

Positie arboverpleegkundigen

Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg

Positie arboverpleegkundigen
Advies voor implementatie taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg

P.A.M. Jonker-Jorna, MSc
V&VN Arboverpleegkundigen
In opdracht van V&VN

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	5
2	Aanleiding	6
3	Inleiding	7
4	Vraagstelling	9
5	Methode	10
5.1	Wat zijn de wettelijke kaders waarbinnen taakherschikking moet plaatsvinden?	10
5.2	Hoe heeft taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg plaatsgevonden? <i>Documenten-analyse</i>	10
5.3	Hoe worden de taken van de arboverpleegkundige in andere westerse landen ingevuld?	11
5.4	In welke mate wordt er door arboverpleegkundigen al gewerkt volgens taakherschikking in de verzuimbegeleiding?	11
5.5	Welk onderscheid in taken kan er gemaakt worden tussen de bedrijfsarts, arboverpleegkundige en de verpleegkundig specialist?	13
6	Resultaten	14
6.1	Wat zijn de wettelijke kaders waarbinnen taakherschikking moet plaatsvinden?	14
6.2	Hoe heeft taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg plaatsgevonden?	15
6.3	Hoe worden de taken van de arboverpleegkundige in andere westerse landen ingevuld?	16
6.4	In welke mate wordt er door arboverpleegkundigen al gewerkt volgen taakherschikking in de verzuimbegeleiding?	21
6.5	Welk onderscheid in taken kan er gemaakt worden tussen de bedrijfsarts, arboverpleegkundige en de VS?	22
7	Discussie	25
8	Advies	27
9	Literatuur	28
	Bijlage 1 Verantwoording Literatuur	31
	Bijlage 2 Enquête: Onderzoek V&VN Arboverpleegkundigen	33
	Bijlage 3 Resultaten Enquête	37
	Bijlage 4 Betrouwbaarheid enquête op basis van respons	41
	Bijlage 5 Gespreksverslagen	42
	Bijlage 6 Originele tabellen en grafieken	45
	Bijlage 8 CanMEDS	46

Definitie taakherschikking (KNMG 2012)

Taakherschikking betreft “de herverdeling van taken tussen beroepsbeoefenaren, waarbij de meer routinematige handelingen worden overgelaten aan bijvoorbeeld verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten of physician assistants, zodat artsen zich op meer specialistische handelingen kunnen richten”.

Samenvatting

Aanleiding

Onderzoek naar de mogelijkheden van taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg is van belang. Enerzijds omdat de rol van de arboverpleegkundige, naar mening van de eigen beroepsvereniging, nog onvoldoende verankerd is en anderzijds omdat er in de toekomst een tekort verwacht wordt aan bedrijfsartsen. Daarnaast is de positie van de verpleegkundig specialisten als speler binnen dit werkveld nieuw en moet deze verder bepaald worden. In opdracht van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) werd dit praktijkgericht onderzoek uitgevoerd dat antwoord moet geven op de vraag hoe taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg vorm kan krijgen.

Vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is te komen tot een gefundeerd advies over taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg. Met als hoofdvraag: Hoe kan taakherschikking tussen bedrijfsartsen en arboverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten binnen de arbeidsgelateerde zorg worden gerealiseerd?

Methode

Er werd een praktijkgericht, exploratief, mixed-methods onderzoek uitgevoerd. Mogelijkheden van taakherschikking werden verkend waarbij kwaliteit van de arbeidsgelateerde zorg wordt bevorderd, passend binnen het huidige wet- en regelgevingsstelsel. Onderzoek vond plaats in diverse kennisbronnen te weten literatuur, websites, een enquête, open interviews en een focusgroep.

Resultaten

De mate waarin taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg en binnen de arbeidsgelateerde zorg in andere westerse landen plaatsvindt, is afhankelijk van de mate waarin er door veldpartijen actief op taakherschikking wordt gestuurd. De verpleegkundige onderscheidt zich van de medisch specialist door zich niet alleen op de patiënt en de aandoening te richten, maar de patiënt te zien in diens bredere (sociale) omgeving. Daarnaast geldt dat door BIG-registratie en de daarbij behorende tuchtrechtelijke aansprakelijkheid medisch beroepsgeheim en privacy van werknemers ook bij verpleegkundigen gewaarborgd is. Sleutelfiguren zien het als een logisch vervolg dat taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg geïmplementeerd zal worden. In de praktijk blijken arboverpleegkundigen al veelvuldig volgens taakherschikking werken.

Discussie en advies

Geconcludeerd kan worden 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. Gestreefd moet worden naar de wettelijke erkenning van het beroep van verpleegkundige in de bedrijfsgezondheidszorg (aanpassing Arboret). Nadere afstemming tussen de beroepsverenigingen van de bedrijfsartsen (NVAB) en verpleegkundigen (V&VN Arboverpleegkundigen) lijkt nog noodzakelijk voor dat tot implementatie kan worden overgegaan. De disciplines zijn complementair aan elkaar waardoor middels afstemming en samenwerking kwaliteit van zorg kan worden bevorderd. De omstandigheden en de lokale situatie bepalen uiteindelijk welke nieuwe bevoegdheid onder respectievelijk de bedrijfsarts, arboverpleegkundige en de verpleegkundig specialist gaan vallen. Het gaat om het op maat maken van afspraken en het inrichten van processen zodanig dat er een continue inhoudelijke dialoog tussen de leden van het multidisciplinaire team is. Voorwaarde daarvoor is het duidelijk vastleggen van afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen verpleegkundig specialisten, arboverpleegkundigen en bedrijfsartsen.

2

Aanleiding

De beroepsvereniging V&VN Arboverpleegkundigen streeft naar versteviging en verankering van de positie van arboverpleegkundigen binnen de arbeidsgerelateerde zorg. Arboverpleegkunde is een specialisatie van verpleegkunde binnen het veld van de maatschappelijke gezondheidszorg, specifiek gericht op de veiligheid, gezondheid en het welzijn (VGW) van de mens in relatie tot arbeid en de arbeidsomstandigheden. De beroepsuitoefening van de arboverpleegkundige (AVK) krijgt niet alleen gestalte in het herkennen, opsporen, analyseren en diagnosticeren van bedreigingen voor het gezonde bestaan van de werkende mens, maar ook in het adviseren en coachen van organisaties en mensen binnen organisaties opdat menselijke vermogens zo optimaal mogelijk worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid. De aandachtsgebieden van de AVK zijn: preventieve en curatieve gezondheidszorg ten behoeve van een veilige en gezonde werkomgeving waarin met plezier wordt gewerkt. De Arbowet- en regelgeving is gericht op veiligheid, gezondheid en arbobeleid. De competenties van de AVK zijn vastgelegd in het Expertisegebied arboverpleegkundigen.

De wereld van de arbodienstverlening en bedrijfsgezondheidszorg is in beweging. De rol van werkgevers, werknemers en arbo-professionals binnen het werkveld wordt ter discussie gesteld en vraagt om een kritische blik. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) is voornemens om Arbowetgeving aan te passen. Ze heeft advies ingewonnen bij Sociaal Economische Raad (SER), waarvoor deze in 2014 het rapport 'Betere zorg voor werkenden' heeft opgesteld. Naar aanleiding van dit rapport heeft V&VN Arboverpleegkundigen een voorstel voor dit onderzoek gedaan aan het ministerie van SZW.

In 2011 werd in het NIVEL-rapport 'Capaciteitsraming bedrijfsartsen 2012-2022/2028' gesteld dat naast verzuimbegeleiding door bedrijfsartsen het niet ondenkbaar is dat de verzuimbegeleiding in toenemende mate al wordt uitgevoerd door nurse practitioners (NP) of physician assistants (PA). Tijdsgebrek bij en schaarste aan bedrijfsartsen maken dat deze niet alle werkzaamheden kunnen uitvoeren. Schaarste betekent over het algemeen ook dat kosten, in dit geval veelal voor werkgevers, oplopen.

3

Inleiding

Dit rapport beschrijft de mogelijkheden van taakherschikking tussen bedrijfsartsen, arboverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten binnen de arbeidsgerelateerde zorg: zorg voor werkenden die is gericht op behoud, herstel en verbetering van gezondheid en duurzame inzetbaarheid. Binnen deze zorg staan verzuimbegeleiding, preventie en duurzame inzetbaarheid centraal. In dit onderzoek kortweg verzuimbegeleiding genoemd.

Voor de medische beoordeling, om vast te stellen of er sprake is van ziekte of gebrek, is een medische achtergrond noodzakelijk. Dit betekent dat alleen de bedrijfsarts (BA) en verpleegkundigen: arboverpleegkundige (AVK) en verpleegkundig specialist (VS) hiervoor zijn toegerust (Toelichting tabel 1). Dit zijn namelijk allen BIG-geregistreerde beroepen, de daar bij behorende tuchtrechtelijke aansprakelijkheid waarborgt het medisch beroepsgeheim en de privacy van de werknemer.

Tabel 1 Toelichting op functies

Bedrijfsarts: Een bedrijfsarts is een gespecialiseerde arts. De titel 'bedrijfsarts' is een beschermde titel die niet zomaar gevoerd mag worden. Een bedrijfsarts ondersteunt de werkgever bij het ziekteverzuim in zijn bedrijf. Bijvoorbeeld met het opstellen van een goed verzuimbeleid en de preventie van ziekteverzuim. Maar ook met het begeleiden van een zieke werknemer terug naar het werk (re-integratie). Bedrijven zijn verplicht om samen te werken met een bedrijfsarts. Dit kan een bedrijfsarts uit een arbo-dienst zijn of een zelfstandig gevestigde geregistreerde bedrijfsarts. Een bedrijfsarts moet worden ingeschakeld bij: de verzuimbegeleiding en re-integratie van werknemers; bij aanstellingskeuringen en bij periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek.

Arboverpleegkundige: Een specialisatie van verpleegkunde binnen het veld van de maatschappelijke gezondheidszorg, specifiek gericht op de veiligheid, gezondheid en het welzijn (VGW) van de mens in relatie tot arbeid en de arbeidsomstandigheden. Hij/zij bewaakt en/of bevordert de individuele gezondheid van de werknemer. Zij hebben niet alleen oog voor de fysieke kanten van het werk. In de praktijk adviseren ze ook binnen afdelingen over de arbeidsverhoudingen, beeldschermwerk en het arbo- en verzuimbeleid. AVK's hebben vaak zitting in sociaal-medische teams binnen bedrijven. Bijvoorbeeld om leidinggevenden te adviseren over verzuim en het voorkomen daarvan.

Verpleegkundig specialist: Een verpleegkundig specialist is de wettelijk beschermde benaming voor een verpleegkundige die een geaccrediteerde masteropleiding met positief resultaat heeft afgerond. Een verpleegkundig specialist wordt ingezet voor een omschreven patiëntengroep waarvoor deze individuele behandelrelaties aangaat. Onder bepaalde voorwaarden heeft de verpleegkundig specialist de bevoegdheid hoofdbehandelaar te zijn.

Er is een toenemende behoefte om mensen langer gezond, fit en productief aan het werk te houden. Met het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd moeten mensen langer doorwerken waarbij ook het aantal werknemers met chronische aandoeningen toeneemt (Ursum 2011). Grotere effectiviteit en efficiency van zorg kunnen minder verzuim, minder uitval en minder kosten voor de werkgever, de medewerker én de samenleving met zich meebrengen (SER, 2014). Arbeidsparticipatie is basisvoorwaarde voor een sterke economie.

De vraag is hoe arbeidsgerelateerde zorg zo effectief en efficiënt mogelijk kan worden georganiseerd. Onderzoek naar de mogelijkheden van taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg is van belang. Enerzijds omdat er in de toekomst een tekort verwacht wordt aan BA's en anderzijds omdat de rol van de AVK, naar mening van de eigen beroepsvereniging, nog onvoldoende verankerd is. Daarnaast is de positie van de VS als speler binnen dit werkveld nieuw en moet deze verder bepaald moet worden. Tevens is de kostenpost van inkoop van arbeidsgerelateerde zorg voor werkgevers hoog.

In opdracht van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) wordt dit praktijkgericht onderzoek uitgevoerd dat antwoord moet geven op de vraag hoe taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg vorm kan krijgen, waarbij betere en effectievere arbeidsgerelateerde zorg wordt geboden. Voor taakherschikking wordt hier de definitie volgens de handreiking Taakherschikking (KNMG, 2012) gevolgd (tabel 2).

Tabel 2 Definitie taakherschikking
Taakherschikking volgens de handreiking Taakherschikking (KNMG 2012) betreft “ <i>de herverdeling van taken tussen beroepsbeoefenaren, waarbij de meer routinematige handelingen worden overgelaten aan bijvoorbeeld verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten of physician assistants, zodat artsen zich op meer specialistische handelingen kunnen richten</i> ”.

In de literatuur worden de volgende vier vormen van taakherschikking onderscheiden:

- taakdiversificatie
- taakspecialisatie
- taakdelegatie en
- taaksubstitutie (Nancarrow & Borthwick, 2005) (tabel 3).

Taakdelegatie en taaksubstitutie passen bij de aard van de taakherschikking tussen BA's, AVK's en VS-en die in dit onderzoek centraal staan: namelijk overheveling van taken van BA's naar verpleegkundigen.

Het doel van dit onderzoek is het geven van een gefundeerd advies over taakherschikking (in de vorm van taakdelegatie en taaksubstitutie) tussen BA's, AVK's en VS-en.

