

# **Kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg**

*Een juridisch-empirische verkenning*

## **Eindrapport**

**R.S. Batenburg (Nivel)**

**S.E. Versteeg (Nivel)**

**J.C.J. Dute (RU Nijmegen)**

**November 2017**

De begeleidingscommissie van dit onderzoek bestond uit de volgende personen:

- Aleid Ringelberg (SZW)
- Henri Geron (SZW)
- Mark Waasdorp (SZW)
- Ineke van Werven-Bruijne (Inspectie SZW)
- Lidwien Verweij (VWS)
- Tom Hoogeveen (VWS)

De klankbordgroep van dit onderzoek bestond uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties:

- Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)
- Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)
- Kwaliteit op Maat (KoM)
- Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA)
- Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Organisatie Vitaliteit, Activering en Loopbaan (OVAL)
- Registerberoepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Case- en caremanagers (RNVC)
- Vereniging VNO-NCW
- V&VN Arboverpleegkundigen
- Vervolgopleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts (SGBO Radboudumc)

## Samenvatting

De arbeidsmarkt van de bedrijfsgezondheidszorg staat al jaren onder druk. Er dreigt een tekort aan bedrijfsartsen door een aanzienlijke uitstroom als gevolg van pensionering waar te weinig instroom tegenover staat. Een oplossing hiervoor zou kunnen worden gevonden in taakdelegatie- en taakherschikking, maar onder welke voorwaarden zijn deze vormen van taakverschuiving verantwoord en efficiënt? In deze juridisch-empirische verkenning is naar een antwoord op deze vraag gezocht.

Het onderzoek kent verschillende onderdelen. Deze volgen elkaar op en bieden steeds ook input voor het volgende onderdeel. Voor de verschillende onderdelen is gebruik gemaakt van uiteenlopende onderzoeksmethoden. Eerst is het juridische kader in kaart gebracht door middel van juridisch (bureau)onderzoek. Vervolgens is een online peiling uitgezet onder bedrijfsartsen die lid zijn van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Hierna heeft een drietal focusgroepen plaatsgevonden met bedrijfsartsen en vertegenwoordigers van de bedrijfsgezondheidszorg. Tot slot zijn er vijf (actuele) praktijken beschreven, waarin wordt gewerkt met taakdelegatie en/of taakherschikking. De uitkomsten van de verschillende onderdelen zijn door een synthese samengebracht om tot conclusie(s) en aanbevelingen te komen.

Het juridische kader omvat verschillende aspecten. Centraal staan de Arbowet en de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar. De Arbowet is recentelijk uitgebreid met een aantal preventieve taken. De taken en de verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen worden ook bepaald door andere wetgeving, waaronder de Wet BIG en de WGBO. De door de beroepsvereniging NVAB opgestelde richtlijnen en leidraden voor taakdelegatie bieden de nodige houvast om de wettelijke bepalingen praktisch vorm te geven. Uit het juridische kader wordt duidelijk dat veel van de taken en handelingen van de bedrijfsarts kunnen worden overgedragen aan anderen. Bij taakdelegatie blijft de eindverantwoordelijkheid bij de bedrijfsarts; bij taakherschikking dient de wetgeving te worden aangepast om bij andere functionarissen de eindverantwoordelijkheid te beleggen voor taken die momenteel aan de bedrijfsarts zijn voorbehouden. Op grond van wetgeving en (tuchtrechtelijke) jurisprudentie kunnen bedrijfsartsen taken delegeren, mits aan de volgende vijf kernvoorwaarden wordt voldaan:

1. De bedrijfsarts moet een opdracht aan de gedelegeerde verstrekken;
2. De bedrijfsarts moet daarbij zo nodig voldoende aanwijzingen geven;
3. De bedrijfsarts moet de bekwaamheid van de gedelegeerde hebben beoordeeld, waarbij deze laatste de eigen bekwaamheid als opdrachtnemer moet hebben beoordeeld;
4. De bedrijfsarts moet voorzien in adequaat toezicht en/of de mogelijkheid van tussenkomst;
5. De werknemer moet over de delegatie en de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling zijn geïnformeerd (met inbegrip van de mogelijkheid de bedrijfsarts (persoonlijk) te consulteren).

De online peiling laat zien dat bedrijfsartsen vooral mogelijkheden zien voor taakdelegatie en/of taakherschikking ten aanzien van informatieverwerking, preventie, eenvoudige ziekteverzuimbegeleiding en procesbegeleiding. In datzelfde verband worden verschillende functionarissen genoemd aan wie taken in de toekomst (mogelijk) gedelegeerd en/of herschikt kan worden. Voor het welslagen van taakdelegatie en/of taakherschikking zijn juridische, maar ook praktische randvoorwaarden bepalend. Deze bevinding wordt bevestigd door de resultaten van de focusgroepen. Zo spelen de marktwerking en het huidige politieke klimaat een grote rol.

Uit de groepsdiscussies kwam naar voren dat het juridische kader en de randvoorwaarden voor taakdelegatie leidend zijn, maar dat de praktijk varieert. Zo wordt verschillend gedacht over de vraag of taken alleen kunnen worden gedelegeerd aan BIG-geregistreerden. Gelet op deze diversiteit is er behoefte aan eenduidigheid, met name waar het gaat om functiebenamingen en competenties. Taakherschikking werd in de focusgroepen vrijwel niet genoemd.

Na de drie focusgroepen zijn vijf actuele praktijkbeschrijvingen gerealiseerd. Door middel van interviews met bedrijfsartsen, gedelegeerden en werkgevers is meer inzicht verkregen in de aanleiding, de inrichting en de potentie van taakdelegatie. Van taakherschikking is ook in de onderzochte praktijken geen sprake. Het tekort aan bedrijfsartsen, kostenbesparing en de-medicalisering werden het vaakst genoemd als *drivers* van taakdelegatie. In alle gevallen wordt gewerkt met schriftelijke afspraken, zijn er een ontwikkelingstrajecten voor de gedelegeerden en vindt frequent contact plaats tussen bedrijfsartsen en andere functionarissen. De kernvoorwaarden voor delegatie zoals die uit het juridische kader voortvloeien worden in alle bestudeerde praktijken met procedures, documenten en systemen geborgd. Opmerking verdient dat er in de onderzochte praktijken al langer met taakdelegatie wordt gewerkt en dat daarmee ook positieve ervaringen zijn opgedaan. Mede hierom kunnen de resultaten niet worden gegeneraliseerd naar de gehele bedrijfsgezondheidszorg.

De praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg die hier in kaart is gebracht, geeft aan dat taakdelegatie voorkomt, en wel in verschillende uitvoeringsmodaliteiten. Ook komt naar voren dat nog niet duidelijk is in hoeverre taakdelegatie dé oplossing is voor het tekort aan bedrijfsartsen in Nederland. Nader onderzoek is nodig om vast te stellen dat taakdelegatie de aantrekkelijkheid van het beroep van de bedrijfsarts verhoogt en daarmee ook de (zij)instroom in het vak. Ook is nader onderzoek nodig om te bepalen of taakdelegatie voor alle typen werkgevers en werknemers even geschikt is. Voordat tot taakherschikking wordt overgegaan verdient het aanbeveling eerst taakdelegatie als instrument verder te exploreren, de huidige richtlijnen daarvoor aan te scherpen en lering te trekken uit de variatie in de huidige praktijk van taakdelegatie. Hier ligt bij uitstek een taak voor het veld.

# Lijst van begrippen en afkortingen

---

<b>Afkorting</b>	
Arbobesluit	Arbeidsomstandighedenbesluit
Arboregeling	Arbeidsomstandighedenregeling
Arbowet	Arbeidsomstandighedenwet
aios	Arts in opleiding tot specialist
Arts M&G	Arts Maatschappij en Gezondheid
CTG	Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg
FTE	Fulltime equivalent
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MKB	Midden- en kleinbedrijf
NAPA	Nederlandse Associatie Physician Assistants
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
OVAL	Organisatie Vitaliteit, Activering en Loopbaan
POB	Praktijkondersteuner Bedrijfsarts
RTG	Regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving
SBCA	Stichting Beheer Certificatierегeling Arbodiensten
SMB	Sociaal-medische begeleiding
Stcrt	Staatscourant
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

---

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>8</b>
1.1 Achtergrond en aanleiding voor dit onderzoek .....	8
1.2 Doel en vraagstellingen.....	11
1.3 Leeswijzer.....	13
<b>2. Methoden en gegevensverzameling</b> .....	<b>14</b>
2.1 Aanpak en fasen van het onderzoek.....	14
2.2 Het juridische onderzoek (onderdeel A) .....	15
2.3 De peiling onder bedrijfsartsen (onderdeel B1).....	15
2.3.1 Veldwerk en respons .....	15
2.3.2 Beperkingen van de peiling .....	17
2.4 De focusgroepen (onderdeel B2) .....	19
2.5 De praktijkbeschrijvingen (onderdeel C).....	19
2.6 Keuzes en beperkingen van dit onderzoek .....	20
<b>3. Een analyse van het juridisch kader</b> .....	<b>21</b>
3.1 Positie en taken bedrijfsarts.....	21
3.2 Taakherschikking en verwijzen.....	23
3.2.1 Taakherschikking .....	23
3.2.2 Verwijzen .....	26
3.3 Delegatie .....	27
3.3.1 Voorbehouden handelingen.....	27
3.3.2 Delegatie van voorbehouden handelingen .....	27
3.3.3 Toepassing delegatievoorwaarden op bedrijfsgeneeskunde – NVAB-standpunt.....	29
3.3.4 Richtlijnen .....	31
3.3.5 (Eind)verantwoordelijkheid .....	31
3.3.6 Delegatie en casemanager .....	32
3.3.7 Conclusie.....	33
3.4 Samenwerking.....	33
3.4.1 Arbo curatieve samenwerking.....	34
3.4.2 Hoofdbehandelaar .....	35
3.4.3 Opleidingssituatie .....	38
3.4.4 Tot slot.....	38
3.5 Uitwisseling van medische gegevens en toegang tot medisch dossier .....	38
3.6 Verantwoordingsplicht bij taakdelegatie: tucht-, straf-, civiel- en klachtrecht .....	40

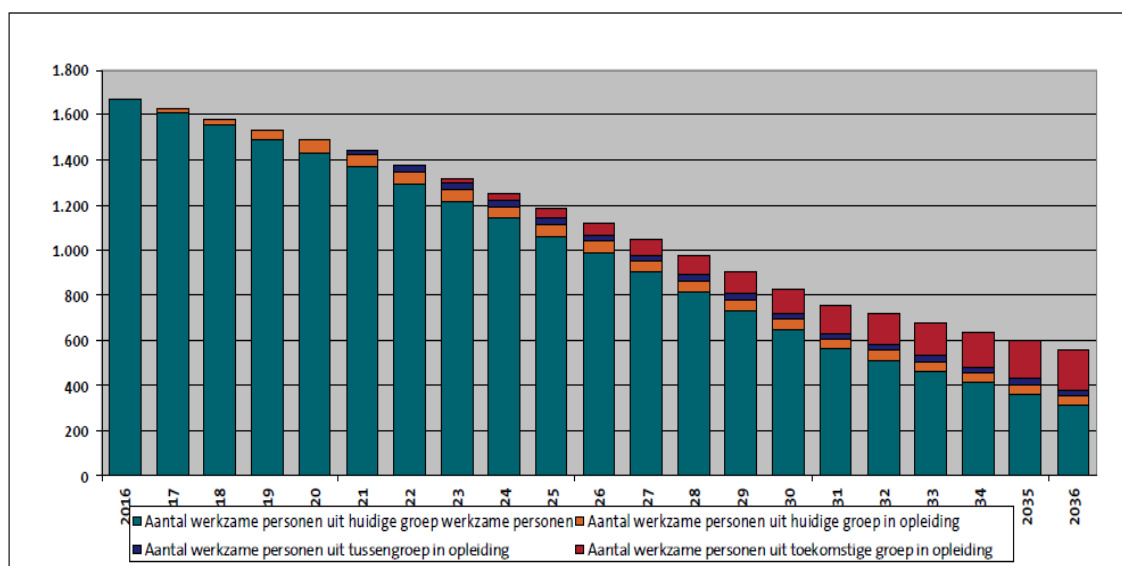
<b>4. Taakdelegatie en taakherschikking in de praktijk .....</b>	<b>42</b>
4.1 Resultaten van de peiling onder bedrijfsartsen .....	42
4.2 Resultaten van de focusgroepen.....	45
4.2.1 Inleiding .....	45
4.2.2 Contextfactoren bedrijfsgezondheidszorg .....	46
4.2.3 Factoren die bepalend zijn voor taakdelegatie en/of taakherschikking .....	47
4.2.4 Kansen taakdelegatie en/of herschikking.....	53
4.3 Resultaten van de praktijkbeschrijvingen .....	55
4.3.1 Algemeen.....	55
4.3.2 Praktijk 1 .....	56
4.3.3 Praktijk 2 .....	57
4.3.4 Praktijk 3 .....	59
4.3.6 Praktijk 4 .....	60
4.3.7 Praktijk 5 .....	61
<b>5. Discussie en conclusie .....</b>	<b>62</b>
5.1 Inleiding.....	62
5.2 Randvoorwaarden voor taakdelegatie en -herschikking in de bedrijfsgezondheidszorg .....	62
5.2.1 De taken van de bedrijfsarts.....	62
5.2.2 Taakherschikking versus taakdelegatie .....	64
5.2.3 De wijze en uitvoering van taakdelegatie.....	65
5.2.4 Bekwaamheidseisen bij taakdelegatie .....	66
5.2.5 Het omgaan met persoonsinformatie bij taakdelegatie .....	67
5.3 De onderzoeksvragen beantwoord.....	68
5.3.1 Antwoorden onderdeel A: .....	68
5.3.2 Antwoorden onderdeel B: .....	69
5.3.3 Antwoorden onderdeel C: .....	70
5.4 Aanbevelingen.....	71
<b>6. Literatuurlijst.....</b>	<b>74</b>
<b>Bijlage 1: De online peiling.....</b>	<b>77</b>
<b>Bijlage 2: Nadere uitkomsten van de peiling.....</b>	<b>87</b>
<b>Bijlage 3: De PowerPoint gebruikt in de focusgroep.....</b>	<b>89</b>
<b>Bijlage 4: Agenda van de focusgroep .....</b>	<b>99</b>
<b>Bijlage 5: De topiclijst gebruikt in de interviews voor de praktijkbeschrijvingen .....</b>	<b>100</b>

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding voor dit onderzoek

De arbeidsmarkt voor bedrijfsartsen staat al geruime tijd onder druk. Het recent verschenen rapport van ABDTOPConsult (Van Gastel en Ringelberg, 2017) schetst een somber beeld vanwege de daling van het aantal bedrijfsartsen en andere problemen rond het vak. De algemene conclusie van dit rapport luidde: *“Het ontbreekt aan een gedragen plan om het dreigende tekort aan bedrijfsartsen op te lossen. Daarnaast is er geen aanpak voor het structureel inrichten en verbeteren van de kennis- en kwaliteitsontwikkeling.”*<sup>1</sup> Het rapport steunt voor een deel op gegevens en inzichten van het Capaciteitsorgaan. Dit constateerde in zijn laatste raming van 2016 dat de instroom in de opleiding ver achterblijft op de benodigde capaciteit voor nu en in toekomst. Figuur 1 (zie hieronder), overgenomen uit het Deelrapport over Sociaal Geneeskundigen Arbeid en Gezondheid van het Capaciteitsorgaan, laat dit goed zien.

**Figuur 1:** Het aantal werkzame bedrijfsartsen tussen 2016 en 2036 gebaseerd op de huidige in- en uitstroom naar leeftijd en geslacht



Bron: NIVEL-rapport 'Sociaal Geneeskundigen Arbeid en Gezondheid'(2016)

Door de verwachte grote uitstroom vanwege pensionering en andere vertrekredenen, en de jaarlijkse instroom van niet meer dan gemiddeld 13 personen in de laatste 5 jaar, zal het huidige aantal werkzame bedrijfsartsen bij ongewijzigd beleid teruglopen van meer dan 1.800 in 2016 tot minder dan 600 in 2036. In 2028 zal het aantal bedrijfsartsen gehalveerd zijn. Het Capaciteitsorgaan adviseert om met ingang van 2018 ten minste 121 (basis)artsen te laten instromen in de opleiding tot bedrijfsarts en 48 in de opleiding tot verzekeringsarts.

<sup>1</sup> Gastel, M. van (i.s.m. Ringelberg, A.) (2017). Aanpak dreigend tekort bedrijfsartsen. Den Haag: ABDTOPConsult, pagina 19.



Bij dit advies is een aantal ontwikkelingen meegenomen, zoals de toename van de *caseload* van bedrijfsartsen. Deze zal nu en in de komende tijd toenemen, omdat door het economisch herstel en het langer doorwerken het aantal werkenden in Nederland stijgt (CBS, 2016; werk.nl, 2017). Ook is de wijziging van de Arbowet meegenomen, waarmee het takenpakket van de bedrijfsarts op het terrein van preventie is uitgebreid. Door het introduceren van het zogenaamde basiscontract zijn minimumeisen gesteld aan de afspraken tussen werkgevers en arbodienstverleners, en bestaande wettelijke taken van de bedrijfsarts uitgebreid met verplichtingen vooral ten aanzien van preventie. Kort samengevat zijn de wettelijke taken van de bedrijfsarts:

- het adviseren bij de ziekteverzuimbegeleiding;
- het toetsen van en het adviseren over de Risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E, waarbij de bedrijfsarts één van de vier kerndeskundigen is);
- het doen van periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO);
- zo nodig het doen van aanstellingskeuringen;

uitgebreid met de volgende verplichtingen:

- advisering over preventie en samenwerking met de preventiemedewerker en OR (meer precies: deskundige personen, de ondernemingsraad of de personeelsvertegenwoordiging, of, bij het ontbreken daarvan, de belanghebbende werknemers) inzake maatregelen gericht op een zo goed mogelijk arbeidsomstandighedenbeleid;
- toegankelijk zijn voor iedere werknemers, ook preventief, onder andere door middel van een open spreekuur;
- de mogelijkheid bieden voor een second opinion van een andere bedrijfsarts of arbodienst, werkplekbezoek;
- het bieden van een duidelijke klachtenprocedure en een adequate klachtenregeling; en
- het melden van beroepsziekten, hetgeen op termijn bij niet nakoming beboetbaar is.

Gelet op de instroom in het vak moet geconstateerd worden dat geneeskundestudenten en basisartsen voor de bedrijfsgezondheidszorg relatief weinig belangstelling hebben. Dit hangt samen met het imago van het vak. Sociaal geneeskundige specialismen staan bij de beroepskeuze van net afgestudeerde basisartsen onderaan de ranglijst. KIWA berekende in 2016 voor het Capaciteitsorgaan dat slechts 0,6% van de basisartsen bedrijfsgeneeskunde als eerste voorkeur had, en 0% als tweede (Van der Velden en Wierenga, 2016). Het te verwachten capaciteitstekort van bedrijfsartsen zal zo niet worden opgelost. Door het huidige overschot aan basisartsen kan dit beeld echter veranderen. Met de campagne 'Bedrijfsarts worden. Het betere werk!' en de site [www.bedrijfsartsworden.nl](http://www.bedrijfsartsworden.nl) zijn de NVAB, de OVAL, de KoM, het UWV, de NSPOH, het SBGO en het IOSG (met ondersteuning van SZW) een imagocampagne gestart om zowel het beroep van bedrijfsarts als dat van verzekeringsarts meer bekendheid te geven. Tot nu toe zijn er in 2017 ongeveer 50 artsen in opleiding tot bedrijfsarts gegaan.

Het eerder aangehaalde rapport van ABDTOPConsult schetst een aantal oplossingen voor de problemen op de arbeidsmarkt voor bedrijfsartsen en die binnen de sector van de bedrijfsgezondheidszorg, waaronder taakdelegatie en taakherschikking. Gepleit wordt voor een model waarin de Praktijkondersteuner Bedrijfsarts (POB) *“een impuls kan geven aan inzet door arboverpleegkundigen en andere hbo-geschoolden als bedrijfsmaatschappelijk werk en de*

*arbeidsdeskundige*". Daarnaast wordt aanbevolen dat de bedrijfsarts "de verbinding legt naar andere kerndeskundigen Arboret en naar de preventiemedewerker in het bedrijf" en dat er "meer duidelijkheid komt over onder welke voorwaarden 'basisartsen niet in opleiding' en basisartsen in opleiding tot bedrijfsarts kunnen werken onder de verantwoordelijkheid van één bedrijfsarts."<sup>2</sup> De veronderstelling is dat de bedrijfsarts "in een aansturende, delegerende, samenwerkende rol meer tijd krijgt voor verdieping in de bedrijfsgeneeskunde, preventie en voor onder meer de nieuwe consultfunctie ('Arbo spreekuur')". Dit zou dus een oplossing kunnen zijn voor het tekort aan bedrijfsartsen, en aan het aantrekkelijker maken van het beroep.

Over de termen *taakdelegatie* en *taakherschikking* die in dit rapport worden gehanteerd is veel gepubliceerd, zowel nationaal als internationaal. Van beide termen bestaan verschillende definities. In dit rapport hanteren we de volgende definities, die voortbouwen op het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uit 2002:

- **Taakdelegatie** is het niet structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional.
- **Taakherschikking** is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en eindverantwoordelijkheid tussen verschillende beroepen.

Het essentiële verschil tussen taakdelegatie en taakherschikking is het al dan niet overdragen van de 'eindverantwoordelijkheid'. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de precieze verantwoordelijkheidsverdeling bij taakdelegatie en taakherschikking. Gemakshalve beperken wij ons hier tot de constatering dat bij taakdelegatie degene die de taken delegeert altijd de verantwoording daarvoor blijft dragen. Deze delegant kan daar tuchtrechtelijk op worden aangesproken. Bij taakherschikking is degene aan wie de taken zijn overgedragen (eind)verantwoordelijk voor de uitvoering van de taken. Bij zowel taakdelegatie als taakherschikking geldt: niet bekwaam is niet bevoegd.

Zoals we in hoofdstuk 3 uiteen zullen zetten, is taakdelegatie aan een aantal 'kernvoorwaarden' onderworpen. Zij is verder niet altijd louter een individuele aangelegenheid, maar kan mede bepaald worden door de organisatie waarbij de delegant in dienst is. Taakdelegatie kan echter nooit buiten de delegant om plaatsvinden (zoals verder zal worden toegelicht op pagina 28-29).

Binnen de gezondheidszorg komen taakdelegatie en taakherschikking vaak voor, maar het is lastig om een en ander in maat en getal uit te drukken. Een voorbeeld van taakdelegatie is dat de praktijkondersteuner huisarts (POH) een deel van de taken van de huisarts uitvoert door chronische patiënten te zien, hen te adviseren en in bepaalde gevallen hen ook te behandelen (Heiligers et al., 2012; De Leeuw et al., 2008; Wijers et al., 2012; Burgt et al., 2015). Een voorbeeld van taakherschikking is dat verpleegkundig specialisten in de ziekenhuiszorg taken uitvoeren die eerder alleen aan artsen waren voorbehouden, in het bijzonder het voorschrijven van medicatie (De Bruin-Geraets et al., 2016; Wallenburg et al., 2015; Kroezen, 2014). Na een positieve evaluatie van een

---

<sup>2</sup> Gastel, M. van (i.s.m. Ringelberg, A.) (2017). Aanpak dreigend tekort bedrijfsartsen. Den Haag: ADBTOPConsult, pagina 21.

experimenteerperiode van vijf jaar is aan physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS) de zelfstandige bevoegdheid toegekend om ‘veel voorspelbare en routinematige medische handelingen’ te verrichten die eerder alleen door artsen konden worden uitgevoerd. Op 12 september 2017 nam de Tweede Kamer daartoe het voorstel aan om de Wet BIG hierop aan te passen. Daarnaast is onlangs een studie verschenen over de inzet van de nurse practitioner in de eerstelijnszorg (van der Biezen, 2017). Hierin wordt op basis van onder andere een *systematic review* geconstateerd dat *“zorg geleverd door verpleegkundigen, in vergelijking met zorg geleverd door huisartsen, waarschijnlijk leidde tot vergelijkbare of verbeterde gezondheidsuitkomsten voor een groot aantal gezondheidsproblemen”*<sup>3</sup>.

Empirisch onderzoek naar het idee van taakdelegatie en/of taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg is schaars. In 2015 is een onderzoek uitgevoerd naar de positie van arboverpleegkundigen in relatie tot taakherschikking (Jonker-Jorna 2015). Hierin zijn onder andere sleutelfiguren ondervraagd en is onder arboverpleegkundigen een enquête uitgezet. De conclusie van het onderzoek is dat *“taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg een logisch vervolg is op de ontwikkelingen in de gehele gezondheidszorg en in een globaal kader geïmplementeerd kan worden.”*<sup>4</sup> Hierop zal later in dit rapport nog worden gereflecteerd. Wat de ervaringen zijn van bedrijfsartsen zelf, en hun werkgevers, is echter nog niet eerder in kaart gebracht. Ook is (nog) niet onderzocht wat de praktijkvariatie in taakdelegatie en taakherschikking binnen de bedrijfsgezondheidszorg is. Het is belangrijk deze lacune op te vullen. Ten eerste is het van belang om zicht te krijgen op de Ausgangssituation voor de hiervoor genoemde aanbeveling van het rapport van ABDTOPConsult om door taakdelegatie en -herschikking het huidige en dreigende tekort aan bedrijfsartsen te verkleinen. Ten tweede is het van belang om de praktijk van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg tegen het licht van het juridische kader daarvoor te houden. Het juridische kader bepaalt immers de ruimte voor taakdelegatie en taakherschikking in de praktijk.

Er is dus alle reden om de kansen voor taakdelegatie en/of herschikking binnen de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland nader te onderzoeken en wel op twee dimensies, namelijk (1) onder welke voorwaarden taakdelegatie en/of taakherschikking verantwoord en efficiënt zijn/is, en (2) of taakdelegatie en/of taakherschikking kunnen/kan bijdragen aan het verkleinen van het tekort aan bedrijfsartsen, nu en in de toekomst.

## 1.2 Doel en vraagstellingen

In het licht van het voorgaande heeft het ministerie van SZW de vraag uitgezet om de mogelijkheden van taakdelegatie- en herschikking binnen de bedrijfsgezondheidszorg te onderzoeken. Het hoofddoel van het onderzoek is om met het beschrijven van de kansen voor en de grenzen van

---

<sup>3</sup> Biezen, M.G.M. van der (2017). The Impact of Nurse Practitioners in Primary Care. Dissertatie Nijmegen: Radboud Universiteit, pagina 220.

<sup>4</sup> Jonker-Jorna, P.A.M. (2015). Positie arboverpleegkundigen, Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg. V&VN Arboverpleegkundigen. Utrecht: V&VN, pagina 5.

taakdelegatie en taakherschikking, bij te dragen aan de vermindering van met name het dreigende tekort aan bedrijfsartsen.

Dit rapport doet verslag van het onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van SZW, in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het is opgebouwd uit vijf onderdelen (A t/m E) met bijbehorende doelen en onderzoeksvragen die leidend zijn voor en structuur geven aan dit rapport:

#### *Onderdeel A*

Doel:

- Een inventarisatie van de juridische mogelijkheden en beperkingen van delegatie en herschikking van taken van de bedrijfsarts aan andere professionals.

Onderzoeksvragen:

- Voldoet de praktijk van taakdelegatie aan de wettelijke vereisten en eventueel nadere afspraken daaromtrent?
- Welke vormen van taakdelegatie of taakherschikking zijn mogelijk binnen de bedrijfsgezondheidszorg?
- Hoe is de privacy van werknemers bij taakdelegatie en –herschikking geborgd en hoe wordt toegezien op de naleving van het privacy- en arbobeleid?
- Hoe zien de organisaties in de praktijk toe op de kwaliteit en de naleving van de randvoorwaarden waaronder taakdelegatie wordt uitgevoerd, welke randvoorwaarden zijn gesteld? Zijn er kaders in regelgeving, protocollen of richtlijnen? Zijn deze beschikbaar, zijn deze bekend en worden deze ook gebruikt in de praktijk? Zijn de periodieke audits bij gecertificeerde arbodiensten mede gericht op de randvoorwaarden waaronder taakdelegatie door arbodiensten wordt toegepast?

#### *Onderdeel B*

Doel:

- Een inventarisatie van de wijze waarop taakdelegatie van de bedrijfsarts aan zorgprofessionals in de praktijk invulling krijgt.

Onderzoeksvragen:

- Hoe ziet de praktijk van taakdelegatie in de preventieadviesing, de bedrijfsgezondheidszorg en de ziekteverzuimbegeleiding eruit? In welke mate wordt taakdelegatie nu al toegepast? Bij welke werkgevers (sector en bedrijfsgrootte) is taakdelegatie van de bedrijfsarts aan de orde? Welke werknemers komen in aanraking met taakdelegatie van de bedrijfsarts?
- Welke functionarissen werken op basis van taakdelegatie? Voor welke (medische) handelingen werken functionarissen op basis van taakdelegatie?
- Hoe staat het met de praktijk van taakdelegatie bij zelfstandige bedrijfsartsen? Voor zover die er is, hoe is deze dan organisatorisch vorm gegeven?
- Draagt taakdelegatie bij aan een positieve waardering van het vak van bedrijfsarts vanuit het perspectief van de bedrijfsartsen zelf? Hoe kijken bedrijfsartsen zelf aan tegen taakdelegatie, maakt het hun werk meer of minder interessant en waarom?
- Wat zijn de kosten en de baten van taakdelegatie voor de organisatie in termen van ervaren kwaliteit van zorg, beschikbare capaciteit van de bedrijfsarts en financiële lasten?

- Vormt taakdelegatie een permanente of een tijdelijke oplossing?
- Is er sprake van taakherschikking?

### *Onderdeel C*

#### Doel:

- Een beschrijving en een afweging van de 'goede' dan wel 'minder goede' praktijken van taakdelegatie en –herschikking, alsmede de uitdagingen, met daarbij vooral aandacht voor de waarborgen en de risico's voor de cliënten, de efficiëntie en de kwaliteit van de zorg.

#### Onderzoeksvragen:

- Welke 'goede' dan wel 'minder goede' voorbeelden zijn er te noemen?
- Hoe worden de aangetroffen praktijken gewaardeerd vanuit het perspectief van efficiënte inzet van de zorg, de kwaliteit van de zorg en het belang van de werknemer c.q. patiënt onder meer in relatie tot spoedige behoefte aan zorg, privacy en behoefte aan continuïteit ('vaste gezichten').
- Onder welke voorwaarden is de kwaliteit van taakdelegatie voldoende geborgd en wat zijn hierbij de aandachtspunten?

### *Onderdeel D en E*

#### Doelen:

- Het doen van aanbevelingen voor het in de praktijk nader vormgeven van beleid ten aanzien van taakdelegatie en/of taakherschikking van de bedrijfsarts op basis van de vorige onderdelen.
- Het inzichtelijk maken van de randvoorwaarden waaronder taakdelegatie en taakherschikking verantwoord en efficiënt is.

## **1.3 Leeswijzer**

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn actuele primaire en secundaire gegevens over taakdelegatie en taakherschikking binnen de bedrijfsgezondheidszorg verzameld en geanalyseerd. In de volgende hoofdstukken zal allereerst ingegaan worden op de opzet van het onderzoek en de gegevensbronnen en methoden die gebruikt zijn voor de verschillende onderdelen (hoofdstuk 2). Hoofdstuk 3 presenteert de analyse van het juridisch kader, hoofdstuk 4 de resultaten van de empirische onderzoeken naar de praktijk van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg. De conclusie, dat wil zeggen de beantwoording van de onderzoeksvragen, en de aanbevelingen van dit rapport zijn te vinden in het afsluitende hoofdstuk 5.

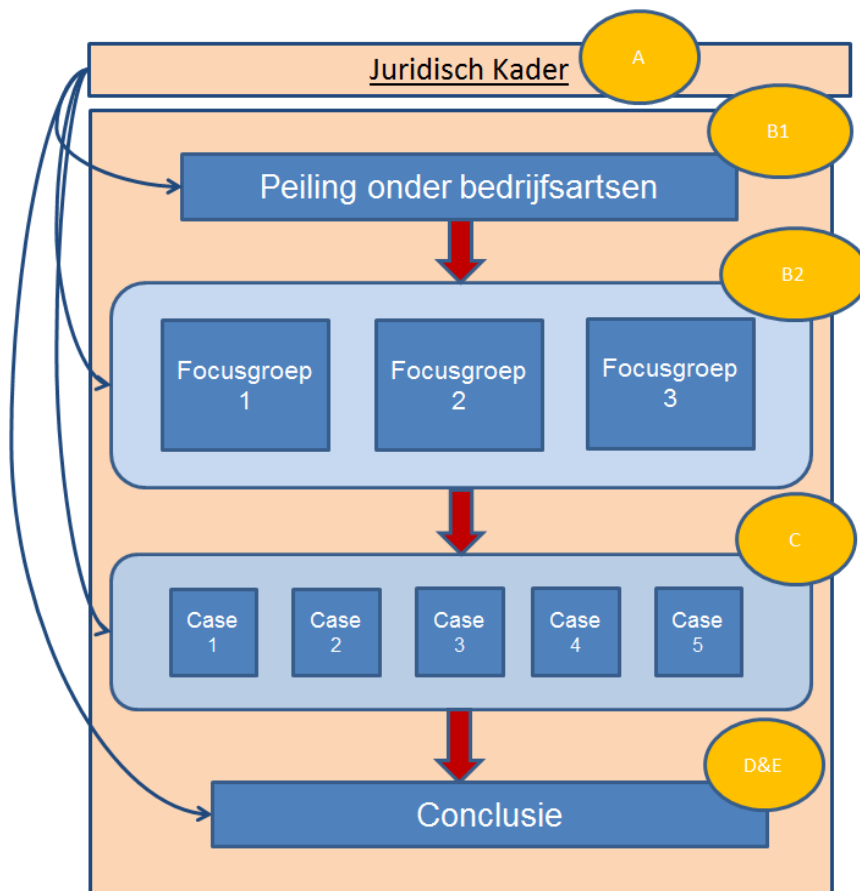
## 2. Methoden en gegevensverzameling

### 2.1 Aanpak en fasen van het onderzoek

Dit onderzoek kent vijf onderdelen (A t/m E). Voor de onderdelen A tot en met C zijn verschillende onderzoeksmethoden en instrumenten toegepast. Zo is voor onderdeel A een juridisch onderzoek verricht, voor onderdeel B een online peiling onder bedrijfsartsen en een drietal focusgroepen, en voor onderdeel C een vijftal praktijkbeschrijvingen. De uitkomsten van de verschillende onderdelen zijn samengebracht om in onderdeel D en E de conclusies te formuleren.

