



Deelverslag 4 Verdiepen

Denk Mee Over
Sociaal Medisch Beoordelen

Inhoudsopgave

Leeswijzer	3
Deel 1: Samenvatting Verdiepen	5
De deelnemers aan de dialoogronde ‘Verdiepen’	14
Deel 2: integraal verslag	15
Thema 1: Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)	17
Thema 2: Juiste inzet professionals (w.o. Taakdelegatie)	38
Thema 3: Samenwerking medische keten	50
Thema 4: Stelsel (60+ en IVA)	56
Thema 5: Innovatie	65
Lijst van afkortingen.....	75

Leeswijzer

Beste lezer van dit verslag,

Voor je ligt het vierde (tevens laatste) deelverslag van de online stakeholderconsultatie om samen ideeën te bedenken om grip te krijgen op de wachttijden voor sociaal medisch beoordelen.

In de vierde dialoogronde 'Verdiepen' van de consultatie hebben alle deelnemers voor 5 thema's de belangrijkste aandachtspunten verder uitgewerkt tot concrete oplossingsrichtingen.

In totaal hebben (weer) meer dan 150 mensen deelgenomen aan deze stap. Samen met de eerdere stappen zijn nu meer dan 500 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 resultaten. Daarnaast vind je een overzicht van de verschillende stakeholdergroepen die hebben deelgenomen en de daarbij corresponderende getallen.

In deel 2 vind je alle initiële resultaten die door de deelnemers zijn ingebracht.

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

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 betrokken blijft door ons feedback te geven hoe je deze consultatie hebt ervaren qua inhoud en qua proces.

Araya Sumter
Directeur Werknemersregelingen
Ministerie van SZW


Johanna Hirscher
Lid Raad van Bestuur
UWV

Deel 1: Samenvatting Verdiepen

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

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

Hieronder vind je per thema en per aandachtspunt de samenvatting.



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

Aandachtspunten:

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

Aandachtspunt 1.1

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

De deelnemers geven aan dat het helpt als er ter ondersteuning een werkend digitaal portaal beschikbaar is dat voor alle betrokkenen toegankelijk is. Het helpt daarbij als duidelijk is wat er nodig is bij de aanvraag, bijvoorbeeld door een heldere checklist, Q&A's, een helpdesk of fysieke ondersteuning. Het is belangrijk dat hierbij gebruik wordt gemaakt van eenvoudige taal (Jip en Janneke taal). Als de aanvraag niet compleet is moet UWV een bericht sturen aan de aanvrager waarin staat wat er ontbreekt en hoe dit kan worden hersteld. Ook moet UWV herinneringen sturen.

Bij herhaaldelijk geen reactie moet de aanvragen in het uiterste geval buiten behandeling worden gesteld.

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

Aandachtspunt 1.2

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

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

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

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

Aandachtspunt 1.3

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

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

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

Aandachtspunt 1.4

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

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

De deelnemers geven aan dat de cliënt zelf goed kan beoordelen welke documenten relevant zijn als er duidelijke instructies zijn en er vanuit UWV duidelijke vragen worden gesteld. Als de cliënt weinig

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

Aandachtspunt 1.5

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

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

Betrokken partijen rond het PGO;

Gezondheidszorg AVG-juristen;

Gecertificeerde arbodiensten;

V&VN, afdeling Arboverpleegkundigen

Specialisten gegevensdeling

Bonden van ziekenhuizen, huisartsen, fysiotherapeuten

Toegang voor private verzekeraars waaronder zorgverzekeraars en inkomensverzekeringen en ongevallenverzekeringen

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



2 **Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)**

Aandachtspunten:

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

Aandachtspunt 2.1

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

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

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

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

Aandachtspunt 2.2

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

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

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

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

Aandachtspunt 2.3

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

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

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

Aandachtspunt 2.4

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

De deelnemers noemen verschillende manieren om dit in te richten:

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

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



3 Samenwerking medische keten

Aandachtspunten:

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

Aandachtspunt 3.1

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


Op de vraag wat er nodig is om ervoor te zorgen dat de verzekeringsarts in evident duidelijk gevallen het oordeel van de bedrijfsarts kan en mag volgen, wordt in eerste instantie meteen aangehaald om

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

Aandachtspunt 3.2

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

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



4 Stelsel (60+ en IVA)

Aandachtspunten:

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

Aandachtspunt 4.1

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

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

Aandachtspunt 4.2

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

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

60-plusmaatregel hieraan echt bijdraagt. Dezelfde argumenten worden aangevoerd tegen een verlaging van de leeftijd van deze maatregel.



5 Innovatie

Aandachtspunten:

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

Aandachtspunt 5.1

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

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

Aandachtspunt 5.2

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

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

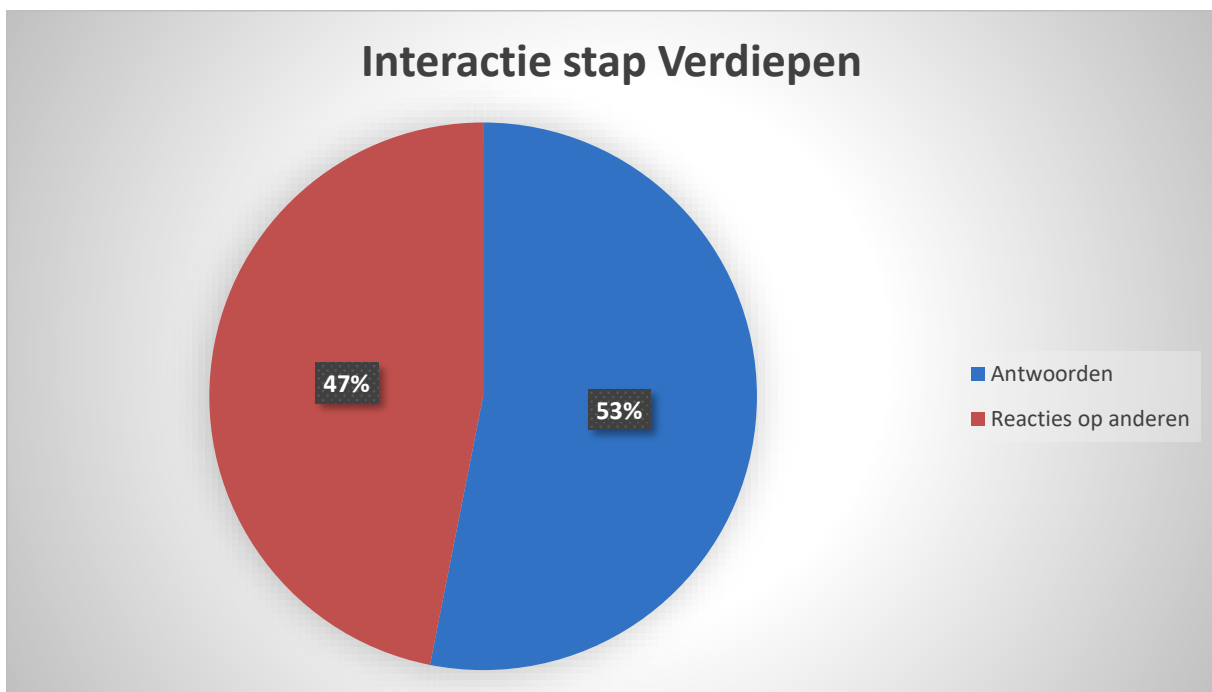
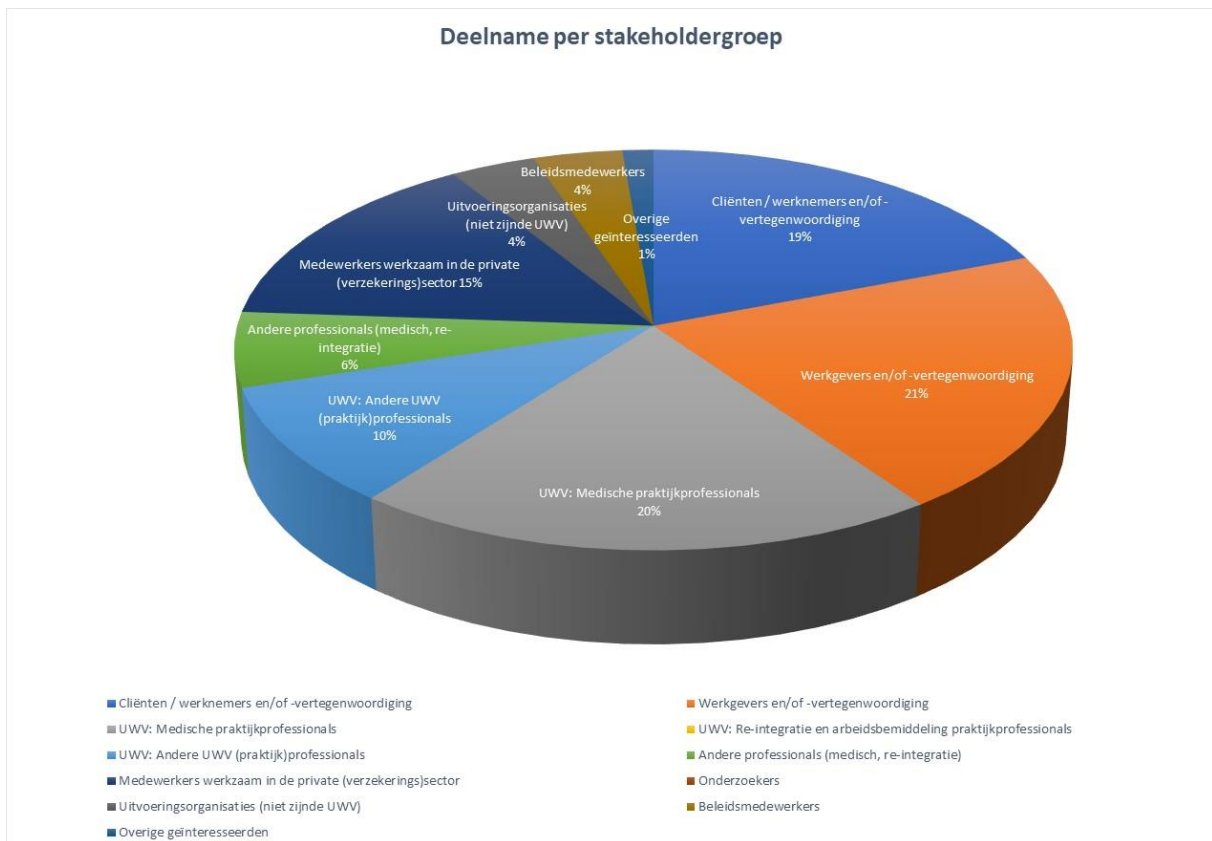
Aandachtspunt 5.3

