



## Deelverslag 2 Verrijken

Denk Mee Over  
Sociaal Medisch Beoordelen

## **Inhoudsopgave**

<b>Leeswijzer .....</b>	<b>3</b>
<b>Welke aandachtspunten hebben de stap verrijken opgeleverd? .....</b>	<b>5</b>
<b>Deel 1: Samenvatting per thema .....</b>	<b>8</b>
<b>De deelnemers aan de dialoogronde ‘Verrijken’. .....</b>	<b>17</b>
<b>Deel 2: integraal verslag .....</b>	<b>18</b>
<i>Thema 1: Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen .....</i>	<i>18</i>
<i>Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen .....</i>	<i>31</i>
<i>Thema 3: Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie) .....</i>	<i>40</i>
<i>Thema 4: Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee Ziektejaren).....</i>	<i>56</i>
<i>Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. gegevensdeling).....</i>	<i>76</i>
<i>Thema 6: Minder onzekerheid en onduidelijkheid .....</i>	<i>86</i>

## Leeswijzer

Beste lezer van dit verslag,

Voor je ligt het tweede (deel)verslag van de online stakeholderconsultatie om samen ideeën te bedenken om grip te krijgen op de wachttijden voor sociaal medisch beoordelen.

In de tweede dialoogronde ‘Verrijken’ van de consultatie hebben alle deelnemers aan de hand van 6 thema’s aangegeven welke ideeën, vragen en/of zorgpunten ze zien. Meer dan 200 mensen hebben deelgenomen aan deze stap. Samen met stap 1 verkennen zijn nu meer dan 450 mensen betrokken bij deze consultatie.

Dit verslag is een weergave hiervan en bestaat uit 2 delen. In deel 1 vind je een samenvatting van de door alle deelnemers ingebrachte onderwerpen. Voor deze samenvatting zijn zoveel mogelijk de woorden van de deelnemers zelf gebruikt. Daarnaast vind je een overzicht van de verschillende stakeholdergroepen die hebben deelgenomen en de daarbij corresponderende getallen. In deel 2 vind je alle antwoorden die door de deelnemers zijn gegeven op de gestelde vragen. Bij ieder antwoord kun je zien vanuit welke stakeholdergroep er is gereageerd en welke reacties daarop zijn gegeven.

### **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.

### **Hoe ziet de consultatie eruit?**

De consultatie bestaat uit 6 stappen (zie hieronder) en kent 4 dialoogrondes: Verkennen, Verrijken, Voorkeuren en Verdiepen. De consultatie duurt van november 2023 tot en met januari 2024. Van iedere dialoogronde maken we een verslag, zodat iedereen continu op de hoogte is van de voortgang van de dialoog. Het eindverslag volgt medio februari 2024.

## Stappenplan (online) consultatie

Schrijf je eerst in. Dan beschikken we over je adresgegevens om je te informeren over de resultaten (per stap) en wanneer een nieuwe stap wordt geopend. Na inschrijving kun je direct bijdragen door (hieronder) op de licht groene button "naar verkennen" te klikken. Je komt dan automatisch uit in de dialoogomgeving. Kies bij welke stakeholdergroep je behoort en doe mee.

### 1) Verzamelen

inschrijven

Schrijf je nu in!

Je schrijft je in als deelnemer aan de consultatie, zodat we je kunnen informeren over alle stappen en alle

Deze stap is open vanaf **6** november tot en met **31** januari

### 2) Verkennen

vraagstuk en deelnemers

Naar verkennen (dicht)

Iedereen kijkt anders. Hier vragen we je vragen, inzichten, zorgen, wensen en verwachtingen te delen

Deze stap is open vanaf **6** november tot en met **19** november

### 3) Verrijken

ideeën en oplossingen

Naar verrijken

Hier inventariseren we bestaande en/of bedenken we nieuwe ideeën en oplossingen voor de vraag- en

Deze stap is open van **27** november tot en met **10** december

### 4) Voorkeuren

focus aanbrengen

Naar voorkeuren

We brengen focus aan in de ideeën en oplossingen door je te vragen aan te geven wat jij de beste ideeën en oplossingen vindt om de vraag- en zorgpunten aan te pakken.

Deze stap is open van **18** december tot en met **1** januari

### 5) Verdiepen

reflectie en concretiseren

Naar verdiepen

Hier gaan we de voorkeursideeën en -oplossingen concretiseren. Welke acties zijn daarvoor volgens jou nodig, wie draagt bij en wat gaat mee- of tegenwerken?

Deze stap is open van **8** tot en met **21** januari

### 6) Voortzetten

afsluiten en next steps

Geef feedback

De consultatie wordt afgesloten. Je ontvangt het eindverslag, je kunt feedback geven over het proces en je wordt geïnformeerd over het vervolg.

Deze stap is open vanaf **29** januari

## 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.

We willen je graag bedanken voor je deelname en waardevolle inbreng en hoop dat je blijft meedoen aan de volgende dialoogronde 'Voorkeuren'. Daarin gaan we met elkaar focus aangeven welke aandachtspunten (ideeën en/of zorgpunten) concreet uitgewerkt gaan worden.

Araya Sumter  
Directeur Werknemersregelingen  
Ministerie van SZW

Johanna Hirscher  
Lid Raad van Bestuur  
UWV

## 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 (werkherhaving 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.

## Deel 1: Samenvatting 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. taakdelegatie)
4. Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee Ziektejaren)
5. Samenwerking medische keten (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 uitzoekwerk. 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 combinatiesprekuren 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 verzekeringsartsnodig 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 ziektewet. 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, Ziektewet 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 niét 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**

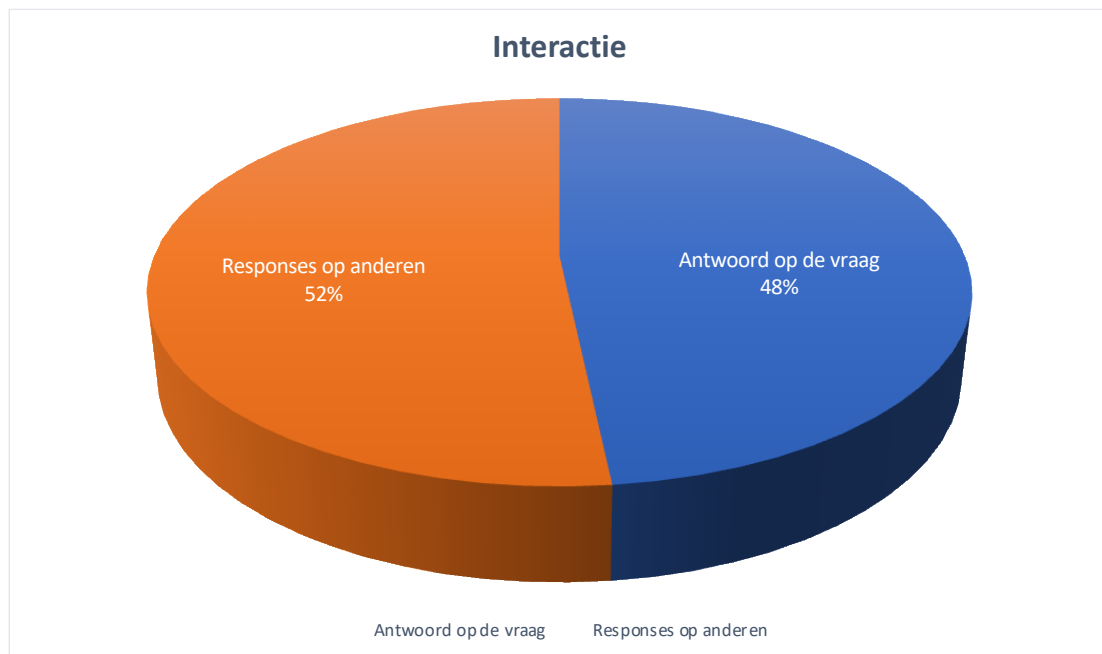
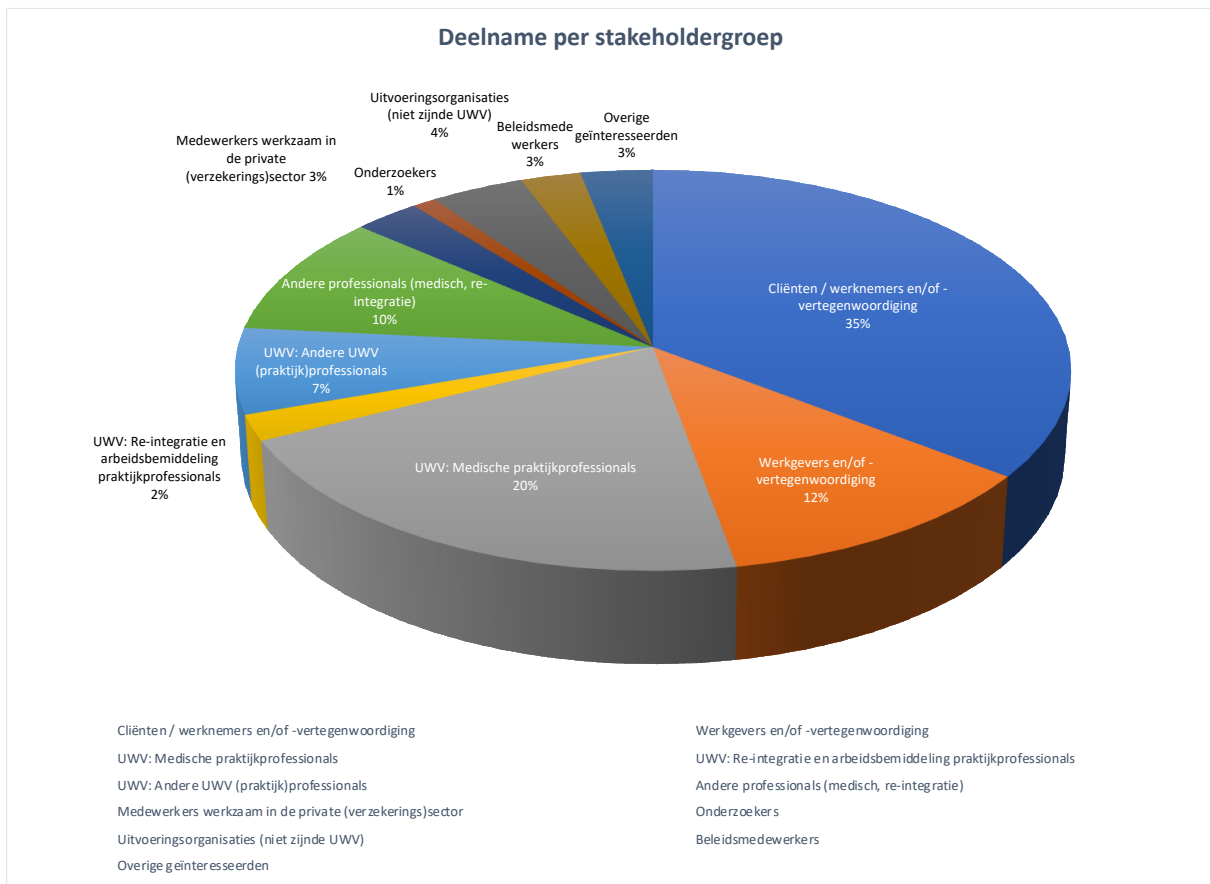
Wat terugkomt is dat professionals van het UWV vertrouwen moeten hebben in andere praktijk professionals. Voorgesteld wordt bijvoorbeeld om tijdens de interne opleidingstrajecten van het UWV een verplichte stage in te stellen bij een arbodienst. Zo wordt er meer samenhang en onderling begrip gecreëerd. 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 zit in de samenleving en niet alles oplosbaar is.  
(Redactie team)



## De deelnemers aan de dialoogronde 'Verrijken'.



## Deel 2: integraal verslag

In deel 2 vind je alle ongecensureerde antwoorden en reacties van de deelnemers aan deze stap.

In deze stap hebben de deelnemers aangegeven welke ideeën, zorgen en/of vragen ze hebben bij de gekozen 6 thema's die in de stap verkennen zijn opgehaald.

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

### Thema 1: Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen

#### TOELICHTING

In de zoektocht naar oplossingen voor de mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van sociaal medische beoordelingen, zijn waarschijnlijk een aantal zaken waar we in ieder geval rekening mee moeten houden. Randvoorwaarden die volgen uit bepaalde waarden of uitgangspunten die we belangrijk vinden. Verschillende belanghebbenden zullen elk hun eigen belangen vertalen in andere randvoorwaarden voor eventuele oplossingsrichtingen. Vanuit de Verkenning is helder dat er breed gedragen aandacht is voor de belangen van cliënten (en hun werkgevers). Cliënten ondervinden nu nadelen van de langere wachttijden en er wordt benadrukt dat oplossingen in ieder geval cliënten niet mogen benadelen. Dit lijkt dus in ieder geval een randvoorwaarde voor toekomstige korte en middellange termijn oplossingsrichtingen.

#### Reacties op de toelichting:

- De vraag is welk doel we willen bereiken een belangrijk probleem punt is dat wanneer een cliënt niet aan werk komt, er drie keer kosten gemaakt worden.
  1. (kleine geldstroom) Het team van UWV, die de cliënt moet ondersteunen en beoordelen 2. (grote geldstroom) de uitkering die toegekend wordt aan de cliënt (en in ons geval ook de ingebrekestelling)
  3. het verloren arbeidspotentieel van de cliënt, die niet hergeïntegreerd wordt naar een werkplek. De vraag moet zijn, hoe hoog zijn deze kosten? en als deze kosten erg hoog zijn, zoals ik vermoed welke suboptimale keuzes wij bereid zijn te maken om deze kosten te reduceren. Één succesvol voorbeeld hiervan is de 60+ maatregel die ervoor zorgt dat cliënten ook gezien en beoordeeld kunnen worden buiten de bottleneck van de VA capaciteit om. Het verlaagt de druk op de capaciteit van het UWV, het geeft de cliënt economische zekerheid (en tevredenheid) en voorkomt hogere kosten door in gebrekenstelling. Als wij serieus zijn in het terugdringen van de achterstanden, van 20 duizend cliënten die in de wachtrij staan dan zijn dit de serieuze overwegingen die we moeten maken. Waar zijn wij bereid om bochten af te snijden? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- DE randvoorwaarde is dat er een onorthodoxe oplossing moet komen op korte termijn. Alle orthodoxie heeft tot op heden niet geleid tot een oplossing of zicht op oplossing. In de meest

recente cijfers van UWV is dat ook duidelijk terug te zien. Per verzekeringsarts wordt UWV niet productiever. Een beetje soelaas door een leeftijds criterium aan te brengen. En geef aantoonbaar effect vooralsnog van de SMC's op meer dienstverlening. Positieve kant is dat de wachtlijsten niet meegroeien. Dat UWV dus de nieuwe instroom aankant. Onorthodox redenerend is er dan een denkbare en wat mij betreft ook een uitvoerbare oplossing. Namelijk stel het cohort dat per datum x langer moet wachten dan de Awb-termijn vrij van beoordeling en sluit aan bij de claim van de burger. Dat betekent inderdaad een forse eenmalige instroom in de WIA maar zekerheid en perspectief voor cliënten en UWV-medewerkers (en hun gezondheid). Het geeft ruimte voor structurele maatregelen. Het vraagt politieke en bestuurlijke lef. Wie pakt die handschoen op? In België hebben ze dit ooit gedaan als een soort generaal pardon. Het land bestaat nog steeds! (Overige geïnteresseerden)

### **VRAAG 1: Welke randvoorwaarden komen er bij jou op waar oplossingen aan moet voldoen?**

- Vanuit Werkgeversdienstverlening bezien: de expertise over bijvoorbeeld ziektebeeld daar laten waar het hoort, Duidelijke verwachtingen scheppen van elkaar. Wat is mijn rol, wat wordt er van mij verwacht, met welke vragen kan ik bij wie terecht, transparantie? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- In de toelichting hierboven staan de werkgevers tussenhaakjes. In de bijdragen hieronder kom ik werkgevers niet meer tegen. In het kader van onzekerheid en het terugdringen daarvan: verkort de periode van de loondoorbetalingsplicht. Een stelselwijziging voor de WIA zal onvermijdelijk heel lang gaan duren (zou wel goed zijn) maar dit element is zelf te regelen en betekent enorm veel voor met name de kleinere werkgevers (MKB uiteraard). Als werkgevers geen bondgenoot zijn in de aanpak, welke dan ook in het kader van arbeidsongeschiktheid, is weinig of geen succes het resultaat. Veel uitkeringsgerechtigden moeten, maar willen weer aan de slag en dan moeten ze wel aangenomen worden door werkgevers!! (Overige geïnteresseerden)
  - Een deel van de beoordelingen komen voort uit financiële overwegingen van werkgevers, terwijl deze medisch gezien niet zinvol zijn (maar wel begrijpelijk gezien het financiële belang). Begeleiding naar passend werk of het onderzoeken van mogelijkheden tot participatie zou veel meer passend zijn. Het eerder laten vervallen van de financiële last voor werkgevers zou veel onnodige beoordelingen kunnen schelen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- \* Ga niet op de stoel van de curatieve sector zitten, dus niet bepalen welke behandeling iemand zou moeten volgen.
  - \* De informatie van de curatieve sector moet als juist, als een feit worden beschouwd. Heeft een VA serieus twijfel bij de diagnose/behandeling, dan neemt hij contact op met de behandelend arts. In principe: schoenmaker blijf bij je leest. Een cardioloog behandelt geen reumapatiënten omdat hij de vereiste deskundigheid niet heeft. Dit geldt voor VA evenzeer.
  - \* ga ervan uit dat een cliënt de waarheid spreekt. Het is heel naar dat je vanaf het moment dat je contact met UWV hebt als potentiële fraudeur gezien wordt. Als iemand bij een VA komt is er al sprake van 2 jaar ziekte. Eventuele fraude (overdrijven, zich aanstellen) is in die periode al voorgekomen.
  - \* uniforme aanpak. Momenteel heeft elke VA zijn eigen opvattingen en handelt daarnaar. Een ziekte als long covid, ME of Q-koorts wordt door de een serieus genomen en door een ander niet.
  - \* niet alle klachten zijn zichtbaar: als je een gesprek van een half uur hebt en ogenschijnlijk gaat dat probleemloos, betekent dat niet dat het echt probleemloos is. Je weet niet wat iemand heeft moeten doen/laten om dat gesprek te kunnen voeren en wat voor klachten iemand er

naderhand nog van heeft (ofwel: wat moet iemand laten omdat hij dat gesprek gevoerd heeft).  
(Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Vereenvoudiging van de beoordeling zodat de procedure en het resultaat helder uit te leggen is aan de cliënt en goed uit te voeren is door de beoordelaar. Vereenvoudiging in soorten uitkeringen, meer uniformiteit in toegangsvoorwaarden en in vaststellen hoogte.

(Beleidsmedewerkers)

- Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Mee eens, uniforme aanpak is key. Duidelijkheid in beoordeling en een duidelijk en heldere uitleg, maakt dat het voor cliënt ook makkelijker te begrijpen is. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Eens (als client) (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Helemaal eens met uniforme aanpak, momenteel zie ik te veel verschillen in beoordelingen van de VA. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Een uniforme aanpak klinkt mooi, maar is denk ik een utopie. Als bijvoorbeeld elke orthopeed hetzelfde beleid zou volgen, zou een second opinion nooit nodig zijn. Een collega en ik kunnen het grondig oneens zijn, allebei goed beargumenteren waarom we vinden wat we vinden en ons beide houden aan de wet. Hoe vervelend ook, we kunnen alleen proberen iedereen een beetje naar elkaar toe te bewegen, maar iedereen helemaal hetzelfde laten oordelen zal nooit helemaal lukken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Eens. Erkend moet worden dat arbeidsongeschiktheid nooit helemaal objectief is. Nog los van de medisch blik, ieder mens is anders, heeft andere coping mechanismen etc.

(Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Het zou helpen als de informatie van de curatieve sector makkelijker beschikbaar is (met toestemming uiteraard). Er zijn nog steeds behandelaren die weigeren deze te verstrekken ondanks machtiging of waarbij de informatieverstrekking erg lang duurt. Ik geloof zonder meer dat cliënten de waarheid spreken, maar niet alle cliënten kunnen in medisch duidelijke termen vertellen wat er aan de hand is of wat voor behandeling plaatsvindt. Met duidelijke informatie kan de beoordeling zowel sneller als eenvoudiger. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Helemaal mee eens. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- De verzekeringsarts is bij uitstek géén behandelaar en behandelt dus ook niet. Hij of zij is echter bij uitstek wèl een beoordelaar/toetsers. En is ook in staat met een frisse blik te kijken naar eventuele stagnatie in het herstel. Onderdeel daarvan is toetsen of er behandelopties gemist zijn. Het komt niet zelden voor dat ook de behandelaar in zijn of haar eigen tunnel zit, en dan is juist de ervaren generalistische blik van de verzekeringsarts nuttig. Ik denk dat we elkaar als medische professionals moeten ondersteunen waar mogelijk om de patiënt te helpen. Als inkijkje: het komt regelmatig voor dat ik patiënten na ruim een jaar ziekte op revalidatietherapie moet wijzen, of andere medicijnen, of adviezen moet geven over leefstijl, waar bij de behandelaar geen of onvoldoende aandacht voor is geweest. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Het moet eenvoudiger en beter uitlegbaar worden. Beoordelingssystematiek is nu te complex, waardoor je erg afhankelijk wordt van de mate waarin betrokken professionals alle kneepjes onder de knie hebben - een vrijwel onmogelijke een zeer tijdrovende opgave! (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Eenvoudiger en beter uitlegbaar zijn terechte eisen. Ze duiden op een behoefte aan een stelselwijziging. En dan wordt het lastig. We hebben in Nederland meer dan 10(!) jaar gewerkt aan de WIA als vervanger van de WAO. Een vernieuwde WIA of compleet nieuwe wet zal er ook nu niet zomaar zijn. Dus kijk vooral binnen de huidige wet naar vereenvoudiging en versnelling in de oordeelsvorming. Vertrouw de burger, bouw controle achteraf in, beslis binnen 6 weken over een aanvraag. (Overige geïnteresseerden)

- Helemaal eens. Er moeten niet nog meer regels en/of uitzonderingen bij komen. Dit maakt de beoordelingen complexer waardoor tijdrovender voor de professionals. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens! Graag minder uitzonderingsregels. Dat maakt de beoordelingen ook beter uitlegbaar. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het moet niet uitmaken wie jouw aanvraag in behandeling neemt. Ik zou grote verschillen in de beoordeling van met name lastig objectieveerbare klachten. Wat mij betreft is dat ook een maatschappelijk vraagstuk en niet iets waar alleen artsen een mening over mogen hebben. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Er is inderdaad een veel te groot verschil tussen de ene en andere VA. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Dit kan deels voorkomen worden door eenvoudige en betrouwbare testen in te zetten zoals FCE (deel)testen. Dit ontlast de VA en versterkt de betrouwbaarheid. Zie de onderzoeken van Prof. Dr. Haije Wind naar deze methoden. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Er wordt hard gewerkt aan interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, maar zoals de ene cliënt de andere niet is, is ook de ene arts de andere niet. We hebben in de afgelopen 25 jaar te maken gehad met een toenemende hoeveelheid maatregelen die allemaal tot meer werk hebben geleid, maar het beoogde doel, het verkleinen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet hebben bereikt. Het verschil zal er vermoedelijk altijd blijven, en alle maatregelen die artsen hebben gedwongen tot meer verantwoording hebben slechts geleid tot meer werk. En houd voor ogen dat twee cliënten dezelfde problematiek kunnen hebben, maar dat ook dezelfde arts dan tot totaal andere adviezen kan komen omdat er toch veel minder overeenkomsten zijn tussen de 2 cliënten dan het lijkt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - - Ook in de behandelsector, medische professionals of maatschappelijke functies, hebben verschil in visie. En zoals aangegeven geen situatie is hetzelfde, het blijft maatwerk. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Inderdaad herkenbaar, maar dat is ook bij overige professionals. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Oplossingen moeten voor alle cliënten tot dezelfde uitkomsten leiden. Rechtsgelijkheid voor cliënten dus. De beoordelaar moet geheel onafhankelijk staan t.o.v. de client. Geen andere of onverenigbare belangen dus. Bijv. stel dat je tijdelijk huisartsen, internisten, legerartsen, etc. zou kunnen inzetten dan mag deze geen banden met de client hebben. Bijv. geen familie, geen eigen huisarts. Niet de eigen werkgever. Beoordelaars moeten onderling gekalibreerd worden om te verzekeren dat beoordelingen gelijk gebeuren. Lean principes toepassen. Slack en overbodige activiteiten etc. eruit slopen. Geen onnodige barrières/bureaucratie opwerpen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Mensen zijn geen machines, en dus zullen er altijd verschillen zijn tussen mensen. Oplossingen zullen dan ook nooit voor alle cliënten tot dezelfde uitkomsten leiden. Juist dit streven heeft geleid tot enorm veel eisen waaraan rapportages van artsen moeten voldoen, en daardoor een veel lager aantal beoordelingen dat een arts kan doen. Beoordelaars 'kalibreren' is geprobeerd, heeft niets opgeleverd. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Een belangrijke oplossing is om meer verzekeringsgeneeskundigen opleiden. Dat kan in het bijzonder door meer basisartsen te interesseren voor dit vakgebied en door opgeleide verzekeringsartsen sterker te verbinden met het vakgebied, bijv. door verrijking van taken en mogelijkheden te bieden voor verdieping. Zie ook de informatie en het advies op de website <https://www.nfu.nl/actueel/nfu-meer-opleidingsplekken-noodzakelijk-voor-tekort-artsen>. De NFU/KNMG werkgroep Meer extramurale artsen werkt momenteel aan adviezen om dit verder vorm te geven. (Overige geïnteresseerden)

- Het tekort aan VA-en speelt al jaren. Er is vanuit medische studenten blijkbaar simpelweg te weinig belangstelling voor dit vak. Er zijn tal van initiatieven geweest (en nog) om hier verandering in te brengen. Tot nu toe niet gelukt. Accepteer dat er te weinig VA-en zijn voor al het werk dat de uitvoering van de huidige WIA met zich meebrengt en ga met dat gegeven aan de slag om tot oplossingen te komen. (Overige geïnteresseerden)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens. Er zal op een andere manier gewerkt moeten worden om dit te ondervangen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Misschien effectiever zou zijn als UWV en/of de staat meer invloed uitoefent op de inhoud van de geneeskundeopleiding, inclusief de coschappen. Die staan nu voor 80% in het teken van het ziekenhuis, maar daar belandt uiteindelijk een kleine minderheid van alle artsen. Dat vergt dan overigens ook verdere professionalisering van een aangeboden coschap, want nu komt het te vaak voor dat dit met twee vingers in de neus wordt doorlopen, zonder middagprogramma's en met lange weekenden en vrije dagen, waardoor een adequaat beeld van de breedte van het vak en het werk niet kan ontstaan. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Er is onderscheid te maken tussen de inhoud van de beoordeling en het proces. De grootste/snelste winst is vaak te boeken in het proces. Ik schat in dat een beoordeling niet lang duurt omdat mensen er lang mee bezig zijn maar vooral omdat ze er lang niet mee bezig zijn. Probeer overeenkomsten te vinden voor een logische indeling van de werkzaamheden of dossiers. Stroomlijnen, automatiseren (bijv. inzet ODM/automatisch protocol) en taakdelegatie, bijv. door inrichting van een functionele eenheid. Er zijn 100 redenen om dit niet te doen maar 101 mogelijkheden om het wel te doen. Duidelijke richting en sturing met oog en oor voor de betrokkenen is daarbij randvoorwaardelijk. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Eenduidige werkwijze, nu verschillende opvattingen tussen de VA's. Gebruik van elkaar expertises, SMV meer inzetten, zij zijn medisch opgeleid en kunnen een goede ondersteuning zijn (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Oplossingen moeten voldoen aan de vereisten van mensenrechtenverdragen als het EVRM. Dat betekent onder andere dat financiële belangen van uitkeringsgerechtigden en werkgevers alleen aangetast mogen worden als daar een goede en uitlegbare reden voor is. Als dat niet zo is, moet het financieel nadeel gecompenseerd worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De gevolgen van oplossingen voor andere bedrijfsonderdelen van UWV dan SMZ en andere (overheids)organisaties moeten vooraf verkend zijn. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Wat mij als eerste te binnen schiet is een werkbaar ict systeem om de beoordelingen in te rapporteren. Ik weet dat we daar al mee bezig zijn, maar de hoeveelheid tijd die we nu kwijt zijn met pen en papier, zoeken naar de juiste documenten en wachten op ronddraaiende cursors op het scherm is echt ondoenlijk. De verschillende medische teams binnen SMZ moeten meer inzicht krijgen/vragen in de achterstanden, de cliënten die wachten om zo goed te kunnen beoordelen welke dossiers op stukken, of telefonisch of met spoed moeten worden opgepakt. Daardoor efficiënter werken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Er is nu een onvoldoende goed werkend systeem, er zijn diverse en veel losse systemen. Wat ontbreekt is een goed werkend dossier systeem voor SMZ zodat client maar 1 keer informatie hoeft te geven en er maar 1 dossier systeem is voor beoordelingen waarin zowel medische als niet-medische informatie kan worden vastgelegd. Daaraan gekoppeld zou het huidige rapportagesysteem een onderdeel moeten worden. Nu staat alle informatie in stukjes in het archiefsysteem, de informatie is onoverzichtelijk en slecht toegankelijk. De gegevens van client moeten in meerdere systemen worden ingevoerd en vastgelegd, dat is onhandig en niet efficiënt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Inzetten op informeren, educatie, ook bij achterstanden, moeilijke besluiten. Transparant en met alle betrokken partijen in gesprek blijven. Dat levert begrip op. Betreft cliënt wordt in SMC-vorming gesproken over informatiebijeentkomsten (met groepen cliënten die b.v. voor een ZW-traject of WIA-beoordeling staan). (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Is er al naar de ICT gekeken? Hoeveel verschillende systemen moet een VA raadplegen om de benodigde informatie te krijgen? Hoe meer systemen, hoe meer kans op doublures in informatie en hoe meer tijd er nodig is voor de voorbereiding. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- In het algemeen: het valt me op dat er zoveel reacties zijn vanuit het UWV zelf. Is die kennis niet eerder geïnventariseerd, voordat je de "buitenwereld" om input vraagt? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ja, die is eerder geïnventariseerd. In verschillende bijeenkomsten en werkgroepjes. Daardoor zijn inmiddels wat versnellingsmaatregelen uitgerold. Die zijn echter niet afdoende. Samen nadenken geeft allicht andere inzichten en mogelijkheden dan het enkel binnen de muren van het Ministerie of UWV proberen te inventariseren. Daarnaast zijn er waarschijnlijk veel UWV-medewerkers die, net als mij, hart voor de klantgroep hebben en de hoop hebben dat deze vorm van brainstormen (eindelijk) een deuk in het pakje boter gaat slaan. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Feitelijk is een WIA-keuring een beoordeling om te kijken of je aan de voorwaarden voor een uitkering voldoet. Voor cliënten gaat het om inkomenszekerheid, omdat niet alles meer kan waardoor er inkomensverlies is. Bij UWV wordt heel erg gekeken naar re-integratie. Daar ontstaat wrijving. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Is het een idee om deze oordeelsvorming van het moment onafhankelijk te zien van de evt. herstelvermogens? En de activiteiten erbij. Voldoen aan de voorwaarden voor het individu zou onafhankelijk moeten zijn van de inspanningsverplichting van de werknemer en werkgever eerder in het proces. Dan kan later nog een sanctie volgen en een advies over re-integratie in de toekomst. Dit geeft duidelijkheid over de verdien capaciteit op het moment en kan daarna terug en vooruitgekeken worden. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - WIA staat voor Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, en is juist heel erg gericht op het benutten van de restcapaciteit, en indien nodig voor de rest ondersteund te worden. En niet andersom. Ik zie een selectie, dus ben mij bewust van mijn bias, maar de wrijving ontstaat vaak doordat mensen lange tijd geframed worden in passiviteit en ziektegedrag, en pas veel te laat wordt gewerkt aan actieve blik op re-integratie en terugkeer naar passend werk. Er zijn maar weinig ziektebeelden waarbij in 2 jaar tijd echt geen enkele mogelijkheid is ontstaan om te hervatten in passend werk, en toch gebeurt dit regelmatig niet. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Niet zozeer over hoe om te gaan met het grote aantal keuringen, maar bij sommige ziektebeelden (o.a. ME, long covid, Lyme) is de beoordeling vaak totaal onjuist. Mensen die bedlegerig zijn, worden soms in staat geacht te kunnen werken. Er is onvoldoende kennis bij het UWV over deze ziektebeelden en cliënten worden vaak niet serieus genomen. Hier moet echt iets aan veranderen. Patiëntenorganisaties proberen in overleg met UWV dingen te verbeteren, maar helaas met weinig succes. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - In bed liggen is wat anders dan medische bedlegerigheid. Ook in de verzekeringsgeneeskunde geldt: zachte heelmeesters maken stinkende wonden. Het gaat er niet om om volledig aan te sluiten bij het vaak ingesleten ziektegedrag van patiënten, maar om een adequate inschatting te maken van wat er echt wel mogelijk zou moeten zijn op basis van de geobjectiverde medische situatie. Daarbij speelt bij de aangehaalde ziektebeelden een grote mate van deconditionering en sensitiviteit mee, waarbij de enige weg naar herstel het gradueel opbouwen van activiteiten is. Als (verzekerings)arts kun je dan ethisch gezien geen uitspraak over de belastbaarheid doen die verder herstel blokkeert (anti-revaliderend). (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Een eerste voorwaarde is een effectief klant-volgsysteem. Een tweede voorwaarde is een vaste contactpersoon voor iedere aanvrager WIA-beoordeling (een casemanager) die in staat is een adequaat intakegesprek te voeren: wat houdt de beoordeling in, wat zijn de gevolgen voor mijn uitkering/inkomen als de beoordeling op zich laat wachten wegens achterstanden. Maar ook in

afstemming met de cliënt bespreken dat hij in afwachting van de WIA-beoordeling alvast gebruik kan maken van re-integratieondersteuning door UWV. Voorwaarden hierbij zijn dat re-integratieondersteuning wettelijk/organisatorisch mogelijk is + dat de casemanager de expertise moet hebben om vast te stellen dat de cliënt kan starten met re-integratie vóór de claimbeoordeling. (Beleidsmedewerkers)

