



Eindverslag stakeholderconsultatie

Denk Mee Over
Sociaal Medisch Beoordelen

Inhoudsopgave

Colofon	3
Leeswijzer	4
Deel 1: samenvatting Verkennen	8
De deelnemers aan de dialoogronde ‘Verkennen’	17
Deel 2: samenvatting Verrijken	18
Samenvattingen per thema	22
De deelnemers aan de dialoogronde ‘Verrijken’	32
Deel 3: samenvatting Voorkeuren	33
De deelnemers aan de dialoogronde ‘Voorkeuren’	39
Deel 4: Samenvatting Verdiepen	40
De deelnemers aan de dialoogronde ‘Verdiepen’	49
Lijst van afkortingen.....	50

Colofon

Deze consultatie is uitgevoerd door stakeholderparticipatie-bureau Facilitating Company in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

Vanuit Facilitating Company hebben dialogexperts Danny van den Boom en Frans van Rheenen de consultatie-dialoog ontworpen en de uitvoering ervan gefaciliteerd.

Het eindverslag en alle vier de deelverslagen zijn te downloaden op <https://denkmeeoversmb.nl/>

Voor meer informatie over de inhoud van dit eindverslag en het vervolg van deze consultatie kun je je wenden tot het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en/of UWV.

Voor meer informatie over de aanpak en uitvoering van deze consultatie kun je je wenden tot Facilitating Company.



Den Haag, 7 februari 2024

Danny van den Boom

Frans van Rheenen

<https://facilitatingcompany.nl>

Info@facilitatingcompany.nl

+31 (0) 88 3030630

Leeswijzer

Beste lezer van dit verslag,

Voor je ligt het eindverslag van de online stakeholderconsultatie 'Denk Mee Over Sociaal Medisch Beoordelen (SMB)'.

De consultatie heeft ruim drie maanden geduurd en bestond uit vier interactieve rondes. In totaal hebben zo'n 500 mensen met elkaar ideeën bedacht om grip te krijgen op de wachttijden voor sociaal-medische beoordelingen.

In dit eindverslag vind je de samenvattingen van de vier rondes (Verkennen, Verrijken, Voorkeuren en Verdiepen).

In de **eerste** gespreksronde '**Verkennen**' hebben de deelnemers aan de hand van acht vragen hun eerste gedachten gedeeld over het doel van het vraagstuk 'hoe krijgen we grip op de wachttijden van sociaal medisch beoordelen?' Het doel van de eerste ronde was om een beeld te krijgen hoe de verschillende deelnemers tegen het vraagstuk aankijken. In de volgende stappen is aansluiting gezocht bij deze beelden. Dat heeft geleid tot veel reacties op de gestelde vragen en geeft inzicht in de vragen, zorgen, wensen, ideeën en verwachtingen die er leven. Het resultaat van deze ronde is samengevat in zes thema's om verder te onderzoeken.

1. Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen
2. Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen
3. Juiste inzet professionals (w.o. taaldelegatie)
4. Stelsel (herbeoordeling, onderscheid WGA en IVA, eerste twee ziektejaren)
5. Samenwerking medische kerens (incl. gegevensdeling)
6. Minder onzekerheid en onduidelijkheid

In de **tweede** dialoogronde '**Verrijken**' is de deelnemers gevraagd naar ideeën en mogelijke oplossingen voor de vraagstukken die spelen binnen de zes thema's. Alle genoemde ideeën, meningen en randvoorwaarden per thema zijn als aandachtspunt opgenomen in de samenvatting van dit verslag. Per thema zijn circa zes à zeven aandachtspunten benoemd. (totaal 34 aandachtspunten).

In de **derde** dialoogronde '**Voorkeuren**' stond het aanbrengen van focus in de ideeën en mogelijke oplossingen die in de tweede dialoogronde 'Verrijken' zijn aangedragen centraal. Aan de hand van een aangepaste thema-indeling, die daardoor beter aansluit op de inhoud van de dialoog, is van de genoemde ideeën en oplossingen een lijst met aandachtspunten gemaakt in de vorm van stellingen. Deelnemers aan de consultatie is gevraagd om in de derde ronde per (aangepast) thema aan te geven welke aandachtspunten volgens hen het belangrijkste zijn om uit te werken, hun zgn. voorkeuren. Het resultaat van deze ronde is een focuslijst met zestien (hoofd)aandachtspunten geworden (zie onder).

In de **vierde** dialoogronde '**Verdiepen**' van de consultatie stond de (SMART) concretisering en vertaling naar acties van de 16 (hoofd)aandachtspunten uit de derde dialoogronde 'Voorkeuren' centraal.

Thema 1: Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)

1: UWV neemt alleen nog aanvragen (zowel claim- als herbeoordelingsaanvragen) in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.

2: Een aangevraagde herbeoordeling wordt alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed en volledig onderbouwd is.

3: Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.

4: Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (de cliënt betrekken betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).

5: Er moet voor de sociaal-medische beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.

Thema 2: Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

6: Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts moeten worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.

7: Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplichtend karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.

8: Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.

9: De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingstrajecten zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, dit in navolging van enkele landen om ons heen.

Thema 3: Samenwerking medische keten

10: Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.

11: De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.

Thema 4: Stelsel (60+ en IVA)

12: De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.

13: De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én/of uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

Thema 5: Innovatie

14: De uitvoering moet worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Goede werkwijzen (best practices) moeten op één plek worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.

15: Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.

16: Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

Per dialoogronde vind je ook een overzicht van de verschillende stakeholdergroepen die hebben deelgenomen aan alle interactieve dialoogronden.

In de [verschillende deelverslagen per ronde](#) vind je de exacte reactie van de deelnemers. In ieder deelverslag vind je naast de samenvatting alle antwoorden die door de deelnemers zijn gegeven op de gestelde vragen (de integrale dialoog).

Ook hebben we een definitielijst van alle gebruikte afkortingen toegevoegd om dit document voor iedereen leesbaar te houden.

Hoe zag de consultatie eruit?

De consultatie bestaat uit zes stappen (zie hieronder) en kent vier dialoogrondes: Verkennen, Verrijken, Voorkeuren en Verdiepen. De consultatie duurde van november 2023 tot en met januari 2024. Van iedere dialoogronde is een deelverslag gemaakt, zodat iedereen continu op de hoogte is van de voortgang van de dialoog.



Waarom deze consultatie?

De lange wachttijden voor sociaal-medische beoordelingen zijn een maatschappelijk probleem. Voor burgers is er onzekerheid over het recht op een uitkering en daardoor ook onzekerheid over hun inkomen. Ook voor werkgevers is er onduidelijkheid over de financiële gevolgen van een mogelijke uitkering.

De oorzaak van het probleem is de mismatch tussen vraag en aanbod van sociaal medische beoordelingen. Dit komt mede omdat er niet genoeg artsen zijn die kunnen voorzien in de totale vraag naar sociaal-medische beoordelingen. Gevolg: mensen moeten langer wachten op een WIA-beoordeling. Hierdoor zijn achterstanden in beoordelingen ontstaan.

Help ons om dit op te lossen. SZW en UWV willen samen met jou komen tot oplossingsrichtingen die we snel kunnen invoeren. De maatregelen die tot nu toe getroffen zijn, zorgen voor een lichte daling in de achterstanden, maar zijn nog niet voldoende. Juist daarom luisteren we graag naar alle mensen die betrokken zijn bij dit probleem. In de praktijk, of op afstand. Het is zaak om alle stemmen te horen, om zo samen tot gedragen oplossingsrichtingen te komen.

Wat gebeurt er met de resultaten van de consultatie?

SZW en UWV nemen de resultaten van deze consultatie mee in het plan van aanpak om de mismatch in de vraag naar en het aanbod van sociaal-medische beoordelingen te verminderen. In het consultatieproces hopen we te komen tot effectieve oplossingsrichtingen die op korte termijn ingevoerd kunnen worden. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de verdere uitwerking of invoeren van de oplossingen ligt, afhankelijk van de aard van de oplossingsrichting, bij de minister van SZW of bij UWV. In een komende brief aan de Tweede Kamer over sociaal-medisch beoordelen zullen we in gaan op de resultaten van de consultatie en schetsen wat hiermee gebeurt. Als de Kamerbrief gereed is, delen we deze ook via denkmeeoversmb.nl.

Bedankt!

We bedanken iedereen die heeft bijgedragen aan deze waardevolle consultatie. We hebben veel nieuwe inzichten gekregen en we zien dat een aantal initiatieven kan rekenen op draagvlak van de deelnemers. We vinden het mooi om te zien hoe de deelnemers in een open en transparant gesprek tot gezamenlijke inzichten en oplossingen zijn gekomen.

Wil je nog reageren op de kwaliteit van de inhoudelijke dialoog en/of het proces, help ons dan nog één keer door de evaluatie in te vullen, via deze [link](#).

Araya Sumte
Directeur Werknemersregelingen
Ministerie van SZW

Johanna Hirscher
Lid Raad van Bestuur
UWV

Deel 1: samenvatting Verkennen

Welke thema's staan centraal?

Op basis van alle input uit de stap verkennen zijn onderstaande 6 thema's gerold die in de volgende stap verrijken verder worden uitgewerkt.

1. Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen
2. Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen
3. Juiste inzet professionals (w.o. taaldelegatie)
4. Stelsel (herbeoordeling, onderscheid WGA en IVA, eerste twee ziektejaren)
5. Samenwerking medische kerens (incl. gegevensdeling)
6. Minder onzekerheid en onduidelijkheid

Ad 1. Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen

In de zoektocht naar oplossingen voor de mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van sociaal medische beoordelingen, zijn een aantal zaken waar we rekening mee moeten houden.

Randvoorwaarden die volgen uit bepaalde waarden of uitgangspunten die we belangrijk vinden. Verschillende belanghebbenden vertalen elk hun eigen belangen in andere randvoorwaarden voor eventuele oplossingsrichtingen. Vanuit de verkenning is helder dat er breed gedragen aandacht is voor de belangen van cliënten (en werkgevers). Cliënten ondervinden nu nadelen van de langere wachttijden. Er wordt benadrukt dat oplossingen in ieder geval cliënten niet mogen benadelen. Dit lijkt een randvoorwaarde voor toekomstige korte en middellange termijn oplossingsrichtingen.

In de verkenning zijn verschillende randvoorwaarden/uitgangspunten benoemd die elkaar kunnen bijten. Bijvoorbeeld: een onafhankelijk UWV-oordeel met betrokkenheid van de verzekeringsarts versus minder lang wachten door meer te leunen op het oordeel van de bedrijfsarts. Welk uitgangspunt weegt zwaarder? We gaan in dit thema op zoek naar de belangrijkste randvoorwaarden en uitgangspunten, en de weging daarvan.

Ad 2. Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen

Uit de verkenning blijkt dat er hoge eisen worden gesteld aan de onderbouwing van (medische) rapportages wat tot hoge administratieve lasten leidt. Ook staat in de verkenning genoemd dat informatie of motivering bij een aanvraag met regelmaat ontbreekt. De informatievoorziening binnen UWV kan volgens de deelnemers optimaler, om professionals zo goed mogelijk te ondersteunen en daarmee het meeste uit hun professionaliteit te halen. Er is veel initiatief om elkaar te helpen door werkwijzen te delen en ook gezamenlijk de handen in elkaar te slaan. Cliënten willen wellicht zelf meer regie nemen, indien ze daartoe in staat zijn.

Ad 3. Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

De verkenning geeft inzicht in obstakels die van invloed zijn bij het oplossen van de lange wachttijden voor sociaal-medische beoordelingen. Een deel van de genoemde obstakels hebben betrekking op de rol en taakinvulling van de verzekeringsarts in relatie tot andere betrokken professionals in het beoordelingsproces. Er wordt geopperd om meer gebruik te maken van expertise, kennis en inzet

van anderen binnen UWV, zoals sociaal medisch verpleegkundigen, andere BIG-geregistreerde zorgprofessionals, arbeidsdeskundigen en procesbegeleiders. Ook kan een verzekeringsarts gebruik maken van reeds beschikbare informatie. Door een juist en efficiënt gebruik van die inzet en informatie kan de verzekeringsarts tijd en ruimte overhouden voor haar kerntaken.

Ad 4. Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee ziektejaren)

Uit de verkenning blijken een aantal specifieke thema's die betrekking hebben op het stelsel rondom ziekte- en arbeidsongeschiktheid (Wet poortwachter, Ziektewet en WIA). Het eerste thema komt het vaakst naar voren : Herbeoordelingsaanvragen. Het gaat hierover de verzoeken om een herbeoordeling vanuit werkgevers en cliënten. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de motivering die aan een verzoek ten grondslag ligt en de (administratieve?) volledigheid van de aanvraag.

Het tweede thema is het onderscheid tussen IVA en WGA. Er wordt regelmatig benoemd om het onderscheid tussen WGA en IVA af te schaffen. Als reden hiervoor wordt aangegeven dat van het onderscheid een prikkel uit gaat om herbeoordelingen aan te vragen en dat de duurzaamheidsbeoordeling voor de IVA complex is.

Het derde thema zijn de eerste twee ziektejaren. De eerste twee ziektejaren zijn volgens de reacties van groot belang om tijdig met re-integratie hand in hand met herstel te starten. Daarmee kan instroom in de WIA worden voorkomen. Zijn er nog meer suggesties die betrekking hebben op het stelsel die zouden helpen om de mismatch te verminderen?

Ad 5. Samenwerking medische keten (incl. gegevensdeling)

In de verkenning besteden deelnemers aandacht aan de samenwerking in de medische keten. Men noemt de samenwerking met professionals in de curatieve sector (o.a. huisarts, behandelde arts) en de inzet van de professionals in de arbodienstverlening (o.a. bedrijfsarts). Deze professionals hebben een rol bij de ziekte en arbeidsongeschiktheid van de cliënt. Er wordt gevraagd hoe de kennis en expertise van deze professionals kan bijdragen aan het verminderen van de mismatch. In dit kader wordt ook aandacht gevraagd voor het gebruik van reeds beschikbare medische informatie, bijvoorbeeld in de vorm van een centraal medisch dossier.