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

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

Interne ketensamenwerking belangrijk maken, daar zijn programma's voor ;-)

De deelnemers aan de dialoogronde 'Verdiepen'.



Deel 2: integraal verslag

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



In de stap 'Verdiepen' zoomen we in op 5 thema's. Per thema zijn 2 tot 5 aandachtspunten gedefinieerd en per aandachtsgebied vind je 2 tot 3 vragen. Kies de thema's waaraan je wilt bijdragen. Je vindt de vragen aan de rechterzijde. Om naar de volgende vraag te gaan scroll je naar beneden.
Succes!

We zijn beland in de laatste interactieve fase van de consultatie 'denk mee over SMB'. De stappen die we tot op heden met elkaar hebben gezet, hebben geleid tot een set van aandachtspunten waarop we met elkaar verdiepen. We nemen jullie hieronder in een vogelvlucht mee door de stappen die in de verschillende fasen zijn gezet en hoe we zijn gekomen tot de thema's voor deze laatste fase.

Fase 1. Verkennen. In de fase 'Verkennen' heeft een grote groep mensen aan de hand van zeven vragen hun eerste gedachten over het vraagstuk gedeeld. Op deze manier is een goed beeld tot stand gekomen van de verschillende thema's die onder de verschillende stakeholders leven. Op basis van de input uit deze fase zijn onderstaande zes thema's gekomen:

1. Uitgangspunten en randvoorwaarden bij oplossingen
2. Procesverbeteringen: informatievoorziening 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

Fase 2. Verrijken. In de fase 'Verrijken' zijn per thema vragen gesteld waarmee elk van deze zes thema's een stukje diepgang kreeg, maar ook de onderlinge online dialoog zorgde voor verdere verrijking. Op basis hiervan zijn per thema diverse aandachtspunten geformuleerd voor de derde

fase 'Voorkeuren'. De thema's 2 en 6 zijn echter niet meegenomen in de fase 'Voorkeuren', aangezien deze thema's geen oplossingsrichtingen zijn, maar wel waardevolle inzichten hebben gebracht waar oplossingen aan moeten voldoen.

Fase 3. Voorkeuren. In de fase 'Voorkeuren' zijn de thema's 2, 3, 4 en 5 uit fase 2 in stand gehouden, wel zo duidelijk. Hieraan is toegevoegd het thema 'lange termijn'. Hierin staan de oplossingsrichtingen die niet op korte termijn te realiseren zijn. Het is en blijft lastig inschatten wanneer een oplossingsrichting echt een richting is op de langere termijn, en welke op korte termijn het verschil kunnen maken in de mismatch van sociaal medische beoordelingen.

Fase 4. Verdiepen. In de fase 'Verdiepen' gaan we door op de thema's die in de fase 'Voorkeuren' de meeste stemmen hebben gekregen. We kiezen er in deze laatste ronde voor om de thema's met bijbehorende aandachtspunten op een andere manier te clusteren. Een aantal thema's is hetzelfde gebleven en andere zijn aangepast. We komen op de volgende thema indeling voor deze fase:

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

Nogmaals dank voor je bijdrage en veel succes met invullen.

Reacties

- Willen jullie aandacht besteden aan begrijpelijk schrijven in dit soort projecten? De taal op deze pagina is echt haast niet te doen voor mij (MSc titel en vrijwel dagelijks bezig met wetenschappelijke informatie lezen). Herschrijven: We zijn nu in de laatste ronde waarin u mee kunt denken over SMB (uitschrijven wat SMB is). In de eerste stappen hebben we een lijst van aandachtspunten gemaakt. In deze laatste ronde gaan we daar dieper op in. Hieronder staan de stappen die we genomen hebben om de lijst te maken. Stap 1: Verkennen. Enzovoorts. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Helemaal eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Beetje overdreven. Zo ingewikkeld is het taalgebruik niet. Wel eens dat leesbaarheid in het algemeen een aandachtspunt moet zijn. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ben t helemaal mee eens. De hoeveelheid en taalgebruik is lastig te lezen en daarom haken een deel van cliënten/vertegenwoordiging af. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Waarom ineens slides? Ik doe dit op de telefoon en dat ging altijd prima, tot nu. Niet te lezen dit. Telefoon is voor mij net iets makkelijker dan laptop of pc qua energieverbruik, dus dit is heel onhandig voor mij (en waarschijnlijk ook voor veel andere cliënten en mogelijk ook anderen). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens, UWV staat bekend om ingewikkelde communicatie richting klachten. Ik vind in het algemeen dat we in begrijpelijke taal voor iedereen moeten communiceren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De korte en lange termijn oplossingsrichtingen moeten mi wel duidelijk weergegeven worden in het uiteindelijke advies. Daar graag aandacht voor. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Verkennen: Er worden geen oplossingen geboden maar wetmatigheden. Werkgever moet het volgens het format doen van het UWV-kantoor. Processen zijn log en in beton gegoten, hierdoor is er weinig of geen ruimte voor overleg. Taakdelegatie is onwenselijk, want het betekent een verschraving van het niveau van het totale proces, tevens zijn er dan overdrachtsmomenten welke weer tijd kost. Stelsel, het stelsel kan in de tijd geen standhouden. UWV roept al meer dan 20 jaar druk, druk. Er is nooit naar het proces gekeken inzake doelmatigheid en kwaliteitsborging. Samenwerking in de medische keten is eveneens een probleem daar veel personen in de keten werken onder toezicht van. Dit is inefficiënt. Voor elke werkgever is het spannend als een aanvraag voor WIA wordt ingediend door de bureaucratie. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Hele goede punten hoor. En wij als cliënt zijn ook absoluut niet gebaat bij de bureaucratie bij een aanvraag. Maar ik mis toch even waarom het spannend is voor de werkgever als er een WIA-aanvraag wordt ingediend. Is dat het moment waarop jullie beoordeeld worden op het proces tijdens de voorgaande twee jaren? Is er nooit eerder een punt van overleg/communicatie hierover? Dat zou dan wat mij betreft ook een punt zijn om aan te dragen. Verder zou ik toch zeggen dat je als werkgever, zeker als je tot aan het eind erbij bent geweest, enigszins weet hoe de zaken ervoor staan voor je medewerker en wat je dus waarschijnlijk als beoordeling kunt verwachten. Of ben ik nu heel bleu? Kan hè, ik zat natuurlijk aan de andere kant. Ik kan wel stellen dat het gemis aan begeleiding voor werkgevers vanuit het UWV tijdens het ziektevertraject ook voor ons cliënten een doorn in het oog is. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

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

Thema 1: introductie



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

Voor dit thema zijn **5** aandachtspunten gedefinieerd. Per aandachtspunt worden 2 tot 3 vragen gesteld.

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent.

Op de volgende 5 slides vind je de 5 aandachtspunten van dit thema



Reacties

- UWV staat momenteel te ver van de klant, werkgever en werknemer. Alle documenten komen in het digitale systeem en vragen worden via media gesteld. De kracht van UWV en rechtsvoorgangers was dat er rechtstreeks contact op locatie is, waardoor er tijd wordt gewonnen en de aangeleverde informatie kan worden geverifieerd. Als het ware met de poten in de modder. Werknemers zijn aan het ondernemen en het overleven. Zij doen hun werk naar eer en geweten. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Helemaal eens met bovenstaande stelling. Hoe fijn ik het ook vind dat ik tegenwoordig heel veel telefonisch of via beeldbellen mag doen, ik zie niet hoe dit een goede beoordeling ten goede komt. In het geval dat de klant niet naar het kantoor kan, zal er dan natuurlijk een arts naar de klant moeten. Ik snap dat dat niet efficiënt klinkt, maar naast dat het de kwaliteit van de beoordeling ten goede zou komen om ook de thuissituatie te zien in dat geval, geeft het ook meer vertrouwen aan de kant van klanten en werkgevers denk ik over het proces en de eerlijkheid hiervan. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De stelling is volledig juist. Men realiseert zich niet dat niet iedereen digitaal vaardig is en zo komt men steeds verder van de cliënten te staan (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 1: aandachtspunt 1



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

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

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

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

Aandachtspunt 1

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 3 vragen

VRAAG 1: Wat heb je nodig (bv in de ondersteuning) om informatie juist en volledig aan te leveren?

