



HANDREIKING TAAKDELEGATIE VOOR DE VERZEKERINGSARTS

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR VERZEKERINGSGENEESKUNDE (NVVG) / APRIL 2022



SAMENVATTING

De Handreiking 'Taakdelegatie voor de verzekeringsarts' biedt de verzekeringsarts handvatten bij het vaststellen van de toegevoegde waarde van het werken met taakdelegatie en de vormgeving, uitvoering en monitoring daarvan.

Taakdelegatie is een vorm van (ruimere) taakoverdracht die bestaat uit het niet-structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd. De eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional, in dit geval de verzekeringsarts. Taakondersteuning door bijvoorbeeld een medisch secretariaat en taakherschikking vallen buiten deze handreiking.

Doelen van taakdelegatie zijn naast meer arbeidsvreugde:

- Betere benutting van de specifieke expertise van de verzekeringsarts.
- Meer tijd voor preventie van arbeidsongeschiktheid en re-integratie.
- Meer tijd voor communicatie en samenwerking tussen verzekeringsarts, bedrijfsarts en curatieve gezondheidszorg.

Leidt taakdelegatie tot reductie van capaciteitsgebrek als gevolg van het tekort aan verzekeringsartsen, dan is dit een wenselijk gevolg.

De handreiking gaat in op de wet- en regelgeving en jurisprudentie rond taakdelegatie en geeft zeven kernvoorwaarden voor een verantwoorde toepassing van taakdelegatie. Verder biedt de handreiking een overzicht van taken van de verzekeringsarts die delegerbaar zijn en van taken die niet delegerbaar zijn.

Bij taakdelegatie moet de verzekeringsarts enkele stappen doorlopen:

1. Verkennen van de toegevoegde waarde bij het gaan werken met taakdelegatie of het voortzetten van taakdelegatie in een bestaande situatie.
2. Verkennen van taken die de verzekeringsarts wel en niet wil delegeren.
3. Organiseren van de samenwerking tussen de verzekeringsarts en gedelegeerde.
4. De kwaliteitsborging van taakuitoefening van de gedelegeerde: toezicht en mogelijkheid tussenkomst.
5. Evaluatie en bijstelling.

De stappen zijn chronologisch weergegeven, maar vormen feitelijk een cyclus.

Met een praktisch stappenplan en een overzicht van kernpunten helpt de handreiking de verzekeringsarts een eigen afweging te maken of deze met taakdelegatie kan en wil werken.

**Nederlandse Vereniging voor
Verzekeringsgeneeskunde NvVG**

Postbus 24095

3502 MB Utrecht

030 - 6868764

secretariaat@nvg.nl

www.nvg.nl

INHOUD

Inleiding	4
1. Definitie en doel van taakdelegatie in de (publieke) verzekeringsgeneeskunde	5
1.1 Definitie	5
1.2 Doel	5
2. De juridische basis van taakdelegatie	6
3. Taken van de verzekeringsarts	8
4. Overzicht van taken die de verzekeringsarts wel en niet kan delegeren	8
4.1 Inleiding	8
4.2 Taken die delegeerbaar kunnen zijn	9
4.3 Taken die niet-delegeerbaar zijn	9
5. Verkennen van de setting van mogelijke taakdelegatie	10
5.1 In kaart brengen nieuwe situatie	10
5.2 In kaart brengen bestaande situatie	11
5.3 Beoordeling van de bekwaamheid van de gedelegeerde	12
5.4 Schriftelijk vastleggen opdrachtverstrekking	13
6. Het geven van opdrachten en aanwijzingen door de verzekeringsarts	13
7. Kwaliteitsborging van taakuitoefening gedelegeerden: toezicht en mogelijkheid tussenkomst	14
7.1 Toezicht	14
7.2 Tussenkomst	15
8. Evaluatie en bijstelling	16
Bronnenoverzicht	17
Samenstelling Commissie Taakdelegatie	17

INLEIDING

Voor u ligt een handreiking die de kansen van taakdelegatie voor praktiserende verzekeringsartsen in het publieke domein (zoals UWV, gemeenten en Defensie) in kaart brengt, waarborgen weergeeft en professionele regels en randvoorwaarden benoemt.

Aanleiding

In 2019 heeft de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) zich om twee redenen gebogen over taakdelegatie in het publieke domein¹. In de eerste plaats is er bij verzekeringsartsen onvoldoende capaciteit om te kunnen voldoen aan de groeiende vraag naar medische beoordelingen en adviezen. In de tweede plaats leeft bij veel verzekeringsartsen de wens zich meer te richten op taken waarvoor zij zijn opgeleid. De verwachting is dat taakdelegatie zorgt voor capaciteitsvergroting en tijdsbesparing voor verzekeringsartsen, waardoor ze zich kunnen concentreren op hun specifieke taken.

Taakdelegatie wordt hierbij gedefinieerd als het niet-structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de delegerend professional, in dit geval de verzekeringsarts, de eindverantwoordelijkheid houdt.

In 2020 heeft het bestuur van de NVVG de Commissie Taakdelegatie ingesteld en deze gevraagd hoe en onder welke voorwaarden kwalitatief goede taakdelegatie verantwoord kan plaatsvinden en dit uit te werken in een handreiking. Het NVVG-bestuur heeft daarbij benadrukt dat het doel van taakdelegatie breder is dan capaciteitsvergroting. Het doel is met name het werk van de verzekeringsgeneeskundige efficiënter, specifiek en kwalitatief beter en gericht te maken. Voorwaarde voor de NVVG is verder dat taakdelegatie juridisch goed is geborgd, plaatsvindt volgens de afgesproken regels en onder de juiste randvoorwaarden in de organisatie is ingebed. Als dit leidt tot capaciteitsvergroting is dit een gewenst effect.

Doelgroepen

Deze handreiking is primair bedoeld voor verzekeringsartsen. Daarnaast is het van belang dat medewerkers aan wie de verzekeringsarts taken kan delegeren (de 'gedelegeerden'), cliënten van verzekeringsartsen, werkgevers en opdrachtgevers (waaronder ook de ondernemingsraden of personeelsvertegenwoordigingen) en cliëntorganisaties kennisnemen van deze handreiking.