Tabel 3. Toelichting op taakherschikking
Vier vormen van taakherschikking: taakdiversificatie, taakspecialisatie, taakdelegatie en taaksubstitutie (Nancarrow & Borthwick, 2005). Bij <i>taakdiversificatie</i> gaat het om het uitbreiden van taken en verantwoordelijkheden zonder dat daarbij het domein van andere 'gevestigde' beroepsgroepen wordt overschreden. Hiervoor worden ook wel de Engelse termen 'role enhancement' en 'role enlargement' gebruikt (Dubois & Singh, 2009). <i>Taakspecialisatie</i> betreft het toeleggen op een bepaalde expertise door een beroepsgroep, en het verwerven van de legitieme autoriteit om de kennis en vaardigheden die tot dit specifieke domein behoren, te bezitten en uit te voeren (Nancarrow & Borthwick, 2005). Bij <i>taakdelegatie</i> worden taken overgedragen; de eindverantwoordelijkheid ligt echter bij de beroepsgroep die oorspronkelijk de taken uitvoerde. <i>Taaksubstitutie</i> betreft daarentegen het overdragen van taken tussen beroepsgroepen met bijbehorende verantwoordelijkheden.

4

Vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is te komen tot een gefundeerd advies over taakherschikking tussen bedrijfsartsen en verpleegkundigen in de arbeidsgelateerde zorg. Om bovengenoemd doel te bereiken zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd.

Hoofdvraag: Hoe kan taakherschikking tussen bedrijfsartsen en verpleegkundigen (AVK en VS) binnen de arbeidsgelateerde zorg worden gerealiseerd? Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

1. Wat zijn de wettelijke kaders waarbinnen taakherschikking moet plaatsvinden?
2. Hoe heeft taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg plaatsgevonden?
3. Hoe worden de taken van de arboverpleegkundige in andere westerse landen ingevuld?
4. In welke mate wordt er door arboverpleegkundigen al gewerkt op basis van taakherschikking in de verzuimbegeleiding?
5. Welk onderscheid in taken kan er gemaakt worden tussen de bedrijfsarts, arboverpleegkundige en de verpleegkundig specialist?

5

Methode

Om bovenstaande vraagstellingen te beantwoorden werd een praktijkgericht, exploratief, mixed-methods onderzoek uitgevoerd. Mogelijkheden van taakherschikking werden verkend waarbij de behoefte van de klanten (werkgevers en medewerkers) werden meegenomen, passend binnen het huidige wet- en regelgevingsstelsel. Onderzoek vond plaats met behulp van diverse kennisbronnen te weten literatuur, websites en sleutelfiguren. Er werden een enquête, open interviews, focusgroep en klankbordgroep gehouden. Nadat alle gegevens zijn verzameld werd de mening en visie van een aantal werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers gepeild.

Per deelvraag wordt de methode van onderzoek beschreven.

5.1

Wat zijn de wettelijke kaders waarbinnen taakherschikking moet plaatsvinden?

Het beleidsdocument *“Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie” (NVAB, 2009)* was leidend bij het onderzoek naar de wettelijke kaders. De in dit document genoemde relevante literatuur en websites van de rijksoverheid werden geraadpleegd.

Uitvoering van het onderzoek

Het beleidsdocument en de websites zijn bestudeerd waarbij de gegevens zijn verzameld en samengevat zijn opgenomen in de resultaten.

5.2

Hoe heeft taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg plaatsgevonden?

Documenten-analyse

Centraal stond de vraag hoe taakherschikking binnen Nederland heeft plaatsgevonden binnen andere werkvelden zoals ziekenhuizen, ggz en huisartsenpraktijken. Thema's bij de beantwoording van de vraagstelling waren de mate waarin taakherschikking plaatsvindt of plaats heeft gevonden en de wijze waarop dit plaatsvindt c.q. heeft plaatsgevonden. Er is een systematische zoekopdracht naar 'taakherschikking' op de websites van KNMG en V&VN gedaan. Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuur, aangeleverd via benaderde sleutelfiguren, zoals BA's en lectoren. Tevens werd het symposium Taakherschikking, georganiseerd door V&VN, NAPA en Federatie van Medisch Specialisten, bezocht.

Uitvoering van het onderzoek

Literatuur is geïnccludeerd indien:

- recent gepubliceerd (2012-2015), omdat er veel beweging is in taakherschikking en er veel onderzoek ligt is deze korte periode van publicatie aangehouden.
- het een praktijkstudie betrof waarbij de nadruk lag op taakherschikking.
- de beschreven analyse inzicht gaf in de praktijk van taakherschikking.

Data verwerking en data-analyse

De relevante literatuur is bestudeerd en relevante data, begrippen, modellen en/of theorieën zijn geanalyseerd, samengevat, overgenomen en/of aangepast.

5.3

Hoe worden de taken van de arboverpleegkundige in andere westerse landen ingevuld?

Documenten-analyse

Om antwoord te geven op de vraag hoe AVK's in andere westerse landen invulling geven aan hun taken is gezocht naar literatuur in Europa, Australië en de USA. Onderzoek vond plaats in de databanken CINAHL en Pubmed. Omdat er vooral de laatste jaren weinig onderzoek is verricht is er een ruime marge aangenomen in de publicatiedatum: tussen 2004-2015. Er zijn geen beperkingen gehanteerd ten aanzien van gehanteerde onderzoeksmethodologie. Als zoektermen (MESH) werden gebruikt: 'occupational health', 'nurse', 'nursing', 'task transfer', 'occupational health nurse', 'nursing role', 'tasks'. De zoektermen moesten voorkomen in de titel, samenvatting of als sleutelwoord. De zoektermen zijn in verschillende combinaties in de databases ingevoerd. Het Booleaans OR en/of AND zijn gebruikt om zoektermen te combineren. Referenties in gevonden artikelen zijn gescreend op relevante artikelen die in de zoektocht wellicht niet gevonden werden (sneeuwbalmethode). Tevens werden de websites van arboverpleegkundige beroepsverenigingen geraadpleegd:

- Federation of Occupational Health Nurses Europe (FOHNEU)
- American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN)
- Belgian Federation of Occupational Health Nurses (BeFOHN)

Uitvoering van het onderzoek

De gevonden artikelen zijn beoordeeld in drie stappen: Relevantie op basis van de titel, relevantie op basis van het abstract en artikelen zijn geëxcludeerd indien zij niet beschikbaar bleken of indien ze na het lezen van het abstract niet relevant voor dit onderzoek bleken. Voorwaarde was dat de artikelen in het Engels of Nederlands beschikbaar waren.

Dataverwerking en data-analyse

De geïnccludeerde onderzoeksartikelen zijn kritisch beoordeeld met behulp van de Cochrane/CBO-beoordelingsformulieren voor het beoordelen van de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek (bijlage 1). Relevante data, begrippen, modellen en/of theorieën werden geanalyseerd, samengevat, overgenomen en/of aangepast. De resultaten uit het literatuuronderzoek zijn beschrijvend weergegeven.

5.4

In welke mate wordt er door arboverpleegkundigen al gewerkt volgens taakherschikking in de verzuimbegeleiding?

Op basis van signalen vanuit de beroepsgroep bestond de hypothese dat er bij verzuimbegeleiding door veel AVK's al volgens taakdelegatie en taaksubstitutie gewerkt wordt. Om dit te verifiëren en een beeld te vormen van de mate waarin AVK's bij verzuimbegeleiding al taken van de bedrijfsarts overnemen werd een enquête uitgezet onder de leden van V&VN Arboverpleegkundigen (n=158) gevolgd door een focusgroep interview (n=6).

Enquête

Ontwikkeling enquête

De enquêtevragen (bijlage 2) zijn samengesteld met behulp van de handreikingen 'Implementatie taakherschikking' (KNMG, V&VN, NAPA 2012) en 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG 2010). Deze handreikingen beschrijven randvoorwaarden en stappen om tot taakherschikking te komen. Er is gekozen voor een schriftelijke enquête omdat in een korte tijd een grote groep mensen kan worden bereikt (Baarda et al., 2000).

Uitvoering van het onderzoek

De vragen van de enquête werden ingevoerd in het enquête-programma enquete.be. De vragen werden besproken met diverse betrokkene bij dit onderzoek (face validity). De enquête werd eerst in de vorm van een pilot uitgezet onder het bestuur van V&VN Arboverpleegkundigen. Naar aanleiding van de evaluatie werden nog enkele aanpassingen gedaan. De inlogcode voor de enquête werd per mail verstuurd en er werd een link naar de enquête geplaatst op de besloten LinkedIn-groep van de V&VN Arboverpleegkundigen. Tijdens de Algemene Ledenvergadering werd een presentatie gehouden en werd de enquête nogmaals onder de aandacht gebracht. Na twee weken werd een herinneringsmail verstuurd.

Dataverwerking en data-analyse

Vanuit het programma enquetemaken.be werden de resultaten in tabellen gegenereerd (bijlage 3), geanalyseerd en door middel van beschrijvende statistiek verwerkt.

Focusgroep

In de enquête werd de vraag gesteld of de AVK van mening is dat er op zijn/haar werkplek reeds sprake is van taakherschikking. AVK's die hierop "ja" hebben geantwoord werd gevraagd deel te nemen aan de focusgroep. Doel hiervan was het verkrijgen van inzicht in de visie van de deelnemers op de huidige uitvoering van werkzaamheden uit het oogpunt van taakherschikking. Het is immers belangrijk om de visie van de beroepsgroep en de huidige werkwijze mee te nemen in de resultaten.

Uitvoering van het onderzoek

De focusgroep bijeenkomst werd ingeleid met een presentatie van resultaten uit de enquête, de literatuurstudie en het gesprek met de NVAB en UWV. Vervolgens vond een interactief gesprek plaats over de huidige invulling van de werkzaamheden van de betrokken AVK's van waaruit een gezamenlijke visie op het vervolg ontstond. Ten behoeve van de uitwerking van de analyse werd de focusgroep bijeenkomst op band opgenomen.

Dataverwerking en data-analyse

De analyse van de gegevens werd gedaan op basis van de aantekeningen, waarbij de opnameband als geheugensteun werd gebruikt. De samenvatting werd aan de deelnemers van de focusgroep voorgelegd (member check).

Klankbordgroep

Nadat alle data uit het onderzoek verzameld en in kaart gebracht waren vond als afsluiting van het onderzoek een klankbordgroep plaats met AVK's. Doel hiervan was het verkrijgen van inzicht in de visie van de deelnemers op de resultaten en het vervolg op het onderzoek.

Uitvoering van het onderzoek

De bijeenkomst van de klankbordgroep werd ingeleid met een presentatie van de resultaten uit het onderzoek. Vervolgens vond een interactief gesprek plaats over de opvolging van het onderzoek en welke rol de AVK, V&VN en V&VN Arboverpleegkundigen hierin kunnen spelen.

Dataverwerking en data-analyse

De analyse van de gegevens werd gedaan op basis van de aantekeningen. De samenvatting werd aan één van de deelnemers voorgelegd (member check).

5.5

Welk onderscheid in taken kan er gemaakt worden tussen de bedrijfsarts, arboverpleegkundige en de verpleegkundig specialist?

Om antwoord te geven op de vraag welk onderscheid in taken er gemaakt kan worden tussen de BA, AVK en VS werden open interviews uitgevoerd met sleutelfiguren (tabel 5). Ter beantwoording van deze vraag gelden tevens de resultaten uit vraag 4 als input namens de AVK's.

Tabel 5. Overzicht sleutelfiguren
Open interviews werden uitgevoerd met afgevaardigden van: <ul style="list-style-type: none">• Nederlandse Vereniging Arbeid- en Bedrijfsgeneeskunde, NVAB De BA's zijn direct betrokken bij de taakverdeling binnen de arbeidsgerelateerde zorg• Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG, als betrokkene bij de implementatie van taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg.• Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan, OVAL, vertegenwoordiger als brancheorganisatie van de arbodiensten.• Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV. Verantwoordelijk voor de toetsing van verzuimdossiers in het kader van WIA-aanvragen na twee jaar arbeidsongeschiktheid.• Kwaliteit op Maat, KoM, netwerkorganisatie van arbo professionals

Uitvoering van het onderzoek

De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een topiclijst (tabel 6), samengesteld aan de hand van de indicatoren uit de handreikingen 'Implementatie taakherschikking' (KNMG, V&VN, NAPA, 2012) en 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG 2010).

Tabel 6 Topiclijst
Topiclijst thema's <ul style="list-style-type: none">• Huidige werkwijze• Taakherschikking in relatie tot relevantie wetgeving• Competenties Arboverpleegkundigen• Competenties van de Verpleegkundig Specialist• Aanbevelingen voor oplossingsmogelijkheden

Dataverwerking en data-analyse

Analyse van gegevens vond plaats op basis van de aantekeningen, het verslag werd ter toetsing op juistheid van weergave aangeboden en retour ontvangen van de betrokken sleutelfiguur.

6

Resultaten

Vanuit de verschillende onderzoeksmethoden is naar een oplossingsrichting gezocht als antwoord op de hoofdvraag hoe taakherschikking tussen BA's en verpleegkundigen binnen de arbeidsgerelateerde zorg kan worden gerealiseerd. De resultaten worden per deelvraag beschreven.

6.1

Wat zijn de wettelijke kaders waarbinnen taakherschikking moet plaatsvinden?

Bij verzuimbegeleiding zijn diverse wettelijke regelingen van toepassing zoals de Arbeidsomstandighedenwet, Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Ook de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet op de Medische Keuringen (WMK) en als laatste te noemen de Wet verbetering Poortwachter (WvP) en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).

Het uitgangspunt van de wet BIG is dat iedereen die volgens de wet BIG geregistreerd staat, handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg mag verrichten, registratie in het BIG-register geeft duidelijkheid over de bevoegdheid van de zorgverlener om zijn of haar beroep uit te oefenen. Voorbehouden handelingen (tabel 7) zijn een uitzondering op dit uitgangspunt. In de wet BIG is de bevoegdheid om voorbehouden handelingen te verrichten gekoppeld aan de voorwaarde van bekwaamheid (art.36, lid 15): bevoegd mits bekwaam.