- Het zou erg fijn zijn als medische informatie via een beveiligd digitaal kanaal zou kunnen. Prints maken van digitale informatie en die naar de brievenbus brengen voelt erg omslachtig. Het nodigt ook uit tot fouten maken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens, naast beveiligd werkt digitaal ook veel sneller, duurzamer en bespaart je kosten (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Beveiligde omgeving die gebruikersvriendelijk is, met uitleg per type vraag. Omgeving die je meerdere keren kunt benaderen tot je alles compleet hebt en daarna kunt verzenden. (Beleidsmedewerkers)
 - Zeker het meerdere keren kunnen benaderen is ook van belang. Niet iedereen heeft de energie of concentratie-mogelijkheden om het in 1 keer in te vullen. Ondersteuning hierbij zou ook prettig zijn wanneer nodig. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Omgeving waarbij werkgever, werknemer en arbodienst informatie kan leveren, eventueel ook kan naleveren als daarom wordt verzocht. Waarbij alle informatie voor de UWV-medewerker met de juiste bevoegdheid toegankelijk is. Waarbij rekening kan worden gehouden met samenloop bij bijvoorbeeld van informatie van meerdere werkgevers, maar de UWV-medewerkers wel alles overzichtelijk kan terugvinden. (Beleidsmedewerkers)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Met daarbij de vermelding van naam, e-mail en telefoonnummer van behandelaar UWV en behandelaar werkgever. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Goed punt (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Heldere overzicht op de website over welke informatie moet worden aangeleverd, met de mogelijkheid om bij twijfel contact op te nemen met helpdesk UWV. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens, in termen weergeven waar Werkgeversdiensten mee verder kan richting werkgevers (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Checklist die men af kan vinken en maak een Q&A per onderwerp om de UWV-helpdesk te ontlasten (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- In aanvulling op het bovenstaande: een behandelend arts die ook goed meewerkt en vanuit UWV begrip dat dit niet altijd even soepel verloopt. Veel werknemers weten niet dat ze gewoon recht hebben op het verstrekken van hun medische informatie en laten zich afschrikken door een onwelwillende houding van ziekenhuis/gezondheidscentrum (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens, dit vraagt ook medewerking van behandelsector. Cliënt krijgt informatie vaak niet als ze aangeven dat het voor UWV is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Of er wordt aangegeven dat het UWV dit zelf op moet vragen, met als excuus dat er dan goed op de vraag kan worden geantwoord. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens, laat medewerkers weten dat zij eigenaar van hun medische gegevens zijn en het in hun belang is, in tegenstelling wat behandelaren vaak zeggen, om die informatie met UWV of Arbo te delen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Maak landelijk één app of website waar de medische gegevens centraal worden opgeslagen en benaderd kan worden door de werknemer en deze desgewenst kan downloaden en kan delen met diverse artsen, UWV en verzekeraars bijv. mijngezondheid.net. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Een digitaal systeem dat ondersteunt en goed werkbaar is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Uploaden inderdaad in een goed werkend digitaal UWV-portal waar ook de private verzekeraar, deze doet vaak de aanvraag voor een herbeoordeling WIA-uitkering. Toegang heeft (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Een heldere en eenduidige definitie van "volledig". Limitatief. (Overige geïnteresseerden)
- Fysiek (thuis) aanwezige ondersteuning in het vergaren van de benodigde stukken. Sommige mensen hebben de energie niet om dit te doen en missen ook mensen in hun omgeving die dit voor hen zouden kunnen doen. Ik kan hier misschien maatschappelijk werk wel voor benaderen, maar ook daar moet ik dan de energie voor hebben mochten ze nog niet aan huis komen. Betere (lees frequentere en meer aanwezige) begeleiding van cliënten met energieproblemen is gewenst. Deze mensen krijgen het soms al niet eens voor elkaar een menswaardige thuissituatie voor zichzelf te creëren, laat staan dat ze zich kunnen bemoeien met hun UWV-traject. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zet de reeds ingezette pilots ter verbetering van de informatie-uitwisseling door. Zowel de info van UWV naar begeleiders als de aanlevering van werkgeversbegeleiders kan efficiënter waardoor beoordelingen sneller kunnen worden afgehandeld en alleen hoeven worden gedaan als er echt aanleiding voor is (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Wat kan werknemers en/of werkgevers stimuleren om aanvragen compleet in te leveren? Praktijkvoorbeelden zijn welkom.

- Een duidelijke lijst in begrijpelijke taal. En een digitaal kanaal om medische informatie beveiligd op te sturen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Een belangrijke stimulans voor werkgevers is als zij 'beloond' worden met een snelle afhandeling van de beoordeling. Ook kunnen korte lijnen met contactpersonen een hulpmiddel zijn als er vragen of problemen zijn. (Beleidsmedewerkers)
- Het gevoel bij werknemers dat ze voor ondersteuning (vragen over welke informatie, hoe aanleveren etc.) ook echt laagdrempelig terecht kunnen bij UWV. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Ja, en graag niet alleen telefonisch maar ook via chat mail of mijnuwv. Niet iedereen kan bellen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Zorg ervoor dat alles in Jip- en Janneketaal is geschreven, velen begrijpen het niet. Stuur de werkgevers een e-mail notificatie wanneer niet tijdig en compleet aangeleverd. Maak hier een KPI van per werkgever en werkgevers die veel verzaken krijgen een bezoek van UWV of een brief aan directie van het bedrijf. Bedrijven die altijd op tijd en volledig aanleveren belonen met een brief naar directie, zodat men weet dan hun afdeling of behandelaar het goed doet en intern niet in hoeft te grijpen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Een snelle beoordeling. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Bij de attenderingsbrief WIA vermelden wat er minimaal in het RIV dossier moet zitten én dat indien er een arbeidsdeskundig onderzoek / 2e spoor is uitgevoerd ook deze rapporten meegeleverd dienen te worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Duidelijker aanvraagformulier ABA. Uit een Pilot voorwas Beschut Werk regio Foodvalley blijkt dat klanten vanuit onwetendheid Beschut Werk aanvinken terwijl het een indicatie banenafpraak wordt bedoeld. Er is reeds met gemeenten gecommuniceerd dit beter te begeleiden. Een duidelijker formulier zou ook helpen om onnodige aanvragen tegen te gaan. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Gebruik zo weinig mogelijk afkortingen/vaktaal waar een werknemer/uitkeringsgerechtigde niets van snapt. Heeft de gemeente wel het juiste personeel in dienst om dit deskundig te begeleiden of is dit een taak van het UWV, ik denk het laatste. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens, taak van het UWV. De gemeente is vaak nog moeilijker te betrekken omdat het krijgen van contact moeizamer verloopt. Niet iedereen weet ook dat je de gemeente om hulp zou kunnen vragen of durft dit of vertrouwt het. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Als er een digitaal systeem komt is het belangrijk dat de burger en werkgever in het systeem ziet wat we nodig hebben in hoeverre eraan voldaan is/ hoeveel tijd ze nog hebben en wat de consequentie is als het niet (tijdig) gedaan wordt. Tevens ook de mogelijkheid om uitstel aan te vragen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Koppel hier doorlooptijden aan vast om inzichtelijk te maken welke proces daarna volgen om tot een WIA-beslissing te komen. Zowel werknemer, werkgever als UWV hebben belang bij snellere doorlooptijd. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Vereenvoudigd digitaal systeem en een servicedesk dat snel, duidelijk en persoonlijk kan reageren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Bij de meeste formulieren die ik digitaal moet invullen word ik "gedwongen" (door stops en controles) om het formulier volledig in te vullen. Dit kan UWV toch ook? (Overige geïnteresseerden)
- Hele domme opmerking misschien, maar wij willen graag de aanvraag volledig invullen. Als dat niet gebeurt, ligt dat niet aan onze impuls om dat niet te doen. Het is inderdaad onwetendheid, te moeilijke bewoordingen of een onmogelijkheid om het gevraagde binnen de gestelde tijd uit te voeren om wat voor reden dan ook. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Zet in op positieve respons. Als dossier beter onderbouwd (door UWV aan te geven hoe) worden aangeleverd moeten deze dossiers sneller worden afgehandeld. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 3: Als niet voldaan wordt aan 'compleet, juist en volledig', wat moeten dan de consequenties zijn en/of welke vervolgstappen moet UWV kunnen nemen?