Relatie met de handreiking Taakdelegatie van de NVAB

De NVAB heeft in februari 2019 een werkwijzer 'Taakdelegatie voor de bedrijfsarts' gepubliceerd. Deze is mede gebaseerd op een juridische onderbouwing van de kansen van taakdelegatie en taakherschikking in de bedrijfsgezondheidszorg. Veel van de achtergronden en richtlijnen in de werkwijzer voor bedrijfsartsen zijn ook relevant voor verzekeringsartsen.

De handreiking van de NVAB en de voorliggende NVVG-handreiking kennen dezelfde uitgangspunten. Beide hulpmiddelen zijn geschreven vanuit het perspectief vanuit de professional. De uitwerking is uiteraard anders, omdat ook taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen verschillen.

Deze NVVG-handreiking geeft de normen voor een goede verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening met het oog op taakdelegatie, alsmede de voorwaarden voor een onpartijdig en onafhankelijke behandeling tijdens de verzekeringsgeneeskundige gevalsbehandeling.²

1 Standpunt Taakdelegatie NVVG, december 2019

2 Speerpunten van het NVVG-bestuur n.a.v. het advies van de werkgroep "Toekomstige werkwijzen in de Verzekeringsgeneeskunde", 28-10-2020

1. DEFINITIE EN DOEL VAN TAAKDELEGATIE IN DE (PUBLIEKE) VERZEKERINGSGENEESKUNDE

1.1 Definitie

Taakdelegatie is onderdeel van het verzamelbegrip taakoverdracht ('task transfer'). Er zijn verschillende vormen van taakoverdracht. De belangrijkste zijn: taakondersteuning, taakdelegatie en taakherschikking.

Taakondersteuning betreft het uitvoeren van administratieve en logistieke taken door niet-artsen.

Bij taakondersteuning geschieden de handelingen volledig op instructie van de verzekeringsarts, bijvoorbeeld door een medisch secretariaat. De ondersteuner heeft geen bevoegdheid om de uitvoering zelfstandig in te richten. De verzekeringsarts blijft eindverantwoordelijk en de taakondersteuners moeten bekwaam zijn.

Taakdelegatie is het niet-structureel herverdelen van taken van de verzekeringsarts, die in opdracht en onder supervisie van de verzekeringsarts worden uitgevoerd, waarbij de delegerende professional - de verzekeringsarts - de eindverantwoordelijkheid houdt³. Het gaat om delegatie van taken aan *niet-artsen*⁴.

Er bestaat enige overlap tussen taakondersteuning en taakdelegatie. Een kenmerkend verschil is dat bij delegatie de gedelegeerde een zekere discretionaire bevoegdheid heeft, en dus meer ruimte voor eigen initiatief en interpretatie bij het uitvoeren van de taak.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen beroepen. De verzekeringsarts is in dat geval niet langer (eind)verantwoordelijk voor de taakuitvoering van de andere beroepsbeoefenaar. Binnen de sociaal verzekeringsgeneeskundige beroepsbeoefening is taakherschikking niet toegestaan. Het past ook niet bij het integratieve karakter van de claimbeoordeling, waarbij de verzekeringsarts uiteindelijk altijd moet kunnen kennisnemen van alle aspecten van claimbeoordeling om een kwalitatief oordeel te kunnen vellen dat recht doet aan de individuele cliënt.

Deze handreiking richt zich specifiek op taakdelegatie door verzekeringsartsen en dus niet op taakondersteuning of taakherschikking.

1.2 Doel

In de (publieke) verzekeringsgeneeskunde wordt taakdelegatie om verschillende redenen ingezet.

1. *Betere benutting van de specifieke expertise van de verzekeringsarts*

Inzet van de verzekeringsarts kan dankzij taakdelegatie plaatsvinden op problematiek waarvoor hij of zij bij uitstek is opgeleid; nevensdoel is dan de verzekeringsarts niet te belasten met werkzaamheden van routinematige aard, die geen specialistische expertise vereisen. Dit komt de kwaliteit en arbeidsvreugde ten goede.

Een betere benutting van de expertise wordt onder meer bereikt door het verzamelen en goed in het dossier zetten van alle medisch curatieve informatie, wat de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming ten goede komt. Zo kan de verzekeringsarts zich meer op zijn of haar kerncompetenties richten.

2. *Meer preventie van arbeidsongeschiktheid en re-integratieadvies*

Taakdelegatie kan verzekeringsartsen ruimte geven om zich meer te richten op verzuimbegeleiding en claimbeoordeling en op andere taken zoals preventie en re-integratieadvies. Dit zijn taken die in het huidige gefragmenteerde sociale zekerheidslandschap niet altijd uit de verf komen.

³ Zie verder hoofdstuk 2 waarin supervisie van artsen (niet) in opleiding tot verzekeringsarts wordt genoemd. Het landelijk opleidingsplan (LOP) verzekeringsgeneeskunde werkt nog niet uit hoe taakdelegatie in de opleiding aan de orde komt.

⁴ Een onderzoek van een expertiserende arts/specialist is dan ook niet als taakdelegatie te beschouwen, maar als een advies van een zelfstandige professional/arts dat de verantwoordelijke verzekeringsarts bij zijn oordeel betreft.

3. *Betere communicatie en samenwerking*

Taakdelegatie kan verzekeringsartsen meer mogelijkheden geven voor afstemming en samenwerking tussen de verzekeringsarts, bedrijfsarts en curatieve gezondheidszorg.⁵

Taakdelegatie kan dus op verschillende manieren bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van verzekeringsgeneeskundige zorg. Voorwaarde is wel dat de verzekeringsarts vanaf het begin is betrokken bij elke beoordeling en begeleiding en vervolgens kritisch toetst of toepassing van taakdelegatie en de mate van taakdelegatie past bij die specifieke gevalbehandeling.

Taakdelegatie kan aldus leiden tot een efficiënte(re) inzet van de verzekeringsgeneeskundige expertise, hetgeen op zich een gewenst effect is.

2.DE JURIDISCHE BASIS VAN TAAKDELEGATIE

Juridische basis verzekeringsarts in het publieke domein

De verzekeringsgeneeskunde (het specialisme Arts voor Arbeid en Gezondheid, profiel Verzekeringsarts) is een medisch specialisme met circa duizend beroepsbeoefenaren. De juridische basis van het functioneren van de verzekeringsarts ligt in het grondrecht op Sociale Zekerheid (art. 20GW), in Europese verdragen⁶ en in het Europees recht⁷ ⁸.