Tabel 7 Voorbehouden handelingen volgens Wet BIG, bron: Rijksoverheid.nl

Voorbehouden handelingen zijn risicovolle, medische handelingen die alleen door bevoegde zorgverleners mogen worden uitgevoerd. In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) staan de voorbehouden handelingen. En wie ze zelfstandig of in opdracht mag uitvoeren. Wie voorbehouden handelingen uitvoert moet dat deskundig en zorgvuldig doen. Ook moet hij door kennis en vaardigheid bekwaam zijn. Anders ontstaan onverantwoorde risico's voor de gezondheid van de patiënt.

Voorbeelden voorbehouden handelingen zijn: medicatie voorschrijven, chirurgische en verloskundige handelingen; injecties; narcose.
--

In de wet BIG zijn geen handelingen opgenomen die expliciet behoren tot verzuimbegeleiding in de arbeidsgerelateerde zorg.

Wetgeving met betrekking tot verzuimbegeleiding bepaalt niet expliciet welke handelingen in een concrete zorgsituatie door een BA, AVK of VS mag worden verricht en waar de grenzen liggen. Binnen de verzuimbegeleiding is sprake van medisch en verpleegkundig handelen.

Artikel 14 van de Arbeidsomstandighedenwet stelt dat een werkgever zich bij verzuimbegeleiding moet laten bijstaan door een gecertificeerde arbodienst of bedrijfsarts,. De titel AVK en/of VS wordt hierin niet genoemd.

Meersbergen (KNMG) stelt tijdens het symposium Taakherschikking (Utrecht, oktober 2015) dat wetgeving te veel gericht is op artsen, verpleegkundigen ontbreken hierin. Daarnaast stelt hij dat de Wet BIG de enige wet is die bevoegdheden toebedeeld. Artsen en verpleegkundigen moeten naar zijn mening samen een kwaliteitsstandaard afspreken.

6.2

Hoe heeft taakherschikking binnen de andere werkvelden van de gezondheidszorg plaatsgevonden?

De gezondheidszorg heeft te maken met veel verschillende professies. Bij elke professie horen bepaalde taken. De verdeling van deze taken is een gevolg van historisch gegroeide gewoontes en tradities. Tegenwoordig zijn deze gewoontes en tradities niet meer zo vanzelfsprekend. In de afgelopen jaren zijn er ontwikkelingen geweest rondom taakherschikking in de gezondheidszorg. In 2002 adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de mogelijkheden van taakherschikking in de gezondheidszorg. De ontwikkelingen rondom taakherschikking hebben meerdere oorzaken. Nederland is aan het vergrijzen waardoor de zorgvraag toeneemt, terwijl er gelijktijdig een afname is in het aantal zorgprofessionals (Gezondheidsraad 2008). Ook worden er hogere eisen aan de gezondheidszorg gesteld. Zo is er een wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren, en de toegankelijkheid te vergroten. Ontwikkelingen in de zorg vragen om een andere invulling van de bestaande zorgfuncties en een andere inrichting van de zorgprocessen (Lambregts & Grotendorst 2012). Dit proces van herverdeling wordt taakherschikking genoemd. Er worden vier processen van taakherschikking (Wallenburg et al 2015) beschreven (tabel 8).

Tabel 8. Vier processen van taakherschikking (Wallenburg et al 2015)

- Het verkrijgen van zelfstandigheid;
- De schuivende grenzen van taakherschikking;
- Samenwerking als centraal aspect van taakherschikking;
- De herdefiniëring van zorg.

Taakherschikking is opgenomen in de strategische agenda van het ministerie van Volksgezondheid (VWS). In tegenstelling tot de andere gebieden van gezondheidszorg valt de arbeidsgerelateerde zorg echter onder het ministerie van SZW.

De mate waarin taakherschikking plaatsvindt, is afhankelijk van de mate waarin er door veldpartijen actief op taakherschikking wordt gestuurd. De Nederlandse Zorg autoriteit (NZa) ziet hierbij vooral een rol weggelegd voor zorgverzekeraars waarbij de invloed van beroepsverenigingen en patiëntenverenigingen er mede voor kan zorgen dat taakherschikking al dan niet tot stand komt. Kwaliteitseisen zijn belangrijk onderdeel geweest in de discussie over taakherschikking binnen de gehele zorg.

Bij taakherschikking moet worden samengewerkt, het gaat per definitie om een proces waarbij meerdere beroepsbeoefenaren betrokken zijn. Wetgeving reikt slechts een globaal kader aan, beschrijving op handelingsniveau is hierin niet opgenomen en laat deze invulling over aan de functionele zelfstandigheid van de betrokken beroepsbeoefenaars. De omstandigheden en lokale situatie bepalen uiteindelijk daadwerkelijk de nieuwe bevoegdheden. Instellingen en beroepsbeoefenaren worden geacht zelf afspraken te maken en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen. De wijze waarop taakherschikking vormgegeven kan worden is mede afhankelijk van de wijze waarop de zorg is georganiseerd, het samenwerkingsverband en het deskundigheidsgebied (Meersbergen, 2014) (KNMG, 2012). Taakherschikking leidt tot meer handelingsbevoegde zorgverleners rondom de "patiënt". Het belang van goede samenwerking en regievoering in patiëntenzorg wordt bij taakherschikking alleen maar groter (Meersbergen, 2014). Voor de VS geldt daarbij een zelfstandige bevoegdheid in behandelingsbeslissingen binnen haar specialisatie; er is geen sprake van opdrachtconstructie maar er geldt een eigen zelfstandige verantwoordelijkheid. Bij een zelfstandige bevoegdheid en verantwoordelijkheid zijn deze zorgverleners dus ook zelfstandig verantwoordelijk voor het samenwerken en regisseren (Meersbergen, 2012). De handreiking "Implementatie taakherschikking" (KNMG 2012) geldt al leidend bij het tot stand komen van taakherschikking binnen de verschillende velden.

Samenwerking leidt tot een kwalitatief betere en effectievere dienstverlening en uiteindelijk tot een beter resultaat. Samenwerking is geen doel op zich maar een middel voor uitvoering van taakherschikking (STECR, 2003). Het zorgproces moet door de beroepsbeoefenaren zelf zodanig worden ingericht dat een goede samenwerking gegarandeerd is (Meersbergen, 2014). Wederzijds mag daarbij worden uitgegaan dat men op de hoogte is van elkaars competenties. Kern van samenwerking moet zijn dat zorgverleners die samenwerken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden maken (KNMG, 2010). In de praktijk betekent dit dat samenwerkende disciplines moeten zorgen voor afspraken over samenwerking. Uit die afspraken moet de verantwoordelijkheidsverdeling voortvloeien en vastgelegd worden.

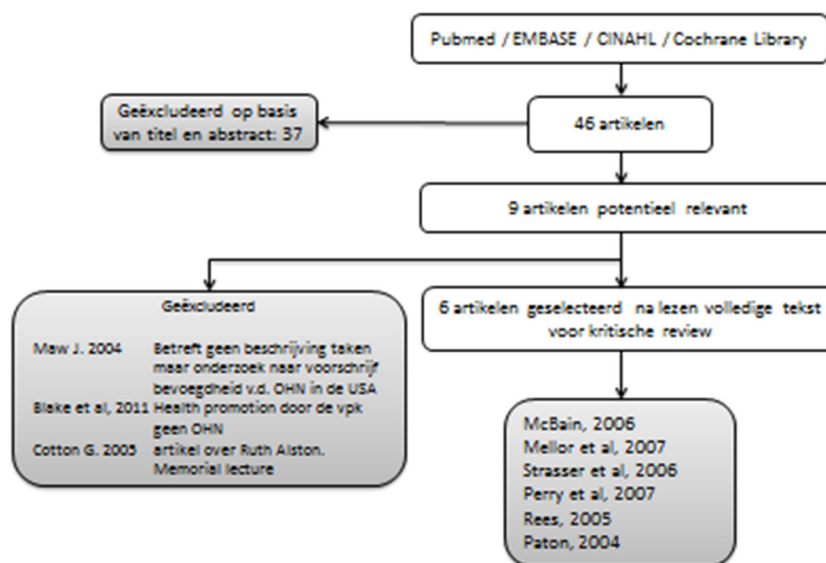
Turbulentie in de zorg maakt het lastig om complexe en beperkt complexe zorg van elkaar te onderscheiden. Uit onderzoek blijkt ook dat het wettelijke onderscheid tussen complexe en beperkt complexe zorg in de praktijk niet voorop te staan. De afbakeningen tussen de werkzaamheden zijn in de praktijk minder scherp en rigide dan in de beleidstukken wordt verondersteld. Het gaat vooral over de vraag welke zorg nodig is, en wie deze zou kunnen verlenen. Wat complex is, wordt bovendien verschillend beoordeeld. Beleving van complexiteit kan verschuiven; wat eerst als complex werd beschouwd kan later door ervaring routinematig worden. Het onderscheid tussen complex en beperkt complex is daarnaast sterk afhankelijk van de precieze aard van de werkomgeving. Hoog complex wordt beschreven als niet-routinematige handelingen waarbij opleiding en innovatie noodzakelijk zijn. (Wallenburg et al. 2015). De (bekende) achtergrond van en het vertrouwen in het individu is voor een medisch specialist belangrijker dan de opleiding. Het vertrouwen in de competenties en de vaardigheden van de individuele verpleegkundige is niet vanzelfsprekend of bij voorbaat aanwezig. Het gevolg daarvan is dat bij taakherschikking de rollen groeien met de tijd (Wallenburg et al. 2015). Het aspect van de 'holistische benadering' van de verpleegkundige versus de smallere 'medische blik' ten opzichte van de medisch specialist wordt veelvuldig genoemd; een verpleegkundige onderscheidt zich van de medisch specialist door zich niet alleen op de patiënt en de aandoening te richten, maar de patiënt te zien in diens bredere (sociale en/of medische) omgeving.

6.3

Hoe worden de taken van de arboverpleegkundige in andere westerse landen ingevuld?

De Engelse term voor AVK is Occupational Health Nurse (OHN), arbeidsgerelateerde zorg noemt men Occupational Health (OH). In dit hoofdstuk worden de Nederlandse en Engelse titels door elkaar gebruikt.

Figuur 1 toont een schematische weergave van de zoekopdracht, waarbij 46 publicaties werden gevonden. Negen artikelen leken potentieel relevant, zes artikelen werden geïncludeerd, twee artikelen bevatten onderzoeksresultaten, de overige vier betroffen review artikelen.



Figuur 1. Flowschema inclusie en exclusie.

Arboverpleegkunde is een unieke specialisatie van verpleegkunde gericht op het bevorderen, beschermen, herstellen en het handhaven van de gezondheid van werknemers in het kader van een veilige en gezonde werkomgeving (Dirksen, 2001). OHN zijn met zo'n 30.000 binnen Europa de grootste groep gezondheidsprofessionals die betrokken zijn bij de levering van arbeidsgerelateerde zorg. In veel gevallen vervullen zij de rol van sleutelfiguur binnen OH (FOHNEU, 2012). Zij werken daarbij zelfstandig of als onderdeel van een multidisciplinair team in de eerste lijn (WHO, 2001)(FOHNEU, 2014).

In Verenigde Staten (USA) vervullen AVK's een verscheidenheid aan verpleegkundige functies zoals beoordeling van het werkvermogen en de werkplek, planning, uitvoeren en evalueren van gezondheidsprogramma's en -diensten en het voorstellen van veranderingen in bedrijfsvoering. Verzuimbegeleiding wordt in USA in zijn geheel niet uitgevoerd.

Het certificeringssysteem van AVK's in USA kent vier specialismen met ieder een eigen certificaat (tabel 9).

Tabel 9. Vier specialismen van OHN in USA

- Certified OHNs (COHN)
- Certified OHN Specialist (COHN-S)
- Casemanagement (CM)
- Safety management (SM)

COHN en COHN-S worden beschouwd als certificaten voor de kernactiviteit/-specialisatie, CM en SM als deelspecialismen. COHN zijn grotendeels bachelor opgeleide AVK's, COHN-S zijn voor het merendeel academische opgeleid. De rollen en activiteiten van de twee eerstgenoemden zijn geïnventariseerd en schematisch in procenten weergegeven (Strasser, 2014) (tabel 10).

Ongeveer 20% van de AVK's in USA werkt in het ziekenhuis. Veiligheid, ergonomie en infectiepreventie zijn de drie belangrijkste activiteiten van AVK's (Strasser et. Al., 2004).

Tabel 10 Rol en activiteiten COHN en COHN-S USA uitgedrukt in procenten van tijdsbesteding, (Strasser, 2014) Vertaald door auteur, originele versie opgenomen in bijlage 6.