- Een bericht met heel duidelijk wat er ontbreekt en hoe dit kan worden aangeleverd. Met een termijn van 2 tot 4 weken om het aan te leveren. Bij geen reactie een laatste waarschuwing en daarna buiten behandeling. Mogen jullie bij het UWV wel eerst heel goed kijken of het niet al ingeleverd is maar nog niet geregistreerd. Het is erg fijn als jullie ook de mogelijkheid openhouden van dat de fout niet bij de werknemer ligt. Ik moest verschillende keren de vraag beantwoorden 'Waarom heeft u zich te laat ziek gemeld?'. Ik had me niet te laat ziek gemeld en dan is deze vraagstelling echt niet fijn. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Helemaal mee eens. Zelf ook het laatste meegemaakt. De berichtgeving vanuit het UWV was wazig en de brief met de oproep was niet aangekomen. Kreeg ik te horen 'maar hij is wel verstuurd'. Ja, dat is leuk, maar daar schieten we uiteindelijk beiden niks mee op als ik hem niet heb ontvangen. Wat dat betreft, waarom deze zaken niet ook digitaal versturen? Waarom komen juist dit soort zeer belangrijke zaken alleen op papier naar ons toe? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ervaring met ERD is dat met name medische informatie van de bedrijfsarts niet wordt aangeleverd omdat deze helemaal niet is ingeschakeld. Een werkgever of diens gemachtigde kan soms de afweging maken of de inzet van een bedrijfsarts wel opweegt tegen de hoogte van de uitkering die zij betalen. Omdat UWV bij een ZW-beoordeling verplicht is om deze ambtshalve te beoordelen is de inzet van een bedrijfsarts voor de werkgever soms een te dure oplossing en wordt dan achterwege gelaten. Zolang UWV verplicht is om te beoordelen zal dit een probleem blijven. (Beleidsmedewerkers)
 - De werkgever moet zelf de taken van de bedrijfsarts bewaken incl. agenda hier is verzuimsoftware voor die dit ondersteunt. Maak in je contract met bedrijfsarts hier afspraken over incl. sancties en bij herhaling neem dan in het belang van het bedrijf en je werknemers afscheid van deze bedrijfsarts. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Het kan toch niet zo zijn dat jullie akkoord gaan met het niet gebruiken van een bedrijfsarts als iemand twee jaar ziek is? Of er moet natuurlijk een gespecialiseerd iemand in het bedrijf aanwezig zijn op het gebied van re-integratie. Maar in elke andere zaak is het toch een vereiste neem ik aan? En dan doel ik niet op de zaken zoals 'ik heb mijn been gebroken' want die zijn binnen een half jaar wel opgelost. Maar alles wat langer duurt of complex is hoort toch gewoon gesteund te worden door een bedrijfsarts? Hoe kun je anders duurzaam re-integreren? Dit is toch onderdeel van het sanctiepakket van het UWV? Onvoldoende inzet van de werkgever tijdens het ziekteverlof? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Op korte termijn rappelleren door UWV wenselijk. Overigens moet ook duidelijk zijn wat de consequenties zijn van het niet in behandeling nemen van een aanvraag. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Na herhaaldelijk rappelleren brief naar directie van bedrijf sturen die dan in moet grijpen in eigen belang. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Heb hier wel oog voor waar de reden van het niet aanleveren zit. Als dit buiten de invloedssfeer van de betrokkenen is, dan is de sanctie nogal fors. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens, blijft maatwerk. Oog voor cliënt houden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Ja, helemaal mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Eens maar wel onderzoeken waarom dit buiten de invloedssfeer van betrokkenen is en hier maatwerk op toepassen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Wees heel duidelijk wat "compleet, juist en volledig" inhoudt, voor UWV misschien heel duidelijk, voor klanten meestal niet. Dus zorg dat er een systeem komt waarin heel duidelijk is wat er gevraagd wordt aan informatie. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Inderdaad, een veelgehoorde klacht, dus hier zal een heel helder format voor gemaakt moeten worden, mede getoetst en getest door gebruikers en ontvangers. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens, je zou dit toch digitaal kunnen inrichten, groen is klaar, oranje is je bent onvolledig dus aanvullen, rood is je bent te laat er volgen mogelijk sancties. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik ben van mening dat het tijdig en kwalitatief beoordelen een zaak is van iedereen. Voor nu is het zo dat de burger claimt en UWV moet weerleggen of accorderen zonder dat er een verplichting tot leveren van bewijslast bestaat. Mijn mening is dat er een verplichting naar burger en werkgever/arbodienst moet zijn en dat dit in een digitale omgeving overzichtelijk aangegeven moet worden voor zowel burger als ook werkgever. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Dan moet je ook aangeven wat een voldoende bewijslast is. Ik heb bijvoorbeeld zware beperkingen, maar mijn ziekte is nieuw en er is dus nog geen tot weinig medische informatie beschikbaar en de gangbare medische tests laten niks zien. Hoe moet ik dan bewijs aanleveren van mijn arts als die niks heeft? Is de rekening van mijn rollator en rolstoel dan voldoende? En als ik die dan via marktplaats heb aangeschaft en contact heb betaald, hoe moet ik dat dan aangeven? Ik zie ook eerlijk gezegd niet waarom cliënten bewijsstukken moedwillig zouden achterhouden zoals u suggereert. Ze zouden toch graag een uitkering willen krijgen omdat ze niet kunnen werken, waarom zouden ze dan bewijs achterhouden? Daarbij, als er dus geen bewijs aangeleverd wordt, dan is de beoordeling lijkt me vrij makkelijk. Of niet? Maar kom dan wel eerst even thuis kijken voor de gevallen waar ik eerder over schreef. Geen bewijs is niet per se geen ziekte of probleem. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Direct signaal bij helpdesk en actief klanten nabellen (goede service). Geen heen en weer gmail. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Zorg voor goed opgeleide helpdesk medewerker die desnoods met specialisme per categorie vragen zodat direct 1e lijns de meeste vragen worden afgehandeld wat het WIA-proces ten goede komt. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Goed punt (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Formulieren zodanig herontwerpen dat dit niet meer kan of slechts zodanig zelden voorkomt dat het loont om een UWV-medewerker dit verder te laten completeren. (Overige geïnteresseerden)
- Ik denk dat het geoorloofd is er bij werkgevers dichter bovenop te zitten en strenger te zijn dan bij werknemers. Met de kanttekening dat het dus wel allemaal duidelijk moet zijn en je in het begin wel gewoon contact moet zoeken over de reden. Maar gezien de verschillende belangen denk ik dat ik dit wel kan zeggen. Ik pleit wel voor een goede begeleiding ook van de werkgevers in dit proces vanuit het UWV. Het is niet iets wat wekelijks langs komt en zeker voor kleinere bedrijven is het niet alleen een hele ingewikkelde kwestie, maar ook een aanslag op hun tijd, middelen en geld. Een gedegen begeleiding in het wat hoe en wanneer vanuit het UWV is dan ook zeker op zijn plek. Bij werknemers zal de reden van te laat zijn eerder in onmacht liggen dan in onwil (ja, er zijn altijd fraudeurs en mensen die liever lui dan moe zijn, maar die pik je er tijdens het gesprek ook wel uit, graag uitgaan van de goede mensen). Een belletje, met voicemail en een mailtje als er niet opgenomen wordt (vanwege

mogelijke problemen met communicatiemethodes) om vast te stellen waar het vastloopt is wel netjes. Indien noodzakelijk en echt niet anders kan thuis begeleiding bieden. Maatwerk is hier gewoon noodzakelijk. En als het dan nog niet rond komt, dan houdt het denk ik toch ook op, dan is er waarschijnlijk gewoon geen (reden tot) aanvraag. Het UWV heeft voor dat soort situaties neem ik aan al wel een proces staan. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Alle informatie die het UWV geeft moet in Jip- en Janneke taal gelezen kunnen worden
Dit is noch steeds een probleem voor het UWV (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zonder de wet te veranderen kan je niets doen. En anders zal UWV beter moeten aangeven welke info er nodig is. Consequenties verbinden zonder dat het verplicht is meer info aan te leveren lijkt onlogisch (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 1: aandachtspunt 2



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

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

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

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

Aandachtspunt 2

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 3 vragen

VRAAG 1: Wanneer is er sprake van een 'aantoonbaar gewijzigde situatie'?