In de rechtspraak komt naar voren dat de verzekeringsarts onafhankelijk en onpartijdig dient te zijn en dus is het nodig dat de verzekeringsarts voldoende mogelijkheden heeft om tot een goed en onafhankelijk oordeel te komen, al of niet met inzet van taakdelegatie.

Deze beginselen zijn verder uitgewerkt in diverse richtlijnen van het (toenmalige) LISV, UWV en de NVVG⁹. Het Schattingsbesluit 2000 bepaalt verder dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet worden uitgevoerd door een verzekeringsarts en met specifieke onderzoeksmethoden. Hoewel het Schattingsbesluit de diverse onderdelen van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek (zoals anamnese) niet nader benoemt, stelt het wel enkele kwaliteitseisen.

- De verzekeringsarts rapporteert schriftelijk over de gebruikte onderzoeksmethoden, bevindingen, conclusies en argumentatie van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.
- Het advies mag niet innerlijk tegenstrijdig zijn.
- Een andere verzekeringsarts moet tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen komen.
- De beoordeling moet plaatsvinden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden.

De verschillende onderdelen worden uitgewerkt in de Standaard onderzoeksmethoden van het LISV in 2000¹⁰, alsmede in het Landelijk Opleidingsplan Verzekeringsgeneeskunde.¹¹

Juridische basis taakdelegatie in de verzekeringsgeneeskunde

Hoewel het beoordelen van de gezondheidstoestand niet geldt als een handeling die exclusief is voorbehouden aan een verzekeringsarts, bepaalt de wetgeving – waaronder de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) – dat de gezondheidstoestand moet worden beoordeeld aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden. Dit schept juridisch ruimte om anderen ('gedelegeerden') werkzaamheden te laten verrichten in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts. Voorwaarde is wel dat de verzekeringsarts zich ervan overtuigt dat de gedelegeerde ook voldoende bekwaam en bekend is met zijn of haar opdracht en verantwoordelijkheid.

5 Advies Toekomst verzekeringsgeneeskunde NVVG, 2021

6 Internationale Conventie inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (art. 9), het Europees Sociaal Handvest (art. 12) en het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (art. 34)

7 Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM), EHRM 18 maart 1997, Mantovanelli t. Frankrijk, nr. 21497/93, ECLI:CE:ECHR:1997:0318JUD002149793

8 EHRM 8 oktober 2015, Korošec t. Slovenië, nr. 77212/12, ECLI:CE:ECHR:2015:1008JUD007721212.

9 Zie Standaard Onderzoeksmethoden LISV, oktober 2000

10 Zie Standaard Onderzoeksmethoden LISV, oktober 2000

11 Landelijk Opleidingsplan Verzekeringsgeneeskunde, NVVG, dec 2016.

Daarbij moet de gedelegeerde de mogelijkheid hebben de verzekeringsarts te consulteren. Omgekeerd moet de verzekeringsarts de mogelijkheid hebben aanwijzingen te geven¹². De organisatie waarin de verzekeringsarts werkt moet hiertoe de omstandigheden scheppen. Ook moeten de verzekeringsgeneeskundige handelingen die gedelegeerden verrichten, plaatsvinden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringskundige onderzoeksmethoden.¹³

De Centrale Raad van Beroep heeft inmiddels een aantal keer uitgesproken dat verpleegkundigen betrokken kunnen worden in de Ziektewet-beoordeling, mits er rekening wordt gehouden met de voorbehouden taken en de verzekeringsarts eindverantwoordelijk blijft.^{14 15}.

Deze handreiking beoogt handvatten te leveren om de benodigde zorgvuldigheid te kunnen garanderen zodat de taakdelegatie de toets van de rechter doorstaat. Het uiteindelijke doel is vast te leggen wat de beroepsgroep verantwoord en zorgvuldig vindt bij taakdelegatie, met name rekening houdend met artikelen 35 van de Wet BIG.¹⁶

Kernvoorwaarden voor taakdelegatie door verzekeringsarts

Op basis van wet- en regelgeving en jurisprudentie kunnen de volgende kernvoorwaarden voor taakdelegatie worden geformuleerd:

1. De gedelegeerde is voldoende opgeleid en aantoonbaar bekwaam in de uitoefening van de taak.
2. De delegerende verzekeringsarts heeft zich overtuigd van de bekwaamheid – de kennis en vaardigheden – van de gedelegeerde. De delegerende verzekeringsarts evalueert de bekwaamheid van de gedelegeerde periodiek.
3. Er is omschreven welke taken de gedelegeerde mag uitvoeren.
4. In individuele gevallen kunnen de grenzen van delegatie in schriftelijke werkafspraken worden vastgelegd.
5. Er vindt structureel overleg plaats tussen de gedelegeerde en de delegerende verzekeringsarts.
6. Overleg, toetsing en overname van de gevalsbehandeling door de verzekeringsarts is altijd mogelijk: er is gelegenheid tot toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst.
7. De cliënt wordt in begrijpelijke termen ingelicht over het delegeren van onderdelen van de verzekeringsgeneeskundige gevalsbehandeling, de eindverantwoordelijkheid van de verzekeringsarts en de mogelijkheid de verzekeringsarts te consulteren.

Na de inwerkperiode wordt tenminste eenmaal per jaar gezien als een redelijke frequentie van periodieke evaluatie (punt 2).

Herleidbaarheid van acties

In de praktische uitvoering van taakdelegatie is het belangrijk dat eindverantwoordelijkheid herleidbaar is in de activiteiten (zoals bijvoorbeeld het ondertekenen van brieven) van de verzekeringsarts.

In de rapportage dient ook inzichtelijk gemaakt te worden welke taken gedelegeerd zijn en door wie die gedelegeerde taken zijn uitgevoerd.

Opleiding en taakdelegatie

Als de verzekeringsarts/opleider met een gedelegeerde werkt ligt het in de rede dat de opleider de AIOS meeneemt in het proces van samenwerking met de gedelegeerde, waarbij de zelfstandigheid met de jaren kan worden vergroot.