De resultaten van het ene onderdeel dienden steeds als input voor het volgende onderdeel. De uitkomst van het juridische onderzoek (A), het juridische kader voor taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg, vormde input voor de empirische onderdelen B en C van het onderzoek. De peiling onder de bedrijfsartsen (B1) gaf input voor de focusgroepen (B2) en de praktijkbeschrijvingen (C). Tevens werden de verschillende onderdelen gebruikt om deelnemers voor de volgende onderdelen te werven. Figuur 2 geeft een en ander grafisch weer.

**Figuur 2:** Grafische weergave van de opbouw van het onderzoek



## 2.2 Het juridische onderzoek (onderdeel A)

Om het juridisch kader op te stellen voor taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg heeft bureauonderzoek plaatsgevonden gebaseerd op verschillende bronnen. Ten eerste is de relevante wetgeving (met name de Wet BIG, de WGBO en de Arbowet), de jurisprudentie (met name de uitspraken van de tuchtrechter) en de juridische literatuur geanalyseerd met het oog op de taken, de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen bij taakdelegatie en –herschikking. Ook is gekeken naar de regeling van de aan (bedrijfs)artsen voorbehouden handelingen. Ten tweede is gebruik gemaakt van documenten die de KNMG, de NVAB en andere organisaties hebben gepubliceerd over de inhoud, de taken en de competenties van bedrijfsartsen. Ook relevante documenten die door de arbodiensten zijn gepubliceerd zijn in deze studie betrokken, evenals die welke door werknemersverenigingen (FNV) en andere betrokken organisaties (zoals het UWV) zijn uitgebracht.

## 2.3 De peiling onder bedrijfsartsen (onderdeel B1)

### 2.3.1 Veldwerk en respons

Om een beeld te kunnen schetsen zowel van de huidige uitvoeringspraktijk van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg, als ook van de toekomstmogelijkheden, is een online peiling (vragenlijst) ontwikkeld voor bedrijfsartsen. Deze peiling is door middel van een open link door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) aan haar leden toegestuurd. De peiling bevatte dertien grotendeels gesloten vragen, waarvan het invullen niet langer dan tien tot vijftien minuten duurde. De vragenlijst is in samenwerking met de NVAB tot stand gekomen. Tussentijdse versies zijn getest door enkele bedrijfsartsen en leden van de begeleidingscommissie. Aanvullend is de peiling beoordeeld door enkele bestuursleden van de NVAB. De vragenlijst is als bijlage 1 van dit rapport opgenomen.

Op 21 augustus 2017 zijn alle circa 1.600 leden van de NVAB per e-mail benaderd met de vraag de online peiling op een beveiligde website anoniem in te vullen. Twee keer is gerappelleerd, op 31 augustus en 20 september 2017. Op 2 oktober 2017 is de online peiling, en daarmee de dataverzameling, gesloten.

Cijfers van de Registratie Geneeskundig Specialisten (RGS) wijzen uit dat in 2016 in Nederland 1.765<sup>5</sup> bedrijfsartsen geregistreerd stonden. De organisatiegraad van de NVAB is dus relatief hoog, waardoor kan worden verondersteld dat langs deze weg de overgrote meerderheid van Nederlandse bedrijfsartsen is bereikt. Daarnaast is de link naar de web-enquête ook nog via andere platforms van onder andere de zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen verspreid.

In totaal zijn 450 bedrijfsartsen aan de online peiling begonnen. Uitgaande van een bereik van circa 1600 bedrijfsartsen, komt dit neer op een netto respons van 28%. Het eerste inclusie criterium voor

---

<sup>5</sup> Bron: <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers.html>

nadere analyse was dat de bedrijfsarts alle vijf de achtergrondkenmerk vragen had beantwoord. Op basis hiervan zijn 23 respondenten geëxcludeerd. Ook artsen in opleiding tot bedrijfsarts (aios), bedrijfsartsen met pensioen en bedrijfsartsen werkzaam buiten de gangbare praktijk zijn buiten beschouwing gelaten (n= 44). Vervolgens zijn 383 respondenten voor nadere analyse bekeken. Zie tabel 1 voor hun achtergrondkenmerken.

**Tabel 1:** Achtergrond kenmerken respondenten

	Respondenten (N)	Responspercentage (%)
<b>Totaal</b>	<b>383</b>	<b>23,9</b>
<b>Geslacht</b>		
Man	233	60,8
Vrouw	150	39,2
<b>Leeftijd</b>		
40 jaar en jonger	6	1,6
41 - 50 jaar	66	17,2
51 - 60 jaar	227	59,3
61 jaar of ouder	84	21,9
<b>Werk situatie*</b>		
In loondienst van een arbodienst	191	45,8
In loondienst van een specifiek bedrijf	37	8,9
In loondienst van een aanbieder in de curatieve sector	7	1,7
In loondienst van een organisatie in de wetenschappelijke sector	9	2,2
Als zelfstandig bedrijfsarts zonder personeel	131	31,4
Als zelfstandig bedrijfsarts met personeel	26	6,2
Anders	16	3,8
<b>Werkervaring</b>		
0 – 10 jaar	24	6,3
11 – 20 jaar	139	36,3
21 – 30 jaar	197	51,4
30 jaar of meer	23	6,0

\* Op deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 1 laat een beeld zien dat de responsgroep naar leeftijd en geslacht grotendeels overeenkomt met de Nederlandse bedrijfsartsen. Ten opzichte van het onderzoek 'Capaciteitsraming voor bedrijfsartsen 2012-2022/2028' van het NIVEL uit 2011 en het Capaciteitsplan 2016 van het Capaciteitsorgaan, ligt het percentage vrouwen onder de responsgroep van deze peiling met 39% een paar procentpunten hoger. Ook blijkt uit de respons, net als uit het NIVEL-onderzoek uit 2011 en het Capaciteitsplan 2016, dat de groep werkzame bedrijfsartsen sterk is vergrijsd. De gemiddelde leeftijd is 55,5 jaar, de gemiddelde werkervaring 21,5 jaar. Een verschil met het onderzoek uit 2011 is dat een kleiner deel bij een arbodienst werkt (59% versus 63% in 2011) en een groter deel als zelfstandig bedrijfsarts (38% versus 23% in 2011). Dat meer bedrijfsartsen hun beroep als zelfstandige uitoefenen, werd ook al in het NIVEL-onderzoek uit 2011 geconstateerd en kwam ook in het Capaciteitsplan 2016 aan de orde.



### 2.3.2 Beperkingen van de peiling

De respons op de peiling is met 24% bevredigend, temeer omdat de responsgroep naar leeftijd, geslacht en werkzame positie een goede afspiegeling vormt van de populatie bedrijfsartsen. Zorgvuldigheid is echter geboden bij het interpreteren van de resultaten. Om de peiling zo min mogelijk belastend en daarmee zo laagdrempelig mogelijk te maken, moesten verschillende keuzes worden gemaakt.

Ten eerste is een beperkte en sterk geaggregeerde lijst van taken aan de bedrijfsartsen voorgelegd met de vraag of zij deze in hun praktijk delegeren en/of herschikken. Gepoogd is een zo (kort mogelijke) lijst te maken die het gehele professionele domein van de bedrijfsarts dekt. In overleg met de begeleidingscommissie en de NVAB is een lijst van 13 hoofdtaken gemaakt. Deze is weergegeven in figuur 3.

**Figuur 3:** De 13 taken van de bedrijfsarts met bijbehorende omschrijving zoals opgenomen in de online peiling onder bedrijfsartsen

Takenlijst bedrijfsarts
<b>Anamnese</b> <i>achterhalen van de voorgeschiedenis/omstandigheden van de ziekte of aandoening van de werkende (medische- en arbeids-anamnese)</i>
<b>Onderzoek</b> <i>aanvragen en uitvoeren van lichamelijk en aanvullend (functie- of lab)onderzoek</i>
<b>Diagnose stellen</b> <i>het (op)stellen van een (differentiaal)diagnose of werkhypothese</i>
<b>Procesbegeleiding</b> <i>procesmatig begeleiding (zoals o.a. plan van aanpak, eerstejaarsevaluatie en procesdossier)</i>
<b>Ziekteverzuimbegeleiding (eenvoudig)</b> <i>inhoudelijke begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek</i>
<b>Ziekteverzuimbegeleiding (complex)</b> <i>inhoudelijke begeleiding bij complexere problematiek</i>
<b>Verwijzen</b> <i>verwijzen naar (para)medische collegae en andere professionals binnen en buiten de zorg</i>
<b>Het vaststellen en melden van beroepsziekten</b> <i>vaststellen van de mate van werkgerelateerdheid van de aandoening, het maken van de schriftelijke melding van beroepsziekte(n)</i>
<b>Preventie</b> <i>preventieve taken (zoals o.a. PMO, collectieve advisering, RI&amp;E en werkplekbezoek)</i>
<b>Arbeidsomstandighedenspreekuur</b> <i>open/preventief spreekuur met werknemers en/of werkgevers buiten een verzuimperiode om</i>
<b>Informatieverwerking</b> <i>verwerken van medische gegevens en het uitwisselen van informatie</i>
<b>Communicatie en advies</b> <i>bespreken van (medische) informatie en adviseren van de werkende, organisatie en belanghebbenden</i>
<b>Samenwerking</b> <i>overleg met (para)medische collegae en andere professionals binnen en buiten de zorg</i>

In de web-enquête is gevraagd of men deze hoofdtaken nu of ooit in zijn/haar praktijk aan anderen heeft gedelegeerd en/of herschikt (en zo ja, aan welke functionaris). Omdat de hoofdtaken uit verschillende deeltaken bestaan, moesten de respondenten afwegen of zij 'voldoende' deeltaken

binnen de betreffende hoofdtak hebben gedelegeerd en/of herschikt. Daardoor kan het zijn dat sommige bedrijfsartsen eerder de hoofdtak hebben aangekruist dan anderen. Zij hebben dan bij de inhoud van de hoofdtak andere deeltaken voor ogen gehad. Diverse respondenten wezen op dit punt bij de open vraag aan het einde van de online peiling. Ook bij de bespreking van de resultaten van de online peiling in de focusgroepen werd deze beperking door verschillende deelnemers genoemd.

Het onderscheid tussen taakdelegatie en taakherschikking is aan de hand van hun definitie in de vragenlijst toegelicht (zie bijlage 1). Met het oog op de lengte van de vragenlijst ging het om een beknopte uitleg. In de bespreking van de resultaten in de focusgroepen werd aangegeven dat waarschijnlijk niet alle respondenten het onderscheid tussen taakdelegatie en taakherschikking voldoende hebben begrepen. Om deze reden is in de weergave van de resultaten in hoofdstuk 4 dit onderscheid niet gemaakt.

Wanneer een respondent aangaf in zijn/haar praktijk ooit een hoofdtak te hebben gedelegeerd en/of herschikt, kon, als antwoord op de vraag naar wie was gedelegeerd en/of herschikt, slechts worden gekozen uit een beperkte lijst van functionarissen. Dit om de online peiling overzichtelijk te houden (om zo de respondent minder te belasten). Acht type functionarissen zijn onderscheiden, te weten:

- De arts in opleiding tot bedrijfsarts (Aios);
- De huisarts;
- De arbo/verzuim/bedrijfsverpleegkundige;
- De register casemanager
- De praktijkondersteuner bedrijfsarts (POB);
- De bedrijfsmaatschappelijke werker (BMW);
- De verzuim/re-integratie consulent;
- Een overige ondersteunende functionaris.

Alhoewel ook hier is getracht zo goed mogelijk het brede spectrum van functionarissen te dekken aan wie de bedrijfsarts taken zou kunnen delegeren en/of herschikken, moet worden opgemerkt dat er in de praktijk veel verschillende functies zijn. Zo hadden aan bovenstaande lijst ook de arbeidsdeskundige, de arbeidshygiënist en de bedrijfsfysiotherapeut (met BIG-registratie) toegevoegd kunnen worden. Om de vraag overzichtelijk te houden, is hier niet voor gekozen. Om dit 'gemis' op te vangen is de categorie 'overige ondersteunende functionaris' toegevoegd, waarbij vervolgens kon worden aangegeven welke functionaris werd bedoeld. In enkele gevallen kon de betrokkene alsnog onder één van de zeven benoemde functionarissen worden gebracht. Overigens worden in de praktijk soms ook verschillende benamingen gehanteerd voor (nagenoeg) dezelfde functionarissen. Dit kan verwarring oproepen. In de focusgroepen kwam dit probleem expliciet naar voren.

De gemaakte keuzes hebben tot gevolg dat de resultaten van de peiling dus vooral gezien moeten worden als *indicatief en richtinggevend*. Verder dienden ze, zoals vermeld, als input voor de vervolgstappen van het onderzoek.

## 2.4 De focusgroepen (onderdeel B2)

In aansluiting op de online peiling zijn op 12, 13 en 20 september 2017 drie focusgroepen georganiseerd. Een focusgroep is een gestructureerd groepsgesprek, waarbij het doel is om meningen en ervaringen van de deelnemers over een bepaald onderwerp te inventariseren (Krueger en Casey, 2000). De focusgroepen vonden in de avonden plaats ten kantore van het NIVEL in Utrecht. Zij duurden gemiddeld 2,5 uur.

De eerste twee focusgroepen waren bedoeld voor (praktiserende) bedrijfsartsen. Deelnemers voor deze focusgroepen zijn geworven via een vraag in de online peiling. Ongeveer 40 bedrijfsartsen toonden interesse om deel te nemen aan een focusgroep. Uiteindelijk hebben op 12 september 2017 14 personen deelgenomen en op 13 september 2017 10 personen. Deelnemers verschilden van elkaar in achtergrondkenmerken zoals geslacht en werkzaam zijn in loondienst of als zelfstandige.

Voor de derde focusgroep (op 20 september) zijn verschillende organisaties binnen de bedrijfsgezondheidszorg benaderd. Hierbij kan gedacht worden aan werkgevers- en werknemersorganisaties, opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen (ook van professionals waar bedrijfsartsen thans mee samenwerken). De deelnemers aan deze sessie zijn dus allen werkzaam of bestuurlijk actief op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg. Enkele van hen zijn tevens geregistreerd als bedrijfsarts. In totaal hebben 12 personen aan deze focusgroep deelgenomen.

De focusgroepen werden gestructureerd door middel van een PowerPoint presentatie (bijlage 3). Hierin werden verschillende discussievragen aan de deelnemers gepresenteerd. Daarnaast kregen zij enkele vragen voorgelegd die zij via Google Forms op een laptop konden beantwoorden. Tijdens de gehele focusgroep vond discussie plaats, waarvan notulen zijn bijgehouden. De samenstelling van de focusgroepen is niet representatief voor 'het veld'; de discussies zijn vooral gebruikt om de resultaten van de peiling nader te duiden, argumenten voor trends en scenario's te verdiepen en onduidelijkheden te verhelderen.

Omdat focusgroepen uitgaan van open vragen en een open dialoog, zijn de uitkomsten hiervan niet kwantitatief weer te geven. Voor de analyse van de focusgroepen hebben de onderzoekers afzonderlijk van elkaar een aantal overkoepelende thema's geëxtraheerd. Deze thema's zijn vervolgens naast elkaar gelegd, waaruit een definitieve lijst van thema's is ontstaan die verder wordt toegelicht in hoofdstuk 4.2.

## 2.5 De praktijkbeschrijvingen (onderdeel C)

Naast de online peiling en de drie focusgroepen is met vijf actuele praktijkbeschrijvingen nader ingegaan op bestaande voorbeelden van taakdelegatie en/of taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg. Met semigestructureerde interviews, werkplekbezoeken en documentanalyses zijn de praktijken in kaart gebracht.

De praktijkbeschrijvingen zijn primair geworven via navraag bij de deelnemers van de focusgroepen, alsmede via contacten van de klankbordgroep van dit onderzoek. In overleg met de

begeleidingscommissie is een selectie van praktijkgevallen gemaakt op basis van een aantal kenmerken. Hierbij was vooral de aard van de organisatie (arbodienst / maatschap / partners / zelfstandig) van belang. Bepalend was voorts dat de praktijken ruime ervaring hadden met taakdelegatie en/of taakherschikking, zodat zij reëel op de effecten en de succesfactoren hiervan konden reflecteren. Hiermee is, binnen de beperkte looptijd van het onderzoek, in elk geval een zekere weerspiegeling van het brede veld van aanbieders van bedrijfsgezondheidszorg gerealiseerd.

De vijf praktijkbeschrijvingen zijn gemaakt in oktober en begin november 2017. Voor de interviews was de topiclijst uit bijlage 5 leidend. Per praktijkbeschrijving is getracht twee interviews af te nemen, die met toestemming voor verdere verwerking zijn opgenomen en uitgewerkt. Een verkorte versie van het interview-verslag is aan de geïnterviewden gestuurd ter controle op onjuistheden. Indien aanwezig zijn (werk)documenten nader bestudeerd.

## 2.6 Keuzes en beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek is opgezet op basis van een aaneenschakeling van onderdelen waardoor steeds meer verdieping kon plaats vinden. Gezien de beperkte looptijd van het onderzoek is er ook voor gekozen om de onderdelen aaneen te schakelen voor wat betreft de werving. Zo vond eerst een brede, maar globale, peiling onder bedrijfsartsen plaats, waaruit vervolgens een zelfselectie van bedrijfsartsen naar voren kwam die verder geconsulteerd zijn in focusgroep-gesprekken. Via de deelnemers van de focusgroepen zijn personen geworven voor de interviews ten behoeve van de praktijkbeschrijvingen. Dit proces heeft er toe geleid dat voornamelijk is gesproken met personen die relatief veel met taakdelegatie werken. Een nadeel hiervan is dat de onderzoeksresultaten hierdoor minder generaliseerbaar zijn.

Zo is er in hoge mate sprake van 'selectie-bias'. Bedrijfsartsen die weinig ervaring hebben met taakdelegatie en/of taakherschikking hebben om die reden mogelijk de online peiling niet ingevuld. Deelnemers aan de focusgroepen konden zichzelf aanmelden. Hierdoor kan het zijn dat bedrijfsartsen met een minder uitgesproken mening/visie of ervaring met taakdelegatie en/of taakherschikking zich niet hebben aangemeld, en daardoor buiten de scope van dit onderzoek zijn gebleven. Ditzelfde geldt voor de deelnemers aan de praktijkbeschrijvingen.

## 3. Een analyse van het juridisch kader

### 3.1 Positie en taken bedrijfsarts

De bedrijfsgezondheidszorg is wettelijk ingebed in de (uit 1999 stammende) Arbowet en de daarop steunende uitvoeringsregelingen (Arbobesluit en Arboregeling). In art. 3 e.v. Arbowet wordt de zorgplicht van de werkgever nader geëxpliciteerd. Bij de nakoming van diens zorgplicht dient hij interne of externe deskundigen te raadplegen. Voor in elk geval de volgende taken dient de werkgever op grond van art. 14 Arbowet en art. 2.14a Arbobesluit een bedrijfsarts<sup>6</sup> in te schakelen:

- advisering<sup>7</sup> bij ziekteverzuim en arbeidsre-integratie – daarbij gaat het om de eerste twee jaar van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
- (verplicht aan te bieden) periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO);
- uitvoeren van aanstellingskeuringen;
- consultatie met betrekking tot gezondheidskundige vraagstukken in verband met arbeid buiten het kader van ziekteverzuim.<sup>8</sup>

Deze taken zijn pas in 2007 expliciet aan de bedrijfsarts opgedragen.<sup>9</sup> Achtergrond hiervan is het waarborgen van deskundige inbreng bij de uitvoering van genoemde taken. Per 1 juli 2017 is de Arbowet op een aantal punten aangescherpt, met name gericht op een betere preventie in bedrijven (zie ook hoofdstuk 1). Zo is wettelijk verankerd dat de bedrijfsarts adviseert over preventieve maatregelen betreffende het algemene arbeidsomstandighedenbeleid.

De toetsing van de risico-inventarisatie en –evaluatie (RI&E) kan, behalve door de bedrijfsarts, ook door een (gecertificeerde) arbodeskundige worden uitgevoerd (art. 14 Arbowet en art. 2.14a Arbobesluit). Op grond van art. 9 lid 3 Arbowet is de bedrijfsarts verder verplicht om gevallen van beroepsziekten te melden aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten.<sup>10</sup>

Verdere taken van de bedrijfsarts kunnen worden gedestilleerd uit de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar (Regeling procesgang). Bij dreigend langdurig ziekteverzuim dient de bedrijfsarts of de arbodienst een oordeel te geven over het betreffende ziektegeval (art. 2 lid 2 en 3 Regeling procesgang). De werkgever dient er verder zorg voor te dragen dat de bedrijfsarts of de arbodienst de werknemer regelmatig hoort over het verloop van de ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid. Indien het verloop van de ongeschiktheid naar het oordeel van de bedrijfsarts of de arbodienst bijstelling van het plan van aanpak noodzakelijk maakt, dient de werkgever hierover advies van de bedrijfsarts of de arbodienst in te winnen (art. 4 lid 4 Regeling procesgang). Zo nodig

---

<sup>6</sup> Al dan niet in dienst van een arbodienst.

<sup>7</sup> Voorheen: begeleiding.

<sup>8</sup> Deze taak, ook wel ‘open spreekuur’ genoemd, is in 2017 aan de wet toegevoegd.

<sup>9</sup> Niet eerder dan in 2005 is art. 2.14a aan het Arbobesluit toegevoegd. Toen werd nog gesproken van ‘een deskundige die in het bezit is van een certificaat van vakbekwaamheid arbeids- en bedrijfsgeneeskunde’. In 2007 is dat veranderd in bedrijfsarts.

<sup>10</sup> Het melden van ernstige ongevallen tijdens de arbeid is de plicht van de werkgever. Deze moet tevens ongevallen die tot meer dan drie dagen ziekteverzuim hebben geleid, registreren (art. 9 Arbowet).

draagt de bedrijfsarts/arbodienst zorg voor tijdige inschakeling van aanvullende deskundigheid (art. 7a Regeling procesgang).

Het takenpakket van de bedrijfsarts is met de in de Arbowet/-besluit en de Regeling procesgang neergelegde taakstelling maar deels omljnd. In feite is de wettelijke toedeling van taken aan de bedrijfsarts vooral bedoeld om binnen het geheel van de arbozorg aan te duiden welke taken zijn voorbehouden aan de bedrijfsarts en dus niet bij anderen mogen worden belegd.

Het takenpakket van de bedrijfsarts wordt primair bepaald door zijn deskundigheid, zoals deze voortvloeit uit de inschrijving als bedrijfsarts in het register van erkende sociaalgeneeskundigen. Inschrijving vindt plaats als is voldaan aan de eisen zoals omschreven in het besluit van 13 september 2017 houdende de opleidings- en erkenningseisen voor het geneeskundig specialisme bedrijfsgeneeskunde van het College Geneeskundige Specialismen (Besluit bedrijfsgeneeskunde).<sup>11</sup> Het register wordt bijgehouden door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG. In het beroepsprofiel worden als de twee belangrijkste aandachtsgebieden van de bedrijfsarts genoemd: het arbeidsomstandighedenbeleid (voorkomen en beperken van gezondheidsschade in relatie tot het werk) en het re-integratiebeleid (behoud en herstel van arbeidsgeschiktheid).<sup>12</sup>

Dat de bedrijfsarts zich dient te beperken tot zijn deskundigheidsgebied wordt bevestigd in de tuchtrechtelijke jurisprudentie:

*“In casu werd de bedrijfsarts verweten zonder noodzaak lichamelijk onderzoek te hebben verricht. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat (1) de (bedrijfs-) arts zich dient te beperken tot zijn deskundigheidsgebied, (2) dat het onderzoek door de (bedrijfs-) arts in redelijke verhouding dient te staan tot het te bereiken doel, terwijl (3) de minst belastende methode gehanteerd moet worden. Hier voegt het college nog aan toe dat het onderzoek door een bedrijfsarts tevens noodzakelijk dient te zijn voor de beoordeling of iemand functionele beperkingen heeft en/of om de belastbaarheid van iemand te kunnen bepalen.”<sup>13</sup>*

De bedrijfsarts kan ook curatieve handelingen verrichten.<sup>14</sup> De Arbowet stelt hieraan geen beperkingen. Echter, voor veel curatieve handelingen zal de bedrijfsarts niet voldoen aan de eis van bekwaamheid, zoals voortvloeit uit de Wet BIG.<sup>15</sup> Volgens de NVAB dient de bedrijfsarts zich te beperken tot de behandeling van arbeidsrelevante klachten.<sup>16</sup> Gedacht moet worden aan interventies bij en verwijzen voor arbeidsrelevante klachten, het opstellen van een behandelplan voor (vermoede) beroepsziekten, het verlenen van eerste hulp en de behandeling van lichte aandoeningen.<sup>17</sup>

---

<sup>11</sup> Dit besluit, dat het Besluit bedrijfsgeneeskunde uit 2004 vervangt, treedt in werking op 1 januari 2018.

<sup>12</sup> NVAB (2004). *Beroepsprofiel van de bedrijfsarts*.

<sup>13</sup> CTG 27 maart 2012, *Stcrt.* 2012 nr. 7247.

<sup>14</sup> Uitvoerig hierover Doppegieter, R.M.S., Willems, J.H.B.M (2007). *Behandelen door de bedrijfsarts, Mogelijkheden en knelpunten*. Utrecht.

<sup>15</sup> Grenzen worden voorts gesteld door de ziektekostenverzekering.

<sup>16</sup> NVAB (2005). *De bedrijfsarts en de eerste lijn*.

<sup>17</sup> NVAB (2004). *Beroepsprofiel van de bedrijfsarts*.

De bedrijfsarts kan zelfstandig gevestigd zijn, maar ook in dienst zijn van een arbodienst of van een werkgever. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is van toepassing op zorgaanbieders, waaronder wordt verstaan: een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener. Onder deze omschrijving vallen de arbodienst en de zelfstandig gevestigde bedrijfsarts. Bij handelingen in opdracht van anderen dan de cliënt, zijn alleen de kwaliteitsbepalingen van de Wkkgz van toepassing (art. 1-12 en 24).<sup>18</sup>

## 3.2 Taakherschikking en verwijzen

### 3.2.1 Taakherschikking

In dit onderzoek wordt, zoals eerder omschreven, onder taakherschikking verstaan: *‘Het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en eindverantwoordelijkheid tussen verschillende beroepen’*. Voor de beantwoording van de vraag in hoeverre taken en bevoegdheden van de bedrijfsarts voorerschikking vatbaar zijn, dient voorop te worden gesteld dat de wetgever aan de bedrijfsarts een aantal taken heeft voorbehouden (zie paragraaf 3.1). Deze taken zijn niet vatbaar voor verdereerschikking. De bedrijfsarts kan zich immers niet ontdoen van een hem door de wetgever toebedeelde taak. Ook andere personen of instanties, in het bijzonder de werkgever en de arbodienst, kunnen geen inbreuk maken op de door de wetgever voorziene taakverdeling. Dat kan alleen de wetgever zelf. En ook de wetgever heeft zekere grenzen in acht te nemen. Zo zullen aan een arboverpleegkundige geen taken kunnen worden toebedeeld die buiten zijn/haar deskundigheidsgebied vallen.

Evenmin lenen de aan de arts voorbehouden handelingen als bedoeld in art. 36 Wet BIG zich voor verdere taakherschikking.<sup>19 20</sup> Uitgangspunt van de Wet BIG is dat het in beginsel eenieder vrijstaat zich op het terrein van de individuele gezondheidszorg te begeven, behalve wanneer het gaat om handelingen die aan bepaalde, in de wet aangewezen beroepsbeoefenaars zijn voorbehouden. Dit zijn de volgende handelingen:

- heilkundige handelingen;
- verloskundige handelingen;
- endoscopieën;
- katheterisaties;
- injecties;
- puncties;

---

<sup>18</sup> Op grond van art. 14 lid 2 aanhef en sub h van de (herziene) Arbowet dient de bedrijfsarts te beschikken over een adequate procedure voor het afwikkelen van klachten.

<sup>19</sup> Ook hier geldt: alleen de wetgever kan toterschikking overgaan. Zo komt aan bepaalde categorieën verpleegkundigen een (zij het geclausuleerde) zelfstandige voorschrijfbevoegdheid toe, art. 36 lid 1 onder 14 Wet BIG. Voorts kent de Wet BIG het zogenoemde experimenteerartikel (art. 36a Wet BIG), op grond waarvan bij wijze van experiment bepaalde beroepsbeoefenaars onder voorwaarden zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen mogen verrichten.

<sup>20</sup> Zie over de regeling van de voorbehouden handelingen uitvoerig Dute, J.C.J., Verkaik, R., Friele, R.D., Gevers, J.K.M. (2009). Voorbehouden handelingen tegen het licht. De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam.

- het brengen onder narcose;
- handelingen met radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden;
- electieve cardioversie;
- defibrillatie;
- elektroconvulsieve therapie;
- steenvergruizing;
- handelingen met menselijke geslachtscellen en embryo's;
- voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

Artsen zijn tot al deze handelingen bevoegd verklaard. Vastgesteld moet echter worden dat bedrijfsartsen nauwelijks handelingen uitvoeren die als voorbehouden handeling in de zin van de Wet BIG kunnen worden aangemerkt. Gedacht kan worden aan (kleine) heelkundige handelingen en wellicht ook aan het voorschrijven van medicatie. Het afnemen van een anamnese, het stellen van een diagnose, eenvoudig lichamelijk onderzoek, het opstellen van behandelplannen en psychotherapeutische begeleiding – die een belangrijk deel van het werk van de bedrijfsarts vormen – zijn geen voorbehouden handelingen in de zin van de Wet BIG.

Voor de taken van de bedrijfsarts betekent een en ander concreet dat het uitvoeren van PAGO en aanstellingskeuringen en het open spreekuur niet (via herschikking) bij andere beroepsbeoefenaren kan worden belegd. Voor de advisering bij ziekteverzuim en arbeidsre-integratie ligt dit genuanceerder. Immers, ook anderen dan bedrijfsartsen kunnen hierover adviseren. Verder heeft de wetgever niet benoemd wat precies onder de adviestaak van de bedrijfsarts moet worden verstaan. Naar ons oordeel is het primair aan de beroepsgroep om te bepalen tot hoever de adviseringstaak reikt, en aldus te omlijnen waar geen taakherschikking kan plaatsvinden. In elk geval lenen de taken van de bedrijfsarts zoals omschreven in de Regeling procesgang zich niet voor herschikking. Voor zover de bedrijfsarts voorbehouden handelingen in de zin van de Wet BIG uitvoert, kan ook geen taakherschikking plaatsvinden, behoudens voor zover de wetgever dit bepaalt.

Herschikking van taken van de bedrijfsarts vindt dus zijn beperking in het feit dat de wetgever bepaalde taken exclusief aan de bedrijfsarts heeft toebedeeld. Andere beperkingen voor taakherschikking zijn er aan de 'ontvangerskant'. Zij vloeien voort uit het feit dat de wet voor de beroepsbeoefenaars die op grond van art. 3 Wet BIG dan wel art. 34 Wet BIG een beschermde titel mogen voeren, het deskundigheidsgebied omschrijft. Zij mogen niet (zonder noodzaak) buiten hun deskundigheidsgebied treden en dit brengt mee dat hun ook geen taken kunnen worden toebedeeld die buiten hun deskundigheidsgebied liggen.<sup>21</sup> Voorts geldt voor deze beroepsbeoefenaars steeds de eis van bekwaamheid. Tot deze beroepsbeoefenaars behoren de arts (niet-bedrijfsarts) en de (arbo-)verpleegkundige. Daarnaast zijn er verschillende beroepsgroepen waarvoor een registratie als deskundige bestaat, hetzij in het kader van de Arbowet, hetzij op basis van zelfregulering vanuit de eigen beroepsgroep. Voor hen geldt hetzelfde als voor de Wet BIG-beroepen, namelijk dat zij niet (buiten noodzaak) buiten hun deskundigheidsgebied mogen treden, zodat bij hen geen taken kunnen worden belegd die daar buiten vallen. Tot deze beroepsbeoefenaren behoren de arbeidsdeskundige,

---

<sup>21</sup> Het omgekeerde geldt ook: taken die binnen het deskundigheidsgebied van de art. 3 en 34 Wet BIG-beroepsbeoefenaren liggen kunnen hen, mits bekwaam, zonder bezwaar worden toebedeeld.



de arbeids- en organisatiedeskundige, de arbeidshygiënist, de hoger veiligheidskundige, de ergonoom, de bedrijfsmaatschappelijk werker en de registercasemanager.

Binnen de bedrijfsgezondheidszorg zijn evenwel ook beroepsbeoefenaars actief met een veel minder scherp profiel. Te denken valt aan de casemanager (niet zijnde registercasemanager) en de (verzuim/re-integratie)consulent. Voor hen is van belang dat, zodra zij zich – buiten noodzaak – begeven op het terrein van de individuele gezondheidszorg en zij daarbij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaken, de strafbepaling van art. 96 Wet BIG in beeld komt. Het terrein van de individuele gezondheidszorg omvat, behalve alle handelingen op het gebied van de geneeskunst, alle andere verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – die rechtsreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekken diens gezondheid te bevorderen of te bewaken.

