

uitspraak tuchtcollege

De vooringenomen medisch adviseur

Zowel in de tuchtrechtspraak als in de literatuur is de aandacht voor de professionele standaard van de arts die optreedt als medisch adviseur recentelijk sterk toegenomen. De medisch adviseur wordt nogal eens gezien als een partijdigde belangenbehartiger, hetzij van de verzekeraar, hetzij van een slachtoffer van letselschade.

In februari 2009 sprak het Centraal Tuchtcollege al uit dat elke medisch adviseur zich 'onafhankelijk en objectief' moet opstellen (zaak 2008/075). In onderstaande uitspraak wordt een medisch adviseur door de tuchtrechter op de vingers getikt, omdat hij zich vooringenomen, badinerend, ongepast, beledigend en ongefundeerd opstelde. Het zal je worden gezegd. De tuchtrechter herhaalt dat een medisch adviseur onafhankelijk en objectief moet zijn, en dat hij dient te handelen volgens de in de medische professie algemeen aanvaarde gedragsregels. Om daaraan nog toe te voegen: 'Hij is in de eerste plaats arts, daarnaast medisch adviseur en geen regisseur, pleitbezorger of belangenbehartiger van de verzekeringsmaatschappij'.

Het lijkt hoog tijd te worden om afscheid te nemen van het polariserende onderscheid tussen de medisch adviseur van de verzekeraar en die van het slachtoffer. De explicitering van de professionele standaard van de medisch adviseur (waaronder een eenduidige beroepscode) is dringend gewenst.

B.V.M. Crul, arts

prof. mr. J. Legemaate, jurist KNMG

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 21 juli 2009

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 5 februari 2008 binnengekomen klacht van A, wonende te B, klager, tegen C, arts, wonende te D, verweerder.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van het klaagschrift met de bijlagen, het antwoord met de bijlagen, de repliek met de bijlagen, de dupliek met de bijlage, de correspondentie betreffende het vooronderzoek, de brief met de bijlage van mr. P.H. Ruijsendaal, advocaat te Zeist, binnengekomen op 1 mei 2009, de pleitnotities van mr. Ruijsendaal voornoemd, door hem, namens klager overgelegd ter terechtzitting, de pleitnotities van mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht, door hem, namens verweerder overgelegd ter terechtzitting. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronder-

zoek mondeling te worden gehoord. De klacht is ter openbare terechtzitting behandeld. Partijen waren aanwezig. Klager werd bijgestaan door mr. Ruijsendaal voornoemd en verweerder werd bijgestaan door mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden, kan van het volgende worden uitgegaan:

Klager is op 16 september 2001 betrokken geweest bij een motorongeval. De bij de aanrijding betrokken automobilist was bij de WAM-verzekeraar E, hierna te noemen: E, voor aansprakelijkheid verzekerd. De zaaksbehandelaar van E heeft vervolgens verweerder, die als zelfstandig medisch adviseur werkzaam is, in het kader van de schadeafwikkeling diverse malen om medisch advies gevraagd.

In een memo van 1 oktober 2002 gericht aan de zaaksbehandelaar heeft verweerder onder meer geschreven:

'(...) Ik merk op dat voor mij als ongevalsgevolg geldt een zeer kortdurende periode pijnklachten op basis van schrik of schok. De arbeidsongeschiktheid langer dan een paar dagen tot een paar weken kan ik uiteraard niet op het conto van het ongeval schrijven. Betrokkene ervaart kennelijk grote emotionele of psychische problemen, maar die kan ik niet in relatie brengen met het ongeval. Ik neem aan dat de medisch adviseur van de wederpartij het met mij eens is, zo niet dan dient hij mij dat, goed beargumenteerd, conform de NPP-richtlijnen, duidelijk te maken (...)'.