12 Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG, 2010

13 Analoog is dit uitgewerkt in de Werkwijzer taakdelegatie NVAB, 2019

14 CRvB 31-08-2016, ECLI:NL:CRVB:2016:3227

15 CRvB 20-08-2017, ECLI:NL:CRVB:2017:3092

16 Randvoorwaarden die uit de Wet BIG afgeleid kunnen worden zijn:

- De opdrachtgever mag redelijkerwijs aannemen dat de gedelegeerde beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht.
- De opdrachtgever mag ervan uitgaan dat, voor zover hij of zij aanwijzingen heeft gegeven, de gedelegeerde heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen
- De opdrachtgever mag ervan uitgaan dat de opdrachtnemer bevoegd is tot het verrichten van de bedoelde handelingen.

Wanneer de verzekeringsarts een arts als AIOS opleidt is de verzekeringsarts/opleider de eindverantwoordelijke voor de taakgedelegeerde, ook al werkt deze voor de AIOS. Dit moet in de producties en acties van de AIOS kenbaar zijn. De opleider/verzekeringsarts blijft dus ook verantwoordelijk voor welke taken de gedelegeerde kan en mag uitoefenen en hoe de verantwoordelijkheden zijn geregeld en vastgelegd.

3. TAKEN VAN DE VERZEKERINGSARTS

Het Landelijk Opleidingsplan Verzekeringsgeneeskunde beschrijft voor de sociale verzekeringsgeneeskunde de volgende taken:

- Beoordeling en begeleiding van het ziekteverzuim; of de beoordeling van de begeleiding van ziekteverzuim door bedrijfsartsen en anderen.
- Het adviseren over en indiceren van re-integratie interventies c.q. participatieadvisering in het kader van ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid of overige opdrachten in het publieke domein
- Bepalen van beperkingen en mogelijkheden tot functioneren met betrekking tot arbeid en andere maatschappelijke rollen (in het licht van verzekeringsclaims en participatie).
- Beoordeling causaliteit (ongeval, zwangerschap, militaire dienstuitoefening).
- Beoordeling van de adequaatheid van behandeling, therapietrouw, herstel- en participatiegedrag en van andere eventuele interventiemogelijkheden.
- Beoordelen prognose van de stoornissen en de beperkingen in functioneren.

4. OVERZICHT VAN TAKEN DIE DE VERZEKERINGSARTS WEL EN NIET KAN DELEGEREN

4.1 Inleiding

De taakstelling van de verzekeringsarts bestaat uit het vellen van een goed oordeel en het geven van een goed advies over de verschillende vraagstellingen die in de sociale verzekeringsgeneeskunde bestaan. Het gaat dan over claimbeoordeling, begeleiding en preventie van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim, het verrichten van specifieke gevalbehandeling en advies over participatie en zelfredzaamheid (samengevat conform hoofdstuk 3).

Om verantwoordelijkheid te kunnen dragen en om als autonome professional de volledige gevalbehandeling te kunnen uitvoeren, moet de verzekeringsarts betrokken zijn bij de indicatie en de omvang van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Dit is onderdeel van de zogenaamde regierol van de verzekeringsarts.¹⁷

Als de verzekeringsarts onderdelen van de gevalbehandeling delegeert, is het van belang dat de gedelegeerde terug rapporteert en de verzekeringsarts de bevindingen verifieert opdat een eventuele tussenkomst (zie hoofdstuk 7) door de verzekeringsarts gedurende de hele gevalbehandeling mogelijk blijft.

Het eindoordeel of advies van de verzekeringsarts is alleen mogelijk als de verzekeringsarts tot een eigenstandig oordeel kan komen. Met andere woorden: het inwinnen op verzoek van de verzekeringsarts bijvoorbeeld van medische informatie inzake klachten en belemmeringen, gestelde diagnose, behandeling, beloop, de door cliënt en behandelaar verwachte verbetering, of re-integratiemogelijkheden door een gedelegeerde kan de beoordeling wel verrijken, maar de anamnese afgenomen door een verzekeringsarts niet volledig vervangen.

¹⁷ Advies "Toekomstige werkwijzen in de Verzekeringsgeneeskunde", NVVG 28-10-2020

Taakdelegatie kan dus zeker onderdelen aandragen maar niet in de plaats komen van het eigenstandig verzekeringsgeneeskundig oordeel. Het eigenstandig verrichten van verzekeringsgeneeskundig onderzoek door een gedelegeerde is dan ook niet mogelijk.

Alleen de verzekeringsarts kan bepalen welke taken hij of zij wil delegeren. Als taakdelegatie overwogen wordt in de gevalsbehandeling of begeleiding, beoordeelt de verzekeringsarts allereerst de benodigde diepgang en reikwijdte van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Op basis daarvan bepaalt hij of zij welke taken delegerbaar zijn.

4.2 Taken die delegerbaar kunnen zijn¹⁸

Procesmatige taken:

- Opstellen en uitwerken en het in opdracht ondertekenen van brieven van de verzekeringsarts
- Uitwerken van de rapportage van de verzekeringsarts
- Onderzoeksactiviteiten, zoals:
 - Procesmatige informatie vastleggen in het dossier (afspraken, verrichtingen, interventies)
 - Laten tekenen van een machtiging voor inwinning informatie
 - Samenvatten van de voorgeschiedenis
 - Samenvatten van ingewonnen medische informatie
- Rapporteren over deze onderzoeksactiviteiten

Verzekeringsgeneeskundige taken:

- Op verzoek van de verzekeringsarts verzamelen van medische informatie inzake:
 - Klachten en belemmeringen
 - Gestelde diagnose,
 - Behandeling en beloop
 - Door cliënt en behandelaar verwachte verbetering van de belastbaarheid.
- Onderzoeken van:
 - Mogelijkheden van re-integratie cliënt
 - Mogelijke oplossingen ten aanzien van participatie en zelfredzaamheid
 - De voorwaarden hiertoe (behandeling, stimulering, motivering) zoals in overeenstemming met de wettelijke taakstelling.
- Beschrijven van de werkzaamheden of activiteiten van cliënt.
- Aanvullend (lichamelijk, laboratorium of psychisch) onderzoek aanvragen of verrichten op aangeven van de verzekeringsarts.
- Medische bevindingen van derden vastleggen in het medisch dossier.
- Overzicht maken van welke informatie verzameld is voor opdrachtgever of cliënt.
- Op grond van de prognosestelling, c.q. contact met cliënt, aan verzekeringsarts adviseren wanneer een vervolgspraak nodig is.
- Meewerken aan (wetenschappelijk) onderzoek: uitvoeren van onderdelen volgens afspraak met verzekeringsarts.