Rollen en activiteiten, COHN types versus COHN-S types						
Rollen	COHN Types		COHN-S types		t	P
	Tijdsbesteding (%)	(N)	Tijdsbesteding (%)	(N)		
Directe zorg	33.55	(343)	27.22	(790)	3.770	.000
Manager/Coördinator	21.71	(790)	27.70	(769)	3.903	.000
Opleider/Adviseur	14.84	(327)	15.40	(764)	-0.638	.524
Consultant	7.78	(295)	12.18	(714)	4.913	.000
Case Management	26.38	(328)	22.60	(758)	2.398	.017
Activiteiten						
Veiligheid	22.18	(343)	16.21	(839)	4.657	.000
Arbeidshygiëne	8.16	(333)	5.76	(810)	3.177	.002
Infectiepreventie	12.25	(333)	9.90	(816)	2.737	.006
Calamiteitendienst	7.45	(327)	6.81	(815)	1.063	.288
Reizigersvoorlichting	5.85	(326)	5.83	(808)	0.015	.988
Ergonomie	17.85	(337)	15.13	(837)	2.501	.013

Onderzoek in Australië toont aan dat er naast de rol als onderzoeker ook groot belang wordt gehecht aan de 'managers-rol' van de AVK. Zij vervullen taken in de naleving van Arbowetgeving en -reglementen, het definiëren van werk, gezondheid & veiligheids-doelstellingen en organisatorische doelen. Zij identificeren de normen van de verpleging, analyseren en evalueren de kwaliteit van de arbodiensten en ontwikkelen beleid en procedures. Bevindingen wijzen er op dat er ook hier een noodzaak ligt om te onderzoeken wat de verwachtingen van andere stakeholders zoals managers, werknemers en andere Occupational Health professionals zijn ten aanzien van de rol van de AVK's (Mellor, 2007).

Het werk van AVK's in Europa verschilt sterk, zeker tussen oost en west. In Oost Europa ligt de nadruk op keuringen waar in het westen de nadruk op preventie ligt. De taken zoals die door de verschillende Europese landen in kaart zijn gebracht door FOHNEU (tabel 11), laat zien dat de AVK's in Nederland, Ierland en Verenigd Koninkrijk (UK) verzuimbegeleiding uitvoert. Ziekteverzuimmanagement wordt behalve in Nederland en UK ook in Zweden en Finland door de AVK's uitgevoerd. Hoe de werkzaamheden en samenwerking er in de praktijk uit ziet wordt vanuit de literatuur niet duidelijk.

Tabel 11. Werkzaamheden OHN in Europese landen (vertaald uit FOHNEU,2009), originele versie is opgenomen in bijlage 6.

OHN areas of work (2009)

Member states	Belgium	DK	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Netherlands	Portugal	Romania	Spain	Sweden	UK
Gezondheidsbevordering		X	X		X	X	X	X	X	X			X	X
Gezondheidsvoorlichting		X	X						X				X	X
Gezondheidscontrole en onderzoek		X	X	X	X	X		X	X	X			X	X
Gezondheids- & veiligheidstraining			X			X			X					X
Risico inventarisatie en evaluatie		X	X		X	X			X	X			X	X
Psychosociale gezondheid		X	X						X	X				X
Ziekteverzuim management			X						X				X	X
Verzuimbegeleiding								X	X					X
Reïntegratie management														X
Reïntegratiebegeleiding									X				X	X
Ongevalsepreventie		X	X	X				X	X					X
Arbo management		X	X	X	X		X		X	X			X	X
Preventie beroepsziekten		X	X	X			X	X	X				X	X
Medische/curatieve zorg			X	X					X					
Klinische handelingen			X		X									
BHV/-training			X						X				X	
Eerste hulp				X	X	X	X	X	X				X	
PMO														X
Sociale zorg														
Assisteren van arts					X		X		X				X	

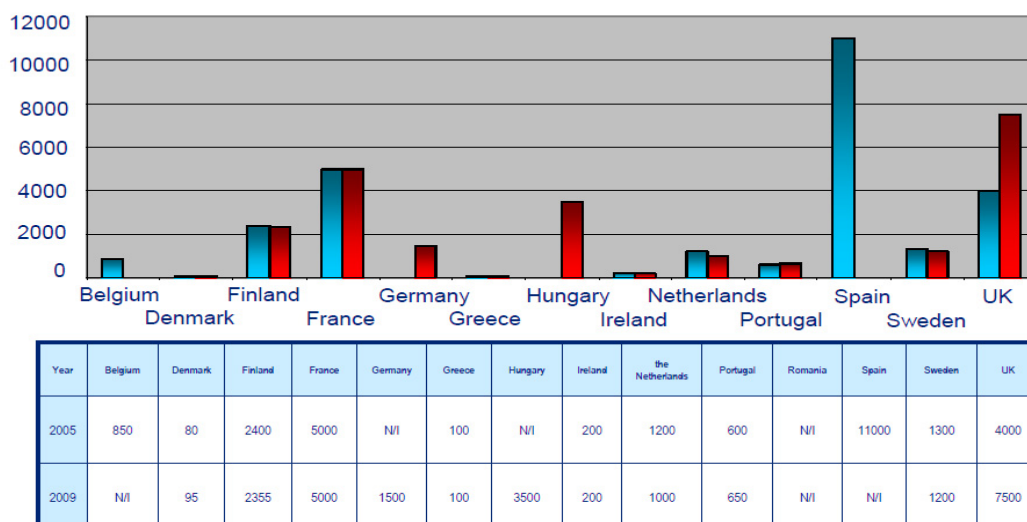
Het schema geeft geen informatie over België, daarom werd de website van de Belgische beroepsvereniging van AVK's geraadpleegd (BeFOHN). Bestudering van de website (<http://www.befohn.com/>) laat zien dat hier deels verzuimbegeleiding wordt uitgevoerd, met name gericht op preventie.

Er wordt gewerkt in multidisciplinaire teams. Ook vermeldt staat dat men in België streeft naar wettelijke erkenning van het beroep van de AVK. De Belgische BA's in de naam van de beroepsvereniging van arbeidsgeneeskunde (BBVAG), stelt in haar visienota (BBVAG, 2012) dat zij pleiten voor het erkennen en opnemen van de functie en opleiding van OHN in de wetgeving.

In UK groeit de bedrijfsgezondheidszorg sterk, in 2004 waren er 4500 werknemers werkzaam binnen de OH, waarvan 3500 OHN. In 2009 was dit aantal gegroeid tot 7500 OHN en 1500 overige functies. OHN zijn in de UK veelal academisch opgeleid en heten daarom OHN-Practitioner (OHNP). De OHNP werkt veelal multidisciplinair, zij worden ondersteund door clinical support workers die hen ondersteunen bij de dagelijks veel voorkomende vragen. Dit ontlast de OHNP in haar werk en geeft haar tijd om werk uit te voeren zoals dit past bij de competenties (Perry, 2005).

Het aantal OHN per Europees land verschilt sterk, een vergelijking tussen dit aantal in 2005 en 2009 werd door middel van input van de beroepsverenigingen uit de diverse landen uitgevoerd door de FOHNEU (figuur 2).

Approx. number of OHNurses in country



Figuur 2. Aantal OHN per land (FOHNEU, 2009). N/I= geen informatie bekend (blauw=2005, rood=2009).

De Engelse OHN-opleidingsdirecteur Harris, van London South Bank University, stelt dat blijkt dat OHN worden gezien als deskundigen met een holistische blik en een schat aan vaardigheden. Taken van de OHN richten zich vooral op zelfmanagement van werkenden.

Hoe meer OHN worden betrokken bij risicomanagement hoe meer hun kennis en vaardigheden kan worden ingezet. Waar OHN goed in zijn is het identificeren van wat een probleem is, en indien zij dit niet zelf kunnen oplossen, het vinden van iemand die dit wel kan.

Bedrijfsgezondheidsdiensten worden steeds vaker geleid door verpleegkundigen, Harris noemt dit briljant. De meest geschikte persoon moet een dienst managen en dat hoeft niet meer per definitie de dokter te zijn (Paton, 2005). OHN zouden moeten nadenken over het ontwikkelen van vaardigheden in kerngebieden (Harris, 2005). Onderzoek van Harris onder OHN-studenten leverde onder andere suggesties op voor de ontwikkeling van competenties om meer te werken binnen multidisciplinaire teams en in staat willen zijn om een team te leiden. Nuttig voor de toekomst zou zijn om zich bijvoorbeeld te specialiseren in (arbeids)gehandicaptenproblematiek. Zakelijke competenties zijn belangrijk maar de klinische competenties zijn van vitaal belang voor de uitvoering van de functie van OHN.

6.4

In welke mate wordt er door arboverpleegkundigen al gewerkt volgen taakherschikking in de verzuimbegeleiding?

De enquête (bijlage 2) en het focusgroep interview werden gebruikt om antwoord te geven op bovenstaande vraag.

Enquête

De enquête leverde een respons op van 65 (41%) (N=158). Uit de resultaten blijkt dat 5 respondenten geen opleiding tot AVK hebben gevolgd, deze werden geëxcludeerd, hiermee werd de respons 60 (39%) (N=153). Van de respondenten heeft 70% (n=42) zich volgens de persoonscertificatie laten registreren in het KIWA register. 45% van de ondervraagden werkt bij een interne of externe arbodienst, zo'n 5% werkt als zelfstandige. De overige respondenten zijn in loondienst van een bedrijf en anders werkzaam dan binnen een arbodienst.

Van de ondervraagden houdt 83% zich bezig met verzuimbegeleiding, waarbij 37% alle voorkomende verzuimgevallen op het spreekuur ziet. De meest geziene klachten betreft werknemers met psychische klachten, klachten van het houdings- en bewegingsapparaat en KANS (Klachten aan de Arm, Nek of Schouder). Ook worden werknemers in het kader van PMO (Preventief Medisch Onderzoek) uitgenodigd bij de AVK. Van de AVK's die aangeven spreekuur te houden geeft 88% aan deze volledig zelfstandig uit te voeren. Bij een derde daarvan zijn geen afspraken vastgelegd ten aanzien van overdracht van casuïstiek aan de bedrijfsarts.

Bijna alle ondervraagden (93%) geeft aan zelfstandig interventies en handelingen te verrichten, waarbij bijna twee derde aangeeft dit zonder tussenkomst van de bedrijfsarts te doen. Dit bestaat onder andere uit het voeren van driegesprekken, coaching van leidinggevenden, verzuimspreekuur, preventief spreekuur en frequent verzuimgesprekken. Er zijn AVK's die de verzuimbegeleiding gedurende de twee jaar verzuim volledig zelfstandig uitvoeren, hierbij wordt de kanttekening gemaakt dat er op vaste momenten casuïstiekbespreking met de bedrijfsarts plaatsvindt.

Tabel 14. Veelgenoemde taken die al door de arboverpleegkundigen worden uitgevoerd

Veelgenoemde taken die zelfstandig worden uitgevoerd zijn:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• afnemen van de 4 DKL-lijst (4-dimensionale klachten lijst)• activiteiten met betrekking tot medische keuring• doorverwijzingen naar fysiotherapie of psycholoog |
|---|

Tien respondenten geven aan dat zij coördinator zijn bij de uitvoering van het PMO.

Taakverdeling tussen AVK en BA is in een derde van de gevallen protocollair vastgelegd. AVK's die volgens protocol werken mogen dit protocol niet ten behoeve van dit onderzoek delen.

De toelichting op de eindverantwoordelijkheid is zeer divers, en loopt uiteen van 'eindverantwoordelijkheid ligt bij de bedrijfsarts' tot 'de bedrijfsarts wordt alleen ingeschakeld indien de AVK dit initieert'. Van de ondervraagden geeft 66% aan dat er afspraken zijn vastgesteld, daarbij wordt de NVAB-leidraad 'Samenwerking bedrijfsarts en casemanager' (versie 1.0, 2012) als uitgangspunt gebruikt. Overdracht van zorg vindt niet altijd plaats en varieert van 6 weken in het kader van de probleemanalyse behorende bij Wet verbetering Poortwachter tot volledige begeleiding tot de WIA-aanvraag door de AVK. Genoemde afspraken over momenten en redenen van overdracht zijn bijvoorbeeld indien er sprake is van verzuim in combinatie met een arbeidsconflict, indien er langdurige (>6 weken) stagnatie in de re-integratie optreedt of indien er een belastbaarheid profiel moet worden opgemaakt. Overdracht van zorg bestaat in sommige gevallen uit een eenmalig consult bij de

bedrijfsarts waarna de begeleiding weer verder wordt opgepakt door de AVK. Daarnaast wordt door een aantal respondenten genoemd dat er vaste afspraken zijn tussen bedrijfsarts en AVK over de frequentie van casuïstiekbespreking en overleg (interdisciplinair overleg).

Van de ondervraagden geeft 22% aan zijn deskundigheid niet optimaal in te kunnen zetten. Het juridisch kader wordt hierbij genoemd als belemmering. Daarnaast geeft een kwart van de ondervraagden aan dat BA's onvoldoende op de hoogte zijn van de kerncompetenties van de AVK.

De grafieken behorende bij de resultaten zijn opgenomen in bijlage 3.

Focusgroep

Het Focusgroep interview vond plaats met zes AVK's, waarvan drie de Master Advanced Nurse Practice volgen. Vijf van de AVK's zijn werkzaam binnen een interne arbodienst en één binnen een externe arbodienst. Eén heeft de functie van hoofd van de interne arbodienst. Twee deelnemers werken bij een werkgever waarbij hun functie niet specifiek voor AVK's is, de werkzaamheden worden ook uitgevoerd door niet-arboverpleegkundigen.

Alle deelnemers werken samen met BA's. Men herkent de uitkomsten van de enquête. Het invullen van taakherschikking en taakdelegatie wordt per werkgever of werkplek vastgesteld. Een globaal raamwerk is wenselijk maar uitwerking moet op het niveau van de werkplek plaatsvinden. De groep hecht er belang aan dat AVK's veel meer betrokken worden bij het vaststellen van beleid op hoger niveau zoals STECR-werkwijzers en ook (multidisciplinaire) richtlijnen. Ook meer lobbyen om beter te positioneren wordt als noodzaak gezien.

6.5

Welk onderscheid in taken kan er gemaakt worden tussen de bedrijfsarts, arboverpleegkundige en de VS?

