gebracht kunnen worden.

De verzekeringsarts bevestigde dat zij met verzoekers vrouw verder sprak toen verzoeker afhaakte. De verzekeringsarts vond hem tot die tijd druk en te gedetailleerd spreken. Omdat een nieuw spreekuurcontact ook belastend was, besloot zij de hetero-anamnestiche vragen o.a. over gezinssamenstelling aan verzoekers vrouw te stellen. Verzoeker kreeg daardoor wat rust. Toen hij zich na enige tijd weer in het gesprek mengde, had de arts zich weer tot hem gewend.

Zij gaf verder aan uit zorgvuldigheid nog een expertise te hebben laten verrichten naar de door verzoeker geuite klachten. De klachten werden echter opnieuw niet geobjectiveerd.

7. Het UWV gaf aan dat een verzekeringsarts in principe de adviezen van de behandelend sector volgt. De verzekeringsarts kan en mag daar echter vanaf wijken vanuit een zelfstandige onderzoeksplicht.

8. Op 9 december 2009 liet verzoeker over de reactie van de verzekeringsarts onder meer weten dat zij had moeten stoppen met het consult toen hij uitvalsverschijnselen vertoonde. Zij had het advies van zijn behandelend arts moeten volgen om het spreekuur te beperken. Hij vond het voorbeeld dat de verzekeringsarts had gebruikt om duidelijk te maken dat zij zelf de stoornissen moest waarnemen niet gepast.

9. Ook de vrouw van verzoeker, een verpleegkundige, gaf een reactie. Volgens haar raakte haar man tijdens het spreekuur na een minuut of 20 door de oplopende spanning uitgeput. Daarna begon hij te stotteren en te slingeren en nog later zakte hij met gesloten ogen onderuit. Zij had gelet op deze uitvalsverschijnselen gevraagd het spreekuur te stoppen. Zij had bij herhaling op de richtlijnen hierover van de behandelend arts gewezen.

De verzekeringsarts had daarnaast niet alleen algemene vragen gesteld, maar haar ook gevraagd naar haar gezondheid en uitkeringssituatie. Zij vermoedde dat de verzekeringsarts de informatie over haar eigen situatie uitgewisseld had met de verzekeringsarts die het WAO-dossier van verzoekers vrouw in behandeling had.

10. In reactie op nadere vragen van de Nationale ombudsman liet het UWV op 19 januari 2010 onder meer weten dat de stafverzekeringsarts gevraagd was om te reageren op de vraag of een verzekeringsarts buiten een keuring om informatie van een verzekerde mag inwinnen en zonder toestemming van betrokkene aan een collega doorgeven. De stafverzekeringsarts gaf aan dat de betrokken arts niet zo gehandeld had als verzoeker suggereerde. Verder schreef hij dat een verzekeringsarts er naar moet streven voldoende informatie te verzamelen om een onderbouwd oordeel te kunnen vormen. Alleen die informatie die nodig is, mag en moet verzameld worden. Als stelregel geldt dat verzekeringsartsen alleen bemoeienis hebben met zaken waar zij zelf over adviseren. Het is daarbij wel van belang voor hun oordeelsvorming om de sociale context van een belanghebbende in kaart te brengen. Daar kan het zich een beeld vormen van de thuissituatie een onderdeel van uitmaken.

11. De verzekeringsarts antwoordde op 1 februari 2010 op nadere vragen van de Nationale ombudsman onder meer dat haar opmerking over het spreekuurcontact met de vorige verzekeringsarts in 2007 gebaseerd was op de verslaglegging van het WIA-spreekuur.

Zij verschilde met verzoekers vrouw van mening over de interpretatie van de verschijnselen bij verzoeker. Zij had gezien dat verzoeker met zijn ogen dicht, scheef gezakt in zijn stoel zat. Hij had op haar niet de indruk gemaakt te hyperventileren of in coma te zijn. Er was in haar ogen geen sprake van een gevaarlijke situatie. Volgens de verzekeringsarts is het altijd mogelijk om bij mensen waarbij concentratiestoornissen zijn vastgesteld een gesprek te voeren. Afbreken van een gesprek zou niet nodig zijn en in de beroepsgroep niet gebruikelijk. Zij herhaalde nogmaals dat het voor het zorgvuldig vaststellen van de beperkingen nodig is om deze zelf waar te nemen.

De verzekeringsarts liet verder weten dat zij aan verzoekers vrouw vragen over de thuissituatie had gesteld. De vrouw bleek hele dagen thuis te zijn en er speelde een WAO-herkeuring. Het was de arts niet bekend wat de vrouw mankeerde omdat zij geen deel had gehad in haar herkeuring.