Ad 6. Minder onzekerheid en onduidelijkheid

Uit de reacties in de verkenningsfase blijkt dat de onzekerheid voor cliënten (en hun werkgevers) het grootste nadeel is van de huidige lange wachttijden. Ons uiteindelijke doel is om oplossingen te verzinnen die de lange wachttijden terugdringen. De realiteit is tegelijkertijd dat we voorlopig nog met deze wachttijden te maken hebben. In dit thema gaan we op zoek naar wat er op korte termijn gedaan kan worden om de onzekerheid bij cliënten en/of bij werkgevers weg te nemen. In relatie tot onzekerheid werd ook vaak onduidelijkheid genoemd. Onduidelijkheid omdat mensen niet weten wat zij kunnen verwachten, omdat regels ingewikkeld zijn en/of omdat er onvoldoende over wordt uitgelegd. In dit thema kan ook worden ingegaan op hoe die Onduidelijkheid verminderd zou kunnen worden. Een mooi idee was ook om het wachten, niet als wachten te laten voelen, maar de tijd goed te gebruiken.

Samenvattingen per vraag

Hieronder vind je de samenvatting van alle antwoorden en reacties van de door alle deelnemers ingevoerde content. De integrale antwoorden vind je in deel 2.

Vragen en observaties

Organisatie- & Procesoptimalisatie

De inbreng omvat commentaar en ideeën op zowel verbeterpunten in de UWV-organisatie, waaronder efficiencycyclagen in processen binnen bestaande kaders. Aandachtspunten die benoemd worden zijn onder andere: administratieve last (uitgebreid moeten rapporteren, rapportage vereisten van VA niet proportioneel), informatie-voorzieningen, communicatie, de verhouding tussen kwantiteit en kwaliteit en het voorkomen van rework. Met enige regelmaat komt ook de vraag terug wat we kunnen leren van kantoren die geen/weinig achterstanden hebben. Geadviseerd wordt om de praktijkprofessionals centraal te stellen, te streven naar uniformiteit en te investeren in visie en sturing. Meer doen en minder overleggen. Verder zijn er ideeën geopperd om de cliënt meer regie te geven, vragenlijsten aan de voorkant te verkorten en te verbeteren, en persoonlijk contact over beoordeling/rapportages te bevorderen om bezwaren te voorkomen. Onvolledige aanvragen door werkgevers zorgen voor vertraging van de procesgang. Ook wordt geopperd om bijvoorbeeld gebruik te maken van data-gedreven werken, om AO klasse voorlopig in beeld te brengen.

Minder onduidelijkheid & onzekerheid

In de reacties komt als grote gemene deler terug dat de wachttijden tot onzekerheid leiden bij diverse partijen. Ten aanzien van cliënten wordt genoemd dat zij onzekerheid ervaren over hun financiële situatie en ook dat de wachttijden het herstel en re-integratie kunnen belemmeren: cliënten komen in de wachtstand. Ten aanzien van werkgevers wordt ook de onzekerheid ten aanzien van re-integratie benoemd. Ook weten werkgevers een lange tijd niet in hoeverre zij financieel (premies en/of eigenrisicodragerschap) verantwoordelijk zijn voor de zieke (ex-)werknemer. Ook leidt een en ander tot onzekerheid bij private verzekeraars en pensioenuitvoerders. Tot slot wordt aandacht gevraagd voor communicatie over de wachttijden.

Samenwerking medische keten (incl. gegevensdeling)

Er zijn diverse observaties ten aanzien van de samenwerking in de medische keten. Zo wordt genoemd dat de samenwerking met de curatieve sector (huisarts, behandelend arts) beter kan. Ook wordt aandacht besteed aan de inzet van de bedrijfsarts: kan deze meer betekenen voor de claimbeoordeling en RIV-toetsing? In dit kader wordt ook aandacht gevraagd voor het gebruik van reeds beschikbare medische informatie, bijv. in de vorm van een centraal medisch dossier. Tot slot wordt gevraagd of andere artsen een sociaal-medische beoordeling kunnen doen en wordt geopperd om één sociaal-medische dienst op te stellen. Daar waar het kan: demedicaliseer en zet andere professionals in zoals de arbeidsdeskundige.

WIA-stelsel

Er zijn diverse observaties die raken aan hoe het WIA-stelsel is ingericht en de complexiteit. Ten aanzien van WIA-herbeoordelingen wordt bijvoorbeeld geschreven over het aantal verzoeken om een

herbeoordeling vanuit werkgevers (incl. ERD) en werknemers en over de motivering die ten grondslag ligt aan een verzoek om een herbeoordeling. Er wordt gesuggereerd betere triage mogelijk te maken. Ook het onderscheid tussen de verschillende typen WIA-uitkeringen wordt genoemd. Het gaat om de 35-min, WGA-uitkeringen (35-80 en 80-100) en om de IVA-uitkering. Hierin zitten prikkels voor een aanvragen van een herbeoordeling (inzetten op uitkomst IVA). Een enkele keer wordt ook geopperd om het eigenrisicodragerschap af te schaffen.

Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

Er zijn diverse observaties over de vraag of we de diverse professionals op de juiste wijze inzetten. Deelnemers stellen zich de vraag bij welke taken een verzekeringsarts echt moet worden ingezet en voor welke taken andere medische professionals, zoals een sociaal-medisch verpleegkundig kunnen worden ingezet of in sommige gevallen ook niet-medisch personeel, zoals een arbeidsdeskundige of procesbegeleider. Daarnaast wordt specifieke aandacht gevraagd voor taakdelegatie: hoe optimaal wordt taakdelegatie al ingezet?

ZW- en LDBZ-periode

De eerste twee ziektewetjaren wordt een aantal keren genoemd. Er wordt gesteld en gevraagd of de vraag naar WIA-claimbeoordelingen kan afnemen als er beter wordt ingezet in de eerste twee jaar van ziekte, zowel bij werkgevers (poortwachter) als bij UWV (vangnetpopulatie Ziektewet). Met name door meer aandacht voor mogelijkheden van cliënten, en inzet op re-integratie hand in hand met herstel, en persoonlijke dienstverlening. Ook preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid wordt genoemd als aandachtspunt.

Waarden (vertrouwen, samenwerking, eigenaarschap)

Een aantal deelnemers heeft opmerkingen geplaatst over vertrouwen, eigenaarschap rondom de problematiek en over onderlinge samenwerking.

60-plusmaatregel

De 60-plusmaatregel wordt een aantal keer genoemd. De meningen variëren van de maatregel werkt goed tot het is een slechte maatregel.

Belangen

Onzekerheid en onduidelijkheid voor cliënt

Ook hier wordt vaak genoemd dat de lange wachttijden maken dat cliënten onzekerheid ervaren. Dat levert veel onrust en stress op. Eerder duidelijkheid zou rust geven aan een groep mensen die zeer gebaat is bij die rust. Deelnemers geven aan dat UWV door de lange wachttijden niet de duidelijkheid en de klantgerichtheid biedt die centraal zou moeten staan.

Werkplezier (perspectief UWV medewerker)

Benoemd wordt dat UWV-medewerkers stress ervaren door de olopende werkvoorraad en niet in alle gevallen bezig zijn met wat zij zelf beschouwen als hun kerntaken. Ze zijn tijd kwijt aan

administratieve klussen, het invullen van formulieren, etc. Steeds vaker mensen teleur moeten stellen en omgaan met de frustratie van cliënten die lang moeten wachten, heeft impact op de medewerkers.

Kwaliteit van beoordelen

De kwaliteit van de beoordelingen is volgens de deelnemers op dit moment niet optimaal. De achterstanden bij het ene product hebben ook doorwerking op andere divisies/afdelingen/producten die UWV moet leveren. Er wordt soms gewerkt met onvolledige informatie. Er wordt (te) snel geoordeeld over de klachten die mensen hebben. Andere partijen zijn afhankelijk van de data van UWV en die is niet altijd (tijdig) op orde.

Bredere maatschappelijke effecten

Een ander punt dat benoemd wordt is dat de achterstanden ontwrichtende effecten hebben op de maatschappij. Het kost de maatschappij geld. We hebben iedereen nodig op de arbeidsmarkt en de wachttijden maken dat we daar nu kansen laten liggen.

Benutten verschillende expertises

Hier wordt benoemd dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van expertise binnen UWV, bijvoorbeeld van arbeidsdeskundigen werkzaam bij het Werkbedrijf of van sociaal medisch verpleegkundigen die méér zouden kunnen bijdragen. Ook wordt benoemd dat er expertise buiten de organisatie gezocht zou kunnen worden om de deskundigheid van artsen te verbeteren bijvoorbeeld.

Belang werkgevers

Tot slot wordt aangegeven dat ook werkgevers last hebben van de onzekerheid die te lang aanhoudt door de lange wachttijden. Veel van de mensen die aangeven dat de onzekerheid voor cliënten van groot belang is, geven daarbij aan dat dit ook geldt voor werkgevers.

Rekening houden met

Gebruik aanwezige kennis en werk samen

Er wordt aangegeven dat het goed is om de kennis van de uitvoering en de praktijkprofessional mee te nemen bij het verder brengen van oplossingen. Hierover is volgens sommige deelnemers onvoldoende kennis beschikbaar bij het hoofdkantoor. Verder kan ook gebruik gemaakt worden van kennis en kunde vanuit de private markt. Ten slotte wordt geopperd ook naar andere landen te kijken.

Stel belang client centraal bij oplossingen

Deelnemers suggereren om een voorbeeld te nemen aan de medische wereld ten aanzien van ervaringsdeskundigheid. Snelheid mag niet ten koste gaan van aandacht voor de client. Er wordt geopperd meer aandacht te hebben voor het bevorderen van werk en re-integratie; hoe eerder er een oordeel ligt hoe sneller er naar de toekomst kan worden toegewerkt. Tot slot wordt

gesuggereerd om onafhankelijkheid van de beoordeling te waarborgen, met oog voor de kwetsbare positie van werknemers.

Draagvlak en samenwerken

De deelnemers benoemen dat de verschillende belangen, rollen en posities goed vertegenwoordigd en gelijkwaardig moeten zijn. We moeten kijken buiten de bestaande kaders en oplossingen. Ook wordt het belang benoemd van het aanbrengen van structuur in de dialoog.

Effectiviteit vergroten.

De deelnemer benoemen het vergroten van de effectiviteiten. Genoemd wordt:

- Werk uniform. Zorg voor standaardproces voor meerderheid en richt apart proces in voor complexe gevallen.
- Politieke ruimte voor effectiefste beoordeling (zie 60plus)
- Prioriteer bijvoorbeeld de claimbeoordeling boven verzoeken van een werkgever om een herbeoordelingen.
- Vergroot de rol andere professionals die reeds op een ander manier betrokken zijn bij de werknemer/cliënt.
- Vervroeg de interventie door arbeidsdeskundigen vanuit UWV.
- Meer vertrouwen in rol van de professional.

Zoek simpele, praktische oplossingen binnen wettelijke kaders voor korte termijn

De deelnemers geven aan dat gezocht moet worden naar simpele, praktische oplossingen binnen wettelijke kaders voor de korte termijn. Hierbij wordt aandacht gevraagd voor de opschaalbaarheid van oplossingen. Ook wordt aangegeven dat voorstellen getoetst moeten worden aan de praktijk en de impact op de keten. Ook moeten voorstellen doelmatig en uitvoerbaar moeten zijn.

Reduceer complexiteit ook in communicatie

Hier wordt benoemd om te werken vanuit vertrouwen (bijv. na begeleiding bedrijfsarts). Daarnaast wordt aangegeven dat processen vereenvoudigd moeten worden en dat het taalgebruik eenvoudiger kan. Tot slot wordt vereenvoudiging van wetgeving benoemd; bijv. is het Schattingsbesluit nog van deze tijd?

Ambitie

Cliënttevredenheid

Hier komt veel terug dat de cliënt voorop moet staan. De cliënt is waar het uiteindelijk voor gedaan wordt. Luisteren naar de cliënt, snel en begrijpelijk duidelijkheid geven in de situatie. Een aantal cliënten geven zelf ook aan dat ze hopen dat anderen niet in de eenzelfde situatie terecht komen. Ook werd genoemd om uit te gaan van vertrouwen en niet van wantrouwen. Oftewel cliënt centraal: en voor iedereen een tijdige, zorgvuldige, begrijpelijk goede beoordeling.

Procesoptimalisatie/informatievoorziening

De deelnemers geven aan dat veel tijd verloren gaat door onnodige administratieve lasten. Zo wordt een voorbeeld gegeven dat voor een beoordeling beschikbare informatie moet worden overgetypt. Om processen te versnellen en beoordelingen efficiënter te kunnen doen is de visie van de deelnemers om te investeren in goede systemen om het proces optimaal te automatiseren/digitaliseren. Zo wordt een spraaksysteem genoemd voor VA's en de inzet AI.

Taakdelegatie, inzet SMV

Er wordt aangegeven dat er nog te beperkt gebruik wordt gemaakt van de taakdelegatie. Zet de medisch professionals efficiënter in. Vooral de SMV moet meer bevoegdheden krijgen. Dit kan werk uit handen nemen van de VA. Dit is toch wel vanuit medewerkers UWV perspectief een ambitie die veel terug komt.

Samenwerken

Er wordt veel gesproken over meer en beter samenwerken. Zowel met de curatieve sector als arbodiensten/bedrijfsartsen. Laat de private en publieke sector elkaar meer samenwerken. Iemand omschreef het kort en bondig: de beschikbare (medische) expertise in de Nederlandse markt optimaal benutten. Uiteindelijk kan er dan veel efficiënter gewerkt worden.

Hervorming stelsel

Wat als ambitie ook terug kwam is een hervorming van het complete stelsel. Het probleem is veel groter. Genoemd wordt onder andere dat het probleem niet enkel in de uitvoering zit bij UWV, maar vooral in de wetgeving. Zou er ook minder politieke inbreng moeten zijn. Een aantal spreken ook uit dat het hele stelsel op de schop moet met als wens een stelsel die toekomst proof is en waar de focus ligt op bestaanszekerheid.

Doel

Hier komt vooral de ambitie en droom terug van de mensen die gereageerd hebben. Kort en krachtig komt het neer op de ambitie dat niemand meer lang hoeft te wachten op een beoordeling en dat er financiële zekerheid is.

Obstakels

Geen obstakels benoemen of (her)benoeming probleem

Er zijn veel opmerkingen die in feite het probleem van SMB benoemen of herbenoemen, zoals een tekort aan verzekeringsartsen, UWV en politiek die te lang hebben weggekeken, systemen die niet goed werken, etc. Echte obstakels worden hier niet genoemd. Kijken naar korte termijnoplossingen (60+), maar niet fundamenteel willen ingrijpen.

Werkwijzen en structuren bij UWV

De bureaucratische, formalistische, afstandelijke wijze van werken bij het UWV wordt hier vaak

genoemd. Ruimte voor creativiteit, eigen inbreng professionals ontbreekt. Te ingewikkelde procedures. Onvoldoende veranderingsbereidheid (bewust of onbewust) bij de uitvoering.