Om de vraag te beantwoorden welk onderscheid in taken er gemaakt kunnen worden werden gesprekken gevoerd met afgevaardigden van OVAL, NVAB, UWV, KNMG en KoM. Onderstaand een samenvatting van deze gesprekken, de verslagen van deze gesprekken zijn opgenomen in bijlage 5.

OVAL

Er heeft telefonisch overleg plaatsgevonden met de directeur van OVAL. Zij ziet taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg als een logische stap, mede gezien de ontwikkelingen in de klinische zorg. Zij licht toe dat er in de praktijk veelal taken worden gedelegeerd, dit moet nog nader vastgelegd worden. Ontlasting van de bedrijfsarts is wenselijk, onder andere door het toekomstig tekort welke wordt gemeld. Naast het richten op het juridisch kader doet zij het verzoek om in het onderzoek ook al richting te geven aan de praktische toepassing. Als vertegenwoordiger van de Arbodiensten wil zij meelesen in het onderzoek maar zij neemt geen standpunt in. De inhoudelijke uitvoering ligt volgens haar bij de betrokken beroepsgroepen.

NVAB

De visie van de NVAB (vertolkt door 1 afgevaardigde) bij de herverdeling van taken is dat bij verzuimbegeleiding sprake moet zijn van taakdelegatie naar de AVK. Volgens de NVAB zal het lastig zijn om concreet beleid vast te stellen hoe de taakdelegatie eruit moet zien en welke taken dan bij de AVK behoren. Mogelijkheid is dat er een globaal beleid vastgesteld wordt welke richting geeft en dat verdere uitwerking op de werkplekken plaatsvindt. De mogelijkheden van taaksubstitutie moet verder uitgewerkt worden naar de functie van VS. De NVAB heeft hier nog geen concrete visie op, mede omdat de eerste drie VS-en binnenkort afstuderen en hier in een eerder stadium niet met hen over is gesproken. De medewerking aan taakdelegatie en taaksubstitutie wordt positief uitgesproken, NVAB wil hierin stappen zetten.

UWV

UWV is van mening (vertolkt door twee afgevaardigden van het Centraal expertisecentrum van de divisie Sociaal Medische Zaken) dat de wijze van uitvoering van de stappen binnen de WVP een zaak is die primair bij de arbodienst ligt. Deze is verantwoordelijk voor het vastleggen van taken en bevoegdheden. In beleid moet worden opgenomen wie welke taken, rollen en verantwoordelijkheden heeft. Uitvoering van taken door AVK en VS moet daarmee voldoende geborgd zijn. AVK en VS kunnen taken met betrekking tot verzuimbegeleiding uitvoeren mits de arbodienst dit goed geborgd heeft, door de wijze van betrokkenheid en samenwerking. Bijvoorbeeld door middel van regelmatig casuïstiek bespreking tussen respectievelijk AVK, VS en bedrijfsarts. De autonome rol die de VS inneemt moet, zo wordt gesteld, bij voorkeur in wetgeving worden opgenomen.

KNMG

Vanuit KNMG (vertolkt door drie afgevaardigden) wordt de vraag gesteld of er reeds taken geschikt zijn of dat verdeling van taken door de tijd heen is gegroeid zoals het nu is. Op basis van competenties en bekwaam- en bevoegdheden moeten taken (her)verdeeld worden. Duidelijk moet worden welke taken verschoven kunnen worden, en wat hierbij op landelijk niveau geregeld kan worden (randvoorwaarden) en wat er op lokaal niveau moet plaatsvinden. De wijze van lokale implementatie is mede afhankelijk van de wijze waarop de betreffende speler bij de zorg is betrokken.

KoM

KoM is van mening (vertolkt door 1 afgevaardigde) dat er binnen de arbeidsgelateerde zorg sprake is van een gebrek aan samenwerking en teamvorming. Zij hebben zichzelf dan ook tot doel gesteld om op een positieve en constructieve manier te zorgen voor verbinding tussen de verschillende disciplines van de arbeidsgelateerde zorg door middel van een netwerk met een breed platform. Samenwerking met AVK's wordt altijd als positief ervaren. De verschillen in kennis wordt gezien bij alle disciplines binnen de arbeidsgelateerde zorg. Kwaliteitsbewaking binnen de branche is dan ook van belang. Een samenwerkingsrichtlijn tussen BA's en verpleegkundigen is wenselijk, voor de uitvoering en implementatie is het veld verantwoordelijk en zij moeten hiervoor met een voorstel komen naar de overheid. Wetgeving moet volgend zijn op de ontwikkelingen in het werkveld. Een samenwerkingsrichtlijn kan zorgen voor transparantie, borging van kwaliteit en overleg. Van essentieel belang bij taakherschikking is het borgen van een goede overdracht tussen betrokken partijen.

Nadat alle resultaten van bovengenoemde partijen bekend waren is contact gezocht met werknemersvertegenwoordiging FNV en werkgeversvertegenwoordiging VNO-NCW en AWWN om hun visie op de bevindingen te raadplegen. Uiteindelijk heeft alleen met een vertegenwoordiger van VNO-NCW een gesprek plaatsgevonden. Onderstaand een samenvatting van dit gesprek.

VNO/NCW

VNO/NCW is van mening (vertolkt door 1 afgevaardigde) dat duidelijk is dat niet alle verzuim medisch is. Er moet gekeken worden naar de inzet van de juist expertise op het juiste moment. Dit geldt voor alle disciplines binnen de arbeidsgelateerde zorg. Verzuimbegeleiding moet veel meer opgebouwd worden richting expertise (indien nodig) en kan starten bij een AVK die mogelijkheden en beperkingen beoordeeld en tevens inventariseert welke acties er voor het vervolg nodig zijn. Hierin kan de werkwijze zoals in de klinische setting waarbij verpleegkundigen die al veel meer in het voorportaal van de arts werken als voorbeeld kunnen dienen. Veelal is verzuimbegeleiding gericht op coping, gedrag en zelfmanagement. De verpleegkundige is bij uitstek opgeleid om binnen die facetten te begeleiden.

Wanneer verzuimbegeleiding wordt opgebouwd naar expertise moet het doel zijn dat bij complexe problematiek door de verpleegkundige een gespecialiseerde bedrijfsarts of andere medisch expert wordt ingeschakeld. Een samenwerkingsrichtlijn tussen AVK's, VS-en en BA's moet hierbij als uitgangspunt dienen. Uiteindelijk doel mag dan zijn een wijziging in de Arbowet, de betrokken partijen moeten er in de praktijk eerst vorm aan geven. Taakherschikking is in het belang van de bedrijfsgezondheidszorg

BA's moeten zich, zoals vanouds, veel meer specialiseren, bijvoorbeeld op het gebied van fysieke belasting, gevaarlijke stoffen of specifiek op brancheniveau. Dit kan de positionering van de BA's tevens verbeteren.

Ook werkgevers hebben er belang bij als zij goede arbozorg kunnen inkopen.

Gemaakte kosten verdienen zich dan terug in de inzetbaarheid van werknemers.

Klankbordgroep arboverpleegkundigen

Doel van deze bijeenkomst was om de resultaten van het onderzoek te bespreken en aan de hand daarvan een visie te vormen ten aanzien van het vervolg. Wat is volgens de AVK's nodig om tot taakherschikking te komen? De klankbordgroep vond plaats op 21 oktober 2015 aan het einde van het onderzoek, met 8 AVK's, waarvan 2 VS-en. Ter voorbereiding hadden de deelnemers een samenvatting van de resultaten ontvangen. De bijeenkomst startte met een korte presentatie en toelichting op de resultaten waarna een brainstormsessie werd gestart. De groep vindt het belangrijk dat het Expertisegebied arboverpleegkundige wordt gebruikt als uitgangspunt voor het opstellen van criteria in de samenwerking tussen BA's, AVK's en VS-en. Daarnaast moet er binnen de beroepsvereniging nader onderzoek worden verricht naar de borging en monitoring van de kwaliteit van de AVK's. Accreditatie van de AVK moet gericht zijn op de competentie van de AVK om zijn functie, of delen van de functie uit te kunnen voeren. Certificatie op diverse niveaus moet tot de mogelijkheden horen.

Taakherschikking moet gericht zijn op samenwerking en professionaliteit. De AVK is een professional die laagdrempelig ingezet kan worden. De BA moet ingezet worden voor moeilijk medische taken. Daarnaast kan deze of de VS ingezet worden voor managementtaken binnen de arbodiensten.

Verpleegkundigen zijn specialist op het gebied van zelfmanagement, begeleiding van werknemers in trajecten, empowerment, gezondheids- en gedragsdeterminanten en self-efficacy. Arboverpleegkundigen zijn opgeleid in het herkennen, opsporen, analyseren en diagnosticeren van bedreigingen voor het gezonde bestaan van de werkende mens.

De BIG registratie en de daarbij behorende tuchtrechtelijke aansprakelijkheid waarborgt het medische beroepsgeheim en de privacy van de werknemer. Door haar verpleegkundige achtergrond heeft de AVK kennis van gezondheidsproblemen en het voorkomen daarvan. Door middel van klinisch redeneren kan zij problemen van een individu op een transparante wijze vaststellen en oplossingsgericht adviseren en begeleiden. Haar inzet op het gebied van individuele gezondheid binnen de arbeidsgerelateerde zorg is gericht op een brede sociaal medische context.

De resultaten geven inzicht in de huidige werkwijze van AVK's en de mogelijkheden van taakherschikking. In de discussie worden adviezen aangedragen om te komen tot taakherschikking.

Wetgeving bepaalt niet expliciet hoe taakherschikking er uit moet zien. Het wettelijke kader geeft ruimte aan de professionals tot invulling passend bij de werkplek, zij geeft geen beschrijving op handelingsniveau maar gaat uit van de functionele zelfstandigheid. Van de betrokken partijen wordt alleen de bedrijfsarts in wetgeving van toepassing op verzuimbegeleiding genoemd (Artikel 14 van de Arbeidsomstandighedenwet). Dit terwijl AVK's goed opgeleide professionals zijn die, zo blijkt uit de enquête, de wettelijke taken rondom verzuimbegeleiding in een groot deel van de gevallen al in zijn geheel of voor een groot deel uitvoeren.

Om veranderingen aan te brengen in de Arbowet hebben de ministers van SZW en VWS een advies aan de SER gevraagd (SER, 2014). In het adviesrapport zijn verpleegkundigen nauwelijks meegenomen. Gezien vanuit de veranderingen in de maatschappij lijkt dit vreemd. Preventie, duurzame inzetbaarheid en zelfmanagement van medewerkers moet op de voorgrond staan. De AVK en VS zijn hierbij de juiste beroepsbeoefenaar. Daarnaast zijn de BA, AVK en VS de enige professionals binnen de arbeidsgelateerde zorg waarbij, door hun BIG-registratie en de daarbij behorende tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, medisch beroepsgeheim en privacy van de medewerker wordt gewaarborgd.

Door maatschappelijke veranderingen, toenemend aantal mensen met chronische ziekten, langer doorwerken tot pensioengerechtigde leeftijd en een verwacht tekort aan BA's in de nabije toekomst moet er binnen de arbeidsgelateerde zorg anders gewerkt worden. Door de AVK en VS op te nemen in de Arbowet, kunnen zij beiden vanuit hun eigen competenties werken, waarbij de VS als zelfstandig beroepsbeoefenaar kan optreden. Deze visie wordt ondersteund door UWV en KNMG.

Meersbergen (KNMG) stelt dat wetgeving te veel gericht is op artsen, daarnaast stelt hij dat de Wet BIG de enige wet is die bevoegdheden toebedeeld. Artsen en verpleegkundigen moeten naar zijn mening samen een kwaliteitsstandaard afspreken. Taakherschikking binnen de andere velden van de gezondheidszorg laat zien dat globale uitwerking een kader biedt. Beschrijvingen en analyses van het werk van de gespecialiseerde verpleegkundige en de VS moeten handvaten geven voor een lokale implementatie. Individuele competenties en vaardigheden van de verpleegkundige dienen bij lokale implementatie in acht te worden genomen. De handreikingen 'Implementatie taakherschikking' (KNMG, V&VN, NAPA 2012) en 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG 2010) beschrijven randvoorwaarden en stappen om tot taakherschikking te komen. Taakherschikking gaat vooral over voorbehouden handelingen die in kaart gebracht moeten worden. De wet BIG benoemt geen handelingen die behoren bij verzuimbegeleiding, voorbehouden handelingen zijn daarmee niet van toepassing op verzuimbegeleiding, binnen de arbeidsgelateerde zorg is sprake van medische en verpleegkundige handelingen die niet verder gespecificeerd zijn in de wet BIG. Dit kan het herschikken van taken eenvoudig maken, maar roept, zoals ook door KNMG benoemd, vragen op over het ontstaan van de taakverdeling binnen de arbeidsgelateerde zorg. Het gaat dan ook om het vaststellen van medische en verpleegkundige handelingen op basis van de expertisegebieden van respectievelijk de bedrijfsarts en arboverpleegkundigen.

Er kan sprake zijn van complexe en minder complexe handelingen, maar ook hierover wordt vermeld dat door routinematige handeling, complexe taken minder complex kunnen worden. Dit maakt taakherschikking tot een continu proces en betekent voor de AVK en VS binnen de arbeidsgelateerde zorg dat taken steeds verder uitgebreid kunnen worden, alsmede vastgelegd moeten worden.

De resultaten van de enquête laten zien dat er ook AVK's werkzaam zijn in een beperkte rol. Hierbij lijkt het dat slechts een beroep wordt gedaan op een klein deel van de competenties van de AVK, zoals beschreven in het Expertisegebied arboverpleegkundige (V&VN, 2014).