**12. Verzoeker liet de Nationale ombudsman op 10 februari 2010 onder meer over de reactie van de verzekeringsarts nog weten dat hij twijfelde aan haar dossierkennis. Hij bleef van mening dat de arts zijn uitvalsverschijnselen tijdens het spreekuur onvoldoende serieus had genomen. Verder vond hij dat de verzekeringsarts zijn vrouw geen inhoudelijke vragen had mogen stellen.**

## **II Beoordeling**

13. Het vereiste van professionaliteit houdt in dat medewerkers van een bestuursorgaan met een bijzondere training of opleiding jegens burgers overeenkomstig de standaarden van hun beroepsgroep handelen. Voor verzekeringsartsen betekent dit dat zij een beoordeling conform de Onderzoeksmethodenstandaard van het Landelijk instituut sociale verzekeringen (LISV; zie Achtergrond onder 1) en conform de verzekeringsgeneeskundige gedragscode van het LISV (zie Achtergrond onder 2) moeten uitvoeren.

Van belang is ook de LISV standaard communicatie met behandelaars van december 1996 (zie Achtergrond onder 3).

14. Volgens deze standaarden en gedragscode moet de verzekeringsarts zich eerst zelf in een persoonlijk contact met de cliënt een beeld vormen, voordat er eventueel met een behandelaar contact wordt opgenomen. Het beoordelingsgesprek is bedoeld om de concrete beperkingen te inventariseren, de mogelijkheden tot functioneren te onderzoeken en de mededelingen van de cliënt op hun plausibiliteit en consistentie te beoordelen. De verzekeringsarts bepaalt hoe uitgebreid en diepgaand het gesprek met de cliënt is

afhankelijk van de aard, ernst, complexiteit en context van de problematiek.

Informatie inwinnen bij voor de cliënt belangrijke derden zoals een partner kan volgens de Onderzoeksmethodenstandaard geïndiceerd zijn als de toestand van de cliënt zelf zodanig is dat binnen de context van het contact met de verzekeringsarts onvoldoende tot zinvolle communicatie en informatieoverdracht gekomen kan worden en nadere informatie over het functioneren gewenst is.

15. Gelet op de geldende standaarden en gedragscode acht de Nationale ombudsman het op zichzelf begrijpelijk dat de verzekeringsarts het gesprek niet na een half uur staakte. De taak van een verzekeringsarts is een andere dan die van de behandelaar van de cliënt en voor de beoordeling van een claim is de eigen waarneming van de verzekeringsarts in het algemeen noodzakelijk. Het advies van een behandelaar van de cliënt zet deze bevoegdheid van de verzekeringsarts niet zonder meer opzij.

Omdat het voor een claimbeoordeling nodig kan zijn om informatie over de thuissituatie bij de partner in te winnen, acht de Nationale ombudsman het ook begrijpelijk dat de verzekeringsarts verzoekers vrouw om informatie vroeg. Uit de antwoorden van de verzekeringsarts maakt de Nationale ombudsman op dat zij de verschijnselen die verzoeker na enige tijd vertoonde vanuit haar professionele deskundigheid anders interpreteerde dan verzoeker en zijn vrouw. Uit de reactie van de verzekeringsarts leidt de Nationale ombudsman af dat de arts wel oog had voor de impact van het gesprek op verzoeker. Zij koos er voor verzoeker en zijn vrouw niet te belasten met een vervolgesprek, maar het gesprek op dat moment met verzoekers vrouw voort te zetten over onderwerpen waarvoor haar kennis zinvol kon worden geacht, waardoor verzoeker ook enige rust geboden werd. Uit het oogpunt van behoorlijkheid valt deze keuze te begrijpen.

De onderzochte gedraging is behoorlijk

## **Conclusie**

De klacht over de onderzochte gedraging van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen te Amsterdam is niet gegrond.

## **Onderzoek**

Op 10 juli 2009 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift van de heer B. te Lunteren, met een klacht over een gedraging van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen te Amsterdam.

Naar deze gedraging, die wordt aangemerkt als een gedraging van de Raad van Bestuur van het UWV, werd een onderzoek ingesteld.

In het kader van het onderzoek werden het UWV en de betrokken verzekeringsarts verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben.

In het kader van het onderzoek werd betrokkenen verzocht op de bevindingen te reageren.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen.

De reacties van verzoeker en van de stafverzekeringsarts gaven aanleiding het verslag op een enkel punt aan te vullen.