- Als ik van groep zou veranderen: meer/minder dan 35 of 80% arbeidsongeschikt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Maar dat weet je voorafgaand aan de beoordeling toch nooit? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Daarbij, dit is zwaar onvoldoende. Het verschil tussen een uitkering gebaseerd op 35% ongeschikt of 65% ongeschikt kan flink in de papieren lopen voor iemand. Wil je die mensen echt een betere uitkering ontzeggen omdat ze niet in een keer volledig arbeidsongeschikt zijn geworden? Ik vind dat erg onsympathiek en zelfs mensonterend. Iemand die een dergelijke achteruitgang meemaakt heeft gewoon recht op meer uitkering, want kan beduidend minder werken. Het zou helpen als je je standpunt zou onderbouwen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wanneer de belastbaarheid is veranderd of als het inkomen wijzigt. (Beleidsmedewerkers)

- Eens, en de termijn waarop behandeling liep waarvan verbetering werd verwacht is afgelopen; niet aantoonbaar maar wel voldoende onderbouwing voor een herbeoordeling (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Graag in combinatie met maatwerk. Bij mij loopt ook een behandeltraject en dus verwacht het UWV-verbetering. De kans op die verbetering wordt niet meegewogen, tenminste niet in mijn geval, en de periode waarover en de mate waarin er verbetering wordt verwacht wordt ten eerste niet door hen gekwantificeerd maar er wordt wel naar gehandeld. Erg onduidelijk dus, want naar mijn inbreng of die van mijn arts wordt niet geluisterd en ik weet straks nog steeds niet waar ik aan toe ben na de beslissing. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Als er sprake is van een nieuwe aandoening of achteruitgang van een reeds bestaande aandoening, die leidt tot objectiveerbaar meer beperkingen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Ik vind dit een betere verwoording dan die hierboven en kan mij hier goed in vinden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Als er iets veranderd in de medische situatie waardoor de belastbaarheid veranderd. Of als de verdien capaciteit wijzigt. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Op aanvulling van bovenstaande, alleen wanneer gewijzigde belastbaarheid leidt tot een andere klasse/uitkering. Een bijkomend item op FML leidt niet altijd tot een andere uitkomst. Vraagt om screening kansarm/kansrijk. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - CBBS een is black box; een wijziging in AO-klasse is niet goed te screenen terwijl de financiële impact voor ex-werkgever groot is (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Voor de werknemer/cliënt evenzeer (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Ervan uitgaande dat het gezamenlijke doel van werknemer, uitkeringsgerechtigde, werkgever en UWV is om weer aan het werk te gaan, werk te behouden of ander werk te gaan zoeken. Laat de werknemer zelf periodiek zijn eigen FML bijhouden in zijn eigen belang wat kan ik wel wat kan ik niet, welke opleiding heb ik gevolgd of wil ik graag gaan volgen met mijn beperkingen. Op basis hiervan kan UWV wellicht een score maken en in gesprek gaan met betrokkene, dit kan de werkgever uiteraard ook doen voor werknemers die nog met een WGA-uitkering bij hun werken in kader schadelastbeperking (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Een andere klasse/uitkering, ik neem aan dat u hetzelfde bedoelt als de eerste opmerking in het hele rijtje. Zie daar mijn reactie. Ik vind dat zwaar onethisch. Een achteruitgang van 30% belastbaarheid kan mogelijk niet leiden tot een andere klasse, maar wel tot een zware extra beperking in werk en dus in inkomen. Wat mijns inziens een hogere uitkering teweeg mag brengen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Wanneer een gewijzigde situatie langer dan 2 maanden bestaat en voortduurt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Het is zeker goed om hier een minimumperiode aan te koppelen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Als er sprake is van nieuwe medische feiten: immers er kan enkel toename zijn van beperkingen als er een objectiveerbare medische oorzaak aan ten grondslag ligt. Als de reeds bekende medische feiten niet veranderd zijn dan lijkt mij de kans klein dat er ook toename is van beperkingen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Er dient een gedegen beschrijving te komen van wat 'medische feiten' dan zijn en hierin dient ook ruimte te zijn voor mogelijke nieuwe aandoeningen en problematiek. Even herinnerend aan het debacle met een deel van de zorgverleners uit de eerste coronagolf die nu zonder uitkering de hele dag ziek op bed liggen met Long-Covid. Of zelfs verder

- terug naar een aantal mensen met ME. Geen medisch aantoonbare afwijking is nog niet per se geen feitelijke ziekte en beperking. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Voor een WIA-beoordeling is "aantoonbaar gewijzigd"
 1. Alles dat (mogelijk) effect heeft op de restverdiencapaciteit, want die is bepalend voor soort uitkering.
 2. Leidt tot het oordeel duurzaamheid mogelijk
 3. Direct leidt tot verandering van uitkeringshoogte.

Ad 1: onderbouwen dat geduide functies niet meer kunnen
 Ad 2: in begrijpelijke vragen vertalen van het begrip duurzaamheid
 Ad3: bij 80-100% zonder claim op duurzaamheid niet dus. Hier zijn het categorieën die per definitie niet tot uitkering komen. Van 1, 2 en 3 een combi maken of een beslismodel (Overige geïnteresseerden)

 - Ik vind dit toch slecht te lezen. Kunt u uitwiden? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Ik denk dat een cliënt alleen aan kan geven of sprake is van een toename of afname van klachten en niet kan voorspellen of de arbeidsongeschiktheid anders uit zal pakken. UWV zelf zou m.i. periodiek uit kunnen vragen of de medische situatie veranderd is, niet via een formulier, maar via telefoon of videobellen door een SMV. Tegen werkgevers kan dan gezegd worden dat als ze een herbeoordeling willen ze aannemelijk moeten maken dat er iets is gemist in het gesprek met de SMV. De gesprekken met de SMV kunnen ongeveer even lang duren als een huisartsconsult, maar de voorbereidingstijd van de SMV voor een gesprek zal wel ruim moeten zijn, zodat die voor het gesprek al weet wat de diagnoses zijn en welke beperkingen op de FML staan. De informatie uit het gesprek maakt ook dat de herbeoordeling door de arts gericht en sneller kan. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Als daadwerkelijk een behandeling is afgerond. Of Als daadwerkelijk werk is hervat. Indien een cliënt geen behandeling meer volgt moet er wel periodiek worden beoordeeld waarom niet en of er wel werkvermogen bij is gekomen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Als er geen sprake is van een 'aantoonbaar gewijzigde situatie' of als dit niet voldoende is onderbouwd, wat moeten dan de consequenties zijn en/of welke vervolgstappen moet UWV kunnen nemen?

- Ik neem aan dat jullie bedoelen 'niet voldoende is onderbouwd'? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De vraag is hoe de belanghebbende aanvrager, bijvoorbeeld de ex-werkgever, weet dat de situatie aantoonbaar is gewijzigd als het gaat om de belastbaarheid. Als deze ex-werkgever geen rol meer heeft bij de re-integratie of verzuimbegeleiding dan beschikt de arbodienst van deze ex-werkgever niet over de informatie of de belastbaarheid is gewijzigd. De ex-werkgever kan dan alleen een idee hebben dat het tijd is voor een herbeoordeling omdat hij vindt dat de uitkering al lang genoeg voortduurt zonder dat hij iets van UWV heeft vernomen. (Beleidsmedewerkers)
 - Eens met deze opmerking. Je weet soms niet of er sprake is van een gewijzigde situatie en het moet wel mogelijk blijven dat na te gaan d.m.v. een herbeoordeling. Zolang mensen niet in de IVA zitten moet dit kunnen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - U heeft duidelijk geen idee van wat de IVA inhoudt. IVA is alleen voor volledig arbeidsongeschikten. Ik denk dat u het met mij eens bent dat een persoon slechts deels arbeidsongeschikt kan zijn maar dat dit wel duurzaam is (denk aan een