Bovenstaande taken kunnen alleen gedelegeerd worden als deze aansluiten bij de opleiding van betreffende gedelegeerde.

4.3 Taken die niet-delegerbaar zijn

- Beoordelen van de benodigde diepgang en reikwijdte van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en te delegeren taken.
- Opstellen van de Probleemanalyse in het kader van de Ziektewet.
- Indiceren van nader verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

¹⁸ Mits de gedelegeerde bevoegd en bekwaam is

- Indiceren van interventies gericht op het verbeteren van participatie, zelfredzaamheid en re-integratie.
- Beoordelen of het advies van derden over de belastbaarheid voldoende inhoud en kwaliteit heeft.
- Afgeven van een deskundigenoordeel.
- Toetsen van een re-integratieverslag.
- Geven van een eindoordeel van een second opinion.
- Geven van een eindoordeel over belastbaarheid, beperkingen en mogelijkheden.
- Geven van het eindoordeel inzake een herzieningsverzoek (gemeente).
- Zelfstandig verrichten van verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

Wat betreft het functioneel leidinggeven dan wel het regelen en organiseren van taakdelegatie zijn de volgende taken niet delegerbaar:

- Bepalen welke samenwerkingsafspraken tussen verzekeringsarts en gedelegeerde gemaakt worden.
- Toetsen van de uitvoering van taken door de gedelegeerde.
- Monitoren of verzamelen van informatie om de bekwaamheid van de gedelegeerde vast te stellen.

5. VERKENNEN DE VAN SETTING VAN MOGELIJKE TAAKDELEGATIE

Het is aan de verzekeringsarts zelf om te beoordelen of in zijn of taakdelegatie haar situatie kansen biedt en meerwaarde heeft. Daarbij verkent hij of zij eerst de kansen om met taakdelegatie te werken. Vervolgens beoordeelt hij of zij of dit in de bestaande situatie ook mogelijk is.

5.1 In kaart brengen nieuwe situatie

Checklist voor de verzekeringsarts om kansen te verkennen

A. Wil ik als verzekeringsarts werken met taakdelegatie? Met welke doel?

- Vergroot taakdelegatie mijn mogelijkheden om meer te doen aan preventie, beoordeling, begeleiding van cliënten?
- Vergroot taakdelegatie mijn mogelijkheden om mijn rol als verzekeringsarts breder in te vullen?
- Bevordert taakdelegatie de continuïteit of de kwaliteit van mijn werk?
- Bevordert taakdelegatie de efficiëntie van mijn werk?
- Wordt mijn werk interessanter als ik taken delegeer? Bereik ik taakverrijking?
- Wat levert taakdelegatie op voor de cliënt?
- Wat levert taakdelegatie op voor de gedelegeerde?
- Wat levert taakdelegatie op voor de werkgever/opdrachtgever?

B. Hoe past taakdelegatie binnen de setting waarin ik werk?

- Zijn er al afspraken met de betrokken medewerkers gemaakt?
- Word ik betrokken bij het werven van gedelegeerden?
- Is er voldoende tijd om de samenwerking op te zetten en te onderhouden?
- Is er voldoende tijd en gelegenheid om aan kwaliteitsmonitoring te doen?

C. Met wie moet ik om tafel om mijn voorstel voor het delegeren van taken af te stemmen?

D. Hoe leg ik de kansen van taakdelegatie en de doelen die ik daarmee wil realiseren vast en hoe zorg ik ervoor dat ik periodiek kan evalueren en waar nodig kan bijstellen?

E. Heb ik als verzekeringsarts nog (na)scholing nodig om adequaat met taakdelegatie

te kunnen werken?

5.2 In kaart brengen bestaande situatie

Het is absoluut noodzakelijk de situatie waarin de verzekeringsarts werkt goed in kaart te brengen.

Zo moet de verzekeringsarts nagaan of taakdelegatie beoogd en gewenst is, onder welke omstandigheden en wie erbij zijn betrokken. Dit is ook essentieel als een verzekeringsarts gaat werken in een situatie waarin al sprake is van taakdelegatie.

Zowel in de situatie van het nog niet werken met taakdelegatie als in de setting van al *bestaande* taakdelegatie is het van belang dat de situatie wordt gezien.

Checklist voor de verzekeringsarts voor het verkennen van een bestaande situatie

Hoe ziet de taakdelegatie eruit?

1. Welke functionarissen zijn bij de taakdelegatie betrokken voor welke verzekeringsgeneeskundige taken?
2. Wie draagt tot dusverre de eindverantwoordelijkheid?

Heeft de taakdelegatie toegevoegde waarde?

3. Past de taakdelegatie bij de verzekeringsgeneeskundige vragen die beantwoord moeten worden?
4. Komt de taakdelegatie ten goede aan de kwaliteit van verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening?
5. Maakt taakdelegatie een bredere verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening mogelijk?
6. Hoe kijkt de directie (of de opdrachtgever) aan tegen taakdelegatie en het doel daarvan?

Hoe zijn de afspraken uitgewerkt en hoe zijn de monitoring en de bijsturing geregeld?

7. Is de taakdelegatie waarmee de verzekeringsarts gaat werken al volledig georganiseerd of moet die nog worden uitgewerkt?
8. Is er ruimte voor aanpassing van specifieke afspraken tussen de verzekeringsarts en taak gedelegeerde?
9. Is er gelegenheid tot het geven van een opdracht aan gedelegeerden, dan wel het instrueren bij verzekeringsgeneeskundige taken?
10. Is er gelegenheid tot monitoring van bekwaamheid en uitvoering van gedelegeerde taken?
11. Hoe is de monitoring/supervisie van gedelegeerden in de huidige situatie geregeld en is er gelegenheid tot tussenkomst?

Hoe is de kwaliteit gedelegeerden?