## INFORMATIEOVERZICHT

De bevindingen van het onderzoek zijn gebaseerd op de volgende informatie:

1. De primaire klacht van 6 januari 2009.
2. De brief van 23 februari 2009 waarmee het UWV de klacht afhandelde.
3. Het verzoek van 10 juli 2009 aan de Nationale ombudsman.
4. Telefoongesprekken met verzoeker op 15 juli, 23 september en 8 oktober 2009.
5. De nadere schriftelijke toelichting van verzoeker van 29 september 2009.
6. De reacties van de verzekeringsarts van 4 november 2009 en 1 februari 2010.
7. De reacties van het UWV van 11 november 2009 en 19 januari 2010.
8. De reacties van verzoeker van 9 december 2009 en 10 februari 2010.
9. De reactie van verzoekers vrouw van 9 december 2009.

## Achtergrond

1. Onderzoeksmethoden Standaard van het Landelijk instituut sociale verzekeringen van oktober 2000.

"2 Kern: Standaard verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1. Doel

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft tot doel om tot een beargumenteerd oordeel te komen over de mogelijkheden die een cliënt heeft om te kunnen functioneren.

## 2. Onderdelen van het onderzoek

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek bestaat uit:

(...)

2b Het beoordelingsgesprek omvat een inventarisatie door de verzekeringsarts van:

de concrete beperkingen die de cliënt in zijn functioneren zegt te ervaren, wat de cliënt denkt nog wél te kunnen van diens activiteiten om (weer) te kunnen functioneren: *herstelgedrag*. De verzekeringsarts beoordeelt de mededelingen van de cliënt op hun plausibiliteit en consistentie.

2c Medisch onderzoek omvat een gericht onderzoek naar de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de cliënt. De verzekeringsarts beoordeelt of de bevindingen in overeenstemming zijn met reeds bekende gegevens en met wat de cliënt over zijn beperkingen meegedeeld heeft.

2d Overleg met derden omvat communicatie op indicatie met arbeidsdeskundigen, behandelaars, bedrijfsartsen, werkgevers en andere belangrijke derden. De verzekeringsarts toetst de mededelingen van de cliënt aan informatie die hij van deze derden krijgt, stelt zijn beeldvorming zo nodig bij. De verzekeringsarts overlegt ook met derden om de reïntegratie te bevorderen.

(...)

## 3 Uitvoering van het onderzoek

Het is zelden noodzakelijk om alle stappen in dit onderzoek te doorlopen.

Behoudens specifieke indicaties is de volgorde hiërarchisch. Afhankelijk van de plausibiliteit en consistentie van verkregen informatie en indrukken (observaties) indiceert de verzekeringsarts de uitgebreidheid van het onderzoek. Dit kan zowel schriftelijk, telefonisch als in een persoonlijk gesprek plaatsvinden. De verzekeringsarts bepaalt of delen van het onderzoek gedelegeerd kunnen plaatsvinden. Hij blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de inhoudelijke conclusies tegenover cliënt en opdrachtgever (...)

### 3.2.2 Het beoordelingsgesprek

#### Doel

In het beoordelingsgesprek onderzoekt de verzekeringsarts de mogelijkheden tot functioneren en indiceert waar nodig vervolgstappen in het onderzoek.

#### Inhoud



In het beoordelingsgesprek gaat het om:

I. Mededelingen van de cliënt: Inventarisatie van de beperkingen die cliënt in zijn functioneren zegt te ervaren, wat de cliënt denkt nog wel te kunnen, de activiteiten die hij reeds heeft ondernomen om zijn functioneren te verbeteren en die van hem gevraagd kunnen worden (herstelgedrag);

II. Indrukken van de verzekeringsarts over de plausibiliteit en consistentie van de gegevens naar aanleiding van zijn gesprek met en observaties van de cliënt. De verzekeringsarts toetst deze gegevens aan zijn sociaal-medisch referentiekader en indiceert op basis van deze toetsing nader medisch onderzoek.

(...)

Uitvoering

Uitgebreidheid van onderzoek

De uitgebreidheid en diepgang van het gesprek zijn per cliënt verschillend. De verzekeringsarts bepaalt afhankelijk van de aard, ernst, complexiteit van de problematiek en de context (REA, WAO, WAZ, WAJONG, ziektewet e.a.) waarbinnen de vraag gesteld wordt de uitgebreidheid van het onderzoek, gesprekssituatie en daarmee ook de tijd die dit vergt;

· De verzekeringsarts heeft de keuze uit de volgende gesprekssituaties:

spreekuuronderhoud, telefonisch contact en huisbezoek;

· Over het algemeen betekent dit dat naarmate de mogelijkheden tot functioneren minder evident zijn en ook de samenhang met de (functie)stoornis vragen oproept, het verzekeringsgeneeskundig onderzoek uitvoeriger zal zijn.

· De verzekeringsarts zal soms niet alle benodigde gegevens in één gespreksactiviteit kunnen verkrijgen. Dan wordt binnen dezelfde beoordeling een vervolgesprek geïndiceerd.