Op 29 oktober 2002 heeft verweerder in een memo aan de zaaksbehandelaar onder meer geschreven:

'(...) De belangenbehartiger stuurt informatie toe van alternatieve behandelaars. We wisten al dat betrokkene zich met name wil laten behandelen door alternatieve behandelaars. Ik gaf aan dat hun behandelingen niet alleen onwerkzaam zijn, maar zelfs iatrogene schade kunnen veroorzaken. (...) De neuropsycholoog ziet bij de door hem uitgevoerde tests enkele afwijkingen, en trekt de conclusie dat betrokkene "in een impasse" zit. Dat lijkt mij een juiste conclusie; er is vrijwel zeker iets met betrokkene aan de hand. Zoals u bekend kan ik het, laten wij het maar noemen disfunctioneren, niet op een medische manier in verband brengen met het ongeval. Andere factoren moeten daarvoor verantwoordelijk zijn.'

Bij brief van 23 december 2002 heeft de medisch adviseur van klager geconcludeerd dat na het ongeval een persisterend complex van reële klachten was blijven bestaan, waarvan op basis van de hem ter beschikking staande gegevens geen andere oorzaak dan het ongeval kon worden aangewezen. Hij was van oordeel dat de diagnose zowel een postwhiplash als een postcommotioneel syndroom kon zijn, waarbij naast pijnklachten vooral cognitieve en (wellicht deels secundair ontstane) emotionele problematiek op de voorgrond stonden.

Hij heeft aan klager een onafhankelijk deskundigenonderzoek aanbevolen.

Hierna hebben enkele deskundigen klager onderzocht en zijn tot verschillende conclusies gekomen ten aanzien van de oorzaak van de klachten van klager.

De psychiater prof. dr. F heeft samen met een psychiater in opleiding klager in opdracht van de rechtbank G onderzocht. Op 30 september 2004 hebben prof. F en bedoelde aios psychiatrie, die – kort samengevat – hadden geconcludeerd dat het ongeval tot een aanpassingsstoornis had geleid, hun conceptrapportage aan de advocaten van E en klager gezonden, met het verzoek om hun eventuele op- en aanmerkingen aan hen te doen toekomen. Verweerder heeft bij brief van 14 oktober 2004 aan prof. F een reactie op de conceptrapportage gegeven. Verweerder heeft onder meer in deze brief geschreven:

‘U stelt dat de klachten op het gebied van emoties en gedrag zijn te beschouwen als een stoornis van de aanpassing aan het ongeval en de daaropvolgende gebeurtenissen. Inderdaad weten wij dat betrokkene het ongeval als de grote boosdoener ziet die een belangrijke verandering in zijn leven heeft teweeggebracht. De reden waarom hij dat doet, wordt ons echter niet geheel duidelijk. Op voorhand behoefde natuurlijk geen late psychische reactie op dit ongeval te worden verwacht. Hoewel het vervelend is van de motor te worden gereden, kwam het er in feite op neer dat betrokkene ten val kwam, geen schade opliep, en weer overeind krabbelde. Ook nader onderzoek liet geen schade van belang zien. Hij stelde zich niet onder doktersbehandeling, zoals op een EHBO had kunnen gebeuren. De vraag is dan ook: (waarom) is deze factor in het leven van betrokkene de enige factor geweest die hem heeft doen ontsporen? In ieders leven gebeuren toch geregeld evenementen die minstens even grote en zo niet een veel gro-