De sleutelfiguren geven aan dat taakherschikking, mede gezien de ontwikkeling in de klinische zorg, ook voor de arbeidsgelateerde zorg noodzakelijk is en ook haalbaar zal zijn. Wetgeving belemmert dit volgens de sleutelfiguren niet, echter ligt het realiseren van de taakherschikking bij de betrokken partijen. Tijdens de focusgroep kon het professionele perspectief op oplossingsmogelijkheden verder vanuit de beroepsgroep worden geëxploreerd, voor verdere uitwerking van de visie op taakherschikking zou een vervolgbijeenkomst nog wenselijk zijn.

De literatuurstudie naar de taken van OHN in andere westerse landen heeft laten zien dat de invulling van taken, het opleidingsniveau en certificeringseisen divers zijn. Duidelijk wordt dat AVK's zich nog meer actief moeten inzetten om deel te nemen aan de ontwikkeling van de arbeidsgelateerde zorg binnen het eigen land. Zakelijke competenties zijn belangrijk maar de klinische competenties zijn van vitaal belang voor de uitvoering van de functie van OHN.

Verzuimbegeleiding vormt slechts in een beperkt aantal landen een kerntaak van de OHN. Opvallend is dat artsen en verpleegkundigen in België samen streven om meer bevoegdheden te creëren en de functie van de OHN te verankeren in wetgeving.

Verpleegkundigen onderscheiden zich in de andere werkvelden van de medisch specialist door zich niet alleen op de aandoening te richten maar de patiënt te zien in diens bredere sociale omgeving. Bij verzuimbegeleiding is dat de belangrijkste doelstelling, het gaat over zelfmanagement, eigen regie en preventie. Dit zijn de kerncompetenties van de verpleegkundige (V&V2020, Beroepsprofiel verpleegkundige). Participatie werd in de inleiding al genoemd als basisvoorwaarde voor de economie. Om te kunnen participeren, moet zelfmanagement aanwezig zijn of ondersteund worden. Het Expertisegebied arboverpleegkundige geeft aan dat begeleiding hierbij tot het gebied van de AVK behoort.

Samenwerking tussen de betrokken multidisciplinaire teamleden is van essentieel belang voor het slagen van een succesvolle taakdelegatie en taakherschikking. Om taakherschikking mogelijk te maken, moeten de AVK en VS (V&VN) een nauwe band met de BA (NVAB) onderhouden. De beroepsverenigingen moeten met elkaar de kaders voor taakherschikking uitzetten en vaststellen, waarbij de implementatie op de werkplek kan plaatsvinden mede op basis van competenties en ervaring van de betrokken partijen.

De disciplines zijn complementair aan elkaar waardoor middels afstemming en samenwerking kwaliteit van zorg kan worden bevorderd.

In de literatuur zijn bruikbare aanknopingspunten gevonden om taakherschikking te implementeren binnen de arbeidsgelateerde zorg. Bij voorkeur moet de rol van de AVK en VS binnen de arbeidsgelateerde zorg in wetgeving worden opgenomen. Daar op vooruitlopend moeten de handelingen en taken door de BA's, AVK's en VS-en gezamenlijk in kaart worden gebracht en herverdeeld.

Opleidingen en functieprofielen binnen de gezondheidszorg zijn ingericht volgens de zeven CanMEDS-competentiegebieden (bijlage 8). Deze kunnen als uitgangspunt gebruikt worden bij de taakdelegatie (AVK) en taaksubstitutie (VS). Daarnaast kunnen de handreikingen 'Implementatie taakherschikking' (KNMG, V&VN, NAPA 2012) en 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (KNMG 2010) als uitgangspunt worden gebruikt bij het beschrijven van randvoorwaarden en stappen om tot taakherschikking te komen.

Om te bepalen welke stappen en taken het zijn, is het advies om in een landelijke werkgroep met vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van de BA's, AVK's en VS-en, vast te stellen welke taken behoren tot de BA, de AVK en VS. Ook moet de samenwerking gewaarborgd worden/ Het opstellen van een samenwerkingsrichtlijn kan hiertoe een aanzet zijn.

De betrokken beroepsbeoefenaren en instellingen worden geacht vervolgens zelf afspraken vast te leggen met de individuele BA, AVK en VS en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen. Invulling per organisatie is maatwerk. Betrokken partijen moeten met elkaar in overeenstemming komen en zullen consensus moeten doen om, met behulp van een landelijke richtlijn, maatwerk te realiseren.

Kortom, het advies voor vervolg op dit onderzoek, naar de mogelijkheden van taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg, bestaat uit de volgende drie onderdelen:

- Streven naar de wettelijke erkenning van het beroep van verpleegkundige in de bedrijfsgezondheidszorg. (aanpassing Arbowet)
- Vaststellen landelijke samenwerkingsrichtlijn bedrijfsarts, arboverpleegkundige, verpleegkundig specialist. (NVAB en V&VN): Gericht op het vaststellen van medische en verpleegkundige handelingen op basis van de expertisegebieden.
- Implementatie van taakherschikking op de werkplekken, maatwerk op basis van samenwerkingsrichtlijn en competenties van de individuele verpleegkundige.

Arbeidsomstandighedenbesluit. (2015). Alphen aan den Rijn, Nederland: Vakmedianet.

BBVAG (2012). Visienota voor de toekomst van de arbeidsgeneeskunde in België.

Bakker, R.(2005). De samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. Enschede, Nederland: Noordelijk centrum voor gezondheidsvraagstukken.

CBO (2004) Handleiding focusgroep onderzoek.

Dassen, Th.W.N., Keuning F.M., Jansen G.J. & Jansen W.S. (2011). Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties. Baarn, Nederland: Thieme Meulenhoff.

FOHNEU (2014) Core Curriculum, The Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, 3rd edition 2014.

FOHNEU (2012). Final report on OHN education, practice and profile 2012.

Gulden, J. van der & Nauta, A. (2008). Naar een betere zorg voor zieke werknemers, Afstemmen van behandeling en werkhervatting. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hammelburg, R., Lubbers, W. & Nauta, N. (2014). Veranderende samenwerking in de zorg. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Hendriks A.C. & Meersbergen van, D.Y.A (2011). Afspraken nodig over taakherschikking. Medisch Contact, 9, 555-557.

Jansen, M., Kuiper, M.de, Ettema, R. & Sande, R. van de. (2007). De expertverpleegkundige. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

McBain, M. (2006). The changing role of OH. Part 2: OH models. This year's model? Occupational Health, Read bussiness information item number 00297917, March 1, 2006, Vol. 58, Issue 3

KNMG, V&VN en NAPA (2012). Handreiking implementatie taakherschikking Geraadpleegd op 26 maart 2015 van www.knmg.nl/taakherschikking

Lambregts. J. & Grotendorst A. 2012. V&V2020. Deel 1: leren van de toekomst. Utrecht

Linge, R. (2006). Innoveren in de gezondheidszorg. Theorie, praktijk en onderzoek. Amsterdam, Nederland: Reed Business

Meersbergen, van. D. (2012). De veranderde positie van de verpleegkundige in de wet BIG. De positie van de verpleegkundige en de VS in de Wet BIG na invoering van de Wet taakherschikking. Tijdschrift voor gezondheidsrecht, 3, 203-17

Mellor, G. & ST John, W. (2007). Occupational health nurses' perceptions of their current and future roles. Journal of Advanced Nursing 58(6), 585–593

Nancarrow, S. & Borthwick, A. (2005). The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. Sociology of Health & Illness: 897-919.

NVAB (2004). Delegatie taken bedrijfsartsen in het kader van verzuimbegeleiding, verenigingsstandpunt. Geraadpleegd op 4 april 2015 van www.nvab-online.nl

NVAB (2012). Leidraad "Samenwerking bedrijfsarts en casemanager", versie 1.0, 2012.

NVAB (2009). Beleidsdocument "Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie".

NZa. (2012). Advies Taakherschikking. In de tweedelijns somatische zorg en curatieve geesteliks gezondheidszorg. Nederlandse Zorgautoriteit.

Paton, C. (2004). Reflecting on the OH role. *Occupational Health*, Mar;56(3)

Raas, G. & Lint, de M. (2002). Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, Nederland: Raad van Volksgezondheid & Zorg.

Rees, JH.(2005). Looking beyond professionalism. *Occupational Health* 57(1): 21-3

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

Den Haag, Nederland: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

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

STECR (2003). Assisist "Samenwerken tussen professionals". STECR Platform re-integratie.

Strasser, P., Maher, H., Knuth, G. & Fabrey, L. (2006) Occupational Health Nursing 2004 Practice Analysis Report. *Workplace Health & Safety* vol. 54 no. 1 14-23

Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., Schellevis, F. (2011)

Overzichtstudies: zorg voor chronisch zieken: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht: NIVEL

Wallenburg, I., Janssen, M. & Bont, de. A.(2015). De rol van de VS en de Physician Assistant in de zorg: Een praktijkonderzoek naar taakherschikking in de tweede- en derdelijnszorg in Nederland. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam V&VN en de NAPA

WHO Regional Office for Europe Copenhagen (2001). The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management.

Arbeidsomstandhedenwet,

geraadpleegd op 21 april 2015, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0010346/>

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg,

geraadpleegd op 21 april 2015, <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/>

Bijlage 1 Verantwoording Literatuur

	Jaar	Onderzoeksvraag	Setting	Dataverzameling	Inclusiecriteria
Occupational health nurses' perceptions of their current and future roles Gary Mellor & Winsome St John	2007	Wat is de perceptie van de Australische OHN over haar huidige en toekomstige taken	Australië: uitgevoerd onder 416 leden van de Australian College of Occupational Health Nurses (ACOHN). Deze leden van de ACOHN waren uitgekozen omdat zij een aanzienlijk deel vormt van de totale populatie OHN in Australië (416/1159)	Kwantitatief onderzoek Methode: Het veldwerk is door middel van een vragenlijst per mail afgenomen. Rapportage:	De vragenlijst werd uitgezet onder de 416 leden van de Australian College of Occupational Health Nurses (ACOHN). 160 vragenlijsten kwamen retour, waarvan 93 bruikbaar bleken voor verdere analyse. (60 OHN bleken niet meer werkzaam binnen het werkveld en 7 vragenlijsten waren niet compleet ingevuld) Er werd een vragenlijst verstuurd met 22 vragen verdeeld over 8 thema's die beantwoord werden op een 5-punts Likertschaal, daarnaast werd gevraagd om per onderdeel aan te geven hoeveel werktijd er in procenten aan dit onderdeel wordt besteed.
Occupational Health Nursing 2004 Practice Analysis Report	2004	Het primaire doel van deze studie was het identificeren van de rollen en verantwoordelijkheden van gecertificeerde (COHNs en COHN-Ss) en niet-gecertificeerde arboverpleegkundigen werkzaam in verschillende instellingen. De studie is een analyse van arboverpleegkundigen hun kennis, vaardigheden en capaciteiten zoals	Verenigde Staten en Canada Als certificerende instantie in de Verenigde Staten en Canada, verzorgt de Amerikaanse Board voor Arbeid en Gezondheid Verpleegkundigen, Inc. (ABOHN) voor de certificering regeling van de huidige verpleegkundige bedrijfsgezondheidszorg praktijk.	Kwantitatief onderzoek Methode: Een valide en betrouwbaar onderzoeksinstrument, met demografische en jobrelated vragen is ontwikkeld. Een totaal van 5.586 enquêtes (4921 webbased en 665 papier) werden aan het ter beschikking gesteld aan OHN in de Verenigde Staten en Canada. De bruikbare respons was 23.5% (N = 1,223). Beslisregels werden gebruikt om te bepalen of survey taken	Voor een compleet beeld werden zowel niet als wel gecertificeerde OHN uitgenodigd om deel te nemen aan de web-based survey. (2,076 certified occupational health nurses and 2,845 non-certified occupational health nurses)

		weerspiegeld door de taken die zij uitvoeren.		geschikt waren voor opname.	
--	--	---	--	-----------------------------	--

Bijlage 2 Enquête: Onderzoek V&VN Arboverpleegkundigen

Deze enquête is onderdeel van het onderzoek van V&VN Arboverpleegkundigen naar de mogelijkheden van taakherschikking binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Het bestuur van de beroepsvereniging V&VN Arboverpleegkundigen zou graag zien dat de AVK beter wordt ingezet binnen de eigen competenties. Daarnaast kan het SER-advies en het gesignaleerde tekort aan bedrijfsartsen aanleiding zijn voor een andere rolverdeling. AVK's zijn binnen de bedrijfsgezondheidszorg de enige professionals die ook een medische achtergrond hebben en zouden hier meer en beter een positie moeten innemen.

Graag willen we een beeld krijgen van de huidige invulling van de functie van AVK's binnen het werkveld en dan specifiek ten aanzien van verzuimbegeleiding. De resultaten van deze enquête zullen gebruikt worden in het advies naar het ministerie van VWS ten aanzien van de mogelijkheden van taakherschikking binnen de arbeidsgelateerde zorg.

Indien je van mening bent dat er op jouw werkplek al (deels) sprake is van taakherschikking zou ik je graag in een focusgroep interview verder willen spreken. Zou je hier aan mee willen werken? Vul dan aan het einde van deze vragenlijst je e-mailadres in.

Alvast bedankt voor je medewerking.

Petra Jonker-Jorna, projectleider

1) Welke opleiding tot arboverpleegkundige heb je gevolgd?

- HBO MGZ/arbeidsgerelateerde zorg
- Post HBO Arbeid en gezondheid
- andere

2) Ben je als arboverpleegkundige geregistreerd in het KIWA-register Persoonscertificering arboverpleegkundigen?

- ja
- nee

Zo nee, waarom niet?

3) In welke setting voer jij je werkzaamheden als arboverpleegkundige uit?