12. Wat zijn de bekwaamheden en kennis van de (eventueel nog aan te trekken) gedelegeerden en welke ontbreken nog?
13. Zijn de gedelegeerden met wie gewerkt wordt BIG-geregistreerd?
14. Wat zijn de ervaringen van de voorgaande verzekeringsarts of collega's met de taakdelegatie?

Hoe worden de stakeholders geïnformeerd?

15. Hoe worden cliënten geïnformeerd over taakdelegatie?
16. Hoe worden andere professionals zoals arbeidsdeskundigen geïnformeerd over taakdelegatie?
17. Is het voor alle betrokken partijen duidelijk welke functionaris welke taken kan en mag uitoefenen en hoe de verantwoordelijkheden zijn geregeld en vastgelegd?

Hoe wordt de kwaliteit geborgd?

18. Wat is er vastgelegd ten aanzien van de kwaliteitsborging?
19. Hoeveel tijd is beschikbaar voor inrichten en kwaliteitsborging van taakdelegatie?

Bij het werken voor (grote) organisaties is het belangrijk te weten hoe de functionele en hiërarchische verantwoordelijkheden zijn geregeld en wie de verantwoordelijke leidinggevend zijn.

Is de samenwerking tussen verzekeringsarts en gedelegeerde goed en zijn beide partijen tevreden, dan zal er in de praktijk weinig frictie zijn. Schiet de kwaliteit van de gedelegeerde ondanks goede afspraken en instructie en onderwijs structureel tekort, dan moet de verzekeringsarts in overleg treden met de verantwoordelijke leidinggevende. Wanneer verbetering niet mogelijk is, zegt de verzekeringsarts de functionele samenwerking met de gedelegeerde op.

5.3 Beoordeling van de bekwaamheid van de gedelegeerde

De verzekeringsarts moet de gelegenheid krijgen om kennis te maken met de gedelegeerde en diens medische, communicatieve en sociale vaardigheden te beoordelen. De verzekeringsarts moet afspraken kunnen maken over het uitvoeren van gedelegeerde taken. Er moet vertrouwen zijn tussen verzekeringsarts en gedelegeerde en beiden moeten bereid zijn feedback te geven en te ontvangen. De gedelegeerde moet zijn grenzen kennen en beseffen dat het essentieel is dat de verzekeringsarts kan vertrouwen op de bekwaamheid van de gedelegeerde. Op basis van de daaropvolgende ervaring in het samenwerken, coaching en scholing is ook een groei in delegatie bespreekbaar.

Bij het beoordelen van de bekwaamheid van de gedelegeerde gaat de verzekeringsarts na of de gedelegeerde voldoende gerichte kennis en vaardigheden heeft op met name medisch terrein om de te delegeren taken goed te kunnen vervullen. Het is van belang ook de communicatieve vaardigheden voor de taken van de gedelegeerde te beoordelen.

De verzekeringsarts gaat na over welke bevoegdheden de gedelegeerde beschikt, zoals bijvoorbeeld een BIG-registratie in een paramedische professie die toegespitst is op de te delegeren taken en of hij of zij lid is van een relevante beroepsvereniging. Minimaal moet de gedelegeerde deelnemen in een eigen kwaliteitssysteem van zijn of haar (paramedische) beroepsgroep. Als het gaat om verpleegkundigen en fysiotherapeuten, dan is BIG-registratie nodig op het voor de delegatie vereiste niveau. De gedelegeerde draagt zelf zorg voor het behoud van de BIG-registratie of kwaliteitsregistratie.

De gedelegeerde moet in de gelegenheid worden gesteld in zijn eigen beroepsgroep aan het proces van professionele kwaliteitsmonitoring deel te nemen en daarvoor ook in staat worden gesteld door de organisatie waarin hij of zij werkt.

Kwaliteitsmonitoring en -registratie in de beroepsgroep van een gedelegeerde dan wel BIG-registratie geeft een goed kader en geeft de verzekeringsarts houvast bij de beoordeling van de bekwaamheid van de gedelegeerde.

Teneinde een korps van specifiek voor de sociale verzekeringsgeneeskunde BIG-geregistreerde paramedici te ontwikkelen, is het wenselijk dat de NVVG samen met de beroepsverenigingen van fysiotherapeuten en verpleegkundigen een kader ontwerpt voor een specifieke paramedische beroepsuitoefening en registratie in de verzekeringsgeneeskunde.

Het is belangrijk niet alleen te kijken naar de bekwaamheid van de gedelegeerde nu, maar ook of hij of zij bekwaam kan blijven. De verzekeringsarts kan de gedelegeerde vragen hoe hij of zij zelf zijn of haar vakbekwaamheid denkt te onderhouden en welke taken in de toekomst gedelegeerd zouden kunnen worden. Certificering en registratie in de beroepsgroep van de gedelegeerde kunnen daarbij behulpzaam zijn.

Een goede samenwerking vereist naast goede communicatie ook vertrouwen tussen verzekeringsarts en gedelegeerde, het vermogen en de bereidheid feedback te geven en te ontvangen en de mogelijkheid om groei in taakdelegatie te bespreken op basis van ervaring, coaching en scholing. Hieruit vloeit ook voort dat de gedelegeerde een taak onder omstandigheden niet kan uitvoeren en deze dus aan de verzekeringsarts teruggeeft. Het beoordelen van bekwaamheid moet periodiek plaatsvinden met als doel een cyclus van monitoring en samenwerking te starten.

5.4 Schriftelijk vastleggen opdrachtverstrekking

Na verkenning van kansen op taakdelegatie en het beoordelen van mogelijkheden tot taakdelegatie door gedelegeerden en de voorwaarden daartoe, volgt de fase van het verstrekken van een opdracht tot gedelegeerde taakvervulling en het - zo nodig – geven van aanwijzingen. De opdrachtverstrekking en het regelen van toezicht moet schriftelijk worden vastgelegd.

6. HET GEVEN VAN OPDRACHTEN EN AANWIJZINGEN DOOR DE VERZEKERINGSARTS

Het verdient aanbeveling dat de organisatie waarin de verzekeringsarts werkzaam is een handboek of protocol opstelt die de kwaliteitsborging en het informeren van de betrokken partijen regelt.¹⁹ Ook als er handboeken beschikbaar zijn, dan wel een professioneel statuut dat taakdelegatie regelt, moet de verzekeringsarts zelf, als deze besluit met taakdelegatie te gaan werken, bij het verstrekken van de opdracht in specifieke situatie schriftelijk vastleggen welke specifieke afspraken rond aanwijzingen en kwaliteitsborging zijn gemaakt in welke specifieke situatie.