Houding en gedrag / vasthouden aan het bekende

De vastgeroestheid in werkwijzen wordt hier genoemd als stagnerende factor. De bereidheid over het eigen domein heen te kijken is niet bij elke professional aanwezig. De verzekeringsarts die vasthoudt aan de eigen aloude werkwijze zonder daarbij maximaal gebruik te maken van de inbreng bedrijfsarts en de inzet van de sociaal medisch verpleegkundige. Starheid om te willen veranderen en angst voor het verliezen van positie.

Complexiteit (wet- en regelgeving)

Als obstakel wordt genoemd sec de wet en regelgeving, al dan niet complex, zonder commentaar. Een enkele keer wordt daar nog iets aan toegevoegd, zoals de Wet poortwachter, waardoor we te lang (twee jaar) moeten wachten om in actie te kunnen komen. Wet- en regelgeving staat soms ook een minder starre werkwijze in de weg.

Oplossingen

De focus moet liggen op hoe je nu en in de nabije toekomst het probleem kunt aanpakken. Concentreer op het werkelijke probleem (tekort VA-capaciteit) en niet op afgeleide zaken (complexe wet- en regelgeving).

Heb vertrouwen in de keten en in de eigen professionals. Leg niet alles vast in regels en systemen, maar gebruik gezond verstand.

Belangenafweging

De respondenten benoemen hier het fenomeen belangen. Diverse spelers in het veld en hebben allemaal eigen belangen. Belangen om targets te halen (management) en belangen om iets niet te willen veranderen (eigen belang). Hierdoor is de bereidheid tot veranderen niet aanwezig.

Cliëntrelatie

Hier wordt feitelijk geen obstakel genoemd, maar een eigen ervaring / beleving als cliënt in de relatie met UWV.

Hoe betrekken?

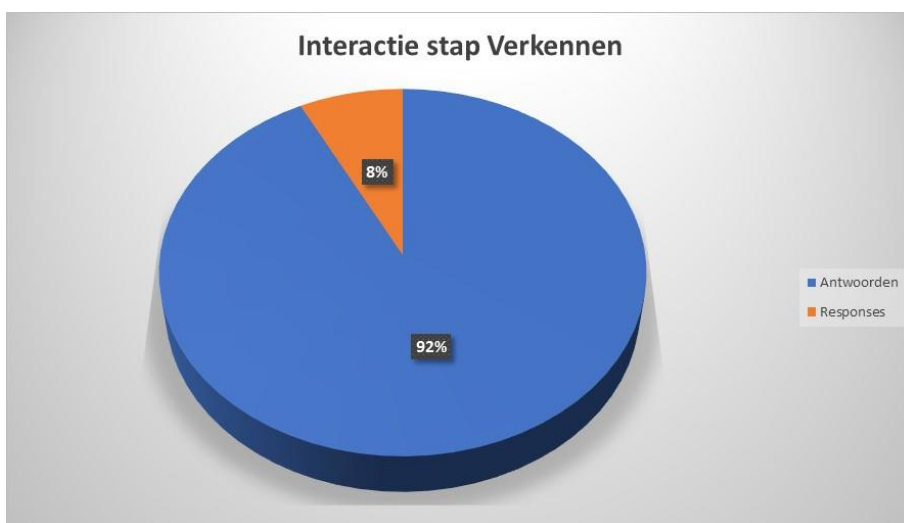
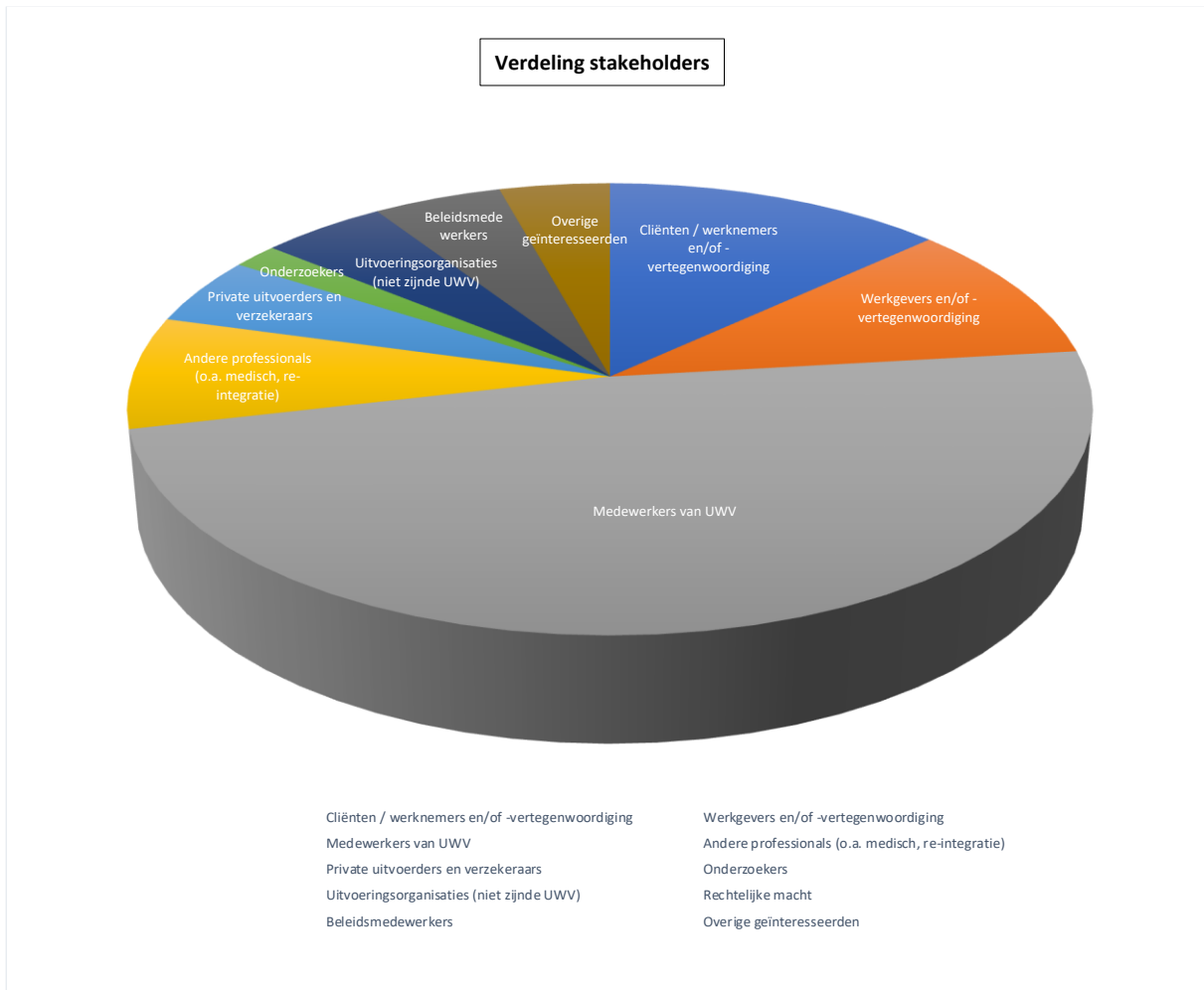
Veel deelnemers geven aan graag mee te (blijven) denken over de problematiek en oplossingsrichtingen. Een aantal van de deelnemers geeft aan ook graag actief mee te willen doen. Een beperkt deel geeft aan alleen geïnformeerd te willen worden over de voortgang. Een punt dat ook terug komt is het belang van een open communicatie met alle betrokkenen bij de problematiek.

Wie meedoen?

De deelnemers benoemen veel partijen die reeds benaderd zijn voor de consultatie. Ook worden benoemd: Juristen, psychologen, sociale dienst, Bewegen werkt, creatieve industrie,

proces/systeemdenkers, economen, ICT-partijen, AP, politiek, intern UWV: ook management (tweede en derde echelon), bestuurder, Intelligence data analist, partners cliënten, begeleiders van cliënten, digitaliseringsexperts .

De deelnemers aan de dialoogronde 'Verkennen'



Deel 2: samenvatting Verrijken

Welke aandachtspunten hebben de stap Verrijken opgeleverd?

Op basis van alle input uit de stap verrijken zijn aan de hand van de eerder benoemde thema's onderstaande aandachtspunten naar voren gekomen om voor te leggen in de stap 3 voorkeuren.

Thema 1: Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen

In de fase verrijken hebben we alle deelnemers gevraagd mee te denken over uitgangspunten en randvoorwaarden bij de oplossingen voor de mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van sociaal-medische beoordelingen. Hieruit volgt een aantal aandachtspunten dat goed is om mee te nemen in deze voorkeursronde. Er is onder meer aangegeven dat:

- Oplossingen de rechtspositie van belanghebbenden, waaronder werkgever en cliënt, moeten respecteren.
- Er altijd conflicterende belangen zijn: maak keuzes.
- Oplossingen moeten bijdragen aan duidelijkheid en begrijpelijkheid voor de client.

Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen

1. Alleen het optimaliseren van processen is onvoldoende om het probleem met de achterstanden op te lossen.
2. Vestigingen en/of afdelingen van UWV worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Er moet binnen UWV een plek zijn waar goede werkwijzen (best practices) worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.
3. Maak meer gebruik van kennis en ervaring die buiten de uitvoeringsorganisatie aanwezig is, zoals de wijze waarop private verzekeraars arbeidsongeschiktheid toetsen.
4. Leg minder nadruk op (medische) diagnoses en ga meer uit van wat iemand wél kan qua werkzaamheden. Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.
5. Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.
6. UWV neemt alleen nog aanvragen in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.
7. Stel Techniek/ICT meer in dienst van de professional (artificial intelligence benutten bij invullen van het claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS) bijvoorbeeld).

Thema 3: Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

1. Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.
2. Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplicht karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.
3. Er moet meer gebruik gemaakt worden van beproefde methodieken, die ook in de curatieve sector of in de arbo-/re-integratiedienstverlening gebruikt worden, zoals bijvoorbeeld het Kader methodische aanpak Re-integratie (KMR), Sociaal Medische Beoordeling Arbeidsvermogen (SMBA) en de Functionele Capaciteit Evaluatie (FCE)-methoden.
4. Er wordt al steeds vaker gewerkt in sociaal medische centra. De volgende stap moet zijn dat de taken van de verschillende rollen in het multidisciplinaire team worden vastgelegd.
5. Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

Thema 4: Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee ziektejaren)

1. Herbeoordelingen moeten door de aanvrager volledig onderbouwd worden, bijvoorbeeld door vooraf aan te geven wat er is gewijzigd in de situatie van de cliënt.
2. Herbeoordelingen worden alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed onderbouwd is.
3. Tot en met eind 2024 heeft UWV de mogelijkheid om voor 60-plussers een vereenvoudigde claimbeoordeling toe te passen die minder capaciteit van de verzekeringsarts vergt. Deze maatregel moet verlengd worden.
4. Tot en met eind 2024 heeft UWV de mogelijkheid om voor 60-plussers een vereenvoudigde claimbeoordeling toe te passen die minder capaciteit van de verzekeringsarts vergt. Deze vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60 plussers moet verlengd worden en daarnaast uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).
5. De Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) moet worden afgeschaft. Voor het huidige onderscheid in de WIA tussen de WGA (werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten) en de IVA wordt een inschatting van de duurzaamheid van de ziekte of aandoening gemaakt. Die inschatting hoeft dan niet meer gemaakt te worden.
6. De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.
7. Verander de claimbeoordeling van een theoretische in een praktisch ingestoken beoordeling, waarbij indien mogelijk alleen gekeken wordt naar feitelijke werkzaamheden.

Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. gegevensdeling)

1. Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.
2. Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.
3. Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (meer bewijslast bij de cliënt betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).
4. Er moet vaker gebruik gemaakt worden van verzekeringsartsen van private partijen (bijvoorbeeld na een training) om de tekorten aan sociaal-medische capaciteit bij UWV aan te vullen.
5. Het onderlinge vertrouwen tussen professionals moet sterker worden, bijvoorbeeld door stages en uitwisselingen.
6. Het re-integratieplan moet door bedrijfsarts (eventueel samen met curatieve sector) opgesteld worden. Hier moet de werkgever niet of veel minder bij betrokken worden.

Thema 6: Minder onzekerheid en onduidelijkheid

In de fase verrijken hebben de deelnemers ook suggesties gedaan voor hoe de zekerheid en duidelijkheid van cliënten vergroot kan worden. Dit zijn niet in alle gevallen oplossingen voor de mismatch, maar het zijn wel veelgenoemde en belangrijke aandachtspunten:

- Communiceer meer en regelmatig op vaste momenten. Neem een cliënt stapsgewijs mee in het proces en maak de verwachtingen helder.
- Zorg dat er voor iedere cliënt een vaste contactpersoon of klantregisseur is die hen gedurende het proces blijft begeleiden.
- Voorkom willekeur in beoordelingen en erkenning van klachten, zoals post-COVID.
- Verminderen onzekerheid over hoogte uitkering door bijv. een rekentool te ontwikkelen.

Thema 7: Lange termijn oplossingsrichtingen

1. Voor goede en efficiënte dossierafhandeling moeten, naast de verzekeringsarts, ook andere (niet-medische) professionals toegang krijgen tot medische gegevens.
2. De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.
3. Alle interne systemen waar de verzekeringsarts in werkt, moeten worden samengevoegd tot één integraal cliëntvolgsysteem, dat toegankelijk is voor cliënten.
4. De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingen zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, in navolging van enkele landen om ons heen kan.

5. Er ontstaat alleen recht op een WIA-uitkering bij een minimum dienstverband (minimum aantal uren en/of een minimale duur). Mensen die een contract van zeer beperkte omvang hebben of nog maar heel kort in dienst zijn, komen niet langer in aanmerking voor een WIA-uitkering.
6. Er moet een basisinkomen of een basisverzekering ingevoerd worden.
7. Maak een lijst met aandoeningen en ziekten die (automatisch) recht geven op een WGA en/of IVA uitkering.
8. Er moet voor de sociaal-medische-beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.
9. Ontwikkel een tool die mensen zelf voorafgaand aan de WIA-aanvraag een indicatie geeft van de kans dat er recht is op een WIA-uitkering, onder meer door het (voormalig) inkomen en een inschatting van de beperking in te vullen.