- De meeste reacties zijn gericht op procesoptimalisatie. De achterstanden zijn echter dusdanig dat de vraag is of met procesoptimalisatie alleen het probleem wordt opgelost. Er komen naar alle waarschijnlijkheid ook nog keuringen voor Zzp'ers bij, met een beetje pech start de discussie 'loondoorbetaling naar 1 jaar i.p.v. 2' weer op met als gevolg dat er factor 10 meer werk bij het UWV zal komen te liggen. Kortom de praktische uitvoerbaarheid is niet op te lossen met procesoptimalisatie alleen. Om die redenen zou ik ook mee willen geven: werk samen met arbodiensten om de slag te maken van controle naar vertrouwen en maak zo gebruik van de kwaliteit en capaciteit van arbodiensten welke al 2 jaar de medewerkers en werkgevers begeleiden; durf te vertrouwen wanneer je niet meer alles kunt controleren; durf te verkennen om 'recht op werk' uit te werken boven 'recht op inkomen'; en verken het model van horizontaal toezicht waar de belastingdienst met accountantsbureaus al jarenlange ervaring in hebben opgedaan in de vorm van publiek private samenwerking. Dit zou het UWV met arbodiensten kunnen vormgeven waarmee er meteen door UWV een kwalitatieve impuls aan arbodiensten wordt gegeven. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Werk aan verbetering overdracht van BA naar VA - zorg dat een goed gevuld dossier met medische info van behandelaren verplicht is in meerdere fases gedurende de 2 jaar WVP zodat het gehele medische dossier beter toetsbaar wordt door VA en deze minder werk moet maken van 'eigen beeld vormen'. Zorg ook dat de BA meer een actieve rol moet pakken in het contact met behandelaren en het optimaliseren van het herstelproces via effectieve behandelingen. En zorg dat er meer arbeidsdeskundige inzet in de 2 jaar WVP verplicht wordt met het doel de re-integratieinspanningen te optimaliseren. En zorg dat werkhervatting loont door bv de praktische resultaten altijd als basis te nemen i.p.v. theoretische schatting. Op die manier kan het huidige systeem meer richting re-integratie gedrukt worden i.p.v. de nadruk te houden op ziekte en ziektebeleving en de strijd daarover (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Exact dit. De behandelaren weten vaak best wat er aan de hand is en wat er kan en niet. Dat scheelt een hoop frustratie aan de kant van de cliënt en zal lijkt me ook minder bezwaren opleveren omdat de basis van het besluit is verankerd in het medisch behandelplan. Voor de context is mijn beoordeling dus fout gegaan omdat puur is afgegaan op mijn mogelijkheid om drie kwartier een gesprek te voeren en mijn eigen verhaal. Waar uiteindelijk niet voldoende detail in bleek te zitten, omdat ik al twee jaar in de sores zit en bepaalde uitspraken voor mij dus voldoende duidelijk maken hoe erg het is, maar niet aan een verzekeringsarts die mij pas net heeft ontmoet. Een telefoontje naar mijn huisarts was voldoende geweest om een heel andere uitslag te krijgen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De input van de curatieve sector kan zeer behulpzaam zijn, maar de aandacht voor en kennis van werk blijft daar vaak wel achter. De WIA-beoordeling gaat niet om het bepalen van de 'ernst' van de aandoening, maar om te bezien of er sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de 'polisvoorwaarden' van de WIA. Dat zijn hele andere dingen. De bedrijfsarts heeft cliënt al 2 jaar gevolgd, die input is ook belangrijk. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens, de kennis over arbeid en gezondheid is een aparte medische specialisatie, waar een curatieve arts of specialist simpelweg te weinig kennis en ervaring over bezit. Een belangrijke kanttekening is dat het UWV een toetsende rol heeft op het re-integratieproces, en daarom niet blindelings het handelen van de bedrijfsarts opgevolgd kan worden. Het komt helaas zeer regelmatig voor dat de begeleiding door bedrijfsartsen niet adequaat is geweest. Onder andere doordat bij instroom in



de Ziektewet geen RIV-toetsing meer wordt gedaan, en daarmee een belangrijke financiële prikkel is weggevallen. Maar ook doordat op de huidige markt, en zeker bij de eigenrisicodragers, zo vaak van bedrijfsarts wordt gewisseld, dat geen één van hen de patiënt goed in beeld heeft (gehad) en ook bij overleg vaak niet meer weten over wie het gaat. Zolang dat systeem zo ingeregeld is, is een nieuwe blik van de verzekeringsarts bij UWV een noodzaak. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Kijk wat de werknemer en de werkgever echt nodig hebben aan ondersteuning. Het verplichten van het inschakelen van deskundigen zal in veel gevallen niet nodig zijn. Ondersteun partijen waar nodig en neem drempels weg waar dat kan. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Helemaal mee eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Vertrouw als verzekeringsarts de client en zijn kwalen (en zijn inzicht in wat hij kan). Idem voor vertrouwen de bedrijfsarts. Of de medisch specialist van client. Ga er van uit dat je het als VA niet altijd beter hoeft te weten dan medische specialisten (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Neem de cliënt serieus. Als je een hoorzitting hebt gehad, en gewonnen, omdat de VA verre van serieus met lopende onderzoeken omgegaan was, onderzoeken met best wel een hoge impact op de gezondheid, en je krijgt dan weer dezelfde arts toegewezen, dan neem je cliënt absoluut niet serieus. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Ik wist niet dat dit gebeurde. Het zou zo moeten werken dat een patiënt, na een gewonnen bezwaar- of beroepszaak, in het vervolg niet meer dezelfde verzekeringsarts te spreken krijgt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Absoluut, VA moet op de kennis van de cliënt en de medisch specialist vertrouwen en niet denken dat hij/zij het zelf beter weet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Inderdaad! VA moet de cliënt serieus nemen en niet vanaf het eerste moment als fraudeur zien. De meeste mensen hebben serieus klachten en willen niks liever dan gewoon aan het werk. Vertrouw de cliënt! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens, menig maal hoor ik dat een VA nog mogelijkheden ziet tot behandeling, die wordt dan verder niet genoemd. Is voor iedereen heel frustrerend. Je mag ervanuit gaan dat client alles heeft geprobeerd en dat als specialist zegt dit is het eindpunt dat het dan ook zo is. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Vereenvoudig het WIA-proces, nu is verzekeringsarts teveel tijd kwijt aan rapporteren en beargumenteren. Meer standaardiseren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ons huidige stelsel vraagt zoveel zorgvuldigheid, aandacht, kennis en kunde. Wij hebben te maken met 1 van de meest uitgebreide stelsels van de wereld. Wij hebben echter te maken met continue wijzigingen en niet alleen wat ons stelsel betreft. De afgelopen jaren zien wij op een groot aantal onderdelen pijnpunten ontstaan. En deze pijnpunten nemen eerder toe. Ik zie in veel comments oplossingen veelal gericht op processen, procedures en inrichting. Optimalisatie is mogelijk en nodig, maar zal mijns inziens niet toereikend zijn om oplossingen aan te dragen. Wellicht voor de hele korte termijn en dus gericht op huidige tekorten/werkvoorraden. Echter niet voor de middellange termijn gezien alle verschillende bewegende velden. Een waardevolle aanvulling zal dan ook zeer zijn dat de oplossing van deze vraag en een aantal andere vragen gezocht moet worden in twee hoofdonderdelen. De eerste is voldoen aan het gestelde vanuit de huidige wet- en regelgeving gebruik makende van de mogelijkheden om af te wijken om controle en grip te krijgen. Het tweede punt is veel meer gericht op een dynamische strategie en mijn voorkeur is om dat in te steken op basis van scenario's. De grootste winst om klanten te helpen en te bedienen is het feit of er niet te veel tijd gestoken wordt in beoordeling dossier rondom de eerste twee jaar. Zou hier niet een snellere scan mogelijk zijn. En zou die scan niet door een aantal Zzp'ers uitgevoerd kunnen worden. Je hebt dan in ieder geval direct de goedgekeurde dossiers in beeld om te beoordelen. De uitvallers (mogelijk niet compleet, volledig of juist) kun je

dan op een andere of reguliere wijze bedienen. Maar nogmaals korte termijn (maximaal 1 jaar). (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Het vaststellen of er rechts bestaat op het uitbetalen van een verzekering staat los van re-integratie. Bij de keuze voor eigen risico dragerschap dient de verantwoordelijkheid geheel bij de werkgevers te blijven liggen, ook de re-integratie. Eerst indien na 10 jaar geen re-integratie is gelukt dan kan evt. een herbeoordeling aangevraagd te worden. De herbeoordelingen door werkgevers verstoppen de aanvragen van overige klanten zonder werkgever maar ook de re-integratie voor deze klanten. Het UWV is alleen voor klanten zonder eigen risico werkgever. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Een herbeoordeling is een essentieel onderdeel van de WIA en zou zeker niet pas na 10 jaar mogelijk moeten zijn. In de tussenperiode schrijf je mensen anders af en dan weet je dus zeker dat ze niet meer gaan re-integreren. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Nee, de eigenrisicodragende werkgever moet zelf ervoor zorgen dat hij toegerust is om mensen in die periode actief te begeleiden naar passend werk. Herbeoordelingen zijn voor sommige werkgevers financiële prikkels om die taak te ontlopen en van de zieke ex-werknemer af te komen. Zolang wordt ingezet op herbeoordelingen (die nu ongelimiteerd aangevraagd mogen worden) in plaats van re-integratie, levert dit het UWV onevenredig veel werk op en probeert een eigenrisicodragers onder zijn eigen risico uit te komen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Meer duidelijkheid over processen en beleid, of misschien moet het vooral simpeler. Niet uitgaan van fraude door de cliënt. Medisch specialisten verplicht vragen naar hun inzichten, voorafgaand aan het gesprek zou ik zeggen. Meer vraaggestuurd gesprek? Maar dat kan mijn eigen ervaring zijn. Minder mogelijkheden voor werkgevers om in bezwaar te gaan of anderszins invloed uit te oefenen op de beslissing. Hun belang hierin (WIA) is vrij duidelijk niet hetzelfde als dat van de werknemer of het UWV. Enige kennis die zij hebben zal zeer subjectief zijn. Ik zeg niet dat ze totaal geen rol kunnen en mogen spelen, maar hun belang wijkt op dit moment zo ver af van het belang van het UWV en de werknemer dat er goed gekeken zal moeten worden naar de waarde van hun inbreng. Focus op kwaliteit van de beoordeling in plaats van op kwantiteit. Rare opmerking misschien hier, maar als de beoordelingen goed in elkaar zitten, duidelijk zijn en medisch correct, is er minder kans of mogelijkheid tot bezwaar. Meer mogelijkheden tot maatwerk misschien? Zodat het bij progressieve ziekten makkelijker wordt bijvoorbeeld? Geen idee of dit speelt. Misschien een aanpassing zodat mensen in de laagste inkomenspositie nog wel kunnen blijven wonen en leven zoals ze deden toen ze nog konden werken. Ik begrijp dat deze mensen in zeer nijpende situaties terecht komen ondanks dat er wel juist besloten is en ze eventueel zelfs nog werk hebben. Aside: Ik heb zelf niet het idee dat het niet lonend is om te gaan werken onder de WIA, maar ik heb het dan ook helaas nog niet aan den lijve kunnen ondervinden zeg maar. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Zolang werkgevers betalen, zouden ze ook een rol in het proces moeten hebben. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Heel goed idee!!! Niet uitgaan van fraude, verplicht bij behandelaar(s) informatie opvragen en die ook merkbaar betrekken bij de beoordeling (niet pas na afloop van het gesprek) en maatwerk!! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Helderheid over de rol van de UWV-professionals, en dan bedoel ik de Verzekeringsarts en de Arbeidsdeskundige. De WIA-beoordeling heeft een gelijkwaardig medisch en arbeidsdeskundig deel. In de huidige discussie wordt te veel de nadruk gelegd op de problemen aan de medische kant, alsof de VA en zijn visie bepalend is. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Er zijn al mooie randvoorwaarden benoemd. Aanvullend hierop is m.i. ook een randvoorwaarde daar waar de samenwerking wordt gezocht met ketenpartners het mogelijk is gegevens uit te wisselen op persoonsniveau. De huidige vertaalslag van de AVG wet zoekt vooral het veilige midden op vanuit risicobeheersing, waarbij gekeken wordt naar de

(verregaande) risico's van het toestaan hiervan.

M.a.w. bij een risico afweging o.b.v. AVG wordt dus nauwelijks het risico van het niet toestaan van uitwisseling van gegevens meegewogen. Wordt de kwetsbare burger hierdoor voldoende beschermd? Nee, de huidige wijze waarop de wet AVG toegepast wordt schiet zijn doel voorbij, houdt de schotten tussen de ketenpartners in stand en gaat eraan voorbij dat samenwerkende ketenpartners vooral een positieve bijdrage kunnen leveren aan de situatie van de burger. Met als gevolg dat de burger niet verder komt en onnodig lang afhankelijk blijft van een inkomensondersteuning of zelfs verdwijnt tussen wal en schip. Het draagt dus niet veel bij aan dat de burger zich beschermd voelt en naar mijn bescheiden mening is dit pas een zeer groot risico. (Beleidsmedewerkers)

- Hoezo, "oplossingen"? Ik kan me nog wel iets voorstellen bij ons belang van de problemen maar wil niet verder gaan dan een verkenning en benoeming van #mogelijkheden, de ondenkbare voorop. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Passend binnen huidige wet- en regelgeving, gelijkwaardigheid geborgd tussen publiek en privaat verzekerde werkgevers. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- - Geef de client rust door te stellen dat eventuele negatieve consequenties (financieel) doordat er achterstanden zijn niet bij hen komen te liggen als ze te goeder trouw zijn. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik lees tegenstrijdige belangen, maar het zijn verschillende belangen: er is geen strijd, we willen hetzelfde. Inzet naar capaciteit met behoud van sociaal vangnet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Inderdaad, met behoud van sociaal vangnet!!! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Om snel te werk te gaan maak een quick scan en deel de wachtenden in naar categorie. Waar is de meeste impact? Kijk daarbij naar MOGELIJKHEDEN en toekomst. Zet je keurings- en begeleidingscapaciteit in voor iemand van 35 of iemand van 65. KORTOM kijk buiten de box! Er moet een oplossing komen dus... (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dat de oplossing moreel juist moet zijn. Dat er rekening moet worden gehouden met de rechten, belangen en wensen van alle betrokkenen. Daartoe heeft UWV ook geïnvesteerd in het ontwikkelen van die ethiek (morele besluitvorming). Dit dient een kwaliteitskernmerk te zijn van alle (potentiële) oplossingen. (Overige geïnteresseerden)
- Oplossing zou duidelijk en begrijpbaar moeten zijn voor de cliënt. Niet voor meerdere uitleg vatbaar. Voor zover ze er mee te maken krijgen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een randvoorwaarde is ook dat UWV de oorzaken die zij zelf kan beïnvloeden recht in de ogen wil kijken. Er is onderzoek gedaan naar het verschil in productiviteit per verzekeringsarts. Dat liep om verschillende redenen uit elkaar. Zowel bij geregistreerde verzekeringsartsen als bij artsen in opleiding. Er zijn interventies ingezet om dat verschil naar boven te harmoniseren. Is dat gelukt? Waarschijnlijk niet. En waarom niet? Sturingsprobleem of uitlegbare redenen? (Overige geïnteresseerden)
- 

## **VRAAG 2: Zijn er randvoorwaarden die conflicteren en hoe zou je daarmee willen omgaan?**

- Niet voor de klant denken maar ook samen met de klant werken naar een oplossing. Niet de wijsheid in pacht hebben en openstaan voor elkaar input, ook die van de klant zelf. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Meeste uitkeringen zijn gericht op kortetermijnvisie (hoe kan iemand zo snel mogelijk de uitkering verlaten) terwijl het zou moeten gaan hoe de cliënt weer zijn positie op de

- arbeidsmarkt c.q. maatschappij kan innemen en wat is daarvoor nodig ongeacht de duur van de uitkering en door wie deze verstrekt wordt. (Beleidsmedewerkers)
- Het zal vast soms gebeuren, maar er is bij UWV-professionals in begeleiding zeker aandacht voor duurzaam herstel en werkhervatting. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Dat kan altijd beter: een werknemer die ineens bij het UWV beweerd hersteld te zijn voor werk - die wordt geloofd in het belang van besparen uitkering. Als die even later weer compleet uitvalt ligt het verlies bij werkgever - en dat had voorkomen kunnen worden als niet alleen de werknemer geloofd wordt maar ook de werkgever en de resultaten in de 2 jaar ervoor. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens! De klant weet veel over zijn eigen mogelijkheden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - De meest conflicterende waarde is dat de verzekerde en mens is met vele aspecten die leiden tot de arbeidsongeschiktheid. De Claim beoordeling is gestoeld op objectieerbare oorzaken en verzekerde uurloon..... een sociale beoordeling met een meer holistische uitkomst ( dus naast toekennen of afwijzen WIA ook recht op een traject bij vanuit sociale kaart) zou kunnen helpen ook als er op loonverlies wordt beoordeeld . Doel is bereiken van duurzame deelname en minder (her) beoordelingen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Vertrouwen en controle conflicteren al vrij snel. We vertrouwen klanten niet maar gaan er al gauw vanuit dat ze de boel willen flessen. Zorg ervoor dat verzekeringsartsen ontlast worden. Gebruik hun kennis maar laat zaken als rapporten schrijven, administratieve handelingen aan ondersteunend personeel over. Laat verpleegkundigen eenvoudige beoordelingen doen en laat evt. checken of accorderen aan de va. Verruim die bevoegdheden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
      - Er zijn methoden die ingezet kunnen worden om verzekeringsartsen te ontlasten én ook nog betrouwbaar een valide zijn. Een voorbeeld is functionele capaciteit evaluatie. Dit wordt nu nog niet of nauwelijks ingezet. Met een goede scholing zijn HBO-geschoolde of zelf MBO-geschoolde paramedici prima in te zetten hiervoor. Ik licht het graag eens toe hoe dit is te doen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
      - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - De cliënt weet doorgaans vrij goed wat hij wel en niet kan. Maak daar gebruik van. Als een VA met een cliënt over de belastbaarheid van mening verschilt, moet hij dat kunnen onderbouwen. Helaas gebeurt dat niet of nauwelijks, anders dan "ik weet het want ik ben VA". Waarom kan een cliënt meer (evt. minder) dan hij in het dagelijks leven ervaart? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Natuurlijk zijn er randvoorwaarden die conflicteren, de vraag is of je je daardoor wilt laten weerhouden. Vraag jezelf en je mensen wat het allerergste is wat er kan gebeuren. Neem een verstandig besluit over de richting en accepteer de consequenties. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
      - Los van de semantische discussie of randvoorwaarden kunnen conflicteren ben ik het hier helemaal mee eens. Als er geen conflicterende aspecten en belangen zouden zijn, zouden oplossingen makkelijk gevonden kunnen worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
      - Eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Wat jammer dat deze client dit ervaren heeft. Natuurlijk moet een ander oordeel dan dat van de cliënt goed worden uitgelegd en onderbouwd. Ik vind de stelling dat dat 'niet of nauwelijks' gebeurt, niet correct en niet in overeenstemming met de dagelijkse praktijk. Maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat een cliënt het er altijd mee eens is. Daarvoor is er bezwaar en beroep, en ook nog klachtrecht. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Helaas komt dit nogal eens voor. Vaak gehoord of gelezen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Tot twee keer toe, heeft een VA mijn belastingmogelijkheden te hoog ingeschat, ondanks protest met duidelijke verklaring. Inmiddels heeft de desbetreffende kwaal mede bijgedragen aan het toekennen van een IVA, doch zijn de functionele mogelijkheden, zelfs bij vrijwilligerswerk, sterkt beperkt. Iets wat volgens de fysiotherapeut te voorkomen was geweest. Als het meerdere keren over hetzelfde gaat, zou een VA best even mogen "twijfelen" en verder kijken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wat het in de jaren hiervoor steeds erg lastig heeft gemaakt om tot simpele en snelle oplossingen te komen is (even ongenueanceerd) het gedoe wat het oplevert. Misschien dat iemand OTN zich nog kan herinneren. Er werden beoordelingen gedaan en die mochten na 'gedoe' allemaal over gedaan worden, waarbij er in 90% van de gevallen dezelfde uitkomst uit kwam. Versnellingsmaatregelen zijn er om de doorstroom van wachtenden te vergroten, maar aan alle kanten hoor ik dat het niet eerlijk is, want als je (bijvoorbeeld) nog net geen 60 bent, dan heb je geen recht op die snellere beoordeling en moet je gewoon wachten. Tja, je moet ergens een grens trekken, en nee dat is nooit 100% eerlijk. We moeten als UWV de wet volgen, maar ook de menselijke maat, maar niet mijn eigen menselijke maat, want ik moet een uniforme beoordeling doen net als mijn collega. Dus een oplossing: accepteren dat we geen perfect systeem gaan ontwikkelen, maar op zoek naar een werkbaar systeem wat niet voor iedereen 100% eerlijk is/voelt, maar wel voor het grootste deel van de mensen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Randvoorwaarden: Integraliteit; brede input toelaten en zoeken bij hervormingen en bij input SMB zelf maar vooral ook vanuit de praktijk, maar ook hele andere werkvelden i.v.m. frisse blik en geen belang bij , input client groot maken en houden en op mogelijkheden i.p.v. beperkingen vanuit basishouding vertrouwen en respect, hoog over, niet weer lapmiddelen en pleisters maar echt hervormen vanuit hele ander basisprincipes, werken aantrekkelijk maken, fiscaliteit en aansluiting op huidige tijd en andere disciplines (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Het geven van vertrouwen en mandaat, of dat nu aan de medewerkers in de organisatie is of de cliënten betreft, conflicteert met de impact van het besluit en het van nature meer risicomijdend karakter van de publieke sector en een verzekeringsarts. Dit is m.i. een niet te onderschatten thema, zeker in combinatie met een organisatie die kwetsbaar is door de publieke opinie en het maatschappelijk belang. Medewerkers moeten ervaren dat het management te allen tijde voor, naast en achter ze staan en benoemen dat het vertrouwen onvoorwaardelijk is, evenals de support. Ook als er iets fout gaat. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Je moet uitkering, re-integratieondersteuning en claimbeoordeling niet serieel aanpakken, zoals nu het geval is, maar er drie parallelle processen van maken. Daardoor voorkom je dat de cliënt passief zit te wachten op de WIA-beoordeling. Dit vereist wel aanpassing van de bedrijfsstructuur en een ander functiegebouw. Met name zullen aan de re-integratieprofessionals hoge eisen gesteld moeten worden omdat zij autonoom (zonder structureel beroep op verzekeringsarts) moeten werken dan nu het geval is (Beleidsmedewerkers)
- Door de huidige wetgeving is er een financieel belang voor IVA, door dit af te schaffen minder bezwaarzaken/herbeoordelingsverzoeken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Het financieel belang bij IVA is prima - immers is die uitkomst voor werknemer al erg genoeg. de bezwaarzaken moet je voorkomen - en kun je voorkomen door meer eisen te stellen aan BA en werkgever/werknemer omtrent het indienen van het dossier. Nu zijn de eisen veel te laag en dat geeft onnodig veel werk. BA en AD kunnen binnen WVP veel meer werk maken van onderzoeken restcapaciteiten, testen of er nog opbouw mogelijk is - en daarbij moet loonwaardigheid of het niet kunnen behalen van loonwaardigheid centraal staan. Als die voorwerk in WVP is gedaan - dan is de aanvraag veel duidelijker - verschuift het accent

- van klachtbeleving naar aantoonbare re-integratieresultaten. Dat samen met een goed gevuld medisch dossier maakt de beoordeling VA makkelijker en vermindert bezwaarzaken. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Mee eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens, IVA afschaffen, althans de financiële prikkels bij werkgevers (of patiënten) die leiden tot onevenredig veel werk. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Aanleveren van juiste gegevens en onderbouwing bij aanvragen, zodat niet alles door UWV uitgezocht hoeft te worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Ik kan me al niet alles meer herinneren wat iedereen heeft voorgesteld. Ik denk eerlijk gezegd niet dat randvoorwaarden heel snel echt conflicterend zullen zijn, eerder de belangen die erachter schuilgaan. En misschien dat op het eerste gezicht een randvoorwaarde conflicteert met het doel. Ook dat is niet waar, want zonder de randvoorwaarden is het doel niet meer dan een paar woorden op papier zonder betekenis. Dan zou je net zo goed een prullenbak kunnen neerzetten achter de brievenbus van het UWV even heel cru gezegd. Dan los je de achterstanden ook op. Ik denk dat het noodzakelijk is de verschillende belangen goed in beeld te hebben en hier ook duidelijk een weging aan te geven. Want een belang hebben bij iets is nog niet hetzelfde als het recht op inspraak of invloed op de beslissing. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Vooral de publiek uitgevoerde WGA is te veel gericht op uitkeren en te weinig gericht op re-integreren. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Er zit iets onwrikbaars in het denken van eenieder: er wordt vooral gedacht vanuit een negatieve setting. Dit zie je b.v. ook in de vraagstelling. Vragen naar conflicten (en dit geldt ook voor risico's) zet aan tot denken in onmogelijkheden: 'o ja, even goed nadenken over conflicten'. Ze worden dus vooral bedacht en als ze eenmaal bedacht zijn dan bestaan ze ook. Omgekeerd zou dus gelden dat als je ze niet bedenkt, zijn ze er ook niet. Dus wat helpt is het geven van een duidelijk doel dat bereikt moet worden en verder vooral ruimte. En mocht onderweg ergens tegen opgelopen worden, dat los je dit op, waarbij eromheen gaan ook een oplossing is. Bovenal geldt blijf op het uitgestippelde pad. Recept voor innovatie en verandering is een helder doel, betrokkenheid, ruimte, lef en eigenwijsheid;-) (Beleidsmedewerkers)
  - Zouden er ook "#randvoorwaarden" kunnen zijn die níet conflicteren en zo ja, waarmee dan allemaal niet? Kortom, met zo'n formulering kan ik niet uit de voeten en dat is maar goed ook. Het maakt ook dat ik naar de gegeven reacties met verwonderende belangstelling zal kijken en bovenal uw eigen gevolgtrekkingen zal lezen. Ik verwacht natuurlijk niet dat het daarmee voor ook mij verduidelijkt zal zijn. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Denk POSITIEF! Kijk naar mogelijkheden. Een uitkering is een vangnet en geen doel op zich. Zo snel mogelijk "de uitkering uit" is NEGATIEF gedacht. Natuurlijk moet er verstandig met (verzekerings)geld worden omgegaan, maar de mens achter de uitkering is gebaat bij een goede begeleiding naar inzet op capaciteit. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Per definitie zijn er tegengestelde belangen dus randvoorwaarden. Deal with it. En ook hier past de benadering van de Morele Besluitvorming. Dat maakt de verschillende belangen inzichtelijk en bespreekbaar. Daar waar er noodgedwongen belangen worden geschaad dienen er voor zover mogelijk schadebeperkende maatregelen genomen te worden. Dat kan richting werknemers, maar ook werkgevers zijn. (Overige geïnteresseerden)

## Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen

### TOELICHTING

Uit de Verkenning blijkt dat er hoge eisen gesteld aan de onderbouwing van (medische) rapportages wat tot hoge administratieve lasten leidt. Ook is de in 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.

### Reacties op de toelichting:

- Professionaliteit houdt in dat je je actief laat informeren en de cliënt actief tot zijn eigen en gelijkwaardig mede-behandelaarschap beweegt. Natuurlijk weet hij en jij dat er een kennisverschil zal zijn maar op dat vlak hoort de professionaliteit tot uitdrukking te komen en bovenal met de cliënt onverkort te worden gedeeld. Hij is niet verplicht om het eens of oneens te zijn. Hij dient wél verzekerd te zijn van een integere rapportage, iedere keer bij het onderzoek opnieuw. Maak hem deelgenoot van het dossier zoals de interne uitvoerders dat onderling ook plegen te doen. Daar kan nog veel over worden gezegd maar begin hier mee? (Andere professionals (medisch, re-integratie))

### VRAAG 1: Waar zie je mogelijkheden om (vanuit je organisatie) een bijdrage te leveren aan het verbeteren van informatievoorzieningen en werkwijzen? Dat kan zowel binnen je eigen organisatie als daaroverheen.

- Begrip voor de uitgebreide medische rapportages maar voor de samenwerking met andere partners en vereenvoudigde versie, gericht op mogelijkheden en niet op wat niet meer kan, ontwikkelen. Voor diegene die buiten een bepaald vakgebied met een casus aan de slag moet en voor wie bijvoorbeeld de medische terminologie niet bekend is, moet duidelijk zijn waar de kansen liggen. Onthoud je ook van jargon. Als ik hieronder het woord ankercasuïstiek zie staan, vraag ik mij al af wat daarmee bedoeld wordt. Laat staan dat er een heel werkplan vol staat met jargon. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik denk dat er meer geleerd kan worden van AOV-verzekeraars. Doe een laagdrempelige toets en zet het verzekeringsgeneeskundig onderzoek alleen in als je denkt dat dit wat oplevert (heel zakelijk gezien kostenbesparing of sturende rol in de re-integratie.). (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Op inhoud; ik denk dat we veel kunnen leren van de verzekering wereld; buiten UWV als andere professionals dan de va informatie verzamelen en chronologisch in kaart brengen zodat het dossier enkel nog beoordeeld dient te worden winnen we zeeën aan tijd. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Maak om werkwijzen te verbeteren gebruik van de onderzoeksresultaten en aanbevelingen van het Kennisprogramma van SZW/UWV "Onbeperkt aan het werk." (Beleidsmedewerkers)
- Ik merk dat goede werkwijzen maar mondjesmaat bij anderen terecht komen. Eerder het tegendeel: wij hebben in Rijnmond het proces rond medisch advies bij een aanvraag voorzieningen gestroomlijnd en alle onnodige ballast eruit gehaald, met als gevolg dat er nu veelal binnen een week, vaak zelfs dezelfde dag al een antwoord ligt. Gevolg is dat er nu geregeld aanvragen van cliënten uit andere regio's bij ons komen, in plaats van dat er verzocht wordt aan andere regio's om dit ook zo in te richten. Er mist een centraal punt waar je

laagdrempelig kunt melden: wij hebben er iets op gevonden', en waarbij een ander dan de uitrol gaat verzorgen. En nee, wij kunnen dit niet via de adviseurs doorspelen, want die zijn alle vacant. Doe daar ook alsjeblieft iets aan. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Er is een enorme datastroom van behandelaars naar de NZA in de vorm van coderingen voor behandelingen en verstrekkingen. UWV maakt geen gebruik van deze data. In bijvoorbeeld Estland gebruikt de nationale UWV wel een centraal medisch dossier. Voor UWV zou verkend kunnen worden of deze data met toestemming van client beschikbaar gesteld kunnen worden en of op basis daarvan het medisch onderzoek sneller (en mogelijk zelfs beter) kan. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- [Tip: het gebruik van AI]: Heb een samenvatting gemaakt AI van de collective intelligent van verschillende benaderingen en praktijken die gebruikt worden door professionals bij het UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) en andere gerelateerde organisaties om de dienstverlening te verbeteren en achterstanden in te lopen. Er wordt aangemoedigd om van elkaars werkwijzen te leren en taken van elkaar over te nemen. Er worden diverse methoden besproken:
  - \* Standaardisatie van Behandeling: Voor veelvoorkomende problemen zoals rugklachten en milde psychische klachten wordt een gestandaardiseerde, wetenschappelijk onderbouwde aanpak voorgesteld.
  - \* Versnellingsmaatregelen: Samenwerking tussen verschillende afdelingen van UWV zoals SMZ en het WERKbedrijf om efficiënter te werken en snellere dienstverlening te bieden.
  - \* KMRG-methode: Deze aanpak richt zich op het toewijzen van een status aan cliënten bij de 'voordeur', om de dienstverlening en het traject dat de cliënt ondergaat beter op maat te maken.
  - \* Interdisciplinaire Samenwerking: Verschillende professionals werken gelijktijdig samen om de situatie van een cliënt vanuit meerdere perspectieven te bekijken, met name in de zorgsector.
  - \* Directe Afhandeling van Verzoeken: In sommige regio's worden verzoeken om medisch advies direct afgehandeld via speciale processen, zoals een aparte mailbox en een roulerend team van artsen.
  - \* Netwerken Binnen en Buiten UWV: Het opbouwen van netwerken binnen UWV en met externe organisaties om de dienstverlening te versnellen en te verbeteren.
  - \* Overleg en Kennisdeling: Meer interne overleggen en tijd besteden aan het lezen van instructies en uitvoeringsberichten om een beter begrip te krijgen van de gevolgen van bepaalde beslissingen.
  - \* Leidend Advies van Bedrijfsartsen: Voorzichtigheid is geboden, maar in sommige gevallen kan het advies van bedrijfsartsen leidend zijn in de beoordeling.
  - \* Link met UMC's: Artsen die niet meer kunnen werken bij UMC's (Universitair Medische Centra) laten kennismaken met het vak van verzekeringsarts.
  - \* Cliëntbetrokkenheid: Er wordt benadrukt dat de inbreng van de cliënt waardevol is en dat cliënten vaak meer kennis hebben dan men denkt.
  - \* Divisieoverstijgend Werken: Voorbeelden van samenwerking binnen en buiten UWV worden gegeven, zoals samenwerking tussen de 1e lijn (uitkeren) en het werkbedrijf, en covenant-overleg met re-integratiebureaus. Deze benaderingen tonen een focus op samenwerking, efficiëntie, en cliëntgerichtheid om de dienstverlening in verschillende medische en re-integratiesectoren te verbeteren. (Onderzoekers)
    - Vind het punt cliënt betrokkenheid heel interessant. Nu is de SMB voornamelijk iets wat je overkomt voor veel cliënten. Uit eigen ervaring weet ik wat een betrokken arts, die input van de cliënt toelaat, uitmaakt, en dat kost minder discussie en, aan het einde van het verhaal, minder tijd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Voer een goede wetstechnische screening in bij sociaal-medische herbeoordelingen. Binnen SMZ kunnen de wetstechnisch medewerkers niet bij alle medische gegevens. Er vindt mede daardoor



voorafgaand aan de inzet van de arts maar een beperkte check plaats of diens oordeel nodig is. Dat is vooral van belang bij beoordelingen over het verleden. Voor de WIA-WGA geldt dat wanneer cliënt tenminste zijn restverdien capaciteit waarmaakt er alleen gevolgen voor de uitkering zijn wanneer cliënt gedurende twee kalendermaanden tenminste 80% arbeidsongeschikt is geweest. Voor de re-integratie hebben beoordelingen over het verleden geen gevolgen, omdat re-integratie naar zijn aard niet met terugwerkende kracht kan plaatsvinden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Zou het mogelijk zijn om in een soort MDO met een VA of SMV te overleggen en op basis daarvan een dossier in de werkbak van de VA te doen? Wetstechnisch medewerkers hebben, voor zover ik weet ook niet de medische kennis die soms nodig is om een medisch dossier en de ernst daarvan goed te interpreteren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Vanuit de inhoud: vraag aan verzekeringsartsen wat zij nodig hebben ter voorbereiding van een beoordeling; bijv. niet 4 verschillende systemen hoeven te openen maar iets als één elektronisch cliëntendossier met daarin op chronologische volgorde de claimvoorgeschiedenis en medische voorgeschiedenis/ decursus, en de actuele status van uitkering. Op deze manier voorkom je onnodig herhalen van passages uit eerdere rapportages en is de arts (en SMV/ MS) minder tijd kwijt aan voorbereiding. Ook het opvragen van medische informatie bij behandelaren moet sneller en efficiënter kunnen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Alleen al dat er in EA zichtbaar is wat er in een document staat... Dat je niet voor de 5e keer medische info opent en erachter komt dat dat de rekening is die is meegestuurd en 3 x is ingescand.... (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zorg ervoor dat systemen waarmee gewerkt wordt ook goed werken, dit scheelt al veel tijd. Tevens zou er gekeken kunnen worden naar het aantal systemen, voeg systemen samen o.i.d. waardoor je alles overzichtelijk hebt. Ook dit zou enorm veel tijd aan uitzoekwerk schelen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Als cliënten bij een werkgever vandaan komen voor een beoordeling, heeft de bedrijfsarts meestal een goed medisch dossier. Niet altijd, maar dat moet eigenlijk in de RIV-toets al naar voren komen. Als er een herbeoordeling is, is het logisch dat de cliënt zelf, of de werkgever die het aanvraagt ook voldoende medische onderbouwing meestuurt. Als iemand vanuit de ZW richting WIA gaat, moeten we zelf zorgen voor voldoende medische onderbouwing. Dat kunnen we prima zelf regelen door afspraken te maken over bijvoorbeeld: medische info opvragen in het laatste spreekuur voor einde wachttijd. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier lijkt leuk, maar is AVG technisch lastig en soms krijg je daar info te zien die je nog niet wist en misschien helemaal niet wilt weten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ander systeem voor verslaglegging, Bravo laat veel ruimte voor open invulling wat leidt tot uitgebreidheid. Met een verslag kaderen wat nodig is, mogelijk ook in vraagstelling. Verslaglegging arbodienst en UWV beter op elkaar aan laten sluiten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Bij het vorige thema ook al aangegeven. Zet meetmethoden als FCE, waarmee de VA input krijgt waarop met een medische blik gereflecteerd kan worden. Er zal minder discussie en dus bezwaar en beroep voorkomen, waardoor een deel van de professionals vrijgespeeld kan worden voor beoordelingen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Een procesbenadering kan veel bijdragen als het gaat om medische informatievoorziening en administratieve belasting. Wij werken veel met protocollen en formulieren om gestructureerde informatie uit te vragen. Dit bevordert een efficiënte manier van werken, beperkt de administratieve belasting en draagt bij aan uniformiteit (en dus aan het verminderen van interbeoordelingsvariatie). Er zijn altijd legio bezwaren te verzinnen om elke verandering te blokkeren maar de grondhouding moet zijn om nieuwe mogelijkheden te zoeken. Gestructureerde medische informatie biedt enorme kansen om delen van processen te automatiseren, bijv. met een automatisch protocol. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Moeilijk te beantwoorden met het beperkte inzicht vanuit een andere uitvoeringsorganisatie maar wij hebben wel veel ervaring met langdurige achterstanden in medische beoordeling (2018-2020) en zijn indien gewenst beschikbaar voor een meer specifieke probleemanalyse en delen graag onze kennis, inzichten en oplossingen vanuit perspectief van bedrijfsvoering met jullie. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Verbeteren van informatievoorzieningen en werkwijzen? Artsen uitrusten met moderne medische spraakherkenning. In Nederland is er een programma beschikbaar, een Speech Engine: Dragon Medical One. De Verenigde Staten is het Mekka van de medische spraakherkenning. 700.000 Amerikaanse artsen gebruiken moderne, medische spraakherkenning. Daarvan gebruikten 550.000 Dragon Medical One (heeft circa 80% van de markt in handen). Een belangrijke concurrent voor Dragon is in de VS M-model met Fluency direct (circa 15% van de markt), maar dat is in het Nederlandse taalgebied niet beschikbaar. Een ander is Dolby Systems met Fusion Narrate, maar ook dat levert geen product in de Nederlandse taal. In Bravo, het EPD van het UWV, is geen enkel medisch spraakherkenningsprogramma beschikbaar en dat hoort niet meer bij deze tijd. Het UWV moet de artsen een modern, medisch spraakherkenningsproduct aanbieden in Bravo. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Hoe zit het met Red Speak en Dragon? (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- UWV-brede toepassing van het Kader methodische aanpak re-integratie (KMR). Bij het WB is KMR volledig uitgerold, bij SMZ minder. Door KMR aan de kop van het proces adequaat toe te passen, zal dit kunnen leiden tot minder beroep op VA-capaciteit. Dit vereist wel een investering aan de kop v.w.b. de kwalitatief juiste inzet van professionals. (Beleidsmedewerkers)
- Ik weet niet of ik hem hier moet plaatsen: hou er rekening mee dat niet iedere HR-medewerker ook in deze trajecten even goed geïnformeerd is en alle stappen kent. Help hen hier ook mee. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Werkende systemen, systemen die op elkaar aansluiten, zodat er geen drie verzekeringsartsen één klant zien in korte tijd, vanwege door elkaar lopende uitkeringen. Een klant en één verzekeringsarts voor minimaal vijf jaar. Vaste aanspreekpunten voor de klant. Vaste aanspreekpunten/vast team voor de diverse afdelingen binnen UWV (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ik geef voorlichting in het veld aan arbeidsongeschikten over de wetten en gevolgen. Vaak ver voor ze bij UWV bekend zijn als klant (oh nee, cliënt). Preventieve informatieverstrekking geeft rust door duidelijkheid. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Maak maximaal gebruik van de kennis en kunde van 'experts'. Indien een medisch specialist aangeeft dat er sprake is van een eindsituatie neem dit advies dan over en roep niet alsnog iemand op voor een keuring. Zeker bij zwaardere problematiek is het niet in het belang van de verzekerde om fysiek gekeurd te worden en van een verzekeringsarts een bevestiging te krijgen dat wat de behandeld specialist heeft geconstateerd juist is. Denk bijvoorbeeld aan verzekerde met niet aangeboren hersenletsel etc. die alsnog een volledige keuring moeten ondergaan terwijl een behandeld specialist (neuroloog / neurochirurg) de betreffende persoon 2 jaar heeft begeleid 3 operaties heeft uitgevoerd en deze bevindingen al heeft gedeeld met de behandelende arbodienst / re-integratie organisatie. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Creëer collegiaal overleg tussen BA en VA. Dit is op dit moment niet mogelijk en kan helpen om onduidelijkheden weg te nemen. Ga aan de slag met de 'Bava Pilot (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Er zijn andere methoden dan de FML om de belastbaarheid van mensen in kaart te brengen. Zoals het nu gaat is het teveel gemedicaliseerd en heeft de VA te veel een bepalende stem. Bv bij beoordelingen SMBA wordt veel minder gekeken naar medische beperkingen, waardoor de daaropvolgende participatie/re-integratie veel meer succes heeft. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)