geamputeerde ledemaat). Ik ben het erop zich mee eens dat u een vraag hierover moet kunnen stellen aan het UWV. Anderzijds moet u vertrouwen hebben in het instituut dat belast is met het tewerkstellen van uw oud-werknemer. Zij hebben al een controlerende functie op ons. U hoeft die functie niet nog eens te controleren. Zeker de mogelijkheid die er nu is om een herbeoordeling aan te vragen is mijns inziens onsympathiek en onethisch. De meeste mensen willen graag werken en zullen echt niet op de bank blijven zitten als dat niet hoeft. Het feit dat u ze opnieuw door de malle molen kunt laten halen, omdat u het vervelend vindt te moeten blijven betalen is geen goed excuus om de hele santenkraam weer op te zetten. Dit kost namelijk ook veel energie aan de kant van uw oud-medewerker die daardoor die energie niet in herstel of in zijn huidige werk kan steken. Daarbij vraagt het tijd en energie van het UWV, die die energie en tijd beter ergens anders voor kan gebruiken, zoals het begeleiden van uw oud-werknemer, of misschien zelfs uw huidige werknemers naar herstel en re-integratie. Ik vind het absurd dat de werkgever die uit beeld is een herbeoordeling aan kan vragen. Punt. Uw enige belang is uw eigen belang en niet dat van de maatschappij of uw oud-werknemer. U heeft geen zaak in deze behalve uw deel bij te dragen. Dat heeft hij ook altijd gedaan. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- De ex-werkgever is als ERD verantwoordelijk voor de re-integratie. Daar onder valt ook het contact houden met de(ex)-werknemer, eventueel via een gemachtigde. Als de opgestuurde informatie geen nieuwe informatie bevat, dan wordt de herbeoordeling niet in behandeling genomen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Eens, er zijn best veel van dit soort aanvragen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eens. Een ex-werkgever draagt flinke lasten binnen de WGA en een werknemer geeft verbetering niet altijd aan. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Een werkgever moet WGA-dossier blijven volgen in kader van schadelastbeperking en periodiek een gesprek plannen met het doel om (ex) werknemers weer maximaal aan het werk te krijgen. De rekening krijgt hij gepresenteerd niet alleen als ERD maar ook via de WHK-beschikking of van de verzekeraar (premieverhoging) dit besef is er lang niet bij alle werkgevers. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Ik vind het vervelend voor u dat onze wetgeving zo in elkaar zit. Het UWV controleert mijn inzetbaarheid. Dat hoeft u niet nog eens te doen. Dat is ook schadelastbeperking. Het niet hoeven uitvoeren van onnodige herbeoordelingen. Daarnaast kan een gesprek met mijn ex-werkgever mij echt niet aanzetten tot maximale inspanning op het werk. Dit is een bemoeienis in mijn privéleven en situatie waar u niet thuis hoort. De meeste mensen doen echt hun best om beter te worden of in ieder geval zo goed en zo ver mogelijk te herstellen. Niet iedereen zal volledig herstellen. Dit is een natuurwet. Gaat u alstublieft verhaal halen bij de nationale overheid en de vakbond en niet bij ons. Wij hebben onze energie nodig om te herstellen en voor zover mogelijk te werken. De achterdochtige houding van werkgevers begint me de neus uit te hangen. Hoe kunnen jullie nou hopen dat ik weer graag aan het werk wil als jullie me niet vertrouwen? Ik kan het ook niet helpen dat ik ziek ben. Ik zou ook graag weer gezond zijn en mijn eigen broek op kunnen houden, zonder uitkering. Laat me met rust, anders duurt het allemaal nog veel langer. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Vragen om toelichting te geven of verzoek niet in behandeling nemen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Inzet SMV voor nadere beeldvorming alvorens besluit om in behandeling te nemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Als er na contact SMV vermoeden bestaat dat er toch mogelijk wel een gewijzigde situatie is kan klant gericht geadviseerd worden welke info er ingestuurd kan worden (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens dit is een belangrijke schakel (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Het zou fijn zijn als jullie bij elke eerste afkorting deze even uitschrijven. Ik kan niet alles onthouden, zeker nu niet. Wat is een SMV? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Voor de ex (ERD) werkgever is vaak een casemanager en medisch adviseur aanwezig bij de private verzekeraar. Deze onderhoud periodiek contact met de werknemer. Wanneer er sprake is van een gewijzigde situatie in de belastbaarheid van de betrokken werknemer vraagt deze een herbeoordeling aan. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens er gebeurt veel dubbel werk bij zowel UWV als werkgever die specialisten (casemanagers) in dienst heeft of inhuurt, zo zijn er meer taken die men wellicht vooraf kan delen met elkaar. De uitkomst van de WIA-beoordelingen mag feitelijk voor 80% niet afwijken wat men zou verwachten. 20% zijn speciale gevallen met externe specialistisch medische/psychologie kennis en zijn lastig vooraf te beoordelen door interne specialisten (casemanagers) (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Volgens mij is het aan de werknemer om een herbeoordeling aan te vragen. Ook omdat dit verder niet nodig is als de werknemer meer gaat werken, want dan vervalt de uitkering automatisch. En de werknemer vraagt heus zijn herbeoordeling wel aan als hij achteruitgaat, want anders kan hij zijn huur of hypotheek niet meer betalen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Probleem is dat dit vaak gebeurt bij de omslag van LGU naar LAU / VVU. Ze krijgen dan een beslissing dat de situatie ongewijzigd is en vervolgens gaan ze hiertegen in bezwaar. Medisch is er vaak niets gewijzigd. Primair moet dan een volledige beoordeling doen, zonder dat er enige wijziging is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ik herhaal het nog maar even. Als de klant een herbeoordeling aanvraagt en deze is niet voldoende onderbouwd, dan contact opnemen en uitvragen. Als er nog steeds niet voldoende onderbouwd kan worden dan afwijzen. Als de werkgever een herbeoordeling aanvraagt, deze alleen accepteren als deze in het belang van de cliënt werkt. De werkgever is namelijk vaak niet meer in beeld en heeft geen goed beeld van de situatie en kan dus nooit bewijs hebben voor een veranderde situatie behalve zijn eigen subjectieve idee. Dat ook nog eens gekleurd is door zijn tegengestelde belang. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat een aanvraag tot herbeoordeling voor volledige arbeidsongeschiktheid blijkbaar ook met argwaan moet worden bekeken, aangezien dit blijkbaar goedkoper kan zijn dan een WGA voor de werkgever. Mijns inziens hoeft de werkgever het werk van het UWV niet over te nemen of te controleren en heeft dus geen reden om een herbeoordeling aan te vragen. Als de werknemer achteruitgaat heeft deze zelf belang bij het aanvragen van een herbeoordeling en is hier prima toe in staat, met of zonder hulp van het UWV. Als de werknemer vooruitgaat zal deze meer gaan verdienen en is dit dus zichtbaar voor het UWV en zal deze de uitkering aanpassen. Als de werknemer daadwerkelijke functionele vooruitgang probeert te verbergen zal het UWV mijns inziens dit binnen afzienbare tijd opmerken en ermee aan de slag gaan. Ik snap dat er enige provisie voor fraudeurs moet worden ingebouwd, maar ik kan jullie verzekeren dat de meeste mensen echt liever werken dan ziek thuis op de bank zitten. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Herbeoordelen!! (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 3: Welke aandachtspunten wil je meegeven voor een nadere uitwerking van dit aandachtspunt?

- Je mag mensen niet een rechtsmiddel ontnemen. Ik denk wel dat je mag ontmoedigen om kansloze processen op te starten. Maar als iemand echt door wil zetten, moet dat kunnen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Werkgevers of diens gemachtigden willen graag op de hoogte worden gehouden of de uitkering nog terecht wordt uitgekeerd. Als UWV geen claimbeoordeling doet, omdat de situatie niet is gewijzigd dan zou de werkgever ook daarover tussentijds geïnformeerd moeten worden (zie proces monitoring 80-100). Een werkgever weet dan in ieder geval dat UWV aandacht heeft voor zijn ex-werknemer. (Beleidsmedewerkers)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Super idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Er bestaat ook nog zoiets van gelijkheid van niet behandelen. Wat ik daarmee bedoel is dat er, wanneer er allerlei eisen gesteld worden aan de indiening van de onderbouwing, dat daarmee ook de een steeds grotere verplichting op UWV komt te rusten om de aanvraag binnen en redelijke termijn in behandeling te nemen. Als dat laatste niet lukt verlies je het morele recht om allerlei eisen te stellen en kun je maar beter stellen dat herbeoordelingen helemaal niet in behandeling worden genomen, (Overige geïnteresseerden)
 - Echt kansloze aanvragen moeten eruit kunnen worden gehaald. Het is zonder om daar de beperkte capaciteit aan te verspillen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Bij het vaststellen van de aantoonbaarheid van een gewijzigde situatie dient rekening gehouden te worden met in hoeverre de aanvrager (werkgever of burger) hiertoe in staat is. Dit is mi het meest belangrijke aandachtspunt en meteen ook de meest ingewikkelde. Het stellen van een te hoge eis aan de mate van de aantoonbaarheid pakt uit in het ontnemen van het recht op een aanvraag. (Beleidsmedewerkers)
 - Ook hier geldt weer dat met een paar korte zinnen een voorbeeld gegeven kan worden wanneer er duidelijk sprake is van een gewijzigde situatie (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 1: aandachtspunt 3



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

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.

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

Aandachtspunt 3

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Waar moet de informatie van de curatieve sector en/of de arbodienst aan voldoen?