Opmerking verdient dat voor taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg de mogelijkheden die de Wet BIG daarvoor biedt (aanpassing van art. 36 Wet BIG en gebruikmaking van de mogelijkheden van het experimenteerartikel),<sup>22</sup> van weinig betekenis zijn. De Wet BIG kent immers geen handelingen die exclusief aan de bedrijfsarts zijn voorbehouden en de handelingen die aan de bedrijfsarts als arts zijn voorbehouden, zijn voor de praktijk van de bedrijfsgeneeskunde van weinig belang. Voor zover de wetgever taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg mogelijk wil maken, zal de aandacht primair moeten uitgaan naar (aanpassing van) de Arbowetgeving (Arbowet en – besluit). Daarin zou dan moeten worden bepaald voor welke (onderdelen van) bedrijfsgeneeskundige taken welke beroepsbeoefenaar, naast de bedrijfsarts, onder welke voorwaarden zelfstandig kan optreden. Denkbaar is voorts om in de Arbowet een met het experimenteerartikel vergelijkbare regeling op te nemen. Belangrijk bij een en ander is dat op deze wijze niet een tuchtrechtelijk ‘gat’ ontstaat. Bedrijfsgeneeskundige taken dienen niet in zelfstandigheid te worden belegd bij beroepsbeoefenaars die niet onder het tuchtrecht vallen.

Gewezen zij hier nog op de belangrijkste randvoorwaarden voor taakherschikking, zoals genoemd in de Handreiking implementatie taakherschikking uit 2012, opgesteld door de KNMG, de V&VN en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA):

1. kwaliteit van zorg moet uitgangspunt zijn;
2. zorg voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de betrokken beroepsbeoefenaars;
3. borg de kwaliteit van de (praktijk)opleiding van beroepsbeoefenaars;
4. monitor de inzet van de betrokken beroepsbeoefenaars en evalueer de samenwerkingsafspraken;
5. zorg voor heldere informatie over de inzet van beroepsbeoefenaars richting patiënten;
6. pas de functiebeschrijvingen aan conform de bevoegdheden.

---

<sup>22</sup> De wetgever kan de beoefenaren van een bepaald beroep op het terrein van de individuele gezondheidszorg bij wijze van experiment tijdelijk (voor vijf jaar) bevoegd verklaren tot het verrichten van aangewezen voorbehouden handelingen (art. 36a Wet BIG, het zogenoemde experimenteerartikel).

### 3.2.2 Verwijzen

Taakherschikking heeft een structureel karakter. Daarnaast vindt in voorkomende gevallen verwijzing plaats, in welk geval de eindverantwoordelijkheid eveneens overgaat.<sup>23</sup> De bedrijfsarts kan rechtstreeks verwijzen naar (eerste- en tweedelijns) hulpverleners voor diagnostiek of behandeling bij arbeidsrelevante aandoeningen. De voorwaarden voor verwijzing zijn uitgewerkt in de NVAB-Leidraad Verwijzen door de bedrijfsarts uit 2004. Deze kent de volgende vier uitgangspunten: de verwijzing is gericht op arbeidsrelevante aandoeningen, is gebaseerd op medisch-inhoudelijke gronden (en niet op andere door werkgever of werknemer aangedragen gronden), vindt plaats onafhankelijk van commerciële afspraken van de werkgever en/of de arbodienst en gebeurt op deskundige wijze: bevoegd en bekwaam. Belangrijk zijn verder onder meer het op de juiste wijze informeren en verkrijgen van toestemming van de werknemer, informatie c.q. overleg met de huisarts, een duidelijke vraagstelling voor de hulpverlener naar wie verwezen wordt, met adequate gegevensoverdracht, en goede nazorg.

Er is een belangrijk verschil tussen verwijzen en delegeren. Tot verwijzing zal de bedrijfsarts doorgaans overgaan als de problematiek waarvoor wordt verwezen, buiten zijn deskundigheidsgebied ligt.<sup>24</sup> Belangrijk is dat bij verwijzing de verantwoordelijkheid voor diagnostiek en/of behandeling overgaat naar degene naar wie wordt verwezen. De bedrijfsarts is slechts verantwoordelijk voor de verwijzing zelf, onder meer dat naar de juiste beroepsbeoefenaar wordt verwezen, dat juiste en voldoende gegevens worden verstrekt, enzovoorts. De bedrijfsarts zal zich met het oog op de verantwoordelijkheidsverdeling in elk concreet geval moeten afvragen of hij verwijst dan wel delegeert.

Het NVAB standpunt taakdelegatie maakt ten aanzien van de verwijzing onderscheid tussen art. 3 BIG geregistreerde professionals en andere arbo-professionals met registratie als deskundige. Bij deze laatste groep wordt gedacht aan de arbeidshygiënist, de veiligheidskundige, de arbeids- en organisatiedeskundige, de arbeidsdeskundige, de ergonomist en de registercasemanager. Met de eerste groep wordt bedoeld op de zogenoemde registerberoepen (waarvan de beoefenaars hun titel pas mogen voeren na inschrijving in het desbetreffende register), met uitsluiting van de art. 34-beroepen (zoals optometristen en podotherapeuten, die 'slechts' een beschermde opleidingstitel hebben). Voor zover hiermee zou worden gesuggereerd dat ten aanzien van art. 34 beroepen geen verwijzing mogelijk zou zijn, is dat onjuist. Het is sowieso niet geheel duidelijk waarom in het NVAB standpunt onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende soorten hulpverleners. Voor de voorwaarden waaraan een verwijzing moet voldoen, maakt het immers geen verschil naar welke soort hulpverlener wordt verwezen. Vermoedelijk hangt het onderscheid samen met het feit dat de registerberoepen aan wettelijk tuchtrecht zijn onderworpen en andere beroepen niet. Voor taakdelegatie hoeft dat evenwel niet doorslaggevend te zijn. Voor taakherschikking ligt dat anders.

---

<sup>23</sup> Bedoeld is: de eindverantwoordelijkheid voor het (betreffende deel van het) onderzoek en (het betreffende deel van) de behandeling, waarvoor wordt verwezen, niet voor de verzuimbegeleiding als geheel.

<sup>24</sup> Dit hoeft niet per se. Een bedrijfsarts kan ook tot verwijzing overgaan bij problematiek die weliswaar binnen zijn deskundigheidsgebied ligt, maar waarvan hij meent dat een andere beroepsbeoefenaar of een andere behandelsetting meer aangewezen is.

### 3.3 Delegatie

De voorwaarden waaronder delegatie van taken mag plaatsvinden zijn ontwikkeld in de context van de regeling van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG (art. 35-38). Deze regeling is het vertrekpunt geworden voor de kaders waarbinnen taakdelegatie in het algemeen mag plaatsvinden, dus ook als formeel geen sprake is van een voorbehouden handeling (en dat geldt voor de meeste taken die de bedrijfsarts uitvoert). Eerst zal hieronder de wettelijke regeling voor delegatie van voorbehouden handelingen uiteen worden gezet. Vervolgens zal een en ander worden toegespitst op de bedrijfsgeneeskunde.

#### 3.3.1 Voorbehouden handelingen

Uitgangspunt van de Wet BIG is dat (in beginsel) een ieder geneeskundige handelingen mag verrichten, met uitzondering van de zogenoemde voorbehouden handelingen. Deze handelingen zijn neergelegd in art. 36 Wet BIG, waarbij ook steeds is aangegeven welke beroepsbeoefenaar tot de betreffende handeling bevoegd is. Het gaat daarbij als regel om basisberoepen, zoals de arts, die tot elke handeling bevoegd is. Voorbeelden zijn heelkundige handelingen, het geven van injecties en het voorschrijven van medicatie. Het belangrijkste criterium voor het opnemen van een handeling in de lijst van voorbehouden handelingen is het risico op aanmerkelijk gevaar voor leven of gezondheid van de patiënt wanneer de handeling door een ondeskundige wordt verricht. Verder is van belang dat de handeling duidelijk kan worden afgebakend. Om die reden is van het stellen van een diagnose geen voorbehouden handeling gemaakt, dit ondanks het feit dat het stellen van een verkeerde diagnose aanmerkelijk gevaar kan opleveren. Hetzelfde geldt voor psychotherapie. Ten slotte is van belang of het betreffende terrein ook daadwerkelijk door onbevoegden wordt betreden.

Deze drie criteria hebben geleid tot een bonte rij van – vooral medisch-technische – handelingen, die zoals gezegd voor de bedrijfsgeneeskundige praktijk maar beperkt van betekenis zijn. Een belangrijke beperking van de bevoegdheid wordt gevonden in de bekwaamheid. Daarbij geldt: niet bekwaam is niet bevoegd. Om een voorbeeld te geven: een bedrijfsarts mag geen openhartoperaties uitvoeren; weliswaar mag hij in algemene zin heelkundige handelingen verrichten, maar deze bevoegdheid blijft beperkt tot die handelingen waartoe hij ook bekwaam is, en dat kan van een openhartoperatie niet worden gezegd. Overigens geldt niet de eis dat de arts elke techniek beheerst waarvan hij toepassing aangewezen acht. Zo kan een bedrijfsarts het maken van een röntgenfoto geïndiceerd achten, maar hij hoeft niet in staat te zijn de foto zelf te maken. Ten slotte is van belang dat het wettelijke verbod tot het verrichten van voorbehouden handelingen niet geldt voor noodsituaties, waarbij geen bevoegde beschikbaar is. In zo'n geval dient het risico op de koop toe te worden genomen.

#### 3.3.2 Delegatie van voorbehouden handelingen

De wet regelt dat voorbehouden handelingen (in opdracht) ook kunnen worden uitgevoerd door anderen dan zelfstandig bevoegden. Daarbij moet aan bepaalde voorwaarden zijn voldaan. De wet

stelt eisen aan zowel de opdrachtnemer als de opdrachtgever. Een voorbehouden handeling mag door een niet zelfstandig bevoegde worden verricht als een zelfstandig bevoegde daartoe de opdracht heeft gegeven, de opdrachtnemer redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en hij handelt overeenkomstig de aanwijzingen (indien gegeven) van de opdrachtgever. Een zelfstandig bevoegde mag alleen een opdracht geven als hij, voor zover dat redelijkerwijs nodig is, aanwijzingen omtrent het verrichten van de handeling heeft gegeven en, eveneens voor zover dat redelijkerwijs nodig is, toezicht door de opdrachtgever en de mogelijkheid van diens tussenkomst voldoende zijn verzekerd. Kort gezegd worden dus vier eisen gesteld:

- opdracht van een zelfstandig bevoegde;
- zo nodig het geven (opdrachtgever) c.q. het in acht nemen (opdrachtnemer) van aanwijzingen;
- bekwaamheid van de opdrachtnemer (en van de bekwaamheid dient zowel de opdrachtgever als de opdrachtnemer zich te vergewissen); en
- zo nodig houdt de opdrachtgever toezicht en verzekert hij de mogelijkheid van tussenkomst.

Aan de 'opdracht' stelt de wet geen nadere eisen, in het bijzonder niet hoe specifiek de opdracht moet zijn. Ook de eis van het schriftelijk vastleggen wordt niet gesteld. De bekwaamheid kan blijken uit het gevolgd hebben van een op het uitvoeren van de betreffende handeling gerichte scholing en uit praktijkervaring. De delegatieregeling is op het niveau van de wet slechts globaal uitgewerkt. Zij heeft "uit de aard der zaak een globaal karakter", zoals tijdens de parlementaire behandeling van de wet werd opgemerkt. De regeling kan (en moet!) in de praktijk nader uitgewerkt en ingevuld worden. Het globale karakter van de regeling maakt ook een flexibele toepassing mogelijk. Belangrijk is ten slotte dat de opdrachtnemer, indien aan alle voorwaarden is voldaan, zelf bevoegd is geworden tot het verrichten van de voorbehouden handeling. In dit opzicht onderscheidt de opdrachtregeling zich van de vroegere verlengde arm constructie. In die benadering, die opgeld deed vóór de invoering van de Wet BIG, werden medische handelingen door niet-artsen gezien als uitgevoerd door middel van de 'verlengde arm' van de arts. De voorganger van de Wet BIG, de Wet uitoefening geneeskunst, die alleen aan artsen toestond om medische handelingen te verrichten, kende geen opdrachtregeling, waardoor de praktijk haar toevlucht zocht bij de fictie van de verlengde arm.

De vraag rijst of alle aspecten van een voorbehouden handeling zich lenen voor delegatie. De essentie van het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen is het stellen van de indicatie voor het verrichten ervan. Die bevoegdheid (beter: dat aspect van de bevoegdheid) kan dus nooit worden gedelegeerd. Dit sluit zogenoemde 'als-dan opdrachten' overigens niet uit. Een 'als-dan opdracht' houdt in dat als de gedelegeerde vaststelt dat aan de in de opdracht genoemde voorwaarden is voldaan, de betreffende verrichting kan worden gedaan.<sup>25</sup>

Voor de vraag of taakdelegatie mogelijk is, maakt het geen verschil of de betreffende taak van de bedrijfsarts al dan niet wettelijk is voorbehouden aan de bedrijfsarts (zoals het verrichten van aanstellingskeuringen). Alle taken die binnen het deskundigheidsgebied van de bedrijfsarts liggen zijn

---

<sup>25</sup> Dute, J.C.J., Verkaik, R., Friele, R.D., Gevers, J.K.M. (2009). Voorbehouden handelingen tegen het licht. De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam.

in beginsel vatbaar voor delegatie, waarbij uiteraard aan de daarvoor geldende voorwaarden moet zijn voldaan. Uit die voorwaarden kunnen beperkingen voor de delegatie voortvloeien.

In hoeverre de taken van de bedrijfsarts kunnen worden gedelegeerd aan andere beroepsbeoefenaars, is primair aan het veld. Het is uiteindelijk de beroepsgroep die, al dan niet in samenspraak met andere beroepsgroepen, binnen het boven geschetste kader meer in het algemeen moet uitmaken welke taken zich lenen voor delegatie, in welke mate, aan wie en onder welke voorwaarden. In de praktijk van alledag kan vervolgens verdere verfijning plaatsvinden. Delegatie van taken van de bedrijfsarts kan niet buiten hem om plaatsvinden. Het initiatief daarvoor dient uit te gaan van de bedrijfsarts zelf; als het initiatief van een ander, meer in het bijzonder de arbodienst uitgaat, dienen de delegatie en de voorwaarden waaronder die plaatsheeft, in overleg met hem plaats te vinden en zijn instemming te hebben. Die instemming mag overigens niet op onredelijke gronden worden geweigerd.<sup>26</sup>

### 3.3.3 Toepassing delegatievoorwaarden op bedrijfsgeneeskunde – NVAB-standpunt

Voor de bedrijfsarts is het wettelijke stramien voor taakdelegatie in het NVAB standpunt taakdelegatie uit 2004, met in achtneming van de toenmalige stand van de tuchtrechtelijke jurisprudentie, als volgt uitgewerkt<sup>27</sup> in een zevental randvoorwaarden:<sup>28</sup>

1. *De gedelegeerde moet voldoende zijn opgeleid en aantoonbaar bekwaam zijn in de uitoefening van de taak.*

Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen art. 3 BIG-beroepsbeoefenaars en niet BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaars (waaronder kennelijk ook de art. 34 beroepen worden begrepen). Aan de eerste groep komt bij delegatie beslis- en interpretatieruimte toe binnen de grenzen van het deskundigheidsgebied, bij de tweede groep in principe niet. De vraag rijst wat precies moet worden verstaan onder 'beslis- en interpretatieruimte' en of op dit punt wel zo'n scherp onderscheid kan worden gemaakt tussen de twee groepen.

2. *De bedrijfsarts moet zich in de praktijk hebben overtuigd van de kennis en de vaardigheden van de gedelegeerde.*

Indien binnen de arbodienst sprake is van een systeem van toetsing van kennis en bekwaamheden, dan mag de bedrijfsarts hier op varen. Wel blijft hij verantwoordelijk voor het signaleren van afwijkingen en het beoordelen van de doelmatigheid van de borgingssystematiek. De kwaliteitsborging vereist extra aandacht als gedelegeerd wordt aan professionals buiten de arbeidsorganisatie.

---

<sup>26</sup> In dit verband kan worden gewezen op een uitspraak van de kantonrechter Schiedam uit 1996 waarin een arts zich niet kon verenigen met het feit dat het vaccineren was gedelegeerd aan wijkverpleegkundigen. Daartoe was een protocol opgesteld, dat door de rechter werd beschouwd als een 'redelijk instrument'. De eindverantwoordelijkheid voor de medische behandeling betekent niet dat de organisatie geen regels zou mogen stellen, die een andere verdeling van taken tussen beroepsbeoefenaars zouden inhouden, zo overwoog de kantonrechter.

<sup>27</sup> Ook wordt, zij het kort, ingegaan op de voorwaarden waaronder medische gegevens kunnen worden uitgewisseld. Daarop wordt hierna, in paragraaf 3.5, nader ingegaan.

<sup>28</sup> Zie ook Meer, H.C.B. vd, Willems, J.H.B.M. (2009). *Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie*. Utrecht.

3. *In functiegerichte protocollen moet staan welke taken de gedelegeerde kan uitvoeren en welke niet.*  
Daarin dienen tevens overleg- of overdrachtsindicaties te zijn beschreven. Overleg met de bedrijfsarts moet altijd mogelijk zijn, desgewenst op korte termijn en in elk geval voordat over de casus wordt gerapporteerd.
4. *In individuele gevallen kunnen de grenzen van delegatie nader in werkafspraken worden vastgelegd, met name bij grote ervarings- en competentieverschillen.*
5. *Tussen de bedrijfsarts en de gedelegeerde dient structureel overleg plaats te vinden.*  
Met niet-BIG geregistreerden dient steeds te worden overlegd als aan derden wordt gerapporteerd over oordelen waarin de werkende zich niet volledig kan vinden. Aan artsen en ervaren verpleegkundigen kan een beknopte probleemanalyse worden gedelegeerd. Als derden beslist het oordeel van de bedrijfsarts willen, zullen zij daar opdracht toe moeten geven.
6. *Overleg, toetsing en overname van de behandeling door de bedrijfsarts dienen altijd mogelijk te zijn.*  
Bij niet-BIG-geregistreerden dient dit terstond te zijn (als regel binnen twee werkdagen), bij BIG-geregistreerden binnen redelijke termijn (als regel binnen een week).
7. *De werknemer dient in begrijpelijke termen en bij voorkeur schriftelijk te zijn ingelicht over het delegeren van elementen van de begeleiding, de eindverantwoordelijkheid van de bedrijfsarts en de mogelijkheid de bedrijfsarts te consulteren.*  
Ook de gedelegeerde zorgt ervoor dat aan de cliënt/werknemer duidelijk is dat sprake is van delegatie.

In voorwaarde 1 en 2 is de wettelijke eis van *bekwaamheid* te herkennen, die door zowel de bedrijfsarts als de gedelegeerde als voldoende moet worden ingeschat. Voorwaarde 3 gaat deels ook over de bekwaamheid. In voorwaarde 4 wordt erkend dat bekwaamheid individueel kan uiteenlopen. ‘Toezicht/tussenkomst’ is deels herkenbaar in voorwaarde 3. Ook voorwaarden 5 en 6, die onderling overlap vertonen, gaan daarover. Opmerking verdient dat de wettelijke eis van ‘opdracht’ en die van het geven van voldoende ‘aanwijzingen’ in de randvoorwaarden niet, althans niet duidelijk, terugkomen. Voorwaarde 7 is een aan de tuchtrechtspraak ontleende eis, die in art. 35 en 38 Wet BIG niet is terug te vinden.

Al met al biedt het NVAB standpunt voor de praktijk van taakdelegatie het nodige houvast. Wel valt op dat de (inschatting van de) bekwaamheid en (de mogelijkheid van) overleg centraal staan. Minder duidelijk keren de opdracht en het geven van aanwijzingen terug. Het NVAB standpunt is op deze punten voor verbetering vatbaar. Een belangrijke toevoeging aan de vereisten van opdracht, aanwijzingen, bekwaamheid en toezicht/tussenkomst is het vereiste van het informeren van de werknemer/patiënt. Deze eis is ook in de tuchtrechtspraak terug te vinden.<sup>29</sup> De informatieplicht rust primair op de delegerende bedrijfsarts, maar ook de gedelegeerde dient hier

---

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld recent CTG 19 januari 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:39, *Medisch Contact* 2016, 31-32, p. 42-45, *GJ* 2016/102, met noot van J.C.J. Dute. In casu werd van een neurochirurg verweten dat hij de patiënt niet had geïnformeerd over het feit dat de ingreep door een arts-assistent zou worden verricht. Zie verder CTG 13 april 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0205, *TvGR* 2010/23, *GJ* 2010/58, waarin het CTG overwoog dat het een chirurg tuchtrechtelijk is aan te rekenen dat hij zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt de ingreep door een ander heeft laten uitvoeren.

geen onduidelijkheid over te laten bestaan. Een andere belangrijke toevoeging is dat bij delegatie voor de werknemer steeds de mogelijkheid moet open staan om desgewenst de bedrijfsarts zelf te consulteren.

### 3.3.4 Richtlijnen

Bij taakdelegatie spelen richtlijnen een belangrijke rol. De bedrijfsarts behoort bij het geven van opdrachten aan de gedelegeerde immers voldoende aanwijzingen te geven. Die aanwijzingen kunnen individueel zijn, maar ook zijn opgenomen in een richtlijn, die in algemene zin op de betreffende situatie van toepassing is. Ook een combinatie van algemene en individuele aanwijzingen kan aan de orde zijn.

Een richtlijn kan worden omschreven als “*enigerlei handelingsinstructie voor professioneel handelen in de zorg*”.<sup>30</sup> Richtlijnen zijn er in allerlei maten en soorten en komen voor onder diverse benamingen, zoals protocollen, standaarden, richtsnoeren, leidraden, enzovoorts. De naam die de richtlijn heeft meegekregen, bepaalt niet de juridische betekenis die eraan moet worden gehecht. Die wordt van geval tot geval door de rechter bepaald en is afhankelijk van diverse factoren, zoals de aard van de richtlijn, de vraag tot wie deze zich richt, de bewoordingen, enzovoorts.

Een richtlijn is geen wettelijk voorschrift. Van een richtlijn mag en moet zelfs worden afgeweken als het belang van een goede patiëntenzorg dit vereist, zo heeft de Hoge Raad uitgemaakt.<sup>31</sup> Afwijking moet altijd kunnen worden gemotiveerd en de kwaliteit van de geleverde zorg dient daarbij centraal te staan. Anders gezegd: afwijken van de richtlijn is aangewezen als dit tot betere zorg leidt dan waartoe toepassing van de richtlijn zou hebben geleid. Zo bezien kan er voor de (bedrijfs)arts reden zijn om van een richtlijn af te wijken, voor de gedelegeerde, noodsituaties daargelaten, niet. Immers, mocht de gedelegeerde menen dat van een richtlijn moet worden afgeweken, dan zal hij daarover overleg moeten voeren met de opdrachtgever (bedrijfsarts). Dit houdt ook verband met het vereiste van toezicht/tussenkomst.

Richtlijnen zijn documenten van en voor professionals. Zij geven uitdrukking aan professionele normen en bedrijfsartsen zijn alleen aan richtlijnen gebonden als zij c.q. de beroepsgroep ze hebben opgesteld dan wel met de inhoud ervan hebben ingestemd, althans voor zover het gaat om handelingen die binnen hun deskundigheidsgebied liggen. Een arbodienst kan dus niet de voor hen werkzame bedrijfsartsen binden aan richtlijnen, waarmee zij niet hebben ingestemd. Tegelijk kunnen bedrijfsartsen niet op onredelijke gronden hun instemming aan een richtlijn onthouden. Uiteraard moeten protocollen deugdelijk zijn. Die deugdelijkheid wordt zo nodig door de tuchtrechter getoetst.<sup>32</sup>

### 3.3.5 (Eind)verantwoordelijkheid

---

<sup>30</sup> Leenen, H.J.J., Dute, J.C.J., Gevers, J.K.M., Legemaate, J., Groot, G.R.J. de, Gelpke, M.E., Jong, E.J.C. de (2017). Handboek Gezondheidsrecht, Den Haag: Boom juridisch, p. 71 e.v.

<sup>31</sup> HR 2 maart 2001, *TvGR* 2001/16; HR 1 april 2005, *TvGR* 2005/19.

<sup>32</sup> RTG Zwolle 24 februari 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:46, *GJ* 2017/50.

Hier wordt nogmaals benadrukt dat bij delegatie uiteindelijk de bevoegdheid overgaat op de opdrachtnemer. De opdrachtgever is 'slechts' verantwoordelijk voor de opdracht, het geven van voldoende aanwijzingen, de bekwaamheidsinschatting, het voorzien in een adequate regeling van toezicht c.q. de mogelijkheid van tussenkomst en het informeren van de werknemer over de delegatie. Voor de verdere uitvoering is alleen de opdrachtnemer verantwoordelijk. Daarop kan de opdrachtnemer zo nodig worden aangesproken. Dat de opdrachtgever 'eindverantwoordelijk' is, geeft de verantwoordelijkheidsverdeling niet helemaal correct weer, voor zover daarin de suggestie besloten ligt dat uiteindelijk de opdrachtgever voor alle aspecten van de uitvoering door de ingeschakelde personen verantwoordelijk is en daarop ook zou kunnen worden aangesproken. Immers, de opdrachtnemer krijgt een eigen bevoegdheid en zal zich daar zo nodig ook voor moeten kunnen verantwoorden. De opdrachtgever kan alleen worden aangesproken op zijn/haar deel van de opdrachtverlening.

Eindverantwoordelijkheid is juridisch gezien dus een lastig begrip. Bij delegatie is ieder verantwoordelijk voor zijn of haar aandeel in het geheel. Geheel zonder problemen is dat niet, met name als taken zijn gedelegeerd aan personen die niet tuchtrechtelijk of anderszins ter verantwoording kunnen worden geroepen. Bij de vraag aan welke beroepsbeoefenaar een bepaalde taak wordt gedelegeerd zal met dit punt rekening moeten worden gehouden. Naarmate de complexiteit en het gewicht van de te delegeren taak toenemen, ligt het minder voor de hand de betreffende taak neer te leggen bij een beroepsbeoefenaar die niet aan tuchtrecht is onderworpen. Over de vraag waar precies de grens ligt, is discussie mogelijk.

### 3.3.6 Delegatie en casemanager

Voor casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding heeft de NVAB in 2013 een leidraad uitgebracht.<sup>33</sup> Ten aanzien van de positie van de casemanager zijn twee posities te onderscheiden: (1) de casemanager werkt onder de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts en (2) de casemanager werkt onder verantwoordelijkheid van een derde, meestal de werkgever of namens deze in opdracht van een arbodienst, verzuimbureau<sup>34</sup> of verzekeraar. De eerste situatie roept vanuit een oogpunt van taakdelegatie geen bijzondere vragen op, de tweede wel.<sup>35</sup>

Duidelijk is dat volgens de tuchtrechter de bedrijfsarts zich niet buiten spel moet laten zetten door de werkgever en/of de arbodienst. Hij/zij dient te allen tijde zijn verantwoordelijkheid als bedrijfsarts te

---

<sup>33</sup> NVAB (2013). *Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding*.

<sup>34</sup> 'Verzuimbureau' is overigens een wat onduidelijke entiteit, hetgeen ook wordt erkend in de leidraad.

<sup>35</sup> Zo stelde het RTG Zwolle in een klacht tegen een (zelfstandige) bedrijfsarts vast dat er veel initiatief lag bij de casemanager die ook zelfstandig zaken regelde buiten de bedrijfsarts om en dat de bedrijfsarts in zekere mate afhankelijk was van hem. Zij had zich in die positie laten plaatsen en teveel achterover geleund. De casemanager had de regie in handen en de aangeklaagde bedrijfsarts heeft dat laten gebeuren. Zij had echter meer haar eigen verantwoordelijkheid moeten nemen, zo overwoog het college. Het college vond het onzorgvuldig dat verweerster de werkneemster na het deskundigenoordeel dat door de werkneemster was aangevraagd tegen het advies van verweerster, waarbij de werkneemster in het gelijk werd gesteld, haar niet opnieuw heeft gezien maar er een brief is uitgegaan van de casemanager naar de werkneemster. Ook bij het opmaken van de probleemanalyse had de aangeklaagde bedrijfsarts de werkneemster niet gezien. "Het moge zo zijn dat de casemanager het verzuimtraject beheerde (...) maar dat ontslaat verweerster niet van de verplichting verantwoorde zorg als bedrijfsarts te betrachten", concludeert het college. Zie: RTG Zwolle 10 januari 2008, 053/2006, *TvGR* 2008, 4, p. 287-292.



nemen en er op toe te zien dat de organisatie zodanig is ingericht dat hij/zij die verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk kan nemen. Daarmee is een belangrijke randvoorwaarde voor taakdelegatie gegeven.

### 3.3.7 Conclusie

Samengevat kunnen vier voorwaarden voor delegatie van bedrijfsgeneeskundige taken worden ontleend aan de Wet BIG:

- opdracht;
- het daarbij zo nodig geven c.q. in acht nemen van (voldoende) aanwijzingen;
- de beoordeling van de bekwaamheid van de opdrachtnemer (door opdrachtgever én –nemer); en
- het voorzien in adequaat toezicht en/of de mogelijkheid van tussenkomst.

Uit de jurisprudentie kan nog een vijfde randvoorwaarde worden gedestilleerd:

- het informeren van de werknemer over de delegatie en de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling (met inbegrip van de mogelijkheid de bedrijfsarts (persoonlijk) te consulteren).

De opdrachtgever en –nemer zijn ieder verantwoordelijk voor hun aandeel in de delegatie. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de opdracht, het geven van aanwijzingen, de bekwaamheidsinschatting, het voorzien in toezicht c.q. de mogelijkheid van tussenkomst en de informatieverstrekking ter zake van de delegatie. Voor de verdere uitvoering is alleen de gedelegeerde verantwoordelijk, die verder ook zijn eigen bekwaamheid correct zal moeten inschatten.

Het NVAB-standpunt taakdelegatie uit 2004 geeft een bruikbaar handvat voor taakdelegatie, maar is voor aanscherping vatbaar waar het gaat om de opdracht en het geven van (voldoende) aanwijzingen.

Belangrijk is dat delegatie steeds op initiatief van dan wel met instemming van de bedrijfsarts dient plaats te vinden. Anders gezegd: delegatie van taken van de bedrijfsarts mag niet buiten hem/haar om plaatsvinden. De bedrijfsarts zal hier alert op moeten zijn en de werkgever en de arbodienst dienen deze betrokkenheid te respecteren.

## 3.4 Samenwerking

Samenwerking kent veel verschijningsvormen. Bedrijfsgezondheidszorg kan door meerdere professionals, al dan niet met verschillende disciplines, gezamenlijk, gelijktijdig of kort na elkaar aan de werknemer worden verleend. Ook kunnen meerdere professionals bij het verlenen van bedrijfsgezondheidszorg zijn betrokken waarbij de werknemer wordt overgedragen van de ene naar de andere professional. Dan vindt verwijzing plaats, zie daarover paragraaf 3.2.2. In de tuchtrechtspraak wordt geregeld geklaagd over gebrekkige samenwerking. Hieronder wordt ingegaan op de belangrijkste lijnen die de tuchtrechter op het punt van samenwerking heeft uitgezet.

### 3.4.1 Arbo curatieve samenwerking

Een bijzondere vorm van samenwerking betreft de arbo curatieve samenwerking, ter bevordering van de sociaal-medische begeleiding (SMB) van (zieke) werknemers. Het gaat daarbij om verbetering van de samenwerking van curatieve sector en bedrijfsgezondheidszorg en in feite, breder, om een betere samenwerking van alle personen en instanties die bij de verzuimbegeleiding en arbeidsre-integratie zijn betrokken, waaronder ook de werkgever en de werknemer. Ten behoeve hiervan is de Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim tot stand gekomen.<sup>36</sup> Kernelementen van deze leidraad zijn bewustwording of de patiënt een probleem heeft op het gebied van arbeid en gezondheid, informatieverzameling en –uitwisseling, en, indien nodig, afstemming van inzichten en van adviezen.<sup>37</sup>

Tegen een algemeen arts werkzaam bij een arbodienst (geen bedrijfsarts, evenmin als zodanig in opleiding) werd door een behandelaar (psycholoog/psychotherapeut) tuchtrechtelijk geklaagd over het feit dat de arts zich negatief had uitgelaten over het ingezette behandeltraject en dat goede samenwerking tussen behandelaar en bedrijfsarts ontbrak. Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven overweegt dan in algemene zin het volgende:

*“Bij arbeidsverzuim en re-integratie van mensen met gezondheidsklachten hebben verschillende zorgverleners elk afzonderlijke taken en verantwoordelijkheden. Behandelaars richten zich vooral op behandeling van de klachten. Zij beschouwen de balans tussen belasting en belastbaarheid van de patiënt/werknemer in een algemene context. Bedrijfsartsen – hieronder ook te verstaan artsen (zoals verweerster) die bedrijfsgeneeskundige werkzaamheden verrichten binnen de arbodienst – zijn gericht op het behoud en herstel van deze balans in de werksituatie en bieden daarvoor begeleiding en behandeling van arbeidsgerelateerde aandoeningen. Samenwerking tussen de verschillende zorgverleners is van groot belang en voorkomt dubbel onderzoek, tijdverlies en onduidelijkheid, bijvoorbeeld als gevolg van verschillende adviezen. Samenwerking biedt tevens de mogelijkheid dat de verschillende artsen elkaar aanvullen. Het is belangrijk dat elke arts zich bewust is van zijn of haar specifieke taak en verantwoordelijkheid in relatie tot arbeidsverzuim en re-integratie. De eindverantwoordelijkheid voor de behandeling blijft bij de behandelaar, terwijl de bedrijfsarts verantwoordelijk blijft voor het werkhervattingsadvies.”*

Niet alleen onderstreept het RTG hiermee het belang van goede samenwerking en ieders eigen taak en verantwoordelijkheid hierin, het college maakt tegelijk duidelijk dat de kwaliteit van de samenwerking voor tuchtrechtelijke toetsing vatbaar is. Ten aanzien van de concrete klacht overwoog het college dat ‘nog afgezien van de vraag of verweerster haar diagnose heeft gesteld op grond van een deugdelijke anamnese en aanvullend lichamelijk en psychodiagnostisch onderzoek, het in deze situatie op haar weg had gelegen om in overleg met en na toestemming van patiënte

---

<sup>36</sup> Anema, H., Buijs, P., Amstel, R. Van, Putten, D. van (2002). *Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim*. Utrecht: NVAB en LHV.