- Ik denk dat we de professionaliteit van UWV efficiënter in kunnen zetten en preventief moeten inzetten, waardoor wellicht een WIA-aanvraag niet nodig hoeft te zijn. UWV acteert zodra er een aanvraag WIA wordt ingediend of bij een deskundigenoordeel. De behoefte ligt bij een samenwerking met Arbo, werkgever en werknemer. Samen weet je meer en doe dat rond het 1e ziektejaar. Werkgever wil het goede doen en arbeidsdeskundige UWV weet wat hiervoor nodig is. Hiermee is er in eerdere stadium informatievoorziening en voorkom je in ieder geval een deskundigenoordeel. Even een zijsprong naar wet- er regelgeving. De no-riskpolis beschikbaar stellen gedurende 104 weken in de ziekwet. Eigen werkgever en andere werkgevers willen met low financial risk eerder overgaan tot een dienstverband. Denk bijvoorbeeld aan kleine werkgevers. Je zou hierbij kunnen kiezen voor een andere duurdatum. Nu is het zo dat het interessanter kan zijn om de 104 weken wachttijd vol te maken voordat je werknemer/cliënt in dienst neemt. Tot slot de beoordelingsystematiek. Een tijdrovende klus. Een FML en het CBBS zou meer voor de professionals moeten werken met een ingebouwde functie die kan nadenken. Ik zal dit deel met mijn idee erbij moeten toelichten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zou het niet mooi zijn dat alleen nog die burger een aanvraag indient waarbij vooraf al vast is komen te staan dat deze over onvoldoende arbeidsmogelijkheden beschikt? Dus burgers die niet belastbaar zijn of langer nodig hebben om arbeidsmogelijkheden te ontwikkelen? Dat een WIA-beoordeling met als resultaat '35 min' nauwelijks meer voor komt en dit vooral gezien wordt als een signaal dat in het voorafgaande proces iets mis is gegaan?  
Start eigenlijk het bepalen van de situatie van de burger niet al op het moment zodra de burger in zicht is bij UWV (dat kan zijn een vangnetter die zich ziekmeldt of een zieke werknemer tijdens een RIV-toetsing). En is dan i.p.v. van de huidige vraag 'Wat is de verdien capaciteit' niet de vraag 'Hoe ondersteunen we de burger in zijn arbeidsparticipatie?' En dat de UWV-professional los gaat komen van de gedachte dat ze het vooral zelf oplossen en in plaats hiervan actief zijn in het investeren in netwerken als lokale werkgevers (incl. arbodiensten), maatschappelijk zorgpartners en burgers (nog meer) actief betrekken bij de oplossing?  
M.a.w. de UWV-professional brengt m.b.v. de betrokken partijen zo vroeg mogelijk in beeld waar de burger staat (afstand tot de arbeidsmarkt) en vertaalt deze in mogelijkheden, waarbij bepaalt wordt welke interventies hiervoor nodig zijn. UWV-professional werkt hierbij vooral samen met externe partijen, schrijft minder en werkt praktisch: Uit onderzoek blijkt dat het 'first place and than train' principe voor de zieke burger werkt, organiseer dit dan ook. UWV-professionals investeren daarom in netwerken met lokale werkgevers zodoende om (proef)plaatsingen te realiseren, bieden werkgevers nazorg (waarbij ook beroepentesten, skills analyses en trainingen aan de orde kunnen zijn). UWV-professional gaat samen met burger en werkgever op de werkplek dus op zoek naar de talenten en vaardigheden van de burger en geeft dit kans op de werkplek. Immers motivatie van burger én werkgever zijn de meest kritische succes factoren. Kortom heb als UWV-professional aandacht voor het willen en kunnen van de burger (en werkgever) en investeer samen met de burger (en werkgever) in het doen. (Beleidsmedewerkers)
- Waarom zou het UWV hier een rol in moeten hebben? Onderzoek naar talenten en vaardigheden van de burger kan bij talloze bedrijven. Hooguit zou UWV-werkbedrijf een rol kunnen hebben in het kader van kennis van de arbeidsmarkt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Voordat deze zoektocht kan starten, zou eerst onderkend moeten worden dat dit een logische stap is. Gezien dat burgers met een arbeidsongeschiktheidsuitkering onder de doelgroep van UWV van vallen, is het nu nog het voor de hand liggend dat dit hier gebeurt. Dit wil echter niet zeggen dat deze zoektocht dan ook vervolgens door UWV uitgevoerd moet worden. Ik zie nog altijd een waarde van dat burgers met een arbeidsbelemmering waardoor (nog) niet zelfstandig een inkomen kan worden verworven, onder de verantwoording van slechts enkele regiehouders vallen (nu UWV

en gemeenten). Het lijkt mij heel ingewikkeld als dit wegvalt en de burger (nog meer) zelf op zoek moet gaan naar ondersteuning. Waar nog wel keihard aan gewerkt moet worden is dat UWV én gemeenten samenwerken met elkaar én met de ketenpartners in de domeinen (maatschappelijke) Zorg en Arbeid waarbij het 'No wrong door principe' de haarlemmerolie is. Met dit laatste bedoel ik, dat we de veelheid aan aparte uitkeringsrechten, elke met een eigen setje rechten & plichten, los moeten laten. M.a.w. elke burger die ondersteuning nodig heeft om te kunnen werken hoeft slechts bij 1 loket aan te kloppen en ontvangt een basisinkomen en begeleiding naar werk.  
(Beleidsmedewerkers)

- We moeten af van privacy scheidingen tussen op zijn minst Arbo-artsen en VA-artsen, beide zouden hetzelfde invoer systeem moeten gebruiken zodat zij makkelijk elkaars informatie kunnen opvragen. Uit eindelijk moet er vertrouwen zijn dat beide artsen medische professionals zijn die het beste voor hebben met de cliënt. De angst voor misbruik van informatie is natuurlijk terecht, maar als we accepteren dat de VA-en op de eerste plaats medische zorgverleners zijn en in de tweede plaats pas "agenten van de staat" dan zou het weg halen van deze scheiden geen enkele schaden moeten creëren voor de cliënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Beide hebben een "eed" afgelegd dus mogen we er toch op vertrouwen dat er verantwoord wordt omgegaan met gegevens. Om de wachttijden te minimaliseren zijn onorthodoxe stappen nodig. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wij zien vele mogelijkheden. Concreet nemen wij deel aan projecten om de informatievoorziening te optimaliseren, denk hierbij aan project Herbeoordelingen WGA. Doel is dat er uniforme en volledige informatie wordt aangedragen bij de aanvraag voor een herbeoordeling waardoor de verantwoordelijk arts van UWV een objectief oordeel kan vellen in de meeste gevallen zonder een compleet nieuw medisch (her)onderzoek uit te hoeven voeren. Deze werkwijze is voor elke keuring in te richten. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Als die eisen aan de onderbouwing inderdaad zo hoog zijn (de vraag is of doorgeschoten professionalisering van de beroepsgroep van va-en zelf hier niet meer aan bijgedragen heeft dan externe/maatschappelijke eisen) zet die eisen dan als wetgever en uitvoerder een periode opzij. Heel bewust en heel transparant. Er zijn immers hogere waarden in het geding. Al was het alleen maar de gezondheidsschade die cliënten oplopen door de voortdurende onzekerheid en het gebrek aan perspectief. Vertrouw de inbreng van de client en het oordeel van de verzekeringsarts en vraag als belanghebbende maatschappij een minimale administratieve verantwoording. Net zo lang tot de wachttijden weer binnen de Awb-termijn vallen. (Overige geïnteresseerden)
- Vanuit cliëntenraad kan een signaal (met verbetervoorstel) dat binnenkomt over dit onderwerp duidelijk en snel doorgestuurd worden naar betreffende onderdeel binnen UWV. Met...nadrukkelijk volgen van het te verwachte resultaat. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

**VRAAG 2: Een van de suggesties is om van elkaars werkwijze te leren en om werk van elkaar over te nemen om de achterstanden in te lopen. Welke voorbeelden ken jij? Licht toe.**

- Ankercasuïstiek, breed gedragen onder belangenbehartigers van zowel de beoordelende zijde als de beoordeelde zijde. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Definitie? Geen idee wat je daarmee bedoelt (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Veelvoorkomende problematiek (bijv. rugklachten, milde psychische klachten) leiden tot een gestandaardiseerde, wetenschappelijk onderbouwde uitkomst. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - En dat met de menselijke maat.... lastig, lastig.... (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Nee hoor, als je daar een gewogen afwijking op kunt toelichten is er zeker wel een menselijke maat. Sterker, ik vermoed dat je dan als medisch praktijkprofessional van UWV méér ruimte hebt voor de menselijke maat... (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Er wordt al samengewerkt met SMZ wat betreft Versnellingsmaatregel 1/ Samenwerking SMZ en WERKbedrijf. Het WERKbedrijf (regio Apeldoorn) heeft nu uit elk team een adviseur WSP en een Adviseur Intensief aan boord (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - In Emmen ook, incl. een AD van het werkbedrijf die WIA-klanten helpt. Op die manier warme overdracht. Werkt prima! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- KMRG-methode: kansrijk, monitoring, re-integratie, geen benutbare mogelijkheden. Cliënten krijgen bij de 'voor deur' een status toegewezen, zodat de dienstverlening die het team levert en de reis die de cliënt daardoor zal ondergaan, (beter) op maat zal zijn voor de cliënt. De focus ligt dus meer aan het begin van het proces, in plaats van verderop, waardoor er zorgvuldiger en efficiënter kan worden omgegaan met de beschikbare capaciteit. (Beleidsmedewerkers)
- Interdisciplinair samenwerken: niet volgtijdelijk maar op hetzelfde moment met elkaar de situatie van de cliënt bekijken wat er aan informatie bekend is en wat er nodig is om tot vervolg te komen (diverse voorbeelden in de zorg) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Wij handelen verzoeken om een medisch advies bij een aanvraag voorziening direct af, we hebben er in Rijnmond een aparte mailbox voor waar een aantal artsen om de beurt een week lang verantwoordelijk voor is. Er wordt niets geboekt, er werd door de adviseur een lijst bijgehouden om hierover verantwoording af te kunnen leggen, maar bij het neerleggen van het adviseurswerk door de laatste Adviseur VA is dat gestopt. Mogelijk is het wel handig dat er iemand een lijst bijhoudt, maar in ieder geval is er nu wel sprake van een snelle doorstroom van aanvragen voorzieningen. De overgrote meerderheid is nl op grond van een korte dossierraadpleging te adviseren. DE mail waarin het advies staat, wordt opgeslagen in het dossier t.b.v. de medische dossiervorming. Nadeel is, dat deze aanpak zo goed werkt, dat er regelmatig geprobeerd wordt, al dan niet bewust, om ook adviezen voor cliënten uit andere regio's bij ons te beleggen. En daar hebben we dan dus geen tijd voor, het moet echt bij enkele adviezen per (dienst)week blijven voor de haalbaarheid hiervan. Het lijkt mij dus heel nuttig om dit breed uit te rollen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het is zeer nuttig om mensen te kennen in een andere zuil van UWV, of de gemeente, of bv de Maatwerkplaats. Hierdoor wordt het veel gemakkelijker een vraag waar je mee zit door te sluizen. In ons SMC zijn er diverse mensen met specifieke contacten, en dat helpt enorm. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Meer overleggen met andere disciplines binnen UWV en de tijd nemen om instructies, uitvoeringsberichten en dergelijke te lezen. Ik zie zaken voorbijkomen, waarbij artsen of arbeidsdeskundigen met de beste bedoelingen - maar zonder voldoende brede kennis van zaken - problemen veroorzaken voor andere bedrijfsonderdelen van UWV. Denk aan het te makkelijk terugleggen van een eerste arbeidsongeschiktheidsdag door een arts of een arbeidsdeskundige die in een rapport stelt dat sprake is van sociaal loon zonder de consequenties daarvan voor de uitkering te onderkennen. In eerste instantie kost overleggen en uitzoeken tijd, maar eventueel herstel kost vele malen meer tijd. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Laat advies van bedrijfsarts leidend zijn in beoordeling (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
  - Wees hier wel voorzichtig mee. Bedrijfsartsen willen nog wel eens de visie van de werkgever verwoorden. Dat is niet noodzakelijkerwijs de werkelijkheid (soms wil een werkgever van iemand af en zoekt spijkers op laag water). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Stel veel meer eisen aan wat een BA moet aanleveren en vooral zelf gedaan moet hebben qua sociaal medische begeleiding. Leg ook uit wat hier precies mee bedoeld wordt, stel eisen aan samenwerking met behandelaren. Als de BA 2 jaar het werk laat liggen - dan is de

- UWV-beoordeling ook lastig. Hier is grote verbetering te behalen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Mee eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Vanuit de begeleidende rol die de bedrijfsarts heeft is het niet logisch dat die ook om een oordeel gevraagd wordt op basis waarop de WIA-keuring uitgevoerd wordt. In de 2 jaar voorafgaand aan de keuring is het nu al soms een uitdaging voldoende onafhankelijk te blijven, zowel werkgever als werknemer proberen met regelmaat invloed uit te oefenen op het beloop van re-integratie. Dat is op zich ook hun goed recht want vanuit wettelijk oogpunt ligt de verantwoordelijkheid daarvoor primair bij hun samen. Een oordeel van een verzekeringsarts aan het eind van de rit kan absoluut helpen om iedereen scherp te houden. Ik ben in elk geval geen voorstander van het leidend laten zijn van het oordeel van de bedrijfsarts bij de WIA-beoordeling. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Mee eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - BA wil ook nog wel eens de visie van de werknemer verwoorden. Als je de juiste randvoorwaarden stelt aan de dossiervormer, moet hier winst te behalen zijn. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Andersom (ook): BA verwoordt nog wel eens de visie van de werkgever (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Laat vertrouwen de basis zijn! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Link met UMC's om wellicht artsen die daar niet meer kunnen werken vanuit re-integratie kennis laten maken met vak van verzekeringsarts. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
  - Vele herbeoordelingen vanuit verzekeraars. Dit zal verminderen wanneer meer situaties niet toegerekend worden in WGA ER bij werkgever waardoor verzekeraar geen herbeoordeling hoeft aan te vragen en toch met re-integratie betrokken blijft. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
    - Bij het begeleiden van mensen in trajecten schreef ik altijd in overleg met de cliënt een integraal helder en praktisch verslag aangaande hun totale situatie, inzicht in mogelijkheden en wensen Als de client hiervoor toestemming geeft en ik stuurde het mee als bijlage dan gaf dat in een keer veel inzicht en bruikbare informatie (Andere professionals (medisch, re-integratie))
      - Klinkt goed! In alle reacties mis ik de inbreng van de cliënt. Deze heeft meer kennis dan velen denken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
        - In een eerdere reacties gaf ik aan dat cliënten het idee hebben dat de SMB ze overkomt. Hier ook weer maar één reactie over samenwerking met de cliënt. Zo komen jullie er niet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
          - Ik heb ik niet echt het idee dat ik bij deze vraagstellingen wat te vertellen heb behalve misschien kritiek op de aangedragen mogelijkheden... (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
            - Eens met degene die schrijft niet echt het idee te hebben bij deze vraagstellingen iets te vertellen te hebben, behalve kritiek op de aangedragen mogelijkheden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Divisieoverstijgend en organisatie overstijgend werken, de praktijk laat mooie voorbeelden zien, binnen UWV o.a. 1e lijn (uitkeren) en werkbedrijf, buiten UWV covenant-overleg en re-integratiebureaus. Het is als professional fijn om elkaar te vinden in zoektocht naar hoe we de cliënt zo goed mogelijk kunnen helpen. En vooral waarin cliënt zelf regie kan en wil nemen, b.v. d.m.v. inzet positieve gezondheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Durf samen te werken in de keten met arbodiensten. 99,35% van het verzuim hoeft geen beroep te doen op een uitkering. Die kennis en ervaring, maar ook die data en inzichten kunnen helpen om veel beter de controles uit te voeren. Zorg voor een betere connectie en

ook voor vaste teams met warme overdracht zodanig dat veel UWV instroom eerder voorkomen kan worden. Beperk controle alleen daar waar het nodig is en pas horizontaal toezicht toe zodanig dat er vanuit het UWV een kwalitatieve impuls naar de arbodiensten gaat i.p.v. enkel een controlerende samenwerking. Maak gebruik van de inzichten van bedrijfsartsen aangezien zij de casuïstiek al veel langer en intensiever begeleiden.

(Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Ben benieuwd waar je die cijfers vandaan hebt en hoe die zijn gegeneerd? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Samenwerken: wie doet wat. Voorbeeld: contact met SMZ, is de teruglegging nodig doet, voorbeeld: uitgebreid onderzoek is niet nodig, er is al een herbeoordeling uitgevoerd, er is al info binnengekomen. Gehele dossier bekijken en niet alleen eigen deel. Voorbeeld: klant blijkt dan al eigen werk weer volledig te hebben hervat (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De UWV-VA zit veelal in een ivoren toren. Moeilijk bereikbaar voor andere UWV-ers. Er zou gestuurd moeten worden op team-vorming en samenwerking, dus modernisering van de werkwijze. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Geen. Nee. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Sommige artsen werken heel goed met taak delegatie, hierdoor wordt veel van het werk van de VA opgevangen en kunnen zij een andere beoordeling doen. Andere artsen staan hier echter anders in, en gebruiken de "extra tijd" om het werk van de SMV na te kijken. Dit is verloren tijd. Ik weet niet wat nodig is, mogelijk een "passende opleiding" van de SMV die ervoor zorgt dat de VA niet langer onzeker is over het werk van de SMV, maar de SMV-en zijn natuurlijk ook gewoon HBO geschoold en niet dom. Mogelijk moet de angst weggenomen worden voor tucht klachten of moet de VA meer vrijheid gegeven worden om in plaats van een 10 te geven, en elke cliënt 4 uur tijd te geven in plaats genoeg te nemen met een 7 en elke client 2 uur te geven. Dit is een cultuuromslag waar iedereen van RvB tot aan uitvoerende kantoren aan bij moeten dragen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De grootste winst is behalen door:
  1. Lever een compleet dossier aan als werkgever/uitvoerder
  2. Oordeel van de BA leidend laten zijn
  3. Taakdelegatie (verdergaand) inzetten bij UWV zoals dat in de private markt gebruikelijk is (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Oordeel van BA mag niet leidend zijn, want hij is (helaas) niet objectief. Het is hier al vaker genoemd, maar hij gaat vaak met de visie van de werkgever mee. Zou niet moeten, maar zelf meegemaakt en bij verschillende mensen uit mijn omgeving ook. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit is echt een vraag voor intern UWV. Ik krijg wel de indruk dat sommige regio's een aanpak hebben ontwikkeld die goed werkt en zelfs zorgt dat er geen achterstanden ontstaan. Waarom wordt zo'n aanpak dan niet landelijk ingevoerd? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

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

#### TOELICHTING

Uit de Verkenning blijken 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 in het beoordelingsproces betrokken professionals. Daarnaast 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.

#### Reacties op de toelichting:

- Het hele systeem is te veel op de verzekeringsarts ingericht. Hierdoor verschuilt het systeem zich achter de 'medische beoordeling'. Voor de VA in beeld komt zijn er vele medici met de werknemer ' bezig geweest'. De verzekeringsarts moet afgeschaft worden in het systeem van AO-beoordeling. Kijk naar hoe ze het bijvoorbeeld in Zweden of Denemarken doen. Daar kunnen we veel van leren hoe het beter kan en hoe we hier kunnen de-medicaliseren. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Eens met de hierboven voorgestelde lijn. In veel van de voorstellen en suggesties klinkt het VA vraagstuk door: de essentiële schakel in de huidige beoordeling, te weinig artsen en de wet die het voorschrijft. Uit mijn eigen ervaring (als voormalig werknemer van UWV) kan er veel meer dan de wet zou voorschrijven. En pas zo nodig de wet aan. Alle voorstellen zoals hieronder verwoordt voor het wel tijdig kunnen beslissen, hebben niet geleid tot de noodzakelijk structurele verbetering. Dus: pas het proces aan, vertrouw op informatie van behandelend artsen, vertrouw de cliënt en beslis. (Overige geïnteresseerden)
  - Eens met bovenstaande. @admin is het mogelijk 'upvote' buttons toe te passen zodat er niet op iedere visie waar iemand het mee eens is "eens" moet worden gereageerd? (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Helemaal mee eens. Binnen de providers van het UWV is een enorm potentieel die ook kunnen toetsen welke belasting haalbaar is. Gebruik onze expertise en verkort de wachttijd van de werknemers. De ervaring is dat werknemers bij eerdere begeleiding veel sneller aan het werk komen. Bij veel andere bedrijven gebeurt dit al. (Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals UWV)
- Waar ik eerder de patiënt als zijn eigen medebehandelaar wil zien is hij hier ook actief betrokken bij zijn agenda. Waarom niet? (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- De huidige wetgeving, waarin de medische lijn dominant gepositioneerd is, heeft onbedoeld medicalisering aangejaagd. Het vooropstellen van ziekte is van invloed op de mindset van professionals maar ook die van de burger en dus van invloed op gedrag. Het is bijna onmogelijk om los te komen van het denken vanuit beperkingen. Rekeninghouden met onmogelijkheden t.a.v. werk door ziekte is uiteraard belangrijk, maar is niet constructief als dit het startpunt is. Ik vind dit ook niet logisch. Er spelen zoveel factoren die maken dat burgers die ziek worden lang afhankelijk blijven van een inkomensondersteuning en begeleiding. Hiernaast blijkt uit onderzoek dat burgers die niet ziek zijn, maar langdurig niet (kunnen) werken, zelfs klachten ontwikkelen. In de huidige wetgeving (stelsel) zit dus een perversiteit die burgers ziek maakt en ziek houdt, met als gevolg uitsluiting van de arbeidsmarkt. Nu na jarenlang blijkt dat het startpunt vanuit ziekte verstrekken gevolgen heeft voor de kans terugkeer op de arbeidsmarkt, is dan de oplossing niet om het startpunt vanuit een breder perspectief te bezien? Dus het complete beeld van de burger te onderzoeken, zoals wat speelt er bij de burger zelf



(doenvermogen/motivatie) of spelen er in zijn omgeving zaken die de arbeidsparticipatie belemmeren? Pas wanneer o.b.v. het resultaat van dit onderzoek de conclusie getrokken wordt dat de medische situatie de grootste belemmering is, dan komt de medische lijn in beeld. M.a.w. een oplossing binnen de huidige wetgeving komt dichterbij als UWV volop gaat zetten om zijn doelgroep vanuit deze brede scoop en samenwerking met de ketenpartners in de domeinen Arbeid en Zorg. Dit vraagt om een UWV brede focusverschuiving van claimbeoordeling naar arbeidsparticipatie. Onderzoek ondersteunt dat deze focusverschuiving hier wel positief aan zou kunnen bijdragen. Bekijk de situatie vanuit dit perspectief en je komt uit bij andersoortige interventies dan het inzetten op vergroten van het VA capaciteit. Er zijn meer knoppen waaraan kan en zelfs moet worden gedraaid. Deze focusverschuiving leidt juist tot minder inzet VA's en meer inzet van arbeidsdeskundigen/re-integratieprofessionals op de arbeidsparticipatie. En ja de 'voorraden' zullen aanvankelijk blijven toenemen, dit is echter kenmerkend voor grote veranderingen. Maar is noodzakelijk, want verandering leidt tot nieuw gedrag en innovatie en hierdoor een grotere kans op een positief resultaat: toename arbeidsparticipatie burgers. En als laatste (én heel belangrijk) vraagt dit ook van SZW een focus verschuiving: loslaten van het sturen op voorraden en UWV ruimte bieden voor het realiseren van deze grote verandering en dit faciliteren (oplossen van drempels) en samenwerken aan een toekomstig stelsel waar de arbeidsparticipatie van de burger centraal en niet zijn ziekte. (Beleidsmedewerkers)

- De vragen en suggesties lijken veel op een vlucht voorwaarts. Er is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in taakdelegatie. Dat heeft enige vooruitgang geboekt in productie (en in werkplezier en klantgerichtheid). Een goede analyse van een beperkte vooruitgang op productie ontbreekt, naast een gerichte onderzoekslijn en het ontwikkelen van good/better/best practices. Dit zijn dan ook exact de suggesties voor het hier en nu. Daarvoor zijn NVVG en UWV van niemand afhankelijk. Waar is de coalitie van UWV/NVVG/ V&VN die dit met kracht en consistentie oppakt? (Overige geïnteresseerden)

**VRAAG 1: Wat is volgens jou de kerntaak van de verzekeringsarts in het sociaal-medisch beoordelingsproces? Je antwoord kan betrekking hebben op de taak binnen zowel de Ziektewet als de WIA.**

- Objectiviteit waarborgen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - En hoe is dit dan mogelijk zonder het raadplegen van andere betrokkenen? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - inderdaad, VA werkt vaak op eigen houtje zonder informatie van de behandelaar (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Objectief beoordelen welke impact een ziekte of belemmering heeft op het deelnemen aan het arbeidsproces. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Objectief vaststellen van relatie tussen ziekte en gebrek enerzijds en de beperkingen die hieruit voortvloeien in werk anderzijds. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Medisch (en ook juridisch) beoordelen of iemand wel of niet in de ZW hoort (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Vaststellen beperkingen op objectieve manier (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- De VA moet belast worden met de feitelijke beoordeling van belastbaarheid, het nagaan of andere medische professionals het voorbereidende werk goed doen en deze opleiden tot het gewenste niveau, niet met het proces eromheen dat kunnen anderen veel beter. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Hier ben ik het zeer mee eens. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Objectief beoordelen van relaties tussen ziekte en daarbij behorende belemmeringen (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Kerntaak is het verschil maken tussen ziekte of gebrek als oorzaak van ervaren belemmeringen, en andere factoren die niet behoren tot ziekte of gebrek. Daarnaast is het eveneens een taak om te beoordelen of de cliënt de juiste behandeling volgt. (d.w.z.: de behandeladviezen ook daadwerkelijk opvolgt). (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Hier zie ik weer een voorbeeld van de VA die op de stoel van de curatieve sector gaat zitten. Juist de medisch specialist weet op grond van zijn kennis en ervaring of belemmeringen/klachten bij een bepaalde ziekte horen en welke behandeling het beste is. Een VA weet dit onvoldoende. Overigens kan er een goede reden zijn om het advies van de medisch specialist niet op te volgen: bv. een operatie aan de rug die succes kan hebben, maar ook het risico op verlamming met zich meebrengt. Of een behandeling tussentijds stoppen vanwege de bijwerkingen. Sommige mensen willen behandeling in de alternatieve geneeskunde. UWV staat daar sceptisch tegenover, maar soms hebben mensen er wel degelijk baat bij. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het zorgdragen en verantwoordelijkheid nemen voor het medische deel van de besluitvorming van UWV, dus het medische deel van de uitkeringsvaststelling, het medische deel van de beoordeling of recht bestaat op een voorziening, indicatie banenafspraken et cetera. De medische beoordeling is een belangrijk ingrediënt van het product waar de cliënt en de samenleving om vragen, maar is geen product op zichzelf. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Beoordelen of er sprake is van medisch objectiveerbare aandoeningen/gebreken en vaststellen welke belastbaarheid daarbij hoort. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - De VA gaat over het medisch gedeelte en velst een objectief oordeel Integraal zou beter zijn Dus een meer coördinerende rol Alle info bij elkaar ook vanuit andere medische en niet medische bronnen VA heeft beslissende rol nu Idee om machtspositie te verkleinen ?!! en inbreng van andere professionals (HA, BA, coach etc.) ook te wegen (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ik sluit me aan bij voorgaande stellingen, vooral het objectiveren van het medisch beeld en vaststellen van de belastbaarheid en niet zozeer het al dan niet erkennen van een ziektebeeld. Hierin zijn combinatiesprekuren SMV/VA van toegevoegde waarde. Bij een goede overdracht van de SMV in bijzijn van de cliënt (die aan kan geven of het beeld goed verwoord is) kan bijdragen aan efficiëntere inzet van de VA. Elkaar aanvullen en bevindingen met elkaar delen is van toegevoegde waarde. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Helemaal eens met deze visie!! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Excuus, maar ik neem aanstoot aan de uitspraak 'het objectiveren van het medisch beeld'. Ik weet dat je dit niet bedoeld, maar feitelijk staat er dat de VA een objectieve conclusie maakt van het medisch dossier. Alsof het medisch dossier niet objectief zou zijn. Sorry dat ik jouw post hiervoor gebruik, maar het kwartje viel ineens over waar ik me nou precies aan stoerde in de eerdere opmerkingen. Wat jullie eigenlijk allemaal proberen te zeggen, denk ik, is dat de VA een (objectieve) conclusie trekt uit het medisch dossier over de impact van de medische situatie op de mogelijkheid om arbeid te verrichten. Nitpicking, ik weet het, maar het zat me dwars. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal met deze reactie eens. Daarnaast: sommige ziektes zijn (nog) moeilijk te objectiveren omdat er nog geen diagnostische test is. Denk bijvoorbeeld aan Lyme, Q koorts, ME, long covid. Sommige VA vinden dan dat je geen recht hebt op een WIA-uitkering, terwijl dit onjuist is. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Nu uit het UWV-onderzoek blijkt dat de verzekeringsgeneeskundige aantekening in het buitenland een scholing van 3 tot 6 maanden is, en in Nederland als uitzondering 4 jaar: Wat kunnen we van het buitenland leren om dit te comprimeren; wat gaat er dan verloren, en welke mogelijkheden ontstaan er qua capaciteit? In NL doen we ons werk heel goed alleen hebben we de capaciteit kwantitatief nu en in de toekomst niet. Het gaat ook om de effectiviteit: Hoeveel van de verzekeringsgeneeskundige controles leiden tot daadwerkelijke bijstelling van de re-integratie(begeleiding). Hoe lager dit percentage, hoe minder de controles bijdragen, namelijk

- constateren dat een traject goed is, betekent dat de controle geen meerwaarde had. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Op basis van aangeleverde informatie (heel belangrijk!!) en aanvullende eigen waarneming, het invullen van het belastbaarheidsprofiel van de cliënt. Dus niet het beter weten dan door cliënt geraadpleegde medische specialisten, en het wegwuiven van medisch onderzoek wat nog bezig is. De VA is anders dan in verzekeringsgeneeskunde, geen medisch specialist, en dient zijn plek te kennen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal waar! En vooral de cliënt vertrouwen in plaats als fraudeur zien. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Laat dit de basis zijn: vertrouwen geven, dan krijg je dat ook terug! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Zuiver en alleen de het medisch dossier beoordelen en in de laatste fase niet tussendoor (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Het beoordelen van de belastbaarheid is de taak van de BA gedurende 2 jaar. De verzekeraar toetst (VA en AD) en beoordeelt uitkeringsrecht - maar dan moeten er vooraf wel eisen gelden voor het werk van de BA. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
      - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
      - Eens (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - De check of er sprake is van een duurzaamheid in een dossier kan niet door een Sociaal Medisch Verpleegkundige worden gedaan in een monitoringsmoment. Die kan wel worden ingezet bij het verzamelen en inwinnen van informatie maar de conclusie moet door de VA gebeuren (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - M.i. wordt hiermee de capaciteit van de SMV sterk onderschat. (En nee, ik ben geen SMV) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Het verzamelen van alle informatie over de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt en deze vertalen naar een lijst met beperkingen en voorwaarden. Waar de arbeidsdeskundige dan vervolgens een functie aan kan hangen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Afchecken of de BA de juiste belastbaarheid heeft vastgesteld en die accorderen dan wel een afwijkende visie onderbouwen. Niet het wiel weer helemaal opnieuw uitvinden onder het mom van objectiviteit en de illusie van specialistisch inhoudelijke expertise. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - De VA zou de belastbaarheid moeten toetsen aan het eind van het onderzoeksproces. Dit proces kan gestart worden door SMV, Re-integratiebegeleider, Arbeidsdeskundige, in samenspraak met bedrijfsartsen en verzuimregisseurs, onder regie van een UWV-medewerker. Daarvoor is het noodzakelijk dat informatie beschikbaar wordt gesteld en niet wordt afgeschermd. Pas als het dossier compleet is en ook de persoon om wie het gaat gesproken is, kan de VA gevraagd worden om een toetsing op plausibiliteit. Zo nodig kan de VA dit checken bij de persoon, maar vaak zal dat niet nodig zijn. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Laat ik het er maar op houden dat zijn kerntaak is dat hij zichzelf functioneel overbodig maakt. Zo moeilijk hoeft dat niet te zijn. Leg zijn functie en beloning naast elkaar en er is een discrepantie tussen satisfactie en waardering. Pas het job-demands-model van Karasek ook eens toe op jezelf en concludeer dan of er wel of geen redelijke balans is tussen belang en complexiteit bij de uitvoering van het vakmanschap. Ik verwacht dat mijn antwoord buiten het onderzoek zal worden gehouden want niet als relevant beschouwd maar durf de vraag dan tenminste als een aanzet tot openbare gedachtewisseling te zien over een toegevoegde waarde van een dokter bij de claimbeoordeling en theoretische belastbaarheid. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - De VA is een bron van kennis. Zij zijn een specialist, waar iedereen advies aan kan vragen. In termen van taakdelegatie of taakherordering zou een verpleegkundige of een arbeidsdeskundige even goed in staat moeten zijn om de client te ondersteunen. Wat mij opvalt

is dat het "combi" spreekuur een prima methode is. De SMV ziet de cliënt voor 45 minuten daarna sluit de arts aan voor de laatste 15 minuten. Zo heeft een arts een beeld van wat er met de cliënt speelt, maar verzandt deze niet in bijzaken zoals "verwachting management." De arts is opgeleid om te weten wat voor ziektes er bestaan, en wat deze voor resultaat hebben op het arbeidsvermogen van de cliënt. Zij zijn geen administratoren of sociale medewerkers deze taken zouden dus ook zo veel mogelijk herschikt moeten worden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Het beoordelen van ziek/niet ziek en in geval van medisch objectiveerbaar ziekte en/of gebrek het vaststellen van de functionele mogelijkheden van een zieke werknemer. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- De VA kan de juiste medische informatie verzamelen en een beoordeling geven. Alle medische informatie telt mee, bedrijfsartsen huisartsen Fysio. Dit geeft dan 50% van de eindbeoordeling. De resterende 50% komt dan van de VA, en indien nodig na een medisch onderzoek. Is men het er niet mee eens dan de gang naar de rechter en eventueel later na het medisch tuchtcollege. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De kerntaak is en blijft een onafhankelijk medisch oordeel afgeven en daarvoor de juiste informatie verzamelen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Kerntaak is en blijft een oordeel uitspreken over de schade aan de gezondheid van een individu. Beoordelingskader wordt gevormd door de wettelijke opdracht of de private polis. De vorm waarin dat oordeel wordt gegeven is vaak een inschatting van de mogelijkheden/beperkingen/prognose. Het doel binnen de context van de sociale verzekering is schadevaststellend / participatiebevordering / gezondheidsbescherming / bevordering (Overige geïnteresseerden)

## **VRAAG 2: Welke zaken kan een verzekeringsarts aan andere professionals overlaten?**

- Het verzamelen van informatie. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het verzamelen van informatie, in de breedste zin van het woord. Lichamelijk onderzoek kan ook door andere professionals gedaan worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Dit kan alleen als het professionals zijn die daarin geschoold zijn. In de praktijk van alledag is dit niet zo simpel als het lijkt, behalve mogelijk in het begin van het ziekteverloop waar nog relatief vaak enkelvoudige problematiek gezien wordt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Mijn organisatie kan mensen scholen in de vaardigheid om fysieke belastbaarheid voor arbeid te testen. Dit met FCE. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Verzamelen en ordenen van informatie, rapportages conform de richtlijnen opstellen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Verzamelen van medische gegevens door bv telefonisch/face-to-face contact met de klant, ook in de 1e lijn!: dit voorkomt dat een klant kan zeggen: 'ik heb nooit een medisch iemand gesproken', het voorkomt dat een klant onterecht in de ZW komt, klant is bekend mocht een WIA beoordeling nodig zijn etc. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Alles valt of staat met een deugdelijke opleiding. Vaak mislukken experimenten, omdat verwacht wordt dat een verpleegkundige binnen korte tijd het vak aan kan leren. Er is geen hard wetenschappelijk bewijs dat niet artsen niet kunnen leren een deugdelijke FML op te stellen. Zeker als ze ook achtervang hebben bij lastige dilemma's. Maak aantoonbare interbeoordelaarsbetrouwbaarheid leidend i.p.v. het papiertje. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Dat moge zo zijn, maar er is een wettelijke verplichting dat dit door een arts gebeurt. Een arts kan het verschil maken tussen wat de cliënt ervaart aan belemmeringen, en de beperkingen die daadwerkelijk het gevolg zijn van ziekte of gebrek. In de WMO is er een enorme hoeveelheid voorzieningen toegekend aan mensen voor wie dat medisch gezien een zeer