- Duidelijke informatie zoals een ondubbelzinnig actueel oordeel kan zorgen voor een snellere afwikkeling. Voor de curatieve sector zou het handig zijn als er ook echt antwoord gegeven wordt op de vragen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Mee eens, bedrijfsarts dient de beperkingen en mogelijkheden in het actueel oordeel weer te geven volgens systematiek FML / IZP. Zonder de beperkingen/mogelijkheden is het actueel oordeel niet compleet. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Zijn zij daar ook op getraind? Ik dacht dat alleen verzekeringsartsen die inschatting mochten maken? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Goed idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - De medische informatie van de bedrijfsarts bevat idealiter een samenvatting van de aandoeningen, het beloop en de actuele stand van zaken. In het actueel oordeel daar een niet-medische samenvatting van met een duidelijke beschrijving van de belastbaarheid zonder dat dat in FML-termen hoeft (liever niet juist). (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Heldere samenvatting van bedrijfsarts. Bij ellenlang journaal is het moeilijk om snel bij de kern te komen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Informatie van de curatieve sector: antwoord op de gestelde vragen, immers daar heeft cliënt een machtiging voor verstrekt. Als cliënten zelf informatie van de curatieve sector meenemen kunnen we daar denk ik niet veel eisen aan stellen, dit gaat dan vaak om brieven van specialist aan huisarts en die zijn vaak voldoende inzichtelijk. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Indien we digitaal met burger en werkgever gaan communiceren kun je een tabblad met standaard vragen/ items maken waar burger of arbodienst kan zien welke info nodig is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Goed idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Bij voorkeur wordt gebruikt gemaakt van informatie die beschikbaar komt vanuit valide en betrouwbare oordeelsvormende methoden. Een FCE is hiervan een voorbeeld voor mensen met fysieke beperkingen. Deze methode heeft als voordeel dat cliënten zich serieus genomen voelen, waardoor er minder bezwaartrajecten nodig zijn. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Goed idee. Ik zou bijna zeggen, waarom niet voor iedereen met fysieke beperkingen een FCE? Alleen weet ik nu al bij het lezen dat ik die test niet kan uitvoeren zonder zware repercussies. Maar goed. Degelijke onderbouwing vanuit het medische (curatieve?) Veld zouden denk ik ook kunnen volstaan. Maatwerk toch maar weer als standaard, maar dan wel met een keuzemenu zeg maar voor het vaststellen van de zwaarte van de beperking? Ik vind het soms lastig, omdat je aan de ene kant graag de ruimte wilt om het naar vraag en mogelijkheid in te vullen zeg maar en je eigenlijk aan de andere kant graag toch een soort standaard manier zou hebben waarlangs je iedereen kunt 'meten'. Lastig. Eerlijk gezegd zou ik dan toch voor de lossere manier gaan, omdat het persoonlijker voelt en meer vertrouwen op kan wekken (maar misschien ook lastiger kan zijn om dat te verdienen/vast te houden). Ik snap heel goed dat mensen onredelijk kunnen lijken/zijn. Maar het gesprek van 45 minuten is ook niet per se het beste format om uit te vissen hoe het nu staat met iemand. Dus de noodzaak om iets te vinden dat op de meeste situaties past (of misschien is dat deze wel en val ik tussen wal en schip met mijn ervaringen) maakt dat je toch gaat nadenken over andere zaken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De eisen die je binnen het huidige systeem daaraan kunt en moet stellen: 1. Blijf bij je leest (geldt met name voor de curatieve sector) 2. Spreek een en dezelfde conceptuele taal (BAR), geldt vooral voor bedrijfsarts (Overige geïnteresseerden)
 - Ik ben toch benieuwd hoe jullie tot de conclusie komen dat de curatieve sector zich het meest schuldig maakt aan het zich mengen in zaken waar ze geen verstand van hebben. Ik heb die ervaring juist niet. Ik zeg het toch maar even, ook al kan ik alleen vanuit mijzelf praten. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zo duidelijk en gedetailleerd mogelijk oordelen met onderbouwing. Antwoorden op de gestelde vraag. Afwijken mag als je denkt dat het noodzakelijk is voor de cliënt, maar dan wel kort en bondig. Er kan altijd uitgevraagd worden. Ik zou het zelf prettig vinden als er direct contact is tussen curatieve sector en UWV. Ik voel mij niet op mijn plek als tussenpersoon. Ik begrijp alleen dat de informatievoorziening vanuit de curatieve sector soms nogal stroef loopt. Ik denk dat hier een goed gesprek over nodig is, mogelijk ook met de verzekeringen (ik denk dat het ergens ook te maken heeft met dat er geen code voor is om op te schrijven). Een arts heeft denk ik niet altijd voor ogen dat het leveren van die informatie net zo nodig is als zijn medische zorg aan de cliënt. Anders heeft de cliënt straks geen middelen voor zijn zorg. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens met dit en de meeste andere antwoorden. De curatieve sector kampt echter ook met capaciteitstekorten. Belangrijk is daarom dat de administratieve last voor hen ook beperkt wordt. Maak gebruik van gegevens die ze toch al registreren voor de zorgverzekeraar, de zorgautoriteit en dergelijke. Bied de verzekeringsartsen mogelijkheden om die gegevens te interpreteren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

VRAAG 2: Wat zijn volgens jou manieren om dit proces zo in te richten dat die relevante informatie bij de verzekeringsarts terecht komt?

- Waarom vraag je die informatie niet op bij de werknemer zelf? Ik heb een compleet schaduw dossier met alle relevante stukken. Dat is toch meestal de snelste route. En ik heb er

alle belang bij om hieraan mee te werken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Eens. De werknemer kan zelf het eenvoudigst en snelst aan die informatie komen via zijn behandelende arts(en) en zijn huisartsdossier. Dit is ook de gebruikelijke werkwijze in de private verzekeringssector. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Als het kan een goede oplossing. Niet iedere cliënt zal hiertoe in staat zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Zoals al eerder aangegeven zorg voor één medisch online dossier van iedere burger die burger zelf kan delen met diegene die hierom vraagt, waarom medische dossiers bij de huisarts, in het ziekenhuis, bij de bedrijfsarts bij het UWV. Zo heb je altijd op één plek een actueel medisch dossier incl. Registratie medicijn gebruik. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens, erger nog, ik dacht dat dat al bestond. Waarom heb ik ooit goedkeuring gegeven anders voor dat Electronisch Patientendossier ding? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Maar wanneer de patiënt daar zelf niet toe in staat is zou er dus iemand moeten zijn die daarbij helpt. Of vanuit de WMO, of vanuit het UWV. Of misschien vanuit een ander iets bij de gemeente? Maar laat het UWV dat dan ook duidelijk vermelden, want het zoeken op een webpagina van de gemeente is niet altijd even makkelijk. En als je weet waar je ernaar kunt vragen kun je gewoon bellen of het algemene adres mailen en dan komt het vanzelf wel goed. Dat kan iedereen nog wel denk ik, of ze kunnen het in ieder geval iemand vragen voor hen te doen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Binnen de gezondheidszorg wordt op diverse manieren medische informatie uitgewisseld. Elk ziekenhuis of behandelaar gebruikt zijn eigen manier van (digitale) uitwisseling. UWV heeft daardoor te maken met systemen en processen die niet aansluiten op de werkwijze en systemen van UWV. Het is daardoor uitzoekwerk voor de UWV-medewerker hoe de informatie moet worden aangevraagd. Het zou prettig zijn als landelijk afspraken kan worden gemaakt met de diverse instellingen hoe dit uniformer kan. (Beleidsmedewerkers)
 - Eens ook in het belang van de burger. Heb zelf de ervaring als mantelzorger dat wanneer ik met mijn moeder naar het ziekenhuis moet voor een controle eerst de lijst met medicijnen weer administratief bijgewerkt moet worden, zonde van de tijd aan al die artsen die zo hard nodig zijn. Stop met deze administratieve rompslomp en zorg voor één medisch dossier. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Voor info uitwisseling arbodienst UWV is de Pilot UWV richting een mooi voorbeeld hoe dit veel efficiënter vormgegeven kan worden. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Het kan fijn zijn als cliënten zelf toegang hebben tot hun dossier (dat is steeds vaker zo) en je via hen de informatie kan krijgen. Aan de andere kant kan dat ook leiden tot een 'overload' aan medische informatie wat niet altijd nodig is, maar wel veel tijd kost om serieus te bekijken en samen te vatten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - En systeem dat voor meerdere partijen inclusief de client toegankelijk is Screen info eerst en geef dan toegang om zo tot integraal beeld te komen (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Duimpje! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mogelijk kan taakdelegatie bijdragen aan efficiëntere informatieoverdracht bedrijfsarts-verzekeringsarts. De medisch secretaresses hebben hierover al regelmatig contact. Om de artsen te ontlasten zou je ook kunnen denken in opdrachtconstructie aan informatieoverdracht tussen arboverpleegkundigen en sociaal-medisch verpleegkundigen.

Korte lijstjes. Ingang: V&VN, afdeling arboverpleegkundigen waar ook SMV-en bij aangesloten zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Wanneer er duidelijk aan de werknemer aangegeven kan worden welke recente / actuele informatie aangeleverd moet worden uit de curatieve sector kan de werknemer e.e.a. dit uploaden in het medisch portal een taakgedelegeerde kan vooraf bekijken of alle benodigde informatie aangeleverd is zodat de arts niet onnodig veel tijd hoeft te besteden aan de volledigheid van het dossier (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Een medisch kernteam aanstellen in een SMC; bijv. bestaande uit MS / SMV/ VA en teamondersteuner; SMV/MS/ TO die het dossier panklaar maken voor de verzekeringsart. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens, maar met een aanvulling. Het gaat uiteindelijk om de uitkering. Stem daarom in het beoordelingsproces zo snel mogelijk af of de uitkering zal wijzigen als gevolg van een eventuele medische verandering. Onderzoek ook alleen wat nodig is voor de uitkeringsvaststelling. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- UWV kan op elke locatie eenvoudig een FCE-methode neerzetten, waar eigen mensen voor kunnen worden opgeleid. Als duidelijk is dat er discussie kan ontstaan over een oordeel van de fysieke belastbaarheid, dan kan een daartoe opgeleide medewerker van UWV (deel)testen uitvoeren, die meegenomen worden in het oordeel van de verzekeringsarts. Prof. Dr. Haije Wind heeft onderzoek gedaan naar FCE als oordeelsvormend instrument en aangetoond dat dit bijdraagt aan het oordeel van de verzekeringsarts. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Dit is echt een fluitje van een cent met regeneratieve AI, daarin is ook plaats voor accentverschillen in werkwijze tussen verschillende individuen. Dus expliciet geen generatieve AI (ChatGPT), maar generatieve. (Overige geïnteresseerden)
 - Interessant idee, zijn er ook nadelen te bedenken? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Elke huisarts is in staat om een goed en duidelijk overleg te voeren met een specialist in het ziekenhuis, waarom kan dit niet op de zelfde wijze met de verzekeringsarts (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Maak voorbeeld dossiers zodat herbeoordelingsaanvragers makkelijker info kunnen aanleveren. Structureer deze info (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 1: aandachtspunt 4



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

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

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

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

Aandachtspunt 4

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 3 vragen

VRAAG 1: Wat vinden cliënten belangrijk bij dit aandachtspunt?