Samenvattingen per thema

Hieronder vind je de samenvatting van alle antwoorden en reacties van de door alle deelnemers ingevoerde content behorende bij de zes thema's. De integrale antwoorden vind je in deel 2. De volgende thema's zijn gedefinieerd:

1. Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen
2. Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen
3. Juiste inzet professionals (w.o. taaldelegatie)
4. Stelsel (herbeoordeling, onderscheid WGA en IVA, eerste twee ziektejaren)
5. Samenwerking medische kerens (incl. gegevensdeling)
6. Minder onzekerheid en onduidelijkheid

Thema 1: Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen

Belangrijk uitgangspunten: rechtsgelijkheid, vertrouwen & duidelijkheid

Oplossingen moeten passend binnen wet- en regelgeving en verdragen. Financiële belangen mogen alleen met goede redenen omkleed geraakt worden. Een ander uitgangspunt is dat de er gelijkwaardigheid moet zijn tussen partijen die door mogelijke maatregelen geraakt worden. Verder is een randvoorwaarde dat de beoordelaar onafhankelijk moet zijn, en er geen grote verschillen mogen zijn in uitkomsten voor cliënten. Dat is soms wel het geval, mogelijk is onvoldoende kennis over bepaalde (nieuwe) ziektebeelden een oorzaak en daardoor onjuist. Veelgenoemd is dat vertrouwen in plaats van fraude een belangrijk uitgangspunt is. Tot slot moeten oplossingsrichtingen duidelijk en begrijpelijk zijn voor de cliënt en moet het hen rust bieden.

Accepteer verschillen in belangen

Het doel wat we willen bereiken is hetzelfde en hoeft geen strijd te zijn. Anderzijds zullen er altijd verschillende belangen zijn, en moeten keuzes gemaakt worden. We moeten het doen met de aanwezige capaciteit en willen het sociaal vangnet behouden. De kosten van wachttijden zijn hoog en leveren veel onduidelijkheid op. Een succesvol voorbeeld om duidelijkheid te bieden aan meer mensen is de 60plus maatregel: ook al is dit geen optimale keuze, het is een pragmatische keuze met effect. Een voorbeeld dat wordt aangedragen is als UWV de nieuwe instroom niet aankan een generaal pardon te overwegen voor cliënten die niet op tijd beoordeeld kunnen worden. Dit is in België weleens gebeurd.

Vereenvoudig het proces

Er is veel behoefte aan een werkbaar ICT-systeem waaronder effectief cliëntvolgsysteem. Helpend is het aangeleverd krijgen van voldoende onderbouwde informatie. Alleen aan procesoptimalisatie lever onvoldoende op, wordt ook gesteld. De vraag of UWV zelf alle oplossingen in beeld heeft gebracht wordt ook gesteld.

Rollen in het systeem: vanuit vertrouwen en verantwoordelijkheid

Veelgenoemd is het vertrouwen op de cliënt en op de bedrijfsarts. Geef ook aandacht aan de rol de

arbeidsdeskundige, want de nadruk ligt nu te veel op de verzekeringsarts alleen. Ook noemt men dat verzekeringsartsen niet op de stoel van de behandelende arts/curatieve sector moet gaan zitten, maar wel informatie vanuit de curatieve sector als uitgangspunt moet hanteren.

Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen

Technologische ondersteuning

De veelheid aan systemen waarmee artsen binnen UWV moeten werken wordt als verbeterpunt genoemd. Werkende systemen die op elkaar aansluiten, maar liever nog één systeem waarin alle relevante informatie makkelijk en duidelijk te vinden is. Dit scheelt zoekwerk. Daarbij zou het goed zijn om de systemen waarin verzekeringsartsen werken te laten aansluiten op die van de arbodienst. o.a. Bravo wordt genoemd als systeem wat veel ruimte laat en daarmee uitgebreidheid in de hand werkt. Ook meegaan in technologische ontwikkelingen, zoals medische spreekherkenning kan een verzekeringsarts veel tijd besparen.

Vertrouw op het oordeel van andere medisch specialisten

Geen scheiding meer tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen. Enkele respondenten geven aan dat het oordeel van de bedrijfsarts of een medisch specialist leidend zou moeten zijn. In het geval van een eindsituatie ingeschat door een neuroloog zou daarom geen medische beoordeling voor een verzekeringsarts meer hoeven volgen. Andere respondenten geven hierbij aan dat de bedrijfsarts op de hand van de werkgever zou kunnen zijn waardoor een onafhankelijk sociaal-medisch oordeel van een verzekeringsarts noodzakelijk blijft.

Methodieken

Er zijn andere methodieken dan nu gebruikt worden zoals Sociaal Medische Beoordeling van Arbeidsvermogen (SMBA) in plaats van (Functionele Mogelijkhedenlijst (FML), meetmethoden als functionele capaciteiten evaluatie (FCE), kader methodische aanpak re-integratie en KMRG welke ervoor kunnen zorgen dat de dienstverlening van UWV geoptimaliseerd kan worden.

Aanlevering

Optimaliseer het aanvraagproces door uniforme en volledige informatie. Daarbij is het de vraag of de eisen aan de onderbouwing niet zijn doorgeschoten. De grootste winst is te behalen bij aanlevering van een compleet dossier.

Intern UWV

Er zijn nog diverse verbetermogelijkheden om het proces efficiënter in te richten. Divisie overstijgend en interdisciplinair samenwerken. Hierbij maak je gebruik van elkaar kennen en kunnen. Als er in één regio een aanpak wordt gevonden die goed werkt dan zou deze landelijk ingevoerd moeten worden, dit gebeurt niet altijd (bijvoorbeeld verzoek medisch advies bij voorziening in Rijnmond).

Extern UWV

Leren van de buitenwereld, maak gebruik van de kennis en kunde van externe experts.

Thema 3: Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

Kerntaak van de verzekeringsarts

De kerntaak van de verzekeringsarts is onafhankelijk & objectief vaststellen/beoordelen (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) van ziekte en gebrek en de beperkingen/belastbaarheid die hieruit voortvloeien. Daarnaast beoordelen of een cliënt behandeladviezen daadwerkelijk opvolgt, zonder op de stoel van de behandelende arts te zitten. Nieuwe ziektebeelden zijn echter nog erg lastig te objectiveren merken cliënten op, zoals Longcovid, Q-koorts, Lyme. De verzekeringsarts is verantwoordelijk voor het medische deel van de besluitvorming van UWV wat een deel is van de beoordeling op het recht op een uitkering, voorziening of indicatiestelling. Het beoordelingskader is de wettelijke opdracht of private polis. Een verzekeringsarts baseert zich op aangeleverde informatie vanuit de bedrijfsarts en huisarts, coach etc., aangevuld met de eigen waarneming. Alleen de verzekeringsarts kan uitspraken doen over duurzaamheid, wellicht met een rol voor de sociaal-medisch verpleegkundige (SMV). De bedrijfsarts bepaalt de belastbaarheid al in de eerste twee jaar. Dit hoeft de verzekeringsarts slechts te toetsen, en alleen bij verschil van inzicht nader te onderzoeken en onderbouwen. Ook heeft de verzekeringsarts een taak in het opleiden van andere medische professionals, kwaliteitscheck op het voorbereidende werk. De verzekeringsarts hoeft zich niet bezig te houden met het verzamelen en ordenen van informatie en rapportages conform richtlijnen opstellen. Alle administratieve zaken kunnen door anderen gedaan worden.

Lichamelijk onderzoek kan ook door andere professionals gedaan worden. Voorwaardelijk hierin is opleiding of instrumenten. Eigenlijk alle taken behalve de beoordeling zelf. Dat is aan de verzekeringsarts. Wel is van belang om het vak van verzekeringsarts aantrekkelijk te houden.

Een voorbeeld uit de reacties is dat het spreekuur een wezenlijk onderdeel van het vak is. In sommige gevallen is het belangrijk dat de arts zelf het onderzoek uitvoert, maar niet in alle gevallen. Er is afgelopen jaren veel geïnvesteerd in taakdelegatie: dat levert ook wat op in termen van dienstverlening en productie. Het lijkt alsof een goede analyse op beperkte voortgang ontbreekt en een gerichte onderzoekslijn voor het ontwikkelen van best practices: coalitie UWV/NVVG en V&VN kunnen dit met kracht en consistentie oppakken. Ook is er al een langdurig en ingewikkeld traject achter de rug: het advies is dit traject te nemen als uitgangspunt en niet opnieuw discussies aanjagen.

Rol van de verzekeringsarts

Het huidige systeem is te veel gericht op de verzekeringsarts. Één van de gevolgen is dat het onbedoeld medicalisering heeft aangejaagd. Door dit om te draaien kan arbeidsparticipatie centraal staan. Alleen als het medische in beeld komt wanneer dit een (grote) belemmering is, zou een verzekeringsarts noodzakelijk zijn. Voordat de verzekeringsarts in beeld komt zijn al vele medici met cliënten in aanraking gekomen: daar moet goed gebruik van worden gemaakt. Sommige reacties geven zelfs weer dat de verzekeringsarts overbodig is, maar door huidige wetgeving wel essentieel. Uit internationaal onderzoek van UWV is inspiratie te halen uit landen als Denemarken en Zweden.

Beoordeling

Input van de cliënt, bedrijfsartsen, huisartsen of behandelende specialisten, arbeidsdeskundigen, fysio (bij fysieke klachten), psychologen (bij psychische klachten) moeten allemaal meegenomen worden. Uiteraard afhankelijk van de cliënt en welke situatie er is. Ten behoeve van de beoordeling kan de sociaal-medisch verpleegkundige alles voorbereiden voor de verzekeringsarts. Waar nodig voeren zij samen een combinatiesprekbeurt uit. De verzekeringsarts sluit het laatste kwartier aan. De verzekeringsarts zit aan het eind van het onderzoeksproces met toetsing op plausibiliteit, of als specialist waar iedereen advies aan kan vragen. Dit onder regie van een UWV-medewerker. Een genoemd risico is dat bij veel professionals in het proces dit wel een kwaliteitsverbetering oplevert maar een langere doorlooptijd kent.

Begeleiding

Een goede en stevige intake aan de start is van belang. Begin bij het dagverhaal is een van de adviezen. Arbeidsdeskundigen of re-integratieprofessional kan al re-integratieactiviteiten opstarten zonder verzekeringsarts.

Een hulpmiddel is het kader methodische aanpak re-integratie: voorwaardelijk is een protocol om vast te stellen wanneer een consult van de verzekeringsarts nodig is of achterwege kan blijven. In het kader van begeleiden kan dus veel zonder de verzekeringsarts, of het proportioneel inzetten van deze expertise. Er is immers vaak ook andere sociaal maatschappelijke problematiek die niet van medische aard is, waarop ingezet kan worden in bijvoorbeeld de ziekwet. Zo worden ook financieel adviseurs genoemd: instabiele financiële situatie leidt tot onzekerheid. Direct een link naar de arbeidsmarkt is ook van belang, via bijvoorbeeld de werkgeversdienstverlening van UWV. Elke stap op de participatieladder telt.

Tot slot is het ook van belang om eerlijk te zijn, als het niet realistisch is om te werken (aan werk), dat dit onderkend wordt. Ondersteunend hieraan zou het hanteren van één taal over ziek/niet ziek en (arbeids)mogelijkheden in de keten van de Wet verbetering Poortwachter, Ziekwet en WIA. Goede begeleiding en beeld over cliënt zinvol bij beoordeling. Psychologen kunnen ook van toegevoegde waarde zijn, daar waar het psychische klachten betreft - een groeiend aantal mensen kampt daarmee. Doorverwijzen naar de GGZ kan, maar ook daar zijn wachtlijsten.

Beoordeling op basis van oordeel bedrijfsarts

Bedrijfsartsen de beoordeling laten doen is een veelgenoemde richting. Sommige partijen zien de bedrijfsarts niet als onafhankelijk, terwijl hij/zij dat wel zou moeten zijn en vinden dit geen goed idee. De visie van de bedrijfsarts moet wel worden meegenomen, maar getoetst worden bij een werknemer. Anderzijds zou het al helpen als bedrijfsartsen beter hun informatie aanleveren voor de beoordeling. Dit kan al veel tijdswinst opleveren. Er zijn echter ook tekorten bij de bedrijfsartsen: kunnen we überhaupt meer van hen vragen?

Inzet AI

Er zijn verschillende voorbeelden om ter ondersteuning van professionals AI in te zetten o.a. FML op basis van diagnose, maar niet als beslisinstrument.

Thema 4: Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee Ziektejaren)

Herbeoordelingen (onderbouwing en moment van aanvragen)

Verschillende deelnemers geven aan dat er beter getoetst moet worden of er in iemands situatie een verandering is, waardoor een herbeoordeling op zijn plaats is. Veel reacties opperen dat herbeoordelingen (ongeacht de aanvrager) beter onderbouwd moeten worden. Zo wordt geopperd dat cliënten die een herbeoordeling aanvragen moeten aangeven wat de wijziging is die men verwacht en daar ook de passende onderbouwing bij moeten leveren. Een idee dat wordt geopperd is verder dat een herbeoordeling alleen kan worden aangevraagd als deze medisch onderbouwd is. Een ander idee, is om niet langer herbeoordelingen automatisch na een bepaalde tijd te doen, maar alleen maar als er aantoonbaar iets is gewijzigd in de situatie.

Cliënt centraal

Meerdere deelnemers wijzen op het belang van persoonlijke aandacht voor cliënten. Een concrete suggestie is een vaste casemanager (die ook na verhuizing/andere veranderingen blijft) waarmee vaker contact is. Een adequaat cliëntvolgsysteem wordt ook gesuggereerd als manier om de cliënt beter centraal te stellen. Er wordt ook door mensen geopperd dat er meer 'onschotting' moet plaatsvinden tussen verschillende onderdelen/divisies bij UWV, zodat beter kan worden ingespeeld op de behoefte van de cliënt (in plaats van dat e.e.a. afhankelijk is van wie op dat moment het aanspreekpunt is en welke interventies diegene kan inzetten). Ook wordt aangegeven dat er nog te vaak van wantrouwen wordt gehandeld, en niet vanuit vertrouwen in de cliënt. Ten slotte een aantal opmerkingen die gaan over het belang van oog hebben voor een groep chronisch zieken, voor wie verder herstel niet mogelijk is. Voor deze groep kan het doel niet zijn hen zo snel mogelijk 'uit de uitkering' te krijgen. Dus daarbij past een andere aanpak.