<sup>37</sup> RTG Zwolle achtte onzorgvuldig dat een (zelfstandige) bedrijfsarts een re-integratieadvies had uitgebracht zonder lichamelijk onderzoek te doen en zonder de behandelend cardioloog te consulteren. “Dat verweerster heeft aangegeven, dat de behandelend artsen contact met haar konden opnemen, doet hier niets aan af. Integendeel, het is niet aan de behandelend artsen om contact met verweerster op te nemen maar andersom”, zo overwoog het College. Zie: RTG Zwolle 10 januari 2008, 053/2006.

contact te zoeken met klager om informatie over de behandeling op te vragen en haar bevindingen met hem te delen.’ Voorts: ‘De arts is daarmee niet alleen op de stoel van haar behandelaar gaan zitten, zij heeft door haar handelwijze onnodige onduidelijkheid geschapen voor patiënte en haar onnodig in verwarring gebracht en klagers behandelrelatie met patiënte onnodig in gevaar gebracht.’ De arts, die erkende te snel een oordeel te hebben geveld over het ingezette behandeltraject, krijgt een waarschuwing opgelegd. Dat samenwerking geboden was, betekende overigens niet dat de arts had moeten ingaan op het aanbod van de behandelaar om telefonisch te overleggen, in het bijzijn van patiënte in zijn spreekkamer. De arts had een passend alternatief geboden, namelijk dat de behandelaar een consult tussen de arts en patiënte kon bijwonen.<sup>38</sup>

### 3.4.2 Hoofdbehandelaar

Bij samenwerking van beroepsbeoefenaars van verschillende disciplines is de onderlinge afstemming van groot belang. Een van hen zal dan de regie op zich moeten nemen. Ook de bedrijfsarts kan als regisseur optreden.<sup>39</sup> In de praktijk van de gezondheidszorg wordt de regisseur doorgaans aangeduid als de hoofdbehandelaar. In een principiële uitspraak uit 2008 heeft het CTG de taak van de hoofdbehandelaar omlijnd:<sup>40</sup>

*“Ten aanzien van een hoofdbehandelaar geldt als uitgangspunt dat deze, naast de zorg die hij als zorgverlener ten opzichte van patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast is met de regie van de behandeling van de patiënt. De regie houdt in algemene zin in dat de hoofdbehandelaar:*

1. *ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die beroepsmatig bij de behandeling van patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;*
2. *voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt;*
3. *meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:*
  - *door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;*
  - *de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;*
  - *in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;*
  - *toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;*

<sup>38</sup> RTG Eindhoven 15 maart 2017, *Stcrt.* 2017 nr. 25224.

<sup>39</sup> Ook een verpleegkundig specialist kan als hoofdbehandelaar optreden.

<sup>40</sup> CTG 1 april 2008, *TvGR* 2008/32.

- *in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;*
- *als hoofdbehandelaar de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte houdt van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.”*

Volgens het CTG vindt de regiefunctie van de hoofdbehandelaar haar grens hierin dat hij niet de verantwoordelijkheid draagt voor de door andere specialisten tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop de hoofdbehandelaar als specialist werkzaam is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere specialisten zelf ten volle verantwoordelijk.<sup>41</sup>

De belangrijkste vragen rond het hoofdbehandelaarschap hebben inmiddels een plek gevonden in de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van januari 2010.<sup>42</sup> Daarin zijn de volgende dertien aandachtspunten neergelegd die bij samenwerking in acht dienen te worden genomen.

- Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
  - het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
  - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft;
  - belast is met de coördinatie van de zorgverlening (zorgcoördinator).
- Deze taken worden over zo min mogelijk zorgverleners verdeeld; zo mogelijk zijn zij in één hand.
- Alle betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan voor de cliënt.
- De rechten van de cliënt worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt zijn rechten kan uitoefenen.
- Een deelnemende zorgverlener vergewist zich ervan dat hij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert hen op zijn beurt over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.
- Relevante gegevens worden aangekend in een dossier van de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop zij relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.
- De deelnemende zorgverleners maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.

---

<sup>41</sup> CTG 1 april 2008, GJ 2008/83, met noot van A.J.G.M. Janssen. Op deze overwegingen leek het CTG te zijn teruggekomen in zijn uitspraak van 6 januari 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG0812, GJ 2011/28 (algehele verantwoordelijkheid voor operatie, inclusief anesthesie, ligt bij de operateur), maar hierop is de voorzitter in een latere openbare brief teruggekomen: een operateur kan die verantwoordelijkheid niet dragen, omdat hij de kennis en kunde van een anesthesioloog niet heeft.

<sup>42</sup> Deze handreiking is opgesteld onder auspiciën van de KNMG, de V&VN, de KNOV, de KNGF, de KNMP, het NIP, de NVZ, de NFU, GGZ Nederland en de NPCF.

- De deelnemende zorgverleners zijn zich bewust van de grenzen van hun eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.
- Bij een opdrachtrelatie geeft de opdrachtgever voldoende instructies.
- Overdracht van taken en verantwoordelijkheden gebeurt expliciet. Rekening wordt gehouden zowel met in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.
- Waar nodig wordt voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).
- De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. Diens eigen verantwoordelijkheid wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.
- Afspraken over aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.
- Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt:
  - naar de cliënt wordt openheid betracht;
  - zij worden gemeld op een centraal punt;
  - wie niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt daarop aangesproken.

Van de arts wordt verwacht dat hij van deze handreiking op de hoogte is, evenals van de tuchtrechtelijke jurisprudentie ter zake. Ook moet hij weten wat het verschil is tussen supervisie en werkbegeleiding.<sup>43</sup>

Op 21 juni 2016 stelde het CTG dat er gedurende een behandeling steeds maar één hoofdbehandelaar is. Wel kan in het behandeltraject een wisseling van het hoofdbehandelaarschap optreden. Voorts is zijn rol niet beperkt tot de essentiële beslistmomenten ('het doorhakken van de knopen'), maar moet hij aandacht hebben voor de totaliteit van de behandeling en het centrale informatie- en aanspreekpunt richting de patiënt zijn.<sup>44</sup>

Jegens de patiënt (c.q. diens vertegenwoordiger) dient duidelijk te zijn wie de regie in handen heeft. De arts mag daarover geen verkeerd beeld laten ontstaan of laten voortbestaan.<sup>45</sup> De personele invulling van het hoofdbehandelaarschap kan in de loop der tijd wisselen. Een arts kan alleen op zijn verantwoordelijkheid als hoofdbehandelaar worden aangesproken over de periode dat hij daadwerkelijk als zodanig is opgetreden.<sup>46</sup> Van de eindverantwoordelijke beroepsbeoefenaar wordt vooral verwacht dat de werkprocessen in orde zijn. Als die goed zijn, kan hij tuchtrechtelijk niet worden aangesproken op het handelen van een medewerker die zich niet aan de instructies houdt.<sup>47</sup>

<sup>43</sup> CTG 2 februari 2017, ECLI:NL:TGZCTG:2017:53, *Stcrt.* 2017 nr. 7613.

<sup>44</sup> ECLI:NL:TGZCTG:2016:232, *Stcrt.* 2016 nr. 34215.

<sup>45</sup> CTG 3 februari 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG0896, *GJ* 2011/50 (inzake een chirurg).

<sup>46</sup> RTG Eindhoven 9 juni 2010, ECLI:TGZREIN:2010:YG0353, *GJ* 2010/96 (inzake een cardioloog).

<sup>47</sup> CTG 15 november 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:338; *Medisch Contact* 2017, 13, p. 30-32 (inzake een apotheker).

### 3.4.3 Opleidingssituatie

Bij een bedrijfsarts in opleiding dient de opleider diens ervaring en verworven vaardigheden in te schatten. Naar vaste jurisprudentie van de tuchtrechter drukt bij aanvang van de opleiding een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van de, in casu, bedrijfsarts in opleiding op de schouders van de opleider/supervisor. Naarmate meer aan de bedrijfsarts in opleiding kan worden overgelaten wordt gaandeweg de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid gedeeld tussen opleider/supervisor en de bedrijfsarts in opleiding. Aan het eind van de opleiding zal deze verantwoordelijkheid vrijwel geheel op de schouders van de bedrijfsarts in opleiding rusten.<sup>48</sup>

### 3.4.4 Tot slot

Samenwerking is ook in de bedrijfsgezondheidszorg inmiddels eerder regel dan uitzondering. Taakdelegatie is in feite ook een vorm van samenwerking. Samenwerking roept complexe vragen op waar het betreft de verdeling van de verantwoordelijkheid. De bedrijfsarts kan tuchtrechtelijk worden aangesproken op de kwaliteit van de samenwerking.

Bij samenwerking is steeds belangrijk wie de regie in handen heeft. In de tuchtrechtelijke jurisprudentie is daarvoor het concept van de hoofdbehandelaar ontwikkeld. De tuchtrechter heeft vrij nauwkeurig aangegeven aan welke eisen de hoofdbehandelaar moet voldoen en in een handreiking uit 2010 is de verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking nader uitgewerkt. Van belang is dat de tuchtrechtelijke jurisprudentie op dit punt noch de handreiking specifiek ingaat op de context van de bedrijfsgezondheidszorg. Het verdient aanbeveling dat de beroepsgroep zich nader hierover beraadt.

Bij samenwerking, en zeker bij taakherschikking en taakdelegatie, is het van belang dat de betrokken beroepen een helder beeld hebben van elkaars taken en bevoegdheden. Deskundigheidsgebieden dienen (bij voorkeur wettelijk) te zijn omschreven, opleidingseisen dienen (bij voorkeur wettelijk) te zijn vastgelegd en aan de opleidingseisen dienen (bij voorkeur wettelijk) beschermde titels te zijn gekoppeld. Het veld kan hier ordenend optreden, maar ook voor de wetgever is hier een belangrijke taak weggelegd.

## 3.5 Uitwisseling van medische gegevens en toegang tot medisch dossier

In deze paragraaf komt de vraag aan de orde wie op welke wijze toegang heeft tot de medische gegevens die door de bedrijfsarts worden beheerd. Voor deze vraag is art. 7:457 BW van belang, waarin een regeling is getroffen voor de uitwisseling van medische gegevens en de toegang tot het medische dossier. Omdat aan bedrijfsgeneeskundig handelen doorgaans geen geneeskundige behandelingsovereenkomst ten grondslag ligt,<sup>49</sup> kan deze regeling hoogstens van overeenkomstige

---

<sup>48</sup> Zie onder meer CTG 16 december 2008, *GJ* 2009/34 en CTG 6 juni 2013 *Medisch Contact* 2013, p. 1446-1449.

<sup>49</sup> Dit is alleen anders indien de werknemer zich vrijwillig wendt tot de bedrijfsarts (de zogenoemde 'vrijwillige handelingen', te onderscheiden van de 'handelingen in opdracht'), zie hiervoor *WGBO en bedrijfsarts* (2000).

toepassing zijn (art. 7:464 BW), dat wil zeggen ‘voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet’. Deze overeenkomstige toepassing is evenwel (sinds 2005) uitgesloten door art. 14 lid 7 Arbowet, waar het gaat om de advisering bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. In de Memorie van Toelichting bij de betreffende wetwijziging staat dat de gegevens die de bedrijfsarts verwerkt zonder toestemming van de werknemer aan derden kunnen worden verstrekt, indien dit noodzakelijk is voor de uitvoering van bedoelde taak. Verder wordt opgemerkt: ‘Overigens doet deze bepaling niets af aan het feit, dat voor [...] bedrijfsartsen het medisch beroepsgeheim geldt en dat voor de verwerking van gegevens betreffende de gezondheid artikel 21 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) van toepassing is.’<sup>50 51</sup> De verwijzing naar het beroepsgeheim leidt er echter toe dat de regeling van art. 7:457 BW toch weer zoveel mogelijk naar analogie zal moeten worden toegepast.<sup>52</sup> In het navolgende wordt hier van uitgegaan.

Zoals gezien wordt bij taakherschikking een taak van de bedrijfsarts structureel bij een andere beroepsbeoefenaar belegd, waarbij ook de eindverantwoordelijkheid van de bedrijfsarts naar die andere beroepsbeoefenaar overgaat. Die beroepsbeoefenaar heeft dan geen eigen toegang tot de medische gegevens waar de bedrijfsarts over beschikt. Er is sprake van een verwijzing, waarvoor de bedrijfsarts toereikende, waaronder eventueel ook medische, gegevens dient te verstrekken op basis van toestemming van de werknemer. De ‘ontvangende’ beroepsbeoefenaar dient bovendien op grond van art. 21 lid 2 Wbp ook aan een geheimhoudingsplicht zijn gebonden, dat wil zeggen uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht.

Bij delegatie ligt dit anders. In dat geval is de gedelegeerde rechtstreeks betrokken bij de uitvoering van taken van de bedrijfsarts. Indien en voor zover daarvoor medische gegevens noodzakelijk zijn,<sup>53</sup> heeft de gedelegeerde toegang tot medische gegevens.<sup>54</sup> De gedelegeerde heeft dan een afgeleid beroepsgeheim en mag met de gegevens alleen doen wat de bedrijfsarts ook zou mogen doen.<sup>55</sup> In de literatuur/toepasselijke richtlijnen wordt in dit verband ook wel gesproken van de ‘functionele eenheid’: een groepering van personen die als een team op directe of gelijkgerichte wijze betrokken

---

Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, p. 6 e.v.

<sup>50</sup> *Kamerstukken II 2004-2005, 30118, nr. 3, p. 141.*

<sup>51</sup> Met ingang van 25 mei 2018 maakt de Wbp overigens plaats voor de Algemene verordening gegevensbescherming.

<sup>52</sup> Zo gezien is de uitsluitingsbepaling eigenlijk overbodig. Zij is ook onjuist in zoverre de ook de overeenkomstige toepassing van art. 7:464 lid 2 onder b BW wordt uitgesloten. Dit artikelonderdeel, dat het recht op eerste inzage bij een medische keuring regelt, is namelijk rechtstreeks en niet overeenkomstig van toepassing.

<sup>53</sup> En ook alleen dan. Een casemanager die samenwerkt met een bedrijfsarts, maar alleen procesmatig werkt, heeft geen toegang tot medische gegevens, omdat hij die niet nodig heeft voor zijn werkzaamheden. Zie ook NVAB (2013). *Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding.*

<sup>54</sup> Ook bij vervanging vanwege ziekte of vervanging is dit het geval.

<sup>55</sup> Dat het verwerken van gegevens over iemands gezondheid, om te beoordelen of iemand in aanmerking komt voor, in dit geval, een Ziektewetuitkering, alleen onder verantwoordelijkheid van een arts mag plaatsvinden, werd recentelijk nog bevestigd door een rapport van de Autoriteit Persoonsgegevens over het verzuimbeheer van het UWV (Autoriteit Persoonsgegevens (2017). *Verwerking van persoonsgegevens door UWV. Het verzamelen van gegevens betreffende iemands gezondheid door medewerkers verzuimbeheersing van UWV.*

is bij het doel waarvoor de medische gegevens worden uitgewisseld.<sup>56</sup> Deze omschrijving kan overigens onbedoeld de indruk wekken dat het om een vast team gaat.

Zo wordt in het advies WGBO en bedrijfsarts gesteld dat binnen een arbodienst de volgende personen als rechtstreeks bij de behandeling betrokkenen kunnen worden beschouwd:

- verpleegkundigen;
- doktersassistenten;
- de collega-vakgenoot die door de bedrijfsarts wordt geconsulteerd, indien anonieme consultatie niet mogelijk is;
- de vervangend bedrijfsarts.

Tot deze kring van personen horen niet de bedrijfsmaatschappelijk werkende en de bedrijfspsycholoog.

De toegang tot medische gegevens is echter niet team- of functie gebonden, maar taak gerelateerd. Van belang is uiteraard dat over de gegevensuitwisseling goede afspraken worden gemaakt, die ook kenbaar zijn voor de werknemer.

### 3.6 Verantwoordingsplicht bij taakdelegatie: tucht-, straf-, civiel- en klachtrecht

Aansprakelijkheid kent verschillende varianten. Een beroepsbeoefenaar kan tuchtrechtelijk, strafrechtelijk en civielrechtelijk worden aangesproken. Daarnaast kan een beroepsbeoefenaar ook via het klachtrecht ter verantwoording worden geroepen.

Wettelijk tuchtrecht is er alleen voor de beroepen waarvoor op grond van art. 3 Wet BIG een register is ingesteld, waaronder de arts en de verpleegkundige. Doel van het tuchtrecht is het bewaken en het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Het gewraakte handelen dient verder op het terrein van de individuele gezondheidszorg te liggen. De op te leggen maatregelen variëren van een waarschuwing tot de doorhaling van de inschrijving in het register. Belangrijk is het element van de persoonlijke verwijtbaarheid: de betrokken beroepsbeoefenaar moet, wil het tot een veroordeling komen, zelf foutief hebben gehandeld. Hij kan niet worden aangesproken op fouten van anderen of op fouten binnen de organisatie waarin hij werkzaam is, tenzij hij daar zelf aan heeft bijgedragen. Dat geldt ook voor strafrechtelijke aansprakelijkheid. Ook daarvoor moet schuld komen vast te staan.

Civielrechtelijk, waarbij het gaat om schadevergoeding, speelt schuld of persoonlijke verwijtbaar veel minder, soms zelfs geen, rol. Voor civielrechtelijke aansprakelijkheid zijn de onderliggende rechtsverhoudingen van grote betekenis. Wanneer een opdrachtnemer in dienst is van de (zelfstandig gevestigde) bedrijfsarts, dan kan de bedrijfsarts civielrechtelijk worden aangesproken op fouten van de opdrachtnemer. Wanneer de bedrijfsarts en de opdrachtnemer beiden op arbeidsovereenkomst werken bij dezelfde werkgever of arbodienst, dan kan bij fouten van de

---

<sup>56</sup> WGBO en bedrijfsarts (2000). Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.; NVAB (2004). *Delegatie van taken door bedrijfsartsen in het kader van de sociaal medische begeleiding*.



opdrachtnemer (en/of van de bedrijfsarts) die werkgever dan wel die arbodienst worden aangesproken. Complexer wordt de situatie als de bedrijfsarts niet, maar de opdrachtnemer wel in dienst is van de werkgever of de arbodienst. In zo'n situatie kunnen mogelijk beide worden aangesproken.

Het verschil tussen de tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid bij fouten van de gedelegeerde kan als volgt worden verduidelijkt. Wanneer de zelfstandig gevestigde bedrijfsarts heeft voldaan aan de randvoorwaarden van taakdelegatie (opdracht, voldoende aanwijzingen, bekwaamheid getoetst, toezicht/tussenkomst en adequate voorlichting), dan kan hij bij fouten van de gedelegeerde tuchtrechtelijk niet worden aangesproken, maar civielrechtelijk eventueel wel. Ook in het kader van het klachtrecht zal de zelfstandig gevestigde bedrijfsarts in bepaalde gevallen moeten instaan voor het handelen van de door hem ingeschakelde personen, ook al treft hem persoonlijk weinig of geen blaam. Evenzo zal de werkgever c.q. de arbodienst klachtrechtelijk moeten instaan voor het handelen van hun werknemers.

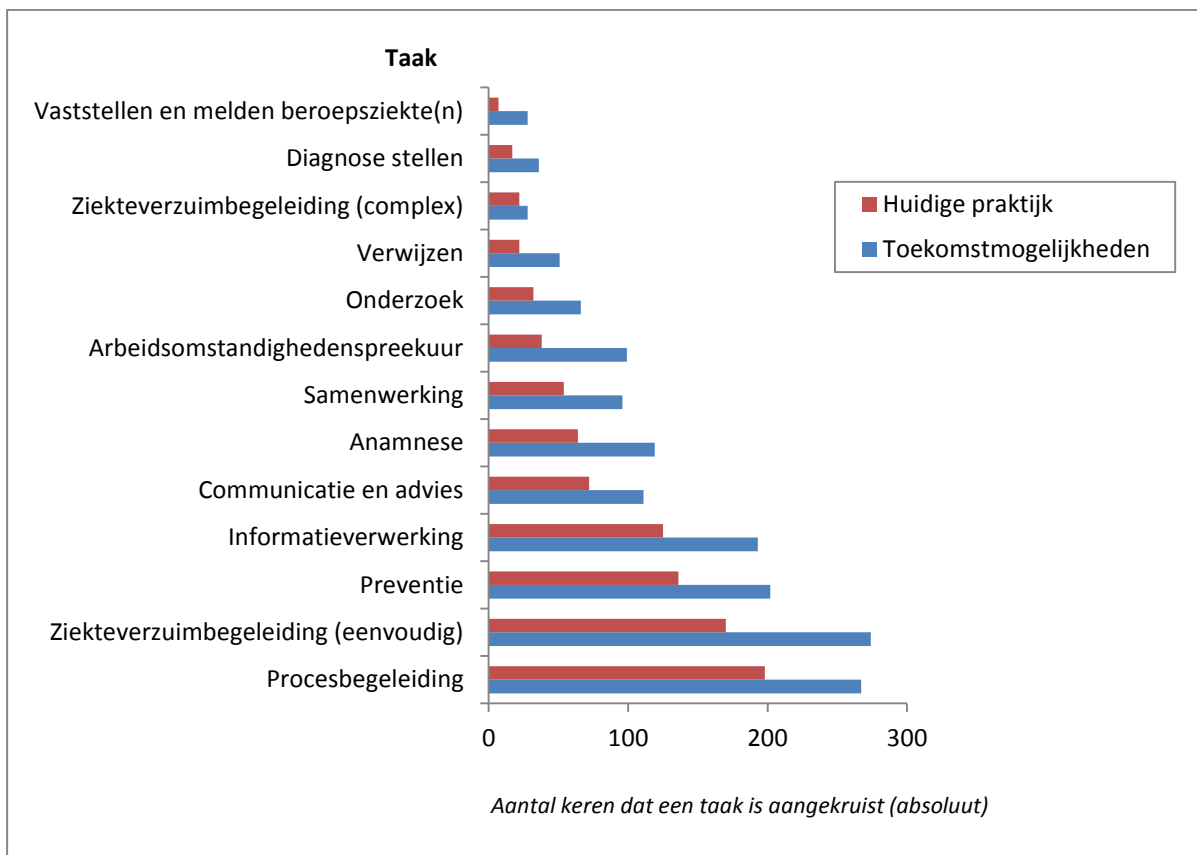
## 4. Taakdelegatie en taakherschikking in de praktijk

### 4.1 Resultaten van de peiling onder bedrijfsartsen

Zoals aangekondigd in hoofdstuk 2 presenteren we hier de resultaten van de online peiling onder bedrijfsartsen. De respons was bevredigend en vormt een afspiegeling van de bedrijfsartsen die werkzaam zijn in Nederland. De vragenlijst was echter om redenen van haalbaarheid van beperkte omvang. Dit geldt met name voor de lijst van hoofdtaken die aan de respondenten is voorgelegd, alsook voor de lijst van functionarissen waaraan men taken heeft of verwacht over te dragen.

Figuur 4 geeft het resultaat weer van de twee kernvragen van de peiling. In absolute aantallen wordt weergegeven welke (hoofd)taken respondenten in de huidige praktijk delegeren en/of herschikken. Tevens laat de figuur zien wat de respondenten hebben aangevinkt wanneer hen werd gevraagd naar de toekomstmogelijkheden voor taakdelegatie en/of herschikking.

**Figuur 4:** De huidige praktijk van én de toekomstmogelijkheden voor taakdelegatie en/of taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg, uitgesplitst per taak in absolute aantallen op basis van de online peiling



Uit de figuur blijkt dat de taken informatieverwerking, preventie, eenvoudige ziekteverzuimbegeleiding en procesbegeleiding het vaakst zijn aangekruist. Dit geldt voor zowel de huidige praktijk als de mogelijkheden voor taakdelegatie en/of -herschikking in de toekomst. In (veel) mindere mate zijn de andere negen taken aangekruist, zoals het vaststellen en het melden van beroepsziekte(n), het stellen van een diagnose en complexe ziekteverzuimbegeleiding.

Figuur 4 laat ook zien dat de absolute aantallen aanzienlijk hoger zijn voor de toekomst dan voor de huidige praktijk. Dit lijkt te impliceren dat bedrijfsartsen meer mogelijkheden voor delegatie en/of herschikking zien dan nu in de praktijk wordt gedaan.

De tabellen in bijlage 2 laten voor alle hoofdtaken en alle functionarissen zien hoe vaak alle mogelijke combinaties zijn aangekruist, dit zowel voor de huidige praktijk als voor de toekomst. Hieruit blijkt dat voor verschillende hoofdtaken verschillende functionarissen zijn aangekruist, maar bepaalde functionarissen veel vaker zijn aangekruist dan andere. Tabel 2 hieronder geeft voor de huidige praktijk van taakdelegatie en/of -herschikking voor de vier meest aangekruiste taken aan welke functionarissen de respondenten het vaakst hebben aangekruist.

**Tabel 2:** Overzicht van de meest aangekruiste taken en functionarissen wanneer in de online peiling onder bedrijfsartsen werd gevraagd naar taakdelegatie en/of -herschikking in de huidige praktijk

De 4 meest aangekruiste taken	Top 3 meest aangekruiste functionaris
1. Procesbegeleiding	1. Verzuim/re-integratie consulent 2. Register casemanager 3. Verpleegkundige / Overige functionaris
2. Ziekteverzuim-begeleiding (eenvoudig)	1. Verzuim/re-integratie consulent 2. Verpleegkundige 3. Register casemanager
3. Preventie	1. Overige functionaris 2. Verpleegkundige 3. Verzuim/re-integratie consulent
4. Informatieverwerking	1. Overige functionaris 2. Verzuim/re-integratie consulent 3. Register casemanager

Uit tabel 2 blijkt dat de functionarissen waarnaar de vier hoofdtaken zijn gedelegeerd dan wel herschikt, veelal overeenkomen. Zo worden de verzuim/re-integratie consulent, de verpleegkundige en de register casemanager vaak genoemd. Indien de optie 'overige ondersteunende functionaris' werd aangekruist, kreeg de respondent de mogelijkheid aan te geven wie hij/zij bedoelde. Veelgenoemde overige ondersteunende functionarissen zijn: de arbeidshygiënist, de arbeidsdeskundige, de P&O (adviseur)/HR, de ergonoom, het (medisch) secretariaat en de administratieve medewerker.

Welke functionarissen de respondenten het meest hebben aangekruist voor wat betreft de toekomstmogelijkheden van delegatie en herschikking van dezelfde vier hoofdtaken, wordt weergegeven in tabel 3.

**Tabel 3:** Overzicht van de meest aangekruiste taken en functionarissen wanneer in de online peiling onder bedrijfsartsen werd gevraagd naar de toekomstmogelijkheden van taakdelegatie en/of taakherschikking

De 4 meest aangekruiste hoofdtaken	Top 3 meest aangekruiste functionaris
1. Procesbegeleiding	1. Register casemanager 2. Verzuim/re-integratie consulent 3. Verpleegkundige
2. Ziekteverzuimbegeleiding (eenvoudig)	1. Verpleegkundige 2. Aios 3. POB
3. Preventie	1. Verpleegkundige 2. Aios 3. POB
4. Informatieverwerking	1. Verpleegkundige 2. Aios 3. POB

Tabel 3 is vergelijkbaar met tabel 2, maar er worden nu ook andere functionarissen genoemd. Het meest in het oog springen de arts in opleiding (aios) en de praktijkondersteuner bedrijfsarts (POB). Voor de huidige situatie gaven bedrijfsartsen veel minder vaak aan dat zij ooit taken naar deze functionarissen hebben gedelegeerd en/of herschikt. Deze verschillen kunnen deels worden verklaard door het feit dat er momenteel weinig aios zijn en de opleiding tot POB'er pas in begin 2017 van start is gegaan.

Aan het eind van de online peiling konden de respondenten in een open tekstveld hun opmerkingen en vragen over het onderwerp taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg aangeven. 124 respondenten hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Afgezien van enkele opmerkingen over de gebruiksvriendelijkheid van de online peiling en alternatieven voor het oplossen van capaciteitstekorten, varieerden de opmerkingen vooral naar de mate waarin men positief dan wel negatief staat ten aanzien van taakdelegatie en/of -herschikking. Sommige respondenten waren uitgesproken positief. Zo gaven zij aan dat delegatie en herschikking nu toch echt van de grond moet komen in verband met de capaciteitsproblemen, of dat zij zelf heel goede ervaringen hebben met het delegeren/herschikken van taken. Anderen waren uitgesproken negatief. Zij benadrukten veelal de risico's van taakdelegatie en/of -herschikking. De meerderheid van de antwoorden ging echter in op de voorwaarden waaronder taakdelegatie en/of -herschikking plaatsvindt (of zou moeten vinden), en daarmee ook de uitdagingen die deze verschuivingen met zich brengen. In dit verband werd gewezen op:

- De bekwaamheid en de bevoegdheid van de andere functionarissen. Er is onduidelijkheid over de vraag of hier richtlijnen voor zijn. Tevens gaven enkele respondenten aan weinig zicht te hebben op de basiskwalificaties van de andere functionarissen, aangezien zij verschillende achtergronden hebben en ook hun functiebenamingen uiteenlopen.
- Het afdekken van risico's die de bedrijfsarts loopt vanwege zijn aansprakelijkheid en welke controlesystemen hiervoor het beste zouden werken.
- De complexe, veranderende omgeving van de bedrijfsgezondheidszorg die taakdelegatie en/of taakherschikking bemoeilijkt. Hierbij werd gewezen op de wet- en regelgeving, de soms tegenstrijdige belangen van werknemer en werkgever en het beleid van arbodiensten dat niet altijd strookt met de professionele autonomie van bedrijfsarts.

De kwantitatieve resultaten van de online peiling, gecombineerd met de bovenstaande kwalitatieve bevindingen, zijn gebruikt om de focusgroepen voor te bereiden en de groepsdiscussie daarin te stimuleren. De resultaten van dit onderdeel van het onderzoek worden in de volgende paragraaf (4.2) beschreven.

## 4.2 Resultaten van de focusgroepen

### 4.2.1 Inleiding

Met de online peiling zijn voldoende bedrijfsartsen geworven voor twee focusgroepen van maximaal 15 personen. De resultaten van de twee focusgroepen zijn aangevuld met een derde focusgroep met vertegenwoordigers van de verschillende stakeholderorganisaties.

Met de focusgroepen wilden we meer duiding kunnen geven aan de (kwantitatieve) resultaten van de online peiling. Tevens wilden we meer inzicht krijgen in de potentiële rol die taakdelegatie en taakherschikking kunnen spelen in het terugdringen/voorkomen van het capaciteitstekort aan bedrijfsartsen, en in het verbeteren van de kwaliteit van de bedrijfsgezondheidszorg. Na een inleidende presentatie over het onderzoek werden de deelnemers voorbereid op het voeren van een groepsdiscussie over drie onderwerpen, namelijk:

1. de randvoorwaarden voor taakdelegatie en taakherschikking;
2. de uitkomsten van de peiling onder bedrijfsartsen; en
3. de voor- en nadelen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg.

Voorgaand aan de groepsdiscussie over de onderwerpen (1) en (3) werd aan de deelnemers een aantal open vragen gesteld, voor de beantwoording waarvan zij op een laptop ter plaatse Google Forms konden invullen. Zo kon op efficiënte wijze de eerste input van alle deelnemers worden verzameld. Ook kreeg zo iedere deelnemer de gelegenheid om zijn/haar mening te delen. De gegeven antwoorden dienden vervolgens als leidraad en focus voor de groepsdiscussie(s).

Er was een grote overeenkomst tussen de focusgroepen voor wat betreft de thema's waarop de groepsdiscussies zich richtten. Deze vaste thema's, waarbij weer verschillende (deel)thema's konden worden onderscheiden, zijn samengevat in figuur 5. Zonder dat de onderzoekers die de focusgroepen modereerden hierop stuurden, komen de thema's goed overeen met de opmerkingen die de respondenten als antwoord op de afsluitende open vraag van de online peiling gaven.

**Figuur 5:** Thema's volgend uit de groepsdiscussies tijdens de focusgroepen

<p><u>Contextfactoren bedrijfsgezondheidszorg</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wet- en regelgeving</li><li>• Politiek en beleid</li><li>• Marktwerking</li></ul> <p><u>Factoren die bepalend zijn voor taakdelegatie en/of taakherschikking</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Juridisch kader</li><li>• Inrichting en borging van de procesgang</li><li>• Medische gegevens</li><li>• Communicatie naar werknemer/werkgever</li><li>• Kwalificatie-eisen</li><li>• Wirwar aan functionarissen</li></ul> <p><u>Kansen taakdelegatie en/of taakherschikking</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Specialisatie/expertise</li><li>• Imago/aantrekkelijkheid</li><li>• "Best practices"</li></ul>
---

Hierna beschrijven we welke visies, argumenten en observaties de deelnemers over deze thema's naar voren brachten. Daartoe vatten we samen wat is ingebracht via de Google Forms in de groepsdiscussies.