tere impact hebben? In het geval van betrokkene zijn daaraan gelijk te stellen evenementen/gebeurtenissen daadwerkelijk aan de orde geweest. In dat kader moet wel worden bedacht dat betrokkene er een zeer groot financieel belang bij heeft indien zijn klachten aan het ongeval worden toegeschreven en er een arts wordt gevonden die voor die klachten “beperkingen” wil duiden. (...) Bekend is bijvoorbeeld dat betrokkene een eenmansbedrijf had van waaruit hij als freelancer voor een grote opdrachtgever werkte. Kennelijk werd hij daar geconfronteerd met een grote hoeveelheid werk, terwijl wij anderzijds weten dat bij die opdrachtgever in economische zin veel “aan de hand was”. Acht u het mogelijk dat het geconfronteerd worden met zeer grote hoeveelheid werk bij deze persoon – die volgens u voor het ongeval de neiging had te hoge eisen aan zichzelf te stellen – een burn-outsyndroom heeft veroorzaakt? (...) Een andere bekende factor die stress kan veroorzaken in iemands leven is relatieproblematiek. U schrijft daarover slechts dat de relatie met de echtgenote “zeer goed is”. Ik verzoek u dit punt wat breder uit te werken. (...) U heeft geen differentiaaldiagnose opgesteld. U stelt dat er sprake is van een aanpassingsstoornis. Psychiater H heeft de groep “diagnoses” waartoe ook de aanpassingsstoornis behoort, zo treffend betiteld als de “vuilnisbakdiagnoses”. U weet hoe het tegenwoordig steeds vaker gaat: de neuroloog kan met dit soort beelden minder uit de voeten, is vaker minder bereid het te betitelen als een postwhiplash-syndroom, waarna de gang naar de psychiater wordt gemaakt die dan inderdaad vaststelt dat er sprake is van een aanpassingsstoornis, een somatoforme stoornis niet anders omschreven, een ongedifferentieerde pijnstoornis of meer van dat soort diagnoses met al hun verschillende varianten. (...) Is er geen reden tot differentiaaldiagnostiek?

Ik geef een paar suggesties: burn-out, overwerktheid, overspannenheid, surmenage, een angststoornis, inbeelding (van klachten of van causaal verband of het hebben van beperkingen), overdrijven, simuleren, een subklinische depressie, een pijnstoornis, een somatoforme stoornis, overmatige fixatie op de klachten, bewegingsangst en hypochondrie. Het zal misschien veel moeite kosten deze lijst, die zeker nog wel valt uit te breiden, na te lopen, maar ik verzoek u nadrukkelijk deze moeite toch te nemen (...).’

Het commentaar op deze conceptrapportage heeft ertoe geleid dat prof. F samen met de aios psychiatrie klager nogmaals heeft onderzocht en de diagnose posttraumatisch stresssyndroom (PTSS) bij klager heeft gesteld. Deze psychiatrische rapportage is op 14 maart 2005 naar de rechtbank gestuurd.

Hierop heeft E prof. dr. I, verbonden aan het J, en dr. K, psychiater te L, verzocht op basis van het medisch dossier een oordeel te vormen over klager. Beide psychiaters hebben de diagnose PTSS verworpen. Op 21 november 2007 heeft de rechtbank G bij tussenvonnis prof. F opgedragen aanvullend te rapporteren. Op 15 december 2008 heeft prof. F nadat hij klager voor de derde maal (en nu zelfstandig) heeft onderzocht, zijn definitieve rapportage toegezonden aan de rechtbank G, waarin hij – kort samengevat – gemotiveerd heeft verklaard bij zijn eerdere diagnose PTSS te blijven.

3. Het standpunt van klager en de klacht

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder in zijn functie als medisch adviseur van E in strijd heeft gehandeld met de algemene normen die voor artsen gelden en met de artikelen 1 en 15 van de GAV-beroepscode (beroepscode voor geneeskundig adviseurs).

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stel-

lingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

Verweerder heeft erop gewezen dat de aard van de werkzaamheden van een medisch adviseur van een aansprakelijkheidsverzekeraar, zoals in dit geval, niet vergelijkbaar is met het werk van bijvoorbeeld de medisch adviseur in het kader van sociale verzekeringen (verzekerings-arts) of van een bedrijfsarts. Een medisch adviseur brengt in beginsel alleen advies uit ten behoeve van zijn opdrachtgever.

Voor zover verweerder met dit betoog beoogt te bereiken dat klager geen recht heeft zich te beklagen over de inhoud van een interne notitie, een brief met op- en aanmerkingen op een in opdracht van de rechtbank opgesteld conceptdeskundigenrapport en/of dat verweerders werkzaamheden niet, of in mindere mate, aan tuchtrechtelijke toetsing worden onderworpen, gaat een en ander niet op. Verweerder wist althans behoorde er rekening mee te houden dat klager kennis zou krijgen van de passages in de brief en de memo's waarover hij zich nu beklaagt. Ook de inhoud van de memo's betreffen klager persoonlijk, waardoor hij een rechtstreeks belang heeft om, indien hij kritiek heeft op de door verweerder gebruikte bewoordingen en kwalificaties, deze

aan het oordeel van de tuchtrechter te onderwerpen. Daarin komt geen verandering doordat de gewraakte passages in de memo's slechts de bouwstenen zijn van een intern advies en een commentaar op een conceptrapport dat primair gericht is aan de rapporteur.