Juiste professional aan zet

Deelnemers geven aan dat de samenwerking binnen UWV beter kan (tussen SMZ en het Werkbedrijf) beter zodat de juiste professionals van UWV op het juiste moment aan zet zijn. Verder wordt aangegeven dat er nog vaker gebruik gemaakt kan worden van de expertise van een sociaal-medisch verpleegkundige of arbeidsdeskundige, in plaats van de verzekeringsarts. Ook administratieve taken kunnen volgens deelnemers beter ergens anders worden belegd. En techniek kan beter in dienst gesteld worden van de professional (concreet: CBBS en FML nu heel tijdrovend; manieren verzinnen om die systemen meer te laten 'meedenken' met de professional). Ook stelt men voor te putten uit (de voorspellende waarde) van statistiek (van ziektebeelden bijvoorbeeld). Anderen geven hierbij een waarschuwing dat geen twee ziektebeelden exact hetzelfde zijn.

Ook wordt geopperd de samenwerking tussen UWV en de Arbo-dienstverlening te versterken (een werkgever wil het juiste doen voor zijn medewerker die ziek is (gedurende de eerste twee jaar) en arbeidsdeskundigen van UWV kunnen helpen beoordelen wat helpt. Ten slotte wordt door een aantal deelnemers geopperd dat er geleerd kan worden van de private markt en dat bepaalde taken daar ook aan overgelaten kunnen worden. Zaken die nu exclusief door UWV gedaan kunnen worden, kunnen aan private markt gelaten worden, zodat er meer rust ontstaat bij UWV. Ten slotte wordt nog ter overweging meegegeven door een deelnemer dat het geven van de indicatie banenafpraak niet langer bij UWV belegd zou moeten zijn, om capaciteit vrij te spelen.

Vroege inzet op re-integratie

Deelnemers geven aan dat, in ieder geval in de eerste twee ziektejaren, de nadruk moet liggen op begeleiden dan op beoordelen. Er wordt gepleit voor echte, persoonlijke begeleiding, inclusief bijvoorbeeld contact met potentiële werkgevers, zodat mensen die stap niet alleen hoeven te zetten. Ook klinkt van verschillende deelnemers het geluid dat de nadruk op re-integratie in de eerste twee ziektejaren weliswaar goed is, maar dat daarna het juist níét meer zoveel over re-integratie zou moeten gaan. Immers: het meeste is dan geprobeerd in de eerste ziektejaren en bovendien is lang niet voor iedereen een betaalde baan nog een optie. Dat zou dan ook niet in alle gevallen het ultieme streven moeten zijn.

IVA afschaffen

Diverse deelnemers pleiten voor het afschaffen van het onderscheid tussen IVA en WGA 80-100. Dit zou volgens deze deelnemers een heleboel 'onnodige' herbeoordelingen schelen. Het huidige onderscheid heeft prikkels tot gevolg om herbeoordelingen aan te vragen, omdat het voor werkgevers en werknemers aantrekkelijker zou zijn wanneer iemand IVA krijgt. Er klinkt ook een tegengeluid: dat werknemers er niet op uit zijn om een zo hoog mogelijk percentage arbeidsongeschiktheid te bereiken. En dat het onderscheid te verklaren is doordat de werkgever (financieel) verantwoordelijk wordt gehouden voor mensen van wie hij geacht wordt invloed te kunnen uitoefenen op de re-integratie. Voor de IVA doelgroep geldt dat niet en dus geldt een ander regime.

Er wordt ook door meerdere deelnemers aangegeven dat het onderscheid opgeheven zou moeten worden omdat het niet goed mogelijk is om te voorspellen of een ziekte of aandoening duurzaam is. Die conclusie is te moeilijk om te trekken (ook in curatieve sector weet men dit vaak niet). Geopperd wordt een indicatie voor intensieve of minder intensieve begeleiding in plaats van een onderscheid op duurzaamheid. Het blijft namelijk wel zo dat de ene cliënt veel meer gebaat is bij intensieve dienstverlening richting werk dan de andere cliënt.

IVA aanpassen

Er wordt geopperd om het onderscheid IVA/WGA 80-100 te behouden maar dan wel meer tijd te nemen voor een goede primaire beoordeling. Een aantal deelnemers pleit ervoor de IVA te behouden maar anders in te richten. Er wordt bijvoorbeeld geopperd om de IVA te de-medicaliseren en iedereen die langer dan 3 jaar arbeidsongeschikt is automatisch recht op IVA te geven. Ook wordt geopperd dat sommige ziektebeelden altijd zouden moeten leiden tot IVA. En er wordt voorgesteld om niet te beoordelen of 'herstel is uitgesloten', want dat is vaak te moeilijk om vast te stellen, en in plaats daarvan het criterium (voor zowel IVA als vervroegd IVA) aan te passen naar 'een minder dan geringe kans op herstel'.

Overig

Er is een aantal uiteenlopende ideeën geponeerd die onder overig zijn verzameld. Zo wordt er geopperd toe te werken naar een basisinkomen. Er wordt voorgesteld om de 60+ maatregel uit te breiden naar mensen die jonger zijn (bijv. 57). Ook zijn er opmerkingen gemaakt over het hoge theoretische gehalte van de beoordeling (dit staat los van de mismatch). Ten slotte wordt er een idee geopperd om de pool van verzekerden te verkleinen en de inkomensverzekering pas in te laten gaan

bij een minimum dienstverband of een minimum aantal uren. In de reacties op dit idee wordt ook juist aangegeven dat er al een drempel is en dat het verhogen daarvan niet in het voordeel van de cliënt is.

Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. gegevensdeling)

Samenwerking tussen bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelend arts

In een aanzienlijk deel van de input wordt gepleit voor (meer) samenwerking tussen de verschillende organisaties binnen de medische keten. Denk daarbij aan UWV, arbodiensten, ziekenhuis, huisartsenpraktijk. Als verlengde en onderdeel daarvan wordt ook gepleit voor:

- Een nauwere samenwerking tussen de bedrijfsarts en de verzekeringsarts. Dit kan bijvoorbeeld in een sociaal medisch team (SMT) waarbij ook de RIV-toets achterwege gelaten kan worden omdat de verrichte inspanningen van de werkgever al besproken kunnen worden in dat SMT.
- Meer contact tussen de verzekeringsarts en de behandelend specialist. Dit om makkelijker en sneller een ziektebeeld op waarde te schatten.
- Het vergroten van contact tussen de verzekeringsarts, bedrijfsarts en curatieve sector om het vertrouwen te vergroten/creëren en onderlinge argwaan weg te nemen.
- Eén taal tussen alle medisch deskundige in de keten (bijv. waar het medisch objectieveer ziek/ niet ziek /arbeidsongeschikt/ arbeidsgeschikt betreft).

Het optuigen van een dossier waar de huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, paramedicus etc. in werken en toegang tot hebben. Hiermee het opheffen van de schotten tussen verschillende disciplines zodat er einde wachttijd bijvoorbeeld een compleet dossier bij de verzekeringsarts ligt.

Onderscheid behandelen en beoordelen

In de input wordt aangegeven dat er een duidelijk verschil zit tussen behandelen (curatieve sector) en beoordelen (bedrijfsarts en verzekeringsarts). Er wordt benadrukt dat het verschil tussen behandelen en beoordelen in veel gevallen niet met elkaar hoeft te botsen. Zeker niet als het gaat om meer “binaire” vragen. Zoals: is iemand ziek of niet? Dit kunnen ook door de behandelaar worden beantwoord. Dat geldt mogelijk ook voor de duurzaamheidsvraag bij bepaalde (ernstige) ziektes/gebreken. Het lijkt erop dat in de reacties gepleit wordt voor meer informatie vanuit de behandelaar vanuit de curatieve sector om de conclusies van de bedrijfsarts en verzekeringsarts (beoordelingen) beter te onderbouwen, maar ook om de beoordeling door de verzekeringsarts efficiënter te maken.

Opvragen informatie aan de curatieve sector

Volg als verzekeringsarts de visies van de behandelend specialisten van de client. Gebruik daarbij de input van de andere (voorliggende) sector en ga uit van hun kunde/kennis/professionaliteit. Vraag vanuit UWV of arbodienst niet alleen informatie op bij de curatieve sector maar deel ook met de curatieve sector (daar voelt de cliënt zich veiliger). Hetgeen in de curatieve sector wordt besproken zal ook de beoordeling versnellen. Vragen om informatie (vanuit arbodiensten en UWV) aan de

curatieve sector moeten gericht zijn en duidelijk moet zijn wat de bedrijfsarts of verzekeringsarts aan informatie nodig heeft. Tot slot gebruik één dossier is input die in alle aspecten van dit thema terugkomt.

Vanuit de patiënt denken

Mocht het duidelijk zijn dat een patiënt op heden geen benutbare mogelijkheden heeft, dan zou dat ook door een (behandelend) arts vastgesteld kunnen worden. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan mensen die aan het begin staan van een zwaar revalidatietraject na een ongeluk. Een vereenvoudigd verslag zonder jargon zou helpen.

De rapportage van de bedrijfsarts/werkgever grondig lezen. Deze informatie ook wel op hoofdlijnen voorleggen aan de cliënt om te bekijken of er geen andere mogelijkheden zijn.

Gegevensdeling

De verordening gegevensbescherming (AVG) maakt het lastig om bij gegevensdeling winst te behalen is een observatie. Verder wordt geopperd een vast formulier voor de curatieve sector te maken en vragen naar essentiële zaken, niet het volledige dossier. Wat betreft essentiële zaken kan bijvoorbeeld worden gedacht aan: een diagnose, behandeling, resultaat van behandeling, beperkingen van de patiënt/client, prognose (volledig herstel, gedeeltelijk herstel, blijft hetzelfde, achteruitgang) en dergelijke. Er wordt ook geopperd om een brief sturen naar de curatieve sector met de uitkomst van de gegevensdeling voor de cliënt/patiënt: dit laat zien hoe informatie gebruikt wordt en is er meer tweerichtingsverkeer. Input is ook dat cliënten zelf hun medische documenten aanleveren als zij zich ziek melden of een beoordeling aanvragen.

Een idee die geopperd wordt is het experimenteren met een afgeleid beroepsgeheim voor de wetstechnici (procesbegeleider en re-integratiebegeleider). Deze kunnen daarmee een betere opdracht aan de verzekeringsarts geven. Gegevensuitwisseling automatiseren tussen curatieve specialisten en arbodiensten, inclusief noodzakelijke autorisaties en benodigde machtigingen. Elektronische patiëntdossiers hiermee slim, effectief, doelmatig en veilig (breder) zou beschikbaar gemaakt moeten worden.

Overig (aanpassingen claimbeoordeling)

Binnen de input worden een oplossingen/ideeën aangedragen die soms in meer of mindere mate de claimbeoordelingssystematiek betreffen:

- Niet maar naar diagnoses kijken maar alleen nog naar wat (feitelijk) kan.
- Beperk het verrichten van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek niet meer tot de verzekeringsarts. Maar laat ook artsen met een anders specialisme dit doen (van bedrijfsarts tot behandelend arts).
- Het door UWV inlenen van verzekeringsartsen van private partijen (bijvoorbeeld na een training).

Thema 6: Minder onzekerheid en onduidelijkheid

Betere communicatie, planning en vaste contactmomenten/personen

De onzekerheid bij cliënten komt met name door het onbekende. Ze weten niet wat er te wachten staat. UWV kan deze onduidelijkheid juist wegnemen. Maak de verwachtingen duidelijk en communiceer transparant. Informeer over de planning, zoals actuele achterstanden en wanneer beoordeling wordt kan worden verwacht. Welke stappen moeten er worden genomen en wat wordt er verwacht. Een aantal keer wordt aangegeven om een vast contactpersoon (klantregisseur) te introduceren.

Erkenning van klachten, rol medisch professional

Wat veel terugkomt is de angst om niet serieus genomen of niet geloofd te worden door de medisch professional van het UWV. Dit kan gevoeld worden dat er geen uitkering volgt en daarmee financiële onzekerheid. Ook wordt teruggegeven dat er willekeur is in de beoordelingen, niet erkennen van klachten zoals post-Covid of een onjuiste interpretatie van (complexe) medische situaties. Client wil graag serieus genomen worden.

Innovatie en procesverbetering

Vooropgesteld komen er vooral berichten naar buiten over wat er niet goed gaat, maar er gaat natuurlijk ook veel wel goed. Hier zou meer nadruk op gelegd mogen worden. Als iets wat niet goed gaat wordt is dat er vaak direct een loonsanctie volgt, dit is niet goed voor het vertrouwen en creëert weer een angst. Daarnaast worden er concrete aanpassingen voorgesteld die onzekerheid en onduidelijkheid kan wegnemen, zoals korte termijn praktisch beoordelen als tenminste een bepaald bedrag verdient kan worden, een financiële gevolgen check, een rekentool waarmee cliënt indicatie kan krijgen of het aanvragen van een WIA-uitkering zinvol is, lijst van ziektebeelden die gedekt zijn en uitsluitingen, stoppen met terugvorderen als achteraf te veel blijkt uitgekeerd. Tot slot wordt ook voorgesteld na te denken over een garantie-inkomen, een uitkering op basis van voorschot.

Betere (re-integratie)voorlichting in eerste twee jaar

Geef heldere adviezen over de re-integratiemogelijkheden. Wat zijn de gevolgen van een eventuele WIA-uitkering? Voorkom druk bij cliënten, er wordt een voorbeeld gegeven dat rust nemen en even tijdelijk niet proberen te re-integreren veel goed heeft gedaan voor herstel. Juiste balans en vertrouwen is essentieel.