- onverstandige keuze was, met als gevolg dat de kosten de pan uit rezen. En dat is gebeurd op het moment dat de artsen ertussenuit werden gehaald. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- En dat is volgens mij precies de reden dat het in de wet moet worden aangepast. Dan kunnen de verpleegkundige een gedegen opleiding krijgen om PA-VA of PO-VA te worden...geef het een naam... (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Alle taken behalve het in feite beoordelen van de blastbaarheid en zijn deel in opleiden van de andere medische professionals. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Verzamelen van informatie bij anderen (archief, behandelaren e.d.). Rapportages schrijven (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Zolang er een tekort aan artsen is, de werkwijze meer inrichten uitgaand van de belemmeringen, deze kunnen worden uitgevraagd door SMV, RIB of AD (Andere professionals (medisch, re-integratie))
      - Als er te veel bij de artsen wordt weggehaald, wordt het vak van verzekeringsarts steeds minder aantrekkelijk. Het spreekuur is een wezenlijk onderdeel van het vak. In voorkomende gevallen is het belangrijk het onderzoek door de verzekeringsarts zelf te laten uitvoeren, al is dat lang niet in alle gevallen nodig. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Medische informatie verzamelen, rapportages voor een groot deel al invullen op basis van een spreekuur, overleg in MDO over welke dossier de arts zelf moet zien en welke niet. Een aanzet geven voor de belastbaarheidsbeoordeling. De VA kan zich dan op de complexe dossiers richten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Met een goede opleiding kunnen heel veel werkzaamheden aan andere professionals overgelaten worden. Niet alleen administratieve taken maar ook minder complexe of beter te protocolleren aandoeningen beoordelen. Bijv. door (al dan niet big-geregistreerde) professionals op te leiden en te toetsen en in een verlengde arm constructie te laten werken. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Een goede re-integratieprofessional/arbeidsdeskundige is in staat om in overleg met de cliënt re-integratieactiviteiten te starten zonder dat afstemming met een VA nodig is. Een hulpmiddel daarbij is het Kader methodische aanpak re-integratie. Voorwaarde is dat er een protocol wordt ontwikkeld in welke situaties consult VA achterwege kan blijven. (Beleidsmedewerkers)
  - De beoordeling is de taak van de arts. Daar heeft hij/ zij de bevoegdheid voor. Alles voorbereidende taken kunnen uitgevoerd worden door een juist opgeleide, ervaren SMV die tenslotte ook BIG geregistreerd is en dit in taakdelegatie kan doen. Hoe dit takenpakket verdeeld wordt kan per locatie worden bepaald, maar de arts zal wel het vertrouwen hiervoor moeten hebben in de taakgedelegeerde. Een goede afspraken-set is van cruciaal belang om vast te leggen wie wat doet, hoe en wanneer. Arts blijft eindverantwoordelijk, maar SMV is bevoegd voor eigen taken, zoals ook in bijv. het Algemeen Ziekenhuis waar de Verpleegkundig specialisten het meeste werk doen voor de artsen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Mee eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Eens. Zoveel mogelijk de beoordeling door de arts. Door alle voorbereidende taken weg te halen bij de arts is tijd te winnen. En kan de tijdsduur van een dossier teruggebracht worden. Huidige tijdsduur van 1 dossier is namelijk fors te noemen en hier is veel te winnen. Wederom voor de korte termijn. Voor de langere termijn zijn andere mogelijkheden ook aanwezig maar dienen deze zeer goed onderzocht te worden en met name voorzien worden van een impactanalyse. Voor de huidige afspraken en wet- en regelgeving zal aanvullend onderzoek nodig zijn en of aanpassingen nodig zijn. De vraag is dan ook of die mogelijkheden er zijn? Uiteraard kijkende naar de huidige ingeslagen weg politiek gezien (OCTAS). Ik verwacht dat het advies van OCTAS met name bepalend zal zijn en dat juist alle input ook hier genoemd in ieder geval bij OCTAS terecht komen om meer kleuring vooraf aan te brengen. OCTAS zal zeer zeker gebruik willen maken van zoveel denkkracht zoals hier is neergezet. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekering)sector)

- Arbeidsdeskundige of medische geaccrediteerd medewerker dus met big registratie (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het verzamelen van de reeds beschikbare informatie kan lijkt me door iemand anders geschieden. Het beoordelen, direct noodzakelijk contact, schrijven van het advies etc. hoort gewoon bij de VA. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Bij gebruik van AI of algoritmen: FML op basis van diagnose en de bij deze diagnose eerder gestelde belastbaarheid in FML's (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Laten we hier voorzichtig mee zijn! Vanuit de toeslagen weten we inmiddels hoe moeilijk het is om schade te herstellen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Vrijwel alles. Zelfs het invullen van de FML in de huidige vorm kan zonder diepgravende medische kennis. Bij veel WIA/ZW beoordelingen is er een andere, niet medische onderliggende kwestie (bv arbeidsconflict of thuissituatie), wat door andere professionals kan worden uitgezocht. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Fout. Helaas zullen de dokters dat niet zo snel zeggen: van huis uit voelen ze zich verantwoordelijk voor hun vak maar bovenal ook voor de context waarin het proces plaats vindt. Nooit vergeet ik een opmerking "ik heb hem nog wat extra beperkingen gegeven om hem te helpen". Evenmin vergeet ik de hoon die mij ten deel viel toen ik daarop een vraag wilde stellen. De gemaakt opmerking werd ondersteund, allemaal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Het rapport dat Arbeidsongeschiktheid stelsels in noord Europa vergeleek kwam tot de conclusie, dat in andere landen er geen verzekeringsartsen zijn. Dit impliceert dat het UWV ook zou kunnen functioneren zonder VA. Is dit wenselijk? Waarschijnlijk niet. Als ik kijk naar hoe het UWV functioneert zie ik toch enige onzekerheid onder bijvoorbeeld Arbeidsdeskundige bij het werkbedrijf over wat een cliënt met ziekte wel of niet aan kan. Deze onzekerheid kan heel goed ondervangen worden door een verzekeringsarts die een goed beeld heeft van hoe ziekte interacteert met arbeidsvermogen. In dat opzicht zijn verzekeringsartsen ontzettend waardevol. Maar de verzekeringsartsen zijn op dit punt nog te veel tijd bezig met elke individuele client, terwijl veel van deze randzaken ook door andere gedaan kunnen worden. Één goed voorbeeld hiervan is de 60+ maatregel waar de AD kan bepalen of de persoon nog steeds instaat is om te werken of niet. Hoe is het mogelijk dat het hier wel kan en buiten de 60+ maatregel niet? Omdat wij redelijkerwijze accepteren dat cliënten die 60 jaar of ouder zijn waarschijnlijk geen grote kans hebben om weer aangenomen te worden. Hier is de pragmatische afweging. Wij hebben meer van dit soort pragmatische samenspel nodig. Laat de Arbeidsdeskundige en Sociaal Medische Verpleegkundige aan kop gaan door uitvraag te doen naar wat de client kan en wil, en dan met deze informatie de VA te vragen wat de beste aanpak is. Verder kunnen we hier ook meer doen door nauwere samenwerking tussen divisies. Stel dat een client foutief beoordeeld is als "benutbare mogelijkheden", laat dan de Arbeidsdeskundige van het werkbedrijf deze client weer intern voorleggen aan het SMZ als een client die verslechterd is. Bespaar tijd door te vertrouwen op de professionaliteit van de medewerkers. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Administratieve en organisatorische werkzaamheden (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Alle medische informatie kan door alle big geregistreerde mensen worden verzameld op vrijwillige basis van de client Medisch onderzoek alleen door een Arts met de juiste kwalificaties (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De beroepsgroep van VA-en, UWV (incl. OR) hebben net een heel langdurig en ingewikkeld traject achter de rug in het beantwoorden van deze vraag. Neem dit in vredesnaam als uitgangspunt en niet opnieuw deze discussie aanjagen. (Overige geïnteresseerden)

**VRAAG 3: Aan welke (zorg)professionals denk je bij een aanvullende en ondersteunende rol in het sociaal-medisch beoordelingsproces? En op welke manier zouden zij een rol kunnen vervullen?**

- Zolang andere (zorg)professionals beperkingen kunnen onderbouwen aan de hand van de stoornissen op hun vakgebied, is er veel mogelijk. Echter, andere (zorg)professionals zijn hierin niet getraind. Dit zou je dan moeten faciliteren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Bij een juiste training kunnen andere zorgprofessionals als een SMV of psycholoog/fysiotherapeut veel ondersteuning kunnen bieden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Inderdaad. Met juiste en betrouwbare meetmethoden kunnen dit zelf lager gekwalificeerde paramedische professionals zijn. Als de uitkomst van de metingen maar betrouwbaar zijn. De validiteit van het oordeel ligt dan in de vertrouwde van de VA. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Ik denk dat het toepassen van dit soort "deel deskundigen" zou zorgen voor een betere beoordeling, in een kortere tijd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Vergeet de ergotherapeut en psycho-motorisch therapeut niet (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Bied de beste ondersteuning door de beste professional. Dat hoeft dus niet altijd de VA te zijn, maar ook verpleegkundigen of andere zorgprofessionals (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Sociaal Medisch Verpleegkundige en/of medisch secretaresse kunnen een rol spelen bij het verzamelen en ordenen van de informatie voor de verzekeringsarts en het uitwerken van de rapportages. Mogelijk kan de medisch secretaresse bij het gesprek met de cliënt aanwezig zijn om te kunnen rapporteren, of kan de verzekeringsarts met een dictafoon werken. Veel informatie in de rapportage kan al voor het gesprek met de cliënt o.b.v. de verzamelde info in de rapportage worden opgenomen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Aan een SMV als het om het medische stukje gaat. Aan het begin van het proces moet er een juiste medische en juridische beoordeling plaatsvinden, zodat klanten niet onterecht in de ZW belanden. Eenmaal in de ZW is het lastig om een klant er weer uit te krijgen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Medische informatie opvragen kan iedereen met administratieve vaardigheden. Ervaren re-integratiespecialisten zoals ervaren casemanagers en arbeidsdeskundigen die veel potentie hebben laten zien kunnen meer inhoudelijke beoordelingen doen. Hiervoor moeten ze wel begeleid en opgeleid worden. Niks is een snelle oplossing. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ten aanzien van herbeoordelingen bij lopende uitkeringen zou de inzet en activiteiten die het werkbedrijf heeft ingezet meer meegenomen kunnen worden. Op het moment dat voor bijvoorbeeld SMZ inzichtelijk is welke stappen er allemaal geprobeerd zijn te zetten is de onderbouwing richting IVA vaak al op de stukken mogelijk met ondersteuning van een sociaal medisch verpleegkundige. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- In de ziektewet; ik denk dat we veel winst kunnen behalen als we een verpleegkundige in een coördinerende rol zetten waarbij deze op alle geclaimde beperkingen de casus vult en de sociaal maatschappelijke problematiek van client in kaart brengt. Informatie verzamelt bij behandelaars en client. Als de casus dan panklaar is, kan de VA de beoordeling van de belastbaarheid doen. Tijdens het verzamelen van informatie en in de sociale context van klant kan dan al ingezet worden vanuit de sociale kaart en re-integratie in overleg met een ad / rb . Mijn ervaring nu is dat er een goede uitstroom naar werk wordt behaald zonder tussenkomst VA. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens! (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Kan de bedrijfsarts die een cliënt (2 jaar) begeleid en dus ook een goed inzicht verkrijgt in dienst mogelijkheden niet de beoordeling doen waarbij de verzekeringsarts van het UWV een meer controlerende en toetsende rol krijgt. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Lijkt logisch, maar de bedrijfsarts is niet onafhankelijk. Hij wordt door de werkgever ingehuurd en heel vaak is het " wiens brood men eet, diens woord men spreekt ". (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Oneens. Deze arts heeft ook gewoon een eed afgelegd en is klachtwaardig als hij niet onafhankelijk is. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
        - Komt helaas vaak voor bij mensen die langdurig uitvallen en waarbij de kans op werkhervatting in de eigen functie klein is. BA zou onafhankelijk moeten zijn, maar wordt ingehuurd door de werkgever. Heeft hij vaak een andere visie dan de werkgever, dan is het niet denkbeeldig dat de werkgever een andere Arbodienst kiest. Zo werkt het in de praktijk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Bedrijfsarts handelt evenzeer vanuit het belang van de werknemer! Werk van de BA zou niet overgedaan moeten worden door de VA. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Het zou al enorm helpen als de bedrijfsarts een goed medisch verhaal aflevert bij het RIV. Een lappendeken aan gekopieerde aantekeningen met nauwelijks eigen onderzoek of slechts 'zit in rolstoel' als onderzoek, levert veel meer werk op dan een goed verhaal met duidelijke onderbouwing van de overwegingen, maar ook van de zaken die met de cliënt zijn besproken. Als dat allemaal duidelijk zou zijn, zou dat de verzekeringsarts absoluut ontlasten. Maar ach, er is ook een ernstig tekort aan bedrijfsartsen, dus dat helpt uiteindelijk helemaal niet. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Van harte eens. Een BA heeft, over het algemeen, twee jaar meegelopen met een zieke werknemer en kent dus het medische dossier en kan daar een goed oordeel over geven. Daarbovenop het volledig opnieuw laten keuren door een VA, met minder achtergrondinformatie, is ook belastend voor de zieke werknemer (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Geen toetsende rol voor BA! Hij is in de praktijk niet objectief en volgt nogal eens de wens van de werkgever/manager!! Dat is niet noodzakelijk de realiteit. Visie wel meenemen, maar toetsen bij werknemer. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zowel de contacten tussen de huisarts en de cliënt en de bedrijfsarts en de cliënt in de eerste 2 jaar geven al veel beeld van de medische situatie, die een VA niet over hoeft te doen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Klopt! In mijn spreekkamer zie ik wel dat de cliënten zelf graag over het hele beloop vertellen. Daar ligt een duidelijke behoefte. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Als die er zijn, absoluut. Maar dan graag wel met duidelijke aantekeningen over wat er geadviseerd is en waarom. Nu is het heel veel copy paste vaak. Een goed inzicht in de eerste 2 jaar leiden tot veel minder werk bij de Einde Wachtijd beoordeling. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Maar zorg dan wel dat ook alle correspondentie en aanhangende aantekeningen worden gelezen. Bij mij is copy paste gedaan, maar is een belangrijke telefoonnotitie niet hierin meegenomen, waarin de BA dus zijn oordeel aanpaste en aangaf het rapport hier nu niet op aan te gaan passen, omdat het voor mijn uitkering niet uitmaakte. Maar dit had dus wel impact op de uiteindelijke WIA-beoordeling. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)



- Helemaal mee eens - zou fijn zijn als elke BA dat ook zou doen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- De behandelend medicus heeft een langer durend contact met de cliënt en kan een meer evenwichtig/verantwoord oordeel geven. De taak van de VA kan dan globaal toetsend zijn: geeft meer tijd voor de meer complexe dossiers (lees mensen!). De LEAN-filosofie helpt: waarom controle als je ervan uit mag gaan dat iemand zijn werk goed doet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Daar waar de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid niet medisch is, kan een niet medische professional zoals een arbeidsdeskundige veel doen in het kijken naar de mogelijkheden van de persoon om nog/weer werkzaamheden te verrichten (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Als de oorzaak niet medisch is, kom je niet eens voor een keuring in aanmerking. De werkgever volgt dan 1e en 2e spoor zonder WIA-aanvraag. De bedrijfsarts zal dan in een vroeg stadium actie ondernemen/laten ondernemen om de oorzaak aan te pakken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Een niet medische professional kan altijd, ook bij wel medische oorzaak, een belangrijke rol spelen in het voorwerk, bijvoorbeeld door een uitgebreid BGI of PGI af te nemen, waaruit duidelijk blijkt wat de ervaren belemmeringen zijn met goede voorbeelden daarvan in het dagelijks leven. Dan hoeft de arts alleen nog de link met ziekte door te nemen met de cliënt. Het betekent wel een grotere tijdsinvestering voor de cliënt. Overigens sluit ik mij aan bij de vorige reactie dat een niet-medische oorzaak van arbeidsongeschiktheid niet zou moeten leiden tot een beoordeling bij UWV, want het leidt tot een afwijzing. Tegelijkertijd is dat nu dus juist wel de kern van de beoordeling: arbeidsongeschiktheid die het gevolg is van ziekte of gebrek. Dus er zal geregeld wel iets als medisch worden aangeboden dat het niet blijkt te zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Mee eens. Uiteindelijk komt er altijd een 'medische' reden; het is een illusie om te denken dat al het niet medische er snel uitgefilterd wordt. Z.s.m. inzetten op het inzetten van andere disciplines/professionals bij die mensen bij wie ziekte niet de hoofdoorzaak van het verzuim is. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Een psycholoog zou met de juiste opleiding goed moeten kunnen inschatten wat de belastbaarheid is bij psychische klachten, zo ook een fysiotherapeut bij fysieke klachten. Misschien nog wel beter dan ik.... (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Precies! Maar het mag nu niet vanwege de behandelrelatie met de cliënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Inzetten professionals tot aan bevoegdheid, b.v. Ms verzamelen medische gegevens en samenvatten voorgeschiedenis > interview door SMV, arbeidsanamnese, ervaren belemmeringen (BGI), medisch verloop, participatie en visie op werk. VA sluit aan, luistert samen met cliënt naar samenvatting van SMV, stelt aanvullende vragen en verricht onderzoek. SMV vult haar deel van het verslag, VA vult aan. In totaal kost deze werkwijze meer tijd, maar cliënt krijgt de benodigde aandacht en het kost de verzekeringsarts minder tijd. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Arbeidsdeskundige (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Iedereen die met de persoon in gesprek kan gaan over de vraag: wat is er nodig om weer te kunnen werken? Dat kunnen UWV-professionals zijn (AD, SMV, RIB, VA) maar ook mensen van Arbodiensten, behandelaars etc. Het gaat om het samenbrengen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Geen: demedicaliseer, start en eindig arbeidsdeskundig en op door hem met patiënt aangegeven belastbaarheid. (!) De onderbouwing daarvan vindt, op uitsluitend zijn eigen

medisch terrein, door de dokter plaats. Dat natuurlijk wel. Maar waar de dokter geen of onvoldoende verklaring of akkoord kan geven daar moet hij echt en helemaal van af blijven. Niet dat dat tot een oplossing leidt maar wél dat we er geen "medisch" probleem bij krijgen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Het SMZ heeft dringend hulp nodig van financieel adviseurs. Wat wij zien in het ZW-Arbo is dat cliënten die eigenlijk gezond zijn, maar waarvan de financiële situatie nog steeds instabiel is aan het einde van de WW-uitkering zichzelf ziekmelden. Dit is heel begrijpelijk, maar dit is niet een medisch probleem. Dit is een financieel probleem, laat ons deze financiële onzekerheid aanpakken, in plaats van dat wij onze kostbare medische capaciteit verder verkleinen door ook nog eens poortwachter te moeten spelen in een veld dat helemaal niet binnen het specialistische sociale domein licht van de VA of SMV. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- We zien steeds meer mensen die last hebben van psychologische klachten. Verzekeringsartsen zijn eigenlijk niet de aangewezen persoon op deze cliënten te ondersteunen. Ergens in de keten hebben wij dus specialisten nodig die goed weten hoe je om moet gaan met cliënten die psychologische klachten hebben. We hebben natuurlijk het GGZ waarnaar doorverwezen kan worden, maar deze heeft ook wachttijden. Ik vrees dat door dat er geen handige organisatie is om deze cliënten aan af te dragen, dat de VA-en deze cliënten langer onder hun hoede houden dan dat nuttig is. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens! Met name als de klachten worden veroorzaakt door trauma of overbelasting is een snelle en adequate ondersteuning noodzaak. Dat moet wel onderkend kunnen worden, oordeel van behandelend arts werkt het snelst. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Naast een medisch secretariële ondersteuning met name de arbeidsdeskundige: specialist op het gebied van mens, werk en inkomen. Hij of zij geeft inzicht in de arbeidsmogelijkheden, (rest)verdiencapaciteit en passend re-integratieadvies. De arbeidsdeskundige kan dit voorafgaand aan bezoek BA of VA ter completering van een dossier of in geval van complexe medische problematiek. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Een ondersteunende rol kan vervuld worden door bijv. een psycholoog of psychiater of door de Fysio alleen als BIG-geregistreerde medewerker (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Er zijn een aantal voorzichtige, maar veelbelovende resultaten van de inbreng van een psycholoog (naast de bestaande verpleegkundige). Verwacht daar niet te veel van. Risico is het closed-in effect. Hoe meer professionals er betrokken worden in het proces, hoe beter het wordt, maar hoe langer en duurder het wordt. (Overige geïnteresseerden)

#### **VRAAG 4: Welke rol kunnen professionals met expertise over activeren en re-integreren hebben in het sociaal-medische beoordelingsproces zodat de mismatch verkleind wordt?**

- Verkleinen van de aanvragen door cliënten te hebben begeleid naar duurzaam passende arbeid, met aandacht voor snelle plaatsingen. In mijn praktijk zie ik trajecten van 9 maanden of langer uitgezet worden. Dit is mijns inziens te lang. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Indien er een vereenvoudigde versie of overdracht is van een client naar aanleiding van een sociaal-medische beoordeling en de verwachtingen naar bijvoorbeeld het WERKbedrijf duidelijk zijn gemaakt, zou er beter gematcht kunnen worden. Elkaar informeren over mogelijkheden en de juiste verwachtingen naar elkaar toe scheppen. Elkaar meenemen in de veranderende arbeidsmarkt. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Ik lees hierin dat een werkgever de informatie mist die hij nodig heeft om de cliënt te re-integreren. Deze informatie wordt aan de werknemer toegestuurd, de verzekeringsgeneeskundige rapportage is overigens NIET medisch. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Ik lees hierin dat er een andere doelgroep is toegevoegd dan waar de persoon daadwerkelijk onderdeel van is aangezien weinig werkgevers over cliënten spreken (dit is een typisch UWV-gebezigd woord). Ik vermoed dan ook dat dit iemand is die bij het Werkbedrijf werkt en de communicatie tussen werkbedrijf en SMZ als knelpunt noemt. Dit kan ik onderschrijven. Het blijft moeilijk elkaar te vinden omdat de twee onderdelen een geheel andere werkwijze hebben (SMZ heeft bijv. vaste contactpersoon die benaderd kan worden door Werkbedrijf, waar Werkbedrijf een soort 'vliegende keep'-systeem hanteert als een cliënt wordt overgedragen van SMZ>WB). (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Eerder in een traject reactiveren, zoals bijv. bij de ZW. Eerder in de 104 weken (re) activerende begeleiding starten. Ook kijken hoe landelijk iets aan de wachttijden bij behandelingstrajecten gedaan kan worden, zodat effect eerder gezien wordt en dus meegenomen kan worden in de beoordeling bij de aanvraag WIA. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Als re-integratie aan de orde is, meteen het dossier doorgeven aan de re-integratie begeleider. Indien er nog geen werk-fit aan de orde is, dan mogelijk wel een modulair traject. Stilstand is meestal achteruitgang. De wachtlijsten voor de ggz zijn dramatisch hoog. In de tussentijd kan er vaak een modulair traject ingezet worden, zodat de klant niet stilstaat of erger nog, verder afglijdt. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Inzetten van medische interventies daar waar je het kan. De curatieve sector verwijst enkel naar GGZ. Coaching is vaak geen optie (wordt niet vergoed). Hiermee is client geholpen en soms dusdanig dat ook re-integratie en zelfs werkhervatting kan plaatsvinden. De behandeling kan dan altijd nog naast werk worden gedaan. Leg de vraag van wat de behoefte is in een traject meer bij UWV, zodat providers die aan de gevraagde behoefte kunnen voldoen in de provider boog komen; bijvoorbeeld zowel medisch coachen als ook werkfit maken in 1 traject. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Aandacht voor leefstijl(geneeskunde). Bij veel chronische ziekten en (mildere) psychische beelden spelen stress, te weinig beweging en te weinig gezonde voeding een onderhoudende rol. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - En daaraan verbonden de vraag hoe dat komt en hoe dat (beter) aangepakt kan worden, voorbij symptoombestrijding. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Ik zou weleens uitgezocht willen zien wat UWV kan met inschattingen van verpleegkundigen en verzorgenden uit de curatieve sector. Voordat iemand ontslagen wordt uit een ziekenhuis, verdiept de verpleging zich in de thuissituatie en zelfredzaamheid. (GGZ)SPV-en houden doorgaans goed in de gaten wat patiënten wel en niet doen en aankunnen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Samenwerken met het werkbedrijf maakt in ons SMC, dat mensen eerder doorstromen naar een werkervaringsplek, of snuffelstages bij verschillende bedrijven. Hoe eerder ze op een passende plek terecht komen, hoe eerder ze zich hersteld kunnen melden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ik weet dat deze mening niet uitbundig gedeeld wordt onder collega's, maar ik noem het toch nog maar even. Als we dan toch psychologen in dienst hebben en die kunnen iemand met psychische klachten in een week of 6 zoveel vooruithelpen dat ze weer aan re-integratie kunnen denken, i.p.v. 6 maanden wachten op GGZ waarna ze volledig vast zitten in de thuissituatie... Wat is er dan mis met schadelastbeheersing door een stukje behandeling op te pakken? We geven bakken met geld uit aan medische interventies om de cliënten weer re-integratie klaar te krijgen. Met eigen collega's heb ik daar zelf veel meer

controle op en kunnen we nog beter inspelen op wat de cliënt nodig heeft om weer zo goed mogelijk aan de slag te kunnen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Wat helpt helpt! Cliënt is gebaat bij hoge doorlooptijd i.v.m. duidelijkheid die dat biedt Over vakgebieden heen durven kijken !!! En die input meenemen, zeker ook als client zelf input geeft of deelt. Je hoeft niet overal een diploma voor te hebben om er verstand van te hebben, praktijk leer je vaak meer; dus luister naar anderen ook buiten je eigen vakgebied! Ook zogenaamd onbevoegden stellen vaak goede diagnoses Ervaring is veel waard (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Korte lijntjes, overleggen binnen en buiten team/organisatie. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Mijn organisatie voert het bewezen effectieve bewegingsprogramma Bewegen Werkt uit, dat resultaten laat zien op gezondheid en participatie. Zie ook het loket gezond leven van RIVM. Hierbinnen laten deelnemers tijdens een periode van 3 tot 6 maanden veel gedrag zien en bouwen zijn hun belastbaarheid op. Deze informatie kan voor beoordelaars van grote waarde zijn, als dit bijv. warm over te dragen is. Nu wordt dit programma pas ingezet als mensen al een uitkering hebben. Wellicht zou het ook meer preventief in te zetten zijn, bijv. met (co)financiering van de werkgever. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Bewegen is goed, maar niet altijd noodzakelijk bij re-integratie. Denk aan psychische klachten of ziektes zoals long covid/ME/Q-koorts waarbij er sprake is van inspanningsintolerantie (post exertional malaise ofwel verergering van de klachten na een inspanning. De verergering staat niet in verhouding tot de geleverde inspanning en kan ook vertraagd-na enkele dagen- optreden). Kijk dus wel goed wanneer je dit inzet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zij kunnen een grote rol hebben. Met name in de ZwaArbo. Onderzoek heeft uitgewezen dat door een "stevig" intakegesprek aan de kop van het proces, waarin ook gewezen wordt op rechten, plichten en mogelijkheden t.a.v. re-integratieondersteuning cliënten eerder in de actiestand gaan staan, of zich hersteld melden. Dit laatste kwam veel voor in het convenant uitzendbranche (cliënten vonden de re-integratieverplichtingen te veel "gedoe" en meldden zich daarom hersteld). Een goed intakegesprek vereist wel de nodige extra capaciteit aan de kop (kwalitatief hoogwaardige professional die in gesprek kan gaan met de cliënt, maar ook de situatie goed kan inschatten en de juiste beslissingen kan nemen). Deze extra capaciteit verdient zich later terug doordat er minder beroep op VA-capaciteit zal worden gedaan en de kans op eerdere uitstroom wordt vergroot. (Beleidsmedewerkers)
  - En hoe groot is de groep die zich uit "angst" hersteld meldt, iets wat zich later in het traject wreekt in de vorm van burn-out klachten, of erger geworden aandoeningen. Ik ken zelf de afhankelijkheidspositie van een uitzendkracht. Ik ben zelf wel eens weggestuurd door een collega, omdat ik eigenlijk helemaal niet meer kon werken, en heb ook wel mensen om die reden weg moeten sturen. Een duidelijk geval van een beleidsverhaal, dat ver weg staat van de realiteit. Dit soort medewerkers zijn een deel van de oorzaak, uitgaan van wantrouwen is niet meer van deze tijd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Professionals met expertise in activering en re-integratie kunnen een cruciale rol spelen in het sociaal-medische beoordelingsproces door het toepassen van AI-gestuurde methoden om de efficiëntie en effectiviteit te vergroten. Dit kan bijdragen aan het verminderen van mismatch tussen de behoeften van cliënten en de beschikbare arbeidsmogelijkheden. Hier zijn enkele aangepaste benaderingen met de integratie van AI:
  - \* AI-geoptimaliseerde Trajectplanning: gebruik AI om de duur van re-integratietrajecten te optimaliseren, gericht op snelle en duurzame plaatsingen, om lange wachttijden te vermijden.
  - \* Verbeterde Informatie-uitwisseling via AI: implementeer AI-gestuurde systemen voor het delen van cliëntinformatie tussen verschillende UWV-afdelingen en werkgevers, om

misverstanden te voorkomen en betere matches te realiseren.

\* Vroegtijdige AI-gestuurde Interventies: zet AI in om vroegtijdig potentiële problemen te identificeren en te reageren, bijvoorbeeld in Ziektewet-trajecten, om de wachttijden bij behandelingstrajecten te verkorten.

\* Geautomatiseerde Doorverwijzing voor Re-integratie: AI kan helpen bij het automatisch doorverwijzen van dossiers naar re-integratiebegeleiders, vooral wanneer directe werkfitheid of modulaire trajecten noodzakelijk zijn.

\* AI-gestuurde Medische en Coaching Interventies: gebruik AI om passende medische interventies en coaching opties te identificeren, afgestemd op de specifieke behoeften van de cliënt.

\* Leefstijl AI-modellen: Implementeer AI-modellen om leefstijlfactoren te analyseren en te integreren in de beoordeling en re-integratieplannen.

\* Uitbreiding van Informatiebronnen door AI: gebruik AI om waardevolle inzichten te verkrijgen uit de beoordelingen van verpleegkundigen en verzorgenden in de curatieve sector, om zo een completer beeld van de cliënt te krijgen.

\* AI in Werkervaringsplekken en Stages: pas AI toe om snel passende werkervaringsplekken of snuffelstages te vinden, wat bijdraagt aan een sneller herstel en re-integratie.

\* Preventieve AI-gestuurde Bewegingsprogramma's: zet AI in voor het vroegtijdig identificeren van cliënten die baat kunnen hebben bij preventieve bewegingsprogramma's, wellicht met (co)financiering van de werkgever.

\* AI-gestuurde Diagnose en Behandelplannen: integreer AI voor een efficiëntere diagnose en het opstellen van gepersonaliseerde behandelplannen, inclusief psychologische interventies.

\* Cross-disciplinaire AI-gestuurde Overlegplatforms: creëer AI-gestuurde platforms voor snelle en effectieve communicatie en overleg binnen en buiten de organisatie. Door AI te integreren in deze processen kunnen professionals de kloof tussen de huidige werkwijzen en de ideale situatie verkleinen, waarbij de nadruk ligt op gepersonaliseerde, efficiënte en tijdige re-integratie van cliënten (Onderzoekers)

- AI staat nog in de kinderschoenen en kan alleen iets met goede input. Wees dus voorzichtig met AI. Wel ter ondersteuning van de besluitvorming, maar een mens moet beredeneerd beslissen en niet klakkeloos het advies van AI overnemen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Ja, want beoordeling door computers heeft ons in een recent verleden niets dan goeds gebracht...of wacht. Volgen onderzoekers ook het nieuws? Schijnbaar niet! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- In de zorg voor kwetsbare personen wordt al 30 jaar en in 35 landen gebruik gemaakt van InterRAI assessments. Achter deze instrumenten zit een voortdurend getest algoritme die beslisondersteuning geven bij het beoordelen van het clientprofiel. Sinds kort bestaat er ook een zelfinvullijst met dezelfde betrouwbare uitkomsten. ([www.interrai.org](http://www.interrai.org)) en ([www.nedrai.org](http://www.nedrai.org)) Dit kan veel werk en tijd schelen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))

· Er mag veel meer kennis komen binnen UWV over wat de mogelijkheden zijn voor fysieke of psychologische hulpverlening teneinde een cliënt sneller en beter (duurzamer) te kunnen re-integreren. Zoek regionaal naar organisaties en instellingen die hierin kunnen participeren, leg contact en wijs cliënten op deze mogelijkheden. Verwijzen kunnen we niet, op iets wijzen wel! (UWV: Medische praktijkprofessionals)

· Zorgen dat meer medewerkers van het UWV inzicht hebben in het dossier, er wordt altijd geschermd met de AVG en dat is niet altijd juist, over medische info inzien kan de betrokkene toestemming geven als dit maar is vastgelegd! Dat zou veel ruis op de lijn voorkomen lijkt mij (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Waarom al die aandacht voor re-integratie? Daar is toch al van alles aan gedaan in de eerste 2 jaar? De WIA-keuring gaat toch over de vraag of iemand recht heeft op een uitkering en zo ja in welke mate? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Maar het kan zijn dat je nog kunt (wilt? of zelfs moet?) werken en nog geen werk hebt gevonden of niet weet wat je dan kunt gaan doen. Daarnaast zijn er ook ziektes waarbij het verloop nu eenmaal langer dan drie jaar is maar waar wel nog 'beweging' in zit. Ik spreek even bewust niet van verbetering omdat het ook de andere kant op kan gaan of zelfs fluctueren. Ik kan bijvoorbeeld prima meedoen aan dit onderzoek, maar alleen als mijn hoofd ernaar staat, anders ben ik binnen tien minuten op en kan de rest van de dag slapen 🧘 daar past nu geen werk bij, maar mocht ik nog verbeteren zou dat natuurlijk wel weer kunnen. Alleen heb ik geen idee wat ik dan zou kunnen doen, naar de moeilijkheid om een werkgever te vinden die je zou willen aannemen op jouw condities. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Adviserende rol naar de VA. Aangezien zij ook informatie hebben over de beperkingen van de cliënt op werkgebied. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wees ook eerlijk als het niet realistisch is dat een werknemer weer kan werken. Het idee is dat werken voor zingeving zorgt, maar wie geen betaald werk meer kan doen kan soms ook heel zinvol vrijwilligerswerk doen -al is het maar een paar uurtjes per week of maand. Als iemand die eigenlijk niet meer kan werken, toch moet werken zorgt dat mogelijk voor achteruitgang van de gezondheid. En dan noem ik de stress nog niet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Helemaal mee eens! De mogelijkheid dat iemand echt niet meer loonwaardig kan werken wordt het liefst vermeden, maar is soms helaas de realiteit. Accepteer dat dan ook. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Vergeet de cliënt zelf niet. Als die zijn/haar weg weet te vinden in passend vrijwilligerswerk is dat prima! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De nadruk moet liggen op het begeleiden naar werk en niet op het benadrukken van het ziek zijn. De inzet van deskundigen moet gericht zijn op re-integratie en niet op medicalisering. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Idealiter wel, maar niet iedereen kan weer aan het werk en daar moet je realistisch in zijn. Iemand die bijvoorbeeld bedlegerig is, kan niet aan het werk. Misschien als er in de toekomst verbetering optreedt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - In de eerste 2 jaar heeft de werkgever alle gelegenheid om naar werk te begeleiden. Als dat niet (helemaal) lukt is een WIA-beoordeling aan de orde. Daarbij kan soms ook de situatie aan de orde zijn dat iemand niet meer kan werken. Triest voor iedereen, maar wel waar. Dat is dan geen medicaliseren, maar gewoon de waarheid onder ogen zien. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De medewerkers van UWV Werkbedrijf (AD, AID en Adviseur Werkgeversdienstverlening) hebben een geolied systeem ontwikkeld om mensen aan het werk te krijgen, ook mensen met een arbeidsbeperking. Zoals het nu gaat, krijgt UWV Werkbedrijf de werkzoekende "geparachuteerd" nadat de WIA-beoordeling is gedaan door UWV-SMZ (zoek het maar uit). Waarom zou je niet eerst kunnen kijken naar re-integratie en werkhervatting, om daarna op praktische gronden de verdien capaciteit en de hoogte van de uitkering vast te stellen? Als de wetgeving het mogelijk zou maken om Loondispensatie/loonkostensubsidie voor WIA-kandidaten te bepalen (door Loonwaardeprofessionals volgens bestaande en bewezen UWV-methodiek) dan zou dit veel effectiever en sneller werken dan een theoretische en abstracte CBBS-bepaling van het verdienvermogen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Mismatch? En op welke aanname is de veronderstelling gebaseerd dat deze "mismatch" met (uitsluitend) een aanpak of oplossing, laat staan door specifiek aangestelde medewerkers, zal zijn herstel. Doe eens niets, "primum non nocere" zeggen wij in ons

potjeslatijn. Aanvullend/toelichtend: vergeet de focus op claim dus werk dus beperking. Begin met het dagverhaal, altijd en door iedereen, naar diens mogelijkheden. Ook bij werkgever geeft dat al een evenwichtiger en completer beeld, bovendien niet-gemedealiseerd van aard. #24/7 #systemisch (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- De Arbeidsdeskundige van AG-Werkbedrijf zouden veel eerder betrokken moeten worden in het proces. Het liefst rond de 15de - 18de maand van poortwachter. Ik geloof best dat een organisatie haar best doet om iemand te re-integreren naar werk in het eerste spoor sinds deze persoon institutionele kennis heeft die waardevol is (hij weet hoe het bedrijf functioneert.) Maar het lijkt mij dat na 18 maanden dat het wel duidelijk is of de werkgever instaat gaat zijn om de cliënt te re-integreren, als dit niet het geval is, dan zouden "neutrale" professionals van het UWV in moeten checken of er wel mogelijkheden zijn, die de werkgever niet instaat was aan te bieden of te benutten. Om een bedrijf toe te staan om mensen "die eigenlijk uit geproduceerd zijn" bij zich te houden voor een extra 6 maanden, is symptoombestrijding. Het bedrijf betaald een verdere 6 maanden door, maar dit is ook dode lucht waar in men zich minimaal bezighoudt met de client. En de client (in even grote aantallen) komt dan nog steeds 6 maanden later bij het UWV terecht. Het weg kijken van het probleem; het lukt ons niet de client te re-integreren in de periode van poortwachter, lost het probleem niet op. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wanneer de professionals in de keten van WvP, ZW en WGA één taal spreken over ziek/niet ziek, functionele mogelijkheden, arbeidsmogelijkheden (functieduiding) en daarin één en dezelfde kwaliteitsstandaarden hanteren is er geen of enkel zeer incidenteel ruis. Men hoeft dan niet op elkaar te wachten, het geheel aan regelingen omtrent arbeidsongeschiktheid en opvang loonderving vloeit dan in elkaar over waardoor het altijd duidelijk is wat de derving aan inkomen zal zijn in geval geen succesvolle re-integratie plaatsvindt. Daarbij moet de focus altijd zijn op wat men wel kan, concretiseren en re-integratiemogelijkheden bieden. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Deze mensen kunnen ALLEEN een advies uitbrengen naar de VA De VA is en blijft de laatste in de beoordeling. Dit advies hoeft geen eens bindend te zijn. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een no-brainer, maar vraagt een andere volgorde. Alle inzet op re-integratie/werkhervatting/hoger komen op de participatieladder. Waar dat niet lukt, onder bescherming van een gegarandeerd inkomen, is een duurzame uitkering aan de orde. De praktijk wordt dan de echte beoordeling op arbeidsongeschiktheid, niet de theoretische reductie van het huidige proces. Maar dit is een stelselherziening. Een broodnodige. (Overige geïnteresseerden)

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

### TOELICHTING

Uit de Verkenning blijken een aantal specifieke thema's die betrekking hebben op het stelsel rondom ziekte- en arbeidsongeschiktheid (Wet poortwachter, Ziektewet en WIA). De thema's die het vaakst naar voren komen zijn:

A: Herbeoordelingsaanvragen Hier gaat het over het aantal 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.