Verder geldt dat de in het BIG-register ingeschreven arts die bij zijn advisering de gezondheidstoestand beoordeelt van een patiënt (de verzekerde of tegenpartij van de geadviseerde maatschappij) onder het bereik van het tuchtrecht voor de gezondheidszorg valt (de tweede tuchtnorm zoals omschreven in artikel 47 lid 1 onder b van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)).

Vooropgesteld wordt dat verweerder geen verwijt kan worden gemaakt dat hij inhoudelijk een ander standpunt dan klager inneemt over de mogelijke (mede)oorzaak van de door klager gepretendeerde schade. Verweerder heeft de bevoegdheid om ter advisering van de civiele tegenpartij van klager een tegenovergesteld standpunt in te nemen. Verweerder heeft ook het recht om het met klager oneens te zijn over de ernst van de aan het ongeval toegeschreven klachten en beperkingen. Deze bevoegdheid en dit recht hebben hun begrenzing. Zo dient de medisch adviseur zich

in zakelijke bewoordingen uit te drukken, in het debat met de tegenpartij niet vooringenomen te zijn en voldoende respect te tonen voor de standpunten van gesprekspartners, in dit geval klager, zijn medisch adviseur, en de rapporteurs die zich hebben uitgesproken over klagers medische of psychische toestand. Ook dient de medisch adviseur objectief en onafhankelijk te oordelen en zijn uitspraken en oordelen te beperken tot het werktein waarop hij deskundig is. Van belang hierbij is eveneens dat bij het op schrift stellen van stukken waarvan voorzienbaar is dat deze ook extern een betekenis kunnen hebben, wordt gewaakt voor een vermenging van feiten, beweringen, persoonlijke opvattingen en (retorische) vragen.

Meer in het algemeen dient verweerder zorgvuldigheid te betrachten, dient hij te handelen overeenkomstig de in de medische professie algemeen aanvaarde gedragsregels, zoals de GAV beroepscode (1994) en de Gedragsregels voor artsen (KNMG 2004). Dat meer concreet genormeerde algemeen geldende richtlijnen of protocollen ontbreken doet hieraan niet af.

De door klager uitgesproken verwijten zijn gegrond: de hiervoor onder de feiten aangehaalde inhoud van verweerders reacties is vooringenomen en/of ongepast en/of badinerend en/of beledigend en/of ongefundeerd. Verweerder, er onwrikbaar van overtuigd dat whiplash, noch PTSS de oorzaak is en kan zijn van klachten en beperkingen zoals klager die heeft genoemd, is ongevraagd op zoek gegaan naar omstandigheden bij klager die mogelijk wel oorzaak zijn van die klachten. Bij die zoektocht heeft hij ongefundeerde uitspraken gedaan (bijvoorbeeld over het consulteren van alternatieve genezers en de gevolgen daarvan, over mogelijke problemen met zijn werk en in zijn relatie) die klager begrijpelijkerwijze op zichzelf heeft betrokken. Verweerder is als medisch adviseur tekortgeschoten, omdat hij zijn positie ruimer invult dan gepast is. Hij is in de eerste plaats arts,

Ouders/dokters/klagers

De twaalfjarige zoon van een artsenechtpaar verkeert volgens hen in een crisissituatie met mogelijk suicidegevaar. De ouders diagnosticeren depressieve klachten secundair aan ADD en willen snel starten met medicatie. Psycholoog en arts van de jeugd-ggz-instelling willen echter eerst diagnostiek. Ouders starten daarom zelf met medicatie.