Samenwerking in de (sociaal)medische keten

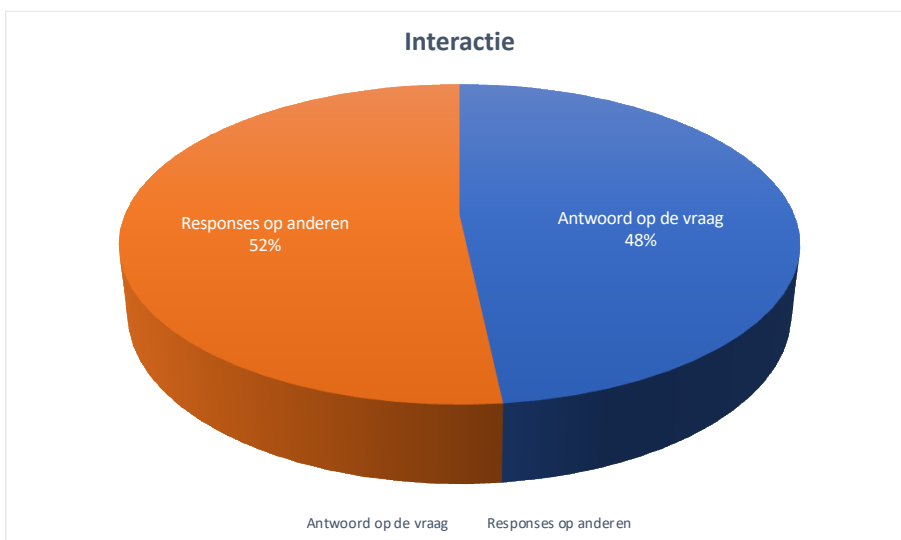
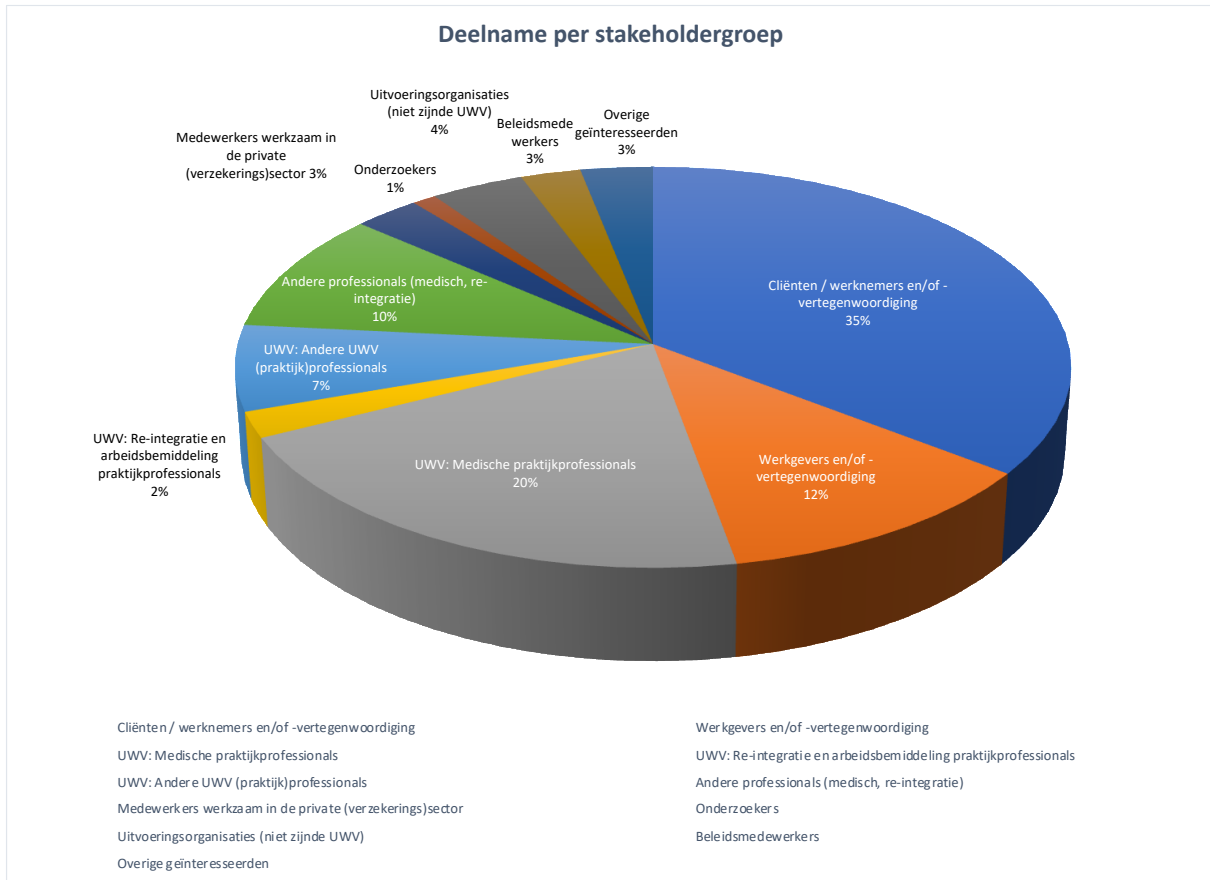
Wat terugkomt is dat professionals van het UWV vertrouwen moeten hebben in andere praktijk professionals. Voorgesteld wordt bijvoorbeeld om tijdens de interne opleidingstrajecten van het UWV een verplichte stage in te stellen bij een arbodienst. Zo wordt er meer samenhang en onderling begrip gecreëerd. De partijen (UWV en privaat) kunnen ook beter de informatievoorziening op elkaar laten aansluiten. Dit zou al kunnen door in dezelfde uniforme -inhoudelijke- taal te communiceren. Tot slot is een voorstel dat een werkgever (betrokken manager) minder betrokken moet zijn bij het

opstellen van een re-integratieplan. Bij de werkgever zit namelijk geen inhoudelijk kennis. Dit moet meer belegd worden bij de bedrijfsarts in combinatie met de curatieve sector.

Overig

Hier wordt nog aangemerkt dat het probleem in de samenleving zit en dat niet alles oplosbaar is.

De deelnemers aan de dialogronde 'Verrijken'



Deel 3: samenvatting Voorkeuren

In de stap 'Verdiepen' gaan we door met de aandachtspunten bij de thema's die in de fase 'Voorkeuren' de meeste stemmen hebben gekregen. We kiezen er in deze laatste ronde voor om de thema's met bijbehorende aandachtspunten op een andere manier te clusteren. Een aantal thema's is hetzelfde gebleven en andere zijn aangepast, omdat deze thema's beter aansluiten op de inhoud van de online dialoog. We komen op de volgende thema indeling voor deze laatste fase:

1. Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)
2. Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)
3. Samenwerking medische keten
4. Stelsel (60+ en IVA)
5. Innovatie

Hieronder vind je per thema en per aandachtspunt de verdiepende vragen.

Thema 1: Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)

Aandachtspunt 1:

UWV neemt alleen nog aanvragen (zowel claim- als herbeoordelingsaanvragen) in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.

Veel deelnemers geven aan dat alle aanvragen (zowel claim- als herbeoordelingsaanvragen) volledig moeten zijn. Om aanvragen die niet compleet zijn niet in behandeling te nemen, is een wettelijke basis nodig.

- Wat heb je nodig (bv in de ondersteuning) om informatie juist en volledig aan te leveren?
- Wat kan werknemers en/of werkgevers stimuleren om aanvragen compleet in te leveren? Praktijkvoorbeelden zijn welkom.
- Als niet voldaan wordt aan 'compleet, juist en volledig', wat moeten dan de consequenties zijn en/of welke vervolgstappen moet UWV kunnen nemen?

Aandachtspunt 2:

Een aangevraagde herbeoordeling wordt alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed en volledig onderbouwd is.

In de aandachtspunten was er veel respons op twee voorstellen over herbeoordelingen. De vragen over de punten zijn hieronder samengevoegd. Een dergelijke aanvraag om een herbeoordeling moet uiteraard ook compleet en volledig zijn. Dat komt terug in aandachtspunt1. Om aanvragen die niet voldoen aan de eisen niet in behandeling te nemen, is een wettelijke basis nodig.

- Wanneer is er sprake van een 'aantoonbaar gewijzigde situatie'?

- Als er geen sprake is van een ‘aantoonbaar gewijzigde situatie’ of als dit voldoende is onderbouwd, wat moeten dan de consequenties zijn en/of welke vervolgstappen moet UWV kunnen nemen?
- Welke aandachtspunten wil je meegeven voor een nadere uitwerking van dit aandachtspunt?

Aandachtspunt 3:

Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.

- Waar moet de informatie van de curatieve sector en/of de arbodienst aan voldoen?
- Wat zijn volgens jou manieren om dit proces zo in te richten dat die relevante informatie bij de verzekeringsarts terecht komt?

Aandachtspunt 4:

Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (de cliënt betrekken betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).

Meerdere malen is in de voorgaande fases aangegeven dat cliënten zelf een goed beeld hebben van hun eigen situatie. UWV experimenteert op dit moment bijvoorbeeld lokaal hoe de eigen inbreng van cliënten goed meegenomen kan worden met een vragenlijst. Door ontwikkelingen, zoals de Persoonlijke Gezondheidsomgeving, kan iedere Nederlander straks zijn eigen gezondheidsgegevens beheren in een PGO.

- Wat vinden cliënten belangrijk bij dit aandachtspunt?
- Hoe kan de cliënt beoordelen of de medische documenten relevant zijn voor de beoordeling?
- Als de cliënt weinig of geen medische documenten aanlevert of kan aanleveren, welke vervolgstappen moet UWV dan kunnen nemen?

Aandachtspunt 5:

Er moet voor de sociaal-medische beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.

De deelnemers geven aan dat één dossier het meest efficiënt is. Dit voorstel stond in de vorige ronde bij de langere termijn oplossingen, omdat dit vraagt om aansluiting op de gezondheidsinfrastructuur. De regie hierop ligt bij het ministerie van VWS.

- Welke partijen moeten bij de nadere uitwerking betrokken worden, en wie kan het beste regie voeren?
- Welke stap moet als eerste gezet worden?

Thema 2: Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

Aandachtspunt 1:

Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts moeten worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische

klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.

UWV werkt aan een nieuwe manier van werken door de vorming van sociaal-medische centra (SMC's). Binnen de SMC's wordt geëxperimenteerd met paramedici, zoals psychologen en fysiotherapeuten, maar ook een grotere/bredere inzet van de arbeidsdeskundige. In wet- en regelgeving is de rol van de verzekeringsarts verankerd.

- Op welke momenten in het beoordelingsproces kunnen andere professionals de lead nemen?
- Hoe kan deze werkwijze er in de praktijk uitzien?
- Wat zijn hierbij de vereiste randvoorwaarden?

Aandachtspunt 2:

Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplichtend karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.

Sinds 2012 worden verzekeringsartsen gefaciliteerd in taakdelegatie en taakondersteuning voor te verrichten werkzaamheden. De inzet van taakdelegatie is nu een vrije keuze van de verzekeringsarts. Dit is ook opgenomen in de Handreiking Taakdelegatie, die 2022 is herzien.

- Welke stappen kunnen genomen worden om taakdelegatie binnen de verzekeringsgeneeskunde een meer verplichtend karakter te geven?
- Wat zijn de mogelijke uitdagingen zijn bij een meer verplicht karakter?
- Welke taken zijn er nog meer die door de verzekeringsarts gedelegeerd, of zelfs herschikt kunnen worden?

Aandachtspunt 3:

Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.

Veel deelnemers aan de consultatie roepen op om minder nadruk te leggen op de (medische) diagnoses en meer uit te gaan van wat iemand wél kan qua werkzaamheden.

- Wat is er volgens jou in het beoordelingsproces nodig om meer de nadruk te leggen op wat iemand nog wel kan?
- Welke concrete ideeën zijn er om hier meer aandacht voor te hebben binnen de huidige werkwijzen?

Aandachtspunt 4:

De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingstrajecten zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, dit in navolging van enkele landen om ons heen.

Eind 2023 is er een onderzoek gepubliceerd naar acht Europese landen ter inspiratie voor de hervorming van het Nederlandse stelsel (volg deze [link](#)). Uit dat onderzoek blijkt dat in Nederland een sterke nadruk ligt op fysieke spreekuren. Ook zien we in andere landen dat niet-medische professionals in verschillende rollen verantwoordelijkheid nemen over de beslissing van een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

- Hoe kan zo'n beoordelingstraject er uit zien?
- Welke kennis en expertise van specialist verzekeringsarts kan hier zo effectief mogelijk worden ingezet?

Thema 3: Samenwerking medische keten

Aandachtspunt 1:

Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.

De samenwerking tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen blijft een belangrijk aandachtspunt. In de verschillende rondes is door deelnemers benoemd dat de verzekeringsarts een belangrijke onafhankelijke functie heeft bij beoordelingen, waar waarde aan wordt gehecht vanuit cliëntperspectief. Tot op heden is op verschillende wijzen gewerkt aan nauwere samenwerking. Zo is recent een wetsvoorstel om bij de RIV (re-integratieverslag)-toets het medisch oordeel van de bedrijfsarts leidend te laten zijn weer ingetrokken. Ook wordt er vanuit onderzoek gewerkt aan een instrument BAR ([beschrijving arbeidsbelastbaarheid en re-integratie](#)).

- Wat is nodig om ervoor te zorgen dat de verzekeringsarts in evident duidelijke gevallen het oordeel van de bedrijfsarts kan en mag volgen?
- Welke waarborgen moeten er voor deze oplossingsrichting ingericht worden, zodat cliënten hier geen nadeel van ondervinden?

Aandachtspunt 2:

De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.

- Wat is er voor nodig om bevindingen van behandelende artsen effectief en efficiënt te integreren in een sociaal-medische beoordeling?
- Hoe komen we tot een duidelijke structuur tussen behandelende artsen en verzekeringsartsen om een naadloze overdracht van relevante medische informatie te waarborgen, zodat sociaal-medische beoordelingen op basis van betrouwbare en actuele gegevens efficiënt worden uitgevoerd?

Thema 4: Stelsel (60+ en IVA)

Aandachtspunt 1:

De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.

Achtergrondinformatie: Een aanpassing van de voorwaarden voor een IVA-uitkering is reeds eerder verkend. Het ging daarbij om een verkenning van de optie om na vijf jaar volledige arbeidsongeschiktheid (WGA 80-100) duurzaamheid aan te nemen. In de Kamerbrief van 28 april 2023 ([link](#)) is aangegeven dat deze optie niet afzonderlijk van andere aspecten binnen het huidige stelsel kan worden uitgewerkt. Nadere uitwerking vergt fundamentele keuzes binnen het stelsel die

zowel werknemers als werkgevers raken. Dat zijn keuzes die juist ook aan de opdracht van de OCTAS raken. Aangezien deze optie veel stemmen heeft gekregen willen wel een verdiepingsslag maken op de inhoud. Afhankelijk van het advies van de OCTAS kan de opbrengt van deze verdere verkenning mogelijk gebruikt worden in een later stadium.

- In hoeverre en onder welke voorwaarden moet eerdere instroom in de IVA (dus eerder dan binnen 3 of 5 jaar volledige arbeidsongeschiktheid) mogelijk zijn/blijven?
- Aan welke criteria zou voldaan moeten worden om daadwerkelijk na 3 of 5 jaar automatisch de IVA in te stromen?
- Welke aandachtspunten zijn er bij deze maatregel ten aanzien van re-integratiedienstverlening en financiële prikkels (w.o. premiedifferentiatie)?