B: 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.

C: De eerste twee ziektejaren Er wordt benoemd dat de eerste twee ziektejaren van groot belang zijn om tijdig met re-integratie hand in hand met herstel te starten. Daarmee kan ook instroom in de WIA worden voorkomen.

### Reacties op de toelichting:

- Start al eerder met zoek- en persoonsprofielen van werknemers. Los van eventuele re-integratie is dit ook nuttig voor de duurzame inzetbaarheid in zijn totaliteit van de werknemer (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

### VRAAG 1: Welke winst valt er te behalen op het zo efficiënt mogelijk inzetten van herbeoordelingen en wat is er voor nodig om deze winst te realiseren?

- Herbeoordelingen meer inzetten op de mogelijkheden en niet op de onmogelijkheden (lees: beperkingen). De positieve benadering, wat is er op dit moment WEL mogelijk? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens en vooral ook vanuit de cliënt zelf Maak het aantrekkelijk Zorg dat cliënt het als veilig ziet om dit aan te vragen en er op kan rekenen dat dit perspectief biedt waarbij er op deskundige en relevante hulp gerekend kan worden (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Heel interessante discussie ontstond in de expertmeeting waarbij 'het recht op inkomen' verschoven werd naar 'het recht op werk'. Nu is elk traject primair gericht op het veiligstellen van inkomen en hoogte daarvan. Zolang dat niet helder is, is dat een belemmering voor de re-integratie (denk aan PTSS-problematiek bij de politie, waarbij elke re-integratie voor de medewerker het risico loopt om de financiële vergoeding (deels) te missen.) Wanneer de focus verschuift van recht op inkomen naar recht op werk, verschuift de discussie ook naar mogelijkheden. Heel benieuwd of er voldoende animo is om deze gedachte uit te werken. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Is inderdaad interessant en volledig passend bij deze tijd maar ook bij de start van de WIA en afschaffing WAO. Het zal niet direct de huidige herbeoordelingen raken en verbinden. Maar het recht op werk is veel meer passend dan het recht op inkomen. Als je kijkt naar de huidige trends rondom arbeid, inzet, verdelingen en aantallen dan



is het logischer om mensen op basis van de mogelijkheden van werk dan op inkomen.  
Hier is veel te winnen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Aan de ene kant ben ik het hier helemaal mee eens. Ik zou liever iets kunnen doen aan werk en daar naartoe geholpen worden dan niks omdat het toch niet voldoende oplevert zeg maar. Dat gevoel krijg je nu toch een beetje bij de huidige manier van zoeken en beoordelen. Echter bekruipt me ook direct een gevoel van angst en onzekerheid of dit geen negatieve gevolgen gaat hebben voor mijn bestaanszekerheid. Ik denk dat dit stukje ongemakkelijk voorgevoel wel een plek dient te krijgen in de discussie en uitleg. En vergeet niet dat er ook mensen zijn die een herbeoordeling aanvragen omdat ze achteruitgaan. Ik zeg niet dat die mensen niet op zoek willen naar wat er nog wel kan, maar wel dat dat waarschijnlijk anders benaderd moet worden dan mensen die toch nog een hersteltraject doormaken. En daarbij moet ook niet uit het oog verloren worden dat soms 'stil staan' gezonder is voor iemand dan maar door proberen te gaan. Ik denk dat hier meer ruimte voor kan worden gegeven soms. Geloof me, de mensen die dat nodig hebben zul je moeten dwingen, want die willen helemaal niet niks doen. En als dat niet zo is zijn ze inmiddels zo moe gestreden dat ze niet anders kunnen dan het te accepteren. En dus zul je ook snel genoeg horen wanneer ze denken weer iets te kunnen, want ze willen zelf graag. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Uit het hart gegrepen. Ga ervan uit dat de cliënten die kunnen ook 'willen':  
Vertrouwen. Geef de cliënt daarnaast ook het vertrouwen dat bestaanszekerheid geborgd is bij een terugval, dan wordt inzet naar vermogen vanzelf ingevuld. Ook zonder tussenkomst van een arts (VA) (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Regie aan de Cliënt die wil. De anderen weten 'de rem' altijd wel te vinden en is inzet van VA niet effectief/efficiënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Herbeoordeling alleen als er aanwijzingen zijn dat iemand meer of minder kan werken. Geen 'automatische' herbeoordelingen na een vaste tijd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Eens - en maak eisen voor aanvraag herbeoordeling groter - met name op gebied van een goed medisch dossier en aantoonbare resultaten omtrent de loonwaardigheid. Stel dus vooraf het onderzoeken van de re-integratiemogelijkheden veel meer verplicht (geen papieren 'voor de vorm trajecten' maar trainingsuitkomsten enz.) - zorg vooraf voor gemotiveerde onderbouwing arbeidsdeskundige WVP - dan heeft UWV minder werk (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Herbeoordelingen zijn ook nodig als iemand met deel WIA aan het werk is gebleven maar in de loop van de tijd steeds minder kan doen - of soms ook meer kan doen. Het zou fijn zijn als er een praktische snelle herbeoordeling komt op basis van de loonwaardige uren - zodat loon en uitkering weer snel in balans komt. Dus de werkelijke verdienmogelijkheden gebruiken en snel beoordelen. Dat geeft voor iedereen zekerheid. Het gedoe met no risk ertussen en later hele WIA-herbeoordelingsaanvragen is in deze eigenlijk niet nodig (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
      - Ik dacht dat de no-risk clause er juist was om een mogelijke nieuwe werkgever niet in angst te laten zitten voor mogelijke problemen bij het aannemen van iemand in de WIA? Dan is dat toch juist een groot goed? Anders kom ik helemaal niet meer aan het werk denk ik. De reacties waren allemaal nogal negatief totdat ik de no-risk kon bieden... (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Dat is wat hierboven ook gezegd wordt: herbeoordeling als iemand meer of minder kan werken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het monitoren strak organiseren binnen de SMC's. Alle geplande herbeoordelingen kunnen dan eerste getoetst worden of er wezenlijke veranderingen zijn in een situatie. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Alleen gemotiveerde herbeoordelingen in behandeling nemen, met daarbij de vraag, waarom heeft deze cliënt een herbeoordeling nodig? Ik kan mij voorstellen dat dat alleen kan gelden voor nieuwe aanvragen. In het proces kan dan om extra informatie gevraagd worden, bijvoorbeeld in de vorm van een (medische) vragenlijst (Beleidsmedewerkers)
- Ik heb veel te veel aanvragen van of namens werkgevers gezien waarbij er niets met de gegeven adviezen was gedaan, op geen enkele manier was gemonitord of de cliënt de noodzakelijke behandeling ook volgde, maar wel vervolgens een beroep wordt gedaan op 'het duurt al zolang, het is nu wel duurzaam'. Ik vind dat een werkgever bij een niet-duurzame volledige arbeidsongeschiktheid de cliënt intensief moet laten begeleiden zodat er bewaakt wordt dat de cliënt ook daadwerkelijk de noodzakelijke behandeling volgt, of geholpen wordt bij het vinden van de juiste wachtlijst. Dit soort herhaalde herbeoordelingen helpen niemand. Wat mij betreft kan er dus alleen een herbeoordeling worden aangevraagd met een hernieuwd RIV-achtig verslag over wat er gedaan is en wat het resultaat was. Afwachten is onrechtvaardig voor iedereen die bij dit proces betrokken is: de werkgever betaalt onnodig lang, de werknemer herstelt niet en UWV krijgt onnodig veel herbeoordelingen te verrichten. De huidige verslagen bij herbeoordelingen zijn verslagen die uitsluitend het natuurlijk beloop bij niets-doen beschrijven, of in het gunstigste geval beschrijven hoe de werknemer de juiste GGZ-instelling niet heeft kunnen vinden doordat de wachtlijsten dicht zaten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Verplicht eigenrisicodragers WGA om bij een aanvraag herbeoordeling een actueel werkplan (m.b.t. de re-integratie activiteiten) mee te sturen en stel daar inhoudelijke eisen aan. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Waarom alleen ERD? Voor elke aanvrager zouden soortgelijke uitgangspunten bij de aanvraag moeten gelden. Kijk ook eens naar de wijzingspercentages a.g.v. een herbeoordeling per type aanvrager. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Als werkgevers en cliënten zelf een goed onderbouwde aanvraag moeten doen, met nieuwe medische info, info over een re-integratieproces etc. dan kan een herbeoordeling snel in behandeling genomen worden, omdat het hele verhaal helder is. Aanvragen zoals hierboven genoemd met de reden: het heeft al zo lang geduurd zijn niet voldoende om in behandeling te nemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Vooraf screenen, welke herbeoordelingen leiden tot andere uitkomst. Belangen van cliënt en werkgever nagaan, zoeken naar pragmatische oplossingen. Het huidige stelsel werkt aanvragen herbeoordelingen in de hand. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - De beslissing waarin het einde van de LGU uitkering wordt aangekondigd jaagt de klant schrik aan, omdat hij/zij denkt de uitkering kwijt te raken of een verlaging, ook al veranderd de hoogte van de uitkering niet. Daarom wordt vaak een melding gedaan met toegenomen klachten. Waardoor UWV weer een onnodige aanvraag moet verwerken. Als de beslissing einde LGU duidelijker vermeld dat de financiële situatie niet veranderd, zou dit minder aanvragen om herbeoordeling opleveren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Herbeoordeling op verzoek van werkgever alleen uitvoeren als het medisch onderbouwd is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Dit zou moeten gelden voor alle aanvragen voor een herbeoordeling. Ook die door de cliënt zijn ingediend of bijvoorbeeld door UWV zelf. De medische verklaring moet dan door een (bedrijfs)arts afgegeven worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Maar mijn huisarts zegt dat hij alleen op verzoek van het UWV een onderbouwing schrijft. Dus ik moet eerst de herbeoordeling aanvragen en dan moet het UWV mijn huisarts benaderen en dan zal hij zijn onderbouwing geven. Ik heb hem gevraagd mij die onderbouwing te geven zodat ik hem bij mijn aanvraag kon voegen maar dat wilde hij dus niet doen. Terwijl ik de herbeoordeling in afstemming met hem heb aangevraagd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Beter medisch en arbeidsdeskundig onderbouwd - dan kan UWV toetsen en is alles sneller klaar (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Concrete prognose door de verzekeringsarts, dus welke behandeling en op welk termijn gaat deze voor deze specifieke medewerker tot welke verbetering van de belastbaarheid leiden. Dat zal leiden tot minder aanvragen tot herbeoordeling en op het juiste moment wanneer UWV die niet uit zichzelf voert. De verslaglegging van de monitoringsmomenten als de medische stukken die bij de beslissing op de herbeoordeling hoort uit zichzelf versturen naar de betrokkenen professioneel rechtshulpverleners. Dit voorkomt onnodige verzoeken tot een herbeoordeling of bezwaren. Bij de uitgevoerde herbeoordeling kijken naar de belastbaarheid van de werknemer per datum aanvraag maar ook per datum dat het wordt uitgevoerd, zodat er een actuele belastbaarheid wordt vastgesteld (conform ook de geldende jurisprudentie). (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Wat wil je bereiken met herbeoordelingen? Het aantal herbeoordelingen terugdringen is niet mogelijk en wellicht zelfs op basis van huidige speelveld niet wenselijk. De winst zou kunnen zijn dat een aangevraagde herbeoordeling door de aanvraag herbeoordeling, begeleiding en eisen een grotere kans van slagen heeft dan huidige herbeoordelingen. Aan de andere kant zie ik dat steeds meer specialistische spelers rondom herbeoordelingen een zuivere, duidelijke en gedegen afweging maken om wel of niet over te gaan tot herbeoordeling. En deze partijen hebben dan ook een hoog percentage toekenningen. Wellicht dat hier dan ook de oplossing is: Een herbeoordeling zal altijd op basis van een specialist Beroep, Bezwaar en Herbeoordeling ingediend worden. Deze specialist kent een x aantal uren aan kosten en deze kosten zou je kunnen vergoeden om vervolgens meer scheiding te creëren en meer kwaliteit in dossiers aan te brengen. Volgens mij kun je deze vraag alleen maar goed beantwoorden door gebruik te maken van alle data bij UWV en data-analyses. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Bij een herbeoordeling laten aangeven wat de wijziging is die de aanvrager verwacht en de mogelijkheid geven deze aan de voorkant te laten onderbouwen. Zo voorkom je wellicht herbeoordeling die gelijk zijn aan de huidige beschikking (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Herbeoordelingsaanvragen van werkgevers gericht op het verminderen van hun lasten moeilijker maken. Een voorziening treffen in de WIA-beslissing voor situaties waarvan je al weet dat ze achteruit zullen gaan? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Investeer in een pilot basisinkomen: hoeveel werknemers zullen nog het spreekuur bezoeken als er geen voorwaarden ten aanzien van de loondoorbetaling aan verbonden zijn? Geen populaire vraag maar juist daarom gerechtvaardigd. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Laat de herbeoordeling doen door AD van het werkbedrijf (achterzijde) of SMV (check up). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wanneer de professionals in de keten van WvP, ZW en WGA één taal spreken over ziek/niet ziek, functionele mogelijkheden, arbeidsmogelijkheden (functieduiding) en daarin één en dezelfde kwaliteitsstandaarden hanteren is er (her)onderzoek bij EZWb, TVB2 WIA/WGA niet of nauwelijks nodig. De toekenning of afwijzing kan dan plaatsvinden op basis van dossierstudie en controle i.p.v. nieuw medisch onderzoek; de zieke werknemer is immers al

meerdere malen gezien door de bedrijfsarts, arbeidsdeskundige en re-integratiebegeleider. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Herbeoordelingen worden nu nauwelijks gedaan. Terecht, want de eerste beoordeling heeft prioriteit. In een goede eerste beoordeling kan aangegeven worden via de prognose dat het aannemelijk is dat er verslechtering of verbetering optreedt. Bij een claim daartoe kan die zonder nieuwe inbreng van een verzekeringsarts gehonoreerd worden. Een tweede mogelijkheid is om wel het oordeel op strikte indicatie te laten plaatsvinden (evident financieel of participatiebelang) en een oordeel van verzekeringsarts te vragen zonder een bewerkelijke verantwoording. (Overige geïnteresseerden)

**VRAAG 2: Welke observaties heb je ten aanzien van het onderscheid tussen WGA en IVA?  
Met in het achterhoofd dat we nu zoeken naar oplossingen voor de korte termijn: in hoeverre is hier op korte termijn winst te behalen en op welke manier?**

- Geen onderscheid WGA 80-100% en IVA tenzij onomstotelijk vaststaat dat iemand over een tijdje meer zal kunnen werken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Dit zou herbeoordelingen schelen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Een verzoek tot IVA heeft nu vooral voor de werkgever een financiële reden. Als dit verschil er niet meer is, vervalt ook de prikkel om een herbeoordeling aan te vragen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Helemaal eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Geen juridisch onderscheid tussen WGA 80-100 en IVA. UWV kan zelfstandig beslissen iemand niet op te roepen (en begeleiden) als de prognose is dat er een eindsituatie is, maar voor WG en WN zou het financieel niet uit moeten maken. De vervroegde WIA-aanvraag moet wel mogelijk blijven voor medewerkers met forse beperkingen en een sombere prognose. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Vanwege mijn Long Covid nu de standaard WGA 80-100, terwijl mijn onderliggende lijden in de komende jaren zal verslechteren. Dit houdt de druk komende jaren op UWV om proces te blijven volgen en doorlopen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Klopt. Geldt ook voor bijvoorbeeld ME en Q-koorts. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Gezien de afwezigheid van wetenschappelijk onderzoek dat tot behandelopties leidt, is het bij een al meer dan een jaar totaal niet vooruitgaan, niet meer reëel om geen duurzaamheid aan te nemen. Als er afgelopen jaar geen stijgende lijn in het functioneren zat, is er geen enkele reden om aan te nemen dat die er komende 2 jaar wel zal zijn, tenzij er heel duidelijke, beschikbare behandelingen niet zijn gevolgd. Voor deze problematiek is het dus zeer nuttig om bezwaar en beroep aan te tekenen. Overigens is er evenmin reden om verslechtering van functioneren aan te nemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het onderscheid leidt tot zeer veel werk bij UWV. Ik zou willen pleiten voor het kunnen stellen van een indicatie/verplichting voor meer of minder intensieve begeleiding bij het vervolg, en het verschil tussen WGA en IVA laten vervallen. Het leidt slechts tot heel veel werk dat heel weinig oplevert. Het geldt dat daarmee bespaard wordt, kan beter worden ingezet voor het meer intensief begeleiden van mensen die niet vanzelf het pad naar verbetering vinden. Ook het onderscheid tussen eigen risicodragers en UWV is uiterst onhandig, er is daardoor een groot verschil tussen de mate van ondersteuning bij herstel en re-integratie. Sommige ERD-werkgevers zullen het prima doen en cliënten optimaal begeleiden, maar andere doen niets behalve zoeken naar mogelijkheden om iemand in de

IVA te krijgen, of anders graag uit de WIA. Deze perverse prikkel graag uit de wet. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Streven in het kader van welzijn van mensen moet denk ik zijn om bijna niemand geheel af te keuren (uitzonderingen daar gelaten) werk is voor veel mensen belangrijk niet alleen financieel maar ook t.a.v. meedoen zingeving en deelnemen aan de maatschappij Er zijn veel mogelijkheden zet daar op in en maak dit de gangbare denkwijze! Professionals genoeg die daar verstand van hebben en aan kunnen bijdragen Zet die tijdig in! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Er is ook vrijwilligerswerk! Sommige mensen zijn heel wisselend belastbaar en een betaalde baan geeft te veel onzekerheid over de inzetbaarheid. Overigens zou het UWV alleen moeten kijken naar medische arbeidsongeschiktheid in regulier werk. Bij volledige afkeuring kan de cliënt eventueel zelf initiatief nemen om bijvoorbeeld vrijwilligerswerk te doen of zich op een andere manier maatschappelijk nuttig te maken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Het UWV moet niet over zingeving gaan of deelname aan de maatschappij. Een VA is er om te beoordelen of iemand kan werken en zo ja, welke beperkingen er golden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Absoluut mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Een ZW-arts fulmineerde ooit dat het maatschappelijk niet acceptabel is dat ik verder arbeidsongeschikt was. Ik kon gewoon aan het werk, dus geen ZW. Uiteindelijk in beroep gelijk gekregen en bij herkeuring volledig afgekeurd. Je kiest er niet voor om ziek te worden. Dit heeft erg veel pijn (emotionele pijn) gegeven. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Het wel of niet afkeuren hoeft daar mijns inziens niet aan gekoppeld te worden. Ik ben compleet arbeidsongeschikt. Punt. Maar het zou wel fijn zijn als er begeleiding zou zijn om nieuwe zingeving te vinden. De vraag is denk ik alleen of je dat bij het UWV moet leggen. En ik denk dat dat dan weer zou moeten afhangen van de insteek. Ze zijn er niet om ons bezig te houden, maar om te zorgen dat degenen die kunnen werken weer aan het werk komen en degenen die niet of minder kunnen werken niet in de goot terecht komen. Daarbij zou ik het wel fijn vinden als iemand mij kon wijzen naar een instituut of coach die mij zou kunnen vertellen wat ik dan nog wel zou kunnen gaan doen misschien. Ik merk dat ik het heel lastig vindt om te bedenken wat ik nog zou kunnen, omdat ondanks meerdere re-integratietrajecten ik gewoon geen compleet beeld heb van alles wat gedaan kan worden in Nederland. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Denk ook nog even aan de gedachtegang achter de WIA: de werkgever betaalt voor die mensen waar hij geacht wordt invloed te hebben op de re-integratie/werk. Dat is bij de IVA-doelgroep niet het geval, daarom geldt voor hen een ander regime. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- IVA-uitkeringen worden betaald uit een algemeen fonds, waardoor geen sprake is van geïndividualiseerde premie of eigenrisico voor de werkgever. Vanwege dit werkgeversbelang en de grootte van de geldstromen die het betreft, zie ik geen snelle oplossingen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - -Eens. Het onderscheid afschaffen tussen WGA 80-100 en IVA heeft verregaande gevolgen voor het hybride stelsel. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Geen onderscheid maken tussen WGA 80-100 of IVA. Dit creëert onnodige bezwaarzaken en herbeoordelingen. Bij de 60+versnellingsmaatregelen gaan cliënten alsnog in bezwaar

i.v.m. financieel belang (IVA 75% of bv een pensioenopbouw belang) (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- WGA 80-100 financieel gelijkstellen aan IVA. Dan is er voor de cliënt geen prikkel meer voor een herbeoordeling. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Waar halen jullie toch vandaan dat er voor cliënten een financiële prikkel zit hierin? Bij de IVA kun je voor zover ik het begrijp niet zomaar weer aan het werk. Een vriendin van mij kiest er dus voor om in de WGA te blijven omdat ze hoopt toch ooit weer wat inkomsten te kunnen genereren. Ik denk er precies zo over. Die 5% is voor mensen die willen echt geen prikkel. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De primaire beoordeling goed uitvoeren en kijken of er inderdaad een significante verbetering kan worden verwacht, is dat reëel. En niet simpelweg aangeven dat er behandelmogelijkheden zijn. Doorlopen van de geldende Beoordelingskader, jurisprudentie en wetgeving en het juist toepassen voorkomt ook onnodige bezwaren vanuit de kant van de werkgevers/werknemers. De huidige verzekeringsartsen meer de tijd geven om de beoordeling goed uit te voeren en de collega's in te werken. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Helemaal mee eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ja graag! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het systeem geeft nu een perverse prikkel: de WIA-kandidaat heeft als hoogste doel om de "veilige" IVA-status te bereiken en richt hier alle aandacht en energie op. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Oh ja? Dit vind ik erg aanstootgevend. Heeft u hier cijfers en bewijs van? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Waar blijkt dit uit? Deze stelling gaat er weer van uit dat de cliënt op voordeel uit is. Zo storend! De meeste mensen willen een beoordeling die recht doet aan hun situatie. Er moet nogal wat gebeuren voordat iemand besluit om in bezwaar en beroep te gaan. Dat doe je alleen als het resultaat van de keuring fors afwijkt van de realiteit. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Vertrouwen geven = vertrouwen krijgen: Wie wil er de status van definitief op de maatschappelijke reservebank gezet te zijn? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Gezien ik absoluut geen inzicht heb in hoeveel herbeoordelingsaanvragen er binnenkomen en hoe ze verdeeld zijn, mogelijk een domme vraag/opmerking. Waarom vindt er een herbeoordeling plaats in de WGA als iemand verbeterd? Voor zover ik het begrijp geven ze zelf aan hoeveel ze verdienen en wordt op basis daarvan de juiste uitkering berekend. Lijkt me dat je op een gegeven moment kunt zeggen dat er genoeg verdiend wordt en dat er geen uitkering meer wordt gegeven. Of dit duurzaam is kun je toch ook toetsen aan of dit een jaar volgehouden wordt of niet? En dan eventueel aan de cliënt overlaten of een herbeoordeling nodig is, mocht die problemen voorzien voor de duurzaamheid? Of levert dat dan weer heel veel extra werk ergens anders op? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zoals eerder: vergeet "oplossingen". Voor iedere mogelijkheid krijg je er twee problemen bij en ik heb geen zin om iedere keer weer zo'n SMB-vragenlijst opnieuw in te vullen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Hef de IVA op, het stimuleert werkgevers om herbeoordeling aan te blijven vragen. Ik vraag mij ten eerste af wat wij doen met cliënten die WGA 80-100 zijn. Ik snap het verschil tussen "duurzaam en niet duurzaam" maar zolang we niet aan herbeoordeling toekomen is dit "distinction without a difference". Je hebt mensen die kunnen werken, en je hebt mensen die niet kunnen werken. Natuurlijk willen wij zo min mogelijk mensen in de WGA 80-100 groep hebben, en juist zoveel mogelijk mensen die re-integreren. Maar zolang de

achterstanden zijn en EFT-WIA prioriteit hebben houd je alleen maar de schone schijn op door deze twee groepen te onderscheiden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Breng het criterium voor vervroegde IVA en IVA beiden naar 'minder dan geringe kans op herstel' i.p.v. huidige criterium bij vervroegde IVA 'herstel dien uitgesloten te zijn'. In de praktijk levert dit veel aanvragen op die het bij vervroegde IVA niet redden maar bij EWT WIA wel. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- IVA demedicaliseren. Per direct. Iedereen die langer dan drie jaar volledig arbeidsongeschikt is, komt in de IVA. Volgende stap IVA afschaffen. (Overige geïnteresseerden)

### **VRAAG 3: Wat is nodig om de eerste twee ziektejaren zo optimaal mogelijk te benutten in het kader van activeren, herstel en re-integratie? Waar gaat dit al goed en waar zijn hierop verbeteringen denkbaar?**

- De reeds ingezette Versnellingsmaatregel 1 samen met SMZ. Men wilde eerst meer duidelijkheid hebben over het werkproces en welke functionarissen van het WERKbedrijf (regio Apeldoorn) men bij dit proces wilden betrekken. Naast een aantal al betrokken adviseurs hebben we nu uit elk team een adviseur WSP en een Adviseur Intensief aan boord. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Zodra de component 'werk' aan de orde is, wordt er in Heerlen meteen een tga gedaan. Klant zal dan zeer waarschijnlijk de ZW verlaten. Het werkbedrijf is gericht 'op werk'. In de ZW hebben we echter te maken met mensen die door klachten hun werk niet meer kunnen uitoefenen en hierdoor recht hebben op een Ziektewetuitkering. Als er arbeidsmogelijkheden zijn, zal daarom beoordeeld moeten worden of iemand wel of niet in de ZW hoort. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Waarbij het wel van belang is dat er goed overleg is tussen werkbedrijf en SMZ. Vanwege 'de wet' terugsturen naar de WW zonder warme overdracht is vragen om draaideur klandizie. Vanuit de WW of ZW zoeken naar passend werk levert duurzame oplossingen op een voor een cliënt die daarna meestal niet terugkomt in de ZW. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- In de ZW de insteek meer op arbeidsongeschiktheid in zijn algemeenheid bekijken. 2de jaar gebruiken om te kijken wat wél mogelijk is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Nog liever: z.s.m. kijken wat wél mogelijk is. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Nadruk ligt te veel op beoordelen i.p.v. begeleiden. Hierdoor krijg je veel stappen die ingezet worden om een loonsanctie te voorkomen i.p.v. echt mensen helpen. - Het is te lastig om te onderbouwen dat tweede spoor niet moet. Hierom wordt vaak een tweede spoortraject gestart terwijl niemand in het proces denkt dat dit de beste stap is. - UWV dient advies ingezette specialisten (AD & BA) meer te volgen. Als een specialist iets niet nuttig vindt, dan moet het UWV in principe ervan uitgaan dat dit klopt en enkel een sanity check te doen (kijken of het advies enigszins te volgen is i.p.v. ben ik het zelf met het advies eens) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ik heb heel wat mensen gezien die door een verplicht gesteld 2e spoortraject op het verkeerde moment en bij de verkeerde aanbieder niet aan hun gezondheidsherstel toekwamen. Ook dat is loonsanctiewaardig. Hoe je het ook went of keert, allereerst moet er duidelijk verantwoord worden waarom iets niet nu moet. Daarin kan de bedrijfsarts doorgaans duidelijk beter communiceren en onderbouwen, UWV mist vaak de gegevens die nodig zijn om de gedachtegang te kunnen volgen. Vaak wordt echter ook vergeten dat de cliënt na 2 jaar mogelijk geen WIA kan krijgen, en dan is het weglaten van het 2e

- spoortraject dus echt een gemiste kans. Niemand is daar ooit aan toe, maar stel jezelf de vraag: is deze cliënt klaar voor de arbeidsmarkt als hij na 2 jaar geen WIA kan krijgen? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Mee eens. Helemaal. Alleen. Ik heb dus persoonlijk meegemaakt dat ik in een spoor 2 traject kwam waarvan mijn baas zei dat het eigenlijk niet hoefde want ik mocht gewoon blijven. En ik wilde zelf ook wel blijven als het allemaal goed zou gaan. Ik herstelde wel. Aangezien spoor 2 verplicht was dit dus wel gedaan. Uiteindelijk heel blij mee, want deel van het probleem lag in het bedrijf (bediscussieerbaar, snap ik, maar laten we het nu gewoon even aannemen) en aan het eind van de rit had ik dus toch een andere baan bij een ander bedrijf, want de baas gaf zelf tegen het eind ook toe dat hij liever had dat ik ging. Dat dacht hij eigenlijk al heel lang, maar hij wilde me niet onder druk zetten of zo. Dus, ondanks dat er dus geen reden leek te zijn voor een spoor 2 traject, was dat er eigenlijk wel. Nu kan ik natuurlijk zeggen dat mensen gewoon eerlijk moeten zijn tegen zichzelf en hun omgeving, maar soms gaat dat om uiteenlopende redenen niet of moeilijk. Of hebben ze zelf iets nog niet beseft. Of vinden ze het moeilijk iets uit te spreken of zelfs maar te denken. En nu is het UWV er natuurlijk niet voor om dat op te vangen, maar als werknemer in de zw was ik er toen wel heel blij mee. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mijn ervaring is dat er een groot aantal cliënten in de ziektewet zitten en dat arbeidsongeschiktheid aan de orde is tgv van een objectiveerbare aandoening. Echter bij klant contact blijkt dat juist de sociaal maatschappelijke problemen klant weerhouden om naar (aangepast) werk te gaan. Indien we meer oog voor de mens achter de casus krijgen kunnen we naast de claimbeoordeling ook participatie en re-integratie bewerkstellingen is mijn mening. Het is naar mijn nodig om samen met SMV en ad /rb de sociale klantbeeld goed in kaart te brengen en de coördinerende rol te pakken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Eens. Veel integraler en breder e.e.a. in kaart brengen. In samenspraak met de client tijdig probleem helder formuleren en juiste hulp inzetten En veel meer preventie Dus eerder aandacht geven aan e.e.a. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Al bij verzuimmelding/eerste ziekte dag zou in kaart gebracht moeten worden wat de grootste problemen van cliënt zijn, vooral ook de niet-medische. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
      - Dat wordt dan heel veel werk: als iemand griep heeft moet je dan ook al de problemen in kaart brengen of als iemand een gebroken been heeft? Dat zijn situaties die niet tot WIA leiden, maar als je dan al de problemen in kaart gaat brengen geeft dat heel veel werk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Goed idee! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Dan is misschien wel het probleem dat er te weinig mensgerichte begeleiding is op dit terrein boven het probleem van tekort aan artsen..... Als er intensiever "menselijk" contact is in deze periode is er minder overgang naar WIA dus ook minder keuringen.... (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Vergeet niet dat er ook chronisch zieken zijn die nooit zullen herstellen, hooguit stabiel blijven. Als de ziekte zo ernstig is dat iemand niet meer kan werken, verlos hem dan snel van alle re-integratie verplichtingen en WIA-beoordeling. Ken gewoon een uitkering toe van 80-100%. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Ook mee eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Absoluut waar! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)



- Bij UWV kijken we vooral naar de duur van ziekte en hoe die in het algemeen beperkt zou kunnen worden. De Duitse variant van de Ziektewet en de Zorgverzekeringswet zijn samengevoegd. Daardoor is er in Duitsland statistiek beschikbaar per diagnose (ICD-geclassificeerd). Als binnen UWV de diagnose bekend is, zou informatie over de gemiddelde / mediane ziekteduur gebruikt kunnen worden om de cliënt te nudgen naar re-integratie. De MVB zou bijvoorbeeld tegen cliënt kunnen zeggen dat hij/zij in het dossier ziet veel mensen met de diagnose die voor cliënt geregistreerd is, binnen zoveel weken hersteld zijn. (De diagnose zelf hoeft hij/zij daarvoor niet te kennen.) Dezelfde informatie kan ook gebruikt worden om artsen efficiënter in te zetten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Als het zo gemakkelijk zou zijn, hebben we de artsen niet meer nodig..... Iets met menselijke maat, niemand is hetzelfde etc. Dat wordt voor de RB een lastig gesprek en uiteindelijk mag iemand alsnog bij de VA op het spreekuur komen en die kan dan aangeven of er wel of geen re-integratiemogelijkheden zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Dit kan ook gevoeld worden als druk. En druk is niet altijd even handig bij ziekte en herstel. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal mee eens. Bovendien is elke ziekte er in licht, matig en ernstig-ook met de juiste behandeling. Er is geen one-size-fits-all per ziekte. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zet bewezen effectieve interventies in die bijdragen aan herstel van mensen die richting AO gaan. Dit pas doen nadat iemand AO is, is een gemiste kans op een preventieve actie die leidt tot snelle terugkeer. Hierin zouden UWV en werkgevers meer kunnen samenwerken. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Op de eerste plaats een adequaat cliëntvolgsysteem. Daarnaast re-integratiedienstverlening en claimbeoordeling parallel aan elkaar laten lopen en niet serieel zoals nu het geval is. Ook van belang is dat wij er op casusniveau "bovenop" zitten, door bij voorkeur een voor de cliënt vaste contactpersoon (casemanager). Daarnaast optimale inzet van re-integratieondersteuning. Dit gebeurt veel te weinig. Het re-integratie-instrumentarium van UWV zeer uitgebreid (scholing, trajecten, losse modules, interne dienstverlening WB, etc. Voorwaarden zijn: ontschotting SMZ/WB, eenvoudige inkoopprocessen, re-integratieprofessionals met de juiste expertise, affiniteit, kwaliteit (dit laatste is van belang gelet op het feit dat er bij onze cliënten vaak sprake is van multi- en complexe problematiek en de professional moet in staat zijn om relatief snel een juist beeld en oordeel te kunnen geven van de situatie van de cliënt. Tot slot: investeer in Klant-in beeld-instrumenten (KIBI). Op dit moment lopen er verschillende initiatieven met KIBI's (scan werkvermogen werkzoekenden, triagemodel VUMC, werkverkenner AG etc. Door het goed toepassen van een KIBI kan onze uitvoering veel werk bespaard worden. (Beleidsmedewerkers)
  - Mooie insteek en zeer zeker onderzoekswaardig. Vooral het adequate clientvolgsysteem is inderdaad helpen en een must. Dat geldt uiteraard ook voor de digitale koppelingen van en naar het UWV. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
  - Helemaal voor (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Veel persoonlijke aandacht geven aan de cliënt, bijv. door re-integratiebegeleiders! Wat is er nodig richting (passend) werk? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Ik weet niet of persoonlijke aandacht nu het allerbelangrijkste is in het takenpakket van een re-integratiebegeleider. Het is uiteraard een basis item en of ingrediënt. Werken loont en altijd beter. Meer druk op werken waar dan ook. Stimuleren van arbeid en jouw mogelijkheden om arbeid te verrichten waar dan ook in Nederland. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Bent u wel eens ziek geweest en in aanraking gekomen met de zw? Persoonlijke aandacht wordt het eerste wegbezuinigd helaas en is dus nogal wisselend. Terwijl juist die persoonlijke aandacht heel belangrijk is voor ons als cliënt. Wat voor vertrouwen heb je in je casemanager als je die slechts 1 keer in het jaar spreekt? Al was het drie keer, dat is nog te weinig. Wat weet zo iemand nu van je situatie als je slechts een half uurtje aan de telefoon bent geweest? Al was het een uurtje op kantoor. Wat weet je dan? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Meer controle en begeleiding op de vangnetters, conform de geldende richtlijnen opvolgen. In de praktijk zien we dat er soms 5 maanden geen contact met een werknemer is waardoor de werknemers onnodig de WIA instromen. Het niet optreden van het UWV aan het niet meewerken aan de re-integratie van de medewerker. Deskundigenoordelen op tijd uitvoeren. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Spoor 2 kunnen parkeren als er een zwaar medisch traject loopt, stimuleren dat medewerker gedurende de 1e 2 jaar over kan stappen naar een andere werkgever. Eventueel met een no-riskpolis. Zo voorkom je dat de 2 jaar wordt uitgezeten. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Verkorting van de WVP. Re-integratie in het 2e ziektejaar (2e spoor) levert onvoldoende (niets) op. Het zou efficiënter zijn om bij langdurige ziekte (binnen 6-12 maanden) de loondoorbetalingsverplichting te stoppen en de persoon onder te brengen bij UWV, zodat gerichte re-integratie opgestart kan worden. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Cijfers? Ik heb zelf een succesvol tweede spoortraject doorlopen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Casemanager, die niet veranderd als je verhuist. Meer tijd en vooral vaker contact. Aanwezigheid bij gesprekken over wat iemand nog kan doen voor de werkgever (aanpassing van taken en dat soort zaken) voor meer controle op gemaakte afspraken en uitvoering en ook duidelijkere en werkbare afspraken. Rust kan ook een heel belangrijk onderdeel zijn van het herstel. En indien nodig werkt het beter en sneller in het begin dan als het pas later wordt ingezet. Sommige mensen moeten juist geremd worden in plaats van geactiveerd. Ik had veel meer geschreven/uitgelegd, maar mijn reactie was ineens weg terwijl ik nog aan het typen was en ik kan dus niet alles meer zo uitgebreid voor de geest halen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Rust, zeker in het begin, kan inderdaad heel belangrijk zijn. Er wordt helaas vaak gepusht om snel weer deels aan het werk te gaan. Niet altijd verstandig. Inderdaad moeten sommige mensen juist afgeremd worden, maar dat gebeurt zelden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De eerste week, zo nodig de tweede week of zelfs de eerste maand maar rond 6 weken zul je een plan met je werkgever moeten willen hebben. Dat is WvP, grappig dat ik dat als antwoord geef. Dat moet aan de vraag liggen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Verminder de hoeveelheid aan dode lucht. Tijd wanneer er niets met de cliënt gedaan wordt maar dat mensen wachten tot dat de "verplichte deadline" bereikt wordt. Deze deadlines worden dan wachtlines. Terwijl we weten dat de cliënt vroeger in het proces meer kans heeft op re-integratie dan later in het proces. Wat dus nodig is dat alles meer in elkaar geschoven wordt. De client moet eerder gezien worden, er moet eerder een plan van aanpak opgesteld worden en er moet eerder voor de client ingekocht moeten worden. Zodat de client altijd een opdracht om handen heeft. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Alsof de cliënt niets om handen heeft. Er zijn doktersbezoeken, onderzoeken, behandelingen en vaak ook een deel van de tijd het werk (eigen werk of tijdelijk ander werk). Een hoofdconductor bij de NS die door ziekte zijn eigen werk (tijdelijk) niet kan