#### 4.2.2 Contextfactoren bedrijfsgezondheidszorg

De deelnemers aan de focusgroepen gaven aan dat de bedrijfsgezondheidszorg een bijzonder vakgebied is binnen de sociale geneeskunde. Aangezien de huidige praktijk voor een groot gedeelte bestaat uit ziekteverzuimbegeleiding, zijn niet-medische taken even belangrijk als medische taken. Het werk van de bedrijfsarts richt zich op de gezondheid van de werknemer waarbij zowel het (sociale) werkklimaat als de privéomstandigheden een belangrijke rol spelen. Ook het beleid van de overheid en de sociale partners heeft veel invloed op het werk van de bedrijfsarts. Dit beleid bepaalt niet alleen de wet- en regelgeving waarbinnen de Nederlandse bedrijfsarts werkt, maar heeft ook directe financiële en juridische gevolgen voor de rechtspositie van werkgevers en werknemers waaraan de bedrijfsarts zijn diensten verleent.

Deelnemers noemden in dit verband hoe de recente wijzigingen in bijvoorbeeld de Arbowet geleid hebben tot (directe) verschuivingen in het takenpakket van de bedrijfsarts (zie ook hoofdstuk 1). Dit illustreert hoe het politieke en sociale systeem en de uitvoering daarvan doorwerken in de invulling van de alledaagse praktijk van bedrijfsartsen:

- *“Vroeger had je (...), die deden het ziekteverzuim. De bedrijfsarts deed preventief werk en was vaak aan de klant gekoppeld en deed allerlei onderzoeken. Vervolgens verandert de wet- en regelgeving en hoeven werkgevers bepaalde dingen niet meer te doen. De preventieve bedrijfsarts is niet langer nodig. De overheid had te weinig geld – dus we stoppen de verzuimbegeleiding bij de bedrijfsarts. En 95% van ons werk was vanaf dat moment verzuimbegeleiding.”*

Ook kwam in alle drie de focusgroepen naar voren dat de bedrijfsgezondheidszorg sterk is veranderd door de introductie van marktwerking, nu ongeveer een decennium geleden. Ook de marktwerking bepaalt volgens verschillende deelnemers de kansen, mogelijkheden en praktijk van taakdelegatie en/of taakherschikking:

- *“Het lastige is dat feitelijk als je hier naar kijkt wil je het liefst vanuit vakinhoudelijk overwegingen keuzes maken, maar je zit in een branche die wordt gestuurd door geld/wet- en regelgeving/kosten baten/commerciële overwegingen.”*

Dat marktwerking in de bedrijfsgezondheidszorg geïntroduceerd is, speelt volgens de deelnemers als context dus een rol. Daarentegen is een gevolg van marktwerking volgens de deelnemers ook dat met de huidige schaarste aan bedrijfsartsen, zelfstandigen en arbodiensten steeds vaker in de positie zijn om eisen te stellen. Bedrijfsartsen en arbodiensten kunnen goedkoper hun diensten aanbieden wanneer zij gebruik maken van taakdelegatie, maar ook financiële eisen stellen wanneer er sprake is van schaarste:

- *“De markt gaat zich ontwikkelen. Als een grote klant alleen geregistreerde bedrijfsartsen wil dan moet de klant meer betalen. De markt ontwikkelt zich ook (aangevuld door de groep: door de schaarste).”*
- *“We werken in sectoren. Je hebt grote klanten, je hebt kleine klanten. Een groot bedrijf kan zeggen van ik wil pertinent alleen de bedrijfsarts, dan zou je kunnen zeggen daar hangt een hoger tarief aan. Het is even wat de markt wilt. (...) Wil je meer gaan werken met al die andere functionarissen, dan gaat je tarief mogelijk omlaag.”*

#### 4.2.3 Factoren die bepalend zijn voor taakdelegatie en/of taakherschikking

Een centraal thema in de focusgroepen waren de voorwaarden voor taakdelegatie en taakherschikking. Aan welke factoren moet voldaan zijn om taakdelegatie en taakherschikking efficiënt en verantwoord te laten verlopen? Een groot aantal (rand)voorwaarden konden al worden afgeleid uit de antwoorden op de open vraag in de online peiling.

Eén van de belangrijkste punten binnen dit thema is het juridische kader waarbinnen de bedrijfsarts moet werken. Zoals in hoofdstuk 3 is gebleken, hebben professionals werkzaam in de bedrijfsgezondheidszorg te maken met verschillende wetgeving. Enkele deelnemers zijn van mening dat de meeste wetgeving te abstract is. Zij dient *“als kapstok, maar is niet voldoende”* sluitend om te vertalen naar de praktijk. Daardoor zijn bedrijfsartsen voorzichtig bij het overdragen van taken, uit angst voor een eventuele (tucht)rechtelijke vervolging.

- *“Ik word in die context als professional geremd door mijn collegiale overleg en door professionele standaarden en een individuele inhoudelijke tuchtrechtelijke toets.”*

Rond dit thema noemden de deelnemers in de Google Forms peiling voorafgaand aan de groepsdiscussie naast het tuchtrecht ook:

- naleving van de Arbowet, hoe wordt de eindverantwoordelijkheid bepaald en wanneer is iemand bekwaam?;

- aansturing van inhoudelijke activiteiten van casemanagers door anderen dan de bedrijfsarts die tuchtrechtelijk aansprakelijk is, terwijl de casemanager zelf en anderen (klanten, opdrachtgevers, arbodiensten) die druk niet voelen;

Uit de groepsdiscussie komt ook naar voren dat het juridische kader niet altijd even sluitend is waar het gaat om de vraag welke taken bedrijfsartsen wel of niet kunnen of mogen delegeren. Vaak wordt deze onduidelijkheid versterkt door de variatie in het veld bij wat wel of niet tot een bepaalde taak mag worden gerekend. Zo werd opgemerkt:

- *“Dat wordt voortdurend door elkaar gehaald. Daarom zeg ik elke keer wat is nu primair de verantwoordelijkheid van werkgever-werknemer? Welke hulp kan je, los van de BA, daar wel of niet bij inschakelen? Ook in de voorbereiding richting de bedrijfsarts. Het heeft nog allemaal niets met taakdelegatie te maken.”*
- *“Nou daar wordt die grijs zeg maar, want we zien bij onszelf: wij hebben ook casemanagers als [naam eigen organisatie] die voor of samen met werkgever helpen.”*
- *“Maar een medische secretaresse die dat ding verstuurt wat ik heb opgesteld, die dat print en de spelfouten er uit haalt. Is dat dan procesbegeleiding? Hoe ziet men dat? Dus het heeft weer met de definitie te maken.”*

In het verlengde van de problemen die worden ervaren met het juridische kader ligt het volgende punt, dat in alle focusgroepen naar voren kwam, namelijk de inrichting en de borging van procesgang bij taakdelegatie en/of taakherschikking. Het bestaan van een transparant en expliciet (kwaliteits)systeem kwam in alle drie de focusgroepen naar voren als een belangrijke voorwaarde voor het slagen van taakdelegatie en/of taakherschikking in de praktijk. Essentieel is dat er regelmatig en intensief overleg is tussen de persoon die een taak delegeert en de gedelegeerde. Verder werd aangegeven dat er onderling duidelijke afspraken gemaakt dienen te worden, waarbij ook moeten worden gecontroleerd of en hoe zij zijn nagekomen:

- *“Ik heb jaren met een verpleegkundige samengewerkt, daarbij had ik wel iedere maand met haar structureel overleg en ging ik de dossiers na om te kijken of zij het gedaan had. Op een gegeven moment weet je wel wat iemand wel en niet kan, maar nog altijd waren er wel dingen waarvan ik dacht dat verdient nog wel extra aandacht. Dus daar hield ik goed in de gaten wat er gebeurde.”*
- *“Ik hoor ook wel voorbeelden dat die individuele afspraken tussen arts en gedelegeerde er ook zijn. Dat er eigenlijk individuele contracten met ieders handtekening daarop zijn, waarin je eigenlijk nog een keer bestendigt binnen de kaders wat gedelegeerd wordt aan jou - zodat aan beiden kanten het duidelijk is – gegeven jouw bekwaamheid en bevoegdheid. Dat schept helderheid zodat je je hand niet overspeelt.”*

Omdat de praktijk verschillend en veranderlijk is bestaat er volgens de deelnemers, zoals reeds naar voren kwam, veel variatie rondom het uitvoeren en invullen van taakdelegatie en/of taakherschikking. In reactie hierop wijzen enkele deelnemers op de noodzaak van protocollering:

- *“De vraag volgens mij waar we met elkaar over praten is: hoe regel je het nou goed? Wat ik opgeschreven heb: het kan alleen maar als je goed protocollert. Het kan alleen maar als je heel goed toeziet op wat de ander doet. En dat moet niet een borging zijn waarbij je 1x in de maand ergens een vinkje zet, maar dat is daadwerkelijk heel goed meekijken wat de ander doet.”*



- *“Ik mis een voorwaarde: protocollering. Samenwerking kan je vastleggen en die kun je heel open laten hoe je het invult maar je kunt ook de taken die je delegeert protocolleren. (...) daar proberen ze ook te protocolleren zodat het niet afhankelijk is van de persoon of relatie, maar dat er wat meer structuur is. En dat zou je hier... Ik zou het protocolleren van taken die je delegeert, medisch of niet, als je dat protocolleert dan denk ik dat je ook wel weer meer kwaliteitsborging inbouwt. Ik zie nu collega's die met dezelfde functionarissen werken die het heel anders doen. Die zeggen 'oh dat mag wel van mij hoor', 'Nee dat vind ik niet, ik doe het zo'. Als daar geen protocol in zit (...) dan krijg je ook die intercollegiale variatie tussen bedrijfsartsen.”*

De proces- en borgingsfactoren die als randvoorwaarden voor taakdelegatie en/of -herschikking genoemd werden, kunnen grofweg in vier termen worden samengevat: protocol, contact, afspraken maken en controle/toetsing. Tabel 4 biedt een overzicht van de antwoorden die in de Google Forms zijn gegeven, ingedeeld naar deze vier termen:

**Tabel 4:** Vier randvoorwaarden voor taakdelegatie en/of -herschikking en de specificatie ervan, zoals tijdens de focusgroepen genoemd in de Google Form peiling

Protocol	Contact	Afspraken maken	Controle/toetsing
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duidelijke afspraken (protocollen), checks en balances: t.a.v. werkwijze en wanneer welke actie.</li> <li>• Protocollen</li> <li>• Helder (kwaliteits)protocol van werken met taakdelegatie</li> <li>• Protocollering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmatig overleg/afstemming tussen BA en de taakdelegatie-uitvoerder</li> <li>• Directe en frequente communicatie met de bedrijfsarts</li> <li>• Onderlinge communicatie en afstemming helder</li> <li>• Regelmatig overleg</li> <li>• Voldoende tijd voor regelmatig overleg en afstemming</li> <li>• Mondeling periodiek overleg</li> <li>• Gestructureerde communicatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking vastleggen in contractuele afspraken</li> <li>• Duidelijke samenwerkings afspraken</li> <li>• Kader vastleggen waarbinnen delegatie plaats kan vinden (bijv. minimale frequentie waarin contact tussen bedrijfsarts en werknemer in een jaar plaatsvindt)</li> <li>• Duidelijke taakafbakening met verantwoordelijkheden en bevoegdheden</li> <li>• Goed vastleggen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmatige toetsing en borging</li> <li>• Mogelijkheid tot controle/ingrijpen en overnemen</li> <li>• Ik moet kunnen "controleren" wat de competenties zijn van degene waar ik aan delegeer</li> <li>• Toets mogelijkheid bij vragen</li> <li>• Bij onvoldoende functioneren moet op aanwijzing van de bedrijfsarts gecorrigeerd kunnen worden</li> <li>• Degene die delegeert moet beschikbaar zijn op de achterhand</li> </ul>

Verwant aan procesinrichting en borging is de verantwoorde omgang met medische gegevens. De adequate regeling hiervan wordt ook beschouwd als een belangrijke randvoorwaarde voor taakdelegatie en/of -herschikking. Verschillende regelingen en organisaties garanderen de privacy van de werknemer, waaronder de Wet bescherming persoonsgegevens en de Autoriteit Persoonsgegevens. Voor sommige taken is het al of niet toegang mogen hebben tot medische gegevens bepalend voor de keuze naar welke functionaris taken eventueel zouden kunnen worden gedelegeerd of herschikt. De regels voor de bescherming van de privacy maken de spelers in het veld ook voorzichtig, want het verkeerd omgaan daarmee kan negatieve publiciteit opleveren:

- *“De case manager verbonden aan de werkgever of verzekeraar mag bijvoorbeeld geen medische vragen stellen want door wie wordt dat dan gedekt? Doen ze dat wel, daar krijg je dan die negatieve publiciteit door.”*

Een vierde randvoorwaarde, ook eerder in de online peiling genoemd, is dat taakdelegatie en taakherschikking niet alleen tussen de bedrijfsarts en de andere functionarissen geborgd moet zijn, maar ook helder moet worden gecommuniceerd naar de werknemer en de werkgever. Volgens deelnemers aan het onderzoek is het in de huidige situatie niet altijd duidelijk voor werknemers en werkgevers met wie zij te maken hebben, en wat zij deze persoon wel al dan niet mogen of moeten vertellen.

- *“Ook om te borgen naar een werknemer toe (...) zodat een werknemer weet wat hij verwacht en ook weet in het gesprek wat hij/zij met iemand voert, wat je gaat doen met die informatie.”*
- *“Dus je ziet de werknemers die weten, en dat geldt net zo goed als ze gebeld worden vanuit een arbodienst of verzuim o.i.d., vaak niet wat ze mogen vertellen of wat ze moeten vertellen of wat ze niet hoeven te vertellen. Of ze vertellen alles terwijl dat niet had hoeven. Maar dat zelfde geldt voor werkgevers (...).”*
- *“Voor werknemers blijkt het volstrekt onduidelijk te zijn met wie ze te maken hebben en welke gegevens ze wel of niet moeten verstrekken. Ze weten vaak niet eens wie de bedrijfsarts is. Laat staan welke persoon er door de bedrijfsarts of de werkgever nog meer is ingeschakeld. We zien dat ze heel gemakkelijk aan iedereen van de arbodienst die daar naar vraagt alle medische info verstrekken. Ook helemaal niet vragen naar de hoedanigheid waarin iemand die gegevens vraagt.”*

In alle focusgroepen is ook gediscussieerd over de kwalificatie-eisen die bij taakdelegatie en/of taakherschikking aan de andere functionarissen gesteld (zouden moeten) worden. Hierover bestaat geen consensus. Dit hangt samen met de praktijkvariatie bij de inrichting van delegatie en de eerder genoemde variatie aan functionarissen voor wat betreft hun functiebenaming, achtergrond en taak. Een bedrijfsarts gaf aan:

- *“Waar je dan inzicht in wil hebben is: wie is nou die case manager, wat kan die, welke taken, wat is het proces, de middelen?”*

In de focusgroepen werden in de Google Forms peiling verschillende kwalificatie-eisen genoemd als randvoorwaarde voor taakdelegatie/-herschikking. Tabel 5 geeft een overzicht daarvan.

**Tabel 5:** Vier kwaliteitseisen die bij taakdelegatie en/of -herschikking (zouden moeten) worden gesteld aan gedelegeerden, en de specificatie daarvan, zoals in de focusgroepen genoemd in de Google Forms peiling

Kwaliteit	Opleiding	BIG/medisch	Overig
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitseisen c.q. registratie-eisen van degene die de gedelegeerde taken uitvoert</li> <li>• Kwaliteit betrokkenen</li> <li>• Minimum eisen aan kwaliteitsniveau</li> <li>• Waarborgen kennisniveau van degene die taken uitvoert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opleidingsniveau minstens HBO</li> <li>• Goed en ter zake opgeleide collega's</li> <li>• Opleiding (bevoegd/bekwaam)</li> <li>• Opleiding verzorgen</li> <li>• Opleiding POB voor beperkte taakdelegatie</li> <li>• Gerichte vooropleiding van degene die de taak gedelegeerd krijgt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liefst samenwerking met mensen met medische achtergrond</li> <li>• BIG- geregistreerd-voor volle taakdelegatie</li> <li>• De taakgedelegeerde is medicus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekwaamheid</li> <li>• Bevoegdheid</li> <li>• Degenen aan wie taken gedelegeerd worden, moeten voldoende kennis en vaardigheden hebben</li> <li>• Deskundigheid</li> </ul>

De genoemde kwaliteitseisen zijn soms 'hard', zoals het hebben van een medische achtergrond/BIG-registratie, maar soms ook 'zacht' zoals het kunnen werken in vertrouwen. Zo zien bedrijfsartsen 'vertrouwen' als een belangrijke basisvoorwaarde voordat zij zelfs maar overwegen om taken over te dragen. Deelnemers aan de focusgroepen gaven dit aan, zowel in de groepsdiscussie als in de Google Forms peiling voorafgaand aan de groepsdiscussie:

- *“Het staat of valt met vertrouwen van de professional die zijn taken moet delegeren. Als je dat niet hebt dan hoeft er niks te ontstaan.”*
- *“Maar die taakdelegatie hangt heel erg af van de bedrijfsarts met wie dan die vertrouwensrelatie is.”*

Daarnaast noemden de bedrijfsartsen verschillende competenties en type opleiding(en) waarover de gedelegeerde zou moeten beschikken. Tijdens de groepsdiscussies werd hier nader op ingegaan. Zo ontstond er in alle drie de focusgroepen een discussie over de vraag of een medische achtergrond/BIG-registratie noodzakelijk is om taakdelegatie te kunnen laten plaatsvinden. De meningen blijken verdeeld. 'Voorstanders' verwoordden hun standpunt als volgt:

- *“Het grote voordeel met de verpleegkundigen is dat je weet dat daar een bepaalde opleiding achter staat en dat je weet dat zij bepaalde competenties hebben. Dat betekent niet dat ze per definitie geschikt zijn om die rol te vervullen maar ze voldoen in ieder geval aan een aantal kwalificaties.”*
- *“Een eerste borging, die is niet voldoende, is een BIG-registratie. Dat opent de weg naar het tuchtrecht. Op het moment dat er niet ergens een BIG-registratie is, hetzij van een algemeen arts/verpleegkundige/gespecialiseerd verpleegkundige, dan is die borging, en die is op zich volstrekt onvoldoende, die is er niet meer.”*

In de groepsdiscussie waren er echter ook tegengeluiden. Gezegd werd:

- *“De gedachte dat als iemand dan maar BIG-geregistreerd is, dat die dan ook in staat is om de gedelegeerde taak naar behoren uit te voeren, dat is niet zo. In de discussie die gevoerd wordt hoor ik signalen dat het dan een arboverpleegkundige zou moeten zijn of iemand met een hbo-v achtergrond. Mijn praktijkervaring zegt dat dat nou juist niet de groep is die je*

*zoekt om de taken van de bedrijfsarts, maar dan heb ik het met name over verzuimbegeleiding en re-integratie, om die uit te voeren. Dat is geen absolute voorwaarde die maakt dat iemand geschikt is.” (...) “In de beïnvloeding van verzuim speelt medische kennis een veel minder grote rol dan het goed kunnen luisteren, het in staat zijn om met weerstand om te kunnen gaan, mensen te motiveren en te ondersteunen. Dat zijn vaardigheden die niet voorbehouden zijn aan mensen met een BIG registratie.”*

- *“De BIG registratie alleen red je het ook niet mee.”*

De discussie werd genuanceerd door andere deelnemers die aangaven dat het wel of niet nodig hebben van een medische achtergrond/BIG-registratie afhankelijk is van het soort overdracht en soort taken die wordt overgedragen.

- *“Als je taken uit het medisch domein gaat overdragen aan een andere functionaris, dat hebben we op die manier eerder niet op grote schaal gedaan, dan denk ik dat je wel degelijk terecht komt bij mensen met een BIG registratie. Want daarvan mag je in ieder geval verwachten dat ze die achtergrond in de zorg hebben.”*

De door de deelnemers genoemde kwalificatie-eisen die gesteld (zouden moeten) worden aan de opleiding en de competenties van de gedelegeerde, raken aan de discussie over het al of niet moeten hebben van een medische achtergrond:

- *“HBO denkniveau en sociale vaardigheden”*
- *“Voor mij is het niet zo dat je nooit een medische anamnese kan delegeren of taken uit een medische anamnese, maar het ligt er aan van wie ik vind als bedrijfsarts of diegene daar competent voor is.”*

In de focusgroepen is niet getracht consensus te bereiken over de vraag welke opleiding zou moeten zijn gevolgd. Wel werd breed gedeeld dat mensen gericht en specifiek dienen te zijn opgeleid voor de functie waarin zij werkzaam zijn. Het ontwikkelen van één duidelijke opleiding werd hiervoor als mogelijke oplossing genoemd.

- *“Kans is dan om via opleidingen het aantal andere functionarissen (benamingen) tot een minimum te gaan beperken in de toekomst, en in een aantal functies met opleidingstrajecten. En dan zal je altijd individuele verschillen houden, dat kan niet anders. Maar je hebt in ieder geval een basisopleiding en een basisbekwaamheid en dat kun je vervolgens ontwikkelen in een ervaringstraject.”*

Zoals in het bovenstaande citaat al naar voren komt is dat er in de huidige praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg een breed scala aan benamingen bestaat van functionarissen aan wie de bedrijfsarts taken overdraagt. Zo staat een functionaris in de ene organisatie bekend als ‘verzuimconsulent’, waar in een andere organisatie wordt gesproken over een casemanager. Er is kortom geen sprake van eenduidige functiebenamingen. Ook is er nationaal geen consensus over de vraag welke kwalificatie-eisen bij welke functiebenaming passen. Op deze ‘wirwar’ aan functionarissen werd in alle focusgroepen, en in de peiling, gewezen:

- *“In de hoofden van de invullers is er geen eenduidigheid en geen overeenstemming denk ik over de benamingen van al die functionarissen. En het enige wat ik een beetje herken is dat van een verpleegkundige iedereen weet oké die heeft een eigen BIG-registratie en een echt medische opleiding en achtergrond.”*

- *“Alles kan een consulent zijn. Bij ons is een consulent dit, dan zegt de ander ‘oh bij ons zo’. Dat duiden is niet te doen, omdat het geen... What’s in a name?”*
- *“Een hele hoop verzuim en re-integratieconsulenten worden ook casemanager genoemd bij bepaalde arbodiensten. En register casemanagers zijn mensen die echt die opleiding hebben gedaan en dat lijkt weer meer op een arbeidsdeskundige.”*

#### 4.2.4 Kansen taakdelegatie en/of herschikking

De focusgroepen werden afgesloten met een discussie over het heden en de toekomst, de kansen voor taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg. Duidelijk is dat delegatie en herschikking betrekking hebben op de taken van de bedrijfsarts en het dus belangrijk is wat de gevolgen hiervan zijn voor het werk van de bedrijfsarts. Op de vraag wat de voor- nadelen zijn van taakdelegatie en/of taakherschikking, haalden veel deelnemers dit punt dan ook aan. Tabel 6 geeft een overzicht van de reacties, zoals die naar voren kwamen in de Google Forms.

**Tabel 6:** Voor- en nadelen van taakdelegatie en/of taakherschikking voor het werk van de bedrijfsarts, zoals in de focusgroepen genoemd in de Google Forms

Voordelen	Nadelen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwoord omgaan met bedrijfsartsentekort zodat bedrijfsartsen de meer complexe taken kunnen doen.</li> <li>• Inzetten professionals naar hun competenties en deskundigheid.</li> <li>• Focus bedrijfsarts op taken waarbij hij/zij het verschil kan maken.</li> <li>• Ontlasten van de bedrijfsarts t.a.v. verzuim, wel meer tijd voor het eerste contact om de lijnen goed uit te zetten.</li> <li>• Bedrijfsarts meer beschikbaar voor alle taken.</li> <li>• Meer tijd en aandacht voor de preventietaken.</li> <li>• Meer tijd als specialist voor ingewikkelde problematiek.</li> <li>• Meer variatie in taken voor de bedrijfsarts: samenwerken, aansturen en coachen medewerkers aan wie taken zijn gedelegeerd, zelf de complexe problematiek begeleiden.</li> <li>• Meer toekomen aan preventietaken door wet en regelgeving zijn wij nu verzuimboer (95%) van de tijd.</li> <li>• Meer tijd voor complexe zaken; complexe problematiek is uitdagend.</li> <li>• Mogelijkheid die hierdoor ontstaat voor BA om zich bezig te houden met meer complexe problematiek, preventie en organisatieadvies.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen nog ingewikkelde casussen, vak wordt daardoor zwaarder.</li> <li>• Arts doet alleen nog moeilijke gevallen.</li> <li>• Wordt de taakinfilling van de bedrijfsarts nog enger?</li> <li>• Verder verlies van oordeel omgeving t.a.v. deskundigheid / toegevoegde waarde van bedrijfsarts.</li> <li>• Nadeel en bedreiging is dat de BA minder contact met meer patiënten heeft; minder "zichtbaar" is, alleen de "zwaardere" "probleemgevallen ziet.</li> <li>• Inhoud brede taakopvatting bedrijfsarts versmalt: contact met werkgever / werknemers geringer.</li> <li>• Vak minder aantrekkelijk? (nog smaller).</li> </ul>

Bedrijfsartsen noemen meer voor- dan nadelen van delegatie, maar volgens sommigen kan delegatie ook ‘te ver doorschieten’. De waardering van taakdelegatie bleek ook samen te hangen met hoe zij hun vak willen invullen, en of zij het aansturen van andere functionarissen en het zich richten op

alleen complexe problematiek zien als een uitdaging en een verrijking van hun rol. Sommige deelnemers zijn in die zin zeer positief over taakdelegatie en geven aan dat daardoor hun werkplezier is vergroot:

- *“De consequentie is dat ik steeds meer word ingeschakeld bij meer complexe problematiek en ik vind dat geweldig persoonlijk, heerlijk. Maar dat is mijn persoonlijke mening.”*
- *“Een inhoudelijk argument vind ik ook dat voor een aantal dingen op mijn pad ben ik overgekwalficeerd. Dus vind ik het prima dat iemand die wat minder hoog opgeleid is en die dat uitstekend kan doen het doet. Daarmee komt er tijd vrij voor mij om meer tijd te besteden aan meer complexe problematiek waar ik een meerwaarde heb.”*

Andere deelnemers zijn van mening dat taakdelegatie niet tot gevolg mag hebben dat de bedrijfsarts zich vervolgens alleen nog maar met deze complexe gevallen bezig houdt. Dit zou een te enge, voornamelijk medische/technische invulling van het vak betekenen, waardoor voor hen het werkplezier juist afneemt:

- *“De bedrijfsarts heeft in een aantal gevallen ook een soort accountmanagersrol richting de klant. Hij kent veel werknemers en leidinggevenden en daarom is hij een goed aanspreekpunt voor de klant. Op het moment dat je veel minder leidinggevenden en werkgevers ziet, dan loop je de kans dat het onduidelijk is wie die rol pakt. Of dat je die rol kwijt raakt. Ik zou dat persoonlijk jammer vinden, maar ieder voor zich. Dat zou een gevolg van te veel taakdelegatie kunnen zijn. Niet zozeer vanuit medisch vlak, maar meer op het dienstverlenende vlak.”*
- *“Ik wil er als bedrijfsarts voor waken dat ik heel eng... Ik vind het heel eng wanneer ik alleen maar bij wijze van spreken in een spreekkamer zit. Ik vind het juist de kunst en kunde van de bedrijfsarts om het bedrijf te kennen en de relatie tussen de arbeidscontext en de mensen die er werken.”*

In het verlengde hiervan ging de groepsdiscussie ook over de vraag of taakdelegatie en taakherschikking meer in algemene zin het vak aantrekkelijker zullen maken. Zoals in de inleiding is aangegeven, heeft de beroepsgroep te maken met een lage instroom. Deelnemers aan de focusgroepen beaamden dat er sprake is van een imago probleem. Zo zeiden zij onder meer dat het vak “niet sexy” is voor buitenstaanders. De lage instroom/aantrekkelijkheid is volgens enkele deelnemers ook te wijten aan het feit dat de sociale geneeskunde pas laat in het curriculum van de studie geneeskunde aan bod komt. Toch zag men wel mogelijkheden om dit imago probleem aan te pakken. Gerefereerd werd aan de landelijke campagne van onder meer de universiteiten en het UWV, waarmee wordt geprobeerd het vak aantrekkelijker te maken en de instroom in de opleiding te doen aantrekken (zie ook hoofdstuk 1, de campagne ‘Bedrijfsarts worden. Het betere werk!’).

De vraag of taakdelegatie en/of -herschikking dus uiteindelijk zal bijdragen aan een positiever imago van bedrijfsartsen bleef grotendeels onbeantwoord, omdat de meeste deelnemers van mening waren dat de aantrekkelijkheid van het vak van meerdere factoren afhankelijk is. Enkele deelnemers gaven aan dat taakdelegatie en -herschikking onvermijdelijk zijn om, gelet op de uitstroom, de productie van bedrijfsartsen op peil te houden en zien deze ontwikkeling als bijdrage aan het voorkomen en bestrijden van het tekort aan bedrijfsartsen. Als de instroom in de opleiding niet omhoog gaat, moeten volgens de deelnemers “andere mensen het werk wel over nemen”. Andere

bedrijfsartsen waren hier sceptisch over en vroegen zich af of het huidige systeem wel houdbaar is ondanks de kansen die taakdelegatie en -herschikking bieden.

Ter afsluiting van de focusgroepen werd aan de deelnemers gevraagd wat volgens hen allereerst nodig is om in de bedrijfsgezondheidszorg taakdelegatie en/of taakherschikking te laten slagen. De volgende drie punten werden door hen aangestipt:

1. Er moet sprake zijn van een helder en gedegen ‘proces en borging’. Zo dient aan de eerder genoemde aspecten, zoals het waarborgen van randvoorwaarden, het maken van en vasthouden aan afspraken, heldere communicatie, het vastleggen van kaders/protocollen en de mogelijkheid tot controle, te worden voldaan.
2. Om de ‘wirwar aan functionarissen’ tegen te gaan is er behoefte aan meer eenduidigheid in de competenties van de verschillende soorten andere/ondersteunende functionarissen. Het creëren van één soort functionaris, bijvoorbeeld in de vorm van een praktijkondersteuner bedrijfsarts (POB), biedt volgens enkele deelnemers de kans om de benodigde kwaliteiten in een opleiding te borgen. *“Als iemand opgeleid is in een bepaald traject mag je verwachten dat diegene aan het eind van dat traject een aantal zaken kan.”*
3. Tenslotte werd aangegeven dat zogeheten *best practices* en ‘laten zien dat het werkt’ noodzakelijk zijn om ‘koudwatervrees’ te overwinnen. Daarmee zouden ook nuances kunnen worden aangebracht. In de volgende paragraaf, 4.3, zal dan ook een vijftal casus waarin reeds wordt gewerkt met taakdelegatie en/of -herschikking, worden belicht.

## 4.3 Resultaten van de praktijkbeschrijvingen

### 4.3.1 Algemeen

Als laatste stap in het onderzoek naar de praktijk van taakdelegatie en taakherschikking zijn vijf praktijkbeschrijvingen uitgevoerd. Deze vijf praktijken zijn zo breed mogelijk geselecteerd. Hierbij is rekening gehouden met de omvang en het type arbo-organisatie, de mate waarin men ervaring heeft met taakdelegatie en zijn zowel zelfstandige gevestigde als bedrijfsartsen in loondienst over hun praktijk ondervraagd.

Hierna zullen de praktijken nader en anoniem worden beschreven. Per praktijk worden op basis van de interviews en de aangeleverde (werk)documenten de volgende onderwerpen behandeld:

- algemene organisatiekenmerken;
- omschrijving van het model;
- aanleiding voor het model;
- procesomschrijving van het model;
- barrières/succesfactoren;
- klanten;
- de toekomst.

### 4.3.2 Praktijk 1

Praktijk 1 betreft een groot adviesbedrijf, waar door middel van casemanagers via taakdelegatie gewerkt wordt. Er zijn drie bedrijfsartsen werkzaam, die onderling ervoor zorgen dat er altijd één aanwezig en beschikbaar is. In totaal sturen zij circa 20-25 casemanagers (verdeeld over verschillende afdelingen) aan. De klanten van deze organisatie variëren in omvang en naar branche.

Het werken met taakdelegatie gebeurt al meer dan 15 jaar binnen deze organisatie. Casemanagers voeren primair de verzuimbegeleiding uit, via de telefoon. Hierbij wordt altijd aangegeven met wie de werknemer te maken heeft, en dat de werknemer altijd bij de bedrijfsarts terecht kan indien gewenst. Aanleiding voor het werken met taakdelegatie was destijds tweeledig: primair meer aandacht voor de gedragscomponent en de relatie werknemer / werkgever (“demedicaliseren”) anderzijds kon daarmee ook kostenbesparing worden gerealiseerd daar met minder bedrijfsartsen meer werknemers kunnen worden verzorgd.

Het proces van taakdelegatie binnen praktijk 1 is vastgelegd in een z.g. “delegatiebesluit”. In dit besluit wordt aansluiting gezocht bij de huidige wet- en regelgeving zoals onder meer de NVAB Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding<sup>57</sup> en beleidsregels voor de verwerking van persoonsgegevens<sup>58</sup>. De voorwaarden voor taakdelegatie zijn geborgd in een intern kwaliteitssysteem door onder andere wekelijkse intervisie en dossiercontroles door de bedrijfsarts en in- en externe opleidingen.

De verzuimadviseurs binnen deze organisatie zijn over het algemeen niet BIG-geregistreerd, het niveau van de gedelegeerde is bepalend voor de mate van delegatie van taken. Er wordt om HBO denk/werk-niveau of register-casemanagers gevraagd. Er is sprake van een intern opleidingstraject: bij aanvang van de werkzaamheden van een verzuimadviseur wordt uitgegaan van een kennisniveau van ‘nul’, en dit wordt langzaam opgebouwd. In het begin ziet de bedrijfsarts elk dossier van de nieuwe verzuimadviseur, later gebeurt dit steekproefsgewijs. Alle verzuimadviseurs komen minimaal één keer per week bij de bedrijfsarts om relevante casuïstiek te bespreken. Daarnaast krijgen de bedrijfsartsen wekelijks een uitdraai van werknemers die een bepaalde tijd ziek zijn, zodat die geïnformeerd blijven over lopende dossiers.