(...)

### 3.2.4 Overleg met derden

Doel

Het inwinnen en/of uitwisselen van informatie heeft tot doel:

de consistentie van de claimklachten en de ervaren beperkingen te toetsen;

de mogelijkheden tot functioneren van de cliënt mede in beeld te brengen en te beoordelen;

reïntegratiemogelijkheden te beoordelen.

#### Inhoud

De inhoud van de informatie die uitgewisseld wordt heeft betrekking op:

(...)

b) actueel en mogelijk functioneren in de thuis- en de leer- en/of werksituatie:

interpretaties en observaties van belangrijke derden voor de cliënt (partner, familieleden, vriend, buren, collegae, stagebegeleider).

(...)

ad. b) Informatie over het functioneren in de thuis- en/of leer- werksituatie

#### Indicatie

Contact met belangrijke derden voor de cliënt is geïndiceerd als:

de toestand van de cliënt zelf zodanig is dat binnen de context van het contact met de verzekeringsarts onvoldoende tot zinvolle communicatie en informatieoverdracht gekomen kan worden en nadere informatie over het functioneren gewenst is;

de relaties en interacties binnen de sociale omgeving (woon, school, werk) van

zeer groot belang worden geacht door de verzekeringsarts om de mogelijkheden

tot functioneren en reïntegratie te beoordelen.

#### Belangrijke derden (sleutelfiguren)

Het gesprek met derden (heteroanamnese) is het gesprek dat de verzekeringsarts op eigen initiatief naar aanleiding van de claim met belangrijke personen uit de directe omgeving van de cliënt voert. Te denken valt aan partner, ouder(s), andere familieleden en aan voor betrokkene andere belangrijke (sleutel)personen zoals vrienden, buren, collegae.

#### Uitvoering

De verzekeringsarts bespreekt met de cliënt welke aanvullende informatie hij

van wie wil krijgen.

In de praktijk komt het vaker voor dat de cliënt uit eigen beweging iemand meeneemt naar het spreekuur, dat de verzekeringsarts dit in zijn onderzoek indiceert.

Indien de cliënt zelf een derde meeneemt naar het spreekuur zal de verzekeringsarts handelen conform de gedragscode."

## 2. Gedragscode voor verzekeringsartsen werkzaam voor de uitvoeringsinstellingen SV

### "Inleiding

(...)

De verzekeringsarts verricht een maatschappelijke taak waarbij het functioneel derdenbelang op de voorgrond staat. Hij is een professional die zijn vak binnen de kaders van de wet, de uitvoeringsregels en de regels die zijn opdrachtgever hem oplegt, uitoefent. Zijn taak en positie kleuren de professionele verantwoordelijkheid. De code vergroot het vertrouwen in de verzekeringsarts en in zijn handelen, hetgeen bijdraagt aan de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen.

(...)

## 2 Relatie verzekeringsarts-cliënt

### 2.1 Algemeen

(...)

2. De verzekeringsarts laat zijn gedrag mede bepalen door het feit dat hij zich bewust is van zijn specifieke positie tegenover de cliënt.

#### Toelichting:

De verzekeringsarts is zich ervan bewust dat de cliënt in de regel niet op vrijwillige basis aan het onderzoek deelneemt, en dat zijn oordeel materiële en immateriële consequenties kan hebben.

(...)

### 2.2 Verzekeringsgeneeskundig handelen

1. De verzekeringsarts respecteert de privacy en de geestelijke en lichamelijke integriteit van de cliënt door niet meer gegevens te verzamelen dan nodig is voor de beantwoording van de verzekeringsgeneeskundige vraagstelling.

Toelichting:

Sommige vragen en bepaalde onderzoeken kan de cliënt ervaren als een aantasting van zijn privacy en integriteit. Deze worden in principe nagelaten. Mocht zulks desondanks geïndiceerd zijn voor de beantwoording van de verzekeringsgeneeskundige vraagstelling, dan legt hij dit aan de cliënt uit. De indicatie voor zodanig onderzoek vermeldt hij in het dossier."

3. LISV standaard communicatie met behandelaars

richtlijnen voor de communicatie tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen met behandelaars december 1996

"2.1 Indicatiestelling

Er gelden drie uitgangspunten:

1. De cliënt is de voornaamste bron van informatie over zijn klachten, problemen en gezondheidstoestand.
2. De bedrijfs-/verzekeringsarts vormt zich altijd éérs in een persoonlijk contact met de cliënt een beeld van diens probleem, voordat hij contact opneemt met de behandelaar.
3. Communicatie met de behandelaar op specifieke indicatie heeft aanvullende betekenis ten opzichte van de eigen beoordeling."