Checklist Opdracht verstrekken en aanwijzingen geven

- Waarom taakdelegatie? Wat wordt gedelegeerd met welk doel?
- Welke taken worden wel en welke niet gedelegeerd?
- Hoe kan de verzekeringsarts aanwijzingen geven vanuit kwaliteitsoogpunt?
- Hoe vinden overleg en consultatie plaats?
- Hoe vindt de toetsing van de kwaliteit van uitoefening taakdelegatie door verzekeringsarts plaats en hoe vaak gebeurt dit?
- In welke gevallen moet de gedelegeerde de verzekeringsarts inroepen voor beoordeling of advies?
- Hoe waarborgt de gedelegeerde het medisch beroepsgeheim en de privacy?
- Worden de regels betreffende toegang tot het medische dossier door gedelegeerde bewaakt?
- Hoe en wanneer wordt de samenwerking geëvalueerd?

Het geven van aanwijzingen is afhankelijk van de taken en bekwaamheden van de gedelegeerde. Uit de checklist 'Opdracht verstrekken en aanwijzingen geven' volgt verder al dat het belangrijk is de zorg voor geheimhouding te bewaken.

¹⁹ Zo heeft UWV in 2021 een uitwerking in haar Handreiking Taakdelegatie, juridisch en professioneel kader gepubliceerd.

Generieke aanwijzingen zoals het hanteren van een vragenlijst, specifieke vragen of onderzoeken kunnen ook generiek geïnstrumenteerd worden in de vorm van applicaties of instructies vanuit de organisatie. Als de verzekeringsarts een specifieke aanwijzing geeft, dan moet dit worden genoteerd in een door verzekeringsarts en gedelegeerde getekende overeenkomst, zodat het ook controleerbaar is.

De verzekeringsarts vergewist zich ervan dat de interne en externe communicatie van de organisatie over het werken met taakdelegatie gewaarborgd is. Het gaat onder andere om informatie over welke taken aan wie zijn gedelegeerd. Maar ook dat de gedelegeerde onder afgeleid medische beroepsgeheim werkt en bij wie medewerkers terechtkunnen bij vragen of klachten over het handelen van de verzekeringsarts of gedelegeerde. Bedenk welke communicatiekanalen zich hiervoor lenen. Denk aan de uitnodigingsbrief, de wachtkamer, de website en de contactmomenten met gedelegeerden zelf.

7.KWALITEITSBORGING VAN TAAKUITOEFENING GEDELEGEERDEN: TOEZICHT EN MOGELIJKHEID TUSSENKOMST

7.1 Toezicht

Adequaat toezicht en eventuele tussenkomst - het (over)nemen van een rol door de verzekeringsarts in de uitvoering van de gedelegeerde taken - zijn nodig om de kwaliteit van taakdelegatie - en dus een goede verzekeringsgeneeskundige beroepsuitoefening - te garanderen.

Met goed toezicht geeft de verzekeringsarts invulling aan de eindverantwoordelijkheid. Toezicht op de gemaakte afspraken completeert de vertrouwensrelatie tussen verzekeringsarts en gedelegeerde en geeft inhoud aan de regierol. Een goede regierol is proactief georganiseerd en geborgd en is dus meer dan alleen signaleren bij problemen.

De verzekeringsarts moet voldoende tijd reserveren om het toezicht uit te voeren. Afhankelijk van de concrete setting zal het toezicht van de verzekeringsarts ten aanzien van (het aantal) gedelegeerden zijn of haar limiet kennen en zullen hierover afspraken moeten worden gemaakt. De organisatie waarin de verzekeringsarts werkt dient het toezicht en de mogelijkheden van tussenkomst mogelijk te maken.

De verzekeringsarts ziet erop toe dat de gedelegeerde binnen de afgesproken grenzen blijft. Het is immers niet de bedoeling dat de gedelegeerde de rol van de verzekeringsarts overneemt door bijvoorbeeld een eindoordeel over belastbaarheid, beperkingen en mogelijkheden te geven of zelfstandig interventies gericht op het verbeteren van participatie te indiceren. Ook het in acht nemen van medische geheimhouding en privacy is een belangrijk punt.

In de opbouwfase van een samenwerking tussen verzekeringsarts en gedelegeerde is het van belang dat er intensieve controle plaatsvindt. Het aantal taken wordt geleidelijk uitgebreid onder direct toezicht. Pas daarna start de fase van zelfstandig werken met periodieke evaluaties (zie hoofdstuk 7).

Checklist toezicht

- Blijft de gedelegeerde binnen de grenzen van de taakdelegatie?
- Komt de gedelegeerde de gemaakte afspraken bij de opdrachtverstrekking na?
- Voert de gedelegeerde de taken uit volgens de gegeven aanwijzingen?
- Voert de gedelegeerde de taken uit volgens de gestelde richtlijnen en protocollen?
- Onderhoudt de gedelegeerde haar of zijn BIG-registratie?
- Houdt de gedelegeerde zich aan de regels voor geheimhouding en privacy?
- Hoe is de kwaliteit van de taakuitvoering door de gedelegeerde?
- Maakt de gedelegeerde zijn of haar rol naar de cliënt duidelijk?
- Neemt de gedelegeerde contact op met de verzekeringsarts conform de gemaakte afspraken?

Voorbeelden van instrumenten voor toezicht zijn:

- Dossieronderzoek, gericht op rapportagekwaliteit, vakinhoudelijke kwaliteit en communicatieve kwaliteit.
- Face-to-face overleg of dossierbespreking.
- Groepsbespreking of casuïstiekoverleg met gedelegeerden.
- Periodiek meekijken om de praktische situatie te leren kennen.

Bij vakinhoudelijke kwaliteit gaat het onder meer om kennis en het hanteren van de verzekerings-geneeskundige richtlijnen en andere relevante medische richtlijnen en kennis en vaardigheid inzake algemene medische beroepsuitoefening.²⁰

Om de kennis en vaardigheid van de gedelegeerden te waarborgen is het zaak hen zo nodig te instrueren in nieuwe medische ontwikkelingen. In overleg met de werkgever is het verder verstandig periodieke nascholing te bevorderen.