Over het algemeen vinden de geïnterviewden dat er vooral voordelen en succesfactoren van het delegatiesysteem te benoemen zijn. De bedrijfsartsen binnen deze organisatie vinden het leuk om mensen op te leiden. Ook de casemanagers geven aan het werk interessant te vinden. Met dit model wordt er aantoonbaar efficiënter gewerkt; één bedrijfsarts kan op deze wijze meer werknemers begeleiden. Daarnaast gevraagd geeft men aan dat dit model een significante bijdrage kan leveren om het tekort aan bedrijfsartsen op te lossen.

Een van de uitdagingen die taakdelegatie in deze vorm met zich meebrengt is de inrichting van het informatiesysteem c.q. medisch dossier. Het is gezien deze werkwijze essentieel dat meerdere mensen (bedrijfsarts en verzuimadviseurs) in hetzelfde systeem kunnen werken. Een ander punt van

---

<sup>57</sup> NVAB Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding, Juni 2013.

<sup>58</sup> Wet bescherming persoonsgegevens en Algemene verordening gegevensbescherming (AVG per 25 mei 2018).



taakdelegatie is dat de *span of control* (het aantal gedelegeerden die de delegant aanstuurt) groter is: de bedrijfsarts verzorgt immers (met behulp van de verzuimadviseurs) een grotere populatie. Het is daardoor onvermijdelijk dat de afstand tot de werkvloer groter is. Deels is dat echter ook te delegeren aan de verzuimadviseurs. Het contact met de bedrijfsarts zal wat "afstandelijker" zijn dan bij een kleinere populatie per bedrijfsarts zonder taakdelegatie. De mogelijkheid blijft echter wel altijd aanwezig om de bedrijfsarts zelf te spreken.

Interessant is tenslotte dat één van de geïnterviewden aangeeft dat hun model naar alle waarschijnlijkheid niet voor alle soorten klanten geschikt is. Bedrijven waar medische handelingen (vaccinaties, fysieke keuringen etc.) plaatsvinden en / of waar specialistische kennis met betrekking blootstelling aan omgevingsfactoren aan de orde zijn, lijken voor dit model minder passend. Het model is vooral geschikt voor werkgevers die primair uitgaan van vertrouwen in hun medewerkers en die ook daadwerkelijk willen investeren in hun medewerkers, verzuimbeleid en de gedragscomponent (relatie werkgever en werknemer).

### 4.3.3 Praktijk 2

Praktijk 2 is een arbodienst die werkzaam is in vier regio's in Nederland, waar vijf bedrijfsartsen in loondienst werkzaam zijn en waarbij tevens wordt gewerkt met ZPP bedrijfsartsen op afroep. Deze organisatie werkt met taakdelegatie door middel van circa 22 praktijk ondersteuners bedrijfsarts (POB) in opleiding (zie ook Box 1). Elke bedrijfsarts heeft circa vijf POB'ers onder zijn of haar begeleiding. Deze groep functioneert als vast team die aan vaste klanten zijn verbonden, welke variëren in omvang en naar branche.

In deze organisatie werd al langere tijd met taakdelegatie gewerkt door middel van medisch casemanagers. Sinds begin 2017 wordt er gewerkt met het nieuwe model van taakdelegatie middels de POB. Dit houdt in dat taakdelegatie plaatsvindt naar personen die de POB-opleiding volgen of hebben gevolgd. Zo wordt het eerste spreekuur met de werknemer gevoerd door de POB'er. Aanleiding om in huis de POB-opleiding op te zetten, was dat er veel onderling verschil bestond in de kwaliteit van de medisch casemanagers. Er was behoefte aan meer uniformiteit, waarbij de functionarissen een bepaalde basiskennis hebben waar de bedrijfsarts vanuit kan gaan. Tevens was duidelijkheid gewenst over welke kaders gehanteerd dienen te worden bij de ruimte die de NVAB met hun beschrijving van taakdelegatie open laat. Daarnaast speelde ook het argument van kostenbesparing. Door deze vorm van taakdelegatie wordt er efficiënter gewerkt en kan tegen een lager tarief diensten worden aangeboden. Bovendien biedt het de organisatie flexibiliteit; door te werken met POB'ers kan er worden geschoven met capaciteit als dat door klantwisselingen of in bepaalde perioden nodig is.

Met het oog op de vernieuwde Arbowet is een uitgebreide procesbeschrijving gemaakt. In dit document is onder meer vastgelegd wat de taken en verantwoordelijkheden van de POB zijn. Ook wordt beschreven hoe het ontwikkeltraject van een POB eruit ziet. De taken van de POB zijn afgestemd op de bestaande NVAB-richtlijnen, samen met wat de bedrijfsarts van tevoren nog specifiek heeft vastgesteld. Op het moment dat van deze (NVAB-)richtlijnen moet worden afgeweken, stapt de bedrijfsarts in. Daarnaast wordt aan de werknemer duidelijk gemaakt dat deze altijd bij de bedrijfsarts terecht kan, indien hij/zij dat wenst. Om het proces van taakdelegatie te

borgen hebben de bedrijfsartsen regelmatig overleg met de POB's, maar ook onderling. Om bij praktijk 2 POB te kunnen zijn is een BIG-registratie geen vereiste, maar wel een pre. Potentieel kunnen deze personen 'plus-taken' uitvoeren, zoals het aanvragen van laboratoriumonderzoek. De POB dient minimaal over een HBO denk- en werkniveau te beschikken. Na indiensttreding wordt het traject van de nieuwe praktijkondersteuner nauwkeurig opgebouwd, zoals is vastgelegd in de documentatie. Van alle POB'ers worden de eerste spreekuren door de bedrijfsarts bijgewoond, ter controle en evaluatie. Naarmate meer vertrouwen/ervaring is opgebouwd, krijgt de POB over het algemeen meer zelfstandigheid.

Momenteel is de organisatie bezig het informatiesysteem rond het medisch dossier aan te passen waarbij de autorisatie nog scherper wordt vastgelegd. Uitdagingen die men noemt is dat het in de praktijk soms nog zoeken is naar het afgrenzen van de taken van de POB. De geïnterviewden ervaren grote voordelen van het werken met POB's. De bedrijfsarts krijgt meer tijd om zich met die taken en gevallen bezig te houden waar zijn/haar expertise ligt. Gevraagd dit in de context van het tekort aan bedrijfsarts te plaatsen, geeft men aan dat het tekort alleen maar groter zal worden door de vergrijzing van de beroepsgroep. Het model met een POB-er kan een tekort voorkomen, omdat er anders wellicht een heel groot of radicaal alternatief moet komen. Men benadrukt dat taakdelegatie een logische oplossing is wat wel 'met elkaar goed neergezet moet worden'.

**Box 1:** Korte beschrijving van de praktijkondersteuner bedrijfsarts (POB), gebaseerd op documentatie en interviews met degenen die de opleiding hebben opgezet

In januari 2017 is de eerste lichting van praktijkondersteuners bedrijfsartsen (POB's) van start gegaan met de opleiding. Inmiddels is ook een tweede lichting hieraan begonnen, waardoor er in totaal zo'n 34 personen in opleiding zijn. De POB wordt door de opleiding gezien als één van de oplossingen voor het (toekomstige) tekort aan bedrijfsartsen. Er kan meer werk verricht worden met minder mensen omdat de POB 'een paar extra handen in de buurt' biedt. Door het inzetten van POB's kan het werk van de bedrijfsarts interessant en te doen blijven. De opleiding is gestart op initiatief van het veld zelf. Casemanagers liepen aan tegen het feit dat zij hun werk onvoldoende konden uitvoeren volgens de verwachtingen van de bedrijfsarts. Zo wilden zij beter uitgerust worden met kennis over onder andere het wettelijke kader van taakdelegatie. In de opleiding is de taakbeschrijving van een POB strakneergezet in termen van richtlijnen, privacybescherming en procesmatige handelingen. De taken van een POB zijn zo geformuleerd dat deze vooral ondersteunend aan de bedrijfsarts zijn.

De POB voert door de bedrijfsarts gedelegeerde taken uit in het kader van de arbodienstverlening, de preventie en de verzuimbegeleiding. In de opleiding wordt als visie gehanteerd dat de POB een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft. De functie biedt de mogelijkheid om conform vigerende richtlijnen van de bedrijfsarts een rol te spelen op het brede terrein van de arbodienstverlening, dat bestaat uit preventie en verzuimbegeleiding. Dit uit zich in een aantal competentiegebieden of professionele rollen die voor een groot deel bepalen hoe de opleiding vorm krijgt.

Gedurende de opleiding wordt gewerkt aan een aantal competentiegebieden en eindtermen waaraan de POB dient te voldoen, waaronder communiceren, organiseren en samenwerken. Om de opleiding tot POB te mogen volgen dient men over minimaal HBO denk/werk-niveau te beschikken en onder de verantwoordelijkheid van een geregistreerd bedrijfsarts te werken tijdens een praktijkleerperiode van 6 á 7 maanden. Een BIG-registratie is niet verplicht, maar biedt in de praktijk meer taakdelegatie-mogelijkheden.

Tijdens het uitvoeren van zijn/haar taak heeft de POB te allen tijde contact met de bedrijfsarts. De bedrijfsarts houdt voortdurend feeling met zijn POB's door bijvoorbeeld wekelijks overleg of inzage in verslagen. Aan de NVAB leidraad "Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding" heeft de opleiding twee taken toegevoegd, te weten: 1) de inschatting van de belastbaarheid voorbereiden; en 2) de probleemanalyse voorbereiden.

#### 4.3.4 Praktijk 3

Praktijk 3 betreft een grote arbodienst waar bedrijfsartsen zowel in loondienst als op afroep werkzaam zijn. Deze dienstverlening is opgedeeld in verschillende werkonderdelen, waarin klanten van verschillende omvang en uit verschillende branches zijn toebedeeld. Door de verschillende typen klanten te clusteren, kunnen de werkonderdelen zich richten op hun eigen specifieke populatie en de daarin (veel)voorkomende problematiek.

In deze casus is geen sprake van een uniform of standaard model voor taakdelegatie en/of herschikking. Volgens de geïnterviewde heeft dat deels met de omvang de organisatie en het klantenbestand te maken, deels met de veranderende wet- en regelgeving die het optuigen van vaste systemen lastig maakt. Er vindt er binnen de organisatie taakdelegatie plaats, voornamelijk onder de 'verlengde arm' constructie van de bedrijfsarts naar een verpleegkundige. Hierbij wordt aangegeven dat het delegeren primair plaatsvindt met verpleegkundigen of andere (para)-medici mét een BIG-registratie. Per team en klant wordt vastgesteld met hoeveel aios/verpleegkundigen een bedrijfsarts werkt. De bedrijfsarts sluit met elke verpleegkundige in de verlengde arm constructie een contract af. Tevens worden er afspraken gemaakt over de frequentie van het onderlinge contact. Bij de taakverdeling met de verpleegkundige houdt de bedrijfsarts rekening met alle relevante wetgeving, zoals de Arbowet, de Wet Verbetering Poortwachters (indien van toepassing) de correspondentieregels met het UWV. De bedrijfsarts is altijd aansprakelijk en eindverantwoordelijk.

Uitgangspunt om met taakdelegatie naar verpleegkundigen te werken zijn ten eerste financiële overwegingen. De loonkosten van verpleegkundigen zijn lager dan die van de bedrijfsarts. Bovendien zijn zij vaak beter opgeleid voor de grootste dienst waar de bedrijfsgezondheidszorg uit bestaat namelijk 'het bieden van aandacht'.

Het hebben van een BIG-registratie is een harde eis voor het in dienst nemen van verpleegkundigen. Daarnaast hanteert de organisatie ook andere kwaliteitseisen. Zo dient de accreditatie op orde te zijn en dient men geautoriseerd en bekend te zijn met de interne procedures en ICT-systemen. Vervolgens hangt het wel van de praktijk af van wat de verpleegkundige als gedelegeerde wel of niet 'doet en mag'. Bedrijfsartsen hebben dagelijks contact met alle medewerkers aan wie zij delegeren. Vastgelegd is wie wat in het medisch dossier mag lezen en schrijven.

Binnen deze organisatie wordt taakdelegatie gezien als manier om de bedrijfsarts zich vooral bezig te laten houden met de complexe zaken. Er wordt verwacht dat er in de toekomst meer met taakdelegatie zal worden gewerkt, niet alleen omdat er een tekort aan bedrijfsartsen zou dreigen maar omdat dit een algemene trends in de gezondheidszorg is om de capaciteit en dienstverlening op peil te houden. Essentieel is wel dat alles vastgelegd wordt, onder andere door initialen in het

medisch dossier te gebruiken. Het moet altijd uniform en zichtbaar zijn wie wat en wanneer in het dossier heeft vastgelegd.

#### 4.3.6 Praktijk 4

Praktijk 4 betreft een arbodienst waar rond de 60 personen werkzaam zijn. Binnen deze organisatie is één bedrijfsarts in loondienst werkzaam, en worden er op afroep diensten van zelfstandige bedrijfsartsen ingekocht. Deze organisatie werkt al enkele jaren met taakdelegatie, maar vanaf 2013 heeft hiervan een echte formalisering plaats gevonden. Taakdelegatie houdt bij deze organisatie in dat verzuim- en adviesmanagers het eerste contact met werknemers hebben, onder de verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts. Deze verzuim- en adviesmanagers vormen de grootste functiegroep binnen de organisatie met ongeveer 30 fte.

Aanleiding voor deze organisatie om met taakdelegatie te werken was tweeledig. Enerzijds met het doel om te de-medicaliseren en in te zetten op gedragsbeïnvloeding en gedragscomponenten die een rol spelen bij ziektemelding. Anderzijds speelden ook bij deze organisatie kosten een rol. Consulten met, en terugkomst bij de bedrijfsarts is relatief duur. Verzuimmanagers kunnen delen van de taken overnemen, wat leidt tot lagere kosten.

Om er voor te zorgen dat de procesgang van taakdelegatie goed is geregeld, wordt er door de bedrijfsarts elk jaar opnieuw met iedere verzuim- en/of adviseur manager een contract afgesloten. In dit contract staat onder meer omschreven onder welke voorwaarden taken gedelegeerd mogen worden, welke werkafspraken gelden, aan welke deskundigheidseisen de gedelegeerde moet voldoen en wat de rol van de arbodienst is. Met de handtekening geeft de bedrijfsarts aan dat hij/zij akkoord is met taakdelegatie. De gedelegeerde in kwestie geeft met zijn/haar handtekening aan ook akkoord te gaan met de voorwaarden om taken over te nemen. Na het tekenen van een contract wordt jaarlijks geëvalueerd hoe de delegatie is gegaan.

De bedrijfsarts controleert elk dossier. Wekelijks bespreekt hij/zij met alle verzuim- en relatiemanagers de dossiers. Bij een nieuwe verzuimmanager wordt een inwerktraject gestart. Dit traject duurt enkele maanden. In deze tijd leren de verzuimmanagers geleidelijk aan meer taken uit te voeren en vindt evaluatie hiervan plaats. Na enige tijd ontstaat een beeld van de kwaliteit van de persoon in kwestie, en als de bedrijfsarts tevreden is vindt er een gesprek plaats om het (hiervoor genoemde) contract af te sluiten. Naast het inwerktraject worden de verzuimmanagers ook getraind in de toepassing van de (NVAB)richtlijnen bij veel voorkomende problematiek. Aan de bescherming van persoonsgegevens wordt strikt de hand gehouden. Met ingebouwde autorisatie-structuren is bepaald wie bij welk dossier welke gegevens mag inzien en eraan mag toevoegen. Als daarin iets fout gaat wordt de betrokken hier altijd op aangesproken (zowel intern als extern).

De organisatie merkt dat steeds meer klanten kiezen voor dit model met delegatie naar verzuimmanagers. Het lijkt aan te sluiten bij MKB bedrijven zonder HR-structuur. Het model is volgens de geïnterviewden aantoonbaar effectief. Zo blijkt uit terugkoppeling van verzekeraars dat de verzuimcijfers aanzienlijk lager zijn dan bij andere organisaties, zeker in het geval van langdurig verzuim. Er wordt gesteld dat deze manier van werken efficiënter is, en er voor zorgt dat de

werknemer uiteindelijk sneller wordt geholpen. Zo komt een werknemer direct met een verzuimmanager in gesprek en wordt er meteen actie ondernomen, terwijl in de 'klassieke werkwijze' eerst een afspraak wordt ingepland en pas daarna het traject begint.

#### 4.3.7 Praktijk 5

Praktijkbeschrijving 5 betreft een zelfstandige bedrijfsarts. De bedrijfsarts werkt deels bij één grote eigen klant, en deels voor arbodiensten. Bij de eigen klant wordt er niet gewerkt met taakdelegatie. Dit heeft te maken met de specifieke klantbehoeften; deze klant wilt graag dat de verzuimbegeleiding alleen door de bedrijfsarts wordt uitgevoerd. In het kader van de werkzaamheden voor arbodiensten wordt in sommige gevallen wel met taakdelegatie gewerkt, bijvoorbeeld door middel van verzuimmanagers/consulenten.

De bedrijfsarts geeft aan strenge voorwaarden te hanteren voordat er wordt gewerkt met taakdelegatie om te voorkomen dat de professionele eindverantwoordelijkheid in het geding komt. Taakdelegatie en dus samenwerking is volgens deze bedrijfsarts heel effectief, leerzaam en ook leuk, maar wel onder de voorwaarde dat het juridisch goed ingekaderd is. Dit vraagt om zekere kwaliteitseisen.

Zo dienen de andere functionarissen minimaal (para)medisch geschoold te zijn en wil de bedrijfsarts zelf bij de probleemanalyse betrokken zijn in verband met de te stellen diagnose en aanbevelingen welke hieruit voortvloeien en bepalen welke richtlijn in aanmerking komt. Wanneer de bedrijfsarts besluit om in opdracht van de arbodiensten door middel van taakdelegatie met andere functionarissen te werken, worden deze andere functionarissen aangesteld door de arbodienst. Er vindt in dat geval wekelijks contact plaats met deze functionarissen. Er worden vooraf afspraken gemaakt over bijvoorbeeld de frequentie van het onderlinge contact. De bedrijfsarts geeft hierbij aan dat voor taakdelegatie wederzijds vertrouwen essentieel is: dit betreft met name het vertrouwen in de kundigheid en professionaliteit. Hetgeen geborgd kan worden middels scholings- en registratie-eisen en richtlijnen.

Wat betreft de toekomst ziet de bedrijfsarts enkele verbeterpunten waardoor het werken met taakdelegatie mogelijk aantrekkelijk wordt. Zo zouden de betrokken beroepsverenigingen de richtlijnen kunnen aanscherpen/afstemmen op elkaar zodat ze elkaar aanvullen. Tevens is er behoefte aan een goede definitie van wat voor opleiding men heeft en wat een bepaalde functie inhoudt. Dit is in het huidige systeem nog lang niet altijd even duidelijk. Zo is een casemanager de ene keer iemand die alleen de WVP-stappen bewaakt en coördineert, maar soms iemand die zich met inhoudelijke verzuimbegeleiding bezighoudt.

## 5. Discussie en conclusie

### 5.1 Inleiding

In dit slothoofdstuk komen de laatste twee doelen van het onderzoek aan de orde:

- het inzichtelijk maken van de randvoorwaarden waaronder taakdelegatie en taakherschikking verantwoord en efficiënt zijn;
- het doen van aanbevelingen voor het nader praktisch vormgeven van beleid ten aanzien van taakdelegatie en/of taakherschikking van de bedrijfsarts.

Voor het eerste doel wordt het in hoofdstuk 3 weergegeven juridische kader betrokken op de in hoofdstuk 4 beschreven praktijk. Deze ‘toetsing’ van het juridische kader is kwalitatief en interpretatief. Het juridische kader is steeds aan de orde gesteld bij de consultatie van bedrijfsartsen, arbodiensten en stakeholders. In deze onderzoeksonderdelen zijn echter ook de niet-juridische aspecten van en de kansen voor taakdelegatie en -herschikking in kaart gebracht. Het empirische onderzoek was dan ook geen ‘audit’ van de het bestaande juridische kader, maar is veeleer ingezet om dit kader te spiegelen aan de praktijk. Hierbij moet worden bedacht dat de onderzochte praktijk niet representatief is voor de populatie van de bedrijfsgezondheidszorg en haar aanbieders in Nederland. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 kent de onderzoeksopzet een ‘selectie-bias’. De praktijkbeschrijvingen zijn bedoeld als voorbeeld voor de mogelijkheden van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg. Op de keuzes die in dit onderzoek zijn gemaakt, en daarmee de beperkingen van het onderzoek, is nader ingegaan in hoofdstuk 2.

### 5.2 Randvoorwaarden voor taakdelegatie en -herschikking in de bedrijfsgezondheidszorg

#### 5.2.1 De taken van de bedrijfsarts

##### *Het juridische kader*

Het takenpakket van de bedrijfsarts wordt primair bepaald door zijn deskundigheidsgebied zoals omschreven in de eisen voor registratie als bedrijfsarts. De omschrijving van het deskundigheidsgebied brengt evenwel geen exclusiviteit met zich, in die zin dat anderen deze taken niet zouden kunnen uitvoeren. Die exclusiviteit is er wel ten aanzien van de taken die door de wet (in het bijzonder de Arbowet en de Regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar) bij de bedrijfsarts zijn belegd. Die exclusiviteit is er voorts ten aanzien van de voorbehouden handelingen in art. 36 Wet BIG, maar die zijn voor de bedrijfsgeneeskunde maar in zeer beperkte mate van betekenis.

Taakherschikking ten aanzien van de exclusief aan de bedrijfsarts voorbehouden taken is een zaak van de wetgever. Voor zover de wetgever een dergelijke taakherschikking mogelijk wil maken, is de

Wet BIG, met inbegrip van het experimenteerartikel, amper van belang. Op grond van deze wet zijn immers geen handelingen voorbehouden aan de bedrijfsarts en de handelingen die aan de bedrijfsarts als arts zijn voorbehouden, worden in de praktijk van de bedrijfsgezondheidszorg weinig toegepast. Voor taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg zal de aandacht van de wetgever primair moeten uitgaan naar (aanpassing van) de Arbowetgeving. Daarin zou dan moeten worden bepaald voor welke (onderdelen van) bedrijfsgeneeskundige taken welke beroepsbeoefenaar, naast de bedrijfsarts, onder welke voorwaarden zelfstandig kan optreden. Ook is denkbaar dat in de Arbowet een met het experimenteerartikel vergelijkbare regeling wordt opgenomen. Wel moet worden voorkomen dat de bedrijfsgeneeskundige taken worden belegd bij beroepsbeoefenaars die niet tuchtrechtelijk ter verantwoording kunnen worden geroepen.

Voor delegatie van taken biedt de wet ruime mogelijkheden, mits aan de daarvoor geldende voorwaarden is voldaan. De delegerende bedrijfsarts blijft in elk geval verantwoordelijk voor de opdracht, het geven van voldoende aanwijzingen, de inschatting van de bekwaamheid van de gedelegeerde, het op adequate wijze voorzien in toezicht / tussenkomst en de informatievoorziening. Binnen deze grenzen krijgt de gedelegeerde echter een eigen bevoegdheid en daarmee corresponderende verantwoordelijkheid, waarop de delegerende bedrijfsarts – tuchtrechtelijk – niet meer kan worden aangesproken. Dit hangt samen met het feit dat voor een tuchtrechtelijke veroordeling de betreffende beroepsbeoefenaar persoonlijk een verwijt moet kunnen worden gemaakt. Wanneer wordt gesteld dat de delegerende bedrijfsarts ‘eindverantwoordelijk’ blijft voor de gedelegeerde taken, dient deze verantwoordelijkheidsverdeling goed in het oog te worden gehouden. Civielrechtelijke aansprakelijkheid is afhankelijk van de juridische context waarin de delegatie plaatsvindt.

De door de wetgever aan de bedrijfsarts voorbehouden taken kunnen alleen door de bedrijfsarts zelf worden gedelegeerd. De werkgever (op wie de verplichtingen van art. 3 Arbowet rusten) en de arbodienst kunnen dat niet buiten hem om doen. Dit sluit niet uit dat zij met elkaar afspraken kunnen maken over wenselijke en mogelijke taakdelegatie, maar de bedrijfsarts houdt daarin het laatste woord, tenzij hij daarmee de grenzen van de redelijkheid zou overschrijden.

#### *De (geconsulteerde) praktijk*

Op basis van het empirische onderzoek kunnen we allereerst concluderen dat delegatie van taken van de bedrijfsarts in de praktijk reeds plaatsvindt. Het is geen recent fenomeen binnen de bedrijfsgeneeskunde. Evenmin is taakdelegatie uitsluitend ingegeven door capaciteitstekorten of is het sector- of beroep-specifiek. De web-enquête laat zien dat taakdelegatie het vaakst voorkomt in de ondersteuning en de procesbegeleiding bij ziekteverzuim. Deze peiling kent echter beperkingen. In de focusgroepen en de praktijkbeschrijvingen wordt evenwel bevestigd dat taakdelegatie zich richt op ondersteuning en procesbegeleiding bij ziekteverzuim. Deze bevindingen kunnen echter niet worden gegeneraliseerd. In de praktijk wordt gesproken over taakdelegatie als een andere functionaris – bijvoorbeeld een casemanager, een verpleegkundige of een verzuimconsulent – in overleg én onder verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts taken verricht. Het gaat daarbij dus *niet* per se om handelingen of taken die expliciet zijn voorbehouden aan de bedrijfsarts.

‘Taken’ zijn hier in algemene zin omschreven. In de praktijk vallen hieronder verschillende deeltaken en varieert de *mate* waarin bedrijfsartsen deze delegeren. Ook varieert de *wijze* van taakdelegatie. Wel is gebleken dat de bestaande wet- en regelgeving als leidend (‘kaderstellend’) voor de

handelingsruimte van de bedrijfsarts wordt gezien. Uit de focusgroepen en de praktijkbeschrijvingen blijkt dat de deelnemende bedrijfsartsen het juridische kader goed kennen en hier systematisch en in grote mate rekening mee houden. Dat geldt ook voor de richtlijnen voor taakdelegatie van de NVAB, alhoewel die volgens sommigen verder aangescherpt zouden kunnen worden.

### 5.2.2 Taakherschikking versus taakdelegatie

#### *Het juridische kader*

In dit onderzoek is taakherschikking gedefinieerd als het structureel herverdelen van taken en de bijbehorende eindverantwoordelijkheid tussen verschillende beroepen. Bij taakdelegatie worden taken overgedragen, maar blijft de eindverantwoordelijkheid bij de delegant (in dit geval de bedrijfsarts). Het juridische kader dat in dit onderzoek is ontwikkeld laat zien dat taakherschikking *ten aanzien van de exclusief door de wet aan de bedrijfsarts voorbehouden taken* alleen mogelijk is (of wordt) als de wetgeving hierop wordt aanpast. Het gaat daarbij vooral om de Arbowetgeving en de daarin aan de bedrijfsarts voorbehouden taken. De voorbehouden handelingen die in de Wet BIG zijn gedefinieerd (en van toepassing zijn op de bedrijfsarts als arts) komen in de praktijk maar weinig voor. Aanpassing van de Arbowetgeving is uiteraard mogelijk als daarvoor in de politiek en het veld voldoende steun is. Daarvoor moet echter een lange route worden doorlopen, waarbij verschillende instanties en partijen betrokken zijn en waarin volop discussie mogelijk is over de wijze waarop de wetgeving kan worden aangepast. In dit verband kan gewezen worden op het uitvoerige traject dat is gevolgd, eerst om in de Wet BIG het experimenteerartikel (art. 36a) vast te leggen, vervolgens om langs deze weg voor een periode van vijf jaar het mogelijk te maken dat bepaalde voorbehouden handelingen door verpleegkundig specialisten en physician assistants zelfstandig worden uitgevoerd, en ten slotte om deze bevoegdheden definitief wettelijk te verankeren. Daarbij moet worden bedacht dat in de curatieve gezondheidszorg al vele jaren ervaring is opgedaan met taakdelegatie, en dus een goed beeld bestond van wat verschuiving van taken en verantwoordelijkheden betekent. Ook moet worden bedacht dat de bedrijfsgezondheidszorg een geheel andere setting is dan de curatieve gezondheidszorg. Hier treden andere spelers op en zijn processen, taken en verantwoordelijkheden anders belegd.

#### *De (geconsulteerde) praktijk*

Taakherschikking werd in de online peiling voor een aantal taken door een aantal bedrijfsartsen aangekruist als huidige en mogelijk toekomstige praktijk. Het is echter de vraag of alle respondenten het onderscheid tussen taakdelegatie en taakherschikking voldoende hebben begrepen. In de focusgroepen en de praktijkbeschrijvingen werd taakherschikking namelijk niet als staande praktijk genoemd. De praktijkervaringen die we in kaart hebben gebracht, betreffen 'alleen' taakdelegatie. Het gaat dan om taken waarvan de bedrijfsarts en/of de arbodienst van mening is dat delegatie verantwoord is. Alle door ons geconsulteerde bedrijfsartsen gaven aan dat zij gedelegeerde taken controleren en tot hun (eind)verantwoordelijkheid rekenen. Daarmee zagen we in dit onderzoek dus geen voorbeelden van taakherschikking waarbij ook de verantwoordelijkheid voor taken aan gedelegeerden wordt overgedragen.



De eerder (in hoofdstuk 1) aangehaalde studie naar de positie van arboverpleegkundigen (Jonker-Jorna, 2015) constateerde dat er wél sprake is van taakherschikking in de praktijk. Het doel van deze studie sluit nauw aan bij dit onderzoek. Maar opgemerkt dient te worden dat in de studie van Jonker-Jorna de term ‘taaksubstitutie’ wordt gehanteerd om taakherschikking aan te duiden, en taakdelegatie wordt beschouwd als onderdeel van taakherschikking. Daarnaast vond de studie plaats vanuit het perspectief van de arboverpleegkundige, terwijl dit onderzoek zich beperkt tot de rol van de bedrijfsarts. We benadrukken op deze plaats, nogmaals, dat met dit onderzoek een beperkt deel van de praktijk in kaart is gebracht. Het is dus mogelijk dat daarmee praktijkvoorbeelden van taakherschikking buiten zicht zijn gebleven.

### 5.2.3 De wijze en uitvoering van taakdelegatie

#### *Het juridische kader*

Bij taakdelegatie dient in de kern aan vijf, aan de wet en de tuchtrechtspraak ontleende, voorwaarden te zijn voldaan:

- de bedrijfsarts dient een opdracht te geven voor het uitvoeren van een taak door een andere beroepsbeoefenaar;
- zo nodig dient de bedrijfsarts daarbij aanwijzingen te geven ter zake van hoe de opdracht moet worden uitgevoerd;
- zowel de bedrijfsarts als de opdrachtnemer dient zich te vergewissen van de bekwaamheid van de opdrachtnemer;
- de bedrijfsarts dient te voorzien in een adequate regeling van het toezicht alsmede van de mogelijkheid tot tussenkomst; en
- de bedrijfsarts dient de werknemer te informeren over de uitvoering van de taak door een ander dan de bedrijfsarts zelf (met inbegrip van de mogelijkheid de bedrijfsarts (persoonlijk) te consulteren).

Van belang is dat bij elke vorm van taakdelegatie wordt nagegaan of aan de bovengenoemde eisen is voldaan. Tegelijk laten de gestelde eisen een flexibele invulling toe, waardoor steeds delegatie ‘op maat’ mogelijk is.

Een opdracht hoeft niet per se schriftelijk plaats te vinden, al verdient dat doorgaans wel de voorkeur en zal er op zijn minst een aantekening in het medisch dossier moeten zijn terug te vinden. Taakdelegatie kan ad hoc plaatsvinden, maar ook worden geïnstitutionaliseerd. Voor opdrachten kunnen modellen worden gemaakt, opdrachten kunnen ook generiek zijn, aanwijzingen kunnen de vorm van richtlijnen aannemen, voor de bekwaamheid kunnen opleidingstrajecten, inclusief toetsmomenten, worden gerealiseerd. Dit kan de (zelfstandig gevestigde) bedrijfsarts zelf regelen, maar ook voor de werkgever en/of de arbodienst kan hier een taak zijn weggelegd.

#### *De (geconsulteerde) praktijk*

Uit de focusgroepen werd duidelijk welke randvoorwaarden men essentieel vindt voor efficiënte en verantwoorde taakdelegatie, waaruit ook algemene richtlijnen kunnen worden afgeleid. Zo werd aangegeven dat:

- frequent en structureel overleg essentieel is;
- dit zoveel mogelijk onderling vastgelegd dient te worden;
- duidelijk is wat de bekwaamheid is van andere functionarissen waar de bedrijfsarts mee samenwerkt;
- hierop feedback, begeleiding, coaching en ontwikkeling plaatsvindt; en
- door autorisatie duidelijk de toegang tot de medische dossiers van werknemers is geregeld.

Met deze basisprincipes of kernvoorwaarden als vertrekpunt, laat de praktijk de nodige variatie zien. In de praktijkbeschrijvingen zagen we verantwoordingssystemen die uitgebreid geprotocolleerd zijn, maar ook voorbeelden van delegatie die wat 'losser' wordt ingevuld. Deze praktijkvariatie is van veel factoren afhankelijk. Meerdere malen is genoemd dat in situaties waarin de bedrijfsarts te maken heeft met veel verschillende en wisselende functionarissen, het inrichten en bijhouden van controle op en verantwoording van taakdelegatie lastiger is. Ook verschilt de wijze waarop arbodiensten taakdelegatie inrichten voor de bedrijfsartsen die bij hen in dienst zijn. In sommige gevallen zijn bedrijfsartsen en andere functionarissen op andere locaties werkzaam en vindt communicatie alleen telefonisch of via digitale informatiesystemen plaats. In andere gevallen worden kleine teams gevormd waarin dagelijks face-to-face overleg tussen bedrijfsartsen en andere functionarissen plaatsvindt. Als zelfstandige, maar ook binnen het kader van een dienstverband, geven bedrijfsartsen ook nog op verschillende wijze invulling aan taakdelegatie. Sommigen geven aan dat er altijd strakke controle wordt toegepast bij gedelegeerde taken en dat andere functionarissen daar streng op afgerekend moeten worden. Anderen geven aan dat bij groeiend vertrouwen er steeds minder controle plaats hoeft te vinden en de ruimte voor taakdelegatie steeds groter kan worden.