- doen, wordt vaak parttime of fulltime op kantoor ingezet want dat kan dan wel, een verzorgende in een verpleeghuis kan bij de administratie worden ingezet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Vroegtijdig en adequaat (kunnen) informeren op de mogelijke scenario's, nadruk leggen op het belang van het behoud van inkomen naar de mogelijkheden die er wel zijn. De private markt is hiertoe uitstekend in staat. Vervolgens tussen de professionals één taal, kwaliteit en instructie op het beoordelen van ziek/niet ziek, belastbaarheid, functiemogelijkheden en rechten & plichten inzake werkhervatting en re-integratie. Inzichten tussen bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen tussen publiek (UWV) en privaat lopen te vaak uiteen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Dit onderwerp is misschien wel het meest kwetsbare en schaamtevolle. Ik beperk met hierbij tot de vangnetters. In alle opzichten een kwetsbare groep (socio-economisch, gezondheid, kans op werk), de groep van de uitzendkrachten daargelaten. De meest kwetsbare die de minste zorg krijgen. In alle andere maatschappelijke domeinen zou de wereld op zijn kop staan, hier niet. Er wordt bewust zorg en middelen onthouden aan degenen die het het meest nodig hebben. Het hier hebben over optimale inzet etc. is navrant en pijnlijk. Hier hoort het grootste gedeelte van de inzet op gepositioneerd te worden. Hier is de WIA-instroomkans het hoogst, hier vindt de meeste gezondheidsschade plaats, hier is de multiproblematiek en het eigen oplossend vermogen het kleinst. Vertaald naar een handelingsperspectief: schaf hier de eindwachtijdbeoordeling af. Zet deze capaciteit in op herstel en re-integratie en laat het behandelteam aan het eind van de twee jaar een beslissing nemen over de toegang tot de WIA. En ook hier zonder een grote administratieve druk. Het beloop van het proces in de twee jaar is de onderbouwing. (Overige geïnteresseerden)

**VRAAG 4: Heb jij naast deze specifieke thema's nog andere suggesties die betrekking hebben op het stelsel en helpen om de mismatch te verminderen?**

- De pool verzekerden kleiner maken. De verzekering pas in laten gaan bij een bepaalde drempel in uren of verdiensten. In mijn praktijk zie ik veel beoordelingen waarbij het gaat om hele kleine dienstverbanden. Moeten we daar het hele circus wel voor optuigen? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Mee eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Helemaal eens! Cliënten met contracten tot bijvoorbeeld 15 uur per week komen zelden in aanmerking voor een WIA-uitkering, ook als ze zeer beperkt zijn. Niet zelden moet hiervoor wel veel uit de kast worden getrokken door de verzekeringsarts om het goed te kunnen beoordelen (wat maakt nu dat zelfs dit kleine aantal uren werken niet lukt?) en is de betrokken werknemer het niet eens met de uitkomst. Dat leidt dan ook weer tot bezwaarzaken. Als we wel een uitkering toekennen, gaat de werkgever weer in bezwaar. Dit kan worden voorkomen door duidelijkheid te scheppen: onder x aantal uren/inkomen worden geen premies afgedragen, waardoor ook geen belang voor werkgever om bezwaar te maken, en is er ook geen recht op WIA, hooguit op bijzondere bijstand indien dit nodig is om nog rond te kunnen komen. Overigens vergt dit dus wel weer een wetswijziging, dus dit zal geen kortetermijnoplossing kunnen zijn ben ik bang. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Voor de vangnetters; bij de huidige wet >> deze mensen hebben wel recht als elk ander op begeleiding vanuit de ziektewet; dit is een groep dat dan bijvoorbeeld door de SMV begeleidt kan worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Dank voor de aanvulling! Precies wat ik ook zie. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Er is al een drempel van minstens 35% inkomensverlies om in aanmerking te komen voor een uitkering. Die drempel moet niet nog hoger worden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Het idee is niet dat de mensen met kleine dienstverbanden geen vangnet hebben bij ziekte. Ook zij hebben een vangnet nodig. Echter zie ik bij deze groep vaak al allerlei financiële aanvullingen vanuit andere potjes. Waarom voor deze groep niet één pot? Een soort basisinkomen om op terug te vallen? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Ok, prima argument (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Die drempel benadeelt grote groepen mensen met een laag inkomen en veelal fysieke arbeid Dat klopt niet en is niet rechtvaardig juist ook gezien de aard van de werkzaamheden Dit moet dus totaal anders! Er is een systeem nodig voor ALLE werkenden om hen bij ziekte te helpen (en niet alleen financieel!) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Klinkt goed. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Hear hear! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal waar! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Aan de ene kant, helemaal mee eens. Ik moest eens naar het UWV voor mij bijbaantje (ik was student) omdat ik mijn been gebroken had. Aan de andere kant zijn er denk ik ook mensen die nog net een beetje kunnen leven doordat ze die paar uurtjes kunnen werken. Als dat wegvalt doordat ze arbeidsongeschikt raken, hebben ze lijkt me net zoveel recht op een uitkering als anderen, zeker als dat meer zou zijn dan de bijstand waarover gesproken wordt. Ik ben toch eerlijk gezegd van mening dat iedereen die in zijn levensonderhoud voorziet door middel van werk (en dus ook belasting afdraagt voor deze instituten), recht heeft op een beoordeling van het UWV. Misschien werkt die persoon wel twee banen en is alleen ongeschikt geworden voor de ene. Maar dan zakt hij/zij wel erg terug in inkomen omdat het samen een fulltimebaan was bijvoorbeeld. Dan is het toch niet meer dan logisch dat deze persoon tenminste gebruik kan maken van de re-integratiemogelijkheden die het UWV biedt? Want niet alles kan nu eenmaal fulltime aangezien er banen zijn die alleen deeltijd worden vergeven. En combineren van hetzelfde werk is vaak lastig vanwege concurrentiebedingen of onvoorspelbaarheid van de roosters. Dus, ik denk dat er zeker situaties zijn waarin iemand voor een 'klein' aantal uren in aanmerking zou moeten kunnen komen voor tenminste begeleiding vanuit het UWV, zoniet gewoon een uitkering. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ervaring leert helaas ook dat sommige werkgevers zich minder goed aan de regels houden bij weinig verdieners, die juist vaak al kwetsbaar zijn en rechtshulp minder goed weten te vinden. Het is goed dat we als UWV tenminste bij de RIV-toets (en overigens ook bij de toetsing verwijtbaar ontslag WW) daar enig toezicht op houden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- \* Kijk naar redenen van arbeidsongeschiktheid. Waarom raken er zoveel mensen arbeidsongeschiktheid? Te hoge werkdruk??? Digitalisering is fijn, maar betekent ook vaak dat er verwacht wordt dat je direct reageert. Te zwaar tillen in sommige beroepen (bv. zorg, bagage afhandeling op vliegveld). Zoek de echte oorzaak van de toename en kijk wat je daaraan kan doen.
  - \* de rol van de manager: bedrijven zullen het niet toegeven, maar als een medewerker die jarenlang prima gefunctioneerd heeft langdurig uitvalt keren managers zich vaak tegen hen. Dan wordt de werknemer onder druk gezet meer te doen dan hij kan. Bedrijfsarts gaat daar vaak in mee, want " wiens brood men eet, wiens woord men spreekt ". Ik heb het zelf meegemaakt en heb het bij verschillende mensen in mijn directe omgeving gezien.
  - \* er wordt nu gekeken naar functies die iemand kan uitvoeren, los van de vraag of deze functies wel in de regio beschikbaar zijn. Het is erg theoretisch. Maak het praktischer: kijk

naar aanwezigheid van functies in de regio. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Uw laatste punt zou ook mijn ultieme wens zijn, maar ik vrees dat dit nog tot veel meer uitvoeringsproblemen leidt. Of hebt u een idee hoe dit uitgevoerd kan worden? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Afstemmen met UWV WERKBEDRIJF. Zij weten toch wat er in een regio speelt?? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Kijk veel breder. Burn-out klachten komen zelden door werk alleen. Dit is een veel breder maatschappelijk vraagstuk. Zie ook de grote uitval onder jonge mensen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- De arbeidsdeskundige neemt altijd mee of er arbeidsplaatsen in de regio zijn voor de geduide functies. Dat is ook wettelijk vastgelegd. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Helaas niet mijn ervaring (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Stop met indicatie banenafpraak/beschut werk door UWV te laten beoordelen: gemeente gebruikt dit vooral om het juiste potje te kunnen aanspreken, maar dit levert in de praktijk niet betere ondersteuning op aan de betrokken cliënten. Ook zonder deze beoordeling weten gemeentes vaak al prima wat zij het beste kunnen doen voor deze mensen. Als we hiermee stoppen, dan schept dit weer ruimte voor de WIA-beoordelingen bij de betrokken VA-en en ad-en. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens. De indicatie banenafpraak op aanvraag van de gemeente is overbodig, omdat de gemeente dezelfde rechtsgevolgen kan bereiken met de praktijkroute. Beschut werk is inmiddels vanwege wachtlijsten in veel gemeenten alleen een ticket om op een wachtlijst te komen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Wellicht is het een simpele oplossing, maar laten we aan het begin van het proces een goede beoordeling doen: horen mensen echt wel thuis in de ZW? Ik kom vaak tegen dat mensen beoordeeld worden op een foute maatstaf, of dat mensen eerder een WIA hebben ontvangen en dat een herbeoordeling had moeten plaatsvinden, enz. En dan heb ik het nog niet over vragenlijsten die mensen moeten invullen waarover de va zich dan een beeld moet vormen....Er is een va tekort. Laat de SMV aan de voorkant de klant spreken. Zorg voor een volledig beeld van de klant. De basis moet goed zijn. Daar valt of staat alles mee en anders komt de wet van Murphy wel om de hoek kijken.... (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Eens dat de basis veel aandacht behoeft Zie veel antwoorden vanuit hoe het is Moet veel groter OM gedacht worden. (voorbeelden uit het buitenland bekijken !?) twee jaar vind ik als ervaringsdeskundige veel te lang Veel eerder duidelijker zijn door bijv. drie grote categorieën te maken : small medium large n.a.v. eerste inschattingen aangaande duur en ingrijpendheid van problematiek en durven schiften en benoemen! er is ook veel niet vnl. medisch : arbeidsconflicten bijvoorbeeld of loopbaanbegeleiding, hypotheek WIA instroom waarbij hoge woonlasten tot problemen leiden wanneer er op twee inkomens is ingezet en werk/zorg taken voor 1 van de partners te zwaar (b) lijken , dit gebeurt in de praktijk , maar daar zijn andere oplossingen voor nodig en geen instroom WIA o.i.d. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Moeten we niet kijken naar de OORZAKEN van het grote aantal arbeidsongeschikten? Wat is er in de samenleving aan de hand dat zoveel mensen niet meer (volledig) kunnen werken als gevolg van medische problemen? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Eens. En breder dan alleen medische problemen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Zorg dat de inspanningen de eerste twee jaar van ziekte gericht zijn op de daadwerkelijke behoefte van werknemer en werkgever in plaats van het voldoen aan administratieve verplichtingen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ja!!! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik denk dat het UWV veel efficiënter kan werken wat betreft de kwaliteit van administratieve werkzaamheden; vaak maatgevende functies incorrect, beoordelingen samentelling WAZO incorrect, leercirkel zou hierbij kunnen helpen als we de cultuur binnen UWV kunnen keren . Er is door de grote doorstroom van werknemers binnen UWV en te hoge werkdruk amper tijd om mensen goed op te leiden/ in te werken (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens, er moet meer tijd komen om mensen goed op te leiden/in te werken. Eenmaal ingewerkt, moet er ook tijd zijn om je kennis up-to-date te houden. Vanwege de hoge werkdruk wordt er nu vaak op automatische piloot gewerkt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
    - En stromen veel mensen ook weer uit? Want het is zo zwaar? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Bij re-integratie worden er allerlei oefeningen gedaan om inzicht te krijgen in wat iemand graag voor werk wil doen. In mijn geval was dat duidelijk: het werk dat ik deed en waar ik voor opgeleid was. Alleen was dat niet meer mogelijk. Op mijn vraag wat ik dan met mijn kennis/ervaring en mijn fysieke beperkingen wel zou kunnen of kunnen leren kon niemand mij antwoord geven " kijk maar naar vacatures". Er moet echte begeleiding geboden worden en je zou bij werkgevers geïntroduceerd moeten worden. Het is verdraaid moeilijk om bij een potentiële werkgever over je beperkingen te praten. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - De nieuwe 60+ regeling vind ik qua rechtsongelijkheid niet acceptabel (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Mee eens. Betere begeleiding in het zoeken naar ander werk. Heel hard nodig. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- In situatie dat er meer verdiend wordt dan de restverdiencapaciteit de RVC aanpassen aan inkomsten die verdiend worden over een bepaalde periode. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
  - ... Als je meer verdiend dan de rvc vervalt je uitkering toch? Waarom zou de rvc moeten worden aangepast? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Bepaalde ziektebeelden altijd IVA beoordelen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
  - Mee eens - dat zou een hoop gedoe schelen - stel daarbij het loonwaardig kunnen werken centraal (niet alleen in theorie maar ook in de praktijk)- en ga daar dan wel reëel mee om. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Loonwaardig kunnen werken. Geweldige term! Exact waar ik tegenaan liep (ik kan nog wel iets, maar niemand gaat me daarvoor betalen). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Hier hetzelfde! Geen werkgever gaat mij betalen voor wat ik nog kan. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Term duurzaamheid standaard toepassen zonder (her)beoordeling. Na 5 jaar 80-100 altijd naar IVA (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
  - Goed idee! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ik ken iemand die dus juist niet in de IVA wil omdat het dan veel moeilijker wordt mocht ze op een gegeven moment toch weer wat kunnen verdienen. Ik heb me hier zelf nog niet in verdiept (want ik ga er nog steeds van uit dat ik ooit wel beter wordt) dus ik weet het fijne er niet van. Maar als dit klopt, is dit dus waarschijnlijk niet voor iedereen een hele

- prettige oplossing. Kan het in de WGA niet gewoon flexibeler worden om contactmoment etc. in te plannen? Meer maatwerk in plaats van rigide procedures? Kan zijn dat dat niet werkt hoor, maar denk ik stel het voor. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Regeling 60+ die nu geldt (80-100 zonder toerekenen aan werkgever bij WGA ER) naar een leeftijd die veel lager ligt mogelijk maken. Bijvoorbeeld 57 jaar/55 jaar. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
    - Niet doen. Dan wordt de WIA (nog meer) een pensioenregeling. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
    - Waarom zou je dat doen? Je schrijft die mensen wel af. Daar worden ze niet beter van. De WIA is geen VUT of pensioenregeling. Als het enige argument is het ontlasten van de VA dan kun je de grens bij wijze van spreken net zo goed bij 25 jaar leggen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
      - Je schrijft mensen niet af! Ze worden in de praktijk toch nergens meer aangenomen. Zelfs gezonde werknemers van 60+ komen moeilijk aan de bak, ondanks tekorten op de arbeidsmarkt. Met deze regeling kunnen ze verder met hun leven en zich bijvoorbeeld nuttig maken met vrijwilligerswerk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Het is vreemd dat werkgevers er financieel nadeel van kunnen ondervinden als iemand in de WIA komt. Alleen als het echt veroorzaakt is door de werkgever is dat redelijk, maar een werkgever kan er niks aan doen als medewerkers long covid, reuma, MS, kanker etc. krijgen. De medewerkers evenmin. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Een aantal diagnoses zoals long covid (werken zonder juiste PBM) en kanker (werken met bijvoorbeeld chroom 6 of PFAS zonder wederom de juiste PBM) zijn wel degelijk vaak ziekten, waarvoor een werkgerelateerde oorzaak is aan te wijzen, dus zeggen dat de werkgever daar niets aan kan doen, is erg kort door de bocht. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Klopt. Maar dan zou de werkgever daar ook consequenties van moeten ondervinden, maar in de meeste gevallen is dat niet aan de orde. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - De wet van de grote getallen: diagnoses die niet-werkgerelateerd zijn, zijn normaal verdeeld en komen min of meer in gelijke percentages voor bij alle werkgevers. Een werkgever met 700 werknemers heeft er gemiddeld 1 met MS, een werkgever met 10.000 werknemers gemiddeld 14. Dat argument gaat dus niet op. Maar als je maar 10 medewerkers hebt, en tóch 1 met MS, dan is dat inderdaad pech. Maar dan kan je je als kleine werkgever weer voor verzekeren. Waar het grotere verschil ligt (en waar de premiedifferentiatie deels uit voortkomt) is dat veel werkgevers onvoldoende investeren in re-integratie en dat daarom mensen (onterecht) de WIA-poort halen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Mag ik dat aanvullen? Werkgevers investeren niet alleen te weinig in re-integratie, maar (dus) ook in herstel. Wat nog veel meer problemen oplevert voor de werknemer zelf. Ik denk dat er meer focus moet komen op herstel zodat re-integratie ook werkt. Naast dat er inderdaad ook beter geïnvesteerd moet worden in re-integratie, maar ik denk dat dat voor werkgevers ook best lastig kan zijn. Misschien als dit in samenwerking met het UWV kan dat het beter gaat. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Isoleer de achterstanden vanaf een bepaalde datum (bijv. 1-4-24 of 1-7-24) en behandel deze als separate groep. Voor deze groep kunnen separate maatregelen worden genomen. Deze maatregelen kunnen dan veel soepeler (lees: in het voordeel van uitkeringsgerechtigde) zijn. Dit zijn immers mensen die al lang wachten op uitsluitel. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Als artsen minder hoeven te rapporteren kunnen ze net als vroeger meer cliënten dan 2-3 per dag spreken. Hogere productie zal leiden tot afname wachttijd. De beoordeling zelf mag minder tijdrovend voor arts zijn. SMV kan hier ook al rol inspielen door vooraf bekende informatie al te verwerken. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Los van de mismatch, zowel de FML als de functies die de arbeidsdeskundige vindt staan nogal ver van de realiteit af. Bovendien wordt de FML door werkgevers gebruikt als een checklist wat je kan. Staat er bijvoorbeeld dat je 100 meter kan lopen, dan eist de werkgever dat ook. Er staat niet hoe vaak je dat per werkdag/etmaal kan. Er wordt ook geen rekening gehouden met de wisselende belastbaarheid die bij heel wat ziektebeelden een rol speelt. Wat de ene dag lukt, is een andere dag onmogelijk. Hier moet ook wat aan gedaan worden-op langere termijn. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Theoretische schatting komt niet altijd overeen met de realiteit maar andersom ook niet. Een werknemer kan soms meer werken dan dat theoretisch wordt ingeschat. Maar anderzijds zijn de theoretische geschatte functies ook niet altijd de meest passende en komen ze niet overeen met de werkelijke mogelijkheden van de desbetreffende medewerker. Meer kijken ook naar de individuele medewerker en diens mogelijkheden. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Klopt. Theoretisch was ik ooit 60-80% arbeidsongeschikt, maar ik werkte in de praktijk 75% in mijn eigen werk. Later namen mijn klachten toe. In theorie zou ik 10 uur per week/2 uur per dag kunnen werken, maar dit is in de praktijk helemaal niet haalbaar. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Afschaffen van ERD. Bij Eigen Risico Draggers zien we te vaak dat de re-integratie-inspanningen alleen voor dossieropbouw worden gedaan, zonder dat de persoon er iets aan heeft. De persoon is hiervan de dupe, de werkgever heeft de voordelen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Er wordt in de reacties heel vaak gesproken over het belang van re-integratie. Echter, dat is in de eerste 2 jaar al gebeurd en dat heeft niet tot volledige werkhervatting geleid. Daarom wordt er gevraagd om een uitkering. Het UWV moet beoordelen of degene daar recht op heeft. Als we iets anders willen moeten we dat duidelijk maken, maar re-integratie is primair iets voor de eerste 2 jaar. Wie ten tijde van de keuring zijn restcapaciteit nog niet benut, kan evt. door het WERKbedrijf verder geholpen worden, want het dienstverband met de werkgever eindigt dan waarschijnlijk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Uit mijn eigen persoonlijke ervaring zou ik zeggen dat de wetgever beter begeleidt moet worden in het re-integratieproces. En even iets anders, ik begrijp dat je je als werkgever op verschillende niveaus zullen we maar zeggen kunt verzekeren. Even daargelaten dat sommigen dat wel fijn vinden omdat ze dan de kosten (denken te) kunnen drukken, is dat wel verstandig? Gezien zoals iemand al opmerkte het voorkomen van bepaalde aandoeningen verdeeld is over de samenleving en een klein bedrijf dus eigenlijk benadeeld wordt hierin. Omdat ze of kunnen kiezen voor een hele dure verzekering die ze misschien niet nodig hebben. Maar als ze dat niet doen en hun enige medewerker krijgt ALS of zo, dan zijn ze gewoon de sjaak. Is een verzekering met 1 premie (per medewerker of geen idee hoe dat werkt) niet veel eerlijker? Dat scheelt ook geharrewar over IVA en WGA en weet ik niet wat omdat die arme persoon probeert zijn bedrijf overeind te houden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik denk dat we de professionaliteit van UWV efficiënter in kunnen zetten en preventief moeten inzetten, waardoor wellicht een WIA-aanvraag niet nodig hoeft te zijn. UWV acteert zodra er een aanvraag WIA wordt ingediend of bij een deskundigenoordeel. De behoefte ligt bij een samenwerking met Arbo, werkgever en werknemer. Samen weet je meer en doe dat rond het 1e ziektejaar. Werkgever wil het goede doen en



- arbeidsdeskundige UWV weet wat hiervoor nodig is. Hiermee is er in eerdere stadium informatievoorziening en voorkom je in ieder geval een deskundigenoordeel. De no-riskpolis beschikbaar stellen gedurende 104 weken in de ziekwet. Eigen werkgever en andere werkgevers willen met low financial risk eerder overgaan tot een dienstverband. Denk bijvoorbeeld aan kleine werkgevers. Je zou hierbij kunnen kiezen voor een andere duurdatum. Nu is het zo dat het interessanter kan zijn om de 104 weken wachttijd vol te maken voordat je werknemer/cliënt in dienst neemt. Daarnaast samenloop van uitkeringen voorkomen door doelgroepen uit te sluiten. Denk hierbij aan WAJONG/Participatiewet. We moeten het minder complex maken, zonder mensen te kort te doen. Als je van de vele aanvragen herbeoordelingen van werkgever af wilt, zul je hierover andere afspraken moeten en ook moeten hebben over premiedifferentiatie. Tot slot de beoordelingssystematiek. Een tijdrovende klus. Een FML en het CBBS zou meer voor de professionals moeten werken met een ingebouwde functie die kan nadenken. Ik zal dit deel met mijn idee erbij moeten toelichten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Nee. Of ik ben er inmiddels te lui en moedeloos voor. Dat vind ik ook goed. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - 1. UWV is vandaag de dag onvoldoende in staat haar wettelijke taak uit te voeren. De private markt beschikt over de juiste kennis en kunde en biedt deze kennis en kunde aan t.b.v. de al gepresenteerde oplossingsrichtingen: voeg een onafhankelijk toezichthoudend orgaan toe, maak samenwerken mogelijk, op basis van gelijkwaardigheid ingegeven door hybride stelstel. Zowel in aanpak bij optimale begeleiding van (ex) medewerkers, ingegeven door (techniek gedreven) oplossingen en data (dossier op 1 plek, compleet dossier en voorspelbaarheid o.b.v. data) , medische expertise (bedrijfsarts, verzekeringsarts, arbeidsdeskundige etc.) etc.
  - 2. Het stelsel niet aanpassen aan het gebrek aan wettelijke uitvoering door UWV, cq aanpassen aan de verzwakking, wel de uitvoering effectiever organiseren en daarmee versterken. De publieke en private markt slaan de handen in een: de (ex) medewerker en zijn of haar mogelijkheden en de werkgever staan centraal. Biedt het UWV de mogelijkheid om ""haar huis op orde te krijgen"" door werk wat nu exclusief belegd is bij het UWV ook door de private markt te laten uitvoeren. De technologie, innovatiekracht, kennis en capaciteit in de private markt maakt dat mogelijk. Dit doel is te realiseren door een onafhankelijke private keuringsinstelling op te richten die UWV ontlast. Private uitvoerders en verzekeraars zouden gezamenlijk de oprichting kunnen financieren. En de keuringsdienstverlening zou beschikbaar moeten zijn voor álle eigenrisicodragers. Dus ook voor werkgevers die zelf, zonder ondersteuning van een gespecialiseerde uitvoerder, invulling geven aan het eigen-risicodragerschap. De aanwezigheid van een private keuringsinstelling naast UWV doet recht aan het marktaandeel van eigenrisicodragers voor de WGA en de Ziektewet. Samen vertegenwoordigen zij ongeveer de helft van de loonsom, een situatie die nu al geruime tijd stabiel is. Analyse wijst uit dat circa 40.000 keuringen uitgevoerd kunnen worden door een private uitkeringsinstelling. Vanzelfsprekend horen de kwaliteit en onafhankelijkheid van sociaal-medische beoordelingen te zijn gewaarborgd, ongeacht de vraag wie ze uitvoert. Dit is wat ons betreft te organiseren door UWV (toezicht tijdig in het proces gewaarborgd, Bezwaar en Beroep vindt plaats door UWV) of een onafhankelijke derde partij toezicht te laten houden." (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Er wordt steeds over re-integratie gepraat en over hoe belangrijk een betaalde baan is voor een zinvol leven. Hierbij wil ik toch wat kanttekeningen plaatsen:
    - \* voor sommige mensen is een betaalde baan gewoon geen optie meer. Dat lijkt niet door te dringen.
    - \* re-integratie is iets van de eerste twee jaar. De WIA-keuring is om te kijken of iemand aanspraak kan maken op een uitkering. Zo nodig kan UWV Werkbedrijf na de keuring

iemand verder helpen bij het vinden van werk.

\* een kleine baan (als die gevonden wordt) is niet altijd een oplossing, zeker niet financieel. Stel dat je eerst 3000 Euro netto per maand verdiende en met een kleine baan nog maar 800 Euro. Dan heb je echt een uitkering nodig. Met een kleine baan mis je veel informatie en sociale contacten op je werk en je voelt je er vaak niet echt bijhoren. Vrijwilligerswerk kan ook bijdragen aan een zinvol leven, weet ik uit ervaring. Ik doe zelf vrijwilligerswerk van huis uit en op momenten dat ik me goed genoeg voel. Sommige weken helemaal niet, andere weken 3 uurtjes hooguit. Incidenteel naar kantoor. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- VA en anderen binnen UWV gaan er nu op voorhand vanuit dat je fraudeert. Het zal vast wel eens voorkomen, maar in de eerste 2 jaar zijn die er in de meeste gevallen uitgefilterd. De meeste mensen willen doorgaan met hun leven, liefst beter worden en blijven werken. Ga eens standaard uit van de goede wil van de cliënt. Luister naar het dagverhaal, check of iemand elke dag/week hetzelfde kan, vraag wat iemand zelf op basis van ervaring vindt dat hij kan (zowel qua werk als anderszins). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ja, en wees ook reëel in mogelijkheden: als je 6 uur per dag kan zitten kan je niet per se 6 uur werken (bij werken komt ook concentratie kijken) en 6 uur zitten in een fauteuil is anders dan 6 uur op een bureaustoel. En begin niet over het al dan niet maatschappelijk aanvaardbaar zijn van het feit dat je ziek bent. Dat is niet relevant, want je hebt er niet voor gekozen. U zult misschien denken dat dit niet voorkomt, maar ik heb het wel ervaren en sommige mensen die ik ken ook. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een VA moet inschatten of en op welke termijn verbetering te verwachten valt, maar in de curatieve sector weten specialisten dit soms niet eens. Stop hiermee, want het is koffiedik kijken. Een voorbeeld: iemand had te weinig bloedplaatjes (structureel) en de behandelend arts stelde voor de milt weg te halen want dan is het probleem vaak over. Milt verwijderd, maar het probleem is helaas niet opgelost. Een VA zal aangeven dat na verwijdering van de milt de cliënt hersteld zal zijn. Als dat niet zo blijkt te zijn moet je je tong uit je keel praten om dat te "bewijzen". (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Laat de beoordeling of er verbetering mogelijk/te verwachten is achterwege want dat is in een glazen bol kijken. Iedereen is anders en reageert anders op een behandeling. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Afschaffen onderscheid WGA 80-100% en IVA, duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid is niet te voorspellen, zelfs in de curatieve sector weet men vaak niet of iemand zal herstellen/verbeteren. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- In de eerste twee jaar moet de werkgever eerst kijken of met aanpassingen de huidige functie passend te maken is, bijvoorbeeld vervang een taak die niet meer kan door een taak die wel kan, regel bijvoorbeeld een ander soort stoel, zorg voor een printer die dichtbij genoeg is etc. Wees creatief! Als dit echt niet lukt, kijk dan naar een andere functie bij dezelfde werkgever. Daarvoor is het essentieel om goed in beeld te hebben wat iemand wel en niet kan. Functies kunnen met goede wil en creativiteit passend gemaakt worden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Er heerst vaak het idee dat je zo snel mogelijk uit de uitkering moet. Voor de overheid is dat financieel aantrekkelijk, maar het kan lang niet altijd. De meeste mensen willen het liefst zonder uitkering, maar als hun gezondheid dat niet toelaat moet het met uitkering. Er wordt hier vaak gezegd dat we medicaliseren. Daar ben ik het niet mee eens. Mensen doen een beroep op de WIA omdat ze door gezondheidsproblemen niet meer (volledig) hun oude werk kunnen doen en daardoor inkomstenderving hebben. De WIA is bedoeld om dat verschil in inkomsten enigszins op te vangen. Bij re-integratie moet je weten wat iemand NIET kan om vast te kunnen stellen wat iemand nog WEL kan. Bij de beoordeling moet ook

meegewogen worden hoeveel tijd iemand kwijt is met een behandeling. Dat kan variëren van een keer per paar maanden een controle tot meerdere malen per week fysiotherapie. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Breek de muren af van de termijnen. Zorg voor een integrale aanpak vanaf het moment dat blijkt dat iemand niet binnen een paar maanden terugkomt. Waarom pas na 2 jaar naar UWV? Als UWV en bedrijfsarts eerder gaan samenwerken en er eerder "potjes" om oplossingen te financieren open kunnen (of langer) komt de WIA minder in beeld. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Als ik dan toch in mijn helikopter zit met vergezicht: Is UWV wel de juiste partij voor medische keuringen? Moeten we niet toe naar een situatie waarin iedereen doet waar die goed in is. UWV kan heel goed de uitkeringen verzorgen, maar is misschien minder goed in begeleiden en beoordelen. Begeleiden: regionale mobiliteitsteams. Beoordelen: De bedrijfsarts +. Als die meer verantwoordelijkheden krijgt en ook ter verantwoording geroepen kan worden laat die zich niet door opdrachtgevers beïnvloeden. Dan komen op dit niveau meer medici vrij. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Maar dan moet er wel wat geregeld worden op gebied van wet- en regelgeving ... ben ik bang.... (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

## Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. gegevensdeling)

### TOELICHTING

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.