Aandachtspunt 2:

De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én/of uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

Hoewel in de voorkeursronde dit onderwerp niet de ranglijst aanvoerde, zijn er wel verdiepende vragen die voorgelegd worden. We zien dat enkele partijen uit het veld dit wel als voorkeur hebben aangegeven, en bovendien heeft deze maatregel het grootste effect op het verminderen van zowel het aantal mensen dat moet wachten op een WIA-claimbeoordeling als op het verminderen van de wachttijd voor een claimbeoordeling.

- Welke redenen zie je om de 60-plusmaatregel wel of juist niet te verlengen?
- Welke argumenten zie je voor of juist tegen een uitbreiding naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd)?
- Welke aandachtspunten wil je nog meegeven over de 60-plusmaatregel?

Thema 5: Innovatie

Aandachtspunt 1:

De uitvoering moet worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Goede werkwijzen (best practices) moeten op één plek worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.

Ook veel deelnemers geven reactie op het aandachtspunt om meer gebruik te maken van de kennis die beschikbaar is binnen het veld waaronder private partijen. In de verdiepingsslag vragen we ook hier aandacht voor.

- Wanneer is een werkwijze bewezen effectief? Hoe gaan we om met verschillen tussen regio's?
- Als regio's/districten niet verplicht worden. Welke concrete ideeën heeft u om bewezen effectieve werkwijzen sneller landelijk te laten adopteren?
- Waar moeten best practices worden verzameld en gedeeld? Hoe zorgen we dat we ook aan blijven sluiten op ontwikkelingen in het veld?

Aandachtspunt 2:

Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.

Dit aandachtspunt kreeg in de voorkeursronde niet de meeste punten. Graag maken wij gebruik van de kennis om verdiepende vragen te stellen. Uit de toelichting blijkt dat hier naast het benutten van Techniek/ICT door artificial intelligence ook gedacht wordt aan het vullen van claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS) bijvoorbeeld). Tot slot zijn op de werkvloer al technologische middelen, zoals spraakmiddelen, beschikbaar. Het gaat ook om het gebruik van deze middelen door de professionals.

- Welke concrete technologische middelen kent u? (voorbeelden)
- Hoe kunnen we het gebruik van deze middelen stimuleren onder professionals?

Aandachtspunt 3:

Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

UWV werkt aan het één dienstverlenings-concept, waarbij grenzen tussen divisies worden weggenomen en hierdoor overgangssituaties en overdrachtsmomenten verminderen. Een drempelloze klantreis is het uiteindelijke doel.

- Op welke momenten kan de samenwerking tussen de divisies binnen UWV aanmerkelijk verbeteren?
- Wat betekent een betere samenwerking binnen de dienstverlening voor cliënten van UWV?

De deelnemers aan de dialogronde 'Voorkeuren'.




Deel 4: Samenvatting Verdiepen

In de stap 'Verdiepen' zijn de aandachtspunten bij de thema's die in de fase 'Voorkeuren' de meeste stemmen hebben gekregen verder uitgewerkt tot concrete oplossingsrichtingen. We hebben ervoor gekozen om in deze laatste ronde de thema's met bijbehorende aandachtspunten op een andere manier te clusteren. Een aantal thema's is hetzelfde gebleven en andere zijn aangepast. We komen op de volgende thema indeling voor deze laatste fase:

1. Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)
2. Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)
3. Samenwerking medische keten
4. Stelsel (60+ en IVA)
5. Innovatie

Hieronder vind je per thema en per aandachtspunt de samenvatting.



1 **Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)**

Aandachtspunten:

- 1.1 UWV neemt alleen nog aanvragen (zowel claim- als herbeoordelings-aanvragen) in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd.
- 1.2 Een aangevraagde herbeoordeling wordt alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt.
- 1.3 De verzekeringsarts moet vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie.
- 1.4 Cliënten leveren waar mogelijk zelf hun medische documenten aan.
- 1.5 Er wordt gewerkt met één medisch dossier

Aandachtspunt 1.1

UWV neemt alleen nog aanvragen (zowel claim- als herbeoordelings-aanvragen) in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.

De deelnemers geven aan dat het helpt als er ter ondersteuning een werkend digitaal portaal beschikbaar is dat voor alle betrokkenen toegankelijk is. Het helpt daarbij als duidelijk is wat er nodig

is bij de aanvraag, bijvoorbeeld door een heldere checklist, Q&A's, een helpdesk of fysieke ondersteuning. Het is belangrijk dat hierbij gebruik wordt gemaakt van eenvoudige taal (Jip en Janneke taal). Als de aanvraag niet compleet is moet UWV een bericht sturen aan de aanvrager waarin staat wat er ontbreekt en hoe dit kan worden hersteld. Ook moet UWV herinneringen sturen. Bij herhaaldelijk geen reactie moet de aanvragen in het uiterste geval buiten behandeling worden gesteld.

De deelnemers geven aan dat het voor cliënten belangrijk is dat zij informatie kunnen uploaden in een veilige omgeving waarin ook met machtiging iemand dat voor de client kan doen. De vraag is of de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voldoende informatie heeft voor een verzekeringsarts. De cliënt kan goed beoordelen welke informatie relevant is als er voorbeelden worden gegeven en er duidelijke vragen worden gesteld. De cliënt kan zo die informatie delen die volgens hem van invloed is op de situatie.

Aandachtspunt 1.2

Een aangevraagde herbeoordeling wordt alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed en volledig onderbouwd is.

De deelnemers geven verschillende inzichten in wat er moet worden verstaan onder 'een gewijzigde situatie'. Als voorbeelden worden genoemd: een verandering in de belastbaarheid van de cliënt, een wijziging in het inkomen, een nieuwe aandoeningen of achteruitgang in bestaande aandoeningen die leiden tot objectiveerbaar meer beperkingen. Ook wordt het idee genoemd om een minimumperiode te koppelen aan hoe lang de gewijzigde situatie bestaat voordat een herbeoordeling kan worden aangevraagd.

De deelnemers geven aan dat als de aanvraag onvoldoende is onderbouwd UWV een bericht moet sturen om extra informatie op te vragen. Ook moet UWV herinneringen sturen. Als de informatie ook dan niet komt moet UWV de aanvraag af kunnen wijzen.

Een aandachtspunt hierbij is de mate waarin de werkgever inzicht kan hebben in de situatie van de ex-werknemer.

Aandachtspunt 1.3

Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.

De deelnemers geven aan dat hiervoor nodig is dat de informatie van de curatieve sector en/of arbodienst een duidelijk en actueel oordeel bevat. Ook moet er een samenvatting zijn van de aandoeningen en actuele stand van zaken. Kortom: de informatie moet echt antwoord geven op de vragen die gesteld worden in dezelfde taal (BAR).

Ook wordt benoemd dat relevante informatie makkelijk kan worden aangeleverd door de cliënt zelf. Bijvoorbeeld via een online dossier of met technologische generatieve AI. Het is ook een optie om dit te doen via een medische secretaresse (contact met Arbodienst).

Aandachtspunt 1.4

Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (de cliënt betrekken betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).

De deelnemers geven aan dat het belangrijk is dat cliënten de informatie kunnen uploaden in een veilige omgeving waarin ook met machtiging iemand dat voor de client kan doen. De vraag is of de PGO voldoende informatie heeft voor een verzekeringsarts. Ook is het belangrijk dat er voldoende ondersteuning is voor cliënten. Dat kan bijvoorbeeld via een chatbot of in een digitale omgeving. Het kan helpen als voorbeelden worden gegeven en er duidelijke vragen worden gesteld.

De deelnemers geven aan dat de cliënt zelf goed kan beoordelen welke documenten relevant zijn als er duidelijke instructies zijn en er vanuit UWV duidelijke vragen worden gesteld. Als de cliënt weinig of geen stukken aanlevert kan er bijvoorbeeld een machtiging worden afgegeven waarmee UWV informatie op kan vragen bij de curatieve sector. Daarbij wordt aangegeven dat er een onderscheid gemaakt moet worden ten aanzien van situaties waarop de cliënt wel en geen invloed heeft. Ook wordt aandacht gevraagd voor hoe dit uitwerkt met de AVG, met name als met dwang ervaart bij aanleveren van informatie. Aan de andere kant wordt erop gewezen dat het ook in belang is van de client om informatie te delen om een uitkering te kunnen krijgen. Het is goed om te werken met machtigingen zodat medische informatie kan worden opgevraagd. Tot slot wordt benoemd dat toegang tot een PGO meer informatie oplevert dan UWV nodig heeft.

Aandachtspunt 1.5

Er moet voor de sociaal-medische beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.

Aan de deelnemers is gevraagd welke partijen betrokken moeten worden bij een nadere uitwerking van één medisch dossier. De deelnemers noemen de volgende partijen:

Betrokken partijen rond het PGO;

Gezondheidszorg AVG-juristen;

Gecertificeerde arbodiensten;

V&VN, afdeling Arboverpleegkundigen

Specialisten gegevensdeling

Bonden van ziekenhuizen, huisartsen, fysiotherapeuten

Toegang voor private verzekeraars waaronder zorgverzekeraars en inkomensverzekeringen en ongevallenverzekeringen

Bij een eerste stap in de verkenning kan volgens de deelnemers worden gedacht aan inspiratie ophalen bijv. in Estland te kijken. De deelnemers noemen ook dat het voorstel voor één medisch dossier/aansluiten PGO met toegang vanuit arbeidsgerelateerde zorg een langdurig traject is waar veel draagvlak voor nodig is. De verwachtingen moeten daar op worden aangepast.



2

Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

Aandachtspunten:

- 2.1 Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling.
- 2.2 Geef taakdelegatie een meer verplichtend karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.
- 2.3 Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.
- 2.4 De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind in navolging van enkele landen om ons heen.

Aandachtspunt 2.1

Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts moeten worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.

De deelnemers geven aan dat al vanaf de ziekmelding andere professionals een leidende rol zouden moeten nemen, bijvoorbeeld de arbeidsdeskundige in de eerste 13 weken. Als er geen sprake is van medische maar functionele ziektebeelden kunnen psycholoog, fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut of psychiatrisch verpleegkundige worden ingezet. Voorafgaand moet gekeken worden welk traject moet worden ingezet en welke professional daarvoor nodig is, de verzekeringsarts is dan alleen aan zet bij de uiteindelijk, goed voorbereide, claimbeoordeling.

Hiervoor is nodig dat de arbeidsdeskundige, meer dan nu het geval is, gedetailleerd de belasting in het eigen werk van de cliënt in kaart brengen. De aandacht moet dan zijn op wat nog wel kan in plaats van op wat niet meer kan als gevolg van de ziekmelding. Demedicalisering en adequate begeleiding zijn hier van belang.

De deelnemers noemen als mogelijkheid om een FCE (Functionele Capaciteit Analyse) in te zetten. Dit bespaart tijd en geeft een objectief beeld van de functionele mogelijkheden van een cliënt. Allereerst moet worden gekeken wat er mogelijk is in de huidige situatie, indien er iets anders is gewenst dan moeten de UWV-werkprocessen worden aangepast. Andere professionals moeten toegang krijgen tot het medisch dossier, indien hier wijziging in wet- en regelgeving voor nodig is dan moet dat worden gedaan.

Aandachtspunt 2.2

Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplichtend karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.

De deelnemers geven aan dat een verplichting lastig te realiseren. Een verplichting kan teweeg brengen dat de delegeerder zich niet meer verantwoordelijk voelt voor de gedelegeerde taken. Het kan helpen om te bepalen welke taken wel en niet kunnen worden gedelegeerd. Ook kan het helpen om de opleiding voor sociaal-medisch verpleegkundigen (SMV) te professionaliseren. Onderzoek daarbij de eigen verantwoordelijkheid BIG. Neem de SMV serieus en zet die in waar dat kan tot aan de uiteindelijke beoordeling.

Een uitdaging bij een meer verplicht karakter is weerstand bij een deel van de verzekeringsartsen. De huidige wet- en regelgeving staat daarnaast een verplichting niet toe.

Tot slot wordt taakherschikking door de deelnemers genoemd als te onderzoeken mogelijkheid. Zij geven aan dat verschillende taken zoals voorbereidende administratieve werkzaamheden herschikt kunnen worden. Daarnaast kan in samenspraak met de bedrijfsarts worden gekeken welke samenwerking mogelijk is om dubbelwerk te voorkomen.

Aandachtspunt 2.3

Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.

Om meer nadruk te leggen op wat iemand nog wel kan is volgens de deelnemers demedicalisering nodig. De juiste begeleiding om iemand op weg te helpen naar (ander) werk en dit alles zo vroeg mogelijk in het traject na ziekmelding. Dit vraagt om een brede samenwerking tussen werkgeven, arbodienst en UWV om uitval te voorkomen. UWV en arbodiensten moeten dezelfde 'taal' spreken. Objectiveer de mogelijkheden van mensen met het gebruik van FCE (Functionele Capaciteit Evaluatie) en ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Streef naar één traject met een eenduidige begeleiding van de werknemer en werkgever vanaf de dag van de verzuimmelding tot na de WIA-claimbeoordeling zonder onnodige overdracht naar een andere dossier regisseur, door 1 multidisciplinair team. Met daarin zoveel mogelijk niet-medische begeleiding en coaching/behandeling. En alleen op de momenten dat het echt nodig is de inzet van een arts

Aandachtspunt 2.4

De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingstrajecten zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, dit in navolging van enkele landen om ons heen.

De deelnemers noemen verschillende manieren om dit in te richten:

Zet de SMV in de regiefunctie en niet de verzekeringsarts. Gebruik alle aanwezige expertise die er is om tot een goed beoordelings- c.q. begeleidingstraject te komen. De verzekeringsarts kijkt op achtergrond mee en wordt ingezet in de eindfase van de claimbeoordeling. Werk met een medisch certificaat van behandelend artsen die de leidraad zijn voor de beoordeling. Zo hoeft de verzekeringsarts in veel gevallen geen onderzoek te doen maar een deskresearch.

De verzekeringsarts wordt dan alleen nog ingezet bij complexe of onduidelijke dossiers en heeft een rol in het opleiding van de SMV. De verzekeringsarts kan op basis van alle input én met zijn/haar medische kennis de uiteindelijke beoordeling van de belastbaarheid doen. De verzekeringsarts zou op basis van de medische kennis over onderliggende én vastgestelde medische stoornissen en beperkingen een definitief beeld moeten kunnen vormen of het prestatievermogen dat op één moment wordt geleverd ook duurzaam is.