- Arbodienst
- In loondienst bij een bedrijf
- Eigen bedrijf
- ZZP
- andere, toelichting

4) Verricht je als Arboverpleegkundige werkzaamheden met betrekking tot verzuimbegeleiding?

- ja
 nee

Toelichting

5) Zie je in je werk een beperkte patiëntengroepen/ziektebeelden/ aandoeningen? (dit kan bijvoorbeeld gericht zijn op ziekten of functies) Zo ja benoem de drie belangrijkste.

- ja
 nee
 andere

Benoem de drie belangrijkste patiëntengroepen/ziektebeelden/aandoeningen:

6) Op welke wijze ben je betrokken bij de verzuimbegeleiding?

- het zelfstandig houden van spreekuren
 het onder supervisie houden van spreekuren
 andere

toelichting:

7) Zijn er afspraken gemaakt wanneer je de verzuimbegeleiding moet overdragen aan de bedrijfsarts? Zo ja, welke?

- ja
 nee

Toelichting:

8) Werk je binnen een specifiek zorgproces of zorgpad en zo ja welke en wat is jouw rol daarbinnen?

Een zorgproces is het vaststellen van de benodigde zorg, zorgbemiddeling, zorgtoewijzing, uitvoering zorgplan en evaluatie en afsluiting van de geboden zorg.

Een zorgpad is een verzameling van methodes en hulpmiddelen om een multidisciplinair en interprofessioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken voor een specifieke patiëntenpopulatie te maken.

- ja
 nee

Toelichting (bijvoorbeeld coördinator PMO, een specifieke populatie ziekmelding zoals rugklachten, slaapapneu, advisering fysieke belasting etc.)

9) Zijn er interventies of vaardigheden die je zelfstandig verricht?

- ja
 nee

Toelichting

10) Indien je zelfstandig interventies verricht, verricht je deze interventies of handelingen dan **altijd** in overleg of in opdracht van een bedrijfsarts? Graag je antwoord toelichten.

- ja
- nee
- niet van toepassing

toelichting:

11) Wordt er bij jouw werkgever/ in jouw werksituatie protocollair gewerkt met betrekking tot taakverdeling tussen de arboverpleegkundige en de bedrijfsarts? Zo ja hoe ziet dit er uit? (indien mogelijk stuur dan jullie protocol naar arbo@venvn.nl (onder vermelding van protocol)

- ja
- nee

toelichting:

12) Zijn er afspraken gemaakt of vastgelegd over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden? Zo ja, hoe is dit vastgelegd? (bijvoorbeeld in het contract met de bedrijfsarts of een beleidsdocument) Zo nee, weet je de reden waarom niet?

- ja
- nee

toelichting:

13) Is voor werknemers duidelijk wanneer hij/zij bij welke beroepsbeoefenaar wordt uitgenodigd tijdens verzuim?

- ja
- nee

Hoe worden werknemers hierover geïnformeerd?

14) Kun je je deskundigheid optimaal inzetten? Ofwel komen de werkzaamheden die je uitvoert overeen met de competenties die je vanuit je opleiding hebt geleerd?

- ja
- nee
- weet niet

Licht je antwoord zo duidelijk mogelijk toe, welke competenties wel en welke niet, en hoe komt dit volgens jou?

15) Zijn de bedrijfsartsen waarmee je samenwerkt op de hoogte van je kerncompetenties zoals onder andere je kennis met betrekking tot fysieke belasting, gevaarlijke stoffen, leefstijl en coping? En vind samenwerking op basis daarvan plaats?

ja

nee

toelichting:

16) Is helder vastgelegd wanneer overdracht van zorg bij verzuimbegeleiding moet plaatsvinden? Zo ja beschrijf deze kort.

ja

nee

toelichting:

17) Is vastgesteld wie tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid het aanspreekpunt is voor de cliënt?

ja

nee

weet ik niet

toelichting:

18) Indien er een zorgplan voor de cliënt wordt opgesteld binnen de dienstverlening, wie is hiervoor verantwoordelijk?

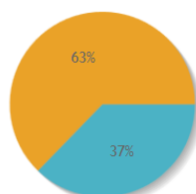
19) Indien je van mening bent dat er op jouw werkplek al (deels) sprake is van taakherschikking zou ik je daarover graag in een focusgroep interview willen spreken. Zou je hier aan mee willen werken? Vul dan hier je e-mailadres in.

20) Heb je nog vragen, opmerkingen of tips laat die dan hier achter.

Bijlage 3 Resultaten Enquête

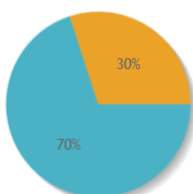
Totaal: 60 respondenten

Statistieken voor vraag 1 : Welke opleiding tot arboverpleegkundige heb je gevolgd?



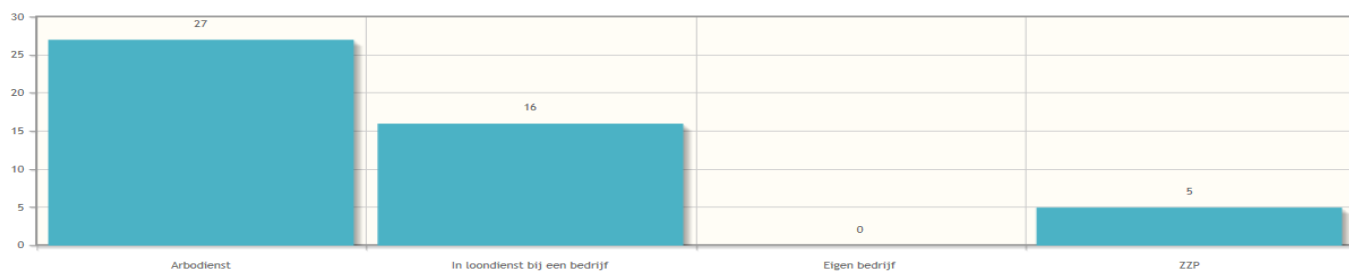
■ HBO MGZ/AGZ ■ Post HBO Arbeid en gezondheid

Statistieken voor vraag 2 : Ben je als arboverpleegkundige geregistreerd in het KIWA register persoonscertificering Arboverpleegkundigen?

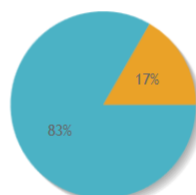


■ ja ■ nee

Statistieken voor vraag 3 : In welke setting voer jij je werkzaamheden als arboverpleegkundige uit?

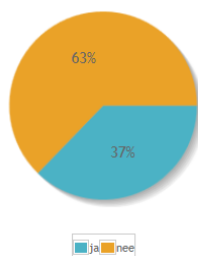


Statistieken voor vraag 4 : Verricht je als Arboverpleegkundige werkzaamheden met betrekking tot verzuimbegeleiding?

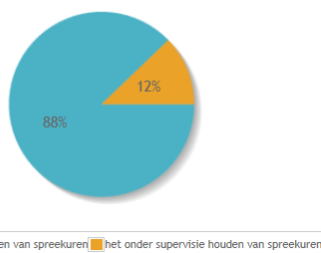


■ ja ■ nee

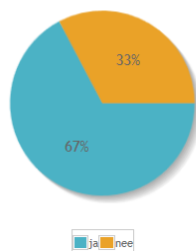
Statistieken voor vraag 5 : Zie je in je werk een beperkte patiëntengroepen/ziektebeelden/ aandoeningen? (dit kan bijvoorbeeld gericht zijn op ziekten of functie's) Zo ja benoem de drie belangrijkste.



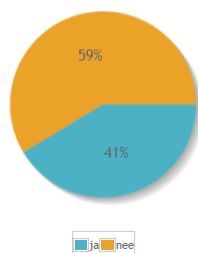
Statistieken voor vraag 6 : Op welke wijze ben je betrokken bij de verzuimbegeleiding?



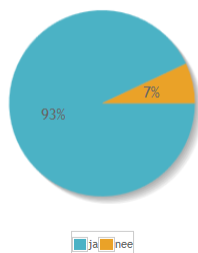
Statistieken voor vraag 7 : Zijn er afspraken gemaakt wanneer je de verzuimbegeleiding moet overdragen aan de bedrijfsarts? Zo ja, welke?



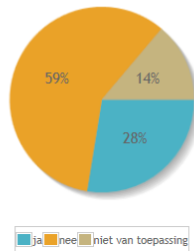
Statistieken voor vraag 8 : Werk je binnen een specifiek zorgproces of zorgpad en zo ja welke en wat is jouw rol daarbinnen? Een zorgproces is het vaststellen van de benodigde zorg, zorgbemiddeling, zorgtoewijzing, uitvoering zorgplan en evaluatie en afsluiting van de geboden zorg. Een zorgpad is een verzameling van methodes en hulpmiddelen om een multidisciplinair en inter-professioneel team op elkaar af te stemmen en taakafspraken voor een specifieke patiëntenpopulatie te maken.



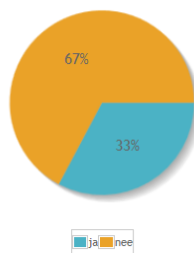
Statistieken voor vraag 9 : Zijn er interventies of vaardigheden die je zelfstandig verricht?



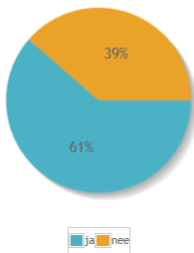
Statistieken voor vraag 10 : Indien je zelfstandig interventies verricht, verricht je deze interventies of handelingen dan altijd in overleg of in opdracht van een bedrijfsarts? Graag je antwoord toelichten.



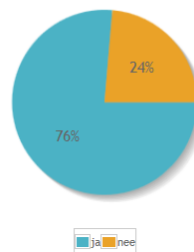
Statistieken voor vraag 11 : Wordt er bij jouw werkgever/ in jouw werksituatie protocollair gewerkt met betrekking tot taakverdeling tussen de arboverpleegkundige en de bedrijfsarts? Zo ja hoe ziet dit er uit? (indien mogelijk stuur dan jullie protocol naar arbo@venvn.nl (onder vermelding van protocol)



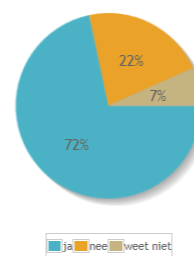
Statistieken voor vraag 12 : Zijn er afspraken gemaakt of vastgelegd over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden? Zo ja, hoe is dit vastgelegd? (bijvoorbeeld in het contract met de bedrijfsarts of een beleidsdocument) Zo nee, weet je de reden waarom niet?



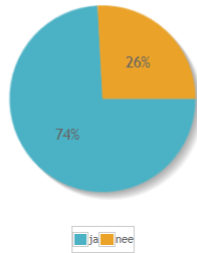
Statistieken voor vraag 13 : Is voor werknemers duidelijk wanneer hij/zij bij welke beroepsbeoefenaar wordt uitgenodigd tijdens verzuim?



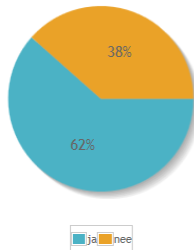
Statistieken voor vraag 14 : Kun je je deskundigheid optimaal inzetten? Ofwel komen de werkzaamheden die je uitvoert overeen met de competenties die je vanuit je opleiding hebt geleerd?



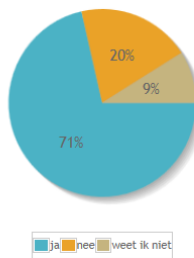
Statistieken voor vraag 15 : Zijn de bedrijfsartsen waarmee je samenwerkt op de hoogte van je kerncompetenties zoals onder andere je kennis met betrekking tot fysieke belasting, gevaarlijke stoffen, leefstijl en coping? En vind samenwerking op basis daarvan plaats?



Statistieken voor vraag 16 : Is helder vastgelegd wanneer overdracht van zorg bij verzuimbegeleiding moet plaatsvinden? Zo ja beschrijf deze kort.



Statistieken voor vraag 17 : Is vastgesteld wie tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid het aanspreekpunt is voor de cliënt?



Bijlage 4 Betrouwbaarheid enquête op basis van respons

Bereken de steekproefgrootte

Deze steekproefcalculator kwam tot stand met de hulp van [Statistiek.nl](#)

Hoe groot is de foutenmarge die je wilt toelaten?	<input style="width: 80%;" type="text" value="10"/> %	De foutenmarge is de grootte van de fout die je toelaat. Wanneer 50% van de respondenten ja antwoorden en 10% neen, dan kun je een grotere fout toelaten dan wanneer de respondenten het grondig oneens zijn, zoals bij 50-50 of 45-55. Een kleine foutenmarge vereist een grotere steekproef.					
Welk betrouwbaarheidsniveau kies je? <small>Typische keuzes zijn 90%, 95%, of 99%</small>	<input style="width: 80%;" type="text" value="95"/> %	Het betrouwbaarheidsniveau is de mate van onzekerheid die je wilt toelaten. Bij 95% dien je 1.96 keer de standaardfout op te tellen en af te trekken waardoor je ongeveer 95% van alle mogelijke resultaten omvat die bij een herhaalde steekproeftrekking zouden zijn voorgekomen. Een hoger betrouwbaarheidsniveau vereist een grotere steekproef.					
Hoe groot is de populatie ? <small>Als je dit niet weet, gebruik dan 20000</small>	<input style="width: 80%;" type="text" value="158"/>	Hoeveel mensen zijn er voorhanden om, op toevallige wijze, een steekproef uit te trekken? De steekproefgrootte wijzigt niet veel voor populaties die groter zijn dan 20000.					
Wat is de spreading voor dit kenmerk? <small>De meest conservatieve keuze is 50%</small>	<input style="width: 80%;" type="text" value="50"/> %	Welk resultaat verwacht je voor elke vraag? Wanneer de antwoorden uit de steekproef nogal fel in eenzelfde richting wijzen, dan is dit wellicht ook zo in de populatie. Wanneer je dit niet weet, gebruik dan 50%. Zo verkrijgt je de maximale steekproefgrootte.					
De vereiste steekproefgrootte is 60							
alternatieve scenario's							
Met een steekproefgrootte van is de foutenmarge gelijk aan:	<input style="width: 40px;" type="text" value="100"/>	<input style="width: 40px;" type="text" value="200"/>	<input style="width: 40px;" type="text" value="300"/>	Met een betrouwbaarheidsniveau van is de vereiste steekproefgrootte gelijk aan:	<input style="width: 40px;" type="text" value="90"/>	<input style="width: 40px;" type="text" value="95"/>	<input style="width: 40px;" type="text" value="99"/>
	5.96%	0.00%	0.00%		48	60	82

Bijlage 5 Gespreksverslagen

Gespreksverslag UWV

Bij het UWV vond op 28 april een gesprek plaats met twee vertegenwoordigers, een beleidsmedewerker en een projectleider, beide verbonden aan het Centraal expertisecentrum van de divisie Sociaal Medische Zaken. Centrale vraagstelling in het gesprek was: wat is het juridische kader waar we bij taakherschikking rekening mee moeten houden, hoe legt het UWV als uitvoeringsinstantie de wetgeving met betrekking tot de Wet verbetering Poortwachter uit en hoe gaat het UWV om met WIA-aanvragen waar verzuimbegeleiding door AVK's is uitgevoerd.