### Reacties op de toelichting:

- Er wordt voortdurend gesproken over een tekort aan verzekeringsartsen (VA) genoemd mismatch. Ervan uitgaande dat dit het probleem is wordt al jaren (tevergeefs) veel energie gestoken in het uitbreiden van de VA capaciteit (werving & selectie, financiële beloningen, taak delegatie, samenwerking zorgcollegae ect). Eenieder, ook in deze consultatie, wordt opgeroepen het hoofd te pijnigen om met (nog meer) ideeën te komen om de medische lijn uit te breiden. Maar stel dat de VA capaciteit niet zozeer het probleem is, maar juist het niet kunnen loslaten van deze overtuiging dit is? Omdat deze overtuiging een drempel opwerpt voor andere oplossingen? Worden in deze consultatie wel de juiste vragen gesteld? En stel als al deze energie, denk en daadkracht zich zou richten op het investeren in de burgers om het arbeidsvermogen te vergroten zodat meer kans is op een duurzame werkhervatting? Want kijk eens goed om je heen en zie hoe de wereld t.o.v. 30 jaar geleden is veranderd. De kwetsbaarheid van burgers is toegenomen en ingewikkelder: het vertrouwen in overheid neemt af, een woning is niet meer zo vanzelfsprekend, de zorginrichting hapert, de arbeidsmarkt is complexer en hapert en dit alles uit zich in een complexe sociaal/medische problematiek en afname van doenvermogen van burgers. De oplossing is er, iets anders doen dan UWV al 30 jaar doet, maar er wordt hier van weg gebleven. De veranderde wereld vraagt om een UWV met een andere handelwijze waarbij andere professionals als arbeidsdeskundigen of re-integratieprofessionals een prominenter rol dienen te krijgen en de samenwerking met de private partners geïntensiveerd wordt. Dan zou het zomaar kunnen dat de zg mismatch zich vanzelf oplost, omdat er simpelweg minder claimbeoordelingen zijn, alleen nog van die burger waarvoor na 2 jaar intensieve begeleiding boven water is komen te staan dat hij (nog) niet kan werken. En al die andere burgers? Die werken of zijn goed toegerust om weer mee te kunnen doen op de arbeidsmarkt. (Beleidsmedewerkers)

### VRAAG 1: Waar denk jij aan als het gaat om samenwerking in de medische keten?

- Samenwerking tussen UWV en arbodiensten WG. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eerst moeten er meer eisen komen aan wat de BA/arbodiensten precies moeten doen. Het is nu een administratieve geldmachine geworden - de echte bedrijfsgeneeskundige begeleiding moet terug waarin de BA samen werkt met de behandelaren en het bereiken van optimale herstelkansen centraal moet komen te staan. Vervolgens vanuit hier aanturen dat werkgever en werknemer de optimale re-integratiekansen ook werkelijk benutten (geen voor de vorm trajecten maar echt werk maken van werk) - en dan is de UWV-beoordeling ook meteen makkelijker (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens, mits gericht op betere kennis- en dossieroverdracht wat leidt tot een snellere en beter beoordeling meer en waardoor onder meer dubbel zoveel mogelijk wordt voorkomen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- De curatieve sector/ Arbodienst verlening als ook UWV werken met taakdelegatie; is zie daar een mooie mogelijkheid om gezamenlijk op te trekken als verpleegkundige en voor de burger een vangnet te maken waarbij alle aspecten samen komen en de burger / maatschappij bediend kan worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Vooral het samenwerken tussen arbodiensten en UWV. De curatieve sector denkt echt op een heel andere manier over hun cliënten, terwijl we allemaal hetzelfde doel hebben, namelijk de gezondheid bevorderen. De curatieve sector houdt zich bezig met het behandelen van de ziekte, wij (UWV en Arbo) kijken naar, wat kan je nog doen met deze ziekte. Door deze gemeenschappelijke blik kunnen we goed samenwerken. Bedrijfsartsen moeten dan het UWV niet meer zien als grote vijand, en de verzekeringsartsen moeten erkennen dat die bedrijfsartsen zo slecht nog niet zijn.... (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Niet mee eens - de curatieve sector behandelt tegenwoordig vanuit de vraag aan de patiënt: wat is je doel. De BA moet de werknemer ondersteunen in het goed bepalen van de doelen die bereikt moeten worden, in goede samenwerking met werkgever - en vervolgens zal de BA ook af kunnen stemmen met de behandelaar. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- De cliënt/patiëntreis centraal, korte lijntjes, binnen en buiten de organisatie. Er vanuit gaan dat we binnen de kaders het beste willen voor patiënt/cliënt, samenwerken levert meer op dan tegenwerken. Arboprofessionals in huisartsenpraktijk en ziekenhuis (loket). (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - En nog veel breder dan dat input toelaten van diegenen die betrokken zijn bij proces van de cliënt (HA BA maar ook coach, leidinggevende) dat leidt tot integraal inzicht in de totale en werkelijke problematiek Hoe beter deze basis input en diagnose uitgangssituatie hoe groter de kans op gerichte en goede oplossingen Als het bijvoorbeeld ook om schulden gaat dan dit eerst aanpakken etc. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Er is nu sprake van een gescheiden re-integratieverantwoordelijkheid privaat-/publiek. "Vroeger" zaten de bedrijfsarts en de verzekeringsarts en vaak ook de arbeidsdeskundige samen aan tafel bij Sociaal medische teams (SMT) van de werkgever. Voordeel: verschillende disciplines in een vroeg stadium aan tafel kunnen herstel en re-integratie bevorderen. Mocht het toch leiden tot aanvraag WIA, dan is het dossier bij UWV al bekend en hoeven we niet pas na twee jaar (zoals nu het geval is) informatie te verzamelen en te interpreteren. Bovendien zou in principe de RIV-toets achterwege kunnen blijven (immers de re-integratie-inspanningen van de werkgever zijn reeds meegenomen tijdens de SMT's) (Beleidsmedewerkers)
- Is het mogelijk om verzekeringsartsen van private verzekeraars na een training in te zetten voor WIA-keuringen? Dus een soort "uitleen" van personeel? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Samenwerking specialisten (na toestemming cliënt) en VA. Waardoor een ziektebeeld op waarde geschat is, en het proberen van de VA om op de stoel van de specialist te gaan zitten afgestopt wordt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Oordeel bedrijfsarts is leidend. Vaak ontbreekt informatie uit de behandelende sector en wordt ook deze niet opgevraagd terwijl dat wel had moeten. Doordat de verzekeringsarts de concrete vragen stelt over de prognose van de belastbaarheid van de werknemer aan de behandelende sector wordt zijn rapport ook beter onderbouwd. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Klopt - alleen zou dit al de taak van de BA moeten zijn - zodat de verzekeraar alleen hoeft te toetsen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Samenwerking tussen ziekenhuis en arbodienstverlening is er momenteel niet, binnen het ziekenhuis heerst soms argwaan over de arbodienstverlening (welke belangen behartigen zij?), soms versterkt door de ervaring/onzekerheid die de patiënt deelt, en artsen in het ziekenhuis willen een goede patiënt/arts verhouding behouden. Voor zover je van samenwerking kan spreken met gegevens uitwisseling, vragen in geschreven brief roepen daardoor vaak vraagtekens op (wat wil die verzekeringsarts/bedrijfsarts weten? Waarom stelt hij deze vraag? is dit in het belang van mijn patiënt? worden de gegevens wel juist geïnterpreteerd als ik deze deel?), maar ook komen deze vragen soms pas veel later wanneer patiënt allang uitbeeld is in het ziekenhuis. Onbekend maakt onbemind. (Onderzoekers)
- Ik schreef elders in een discussie het volgende: Het proeft allemaal als "niet onder leiding" willen werken. Dan lijkt de wereld er allemaal veel beter uit te zien. Je kunt je toch geen sector meer voorstellen waar je bijvoorbeeld geen productieafspraken maakt. Binnen UWV moet dat toch ook gewoon mogelijk zijn. Belangrijker lijkt mij het optuigen van een "gezamenlijk medisch dossier" waar vanaf de ziekmelding elke discipline zijn of haar bijdrage aan levert (huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, paramedicus en ga zo maar door). Een systeem dat toegankelijk is voor ieder genoemde discipline). Bij einde wachttijd ligt er dan een compleet dossier waar de verzekeringsarts zijn of haar visie over kan geven en tot een beoordeling kan komen. Zorg dat in de "(para)medische keten" de schotten weggaan en er gedurende de ziekteperiode adequaat aan een "cliënt dossier" wordt gewerkt. Levert m.i. meer op dan als medisch collectief zelfstandig te gaan. Maar goed, ik ben ook maar een leek. Maar het gaat per slot van rekening om de cliënt. Werk met elkaar aan een goed medisch dossier en probeer te ontschoten i.p.v. te ommuren. (Overige geïnteresseerden)
- In Nederland hebben we artsen die behandelen en andere artsen die beoordelen. Beide doen is tegen het Nederlandse tuchtrecht. Soms is inderdaad behandelen strijdig met beoordelen, maar in heel veel gevallen is de vraag of iemand ziek/arbeidsongeschikt is binair (zwart-wit). In de huidige wetgeving is het binaire al verwerkt voor iemand die in het ziekenhuis ligt (geen benutbare mogelijkheden heeft); de taak van de arts is dan beperkt tot vaststellen of iemand echt in het ziekenhuis ligt. Waarom dat niet uitbreiden en bijvoorbeeld bij functionele eenarmigheid vastgesteld door een arts ook volledige arbeidsongeschiktheid aannemen? Er zijn situaties waarin desondanks de arbeidsongeschiktheid nu lager uit komt, maar de beoordeling kost veel tijd en levert weinig op. Naast eenarmigheid zijn er ongetwijfeld meer ziektes/gebreken aan te nemen. Aanpassing van de formele wetgeving is niet nodig. Dit kan al geregeld worden in het Schattingsbesluit. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Aan het gezinssysteem. En aan het besef van loondoorbetaling voor mogelijk een van de leden daarvan. Niet dat ik dat nodig vind maar er wordt gevraagd waar ik aan denk, niet waarom ik dat doe. Bij een waarom denk ik aan het benoemen van verzuim als verlof, want wat is het anders? Een verlofbeleid kan dan alle aspecten van verlof en loondoorbetaling (of niet) omvatten. Soms zal een deskundig advies over belastbaarheid, aanpassingen, duur en ongeschiktheid in die context gewenst zijn. Niet omdat het formeel is voorgeschreven, wel om dat het bijdraagt aan dat verlof. Of beëindiging ervan. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Een taal spreken over medisch objectiever ziek/ niet ziek /arbeidsongeschikt/ arbeidsgeschikt. Een taal spreken over de belastbaarheid met één instrument en zodanig er- en herkennen in de samenwerking. Beter samenwerking hiermee in de keten, keten kunnen opvolgen in plaats van ter discussie te stellen (RIV-toets) en door te pakken op tot

heden gevormd medisch beeld bij een zieke werknemer. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Overleg/contact tussen behandelaren en VA. Liefst ook BA natuurlijk. Zonder uit het oog te verliezen welk specialisme iemand heeft. En ik zeg dan niet dat de VA helemaal niks mag vinden van het medisch traject, een extra paar ogen is sowieso nooit mis en het is altijd mogelijk dat er dingen niet gezien zijn. Maar indien er ingegaan wordt in medische zin tegen de medische behandelaar moet daar wel een goed argument voor zijn. Nu ben ik op zich ook van de intuïtie, dus dat mag zeker, maar dan moet er ook de ruimte zijn om het te kunnen toetsen voor de cliënt. Tip: Neem ook paramedische behandelaren mee in dit contact, zij zijn soms/vaak beter op de hoogte van de daadwerkelijke impact van fysieke (of mentale) beperkingen op de mogelijkheden van iemand. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

## **VRAAG 2: Op welke manier kan versterking van de samenwerking met professionals in de curatieve sector en in de arbodienstverlening bijdragen aan een vermindering van de mismatch?**

- \* Begin eens met de rapportage van de bedrijfsarts/werkgever grondig te lezen. Daar kan je al veel informatie uithalen.
- \* maak een vast formulier voor de curatieve sector en vraag naar essentiële zaken, niet naar het volledige dossier. Vraag naar: diagnose, behandeling, resultaat van behandeling, beperkingen van de patiënt/client, prognose (volledig herstel, gedeeltelijk herstel, blijft hetzelfde, achteruitgang) (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- En op welk moment de bedrijfsarts welke adviezen gaf en hoe dat heeft uitgewerkt. Ik wil helemaal geen volledig dossier met 12 keer dezelfde tekst en een klein regeltje toegevoegd, ik wil vooral de nieuwe bevindingen, maar die zie ik zelden goed genoteerd. De gekopieerde tekst van eerder is slechts verwarrend. De aantekeningen van de bedrijfsarts zijn niet alleen voor eigen geheugen, maar ook voor de verzekeringsarts om te snappen hoe het e.e.a. gegaan is. Het zou enorm fijn zijn als dergelijke zaken helder en met redenen omkleed genoteerd zouden zijn. Ik heb niets aan 'gaat niet goed' of 'komt met echtgenoot'. Wel aan: hervatting is niet gelukt, want na x uur werken met in taak y nam de pijn in de knie te veel toe, met zwelling welke pas na 3 dagen weer afnam. Zoiets. Dan weet je wát er niet goed gaat. Bij 'zit in rolstoel' wil ik graag weten of dat alleen vanwege het lopen naar de spreekuurlocatie is, of altijd en de gehele dag, etc. Dossierlezen is doorgaans een puzzel leggen waar meer van de helft van de stukjes van ontbreekt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- In die prognose geven zit het heikele punt. De KNMG stelt: "Het is behandelend artsen niet toegestaan om geneeskundige verklaringen op te stellen. Het geven van een oordeel over een eigen patiënt is in strijd met vaste tuchtrechtspraak en met de regels van de KNMG. Dat geldt ook voor prognoses van andere doelen dan de behandeling." Hier wordt naar gevraagd, maar dit is voor artsen uit de curatieve sector een gewetensvraag waar ze mee worsten hoe je dit moet beantwoorden. (Onderzoekers)
  - Dan moet daar denk ik toch eens naar gekeken worden. Of het hele format van de beoordeling moet anders, want op het moment ben ik als cliënt dus de enige informatiebron. En ondanks dat ik mezelf wel vertrouw het allemaal op een rijtje te hebben is het uiteindelijke overbrengen van de nood en het probleem tot in detail soms iets te veel gevraagd. Naast dat ik natuurlijk positief probeer te blijven, anders kun je er wel direct een psycholoog naast zetten. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Opvragen informatie van de curatieve sector anders inrichten. Met digitale dossiers moet het mogelijk zijn per aandoening relevante informatie te delen met een dossier bij bv bedrijfsarts. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Dat zou heel fijn zijn, maar de wettelijke scheiding tussen controle en behandeling zit dat in de weg. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Mocht het duidelijk zijn dat een patiënt op heden geen benutbare mogelijkheden heeft, dan zou dat ook door een (behandelend) arts vastgesteld kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan mensen die aan het begin staan van een zwaar revalidatietraject na een ongeluk of iets dergelijks. Mogelijkerwijs kan dat werk uit handen nemen van de VA's (Beleidsmedewerkers)
  - Vergeet niet dat mensen met sommige aandoeningen een heel wisselende belastbaarheid hebben, wat de ene dag kan is een andere dag onmogelijk. Een behandelend arts kan hier informatie over geven. Maak daar gebruik van! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens! En andere werkvelden ook Re-integratie/ loopbaan coaching bijvoorbeeld ook hier zijn oplossingen voor weet ik als ervaringsdeskundige Thuiswerken bijv. of voor jezelf beginnen zodat je kan schakelen op je energie en je eigen agenda beheert !Veel breder leren kijken en denken dus en veel minder puur op advies van zogenaamd zuiver medische gegevens Praktisch denken en in oplossingen voor client en systeem beter! Rol van VA te groot en doorslaggevend in huidige setting (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - VA zouden verplicht moeten worden de behandelend arts te raadplegen, en dit niet doen, zou een ongeldigheids criterium voor een beoordeling moeten zijn als het tot bijvoorbeeld een hoorzitting of rechtszaak komt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Eens! Raadplegen van de behandelaar (arts, fysiotherapeut, psycholoog etc.) moet verplicht zijn. Daarnaast een verbod om een diagnose/belastbaarheid vast te stellen die strijdig is met de visie van de behandelaar. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
        - EENS, maar heeft de arts voldoende breed beeld? Wat als er tegenstrijdige adviezen komen? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - In de praktijk volgen we dit soort problematiek als artsen al op afstand, door verpleegkundigen of medewerkers verzuimbeheer in te zetten. Mensen die aan het begin van een intensief behandeltraject staan worden in mijn beleving zelden opgeroepen voor een (ziektewet)beoordeling. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Denk en doe als verzekeringsarts niet alsof je het beter weet dan de specialisten die de cliënten behandelen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal mee eens! Schoenmaker blijf bij je leest. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Eens (arts UWV). Andersom geldt het dan ook: behandelende artsen doen geen uitspraken over het wel of niet kunnen werken. In de praktijk gebeurt dit veel en halen cliënten dit aan tijdens de gesprekken (logisch hoor). Echter, de behandelende artsen zijn niet opgeleid om gedegen uitspraken te doen over wel of niet kunnen werken. Soms zijn er wel degelijk mogelijkheden, maar zit de cliënt in de passieve stand 'omdat de dokter heeft gezegd dat het niet kan'. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Ja, precies. Als een behandelend arts een rustadvies geeft, zou het erg fijn zijn als dat gepaard gaat met een dosering en maximale duur. 'doe maar even rustig aan' wordt al te vaak begrepen als 'ik mag niets doen'. (UWV: Medische praktijkprofessionals)



- Neem aan dat het vaak duurt tot de volgende afspraak met de arts. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- VA, je bent geen specialist, ken je plek. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - VA is een generalist als het gaat om kennis van ziektebeelden, maar erkent dat vaak niet. Wees je ervan bewust dat een medisch specialist veel meer over een bepaald ziektebeeld weet dan jij en maak gebruik van die deskundigheid. Bel op en vraag meer achtergrondinformatie als je weinig over een bepaalde aandoening weet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Door vanuit de klant te denken: ziekte wordt door de curatieve sector vastgesteld, werk en re-integratie door de werkgever, recht op langdurige uitkering door UWV. Als we dat loslaten en al vanaf het ontstaan van klachten een samenwerking hebben tussen de curatieve sector en Arbo / UWV dan kunnen we niet alleen langdurige uitval voorkomen maar ook de zorgkosten terug dringen door gevolg klachten ( aandoeningen) te voorkomen, werkgeverlasten verlagen door verzuim te verminderen en instroom WIA te verlagen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Curatieve sector doet wat mogelijk/zinvol is om iemand te laten herstellen of te zorgen voor verbetering/stabiele situatie. Vroegtijdig contact vanuit UWV of Arbo verandert niks aan iemand zijn inzetbaarheid. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - O ja? Wat een ideale situatie! Veel specialisten doen alleen wat op hun eigen terrein ligt, en dat heeft niets met de hele persoon te maken. Vroegtijdig contact met UWV of Arbo leidt juist tot een visie op mogelijkheden om te functioneren met de aandoening. Want veel aandoeningen gaan niet over, maar staan functioneren in arbeid ook niet zomaar in de weg. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
      - Helaas denkt de VA nogal eens dat hij alwetend is. In minder dan een uur, zonder verder onderzoek komt hij tot een andere diagnose dan de curatieve sector na veel onderzoek. Of hij denkt te licht over mogelijkheden/beperkingen. Zo was er eens een VA die vond dat als je 6 uur kon zitten ook 6 uur kon werken. Verschil tussen zitten aan een bureau of in een fauteuil zag hij niet en concentratieproblemen (die er wel waren) zag hij ook niet. Of als je na 3 uur vrijwilligerswerk achter je bureau, leuk werk in prettige sfeer 2 dagen uitgeput bent werk je volgens de VA te hard. Dat dit een gevolg is van je ziekte weet hij niet en gelooft hij niet. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Ga als VA niet automatisch uit van de belastbaarheid/(on)geschiktheid voor eigen werk die de BA heeft opgesteld. Deze kan de visie van de werkgever weergeven die graag van de medewerker af wil, terwijl er best mogelijkheden zijn (die de werkgever echter niet wil zien). Check deze informatie bij de cliënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Precies dit is de reden dat het werk complex is en er dus geen eenvoudig antwoord is op de vraag hoe het beter/sneller kan. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ik vraag elke BA in opleiding die bij ons komt stagelopen of hij/zij bij elk volgende WIA-verslag een samenvatting wil schrijven en die aan het begin van het medisch dossier wil zetten. Dat scheelt zoeken. Maar dat scheelt tijd en heeft weinig te maken met de mismatch. In een eerder stadium overleg over verschillende casuïstiek tussen VA en BA, waardoor je al eerder kunt anticiperen op een mogelijke uitkomst van de beoordeling, waardoor een BA beter snapt waar hij op moet letten tijdens de begeleiding in de eerste 2 jaar en waardoor een VA beter snapt dat sommige dingen nou eenmaal lopen zoals ze lopen en het achteraf gezien misschien anders had gemoeten, maar dat dat nou eenmaal niet is gebeurd. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Verenigen, samenwerking NIVG en NVAB, NVAA, V&VN etc. Elkaar vinden en samen nadenken over oplossingen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Ga uit van de professionaliteit van de andere (voorliggende) sector en trek zijn of haar kennis en kunde niet in twijfel, maar gebruik de informatie voor je eigen oordeel. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Inderdaad! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Aansluitend op het bovenstaande, advies uit de behandelende sector opvragen en opvolgen. En als verzekeringsarts geen eigen conclusie trekken. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Absoluut!!! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Deel gegevens ook met de curatieve sector i.p.v. alleen opvragen. Patiënt/cliënt voelen zich daar vaak veiliger. Kunnen het daar rustig bespreken. Het zou ook goed zijn als er op veel meer plekken klinisch arbeidsgeneeskundigen kwamen die dit kunnen bespreken met de patiënt/cliënt en korte lijntje met de behandelend arts hebben. Maar ook bijv. al veel eerder in het proces kunnen bijsturen in de sociaal medische begeleiding, uitleg kunnen geven over het proces, en de cliënt/patiënt in kaart kunnen brengen. Als deze gegevens vervolgens worden vertrouwd aan het eind van de keten en worden overgenomen, zal dit ook het proces bespoedigen bij het beoordelen (als het zo ver komt). (Onderzoekers)
- Bij het opvragen van gegevens bij de curatieve sector: geef aan wat je nodig hebt (bv. Diagnose, behandeling +resultaten ervan inclusief voorgeschreven medicijnen, wat is de verwachting (genezing, stabiel, verergering) en beperkingen die de patiënt/client heeft t.g.v. zijn ziekte). Vraag niet het hele dossier op. Dat is veel te uitgebreid en leidt tot extra werk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Haal de VA van UWV uit zijn bevoorrechte positie. Voor een WIA-beoordeling kan net zo goed een bedrijfsarts of behandelend arts worden ingezet, mits het dossier (de onderbouwing) goed is voorbereid. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Behandelend arts zou dat niet moeten doen, want dat kan de vertrouwensband schaden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Met de formulering zoals in deze vraag lees ik vooral: "we rommelen al sinds de OSV van 1953 (vergeef me een vergisjaartje) met doelen en belangen." (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Betere, meer gerichte vraagstelling aan de specialist in de curatieve sector door de arbdiensten. Gerichte en eenduidige antwoorden van de specialisten op de vraagstelling óf nadrukkelijk doorverwijzen voor aanvullende expertise indien nog onduidelijkheid bestaat en weggenomen kan worden. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Begrijpelijk dat de beantwoording van deze vraag vooral operationele issues raakt. Maar ik wil toch een lans breken om ook aandacht te blijven besteden aan een ander abstractieniveau. De sociale en curatieve geneeskunde hebben onveranderd een andere opvatting over gezondheid/gezondheidsschade/herstel. Er bestaan ook onveranderd andere uitkomstmaten over de inbreng van de curatieve resp. sociaal geneeskundige zorg. Werk, werkherwinning is nog steeds geen uitkomstmaat bij een curatieve behandeling (heel voorzichtig begint er iets te gloren...) en geconstateerde inadequate of suboptimale behandeling is geen titel voor een sociaal-geneeskundige om hier verandering of verwijzing in aan te brengen. Op een paar activisten na. Geen tijd hebben mag hier geen excuus zijn. Het gaat hier om een van de hoogste waarden die we als maatschappij kennen. Gezondheid. (Overige geïnteresseerden)
- De curatieve zorg heeft alle kennis in huis over het probleem en het behandeltraject van de cliënt. Je kunt als cliënt nog zo veel weten over je ziekte, het is nooit zoveel als de behandelend arts. Gezien de expertise van de VA ook in de zorg ligt, kan die veel makkelijker praten met andere artsen dan met jou als cliënt over de medische impact van je ziekte. Mijn ervaring is exact dat. Mijn ervaring. Ik kan je vertellen hoe het voelt, wat het

met me doet en wat de beperkingen zijn die ik ervaar. Maar om dit allemaal in een uurtje goed over te brengen is een hele opgave. Zeker als je concentratieproblemen hebt. En hartstikke leuk om iemand mee te nemen naar het gesprek. Maar die weten er uiteindelijk vaak toch nog minder van dan jij. Vergeet niet dat patiënten het toch vaak rooskleuriger inzien dan het daadwerkelijk is. Dat moet ook wel, depressiviteit maakt het herstel niet makkelijker. Daarom is het denk ik juist belangrijk om ook behandelaren te spreken. Je kunt natuurlijk ook gewoon de hele FML met me doornemen tijdens dat uurtje in plaats van me een verhaaltje te laten vertellen. Dat werkt denk ik ook redelijk goed. Als je me tenminste wilt geloven. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

### **VRAAG 3: In het kader van gegevensdeling: waar valt winst te behalen en welke obstakels zie je hierbij?**

- Gescheiden dossiers houden, zodat de curatieve sector zich geen zorgen hoeft te maken dat de arbodienst of UWV op de achtergrond mee kan lezen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Vereenvoudigd verslag zonder jargon van het sociaal medisch dossier gericht op matchingsmogelijkheden, niet op onmogelijkheden. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Dat zou er gewoon in moeten staan, dat is het 'arbeidsmogelijkhedenadvies'. Moet bij de prognose staan. Maar ja, druk, te veel werk, het schiet er kennelijk nog steeds heel vaak bij in. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Eens En als je samenwerkt met client/betrokkene mag je met zijn of haar toestemming een duidelijk en praktisch verslag opstellen en dit aan dossier toevoegen. Aanrader! En voegt meteen toe hoe client zelf het ervaart, belangrijk bij het inzetten van gerichte hulp en oplossingen (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- In het kader van AVG is het mijns inziens onmogelijk bij de gegevensdeling winst te behalen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - De AVG hoeft geen drempel te zijn als aangetoond kan worden dat het verzamelen van de gegevens écht nodig is. Volgens mij kunnen we vaststellen dat er medische gegevens nodig zijn om een uitspraak te kunnen doen over arbeidsongeschiktheid. In andere Europese landen kan het, dus dan kan het in Nederland ook. (Beleidsmedewerkers)
    - Nederland is nogal uniek in de scheiding tussen behandelende en controlerende sector. Zolang we deze scheiding hebben, is gegevensdeling dus complex. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- AVG maakt gegevensdeling erg lastig vanuit de re-integratie. De BA kan een medisch dossier opsturen met persoonlijke details, maar in de AD-rapportage kan het niet. Hierdoor is het lastig om soms volledig te onderbouwen waarom iets niet kan. Bijvoorbeeld het advies geen mediation te doen omdat er een persoonlijkheidsmismatch is tussen WG & WN of het advies geen tweede spoor te doen vanwege een zeer intense privé situatie (die niet in de AD rapportage beschreven mag worden). Het UWV moet hierom re-integratieprofessionals in de regel vertrouwen in hun oordeel en minder streng controleren. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Wat wil de cliënt/patiënt, waar zijn zij bij gebaat? (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Client wil vooral zekerheid en rust. Geen eindeloze beoordelingen door BA/VA, maar zo goed en zo kwaad als het kan door met zijn leven en liefst ook met zijn werk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Juist - ga er ook van uit dat de meeste mensen vooral hun werk willen behouden en veel toename klachten ontstaat door dreigend verlies van werkperspectief. Adequate ondersteuning vanuit alle disciplines en de actieve onderlinge samenwerking zou fijn zijn om de hoop juist niet kwijt te raken (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Hear hear (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- In het kader van gegevensdeling met ziekenhuis. Wees helder in het doel van de vraagstelling zowel naar de cliënt als aan degene wie je het vraagt. AVG is hierbij geen obstakel, curatieve sector ziet het juist als veilig omdat het doel van de gegevens vaak ontbreekt of niet helder is, zo weten ze iig dat de patiënt toestemming heeft verleend. Hierbij speelt het ook een rol dat ze niet dezelfde 'taal' spreken. Curatieve sector kijkt wat nodig is voor de gezondheid vanuit een medisch perspectief, Arbo-sector vanuit werk/sociaal perspectief, dit vertaalt zich naar het jargon dat beide gebruiken. Hier zit een mismatch in. Gegevensdeling is ook éézijdig, curatieve sector moet wel delen, maar hoort nooit terug wat ermee gedaan is. Terwijl dit ook voor hen een signaal kan zijn of de behandeling goed gaat, of dat er mogelijk nog wat bijgestuurd kan worden door bijv. medicatie aan te passen. Als hier niet over gesproken wordt, is het ook voor de cliënt/patiënt niet duidelijk dat dat kan als deze zijn arts verteld dat het 'wel goed' gaat. Dit sociale aspect van werken wordt vaak over het hoofd gezien binnen het ziekenhuis en niet besproken. Stuur dus ook eens brief terug met wat de uitkomst voor de cliënt/patiënt van die gegevensdeling is. (Onderzoekers)
- Laat patiënten zelf hun medische documenten aanleveren als zij zich ziekmelden. Is toch niet meer dan normaal dat je zelf een bewijslast draagt als je een beroep wilt doen op een uitkering van de staat? Regelmatig komt de medische informatie helemaal niet overeen met het verhaal wat patiënten in mijn spreekkamer vertellen. Dan is vaak de Ziektewet echter al automatisch toegekend en kan vanwege de menselijke maat ook niet zomaar ingetrokken of teruggevorderd worden. Het scheelt heel veel werk voor de verzekeringsarts als wij niet ook een soort detective moeten zijn op zoek naar de waarheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Haal de beoordeling uit de medische sfeer. Kijk naar arbeidsmogelijkheden, niet naar diagnoses. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - Je kunt arbeidsmogelijkheden en diagnose niet altijd los van elkaar zien. Ik ken iemand met een bloedziekte en die mag geen doktersassistent worden (was verzorgende) want risico op jezelf prikken en erge bloedingen. Medisch secretaresse kan weer wel. Iemand met astma moet omgevingen met stof/rook/damp vermijden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Experimenteer eens met een afgeleid beroepsgeheim voor de wetstechnici (procesbegeleider en re-integratiebegeleider). Deze kunnen daarmee een betere opdracht aan de verzekeringsarts geven. Bij verzoeken om terug te komen van een eerder besluit kan dat de arts veel onderzoekstijd schelen en bij herbeoordelingen kan de procesbegeleider gericht aangeven welke eventuele toename of afname van arbeidsongeschiktheid leidt tot een verschil in uitkomst qua uitkering. (Bij WIA betreft dat bijvoorbeeld mensen die al een LAU1 hebben omdat ze werken naast de uitkering.) Heeft een toename of afname evident geen gevolg voor de uitkering, kan de procesbegeleider dat bespreken met de aanvrager. De aanvrager weet dan sneller waar hij aan toe is en zal mogelijk afzien van het doorzetten van de herbeoordeling. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Zelfs als patiënt spreek ik met mijn behandelaar over #overleg. Wie mij vraagt of er informatie opgevraagd moet worden, laat staan ís, heeft er niets van begrepen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Gegevensuitwisseling automatiseren tussen curatieve specialisten en arbodiensten, inclusief noodzakelijke autorisaties en benodigde machtigingen. Elektronische patiëntdossiers hiermee slim, effectief, doelmatig en veilig (breder) beschikbaar maken. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Nee! Niet mee eens. Aan een volledig dossier van de curatieve sector heeft een VA niks. Er moet gestandaardiseerde informatie uit de curatieve sector worden gevraagd, alleen datgene wat nodig is. Bovendien betekent automatisch delen ook schade aan de vertrouwensrelatie tussen de curatieve arts/behandelaar en de patiënt/cliënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- \* vraag voor het gesprek gericht informatie op bij de behandelaar(s) en bestudeer deze grondig
  - \* vertrouw de cliënt
  - \* vraag de cliënt naar zijn mogelijkheden, zowel qua werk als privé. Denk er ook aan dat de belastbaarheid niet altijd elke dag hetzelfde is. Extrapoleren is niet altijd mogelijk. Dit gebeurt wel en zou veel terughoudender moeten worden toegepast.
  - \* ga niet op de stoel van de curatieve sector zitten. Die kennis heeft een VA niet
  - \* betrek de cliënt bij de beoordeling. Vraag wat hij zelf voor mogelijkheden ziet, wat hij zou willen.
  - \* AD en VA beoordelen erg theoretisch en dat zou veel praktischer moeten. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Laat ook de re-integratiecoach zijn verslag toe in de beoordeling. Als de beoordeling dan iets uitgesteld moet worden, is dat maar zo. Uitvragen (para)medisch specialisten. Ik begrijp dat er onduidelijkheid ontstaat door verschillende jargon. Is dat niet juist waar de VA ook expertise in zou moeten hebben? Het in een werkgerelateerd licht stellen van de medische conclusies? Raar dat dit blijkbaar lastig is. Meer contact ook tussen VA/begeleider en werkgever. Er ontstaan nu problemen omdat de werkgever eigenlijk niet weet hoe hij om moet gaan met zijn zieke werknemer. Vergeet niet dat de cliënt mogelijk midden in een medisch behandeltraject zit en nog niet alles duidelijk is. Onduidelijkheid hoort nu eenmaal bij het proces. Niet alles is met 1 testje te duiden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

## Thema 6: Minder onzekerheid en onduidelijkheid

### TOELICHTING

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 bedenken die de lange wachttijden terugdringen. De realiteit is tegelijkertijd dat we voorlopig nog met deze wachttijden te maken zullen hebben. In dit thema gaan we dan ook op zoek naar wat er op korte termijn gedaan kan worden om iets van 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.

### Reacties op de toelichting:

- Een client heeft geen boodschap aan termen als wachtlijsten en het terugdringen van wachttijden. Dat zijn termen van managers en beleidsmakers die denken en praten in termen van groepskenmerken. Het leed en de schade is altijd individueel bepaald en vraagt daarom om een individuele benadering. UWV en SZW worden niet vertrouwd, een mens wel. Daarom introduceer de rol van de klantregisseur. Een vast contactpersoon voor elke client die nu langer moet wachten dan de Awb-termijn. Die informeert, luistert, op vaste tijden belt en informeert naar client. Een anker. Zie daarvoor de positieve ervaringen die UWV heeft opgedaan in de hersteloperatie van OTN. (Overige geïnteresseerden)
- Dit is hoe dan ook een goed idee, niet alleen voor die gevallen met langere wachttijden (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

### VRAAG 1: Waardoor worden gevoelens van onzekerheid en onduidelijkheid bij cliënten en/of werkgevers veroorzaakt?

- Negatieve berichtgeving in de media over het UWV. Natuurlijk gaan er dingen niet goed, dat lezen we. Maar er gaan zo ontzettend veel dingen wél goed. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Betere kennis over het functioneren van het eigen bedrijf kan soms nuttig zijn. Er gaat inderdaad veel goed, maar dat is veelal een kwestie van geluk, niet van beleid. Hetgeen er niet goed gaat, is juist wel vaak een kwestie van beleid. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Deze opzet is echt wel een vernieuwing en een absolute verbetering. Iedere speler dient volledig aangelijnd te zijn en iedere partij is belangrijk om juist werk te activeren daar waar mogelijk. UWV is een belangrijk orgaan en het is mooi om dichterbij te komen. En ja daar horen ook alle onderdelen bij. Ik vind deze stap echt vooruitstrevend en open. Laten we elkaar helpen om de komende jaren het nog beter te doen. En te blijven doen. De hoofdlijn moet de basis zijn en niet de komma's, sub 44 en lid 88. Meer basis en minder uitzondering. Meer regulier en weinig maatwerk. Meer standaardtermijnen en minder overschrijdingen. Dat kan alleen maar als wij elkaar helpen en van elkaar leren. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Helemaal waar! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Alleen eens met betere kennis van het eigen bedrijf. Men heeft zelf te weinig oog voor wat er niet goed gaat. Maatwerk is juist essentieel. Geen 2 mensen met hetzelfde ziektebeeld zijn hetzelfde. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het begint ermee dat het re-integratieverslag dat als één geheel wordt ingestuurd, maar voor een gedeelte ontvangen is (zegt UWV). Als je op 1 dag 3 keer naar het UWV belt, krijgt je soms ook verschillende antwoorden op dezelfde vraag. Wij adviseren werknemers altijd om spullen die ze insturen te kopiëren omdat het regelmatig nog een keer opgestuurd moet worden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Men hoort met regelmaat wat niet mogelijk is ofwel men blijft in die negatieve sfeer/status zitten. Benader een dossier/casus ook vanuit de mogelijkheden voor de klant, anders kennis en kunde inzetten, de positieve benadering, mee (laten) denken, niet beslissen over klanten maar beslissen met klanten. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- \* bij client: de angst om niet serieus genomen te worden door VA en/of AD en daardoor geen uitkering te krijgen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit is een vraag die wij niet beantwoorden moeten, maar de client en werkgever. De client en de werkgever kan voor zichzelf denken. Dat moeten wij niet willen doen. Daar gaat het mis. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Enorme doorlooptijden terwijl de toekomst van de client hiervan afhangt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens, maar de tegenhanger is ook dat er gebruik gemaakt moet worden van deze tijd. Pak regie, bied passende hulp en begeleiding en stuur niet op volledige afhankelijkheid van afloop totale proces op oordeel UWV Het gaat over iemands werk en leven! Maak problematiek helder en inzichtelijk samen met de cliënt en zet in op mogelijkheden en oplossingen! Verander en werk aan deze MINDSET! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Onjuiste interpretatie van complexe medische situaties door verzekeringsarts (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - UWV-artsen zijn niet op de hoogte van de ins en outs van alle ziektebeelden en dat kan ook niet. Ze moeten vertrouwen op de informatie van de cliënt en de curatieve sector. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Slapen van de tweede arts (die zijn inwerk-collega moet begeleiden) tijdens het gesprek van client bij het UWV (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Niet erkennen van de klachten (niet medisch objectiveerbaar noemen) van de klachten rond Long Covid / Post Covid. Zich ten dele als verzekeringsarts als ontkenner van deze klachten profileren. (U bent overwerkt en/of depressief) (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Geldt ook voor ME en Q-koorts. Men is niet op de hoogte van de ontwikkelingen. Ga ervan uit dat de curatieve sector correcte informatie heeft/geeft en dat de klachten van de cliënt serieus zijn. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Iemand die er normaal uitziet kan toch ernstig ziek zijn. Ik lever een dik medisch dossier aan en uiterlijk en gedrag worden ineens primair in mijn beoordelingsverslag. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Heel belangrijk!! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- - UWV-ers worden intern opgeleid en lopen bijvoorbeeld niet standaard mee met een arbodienst. Ze missen vaak het perspectief dat je hebt als je midden in het proces zit. AD-ers van het UWV zouden stage moeten lopen bij arbodiensten.
  - Als je een rapportage schrijft moet je er rekening mee houden dat de meest inflexibele

UWV-er het gaat lezen. Je kan niet al je overwegingen opschrijven (AVG en je moet er rekening mee houden dat WG/WN je verslag lezen als AD). Veel beoordelaars zijn echt redelijk, maar niet allemaal. Je kan daar niet op vertrouwen. Dit is met name problematisch als je van regelgeving wil afwijken en je niet weet of het UWV hier in mee gaat.

- De maatregel is vaak direct een boete (loonsanctie). Dit geeft geen fijne samenwerking. Ook feedback-mechanismen inbouwen waarbij er niet gelijk boetes zijn.

- UWV doet geen DO. Het voelt heel dubbel dat ze loonsancties opleggen terwijl ze hun wettelijke taak zelf niet uitvoeren.