3 Samenwerking medische keten

Aandachtspunten:

- 3.1 Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen bij evident duidelijke gevallen.
- 3.2 De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische beoordeling en de verzekeringsarts moet zich kunnen richten op de belastbaarheid in werk.

Aandachtspunt 3.1


Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.

Op de vraag wat er nodig is om ervoor te zorgen dat de verzekeringsarts in evident duidelijk gevallen het oordeel van de bedrijfsarts kan en mag volgen, wordt in eerste instantie meteen aangehaald om het RIV-wetsvoorstel wat er al ligt alsnog in te voeren. Dit wordt ook meermaals als waarborg genoemd zodat cliënten geen nadeel hiervan ondervinden, aangezien in het wetsvoorstel hier al ruim aandacht aan is besteed. Een ander punt wat wordt benoemd is dat de bedrijfsarts een echt onafhankelijke positie moet hebben. Kort gezegd geen direct financiële relatie met de werkgever. Hier zijn veel participanten het mee eens, maar er wordt ook een paar keer genoemd dat de bedrijfsarts al een onafhankelijk positie heeft. Ook wordt nog benoemd om meer aandacht te hebben in de opleiding voor elkaars vakgebied en meer vertrouwen en respect voor elkaar. Als extra waarborgen wordt genoemd UWV horizontaal toezicht zou kunnen invoeren op arbodiensten om kwaliteit te bevorderen. Echter wordt veel benoemd dat er al voldoende waarborgen zijn.

Aandachtspunt 3.2

De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.

Veel reacties op wat er nodig is om bevindingen van behandelende artsen effectief en efficiënt te integreren in een sociaal medische beoordelingen is dat het lastig is omdat het twee verschillende vakgebieden zijn. De curatieve sector kan de factor arbeid niet meenemen vanwege capaciteit en kennis. Dit is echt iets voor de sociaal-medische geneeskunde. Al zouden er wel stapjes gemaakt kunnen worden door bijvoorbeeld standaardisering zoals in medische informatie en samenwerking in protocollering zodat het makkelijker overgenomen kan worden. Het helpt als de curatieve sector en de verzekeringsartsen elkaar beter kennen en begrijpen. Ook wordt nog genoemd om informatie op te halen bij Bijzondere zaken. In andere landen zoals België speelt dit vaker. Als belangrijkste waarborg voor een goede overdracht van de relevante medische informatie wordt een één dossier genoemd, bijvoorbeeld via een beveiligde portal (zoals PGO). Wel wordt opgemerkt dat de AVG dit kan bemoeilijken. Tot slot kan ook investeren in regionale samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen en gezondheidscentra werken.



4 Stelsel (60+ en IVA)

Aandachtspunten:

- 4.1** De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.
- 4.2** De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én/of uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

Aandachtspunt 4.1

De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.

De deelnemers geven aan dat automatisch instroom in de IVA alleen aangewezen is in situaties waarin de cliënt volledig arbeidsongeschikt is op medische gronden. Als iemand volledig

arbeidsongeschikt is op arbeidskundige gronden betekent dat namelijk niet noodzakelijk dat deze persoon geen arbeidsmogelijkheden meer heeft. Als aandachtspunt bij deze maatregel wordt meegegeven dat de arbeidsmogelijkheden centraal moeten staan en dat mensen die arbeidsmogelijkheden hebben daar ook begeleiding bij moeten krijgen. De deelnemers geven aan dat eerdere of automatisch instroom in de IVA alleen mogelijk gemaakt moet worden voor mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn op medische gronden. Ook wordt genoemd dat eerdere instroom in de IVA mogelijk moet blijven bij palliatieve situaties of situaties waarin overduidelijk is dat herstel is uitgesloten. De deelnemers geven ook aan dat na 3 of 5 jaar wel degelijk beoordeeld moet worden of iemand nog steeds 80/100 arbeidsongeschikt is. Ook wordt aangegeven dat uitstroom uit de IVA (na herbeoordeling) ook mogelijk moet blijven. Ook wordt benoemd dat een prikkel tot re-integratiebegeleiding moet blijven bestaan.

Aandachtspunt 4.2

De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én/of uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

De meeste deelnemers geven argumenten tegen een verlenging van de 60-plusmaatregel. Als argument wordt onder andere de krapte op de arbeidsmarkt aangevoerd. De deelnemers geven aan dat de maatregel als VUT-regeling wordt gebruikt waardoor mensen die nog kunnen bijdragen op de arbeidsmarkt aan de kant worden geschoven. Terwijl 60-plussers juist nu nodig zijn op de arbeidsmarkt. Daar staat tegenover dat 60-plussers lastig aan het werk komen. Opnieuw aan het werk komen is voor deze groep een enorme uitdaging. Tot slot worden de hoge kosten genoemd als argument tegen de maatregel. Ook wordt genoemd dat bekeken moet worden hoe effectief de 60-plusmaatregel is in het terugbrengen van de achterstanden. Een aantal deelnemers geeft aan dat de 60-plusmaatregel hieraan echt bijdraagt. Dezelfde argumenten worden aangevoerd tegen een verlaging van de leeftijd van deze maatregel.



5

Innovatie

Aandachtspunten:

- 5.1 De uitvoering moet worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen die bewezen niet-effectief zijn. Goede werkwijzen moeten op één plek worden verzameld en gedeeld.
- 5.2 Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.
- 5.3 Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

Aandachtspunt 5.1

De uitvoering moet worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Goede werkwijzen (best practices) moeten op één plek worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.

Op de eerste vraag wanneer een werkwijze bewezen effectief is blijkt dat dit lastig te duiden is. Opgemerkt wordt welke werkwijze je beoordelen. Wil je sneller beoordelen, kan het kwalitatief minder zijn en daardoor juist het aantal toekenningen stijgen. Dan is het niet effectief. Verder moet een werkwijze nooit zorgen voor rechtsongelijkheid. Belangrijk dat de teamverdeling op orde is en geen dubbel werk gedaan moeten worden. Ook is het niet wenselijk dat mensen in verschillende regio's anders worden behandeld. Als werkwijze niet verplicht kan worden dan is alsnog belangrijk te kijken naar meer uniformiteit, eventueel met verplicht meekijken/meelopen is teams die goed draaien. Ook zou er gekeken kunnen worden naar pilots en naar werkwijzen buiten het UWV. Hoe best practices moeten worden verzameld zijn de meningen verdeeld. Meest genoemd is om door pilots te starten en te monitoren en bundelen naar effectiviteit zal werken.

Aandachtspunt 5.2

Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.

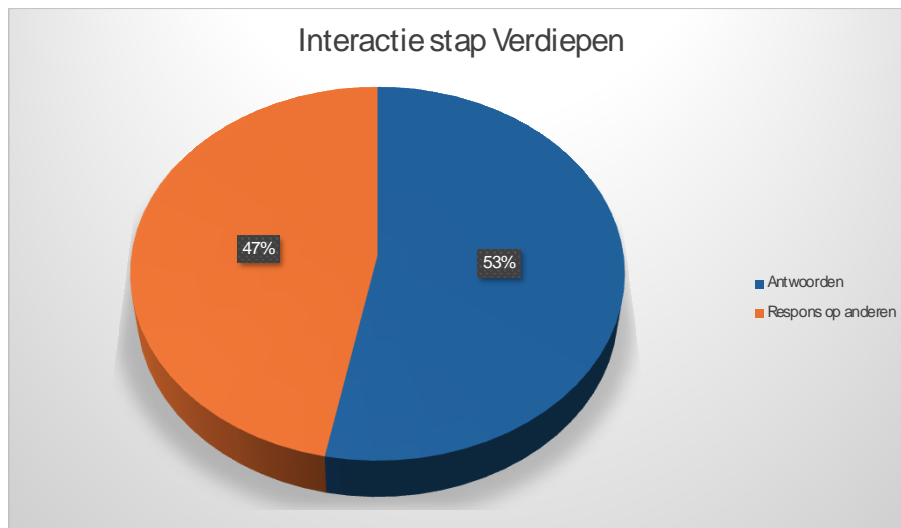
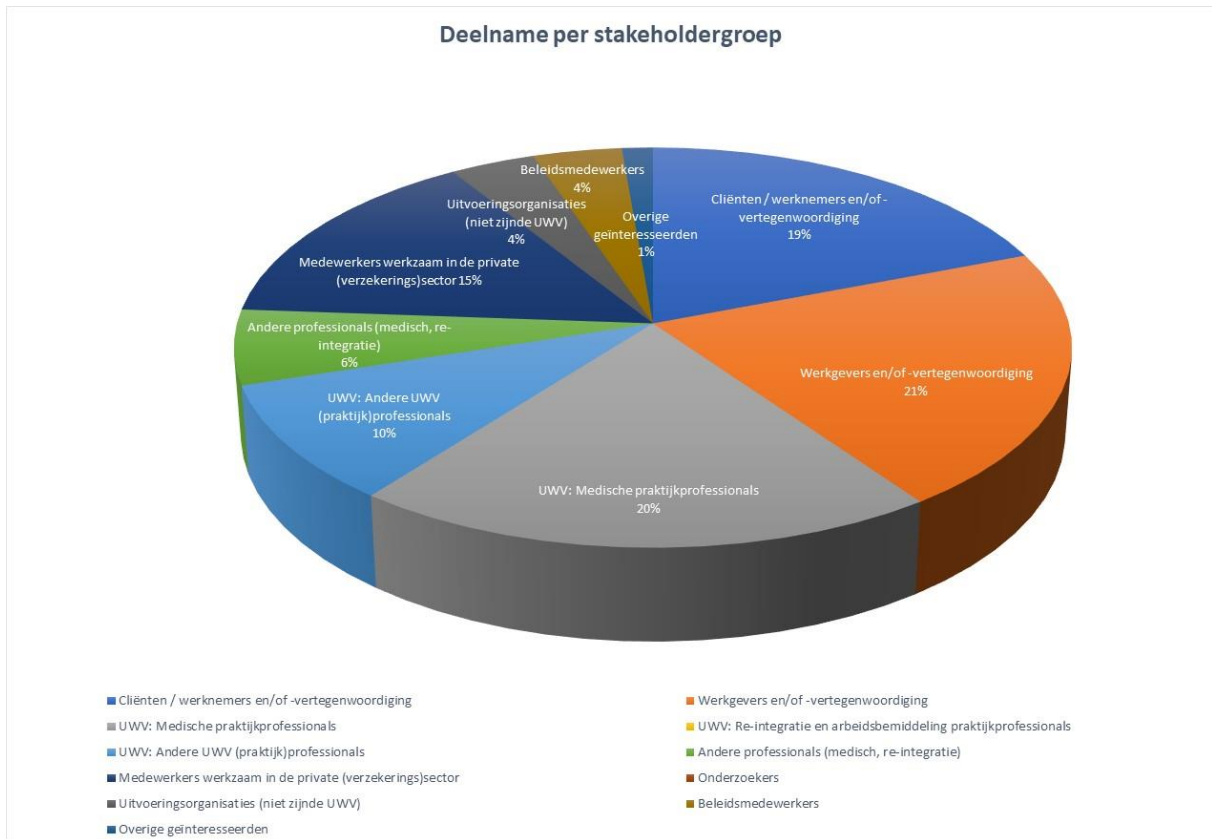
Wat voorbeelden zijn voor technologische middelen komt enkel spraakherkenning naar voren, met specifiek Dragon Medical One. Hier wordt een enorme meerwaarde in gezien wat kan helpen en is ook bewezen effectief in de curatieve sector, maar ook in het buitenland. De verwachting is wel dat er een enorm prijskaartje aan vast zit.

Aandachtspunt 5.3

Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

Om de samenwerking tussen de divisies te verbeteren wordt vooral benoemd om laagdrempeligheid te kijken. Zorg dat medewerkers tussen de verschillende divisies elkaar kennen. Er wordt zelf aangegeven dat het vinden van contactgegevens van collega's bij een andere divisie lastig is. Heb begrip voor elkaar en voer dialogen. Maak bijvoorbeeld gebruik van regionaal Arbeidsdeskundige voor een goede samenwerking. Geconcludeerd wordt, ook door cliënten, dat een betere samenwerking heel erg zou helpen. Er worden nu muren tussen divisies en regio's ervaren. Als die worden weggewerkt dan helpt dat de cliënten, maar ook werkgevers en andere belanghebbende. Voor de buitenwereld moet het 1 UWV zijn!

De deelnemers aan de dialoogronde 'Verdiepen'.



Lijst van afkortingen

ABA	Aanvragen beoordeling arbeidsvermogen
AD	Arbeidsdeskundige
AI	Artificial Intelligence (kunstmatige intelligentie)
ALK	Aanhoudende Lichamelijke Klachten
AO	Arbeidsongeschiktheid
ARBO	Arbeidsomstandigheden
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
BA	Bedrijfsarts
BC&K	Business Control & Kwaliteit
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CBBS	Claimbeoordelings- en Borgingssysteem
ERD	Eigenrisicodragers
EWT	Einde wachttijd
EZWB	Eerstejaars Ziektewet-beoordeling
FCE	Functionele Capaciteit Evaluatie
FML	Functionele mogelijkhedenlijst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HR	Human Resources
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPS	Individuele Plaatsing en Steun
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten
IZP	Inzetbaarheidsprofiel
KPI	Kritieke prestatie-indicator
LAU	Loonaanvullingsuitkering
LGU	Loongerelateerde uitkering

MDI	Multidisciplinaire intake
ME	Myalgische Encefalomyelitis ofwel chronisch vermoeidheidssyndroom
MS	Medisch Secretariaat
MVB	Medewerker verzuimbeheersing
NHS	National Health Service
NOVAG	Nieuwe Orde van Verzekeringsartsen Arbeid & Gezondheid (beroepsvereniging en vakbond van de verzekeringsartsen bij UWV)
OCTAS	Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel
PGO	Persoonlijke gezondheidsomgeving
PMA	Progressive Mental Allignment
POH	Praktijkondersteuner huisarts
RAD	Regionaal Arbeidsdeskundigen
RB	Re-integratiebegeleider
RIV	Re-integratieverslag
RVU	Regeling voor Vervroegde Uittreding
SMA	Sociaal Medische Advisering
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden
SMC	Sociaal-medisch centrum
SMV	Sociaal-medisch verpleegkundige
SMZ	Sociaal-medische zaken
SOLK	Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TO	Teamondersteuner
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WW	Werkloosheidswet
VA	Verzekeringsarts
VGHB	Vraaggestuurde herbeoordelingen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (beroepsvereniging)
VVU	Vervolguitkering
ZW	Ziektewet