#### 5.2.4 Bekwaamheidseisen bij taakdelegatie

##### *Het juridische kader*

De grens voor taakdelegatie wordt mede getrokken door de deskundigheid en de bekwaamheid van de opdrachtnemer. Een taak kan niet worden gedelegeerd aan een beroepsbeoefenaar als deze taak buiten zijn deskundigheidsgebied ligt. Delegatie kan evenmin plaatsvinden als de taak weliswaar tot het deskundigheidsgebied van de opdrachtnemer hoort, maar deze niet bekwaam is de taak naar behoren uit te voeren. Wordt het deskundigheidsgebied dat bij een bepaald beroep hoort in algemene termen omschreven, bekwaamheid daarentegen vergt een individuele beoordeling (door zowel de opdrachtgever als de –nemer).

De werkgever (op wie de verplichtingen van art. 3 Arbowet rusten) en de arbodienst kunnen taakdelegatie faciliteren door personeel ter beschikking te stellen, opleidingen te verzorgen, richtlijnen vast te stellen, bekwaamheidsverklaringen af te geven, enzovoorts. De bedrijfsarts dient hierbij te worden betrokken c.q. – binnen de grenzen van redelijkheid – met de getroffen regelingen en arrangementen in te stemmen. De keerzijde hiervan is dat de bedrijfsarts bij problemen zich niet simpelweg achter de door de werkgever en/of de arbodienst getroffen regelingen en arrangementen kan verschuilen. Daarbij doet niet ter zake of de bedrijfsarts zelfstandig of in loondienst werkt.

Voor zowel taakherschikking als taakdelegatie is van belang dat de betrokken beroepen een helder profiel hebben. Hun deskundigheidsgebied dient (bij voorkeur wettelijk) te zijn omschreven, de opleidingseisen dienen (bij voorkeur wettelijk) te zijn vastgelegd en aan de opleidingseisen dient een (bij voorkeur wettelijk) beschermde titel te zijn gekoppeld.

#### *De (geconsulteerde) praktijk*

Onder nagenoeg alle geconsulteerde bedrijfsartsen en stakeholders bestaat zorg over de verschillende functiebenamingen van de functionarissen aan wie de bedrijfsarts in de praktijk taken delegeert. Deels is dit het gevolg van het feit dat de betreffende functies zich specifiek richten op een deel van de bedrijfsgezondheidszorg, zoals verzuimbegeleiding, werkhervatting (re-integratie), preventie en arbeidsomstandigheden. En ook betreft het functies die taken binnen het brede psychosociale, gedragswetenschappelijke en maatschappelijk domein uitvoeren. Dat neemt echter niet weg dat bij taakdelegatie duidelijk moet zijn wat een functionaris weet, kan en doet. Er is steeds een minimale set competentie-eisen nodig waarop taakdelegatie in de praktijk efficiënt en verantwoord ingericht kan worden.

Om deze reden worden binnen arbo-organisaties en werkgevers functiegroepen gedefinieerd waaraan uniforme functie- en opleidingseisen worden gesteld. Grofweg kan onderscheid worden gemaakt tussen functionarissen die medische dan wel niet-medische taken voor bedrijfsartsen uitvoeren. Verschillende malen is naar voren gebracht dat voor de eerste categorie een BIG-registratie vereist is of op zijn minst de voorkeur geniet. Voor de tweede categorie worden in de praktijk verschillende ingangseisen gehanteerd. In meerdere praktijken zien we dat functionarissen *on the job* worden opgeleid en steeds zelfstandiger met complexere gevallen leren omgaan. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de praktijkondersteuner bedrijfsarts (POB). De POB-opleiding kan verder groeien, maar zou ook afgestemd moeten worden met de reeds bestaande (interne en externe) opleidingen voor bijvoorbeeld (register) casemanagers en verzuimconsulenten, die reeds beroepsverenigingen en registers kennen.

Ook ten aanzien van de bekwaamheidseisen zien we dat in de praktijk variatie bestaat, omdat bedrijfsartsen individueel verschillende eisen stellen aan de functionarissen waarmee zij samenwerken. Deze verschillen zijn terug te voeren op verschillen in taakopvatting waarvoor ruimte bestaat in het juridische kader. Daaruit vloeit immers voort dat bij taakdelegatie het (ook) de bedrijfsarts is die een verantwoorde inschatting moet maken van de bekwaamheid van de persoon aan wie hij/zij taken overdraagt.

### **5.2.5 Het omgaan met persoonsinformatie bij taakdelegatie**

#### *Het juridische kader*

Bij taakherschikking heeft de beroepsbeoefenaar die de taak krijgt toebedeeld, geen zelfstandige toegang tot de medische gegevens waarover de bedrijfsarts beschikt. Voor zover die toegang nodig is, zullen daarover afspraken met de bedrijfsarts moeten worden gemaakt. Ook zal de werknemer om toestemming moeten worden gevraagd. Bij taakdelegatie heeft de opdrachtnemer toegang tot medische informatie voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de gedelegeerde taak. De opdrachtnemer heeft dan een afgeleid beroepsgeheim en een afgeleid verschoningsrecht. Uiteraard

dienen over de toegang tot medische gegevens ook in het kader van taakdelegatie goede afspraken te worden gemaakt, die ook kenbaar zijn voor de werknemer.

#### *De (geconsulteerde) praktijk*

In de bedrijfsgezondheidszorg bestaat veel aandacht voor de bescherming van persoonsgegevens, zeker nu de wetgeving op verschillende punten wordt aangescherpt. Tegelijkertijd maken ICT-ontwikkelingen steeds meer (en steeds snellere) gegevensuitwisseling mogelijk. In de geconsulteerde praktijken is het regelen van autorisatie binnen de informatiesystemen die medische dossiers beheren een terugkerend onderwerp. In de meeste gevallen wordt aangegeven dat nauwkeurig is vastgesteld wie toegang heeft tot welke medische gegevens, en wordt dit ook structureel gecontroleerd. Ook wordt echter erkend dat daarmee niet alle risico's zijn afgedekt, en dat aanpassingen en actualisatie de aandacht van alle gebruikers vergen.

### 5.3 De onderzoeksvragen beantwoord

In hoofdstuk 1 zijn de verschillende onderzoeksvragen opgesomd. Hieronder zullen deze vragen, per onderzoeksonderdeel, kort en bondig worden beantwoord.

#### 5.3.1 Antwoorden onderdeel A:

- De eerste deelvraag *“Voldoet de praktijk van taakdelegatie aan de wettelijke vereisten en eventueel nadere afspraken daaromtrent?”* lijkt op basis van de in deze rapportage geconsulteerde praktijken positief te kunnen worden beantwoord. Bedacht moet echter worden dat de praktijkbeschrijvingen niet representatief zijn voor de gehele bedrijfsgezondheidszorg.
- De tweede deelvraag *“Welke vormen van taakdelegatie of taakherschikking zijn mogelijk binnen de bedrijfsgezondheidszorg?”* is vanuit het juridische kader wel, maar vanuit de praktijk niet eenduidig te beantwoorden. De praktijkbeschrijvingen laten zien dat in de praktijk verschillende vormen van taakdelegatie voorkomen. Hierbij verschillen de functionarissen waarmee wordt samengewerkt, de vorm waarin de delegatie plaatsvindt en de wijze waarop de delegatie wordt vastgelegd. Taakherschikking daarentegen komt in de geconsulteerde praktijken niet voor en kan voor de exclusief aan de bedrijfsarts voorbehouden taken ook juridisch niet zonder dat daarvoor de wetgeving wordt aangepast.
- Op de derde deelvraag *“Hoe is de privacy van werknemers bij taakdelegatie en –herschikking geborgd en hoe wordt toegezien op de naleving van het privacy- en arbobeleid?”* is het antwoord dat dit in alle geconsulteerde praktijken men, conform de wetgeving en de toepasselijke richtlijnen, de privacy van werknemers borgt in (werk)documenten, werkwijzen en (elektronische) dossiers. De manier waarop dit gebeurt verschilt.
- Op de vierde deelvraag *“Hoe zien de organisaties in de praktijk toe op de kwaliteit en de naleving van de randvoorwaarden waaronder taakdelegatie wordt uitgevoerd, welke randvoorwaarden zijn gesteld? Zijn er kaders in regelgeving, protocollen of richtlijnen? Zijn*

deze beschikbaar, zijn deze bekend en worden deze ook gebruikt in de praktijk? Zijn de periodieke audits bij gecertificeerde arbodiensten mede gericht op de randvoorwaarden waaronder taakdelegatie door arbodiensten wordt toegepast?” is het antwoord dat in de geconsulteerde praktijken wordt toegezien op de randvoorwaarden voor taakdelegatie onder meer door deze vast te leggen in contracten en besluiten. De voorwaarden die voortvloeien uit het juridische kader worden daarbij gevolgd, namelijk: 1) de bedrijfsarts moet een opdracht aan de gedelegeerde verstrekken; 2) de bedrijfsarts moet daarbij zo nodig voldoende aanwijzingen geven; 3) de bedrijfsarts moet de bekwaamheid van de gedelegeerde hebben beoordeeld, waarbij deze laatste de eigen bekwaamheid als opdrachtnemer moet hebben beoordeeld; 4) de bedrijfsarts moet voorzien in adequaat toezicht en/of de mogelijkheid van tussenkomst; en 5) de werknemer moet over de delegatie en de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling zijn geïnformeerd (met inbegrip van de mogelijkheid de bedrijfsarts (persoonlijk) te consulteren). Daarnaast bieden protocollen en richtlijnen, zoals opgesteld door onder andere de NVAB, de nodige houvast. Het overgrote deel van de deelnemers aan dit onderzoek gaf aan dat het juridische kader leidend is voor het wel of niet (kunnen) werken met taakdelegatie.

### 5.3.2 Antwoorden onderdeel B:

- Het antwoord op de eerste deelvraag van onderdeel B *“Hoe ziet de praktijk van taakdelegatie in de preventieadviesgeving, de bedrijfsgezondheidszorg en de ziekteverzuimbegeleiding eruit? In welke mate wordt taakdelegatie nu al toegepast? Bij welke werkgevers (sector en bedrijfsgrootte) is taakdelegatie van de bedrijfsarts aan de orde? Welke werknemers komen in aanraking met taakdelegatie van de bedrijfsarts?”* is dat uit de online peiling, de focusgroepen en de praktijkbeschrijvingen blijkt dat in de huidige praktijk taakdelegatie door veel bedrijfsartsen en hun eventuele werkgevers (maar niet allen) wordt toegepast. Desgevraagd geven de deelnemers aan dit onderzoek aan dat taakdelegatie niet voor alle klantenpopulaties even geschikt is. Uit de praktijkbeschrijvingen kwam naar voren dat taakdelegatie vooral goed lijkt te werken in de MKB-sector.
- Op de tweede deelvraag *“Welke functionarissen werken op basis van taakdelegatie? Voor welke (medische) handelingen werken functionarissen op basis van taakdelegatie?”* is geen eenduidig antwoord te geven. Verschillende ‘typen’ functionarissen werken op basis van taakdelegatie door de bedrijfsarts en mogen dat juridisch ook, *mits* aan de randvoorwaarden is voldaan. Uit de online peiling kan de voorzichtige conclusie worden getrokken dat taakdelegatie vooral een rol (kan) spelen bij de taken: informatieverwerking, preventie, eenvoudige ziekteverzuimbegeleiding en procesbegeleiding.
- Op de derde deelvraag *“Hoe staat het met de praktijk van taakdelegatie bij zelfstandige bedrijfsartsen? Voor zover die er is, hoe is deze dan organisatorisch vorm gegeven?”* kan worden geantwoord dat taakdelegatie ook aan de orde is bij zelfstandige bedrijfsartsen. Ook hier zijn de randvoorwaarden en het juridische kader voor taakdelegatie leidend. De praktijk laat vooralsnog geen uniforme werkvorm zien.
- Op deelvraag vier *“Draagt taakdelegatie bij aan een positieve waardering van het vak van bedrijfsarts vanuit het perspectief van de bedrijfsartsen zelf? Hoe kijken bedrijfsartsen zelf*

*aan tegen taakdelegatie, maakt het hun werk meer of minder interessant en waarom?"*

kunnen twee antwoorden worden gegeven. Enerzijds geven bedrijfsartsen aan dat taakdelegatie het werkplezier vergroot. Zo zorgt taakdelegatie ervoor dat de bedrijfsarts meer complexe cases te zien krijgt en wordt aangesproken op zijn/haar expertise en professionaliteit. Anderzijds geven bedrijfsartsen ook aan dat zij bang zijn dat door taakdelegatie hun werk verengd wordt tot alleen de zware en technische casuïstiek.

- Op deelvraag vijf *"Wat zijn de kosten en de baten van taakdelegatie voor de organisatie in termen van ervaren kwaliteit van zorg, beschikbare capaciteit van de bedrijfsarts en financiële lasten?"* In de praktijkbeschrijvingen is naar voren gekomen dat taakdelegatie tot kostenbesparing heeft geleid en, door ondersteuning en overname van taken, de capaciteit van de bedrijfsarts heeft vergroot. Ook is gebleken dat door taakdelegatie meer aandacht kan worden besteed aan de problematiek van de werknemer en/of werkgever, maar dit is geen hard resultaat. Hiernaar zal nader onderzoek moeten plaatsvinden.
- Op deelvraag zes *"Vormt taakdelegatie een permanente of een tijdelijke oplossing?"* geeft dit onderzoek geen sluitend antwoord en is (bij voorkeur longitudinaal) nader onderzoek nodig. Wel waren de deelnemers aan het onderzoek van mening dat door het huidige tekort aan bedrijfsartsen delegatie onvermijdelijk is. Voor de lange termijn vond men echter dat taakdelegatie slechts één van de oplossingen voor het capaciteitstekort aan bedrijfsartsen is.
- Op deelvraag zeven *"Is er sprake van taakherschikking?"* luidt het antwoord dat in dit onderzoek, met als vertrekpunt de definitie dat taakherschikking het structureel overdragen van taken van de bedrijfsarts is, inclusief de eindverantwoordelijkheid daarvoor, geen voorbeelden hiervan zijn aangetroffen. Alle voorbeelden die zijn genoemd gaan over taakdelegatie, waarbij de taken die wettelijk aan de bedrijfsarts zijn toegekend onder voorwaarden worden overdragen en de eindverantwoordelijkheid bij de bedrijfsarts blijft. Deze uitkomst wekt geen verbazing. Taakherschikking is voor de exclusief aan de bedrijfsarts voorbehouden taken in de praktijk immers alleen mogelijk als de toepasselijke wet- en regelgeving wordt aangepast.

### 5.3.3 Antwoorden onderdeel C:

- Het antwoord op de eerste deelvraag van deel C *"Welke goede en zwakke voorbeelden zijn er te noemen?"* kan worden gevonden in hoofdstuk 4.3 waar een vijftal praktijkbeschrijvingen zijn uitgewerkt. 'Zwakke' voorbeelden van taakdelegatie en/of taakherschikking zijn in dit onderzoek niet opgenomen vanwege de wervingsmethode voor de afzonderlijke onderdelen. Zoals aangegeven, is er hierdoor sprake van selectie-bias.
- Op deelvraag twee *"Hoe worden de aangetroffen praktijken gewaardeerd vanuit het perspectief van efficiënte inzet van de zorg, de kwaliteit van de zorg en vanuit het belang van de werknemer c.q. patiënt onder meer in relatie tot spoedige behoefte aan zorg, privacy en behoefte aan continuïteit ('vaste gezichten')?"* gaven we hiervoor reeds (deels) antwoord bij deelvraag vijf van onderdeel B. De geconsulteerde bedrijfsartsen en hun werkgevers geven aan dat delegatie mede uit efficiencyoverwegingen plaatsvindt en ook kan leiden tot betere zorg voor meer werknemers en werkgevers. Met de behoefte aan privacy en continuïteit van werknemers wordt in de door ons onderzochte praktijken rekening gehouden, ook waar

het gaat om de juridische eisen die hiervoor gelden. Dit is echter een indicatief en geen sluitend antwoord. Daarvoor is nader onderzoek van meer praktijken nodig.

- Op deelvraag drie *“Onder welke voorwaarden is de kwaliteit van taakdelegatie voldoende geborgd en wat zijn hierbij de aandachtspunten?”* is het antwoord allereerst vanuit het juridische kader te formuleren, namelijk dat bij taakdelegatie aan de volgende voorwaarden dient te worden voldaan: 1) de bedrijfsarts moet de opdracht aan de gedelegeerde verstrekken; 2) de bedrijfsarts moet daarbij zo nodig voldoende aanwijzingen geven; 3) de bedrijfsarts moet de bekwaamheid van de gedelegeerde hebben beoordeeld, waarbij deze laatste ook de eigen bekwaamheid moet hebben beoordeeld; 4) de bedrijfsarts moet voorzien in adequaat toezicht en/of de mogelijkheid van tussenkomst. Deze randvoorwaarden zien we in de door ons onderzochte praktijken terug; en 5) De werknemer moet over de delegatie en de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling zijn geïnformeerd (met inbegrip van de mogelijkheid de bedrijfsarts (persoonlijk) te consulteren). Aandachtspunten zijn (frequent) contact tussen bedrijfsarts en gedelegeerde, controle, helderheid over de bekwaamheid van de functionaris en de ontwikkelingsmogelijkheden hierin, en opbouwen van vertrouwen. Ook is nodig dat bedrijfsarts en werkgever op één lijn zitten voor wat betreft delegatiestructuur en dat deze past bij de manier waarop de bedrijfsarts kan en wil werken en bij het type werknemer en werkgever dat hiermee bediend wordt.

## 5.4 Aanbevelingen

In dit onderzoek zijn mogelijkheden en beperkingen van taakdelegatie- en taakherschikking binnen de bedrijfsgezondheidszorg in beeld gebracht door het juridisch kader hiervoor te analyseren, bedrijfsartsen te consulteren en een aantal praktijken te beschrijven. Gegeven de ontwikkelingen in het veld lijkt het vooral van belang (1) verder te specificeren onder welke voorwaarden taakdelegatie en –herschikking verantwoord kan plaatsvinden en (2) nader te onderzoeken wat de effecten ervan zijn. Hieronder worden daartoe enkele aanbevelingen gedaan.

Binnen het juridisch kader geeft het NVAB standpunt taakdelegatie handvatten voor de praktijk maar we zien ook dat taakdelegatie in de praktijk op verschillende manieren wordt georganiseerd en toegepast. Binnen de NVAB is een werkgroep die zich actief met dit onderwerp bezig houdt. Aan de hand van de vijf kernvoorwaarden voor delegatie die in het juridisch kader zijn geïdentificeerd kan het standpunt nader worden geactualiseerd en gespecificeerd. In een handreiking moet worden uitgewerkt hoe de bekwaamheid van andere functionarissen kan worden getoetst, aan welke functionaris welke eisen kunnen worden gesteld, en hoe dit het beste kan worden vastgelegd tussen bedrijfsarts en gedelegeerde. Dat geldt ook voor de organisatiestructuur rond de delegatierelatie tussen bedrijfsarts en andere functionarissen. Deze wordt aan de ene kant gevormd door de werkgever van de bedrijfsarts (indien deze in loondienst is of daardoor wordt ingehuurd), aan de andere kant door de organisatie waarin de bedrijfsarts zijn/haar zorg verleent. Beiden bepalen nu in de praktijk met welke functionarissen wordt samengewerkt, waarbij een belangrijk aandachtspunt is wat de mogelijke en de wenselijke ‘span of control’ van bedrijfsartsen bij taakdelegatie is. De resultaten van dit onderzoek kunnen aan een nadere uitwerking hiervan bijdragen, gegeven de



praktijkvariatie zoals die in kaart is gebracht. Maar op deze plaats zij nog eens benadrukt dat de hier uitgevoerde praktijkconsultatie beperkingen kent.

Het doel van dit onderzoek was de kansen en voorwaarden voor efficiënte en verantwoorde taakdelegatie en taakherschikking in kaart te brengen. Daartoe is 'het veld' geconsulteerd, maar niet gemobiliseerd of voorzien van nieuwe of andere lijsten van (deel)taken die wel of niet gedelegeerd zouden kunnen worden. Dat is bij uitstek de opgave voor de beroepsvereniging en de stakeholders die de bedrijfsgezondheidszorg in Nederland mede vorm geven. Om taakdelegatie efficiënter en meer verantwoord in de praktijk toe te passen, zullen *alle* betrokken partijen zich moeten inzetten. Werkgevers (op wie de verplichtingen van art. 3 Arbowet rusten) en met name ook arbodiensten kunnen taakdelegatie in belangrijke mate faciliteren, onder meer door te zorgen voor voldoende en qua competenties voldoende bekwame medewerkers. In het algemeen is de aanbeveling dus om gezamenlijk richtlijnen vast te stellen en duidelijke afspraken te maken die voor nu en in de toekomst voldoen aan de kernvoorwaarden voor een veilige en doelmatige implementatie van taakdelegatie. Naast en in het verlengde van deze algemene aanbeveling zijn er ons inziens nog enkele specifieke aandachtspunten:

- Bij taakdelegatie is geen sprake van een *one size fits all* model. Wat in de ene setting niet mogelijk of wenselijk is, kan in een andere setting wellicht wel. Zoals aangegeven wordt taakdelegatie mede bepaald door de context van de organisaties door wie en de sectoren waarin de bedrijfsgezondheidszorg wordt geleverd.
- Nadere invulling en uitwerking moet worden gegeven aan de gevolgen van taakdelegatie voor het werk van de bedrijfsarts, met name zal invulling moeten worden gegeven aan het hoofdbehandelaarschap. Als taakdelegatie meer wordt toegepast zullen bedrijfsartsen zich moeten voorbereiden op een meer managementachtige invulling van hun werk en zich daartoe zo nodig verder moeten bekwamen, bijvoorbeeld door na- of bijscholing.
- Uit het juridische kader wordt duidelijk dat door de wetgever aan de bedrijfsarts voorbehouden taken kunnen alleen door de bedrijfsarts zélf kunnen worden gedelegeerd. De werkgever noch de arbodienst kan dat buiten hem/haar om doen. Bij afspraken over wenselijke en mogelijke taakdelegatie dient de bedrijfsarts altijd betrokken te worden. Hiermee zal bij het verder verkennen van de haalbaarheid van taakdelegatie (en zeker van taakherschikking) steeds rekening moeten worden gehouden.
- Voor samenwerking is van belang dat competenties en kwalificaties van de diverse functies binnen de bedrijfsgezondheidszorg daar waar mogelijk worden geüniformeerd. Zo wordt voorkomen dat verschillende aanduidingen voor dezelfde functies tot onduidelijkheden leiden. Voor veel functies bestaan reeds helder omschreven deskundigheidsgebieden, opleidingstrajecten, exameneisen en registraties; voor andere functies is dit minder het geval. Hier kan een taak voor de wetgever zijn weggelegd, maar vooral ook voor het veld (i.c. de beroepsverenigingen) dat hier verregaand ordenend in kan optreden.

De voorgaande aanbevelingen betreffen primair taakdelegatie. Uit het juridisch kader en de geconsulteerde praktijk (voor zover dat in beeld kon worden gebracht) blijkt dat taakherschikking, vanwege de daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheidsverschuiving, een ingrijpende aangelegenheid is. Taakdelegatie daarentegen laat de verantwoordelijkheidsverdeling voor wat betreft de taken die aan de bedrijfsarts zijn toebedeeld, intact. Het verdient de voorkeur de huidige



praktijk van taakdelegatie onder de genoemde voorwaarden en bij veel voorkomende taken te intensiveren, te beproeven en bij gunstig verloop te bezien of hierbij ook taakherschikking mogelijk, efficiënt en verantwoord is. Ook in de curatieve zorg zijn de stappen naar taakherschikking eerst na uitvoerige evaluaties van praktijkervaringen met taakdelegatie gezet. Hierbij dient overigens te worden bedacht dat de positie van de bedrijfsarts qua type verrichtingen en patiënten/cliënten maar deels vergelijkbaar is met die van bijvoorbeeld de medisch specialist in het ziekenhuis en ook anders is door de constellatie van werkgevers en arbodiensten waarin hij werkzaam is.

Taakherschikking zal op de agenda komen te staan als de grenzen van taakdelegatie zijn bereikt; dat wil zeggen wanneer met taakdelegatie barrières voor doeltreffende en doelmatige zorg (dreigen te) ontstaan.

Dit benadrukt nogmaals de noodzaak van verder onderzoek. Ten eerste moet nader worden onderzocht wat de effecten van taakdelegatie voor de werkzaamheden van de bedrijfsarts zijn en of de veronderstelling dat taakdelegatie de aantrekkelijkheid van het vak zal vergroten, wel juist is. Ook andere factoren zijn van invloed op het imago van het vak. Deze zullen dus bij een dergelijk onderzoek moeten worden betrokken. Ten tweede is nader onderzoek nodig naar de effecten van taakdelegatie op de kwaliteit en effectiviteit van de bedrijfsgezondheidszorg. Ook hierbij moet met verschillende factoren rekening worden gehouden, die mede deze kwaliteit en effectiviteit beïnvloeden. Dit onderzoek geeft een aantal voorzetten voor dergelijk vervolgonderzoek, dat verder kan bijdragen aan verantwoorde en effectieve taakdelegatie in de bedrijfsgezondheidszorg.

## 6. Literatuurlijst

- Abbott, A. (1988). The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Anema, H., Buijs, P., Amstel, R. Van, Putten, D. van (2002). Leidraad voor huisarts en bedrijfsarts bij de sociaal-medische begeleiding van arbeidsverzuim. NVAB en LHV.
- Autoriteit Persoonsgegevens (2017). Verwerking van persoonsgegevens door UWV. Het verzamelen van gegevens betreffende iemands gezondheid door medewerkers verzuimbeheersing van UWV.
- Biezen, M.G.M. van der (2017). The Impact of Nurse Practitioners in Primary Care. Dissertatie Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Bruijn-Geraets de, D.P., Bessems-Beks, M.C.M., van Eijk-Hustings, Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M. (2016). VoorBIGhouden: Eindrapportage evaluatieonderzoek art.36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant. Maastricht: UMC Maastricht.
- Burgt, M.R. van der, Roij, J. van, Derckx, E.W.C.C., Meulepas, M.A. (2015). Eindrapport praktijkvoorbeelden: De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. Eindhoven: Stichting KOH.
- Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan. Deelrapport Sociaal Geneeskundigen Arbeid en Gezondheid. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- CBS (2016). Werkzame beroepsbevolking: voltijd. CBS, 12/6/2016. Geraadpleegd op 1/1/2017 via <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2016/32/werkzame-beroepsbevolking-voltijd>.
- Doppegieter, R.M.S., Willems, J.H.B.M (2007). Behandelen door de bedrijfsarts, Mogelijkheden en knelpunten. Utrecht.
- Dute, J.C.J., Verkaik, R., Friele, R.D., Gevers, J.K.M. (2009). Voorbehouden handelingen tegen het licht. De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam.
- Freidson, E. (2001). Professionalism: the third logic. Cambridge.
- Gezondheidsraad (2008). Taakherschikking in de gezondheidszorg: Inzet van praktijkassistenten - en ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gastel, M. van (i.s.m. Ringelberg, A.). (2017). Aanpak dreigend tekort bedrijfsartsen. Den Haag: ADBTOPConsult.
- Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van, Bakker, D.H. de (2012). Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: Nivel.

Jonker-Jorna, P.A.M. (2015). Positie arboverpleegkundigen, Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg. V&VN Arboverpleegkundigen. Utrecht: V&VN.

Kaljouw, M., van Vliet, K. (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF (2010). Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.

Kroezen, M. (2014). Nurse prescribing - A study on task substitution and professional jurisdictions. Utrecht: Nivel.

Krueger, R.A., Casey, M.A., (2000). Focus Groups (3rd edition) – A practical guide for applied research. Sage Publications, Inc.

Laurant, M., Camp, K. van de, Boerboom, L., Wijers, N. (2014). Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van PA's en VS, IQ healthcare Radboudmc.

Leenen, H.J.J., Dute, J.C.J, Gevers, J.K.M, Legemaate, J., Groot, G.R.J. de, Gelpke, M.E., Jong, E.J.C. de (2017). Handboek Gezondheidsrecht, Den Haag: Boom juridisch.

Leeuw, J.R.J. de, Simkens, A.B.M., Baar M.E. van, Balen, F.A.M. van, Verheij, R.A., Bijleveld, S.D., Dijk, F.S. van, Boons, A.N.A.M., Hermsen, L., Schrijvers, A.J.P. (2008) Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant. Gevolgen voor de kwaliteit, de capaciteit en de kosten van de zorg. Utrecht: UMCU.

Meer, H.C.B. van de, Willems, J.H.B.M. (2009). Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie. Utrecht.

Nancarrow, S.A., Borthwick, A.M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*: 897-919.

NVAB (2004). Beroepsprofiel van de bedrijfsarts.

NVAB (2004). Delegatie van taken door bedrijfsartsen in het kader van de sociaal medische begeleiding.

NVAB (2005). De bedrijfsarts en de eerste lijn.

NVAB (2013). Leidraad Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding.

RVZ (2002). Taakherschikking in de zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2011). Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg. Den Haag: RVZ.

Schepman, S., Velden, L. van der, Hingstman, L. (2011). Capaciteitsraming voor bedrijfsartsen 2012-2022/2028. Utrecht: Nivel.

SER (2014). Betere zorg voor werkenden. Advies Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg. Advies 14/07. Den Haag: SER.

Velden, van der F., Wierenga, M. (2016). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Utrecht: Kiwa.

Velde, F. van der, Wierenga, M. (2016). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012. Utrecht: Kiwa.

Wallenburg, I., Janssen, M., Bont, A. de (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Rotterdam: EUR/iBMG.

Wallenburg, I., Janssen, M., Bont, A. de (2016). Taakherschikking pakt overal anders uit. Medisch Contact, 10, 34-36.

Werk.nl (2017). Toename beroepsbevolking komt vooral door langer doorwerken. Geraadpleegd op 1/11/2017 via [https://www.werk.nl/werk\\_nl/arbeidsmarktinformatie/achtergrond/langer-doorwerken](https://www.werk.nl/werk_nl/arbeidsmarktinformatie/achtergrond/langer-doorwerken).

WGBO en bedrijfsarts (2000). Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.

Wijers, N., L. Schoonhoven, Giesen, P.H.J., Vrijhoef, H.J.M., Burgt, R. van der, Mintjes, K., Wensing, M.J.P., Laurant, M.G.H. (2012). The effectiveness of Nurse Practitioners working at a GP cooperative: a study Protocol. BMC Family Practice 2012, 13:75.

# Bijlage 1: De online peiling

## Inventarisatie taakdelegatie en taakherschikking in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde - Augustus 2017

Geachte mevrouw/heer,

In opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken Werkgelegenheid (SZW) voert het NIVEL dit onderzoek uit naar taakdelegatie en taakherschikking in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. De NVAB ondersteunt dit onderzoek.

Niet eerder is gepeild wat de ervaringen van bedrijfsartsen zelf zijn met taakdelegatie en taakherschikking. Dat gebeurt met dit onderzoek wél. Met deze vragenlijst kunt u uw ervaring en mening geven over dit belangrijke onderwerp. Hoe beter het beeld van de huidige uitvoeringspraktijk hoe beter de mogelijkheden van taakdelegatie en/of taakherschikking, nu én in de toekomst, voor bedrijfsartsen te bepalen zijn. Dit kan bijdragen aan de aanpak van het dreigende tekort en de huidige werkbelasting van bedrijfsartsen in Nederland.

We weten dat u vaak gevraagd wordt aan onderzoek mee te werken. Maar voor deze peiling is uw medewerking essentieel. De vragenlijst duurt maximaal 15 à 20 minuten. Wij hopen dat u deze tijd wilt nemen om dit onderzoek te doen slagen.

Uw anonimiteit is te allen tijde gewaarborgd. Heeft u vragen over de enquête of het onderzoek, dan kunt u contact opnemen met mevrouw Simone Versteeg ([s.versteeg@nivel.nl](mailto:s.versteeg@nivel.nl); 030-2729645) of met de heer Ronald Batenburg ([r.batenburg@nivel.nl](mailto:r.batenburg@nivel.nl); 030-2729861).

Graag zien wij uw reactie tegemoet, waarvoor bij voorbaat veel dank!