De ggz-arts vindt geen depressie en diagnosticeert schoolangst. Ouders/dokters/klagers laten hun kind vervolgens starten met pipamperon (Dipiperon), wat de ggz-arts met tegenzin overneemt. Het helpt uitstekend. Psychologisch onderzoek volgt en de ouders vragen een second opinion van een kinderpsychiater, die de diagnose ADD met ernstige secundaire depressie bevestigt. Opluchting en een aanklacht zijn het gevolg.

De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak op medischcontact.nl/tuchtzaken.

daarnaast medisch adviseur (en geen regisseur, pleitbezorger of belangenbehartiger van de verzekeringsmaatschappij) die kennelijk zijn eigen vakkundigheid en overtuigingen heeft overschat en in elk geval niet van relativering heeft willen weten (want over de diagnoses whiplash en PTSS kan minst genomen verschillend worden gedacht). Op deze gronden dient hem een maatregel te worden opgelegd.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht naar de kern genomen gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 onder b van de Wet BIG.

Voor de zwaarte van de maatregel wordt overwogen dat verweerder voor vergelijkbare feiten (in de periode 2001) in hoger beroep een waarschuwing is opgelegd. Een vergelijkbare klacht over het handelen van verweerder in 2001 is eveneens op 26 mei 2009 ter terechtzitting behandeld en heeft wederom tot het opleggen van de maatregel van een waarschuwing geleid. De omstandigheid dat het college tijdens de behandeling ter zitting er niet van overtuigd heeft kunnen raken dat verweerder inziet dat hij zijn vak en taak als medisch adviseur op andere wijze inhoud moet geven dan hij kennelijk gewend is en waarvoor hij eerder bestraft is, is thans reden om de hierna te vermelden zwaardere maatregel op te leggen.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 onder b van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klager had behoren te betrachten

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing.

Het regionaal tuchtcollege

- *berispt verweerder.*

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheids Jurisprudentie, GAV-scoop en Letsel & Schade en Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 26 mei 2009 door mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, M. Bakker, D.E. de Jong en dr. W.F.R.M. Koch, leden-artsen, mr. R.M.S. van Berkestijn-Doppegieter, lid-jurist, en mr. T.H.C. Coert, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 21 juli 2009 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.



Log in en discussieer mee of bekijk eerdere uitspraken op www.medischcontact.nl

veldwerk

Canadese bloem

We lopen een half uur uit op ok 1. Karin is de volgende patiënte op de lijst van het ochtend-POK-programma. De diagnose: ongecompliceerd lipoom op de linkeronderarm. De anamnese, het lichamelijk onderzoek en de bijbehorende administratie namen tijdens het eerste poliklinische bezoek acht minuten in beslag. De ingreep, inclusief wisseltijd, duurt vandaag slechts tien minuten. In totaal ben ik achttien minuten kwijt. Patiënte tevreden, supervisor tevreden, verpleegkundige gelukkig en ik heb weer een ingreep gescoord voor mijn portfolio. Ware het niet dat in het opleidingsplan staat dat vrijwel alle handelingen op de een of andere manier aan de zes competenties van het CanMEDS-model moeten voldoen. Dat model geldt tegenwoordig als basis voor alle medisch-specialistische opleidingen en komt voort uit een Canadees project uit '91. Het bestaat uit een bloem met 'medisch expert' als middelpunt. De zes bloemblaadjes vertegenwoordigen de competenties: medisch handelen, kennis en wetenschap, communicatie, samenwerking, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Voor mij betekent dit dat ik per competentie 'even' een online formulierje moet invullen, à 2 minuten per stuk. Twaalf minuten later heb ik mijn handelingen in het keurslijf van de CanMEDS geperst. Digitaal voldoe ik aan alle eisen. Alle parameters in het groen. Het kan niet beter of efficiënter. Achttien plus twaalf minuten. Uit het bovenstaande blijkt echter dat ik slechts 30 procent van mijn tijd bezig ben met patiëntencontact. Efficiënter wordt het niet meer, maar ik had de hoop dat het CanMEDS-model tot meer patiëntencontact zou leiden. En in zekere zin leidt het wél tot meer patiëntencontact. Karin vroeg me na de ingreep nog waarom ik zoveel tijd achter de computer zat.

Bram Akkers, aios