- Idealiter zou ik willen dat UWV-professionals vertrouwd, als een onafhankelijk gecertificeerde arbeidsdeskundige of een bedrijfsarts een bepaalde re-integratie route verstandig vindt, dan moet het UWV niet een loonsanctie geven puur omdat dit niet de regels volgt. Als we dat nu niet aandurven zou ik zeggen maak de certificeringseisen zwaarder i.p.v. sanctierisico. Heel veel discussies met collega's gaan over of we verwachten dat het UWV mee wil gaan in de gekozen re-integratieroute of mogelijk een boete geeft. Discussies zouden moeten gaan over hoe we mensen het beste helpen i.p.v. mogelijke loonsancties. (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Onzekerheid is een hedendaags thema dat door de journalistiek sterk wordt aangewakkerd en vaak ten onrechte (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Is het een idee een bijeenkomst te organiseren met het UWV in de buurt om dit soort dingen te bespreken? Telefoonnummers of emailadressen uitwisselen en zo nodig even kort overleggen over nut en noodzaak van sommige activiteiten? (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Net als dat bedrijfsartsen allemaal stage hebben gelopen bij het UWV, laten we dat wederkerig maken zodat elkaars wereld veel beter wordt begrepen. Deze consultatie is een prachtig voorbeeld waarin de deuren naar samenwerking worden opengezet. Dit probleem kan alleen in de keten worden opgelost. Zorg dat er meer contactmomenten zijn dan alleen het aanleveren van stukken en het opleggen van sancties. Open the blackbox en durf te vertrouwen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Goed idee. UWV, doe er wat mee. Maatwerk zit ook in dit soort zaken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

• Wees transparant en duidelijk in hetgeen dat speelt bijv. i.v.m. de achterstanden. Blijf de cliënt en werkgever op de hoogte houden van de stand van zaken. Het op de hoogte houden van de stand van zaken zou wellicht al iets van onzekerheid bij de cliënt/werkgever weg kunnen nemen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

• De pers en onvoldoende voorlichting/communicatie met zowel cliënt als werkgever. De frictie tussen regelgeving en menselijke maat. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

• Het verplichte inzetten van spoor 2 terwijl een haalbaarheidsonderzoek al aangeeft dat er eigenlijk geen mogelijkheden (meer) zijn voor werknemer, geven zowel de werkgever als werknemer het gevoel dat het UWV een theoretische en dure exercitie vraagt. Daarmee lijkt het proces en het vinkje van spoor 2 leidend, en start het wantrouwen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Zogenaamde haalbaarheidsonderzoeken kunnen niet aantonen of iemand naar test en training mogelijk toch nog loonwaardig kan werken. Schaf haalbaarheidsonderzoeken af en verplicht trainingstrajecten zodat werknemers niet te snel en de werkloosheid terecht komen. Blijkt ook naar training loonwaardige arbeid niet meer haalbaar te zijn - en heeft BA onderzocht samen met de behandelaren dat er echt geen herstel meer mogelijk is - dan heb je een goede onderbouwing en is de verzekeringsvraag ook snel beantwoord. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

• Geen helder uitleg vanaf het begin van de diagnose over de verwachtingen van het proces. In ziekenhuis wordt niet of nauwelijks gesproken over deze verwachtingen (we zijn nu aan het behandelen, dit komt later wel), als er op dit punt in de patiëntenreis al adequate



voorlichting kwam vanuit het UWV, bouw je al aan meer vertrouwen. Misschien komt het niet meteen binnen, maar als een patiënt er al iets over mee heeft gekregen, weet waar hij informatie kan vinden, zal dit helpen. Onzekerheid komt voor een groot deel voort uit angst voor het onbekende. Zorg dat het UWV geen onbekende is. (Onderzoekers)

- Mijn ervaring is dat de medisch specialist wel degelijk aangeeft wat je van een behandeling kan verwachten. Echter: het kan altijd anders lopen (zowel beter als slechter), bijvoorbeeld door bijwerkingen, complicaties of simpelweg omdat je toevallig de pech hebt dat de behandeling bij jou niet aanslaat. UWV moet zich hier niet mee bemoeien, heeft die deskundigheid ook niet (al denken sommige VA dat ze het beter weten dan de specialist). Laat de beoordeling voor de WIA bij het UWV en de verwachtingen over de behandeling bij de curatieve sector. Schoenmaker blijf bij je leest! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Langdurig ziekteverzuim, dreigende arbeidsongeschiktheid: de meeste werkgevers en vrijwel alle werknemers maken het hoogst zelden mee. Er is volop voorlichting, maar die bekijken mensen niet tot het moment dat het eigenlijk te laat is. Het lijkt goed om na de 6e-weeks-probleemanalyse een inzetbaarheidsadviseur beschikbaar te hebben die werkgever e/o werknemer adviseert over proces en niet-medische aspecten van re-integratie. Een uurtje persoonlijk gesprek kan wonderen doen. (Overige geïnteresseerden)
- Voor werknemer is het een feit dat er onzekerheid over de uitslag is, daarnaast komt de uitslag pas binnen na de 104 weken. Dit geeft een grote financiële onzekerheid (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Partijen weten niet waar ze aan toe zijn en wat ze voor de toekomst nog af kunnen spreken. Feitelijk loop je het risico dat de hele re-integratie, met name extern om hold komt te staan (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Voor publiek verzekerde werknemers geldt vaak dat ze niet weten of ze in de WGA of de WW terecht komen. Maar tijdens de wachttijd worden ze niet begeleid door UWV. Daardoor missen ze kansen om weer aan het werk te kunnen gaan. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - ? Ik kon wanneer ik wilde een re-integratietraject starten? En voor ik in de WIA zat werd ik al opnieuw benaderd... Maar, ik was ook redelijk proactief daarin eerlijk gezegd. Dus mogelijk dat dat het heeft versneld. Maar vergeet niet dat het soms ook geen zin heeft om al te beginnen. Mijn nieuwe traject heeft ook alleen nog maar geleid tot 'ik zie je over drie maanden wel weer, want je kunt nu toch nog niks'. ♀ (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Is er wel zo'n groot probleem? Ik begrijp dat het beter is als de wet wordt uitgevoerd op het moment dat dat moet. Maar nu zitten mensen al 3 jaar thuis, met loon, en een uitkering op voorschot die ze niet hoeven terug te betalen. Ze kunnen ook samen de handen uit de mouwen steken op zoek naar passend werk in plaats van passief wachten of ze misschien 'niet meer hoeven'. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Drie jaar moet m.i. 2 jaar zijn. Overigens zitten mensen niet niks te doen: in de eerste twee jaar wordt gewerkt aan re-integratie bij de eigen of een andere werkgever. Daarnaast loopt er een behandeling. In de periode na de 2 jaar tot de keuring zitten mensen inderdaad af te wachten, want ze weten niet waar ze aan toe zijn (aangenomen dat re-integratie niet gelukt is). Mensen wachten niet af of ze 'niet meer hoeven', dat is zo'n misvatting! De meesten willen niks liever dan werken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De WvP is van negatieve invloed. De zieke werknemer en zijn werkgever worden twee jaar lang (en dat is te lang) geconditioneerd op het oordeel van de VA ("laten we afwachten wat het UWV zegt"). En dat valt vaak tegen. Gevolg: langdurige beroepszaken, verkeerd gerichte energie, uitstel van werkherleving. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)

- Klopt. Na 1 jaar ziekte kan je al goed inschatten wat iemand wel/niet kan. Dat was bij de WAO ook zo, maar de politiek heeft er 2 jaar van gemaakt in de hoop/verwachting dat het tot minder arbeidsongeschikten leidt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik denk dat de onzekerheid en onduidelijkheid samenhangt met het arbeidsrecht. Wettelijk blokkeert een verlaat sociaal-medisch oordeel (SMO) per einde wachttijd arbeidsrechtelijk niet dat iemand ontslagen wordt na twee jaar ziekte. (Niet tijdens de loondoorbetalingperiode dus, maar daarna) Een werkgever zal in de praktijk echter niet snel ontslaan als UWV mogelijk oordeelt dat de werknemer maar beperkt arbeidsongeschikt is en de werknemer daarom in dienst houden tot het SMO is afgerond. Hetzelfde geldt voor plaatsing in een andere functie. Voor dergelijke arbeidsrechtelijke aspecten zouden UWV, werkgevers en werknemers kunnen uitdragen dat afgegaan kan worden op de inschatting van de bedrijfsarts van de arbeidsmogelijkheden, ook als UWV achteraf tot een ander oordeel komt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Ooit zelf wel eens eerst gedubd of je je wel of niet ziek zult melden? Dát is al onzekerheid. Na de keuze die je overkomt om het toch maar te doen krijg je de ziekenrol, of je wilt of niet, op straffe van loonsanctie. Ik noem dat onzekerheid. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Vaak ziek doorgewerkt tot het ECHT niet meer ging. Geldt voor veel mensen is mijn ervaring. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Partijen kijken naar een 'eindoordeel' van UWV en willen daar hun vervolg op baseren. Deze beoordeling zou geen beslag hoeven te leggen op het wel of niet voortzetten van re-integratie en herstel. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Onzekerheid/onzekerheid wordt m.i. veroorzaakt door de dubbele onwetendheid of de vroegere inzetbaarheid terugkomt en de daarmee samenhangende vermoedelijke inkomensdaling. En dat dit in een gesprek bepaald wordt (gezien vanuit cliënt). In een sollicitatiegesprek wordt ook veel bepaald maar je hebt dan 'niets' en je kunt heel wat krijgen (de baan + inkomen etc.). Bij smb had je juist alles en kunt vermoedelijk alleen maar minder krijgen afhankelijk van beoordeling. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Onduidelijkheid over kaders en benodigde inzet. Angst om niet geloofd te worden. Angst om het niet duidelijk te kunnen maken. Angst om ook daadwerkelijk niks meer te kunnen (op de een of andere manier is het zwart op wit hebben toch ook weer een ... Hoe noem je dat? Mijlpaal? Drempel? Marker? Realisatie-momentje? Het voelt toch een beetje als een soort begrafenis. Of je nu weet dat je later toch waarschijnlijk weer terug kunt naar werk of niet). Angst om je herstel niet goed te doen. Angst om je baan te verliezen of je uitkering als je niet hard genoeg aan je re-integratie werkt. Angst om dus niet beter te worden omdat je liever werkt, maar niet te willen stoppen omdat je anders misschien geen werk meer hebt of straks geen uitkering als blijkt dat het toch echt niet kan. Maar dat echt niet kunnen is dus wel waarschijnlijker omdat je meer gefocust bent op re-integratie dan op heel. Echt waar, het is een verschil. Angst dat je collega's zien dat je ziek bent. Angst dat je collega's niet zien dat je ziel bent. Het hele proces is gewoon emotioneel en rollercoaster. Er zitten heel veel verborgen zaken in die er uiteindelijk voor zorgen dat er veel onzekerheid ontstaat. Wat ook niet helpt is de beperkte mate van contact. Meer contact, meer 'interesse' voor de persoon en het probleem dat die heeft, staat misschien gevoelsmatig de objectiviteit in de weg (dat hoeft lijkt mij niet zo te zijn), maar zou wel meer zekerheid geven over het begrip aan de andere zijde van de situatie. Het hangt niet allemaal op 1 klein uurtje in een kantoor. Verschillende contactmomenten helpen om een duidelijk beeld te krijgen van het probleem en het verloop denk ik. Of je moet dus inderdaad meer gaan vertrouwen op verslagen en dossiers dan anderen. Trouwens, soms vond ik dat er te veel post kwam, maar er was ook te weinig post soms. Dingen die ertoe doen mogen best gedeeld worden. Bijvoorbeeld 'ik heb vragen gesteld aan je huisarts', of 'ik heb een

telefonisch gesprek gehad met je psycholoog'. Dat mag best. Ik hoef niet eens per se te weten welke vragen het waren en wat er geantwoord is. Dat wordt pas interessant als ik in bezwaar zou willen gaan. Maar gewoon even laten weten dat je verder hebt gekeken dan mijn blauwe ogen en je eigen neus. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Willekeur is een belangrijke oorzaak van de onzekerheid en stress. Er zijn nogal verschillen tussen UWV-kantoren en individuele VA's en AD's. Natuurlijk is de situatie van iedere patiënt/cliënt uniek, maar in 'gevallen' die heel er vergelijkbaar zijn, verlopen sociaal-medische beoordelingen soms heel verschillend en lopen uitkomsten uiteen. Dat is onnavolgbaar. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

## **VRAAG 2: Wat zijn manieren om op korte termijn - gegeven de huidige lange wachttijden - toch meer zekerheid aan cliënten en/of werkgevers te bieden?**

- Verwachtingen duidelijk (laten) maken (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- \* Aangeven op welke termijn een keuring verwacht kan worden, bijvoorbeeld over 3-4 maanden.
  - \* Contact blijven houden over verwachte datum keuring.
  - \* Zorg dat de cliënt niet in een financieel gat valt: na 2 jaar stopt de loondoorbetaling, maar is er nog geen uitkering. Regel hier iets voor en zorg dat de cliënt dat niet terug hoeft te betalen als blijkt dat hij geen/minder uitkering krijgt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Dat hebben we toch al geregeld? Iedereen die wacht op een WIA-beoordeling kan een voorschot krijgen. Als het goed is wordt daarbij uitleg gegeven over het terugbetalen... (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Dat wordt dan niet (altijd) goed gecommuniceerd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Telkens blijven aangeven wat de stappen zijn die we moeten maken. Voor UWV misschien duidelijk, voor client is dit nieuw. Na namen stap aangeven wat een vervolgstap is. Niet verwijzen naar nietszeggende pagina's op de website. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens Duidelijkheid voor alles Onduidelijkheid en onzekerheid dragen niet bij aan herstel of oplossing In de tussentijd wel gewoon! Alles blijven doen om aan probleem zelf te werken! De keuring is niet DE oplossing van wat er is, maar slechts een onderdeel hiervan (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Begin tijdig aan elke processtap, zeker als daar financiële consequenties voor client voor zijn. Zorg door wachttijden UWV ervoor dat cliënt niet hier dupe van wordt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- - Korte termijn praktische beoordeling als de WN tenminste 2000 euro per maand kan verdienen (bedrag kan natuurlijk wat beter gekozen worden). CBBS vindt zelden functies met een hogere loonwaarde.
  - Grote contracten eerst (zeker als iemand zelf verteld dat ze de uitkering niet per se nodig hebben)
  - Financiële gevolgen check. Kijk of het eigenlijk uitmaakt als iemand minder binnen gaat krijgen. Als iemand 1000 euro per maand en alleenstaand is, dan komt deze sowieso in de bijstand. Financieel maakt het soms niet of weinig uit. Dan kunnen die achteraan de wachtrij. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Er is in inkomen misschien weinig verschil tussen WIA en bijstand als iemand alleenstaand is en 1000 Euro per maand verdient, maar verder zijn de verschillen groot. In de bijstand wordt vaak weinig of geen rekening gehouden met gezondheidsklachten, je wordt gepusht om te werken of een werkfit traject te volgen waarbij je werk doet zoals dat ooit

- op de sociale werkplaats gedaan werd, je mag maar weinig eigen vermogen hebben. Bij WIA wordt er minder druk op je uitgeoefend, wordt rekening gehouden met je beperkingen en blijft je vermogen buiten schot. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Als degene die dit opmerkt gelijk heeft, waar ik overigens niet aan twijfel, ligt dat aan de invulling van verplichtingen door gemeenten, niet aan de wetgeving zelf. Ook in de Participatiewet is een vrijstelling van sollicitatie en re-integratie voorzien bij arbeidsongeschiktheid. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
    - Blijft nog altijd over dat je bij de bijstand maar een beperkt vermogen mag hebben en geen andere inkomsten. Dus als je partner een baan heeft krijg je geen bijstand. Je mag ook heel weinig vermogen hebben. Iemand kreeg geen bijstand want ze had een koopwoning. Die moest verkocht worden en het geld opgebruikt en pas daarna evt. bijstand. Bij een WIA wordt naar inkomsten van een partner of vermogen niet gekeken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
    - Bij WIA is het vermogen of het inkomen van andere gezinsleden niet relevant, bij de bijstand wel. Dat is een essentieel verschil. Iemand die netto 1000 euro per maand verdient en een partner heeft die ook werkt kan wel WIA krijgen maar geen bijstand. Iedereen zou, ongeacht het inkomen, aanspraak moeten kunnen maken op een WIA-uitkering. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Zeker mensen die volledig afhankelijk zijn van 1 inkomen hebben last van een te late beslissing. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Sterker nog: laat bij iemand die toch aangewezen is op aanvullende bijstand boven op de eventuele WIA/ZW de beoordeling helemaal achterwege. Doe wel de RIV-toets, maar bespaar deze mensen vervolgens dat ze door samenloop dubbele verplichtingen en uiteindelijk een lager inkomen hebben. Deze groep krijgt namelijk door de samenloop UWV en bijstand volgens de Centrale Raad van Beroep te weinig inkomen, wat gemeenten met ingewikkelde noodgrepen moeten compenseren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Ik vind die allerlaatste opmerking (Financiële gevolgen check. Kijk of het eigenlijk uitmaakt als iemand minder binnen gaat krijgen. Als iemand 1000 euro per maand en alleenstaand is, dan komt deze sowieso in de bijstand. Financieel maakt het soms niet of weinig uit. Dan kunnen die achteraan de wachtrij.) niet heel sociaal. Juist die mensen hebben recht op snelle zekerheid, ze hebben het al zo zwaar. Toen ik begon met lezen dacht ik nog dat je de andere kant op zou gaan. Waarom zou iemand waarvan de partner al een riant jaarinkomen binnenhaalt ook nog een uitkering krijgen? Als beiden zeg 8000 euro per maand verdienen, dan is het natuurlijk een hele hap uit je inkomen, maar er blijft nog steeds een heel riant inkomen over waar veel mensen alleen maar van kunnen dromen. Ik snap dat ik hier veel gezeik over kan krijgen, ook omdat die mensen natuurlijk ook gewoon heel netjes belasting afdragen hiervoor, maar als je dan bedenkt dat mensen dakloos worden, omdat ze te weinig verdienen om een uitkering te krijgen, vind ik dat dat geld toch een betere bestemming zou kunnen krijgen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Een versnellingsmaatregel in het leven roepen om WIA-beoordeling waarbij bij dossier studie al duidelijk is dat op basis van dagloon/ beperkingen/ opleidingsniveau en verzekerde uren geen recht is op WIA versneld te beoordelen. Dit kan natuurlijk ook bij casussen met een zeer hoog dagloon en forse beperkingen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Geen versnellingsmaatregelen invoeren die tot rechtsongelijkheid leiden, zoals de 60+ regeling WIA (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Ik zie deze opmerking vaker voorkomen en vraag me toch af wat er zo oneerlijk is aan de 60+ regeling.... Of andere versnellingsmaatregelen? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Maatwerk, voor de ene cliënt en werkgever heeft onzekerheid meer gevolgen dan voor de ander, is er b.v. wel of geen werkhervatting. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Grappige poging: deze vraag miskent mijn eerste respons. Dat is overigens een relevant signaal voor de opstellers en verwerkers van deze bevragerij. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- UWV en private partijen kunnen nu al starten met in de informatievoorziening beter op elkaar aan te sluiten door medisch inhoudelijk uniforme taal spreken waardoor voortborduurdt wordt op de eerdere medische inzichten van de bedrijfsarts en re-integratie mogelijkheden door de arbeidsdeskundige. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Introduceer de rol van de klantregisseur. Een vast contactpersoon voor elke client. Die informeert, luistert, op vaste tijden belt en informeert naar client. Een anker. Zie daarvoor de positieve ervaringen die UWV heeft opgedaan in de hersteloperatie van OTN. (Overige geïnteresseerden)
  - Goed idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Duidelijkere en meer communicatie (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

**VRAAG 3: Wat zijn oplossingen voor de onduidelijkheid die mensen ervaren? Denk hierbij aan manieren om de regelgeving minder ingewikkeld, en daarmee duidelijker te maken, of bijvoorbeeld manieren om de communicatie te verbeteren.**

- Constant blijven informeren over een volgende stap, terugkoppelingen geven of op de hoogte houden van status uitgezette acties, laten weten dat men ermee bezig is, openheid en transparantie bieden. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens. Tijdig en volledig maar ook op diverse manieren (visueel, begrijpelijke taal en teksten). In ieder geval zo dat betrokkene het begrijpt en weet waar hij/zij aan toe is. En plaats het in een breder kader. Zorg dat de weg naar en tijd tot keuring constructief wordt ingevuld. Lijkt soms wel of keuring het doel en de uitweg is maar dat is maar ten dele waar. Belangrijk is wat kan er nog wel, wat wil de cliënt, welke interventies zijn er mogelijk etc. etc. Dat geeft uiteindelijk het grootste gevoel van zekerheid Perspectief in hun leven (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Constant blijven informeren over een volgende stap, terugkoppelingen geven of op de hoogte houden van status uitgezette acties, laten weten dat men ermee bezig is, openheid en transparantie bieden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Een soort van rekentool maken zoals de overheid dat ook heeft bij aanvragen toeslagen. Klant kan invullen wat hij vindt niet te kunnen loon gegevens en opleidingsniveau. Zo krijgt klant een indicatie of het zinvol is een WIA aan te vragen.... en bijvoorbeeld als er al een WIA is ... bijvoorbeeld in een omgeving waar klant met Digidig kan inloggen en beperkingen in FML in tool verwerkt zijn bijkomende beperkingen invullen om na te gaan of herbeoordeling zinvol is wellicht dat de Arbo arts hierin een rol kan spelen na machtiging van klant? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- In deze oververhitte samenleving leren accepteren dat de wachttijden vrijwel overal langer worden en ook bij het UWV. Niet alles is oplosbaar gegeven de omstandigheden. Oplossingen zijn macro aan de politiek. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Wees open en duidelijk naar de cliënt en werkgever. Wanneer een cliënt of werkgever contact opneemt met een KCC UWV (klanten contact centrum), zou een KCC-medewerker inzichtelijk moeten hebben hoelang een achterstand bij een bepaald kantoor is, zodat zij dit

al naar de klant kunnen communiceren. Dit scheelt weer terugbelverzoeken en tijd, die een backoffice medewerker beter kan inzetten voor andere werkzaamheden om achterstanden weg te werken. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Visualiseren, filmpjes maken over wet- en regelgeving, informatiebijeenkomsten, uitleg bij alle contacten (kracht van herhaling), uiteraard afstemmen op wat cliënt nodig heeft. Werkgever informeren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Zoals onder een ander thema aangegeven zet ik actief in op voorlichting over wet en werk aan arbeidsongeschikten. Voor ze bij UWV bekend zijn. Inzicht geeft duidelijkheid en duidelijkheid geeft rust in vaak toch al een zeer stressvol proces waarin iemand zich bevindt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Als casemanager verzuim bij een arbodienst ben ik best vaak procesbegeleiders tegengekomen die mijn verzoek honoreerden om de casus eerder te behandelen omdat er (waarschijnlijk en naar mijn idee) een duidelijke casus ligt. Dat geeft voor die situaties snel rust. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Communiceer al vroeg in het ziekteproces. Ga proactief naar de patiënt toe daar waar de behandeling plaats vindt. (Onderzoekers)
- Een limitatieve lijst van ziektebeelden die gedekt zijn door de verzekering. En uitsluiting van alle andere klachtenbeelden. Een soort tijdelijke, ondersteunende uitkering bieden aan mensen die zich ziekmelden per primair niet-medische problemen (rouw, relationele problemen, financiële zorgen, huisvestingsproblemen, andere sociaal-maatschappelijke problematiek), met een harde einddatum. Het ontbreekt nu vaak aan een stok achter de deur waardoor mensen geen duidelijke stip op de horizon hebben. En die hebben de meeste mensen wel nodig om actief te worden en de regie over hun leven terug te pakken. Dat laatste is overigens de sterkste voorspeller voor het wel of niet ontwikkelen van een (secundaire) depressie. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Een limitatieve lijst van ziektebeelden die door de verzekering gedekt zijn en uitsluiting van andere klachten/ziektebeelden leidt tot willekeur: waarom bijvoorbeeld diabetes niet verzekeren (nee, niet iedereen met diabetes kan werken) en hartklachten wel (niet iedereen met hartklachten zal een beroep op de WIA hoeven doen). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Laten we nou alsjeblieft niet dezelfde kant op gaan als de zorgverzekeringen ♀ Je hebt helemaal gelijk, het zou allemaal veel sneller gaan. Maar ook veel oneerlijker. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De theoretische beoordeling van het verdienvermogen op basis van FML en CBBS is een gedrocht, waar een WIA-kandidaat niet op zit te wachten. Dit zou moeten worden omgevormd naar een praktische schatting, waarbij UWV Werkbedrijf een rol kan spelen. Denk aan begeleiding van werkhervatting en loonwaardebepaling. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
  - FML en CBBS staan inderdaad los van de realiteit. Een praktische inschatting en daarna zo nodig hulp van UWV-werkbedrijf is veel beter. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Nu we het er toch over willen hebben: die #communicatie, begin daar eens mee en wees pas gerustgesteld als uit de wederkerigheid van patiënt mag blijken dat er een vorm van communicatie kan zijn. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Vroeg en herhaaldelijk in het verzuimtraject (en daarna) helder communiceren en informeren. De communicatie en informatie dient praktisch en direct begrijpelijk te zijn, Inzet van chatbot, meerdere talen, geen ambtelijke taal en met voorbeeld of situaties waar men in zich kan herkennen. De communicatie dient gericht te zijn op de as van benutten arbeidsmogelijkheden, systematiek van beoordelen en adviseren, en opvang loonderving (loondoorbetaling en uitkering). (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- In de eerste 2 jaar zit al een probleem: je moet met je manager een re-integratieplan opstellen, terwijl deze niets van je ziekte afweet. De voortgang wordt ook steeds met je manager besproken. Dus je moet je manager je hele medische hebben en houden vertellen, terwijl hij van toeten noch blazen weet. Zo af en toe spreek je de bedrijfsarts. Het zou zinniger zijn om na overleg met de behandelaar uit de curatieve sector (duidelijkheid krijgen over wat echt niet verantwoord is en wat zou kunnen) samen met de bedrijfsarts een re-integratieplan op te stellen en de voortgang met hem te bespreken. Nu worden er niet medische professionals ingezet. Het UWV heeft hier geen rol in, dat realiseer ik me, maar het ministerie kan hier wel wat mee. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Introduceer de rol van de klantregisseur. Een vast contactpersoon voor elke client. Die informeert, luistert, op vaste tijden belt en informeert naar client. Een anker. Zie daarvoor de positieve ervaringen die UWV heeft opgedaan in de hersteloperatie van OTN. (Overige geïnteresseerden)
- Algemene informatie of algemene brieven laten lezen door panel (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Volgens mij is dit nu de derde keer dat ik hetzelfde zeg. Meer en vaker communiceren. Meer bemoeienis ook. En ja, dat levert meer werk op, maar waarschijnlijk ook sneller herstel en dus waarschijnlijk minder uitkering. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

**VRAAG 4: UWV ziet in de praktijk dat mensen die wachten op een beoordeling niet altijd ingaan op een re-integratie-aanbod. Dit maakt dat het wachten nog meer als wachten wordt ervaren. Welke belemmeringen kunnen we hierin wegnemen? Welke ideeën zijn hiervoor?**

- Mensen zijn bang hun uitkering te verliezen of hier niet meer op terug te kunnen vallen (eenmaal kwijt = altijd kwijt-gedachte). Geef mensen een perspectief, bijvoorbeeld: als je gaat werken, dan hou je ongeacht je verdiensten voor X-aantal maanden je uitkering (op de achtergrond). Mochten er na die X-aantal maanden structureel genoeg (t.o.v. verzekering) verdiensten zijn, dan kan de uitkering afgebouwd worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Goed idee Financiële zekerheid is belangrijk voor mensen en vandaaruit gaan ze makkelijker bewegen en aan oplossingen werken Maar verkort het hele proces om dit wachten te voorkomen en leg de nadruk niet op de keuring (hoe belangrijk financieel ook) maar op perspectief in werk en leven! en zorg ervoor dat dit lonend is (fiscaliteit!) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
    - Mooi, verleg het perspectief en blijf in contact. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Ja hier ben ik het ook mee eens. En blijven benadrukken dat de beste sociale zekerheid het hebben van een (kleine) baan is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
    - Eens (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
    - In theorie wel, maar in de praktijk niet altijd haalbaar. Dit kan door de gezondheid van de werknemer komen of door de mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Overigens ben je niet erg geholpen (financieel) als je 2500 Euro netto verdiende en je kunt een kleine baan vinden waarmee je netto 800 Euro verdient. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Dat is niet helemaal waar, want dan kom je dacht ik nog steeds in aanmerking voor een uitkering en dus aanvulling tot 70% van het loon van je vorige functie. Terwijl je er wel positieve dingen uit zou kunnen halen zoals je nuttig voelen en weer in de

- maatschappij staan. Het moet natuurlijk wel ook het herstel bevorderen als dat nog gaande is. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het wordt aangegeven als een re-integratie-AANBOD. De beperking wordt BEPAALD en daar wordt vanuit gehandeld, er komt een BEOORDELING, kortom het kan aanvoelen alsof er over de klant beslist wordt en dat zij zelf geen enkele stem hierin hebben. We zetten binnen UWV in op samenwerking met elkaar en tussen de diverse disciplines en divisies. Samen oplossingen zoeken. Samen een volgende stap zetten. Werken wij wel SAMEN met de klant? Hebben zij wel een STEM in wat er over hen beslist wordt en welke acties er worden ingezet? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
    - Cliënten ervaren vaak dat er OVER hen beslist wordt, maar dat ze zelf niks in te brengen hebben. Ze worden op voorhand gezien als fraudeur (tot het tegendeel bewezen is) (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Afhankelijkheid helpt zelden, maar is een gegeven waar we mee te maken hebben. Het zou ons sieren en allen helpen om gelijkwaardigheid hoog in het vaandel te hebben en samen op te trekken richting mooie oplossingen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
      - Vraag aan cliënten om te vertellen wat ze in hun werk wel/niet kunnen en wat ze in het dagelijks leven wel/niet kunnen. Vraag ook naar de gevolgen van iets wel doen (bijvoorbeeld: iemand krijgt erg veel pijn in de knieën bij traplopen en dat wordt elke keer bij traplopen erger of als iemand een stofzuiger tevoorschijn haalt en geknoeid lijnzaad opzuigt is hij twee dagen uitgeput en moet de halve dag op bed liggen). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Vertrouw cliënten op voorhand, in plaats van ze te wantrouwen. Ga niet uit van hoe iemand eruitziet, zich in het gesprek mengt. Daar kan een heel verhaal achter zitten, bijvoorbeeld laat opgestaan, pijnstillers genomen en na afloop uitgeteld, wellicht zelfs de volgende dag deels bedlegerig. Alles om maar op het gevraagde moment bij het UWV een duidelijk beeld te kunnen geven. Dat ziet de VA niet, maar het kan er wel degelijk zijn. Betrek deze informatie ook bij de beoordeling. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Stop met terugvorderingen als er achteraf te veel blijkt te zijn uitgekeerd, zeker als de cliënt dit in alle redelijkheid niet had kunnen vermoeden. En laat het recht om terug te vallen op een uitkering als iemand gaat werken bestaan. In de eerste twee jaar van re-integratie moet het ook duidelijk zijn dat met het accepteren van een re-integratieaanbod waarmee minder verdiensten worden behaald, niet gelijk een eventueel recht op WIA wordt verspeeld. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Duidelijke kaders stellen ; als klant gebruik wil maken van een voorschot dan verwachten we dat ze deelnemen aan re-integratie. Het idee hierboven dat we niet langer terugvorderen is wel een voorwaarde denk ik (UWV: Medische praktijkprofessionals)
    - Als de klant het op die manier ervaart alsnog langer wachten, zit daar een groot stuk eigen verantwoordelijkheid in. Niet vragen wat het land voor jou kan doen, maar wat kan jij (de klant) voor het land doen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
      - Dat weten mensen niet! Iemand die met zijn gezondheid sukkelt, zijn eigen werk niet meer (volledig) kan doen heeft wel wat anders aan zijn hoofd dan uitzoeken wie van welke organisatie hem/haar verder kan helpen. Bovendien is het voor buitenstaanders een doolhof. En misschien heb je je jarenlang voor het land ingespannen. Ik vind dit echt een denigrerende opmerking. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
      - Zeker nooit langdurig ziek geweest? Wees blij. Het is een voltijd baan naast de rest van je leven. Terwijl je dus eigenlijk niet meer kan werken. Tel uit je winst. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)



- Cliënt meenemen in proces en (mogelijke) gevolgen, niet alleen op medisch gebied, maar ook op andere gebieden (o.a. financieel). Een cliënt kan hierin alleen goede keuze maken bij zicht op vervolg. Inzetten op regie cliënt, motiverende gespreksvoering, positieve gezondheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
  - Hoe eerder financieel inzicht wordt gegeven, hoe meer de focus komt te liggen op herstel en re-integratie. Inkomensonduidelijkheid is een rem op herstel. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
    - Eens. Wel is het zo dat een re-integratie voorstel en of aanbod geen vertraging kan en mag hebben. Het recht op werken is op 1. Het voorstel om de angst van geen inkomen weg te nemen, zou je inderdaad kunnen oplossen door een x periode als gewenning aan te houden. Je gaat in op het aanbod maar mocht het daadwerkelijk niet lukken of mogelijk dan heb je een x aantal maanden om hier op terug te komen en of bij te stellen. Geen gebruik maken of wachten op een vervolg rondom re-integratie door onduidelijkheid herbeoordeling kan en is nooit de intentie geweest. En zal dus zorgvuldig aangepast kunnen en moeten worden. Re-integratie mag echter niet een mogelijkheid zijn maar moet strakker ingezet worden omdat dit een duidelijke verplichting is. Zeker in die eerste jaren want dan zijn er nog reële kansen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Gerelateerd hieraan: wie een uitkering heeft is vaak bang om meer/weer te gaan werken. Als je het niet volhoudt volgt een herkeuring en er is geen garantie dat je dan je oude uitkering terugkrijgt. Het KAN maar het hoeft niet. Als er een garantie was, zouden mensen eerder meer/weer durven werken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Geef begrijpelijke duidelijkheid aan cliënten over kansen, verantwoordelijkheden en risico, met name met betrekking tot eventuele financiële consequenties. Heb hierbij heel veel aandacht voor de verschillen in mogelijkheden die cliënten hebben om deze informatie tot zich te nemen en juist te interpreteren. Structureer de schriftelijke communicatie, gebruik beelden i.p.v. tekst etc. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Niet in plaats van alsjeblieft, maar ook. Ik kan op het moment veel slechter filmpjes kijken dan lezen... (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Bied een garantie-inkomen, een uitkering op basis van voorschot. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- We "belonen" een wachthouding vaak met een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage. Dat is denk ik onontkoombaar. Plat gezegd: na een jaar (letterlijk) alleen maar thuis op de bank zitten, is iedereen minder belastbaar. We kunnen echter wel nudgen om niet op die bank te blijven zitten. Laat zien dat actief zijn leidt tot meer levensvreugde. Stuur bijvoorbeeld mensen die al na einde wachttijd zitten een soort krantje met wetenswaardigheden over hoe een SMO verloopt bij UWV, welk extra inkomen je verkrijgt door te werken naast je uitkering en stukjes over mensen die met een WIA-uitkering wel wat van hun leven maken. Stimuleer bijeenkomsten voor/van mensen met een WIA of WAO die iets studeren, vrijwilligerswerk doen et cetera. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
  - Hoger opgeleiden weten dit al wel. Studeren of vrijwilligerswerk doen is in de eerste twee jaar zelden een optie. Overigens zijn de meeste mensen niet geneigd tot niks doen. Ze willen verder met hun leven en liefst ook met hun werk, zo nodig met aanpassingen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Het laatste stuk ben ik echt voor! Hartstikke goed idee. Maar om nu te zeggen dat wij graag dom op de bank blijven zitten vind ik niet zo netjes. Ik durf zelfs te zeggen dat mijn pogingen tot re-integratie mijn herstel hebben vertraagd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Leg uit wat een re-integratieaanbod inhoudt. Stelt u zich daarbij voor dat u noch ik gelukkig worden van een gedwongen keuze tussen "iets en niets", daargelaten nog dat dat eventuele iets alleen de behandelend beambte tot eer zal strekken. Hij de punten en een gesloten dossier, de medewerker de voortdurende afhankelijkheid. Dat die elders wordt voortgezet kan nauwelijks een troost heten, toch? (Andere professionals (medisch, re-integratie))
  - Mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- In de communicatie, instructie en naleven dient expliciet duidelijk gemaakt te worden dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering een tijdelijk karakter heeft waarbij de (res)mogelijkheden altijd verkend moeten worden in de praktijk. Voor het individu en de werkgever moet het daarmee duidelijk zijn hoe en waarmee er al gestart kan worden en wachten onnodig is. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
  - Was het maar zo dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering tijdelijk is! Restmogelijkheden benutten betekent niet noodzakelijkerwijs dat er geen uitkering meer nodig is. Bovendien zijn er aandoeningen die zelden of nooit verbeteren, bijvoorbeeld ALS, dementie (komt ook bij werkenden voor, niet alleen bij ouderen). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een heel persoonlijk tintje: ik had na twee jaar heel hard proberen te re-integreren eindelijk de rust om even echt niks te doen tijdens het wachten. En dat heeft meer voor mijn herstel gedaan dan wat dan ook. Ik denk dat er betere begeleiding nodig is om de eerste 2 jaar, om te zorgen dat het herstel voorop staat, want zonder herstel ook geen succesvolle re-integratie. Daarnaast staan er aantal goede ideeën in deze topic. Het is denk ik wel nodig om inderdaad het idee weg te nemen dat het alleen maar nadelig is om nu dingen te gaan doen. Maar besef dus ook dat er ook mensen zijn die misschien juist te veel proberen te doen. Naast de meer en betere begeleiding in de eerste twee jaar is duidelijkere communicatie over de kaders en mogelijkheden belangrijk. En ik denk, ook al is dit niet helemaal het juiste topic, dat een psycholoog o.i.d. misschien ook geen overbodige luxe is in het re-integratieproces. Naast dat het allerlei onzekerheden etc. oplevert heeft iedereen zo zijn eigen trekjes (en problemen?) die een goed herstel en succesvolle re-integratie in de weg kunnen staan. Dus niet alleen oog voor de verschillende manieren waarop mensen informatie tot zich nemen, maar ook voor de verschillende strategieën die mensen hebben bij stress. En ook heel belangrijk: rust. Geen druk. Rust om te herstellen, rust om je te herpakken, rust tegen de angst en stress. Rust om je energie op pijl te brengen voor je je weer op je re-integratie stort. Want zo gauw je manager weer in beeld is komt er weer druk bij kijken. En dat is niet erg. Maar dat moet je wel alweer kunnen hebben. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
  - Vooral met rust, geen druk ben ik het helemaal eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Er wordt in allerlei opmerkingen de indruk gewekt dat cliënten achteroverleunen, liefst thuis zitten niks en niet re-integreren en afwachten tot ze een uitkering krijgen. Dit vind ik erg denigrerend. Er zullen wellicht mensen zijn waar dat het geval is, maar zeker niet de meerderheid. De meeste mensen willen niks liever dan gewoon werken, zo nodig minder uren of aangepast/ander werk. Een uitkering is een financiële noodzaak. Het UWV heeft een heel negatief beeld van zijn cliënten, wat ook blijkt uit het feit dat je vanaf het eerste contact als fraudeur gezien wordt. Voor een oplossing is het essentieel dat dit beeld verandert naar een realistischer beeld. En als iemand een foutje maakt (bijvoorbeeld buitenlandse vakantie niet doorgegeven, extra inkomsten niet doorgegeven) ga dan eerst het gesprek aan en pas bij herhaling een sanctie. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)