Artikel 14 van de Arbeidsomstandighedenwet stelt dat een werkgever zich bij verzuimbegeleiding moet laten bijstaan door een gecertificeerde deskundige. De deskundige bijstand die volgens artikel 14 van de Arbowet verplicht is, kan worden verleend door een geregistreerde bedrijfsarts of door personen die daartoe gecertificeerd zijn, ten aanzien van verzuimbegeleiding vind hierin geen specificering plaats. Een bedrijfsarts is een gespecialiseerde arts die als zodanig is ingeschreven in het BIG-register. De titel 'bedrijfsarts' is een beschermde titel die niet zomaar gevoerd mag worden. In het Arbobesluit is nader gespecificeerd welke verschillende certificaten er nodig zijn voor de verschillende taken die worden genoemd in artikel 14 van de Arbowet. De titel AVK en/of VS zijn hierin niet opgenomen.

Gesteld wordt dat de wijze van uitvoering van de stappen binnen poortwachter een zaak is die primair bij de arbodienst ligt. Deze is verantwoordelijk voor het vastleggen van taken en bevoegdheden. In beleid moet worden opgenomen wie welke taken, rollen en verantwoordelijkheden heeft. Uitvoering van taken door AVK's en VS moet daarmee voldoende geborgd zijn.

Bij aanvraag van een WIA-uitkering beoordeelt de Arbeidsdeskundige van het UWV op basis van het Re-integratieverslag (RIV) van de werkgever de re-integratie-inspanningen van de werkgever en de werknemer. Indien nodig voert de verzekeringsarts daarna een medische beoordeling uit. Bij deze medische beoordeling kan het zijn dat er om een nadere toelichting wordt gevraagd bij de bedrijfsarts. Gesteld wordt dat de gesprekspartner van de verzekeringsarts over voldoende medische kennis moet beschikken om de casuïstiek en beslissingswijze te kunnen toelichten.

Met het opnemen van de term arbodienst naast die van bedrijfsarts als uitvoerders van de Poortwachter-momenten is er al een weg ingeslagen die mogelijkheden biedt voor taakverschuiving. Het UWV toetst (vooral) de uitkomst van het proces en niet de uitvoerders van dit proces. Een slecht uitgevoerd proces kan echter wel leiden tot het toetsen van de uitvoerder. In theorie kan de werkgever een loonsanctie krijgen omdat bij de aanvraag voor een WIA-uitkering geen medische achtergrond informatie beschikbaar is die door een bedrijfsarts is opgesteld.

AVK en VS kunnen taken met betrekking tot verzuimbegeleiding uitvoeren mits de arbodienst dit goed geborgd heeft, door de wijze van betrokkenheid en samenwerking met de bedrijfsarts vast te leggen. Bijvoorbeeld door middel van regelmatig casuïstiek bespreking tussen respectievelijk AVK of VS en bedrijfsarts. De autonome rol die de VS inneemt moet dan, zo wordt gesteld, bij voorkeur in de wetgeving worden opgenomen. Het zelfstandig vestigen van een AVK of VS in het kader van verzuimbegeleiding is vanuit de visie van het UWV, binnen de huidige wetgeving niet mogelijk, zij is ten slotte geen bedrijfsarts en ook geen arbodienst.

Afgesloten wordt met de stelling dat het UWV niet veel mee heeft, maar ook niet veel tegen heeft op taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg.

Gespreksverslag NVAB

Er heeft op 6 mei een gesprek plaatsgevonden tussen 2 VS-en i.o., tevens bestuursleden van V&VN Arboverpleegkundigen en een bedrijfsarts namens de NVAB.

Tijdens het voorstellen komen de ervaringen naar voren met betrekking tot het samenwerken met de AVK's, de geschiedenis en hoe de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg eruit moet zien. De rol van de AVK was in het verleden, voor de verandering van de wetgeving in 1994, vooral gericht op arbeidsomstandigheden en weinig op verzuim. De NVAB geeft aan dat de AVK erg goed is in het signaleren en de preventieve taken daarbij. Als een situatie ingewikkelder werd, na zelf metingen te hebben gedaan en dergelijke, schakelde ze één van de kerndeskundigen in. Dat de AVK destijds niet werd toegekend als kerndeskundige roept bij de NVAB vraagtekens op.

Van oorsprong was de AVK niet op het terrein van verzuimbegeleiding werkzaam. Mede door verandering van wetgeving, de benoeming van kerndeskundigen en de regie die werkgevers en werknemers zelf moeten voeren op het gebied van verzuim is het aantal AVK-en afgenomen. Daarnaast hebben veel AVK's binnen de arbodiensten een andere rol en naam gekregen en lijkt een deel van de AVK's daardoor uit beeld.

NVAB heeft ervaren dat het betrekken van AVK's bij verzuim soms ook lastig was, de belemmering lag dan in een kennistekort in het inschatten van mogelijkheden en beperkingen. Een deel van de AVK's kunnen onvoldoende de vertaling van medische kennis en beperkingen naar belasting en belastbaarheid van werknemers maken, geeft de NVAB aan. De kanttekening wordt hierbij wel gelijk gemaakt dat er tussen de AVK's onderling veel verschil is in medische kennis en dat dit eigenlijk ook voor bedrijfsartsen geldt. In de opleiding tot AVK zou hier meer aandacht aan besteed kunnen worden.

Tijdens het gesprek wordt de Master Advanced Nurse Practice verder toegelicht: Om VS binnen het werkveld Arbeid en Gezondheid te kunnen worden is als voorwaarde, vanuit de beroepsvereniging V&VN Arboverpleegkundigen, gesteld dat je als AVK bent opgeleid. De VS is generiek en wordt op de eigen werkplek verder gespecificeerd.

KNMG heeft in 2011 onderzoek verricht naar de eindverantwoordelijkheid van verzuimbegeleiding, deze ligt juridisch bij de bedrijfsarts.

Visie vanuit de NVAB bij een herverdeling van taken is dat bij verzuimbegeleiding sprake moet zijn van taakdelegatie naar de AVK. De mogelijkheden van taakherschikking moeten verder uitgewerkt worden naar de functie van VS. De NVAB heeft hier nog geen concrete visie op omdat nu de eerste drie AVK's afstuderen als VS en hier in een eerder stadium niet met hen over is gesproken.

Volgens de NVAB is het lastig om concreet beleid vast te stellen hoe de taakdelegatie eruit moet zien en welke taken dan bij de AVK behoren. Mogelijkheid kan zijn dat er een richting vastgesteld wordt en dat dit verder binnen bedrijven moet worden vormgegeven. De medewerking aan taakdelegatie en taakherschikking wordt positief uitgesproken, ook NVAB wil hierin stappen zetten. Er moet worden gekeken naar de mogelijkheden en de wijze van invulling, daarbij moet gedacht worden aan opleiding, nascholing, richtlijnen en samenwerking in intervisie.

Gespreksverslag KNMG

Bij KNMG vond op 9 juni een gesprek plaats met drie vertegenwoordigers, allen juridisch adviseur, één van de vertegenwoordigers treedt ook op als juridisch adviseur namens NVAB. Centrale vraagstelling in het gesprek was: zien jullie bezwaren tegen taakherschikking binnen de arbeidsgerelateerde zorg en wat is het juridische kader waar we bij taakherschikking rekening mee moeten houden, hoe maakt KNMG de vertaling van wetgeving met betrekking tot taakherschikking naar de arbeidsgerelateerde zorg?

Voor KNMG is het onduidelijk welke taken er herschikt moeten worden. Dit komt met name omdat men zich afvraagt of de taken momenteel daadwerkelijk geschikt zijn of door de geschiedenis en loop der jaren zo gegroeid zijn. Het lijkt er op dat de arbeidsgerelateerde zorg in de loop der jaren zijn eigen wereld heeft gecreëerd (recht van de sterkste?).

Wellicht zou er sprake moeten zijn van taakverschuiving en verantwoordelijkheidsverdeling. Duidelijk moet dan worden welke taken verschoven kunnen worden, wat is daarbij op landelijk gebied te regelen (randvoorwaarden) en wat zou er op lokaal niveau moeten plaatsvinden. De wijze van lokale implementatie zal mede afhankelijk zijn van de wijze waarop de betreffende speler bij de zorg is betrokken.

Deskundigheid van de BA, AVK en VS moet worden vastgelegd en afgestemd. Als uitgangspunt dient hierbij genomen te worden de vraag waar ben je voor opgeleid, ben je bekwaam en bevoegd? Gezien wordt door KNMG dat de praktijk en wetgeving momenteel niet overeen komen.

Nadere uitwerking van de certificering van de AVK's mogelijk op verschillende niveaus vraagt aandacht, waarbij de Amerikaanse systematiek aanspreekt. Daarbij wordt de opmerking geplaatst wat de rol van de MBO-verpleegkundige vanuit het nieuwe opleidingsstelsel kan zijn. Deze kan binnen dit werkveld van toegevoegde waarde zijn als het gaat om triage en zeker op plekken waar op dit moment vaak niet BIG-geregistreerden worden geplaatst, zoals nu veelal gebeurt bij grotere arbodiensten. Maar ook de rol van casemanagers bevindt zich vaak op het vlak van het medische waar een verpleegkundige op MBO-niveau veel beter past.

De huidige regelingen en wetgeving ten aanzien van wetgeving met betrekking tot taakherschikking richten zich vooral op de curatieve sector, voor de arbeidsgerelateerde zorg is nog niet duidelijk herleidbaar hoe taakverdeling er uit moet zien.

Bijlage 6 Originele tabellen en grafieken

Roles	COHN Types Mean % of Time	(N)	COHN-S Types Mean % of Time	(N)	t	P
Direct Care	33.55	(343)	27.22	(790)	3.770	.000
Manager/Coordinator	21.71	(790)	27.70	(769)	3.903	.000
Educator/Advisor	14.84	(327)	15.40	(764)	-0.638	.524
Consultant	7.78	(295)	12.18	(714)	4.913	.000
Case Management	26.38	(328)	22.60	(758)	2.398	.017
Activities						
Safety	22.18	(343)	16.21	(839)	4.657	.000
Industrial Hygiene	8.16	(333)	5.76	(810)	3.177	.002
Infection Control	12.25	(333)	9.90	(816)	2.737	.006
Disaster Preparedness	7.45	(327)	6.81	(815)	1.063	.288
Travel Health	5.85	(326)	5.83	(808)	0.015	.988
Ergonomics	17.85	(337)	15.13	(837)	2.501	.013

Tabel 10. Rol en activiteiten COHN en COHN-S USA uitgedrukt in procenten van tijdsbesteding, originele versie (Strasser, 2014).

OHN areas of work (2009)

Member states	Belgium	DK	Finland	France	Germany	Greece	Hungary	Ireland	Netherlands	Portugal	Romania	Spain	Sweden	UK
Health Promotion		X	X		X	X	X	X	X	X			X	X
Health Education		X	X						X				X	X
Health Surveillance & Ass.		X	X	X	X	X		X	X	X			X	X
Health & Safety Training			X			X			X					X
Risk/Workplace Ass. & Evaluat. (Workplace Surveys)		X	X		X	X			X	X			X	X
Psychosocial Health		X	X						X	X				X
Sickness Absence Man.			X						X				X	X
Absence Management								X	X					X
Attendance/ Absence Man.														X
Counselling and Rehabilitation									X				X	X
Accident Prevention		X	X	X				X	X					X
Admin. & Management OHS		X	X	X	X		X		X	X			X	X
Occ. Disease Prevention		X	X	X			X	X	X				X	X
Medical/Curative Care			X	X					X					
Clinical Practice			X		X									
First Aid Man./Training			X						X				X	
First Aid				X	X	X	X	X	X				X	
Employment Health Ass.														X
Social Care														
Assistant to Physician					X		X		X				X	

Tabel 11. Werkzaamheden OHN in Europese landen, originele versie FOHNEU,2009.

Bijlage 8 CanMEDS



CanMEDS Bedrijfsarts



DE
CANMEDS
COMPETENTIEGEBIEDEN

CanMEDS Arboverpleegkundige



COMPETENTIEGEBIEDEN
VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN CANMEDS

CanMEDS Verpleegkundig specialist