---

# Deel 1: Achtergrondvragen\*

\*Bij de onderstaande vragen is uw anonimiteit te allen tijde gewaarborgd

---

## 1. Welke situatie is momenteel op u van toepassing? (verplicht antwoorden)

- Ik ben in opleiding tot bedrijfsarts
- Ik ben werkzaam als bedrijfsarts
- Ik ben werkzaam geweest als bedrijfsarts
- Anders namelijk: \_\_\_\_\_ (max 100 leestekens)

## 2. Hoeveel jaar bent u werkzaam (geweest) als bedrijfsarts in Nederland? (verplicht antwoorden)

\_\_\_\_\_ (range 0-50 jaar)

## 3. In welke werksituatie(s) bent u momenteel als bedrijfsarts werkzaam? Meerdere antwoorden mogelijk (verplicht antwoorden)

- In loondienst van een arbodienst
- In loondienst van een specifiek bedrijf
- In loondienst van een aanbieder in de curatieve sector
- In loondienst van een organisatie in de wetenschappelijke sector
- Als zelfstandig bedrijfsarts zonder personeel
- Als zelfstandig bedrijfsarts met personeel
- Anders namelijk: \_\_\_\_\_ (max 100 leestekens)

## 4. Wat is uw geslacht? (verplicht antwoorden)

- man       vrouw

## 5. Wat is uw geboortejaar? (verplicht antwoorden; afbakening leeftijd 1945-2000)

--	--	--	--

---

## Deel 2: Taakdelegatie en taakherschikking

---

In het volgende deel van deze vragenlijst zullen vragen gesteld worden over de mogelijkheden tot taakdelegatie en taakherschikking binnen de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Hierbij krijgt u tweemaal een lijst met kerntaken van de bedrijfsarts voorgelegd. Eerst is de vraag aan ú of u deze taken delegeert/herschikt. Daarna volgt de vraag of ú van mening bent dat deze taken gedelegeerd /herschikt kunnen worden. Voor dit onderzoek hanteren we de volgende definities van taakdelegatie en taakherschikking, die gebaseerd zijn op verschillende bronnen die voortbouwen op het rapport van De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) uit 2002:

- **Taakdelegatie** is het niet structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional
- **Taakherschikking** is het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en eindverantwoordelijkheid tussen verschillende beroepen

Taakdelegatie en taakherschikking verschillen dus van elkaar met betrekking tot het overdragen van de eindverantwoordelijkheid. Bij taakdelegatie wordt de taak overgedragen, maar blijft de eindverantwoordelijkheid bij de beroepsgroep die oorspronkelijk de taken uitvoerde. Bij taakherschikking wordt naast de taak, ook de eindverantwoordelijkheid overgedragen tussen beroepsgroepen.

---

*In het vervolg van deze vragenlijst zal duidelijk worden aangegeven of de vraag over taakdelegatie of taakherschikking gaat*

6. Hieronder wordt een lijst van 13 taken van de bedrijfsarts gepresenteerd. Door met uw muis over de taak te navigeren, verschijnt een uitleg over wat deze taak inhoudt.

Kunt u van de onderstaande taken aangeven of u deze in de praktijk heeft gedelegeerd en/of beschikt naar andere beroepen/functies? Hierbij wordt dus *géén* onderscheid gemaakt tussen het wel al dan niet overdragen van de eindverantwoordelijkheid. *Meerdere antwoorden mogelijk*

	Ja, deze taak heb ik gedelegeerd en/of beschikt
<b>Anamnese</b> <i>achterhalen van de voorgeschiedenis/omstandigheden van de ziekte of aandoening van de werkende (medische- en arbeids-anamnese)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Onderzoek</b> <i>aanvragen en uitvoeren van lichamelijk en aanvullend (functie- of lab)onderzoek</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnose stellen</b> <i>het (op)stellen van een (differentiaal)diagnose of werkhypothese</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Procesbegeleiding</b> <i>procesmatig begeleiding (zoals o.a. plan van aanpak, eerstejaarsevaluatie en procesdossier)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Ziekteverzuimbegeleiding (eenvoudig)</b> <i>inhoudelijke begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Ziekteverzuimbegeleiding (complex)</b> <i>inhoudelijke begeleiding bij complexere problematiek</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Verwijzen</b> <i>verwijzen naar (para)medische collegae en andere professionals binnen en buiten de zorg</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Het vaststellen en melden van beroepsziekten</b> <i>vaststellen van de mate van werkgerelateerdheid van de aandoening, het maken van de schriftelijke melding van beroepsziekte(n)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Preventie</b> <i>preventieve taken (zoals o.a. PMO, collectieve advisering, RI&amp;E en werkplekbezoek)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeidsomstandighedensprekkuur</b> <i>open/preventief spreekuur met werknemers en/of werkgevers buiten een verzuimperiode om</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Informatieverwerking</b> <i>verwerken van medische gegevens en het uitwisselen van informatie</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Communicatie en advies</b> <i>bespreken van (medische) informatie en adviseren van de werkende, organisatie en belanghebbenden derden</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Samenwerking</b> <i>overleg met (para)medische collegae en andere professionals binnen en buiten de zorg</i>	<input type="checkbox"/>



**7. In de vorige vraag heeft u aangegeven de (hieronder) weergegeven taken te hebben gedelegeerd en/of herschikt. Naar wie was dit? Meerdere antwoorden mogelijk (Voor meer informatie over de taak kunt u met uw muis over de taak navigeren. Hetzelfde geldt voor de kolom 'overige ondersteunende functionaris')**

Taak (o.b.v. antwoord vraag 6)	Arts in opleiding tot bedrijfsarts	Huisarts	Arbo-/verzuim/bedrijfsverpleegkundige	Register casemanager	Praktijk ondersteuner Bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschappelijke Werker (BMW)	Verzuim/re-integratieconsulent	Overige ondersteunen de functionaris*
... [eerst gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [tweede gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [derde gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [etc.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\* Te denken valt aan: Verzuimcoördinator, Verzuimcoach, Verzuimexpert, Professional verzuim, Arbo-adviseur, Manager re-integratie, Arbeidsdeskundige, Personeelsconsulent, HR-professional, Arbeidsconsulent*

→ Indien er bij vraag 7 één maal of vaker op de optie 'overige ondersteunende functionaris' is gedrukt dan de volgende vraag:

**7b. U heeft bij één of meerdere taken aangekruist dat u deze heeft gedelegeerd en/of herschikt naar een 'overig ondersteunende functionaris'. Wilt u specificeren naar welke functionaris dit was?**

**8. En was er bij deze taken ook sprake van het overdragen van de eindverantwoordelijkheid, oftewel taakherschikking? Zo ja, naar wie was dit? Meerdere antwoorden mogelijk (Voor meer informatie over de taak kunt u met uw muis over de taak navigeren. Hetzelfde geldt voor de kolom 'overige ondersteunende functionaris')**

Taak (o.b.v. antwoord vraag 6)	Nee, er was geen sprake van taakherschikking bij deze taak	Arts in opleiding tot bedrijfsarts	Huisarts	Arbo-/verzuim/bedrijfsverpleegkundige	Register casemanager	Praktijk ondersteuner Bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschappelijke Werker (BMW)	Verzuim/re-integratie - consulent	Overige ondersteunende functionaris*
... [eerst gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [tweede gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [derde gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [etc]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Te denken valt aan: Verzuimcoördinator, Verzuimcoach, Verzuimexpert, Professional verzuim, Arboadviseur, Manager re-integratie, Arbeidsdeskundige, Personeelsconsulent, HR-professional, Arbeidsconsulent

→ Indien er bij vraag 8 één maal of vaker op de optie 'overige ondersteunende functionaris' is gedrukt dan de volgende vraag:

**8b. U heeft bij één of meerdere taken aangekruist dat u heeft herschikt naar een 'overig ondersteunende functionaris'. Wilt u specificeren naar welke functionaris dit was?**

9. Hieronder is wederom de lijst van 13 taken van de bedrijfsarts gepresenteerd. Door met uw muis over de taak te navigeren, verschijnt een uitleg over wat deze taak inhoudt. Kunt u van de onderstaande taken aangeven of u van mening bent dat deze in de praktijk kunnen worden gedelegeerd en/of herschikt naar andere beroepen/functies (ongeacht of u dit al heeft gedaan)? Hierbij wordt dus géén onderscheid gemaakt tussen het wel al dan niet overdragen van de eindverantwoordelijkheid. *Meerdere antwoorden mogelijk*

	Ja, deze taak kan mijns inziens worden gedelegeerd en/of herschikt
<b>Anamnese</b> <i>achterhalen van de voorgeschiedenis/omstandigheden van de ziekte of aandoening van de werkende (medische- en arbeids-anamnese)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Onderzoek</b> <i>aanvragen en uitvoeren van lichamelijk en aanvullend (functie- of lab)onderzoek</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnose stellen</b> <i>het (op)stellen van een (differentiaal)diagnose of werkhypothese</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Procesbegeleiding</b> <i>procesmatig begeleiding (zoals o.a. plan van aanpak, eerstejaarsevaluatie en procesdossier)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Ziekteverzuimbegeleiding (eenvoudig)</b> <i>inhoudelijke begeleiding bij relatief eenvoudige problematiek</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Ziekteverzuimbegeleiding (complex)</b> <i>inhoudelijke begeleiding bij complexere problematiek</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Verwijzen</b> <i>verwijzen naar (para)medische collegae en andere professionals binnen en buiten de zorg</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Het vaststellen en melden van beroepsziekten</b> vaststellen van de mate van werkgerelateerdheid van de aandoening, het maken van de schriftelijke melding van beroepsziekte(n)	<input type="checkbox"/>
<b>Preventie</b> <i>preventieve taken (zoals o.a. PMO, collectieve advisering, RI&amp;E en werkplekbezoek)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeidsomstandighedenspreekuur</b> <i>open/preventief spreekuur met werknemers en/of werkgevers buiten een verzuimperiode om</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Informatieverwerking</b> <i>verwerken van medische gegevens en het uitwisselen van informatie</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Communicatie en advies</b> <i>bespreken van (medische) informatie en adviseren van de werkende, organisatie en belanghebbenden derden</i>	<input type="checkbox"/>
<b>Samenwerking</b> <i>overleg met (para)medische collegae en andere professionals binnen en buiten de zorg</i>	<input type="checkbox"/>

**10. In de vorige vraag heeft u aangegeven dat de in de tabel (hieronder) weergegeven taken naar uw mening kunnen worden gedelegeerd en/of herschikt. Naar wie kan dit wat u betreft? Meerdere antwoorden mogelijk (Voor meer informatie over de taak kunt u met uw muis over de taak navigeren. Hetzelfde geldt voor de kolom 'overige ondersteunende functionaris')**

Taak (o.b.v. antwoord vraag 9)	Arts in opleiding tot bedrijfsarts	Huisarts	Arbo-/verzuim/bedrijfsverpleegkundige	Register casemanager	Praktijk ondersteuner Bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschappelijke Werker(BMW)	Verzuim/re-integratie -consulent	Overige ondersteunende functionaris*
... [eerst gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [tweede gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [derde gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [etc]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*\* Te denken valt aan: Verzuimcoördinator, Verzuimcoach, Verzuimexpert, Professional verzuim, Arbo-adviseur, Manager re-integratie, Arbeidsdeskundige, Personeelsconsulent, HR-professional, Arbeidsconsulent*

→ Indien er bij vraag 10 één maal of vaker op de optie 'overige ondersteunende functionaris' is gedrukt dan de volgende vraag:

**10b. U heeft bij één of meerdere taken aangekruist dat deze naar uw mening gedelegeerd en/of herschikt zouden kunnen worden naar een 'overig ondersteunende functionaris'. Wilt u hieronder specificeren naar welke functionaris dat dan zou zijn?**

- 11. En zou er bij deze taken wat u betreft ook sprake kunnen zijn van het overdragen van de eindverantwoordelijkheid, oftewel taakherschikking? Zo ja, naar wie? Meerdere antwoorden mogelijk (Voor meer informatie over de taak kunt u met uw muis over de taak navigeren. Hetzelfde geldt voor de kolom 'overige ondersteunende functionaris')**

Taak (o.b.v. antwoord vraag 9)	Nee, er kan wat mij betreft geen sprake zijn van taakherschikking bij deze taak	Arts in opleiding tot bedrijfsarts	Huisarts	Arbo-/verzuim/bedrijfsverpleegkundige	Register casemanager	Praktijk ondersteuner Bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschappelijke Werker (BMW)	Verzuim /re-integratie-consultant	Overige ondersteunende functionaris*
... [eerst gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [tweede gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [derde gekozen]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... [etc]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Te denken valt aan: Verzuimcoördinator, Verzuimcoach, Verzuimexpert, Professional verzuim, Arbo-adviseur, Manager re-integratie, Arbeidsdeskundige, Personeelsconsulent, HR-professional, Arbeidsconsulent

→ Indien er bij vraag 11 één maal of vaker op de optie 'overige ondersteunende functionaris' is gedrukt dan de volgende vraag:

**11b. U heeft bij één of meerdere taken aangekruist dat deze naar uw mening zouden kunnen worden herschikt naar een 'overig ondersteunende functionaris'. Wilt u hieronder specificeren naar welke functionaris dat dan zou zijn?**

12. Heeft u aanvullende opmerkingen over uw antwoorden en/of deze vragenlijst? Dan kunt u deze hieronder kwijt:

---

## Tot slot

---

13. Op dinsdag 12 en woensdag 13 september 2017 organiseert het NIVEL een tweetal focusgroep-bijeenkomsten om nader over het thema van dit onderzoek te discussiëren.

Een focusgroep is een groep van circa 10 tot 15 mensen die een zorgvuldig geplande discussie voeren over hun ideeën, motieven, belangen en denkwijze omtrent een omschreven thema.

Deze focusgroepen zullen van 18:00 tot uiterlijk 20:30 uur bij het NIVEL te Utrecht plaats vinden. Voor eten en drinken wordt gezorgd en ook uw reiskosten worden vergoed.

Zou u bereid zijn om deel te nemen aan één van deze focusgroepen? Zo ja, dan zouden wij dat bijzonder waarderen! *We zullen een selectie van personen zo snel mogelijk informeren, met als streven een brede weerspiegeling te bereiken*

- dinsdag 12 september 2017 van 18:00 tot (uiterlijk) 20:30 uur
- woensdag 13 september 2017 van 18:00 tot 20:30 (uiterlijk) uur

*(Indien ja; dan verplicht antwoorden op deze vraag)*

En dan is dit is het e-mailadres waarop ik graag bericht ontvang:

**Einde van de vragenlijst**  
**Klik op verstuur om uw antwoorden te verzenden.**  
**Hartelijk dank voor uw medewerking**

## Bijlage 2: Nadere uitkomsten van de peiling

**Tabel II.1:** De huidige praktijk van taakdelegatie en/of taakherschikking, uitgesplitst naar functie naar wie de delegatie/herschikking plaatsvindt (in absolute aantallen)

	N	Arts in opleiding tot bedrijfs arts (aios)	Huisarts	Arbo- /verzuim/ bedrijfs- verpleeg kundige	Register casemanag er	Praktijk ondersteuner Bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschap pelijke Werker (BMW)	Verzuim/re- integratie- consulent	Overige ondersteune nde functionaris
Anamnese	62	20	1	32	8	9	4	23	8
Onderzoek	31	12	2	11	0	2	0	5	9
Diagnose stellen	16	9	0	4	0	2	0	3	1
Procesbegeleiding	194	19	0	50	80	11	9	96	50
Ziekteverzuimbegeleiding (eenvoudig)	167	31	2	67	35	11	13	79	18
Ziekteverzuimbegeleiding (complex)	20	10	0	2	4	2	1	6	5
Verwijzen	21	8	2	2	3	0	2	3	7
Vaststellen en melden beroepsziekte(n)	6	4	0	0	0	0	0	0	2
Preventie	133	19	0	60	14	5	16	22	64
Arbeidsomstandigheden spreekuur	37	13	0	21	3	5	2	7	3
Informatieverwerking	123	10	0	19	20	8	5	42	73
Communicatie en advies	70	15	0	28	16	6	11	30	15
Samenwerking	53	16	2	20	10	6	9	20	11

**Tabel II.2:** De toekomstige mogelijkheden van taakdelegatie en/of taakherschikking, uitgesplitst naar functie naar wie de delegatie/herschikking plaatsvindt (in absolute aantallen)

	N	Arts in opleiding tot bedrijfsarts (aios)	Huisarts	Arbo- /verzuim /bedrijfs- verpleegk undige	Register case manager	Praktijk ondersteuner Bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschap pelijke Werker (BMW)	Verzuim/re- integratie- consulent	Overige ondersteunen de functionaris
Anamnese	116	97	24	92	24	61	31	38	17
Onderzoek	64	54	15	34	2	12	10	4	11
Diagnose stellen	35	31	13	10	2	5	2	2	3
Procesbegeleiding	261	116	10	157	183	136	41	173	77
Ziekteverzuimbegeleiding (eenvoudig)	267	182	26	221	81	131	70	115	26
Ziekteverzuimbegeleiding (complex)	27	25	1	10	6	6	2	5	3
Verwijzen	50	41	14	23	4	18	9	7	6
Vaststellen en melden beroepsziekte(n)	28	25	1	13	1	5	1	3	5
Preventie	197	136	18	153	29	88	60	45	65
Arbeidsomstandighedenspr eekuur	95	80	9	77	13	47	33	20	12
Informatieverwerking	189	91	12	97	52	87	17	73	84
Communicatie en advies	107	78	11	81	40	50	31	49	30
Samenwerking	92	72	20	71	39	41	32	38	23



## Bijlage 3: De PowerPoint gebruikt in de focusgroep

### Kansen taakdelegatie en taakherschikking bedrijfsarts

Focusgroepbijeenkomst  
20 september 2017



Welkom!



**EET SMAKELIJK**



## Agenda voor vanavond

Introductie  
Voorstelronde

Onderdeel 1: Juridisch kader  
Onderdeel 2: De huidige praktijk  
Onderdeel 3: De (toekomst) mogelijkheden  
Onderdeel 4: Kansen taakdelegatie en/of taakherschikking  
*Afsluiting + borrel*

*(NB: We notuleren en maken geluidsopnamen)*



## Introductie onderzoek

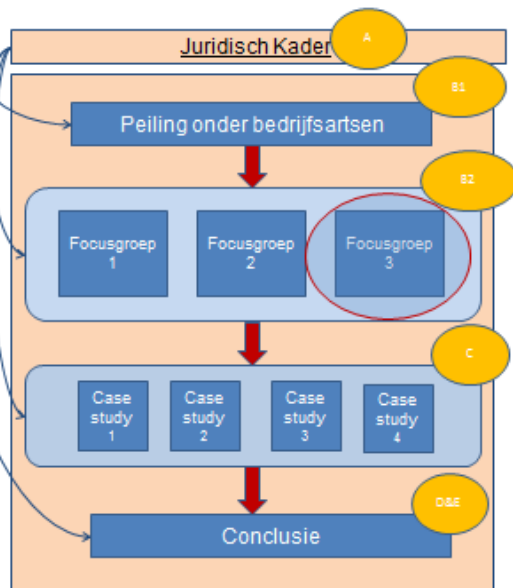
- Onderzoek in opdracht van *Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW)*
- **Aanleiding** dreigend tekort bedrijfsartsen, toename vraag naar bedrijfsartsen door o.a. economisch herstel en wetswijzigingen en verbeteren kwaliteit bedrijfsgezondheidszorg
- **Doel** in kaart brengen van de huidige praktijken van taakdelegatie en/of taakherschikking, de voor- en nadelen hiervan en inzicht verkrijgen in de randvoorwaarden waaronder dit verantwoord is



## Taakdelegatie en taakherschikking

Begrip	Definitie
Taakdelegatie	Het niet structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional
Taakherschikking	Het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en eindverantwoordelijkheid tussen verschillende beroepen





## Voortgang onderzoek

### Juridisch onderzoek (Stap A)

- Juridisch kader wordt geschetst

### Enquête (Stap B1)

- Open (online) link
- Alle leden van NVAB
- 21 augustus 2017 – heden
- 419 reacties, +/- 1.600 aangeschreven
- 13 vragen
  - 5 achtergrondvragen
  - 6 vragen over taakherschikking- en taakdelegatie
  - 2 overige vragen



### Achtergrond kenmerken respondenten

- 62,1% man | 37,9% vrouw
- Gem. leeftijd: 55,5 jaar
- Gem. aantal jaren werkzaam als bedrijfsarts: 21,5 jaar
- Verdeling werkpositie (zelfstandig o.i.d.): 47,1% in loondienst (bij een arbo-dienst) en 31,3% zzp



Nu zijn wij vooral *benieuwd naar uw mening en ervaring!*



## Vorstelronde

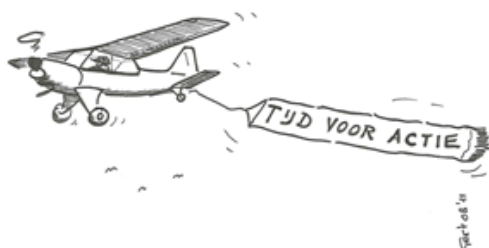
Wij zijn:

- Ronald Batenburg
- Simone Versteeg

- *En wie bent u?*



## Start van deze focusgroep



## Onderdeel 1: *Het juridisch kader rond taakdelegatie en taakherschikking*



## Randvoorwaarden voor taakdelegatie en taakherschikking

Wat zijn volgens u de belangrijkste randvoorwaarden waaronder taakdelegatie en/of taakherschikking in de bedrijfsgeneeskunde mogelijk is?

(noem er maximaal 3, u kunt deze straks toelichten)

**Graag uw antwoorden via de laptop de Google Form staat klaar!**



## Juridisch kader (1)

**Kernvoorwaarden voor taakdelegatie door bedrijfsarts (BA) aan andere functionaris (AF):**

- BA dient opdracht te geven aan AF
- BA dient aan AF (voor zover nodig) aanwijzingen te geven
- AF dient, volgens BA én AF zelf, bekwaam te zijn om opdracht uit te voeren
- Voorzien moet zijn in toezicht en/of de mogelijkheid van tussenkomst

→ Sluiten deze kernvoorwaarden volgens u goed aan bij de praktijk? En op het werkterrein van de bedrijfsarts? Mist u bepaalde kernvoorwaarden?



## Juridisch kader (2)

**Hoofdbehandelaar** = Deze heeft de *regie* over de behandeling van de patiënt. In algemene zin houdt dit in dat hij/zij voor afstemming en coördinatie zorgt, alsmede voor zowel de zorgverleners als de patiënt/naaste betrekkingen het centrale aanspreekpunt is.

Meer in het bijzonder houdt de regietaak ten minste in dat hij/zij:

- a) de voorwaarden en omstandigheden schept voor verantwoorde uitvoering van de behandeling;
- b) de betrokken zorgverleners in staat stelt hun bijdrage te leveren;
- c) alert is op aspecten die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne/hare en zich daarover laat informeren;
- d) toetst of de door de zorgverleners geleverde bijdragen met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn/haar eigen behandelplan en ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;
- e) in overleg met de betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject adequate dossiervoering plaatsvindt;
- f) de patiënt/naaste betrekkingen op de hoogte houdt van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

→ Is deze invulling van het begrip hoofdbehandelaar (ontwikkeld met het oog op de curatieve sector) ook bruikbaar in de context van de bedrijfsgezondheidszorg? Zo nee, waarom niet, wat mist u, welke nuancering is nodig en waarom?



## Onderdeel 2: De huidige praktijk van taakdelegatie en taakherschikking



### Taakdelegatie en/of taakherschikking in de huidige praktijk

	N	Aica	Huisarts	Arbe- /versum/ bedrijfs- voorzorg kundige	Magister case manager	Praktijk ondersteuner bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschap Werkler Integratie- consultant	Versum/rc- ondersteunende functionaris	Overige ondersteunende functionaris
Anamnese	55	18	1	27	6	7	2	22	7
Onderzoek	29	11	2	11	0	2	0	5	8
Diagnose stellen	15	8	0	4	0	2	0	3	1
Procesbegeleiding	102	17	0	46	76	11	6	93	44
Dokteroversluitbegeleiding (aanvullend)	155	29	1	59	32	10	11	77	18
Dokteroversluitbegeleiding (complex)	19	9	0	2	4	2	0	6	3
Verwijzen	10	7	2	2	3	0	2	3	7
Vaakstellen en melden beroepsrisico(n)	5	3	0	0	0	0	0	0	2
Preventie	123	18	0	34	13	5	14	22	60
Arbeidsomstandigheden advies	35	12	0	19	3	3	2	7	3
Informatieverwerking	114	10	0	18	19	6	3	41	68
Communicatie en advies	66	13	0	26	16	6	10	30	18
Samenwerking	30	14	2	19	10	6	6	20	11



### Taakherschikking in de huidige praktijk

	N	Geen	Aica	Huisarts	Arbe- /versum/ bedrijfs- voorzorg kundige	Magister case manager	Praktijk ondersteuner bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschap Werkler (SMW)	Versum/rc- Integratie- consultant	Overige ondersteun- ende functionaris
Anamnese	55	41	9	0	5	0	1	0	0	1
Onderzoek	26	19	7	0	0	0	0	0	0	2
Diagnose stellen	14	9	4	0	0	0	0	0	0	1
Procesbegeleiding	178	109	7	0	9	34	1	0	29	16
Dokteroversluitbegeleiding (aanvullend)	151	103	12	1	16	12	0	1	11	6
Dokteroversluitbegeleiding (complex)	18	16	1	0	0	0	0	0	0	1
Verwijzen	20	13	2	1	1	1	0	0	3	1
Vaakstellen en melden beroepsrisico(n)	5	4	1	0	0	0	0	0	0	0
Preventie	116	71	3	0	15	2	0	6	5	26
Arbeidsomstandigheden advies	34	23	3	0	7	1	0	0	0	0
Informatieverwerking	111	81	3	0	4	3	2	0	3	19
Communicatie en advies	66	46	4	0	6	6	0	3	3	7
Samenwerking	45	31	7	1	3	3	0	1	3	2



## Overige functionarissen

- *Arbeid hygiënist*
- *Arbeidsdeskundige*
- *P&O (adviseur)/HR*
- *Ergonoom*
- *(Medisch) secretariaat*
- *Assistente*
- *Administratief medewerker*



## Resultaten nader in beeld

Taakdelegatie en/of taakherschikking		Taakherschikking	
Welke taak?	Wie?	Welke taak?	Wie?
Procesbegeleiding	1. Verzuimconsulent 2. Register casemanager 3. Verpleegkundige	Procesbegeleiding	1. Verzuimconsulent 2. Register casemanager
Ziekteverzuim (eenvoudig)	1. Verzuimconsulent 2. Verpleegkundige	Ziekteverzuim (eenvoudig)	1. Verpleegkundige
Preventie	1. Overige functionaris 2. Verpleegkundige	Preventie	1. Overige functionaris
Informatieverwerking	1. Overige functionaris 2. Verzuimconsulent	Informatieverwerking	1. Overige functionaris

- Zelfde 4 taken worden het meest aangekruist
- Maar ook dezelfde functie!



## Discussie: uw reactie

- Toelichten resultaten
- Duiden resultaten
- Praktijkvoorbeelden
- Visie organisatie



### Onderdeel 3: Mogelijkheden taakdelegatie/taakherschikking in de toekomst



#### Taakdelegatie en/of taakherschikking in de toekomst

	N	Alles	Huisarts	Arbe- /versuim/ bedrijfs- verloof	Registrator casemanager	Praktijk ondersteuner bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschap polijk Waker (BMW)	Versuim/re- integratie- consulent	Overige ondersteunende functies
Anamnese	170	90	22	84	22	56	30	37	16
Onderzoek	65	55	15	54	2	12	10	4	10
Diagnose stellen	54	51	12	10	2	5	2	2	5
Procebeleiding	245	109	8	148	175	129	59	164	67
Dokterversuimbegleiding (concreet)	249	170	23	204	77	123	65	112	24
Dokterversuimbegleiding (complex)	27	25	1	10	6	6	2	5	1
Verwijzen	45	40	14	22	4	16	9	7	6
Vaestellen en melden beroepszakte(n)	25	25	1	15	1	5	1	5	5
Preventie	165	127	16	140	27	62	56	45	61
Arbeidsomstandighedenrapportage	51	77	7	75	15	45	35	20	12
Informatieoverdracht	175	86	12	92	50	65	16	72	60
Communicatieadvies	104	75	11	75	40	49	31	49	29
Bemoeiening	69	70	19	65	35	40	31	36	22



#### Taakherschikking in de toekomst

	N	Geen	Alles	Huisarts	Arbe- /versuim/ bedrijfs- verloof	Registrator casemanager	Praktijk ondersteuner bedrijfsarts (POB)	Bedrijfs Maatschap polijk Waker (BMW)	Versuim/re- integratie- consulent	Overige ondersteunende functies
Anamnese	106	42	55	18	27	4	9	5	2	2
Onderzoek	62	20	29	15	12	1	4	4	1	2
Diagnose stellen	24	9	21	11	2	0	2	0	0	0
Procebeleiding	240	60	76	10	97	114	72	17	61	28
Dokterversuimbegleiding (concreet)	245	100	110	31	95	32	54	25	22	10
Dokterversuimbegleiding (complex)	27	14	11	2	5	2	2	2	2	2
Verwijzen	47	27	17	6	7	0	1	2	0	0
Vaestellen en melden beroepszakte(n)	26	12	14	2	5	0	0	1	0	2
Preventie	161	59	74	15	80	11	40	27	24	29
Arbeidsomstandighedenrapportage	69	26	44	8	25	5	21	12	11	5
Informatieoverdracht	175	69	65	11	91	25	40	11	26	24
Communicatieadvies	101	26	44	7	26	17	20	12	17	9
Bemoeiening	69	29	42	14	22	11	12	11	12	6





## Resultaten nader in beeld

Taakdelegatie en/of taakherschikking		Taakherschikking	
Welke taak?	Wie?	Welke taak?	Wie?
Ziekteverzuim (eenvoudig)	1. Verpleegkundige 2. Aios 3. POB'er 4. Verzuimconsulent	Procesbegeleiding	1. Register casemanager 2. Verpleegkundige 3. Verzuimconsulent 4. Aios 5. POB'er
Procesbegeleiding	1. Register casemanager 2. Verzuimconsulent 3. Verpleegkundige 4. POB'er	Ziekteverzuim (eenvoudig)	1. Verpleegkundige 2. Aios
Preventie	1. Verpleegkundige 2. Aios	Preventie	1. Verpleegkundige 2. Aios
Informatieverwerking	1. Verpleegkundige 2. Aios 3. POB'er 4. Overige functionaris	Informatieverwerking	1. Aios 2. Verpleegkundige

- Zelfde vier taken worden aangekruist. Wanneer het alleen taakherschikking betreft wordt procesbegeleiding iets vaker aangekruist.
- Zelfde functies komen ook hier naar voren, maar meer mogelijkheden (bv. Aios en POB'er)



## Discussie: uw reactie

- Toelichten resultaten
- Duiden resultaten
- Praktijkvoorbeelden
- Visie organisatie



## Onderdeel 4: *De kansen van taakherschikking en taakdelegatie*



## Voor- en nadelen

Wat zijn volgens u, samengevat, de belangrijkste **voordelen en kansen** van taakdelegatie en taakherschikking?  
(noem er maximaal 3)

Wat zijn volgens u, samengevat, de belangrijkste **nadelen en bedreigingen** van taakdelegatie en taakherschikking?  
(noem er maximaal 3)

**Graag uw antwoorden via de laptop de Google Form staat klaar!**



## Drie slotvragen

1. Draagt taakdelegatie en taakherschikking bij aan een aantrekkelijker vak en dus aan een oplossing voor het (dreigende) tekort aan bedrijfsarts?

2. Draagt taakdelegatie en taakherschikking bij aan betere zorg voor werknemers?

3. Wat is er nu als eerste nodig om taakdelegatie en taakherschikking te laten slagen? Waar liggen de grootste uitdagingen?



## Afsluiting

Overige vragen/opmerkingen?

- Resultaten onderzoek → Rapport
- Mail: Formulieren reisvergoeding
- Heeft u ideeën voor casestudies? Mail ons/spreek ons aan!

Mogen ook worden gestuurd naar:  
[r.batenburg@nivel.nl](mailto:r.batenburg@nivel.nl) en [s.versteeg@nivel.nl](mailto:s.versteeg@nivel.nl)



## Bijlage 4: Agenda van de focusgroep

1. **Introductie**
2. **Voorstelronde**
3. **Onderdeel 1: Juridisch kader**
  - *Discussie over de randvoorwaarden voor taakdelegatie en/of taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg*
  - *Discussie over 'hoofbehandelaar'*
4. **Onderdeel 2: De huidige praktijk**
  - *Bespreken en reageren resultaten enquête onderbedrijfsartsen m.b.t. taakdelegatie en taakherschikking in de huidige praktijk*
  - *Toelichten/nuanceren resultaten*
5. **Onderdeel 3: De (toekomst) mogelijkheden**
  - *Bespreken en reageren resultaten enquête onderbedrijfsartsen m.b.t. taakdelegatie en taakherschikking in de toekomst*
  - *Toelichten/nuanceren resultaten*
6. **Onderdeel 4: Kansen taakdelegatie en/of taakherschikking**
  - *De voor- en nadelen van taakdelegatie en/of taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg*
  - *Taakdelegatie/taakherschikking als oplossing?*
7. **Afsluiting + borrel**

## Bijlage 5: De topiclijst gebruikt in de interviews voor de praktijkbeschrijvingen

### 1. *Beschrijving casus*

- Voorstellen persoon - persoonskenmerken
- Soort werksituatie: zelfstandig/maatschap/arbodienst
- Omvang casus: aantal werknemers/aantal klanten
- Welke diensten worden geleverd?
- Overige organisatie-kenmerken

### 2. *Waarom model taakdelegatie*

- Aanleiding voor taakdelegatie/taakherschikking model
- Uitgangspunten - overwegingen voor model van taakdelegatie
- Hoelang wordt er al met dit model gewerkt
- Rol politiek/beleid?

### 3. *Concrete invulling 'model'*

- Visie
- Richtlijnen/Contracten/Procesbeschrijvingen/Span of control
- Taken – welke taken delegeer je, welke absoluut niet of grijs gebied?
- Hoe generalistisch dan wel specialistisch zijn de taken van de bedrijfsarts zijn die gedelegeerd of herschikt in het model
- Welke kwalificatie-eisen personeel (AF)
- Functiebenamingen AF – medewerkers naar wie wordt gedelegeerd
- Randvoorwaarden/condities
- Borging binnen wet- en regelgeving
- Informatiesystemen
- Communicatie naar werkgever/werknemer

### 4. *Effecten van model*

- Effect voor bedrijfsarts?
- Effect voor andere functionarissen?
- Hoe reageert de klant?
- Financiële consequenties
- Succesfactoren/barrières
- Positieve ervaringen/voordelen – evt. voorbeelden
- Negatieve ervaringen/nadelen – evt. voorbeelden

### 5. *Toekomst*

- Visie toekomst taakdelegatie/taakherschikking binnen eigen organisatie/NL
- Verbeterpunten
- Uitdagingen
- Welke veranderingen worden verwacht?
- Model oplossing voor tekort/kwaliteit bedrijfsgezondheidszorg verbeteren?