Voldoet de gedelegeerde aan de nascholingseisen van zijn of haar kwaliteitsregistratie of BIG-registratie?

Als er digitale informatie over de verrichtingen van de gedelegeerde beschikbaar is voor de verzekeringsarts, maakt dit het (continue) toezicht gemakkelijker.

7.2 Tussenkost²¹

Naast de afspraken die bij aanvang of tijdens de samenwerking zijn gemaakt, dient het voor de verzekeringsarts te allen tijde mogelijk te zijn om tussen te komen in de uitvoering van het gedelegeerde werk. Ingrijpen kan nodig zijn in bijvoorbeeld acute situaties of wanneer taakdelegatie niet goed lijkt te functioneren of niet goed georganiseerd lijkt. Tussenkost is ook mogelijk als een cliënt of de opdrachtgever hierom vraagt.

Tussenkost betekent dat de verzekeringsarts de zaak weer zelf in behandeling neemt tot het moment dat deze weer gedelegeerd wordt.

Het is verstandig om samen met de gedelegeerde een overzicht te maken van situaties die om tussenkost vragen.

Voorbeelden van situaties die tot tussenkost kunnen leiden

- Vermoeden dat ingewonnen informatie niet betrouwbaar is.
- Het herstel stagneert of de arbeidsongeschiktheid neemt onverwacht toe.
- Vermoeden dat de cliënt niet meewerkt aan de re-integratie.
- De beoordeling of de begeleiding wordt steeds complexer.
- De cliënt vraagt er om.

Tussenkost kan ook plaatsvinden als de gedelegeerde zelf een check van verzekeringsarts nodig vindt.

Toezicht en tussenkost zijn onderdeel van een goede samenwerking bij taakdelegatie. Het elkaar feedback geven bevordert de kwaliteit van de samenwerking en kan leiden tot doorontwikkeling van de samenwerking en uitbreiding van het aantal taken dat wordt gedelegeerd.

²⁰ Buiten het bestek van deze handreiking valt het definiëren van een basis-set aan kennis en vaardigheden van gedelegeerden en het samenstellen van een opleidingsprogramma en certificering van deze beroepsgroep.

²¹ Synoniemen voor tussenkost zijn: ingrijpen, interventie.

8. EVALUATIE EN BIJSTELLING

Evaluatie en bijstelling zijn te beschouwen als onderdeel van kwaliteitsborging, maar gaan iets verder. Bij evaluatie en bijstelling wordt namelijk teruggekeken naar de bij de aanvang geformuleerde doelstellingen van de taakdelegatie. Er wordt gekeken naar wat goed gaat en wat beter kan.

Bij het aangaan van taakdelegatie spreken de betrokken partijen af hoe vaak en wanneer geëvalueerd zal worden. De betrokken partijen zijn naast de verzekeringsarts zelf de werkgever van de verzekeringsarts, de werkgever van de gedelegeerde, de gedelegeerden met wie de verzekeringsarts werkt, de cliënten met wie de gedelegeerde(n) heeft/hebben gewerkt en de collega's in de unit waarin de verzekeringsarts werkzaam is.²²

Bij het terugkijken naar de doelstellingen gaat het onder meer om de doelen in de checklist 'Verkenning kansen'.

Evaluatieonderwerpen

1. Vergroot taakdelegatie de mogelijkheid om meer te doen aan preventie, beoordeling, begeleiding van cliënten en om de eigen rol als verzekeringsarts breder in te vullen?
2. Bevordert taakdelegatie de continuïteit of de kwaliteit van het eigen werk? Zijn er minder wachttijden?
3. Bevordert taakdelegatie de efficiëntie in het eigen werk en wordt er op prettige wijze samengewerkt?
4. Wordt het werk interessanter met taakdelegatie? Bereikt de verzekeringsarts taakverrijking?
5. Is taakdelegatie transparant georganiseerd voor alle betrokkenen?
6. Zijn de zeven kernvoorwaarden voor taakdelegatie geborgd?
7. Zijn er klachten binnengekomen die betrekking hebben op taakdelegatie?
8. Wat levert taakdelegatie op voor de cliënt?
9. Wat levert taakdelegatie op voor de gedelegeerde?
10. Heeft de gedelegeerde zijn of haar registratie kunnen behouden?
11. Wat levert feedback van gedelegeerde op voor de verzekeringsarts?

Door periodieke evaluatie wordt het proces van taakdelegatie een cyclisch proces dat bijdraagt aan taakverrijking.

²² Dit is in ieder geval van belang als dezelfde gedelegeerde voor verschillende verzekeringsartsen werkzaam is.

BRONNENOVERZICHT

- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ([Wet BIG](#)).
- Standpunt Taakdelegatie [NVVG](#) 2019
- Landelijk Opleidingsplan [Verzekeringsgeneeskunde](#) 2016, NVVG, GAV
- [De zieke werknemer](#); Beleidsregels voor de verwerking van persoonsgegevens over de gezondheid van zieke werknemers. Autoriteit Persoonsgegevens, 2016
- Handreiking Taakdelegatie. Professioneel en Juridisch Kader. UWV, 2021
- [Antwoord Minister](#) van Sociale Zaken op Kamervragen inzake 'Groningen'
- [Kamerbrief](#) toekomst sociaal-medisch beoordelen, Minister van Sociale Zaken, 2021
- Visiedocument Toekomstige werkwijzen in de verzekeringsgeneeskunde en [Speerpunten NVVG](#), NVVG en GAV, 2021

SAMENSTELLING COMMISSIE TAAKDELEGATIE

- Nico Croon – voorzitter *
- Truus Engelhart * #
- Theo Hoofs *
- Linda ten Hove *
- Eric van der Jagt *
- Jos Vandeursen *
- Annette de Wind *
- Peter van Eekert tot eind 2021, daarna Peter Boorsma – secretariaat

* *Verzekeringsarts en NVVG-lid.*

Truus Engelhart neemt een minderheidsstandpunt in op de volgende punten:

- *Het aantal gedelegeerden limiteren op 2-3;*
- *BIG-registratie gedelegeerden is in alle gevallen vereist.*