- Je hebt hier echt geen ingewikkelde ICT voor nodig. Ik heb zelf een dossier, deels digitaal en deels papier, waar echt veel belangrijke dingen in zitten. Eenvoudig kunnen uploaden of mailen in een beveiligde omgeving, dat zou fijn zijn. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mijn ervaring met een PGO is dat daar niet alle informatie in staat. Alleen een overzicht van de uitslagen, medicijnen en de bezoeken, soms een kopie van de brief aan de huisarts. Dit is onvoldoende informatie voor een verzekeringsarts als daar niet (meer) informatie staat over diagnoses en verwachtingen over de ontwikkeling en vraagstukken die nog leven etc. (Beleidsmedewerkers)
- Maatwerk, voor sommige cliënten haalbaar, voor de ander niet. Ondersteuning inrichten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Heel goed punt! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een 'helpdesk' waar ze terecht kunnen met inhoudelijke vragen over hun (medische) situatie? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens, een centraal landelijk medisch dossier en centraal landelijke helpdesk hieraan koppelen. Dit is in mijn optiek niet het UWV. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Even heel lullig gezegd, daar heb je toch je huisarts voor? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het aanleveren van documenten die ik heb ontvangen vind ik prima. Het moet wel gemakkelijk kunnen en het moet ook mogelijk zijn hier hulp voor in te schakelen. Daarbij kan ik alleen aanleveren wat ik krijg toegestuurd in pdf. Het maken van schermafbeeldingen en zo lijkt me geen goed idee. Aandachtspunt hierbij is of in de stukken die ik krijg toegezonden ook alle informatie staat die een verzekeringsarts zou willen zien. Ik denk dan ook dat duidelijk moet zijn dat wanneer nodig er vanuit het UWV-contact gezocht moet kunnen worden met de arts en deze ook binnen afzienbare termijn gevraagde info aanlevert. (Gezien mijn eigen ervaring inmiddels met ziekenhuisartsen is hier wel enige discussie voor nodig ben ik bang). Voor mij als cliënt zou het fijn zijn als ik niet alles in één keer zou moeten

uploaden en het moet mogelijk zijn iemand het voor mij te laten doen. Daarbij zou het fijn zijn als het UWV kan aangeven waar ik hier hulp voor kan zoeken, in algemene zin, zodat ik of mijn verzorger weet dat het mogelijk is. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Hoe kan de cliënt beoordelen of de medische documenten relevant zijn voor de beoordeling?

- Als het UWV duidelijke vragen stelt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Leg vooraf uit welke medische documenten noodzakelijke zijn voor de WIA-beoordeling en per oorzaak arbeidsongeschiktheid. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Een duidelijke instructie maken. Waken voor te veel, te weinig, niet relevant. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Geef uitleg dat de geclaimde klachten en beperkingen medisch objectiveerbaar moeten zijn en zijn vastgesteld door een behandelaar of arts. Geef info voorbeelden van vormen van medische informatie (sociaal verslag, medische verklaring, psychologisch onderzoekverslag etc.). En over het soort gegevens die in een medisch dossier staan en nodig zijn, zoals gegevens over de diagnose, medicatie, behandeling, prognose etc. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Eens, geef ook aan welke recente medisch info er nodig is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Een apart tabblad in digitale omgeving waar nadere uitleg gegeven wordt, evt. een chatbot of mogelijkheid om me een persoon te chatten / videobellen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Waarom moet ik beoordelen of de medische informatie relevant is? Ik snap best dat ik stukken over mijn blaasontsteking niet hoeft mee te sturen met mijn documenten voor kankerbehandeling o.i.d., maar ik kan me ook prima voorstellen dat er aandoeningen zijn die extra druk leggen op hetgeen waardoor je uiteindelijk arbeidsongeschikt bent geworden en dat dit mee weegt in hoe snel en of je weer op de been kan zijn etc. Alles wat mijns inziens van invloed is op mijn situatie zal ik dus insturen. Het is dan lijkt me aan de verzekeringsarts om te beoordelen of iets impact heeft op mijn functioneren of niet. Ik ben namelijk geen arts. Dat is hij of zij. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 3: Als de cliënt weinig of geen medische documenten aanlevert of kan aanleveren, welke vervolgstappen moet UWV dan kunnen nemen?

- Aangeven dat het UWV alsnog naar de arts wil voor informatie. Maar de werknemer mag niet de dupe worden van te drukke of weigerende behandelaars. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Helemaal mee eens. Graag zelfs. Ik denk zelfs dat het UWV een arts moet kunnen 'dwingen' binnen een bepaalde tijd antwoord te geven. Hoe graag ik ook uitga van het goede in de mens, we moeten onderkennen dat dit mogelijk noodzakelijk is. Ook dit is gewoon onderdeel van zijn werk en taak en het herstel en de gezondheid van zijn patiënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een client moet alleen informatie leveren die relevant is voor de beoordeling. Toegang tot een PGO levert meer informatie op dan UWV nodig heeft. Dit levert problemen op met de AVG. Zeker als daarbij dwang ervaren wordt zal een overheidsinstantie hier zwaar op worden

aangesproken. Als de cliënt de benodigde informatie niet kan leveren dan moet UWV het zelf opvragen bij de behandelaar. (Beleidsmedewerkers)

- Hier kan ik mij in vinden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eens, iemand met medische klachten gaat naar huisarts wordt mogelijk doorgestuurd naar specialist ziekenhuis, naar bedrijfsarts naar UWV-arts en krijgt alle documenten niet standaard, moet ze naderhand weer opvragen. Dit voorkom je met een landelijk medisch dossier met machtiging wie dit in mag zien. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik kan mij even niet inbeelden wanneer ik dwang zou voelen om informatie prijs te geven aan de verzekeringsarts... Bezijden het punt dat ik het moet aanleveren om een uitkering te kunnen krijgen, is dat alles in mijn belang. Ik wil toch graag die uitkering. Dus vind ik het prima als hij mijn dossier in kan kijken. Ik denk dat de AVG in dit geval een beetje te streng is ingesteld. Gegeven het feit dat medische gegevens alleen ingezien mogen worden door een behandelend arts. En deze dus niet doorgestuurd mag worden naar bijvoorbeeld de (ex-)werkgever of een gemachtigde daarvan of iemand anders. Heel eerlijk, ik zie in deze digitale wereld van tegenwoordig het probleem echt niet. En als iemand er wel problemen mee heeft, zou je ook aan het begin van de aanvraag een vinkje kunnen plaatsen of het medisch dossier mag worden ingezien/opgevraagd door de verzekeringsarts. Zo nee, moet iemand dus alles zelf aanleveren. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Laat de werknemer een specifieke machtiging ondertekenen zodat UWV zelf de voor hun relevante informatie kan opvragen bij de (voormalige) behandelend arts. Wordt in de private verzekeringssector ook gedaan. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Dit is ook hoe het nu gebeurt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Kan UWV niet met de arbodiensten een PGO neerzetten voor arbeid & gezondheid. Dit kan gezamenlijk met arbodiensten opgepakt worden zodat er een werkgerelateerd dossier ontstaat. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Onderscheid maken tussen waar cliënt invloed op heeft en waar niet. Als het niet kan ondersteuning bieden, eventueel machtiging zoals het nu gaat. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens Client moet wel breed info aan kunnen leveren met zijn /haar toestemming Ik schreef vaak heldere verslagen met toestemming van client en stuurde die mee met aanvraag keuring (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Er lopen meerdere projecten op PGO bij ministeries VWS/SZW, beroepsverenigingen, bedrijfsgezondheidszorg en bij UWV. Hierin structuur aanbrengen/keuzes maken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Uitvraag door een SMV laten doen en dan gericht informatie opvragen bij de curatieve sector, maatwerk met klant centraal zou de regel moeten zijn. Mijn mening; de regel is dat eenieder zelf informatie aanlevert en bij gebleken niet kunnen aanleveren bieden wij dienstverlening aan de kwetsbaren (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Prima idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Naast het logische contact met de curatieve sector zou je misschien ook kunnen denken in een meer uitgebreide test voor capaciteiten misschien? Zoals ik al meerdere malen heb gesteld is het ontbreken van een medische indicatie niet per se ook het bewijs dat iemand niet ziek is of geen beperkingen heeft. In plaats van slechts een gesprek van 45 minuten zou er misschien meer mogelijk moeten zijn op het gebied van tests, hetzij via het ziekenhuis, hetzij via een andere weg. Helaas heb ik zelf ook meegemaakt dat een medische doorlichting soms wel drie jaar op zich kan laten wachten, omdat de klachten 'niet zwaar genoeg zijn' of

omdat 'we toch nog geen test hebben' of omdat 'we niet begrijpen wat je mankeert, maar het lijkt niet dodelijk dus gaan we niks onderzoeken'. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Een PGO is geen goed middel om deze problematiek op te lossen. Hier zijn te veel voorbeelden van hoe men deze kan hacken. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Overwegen of er wel recht kan zijn op een uitkering als je geen onderbouwning kan vinden voor de (medische) afname van verdien capaciteit (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 1: aandachtspunt 5



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

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

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

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

Aandachtspunt 5

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Welke partijen moeten bij de nadere uitwerking betrokken worden, en wie kan het beste regie voeren?

- Binnen de gezondheidszorg zijn er allerlei (keurings)instanties die zich bezighouden met een PGO. Die moeten in ieder geval aansluiten. Vertegenwoordigers van vakorganisaties of koepelorganisaties. Ook gezondheidszorg AVG -juristen zijn nodig. Mijn ervaring is dat deze juristen weer minder ervaring hebben met de situatie binnen UWV. Dus je krijgt te maken met een nieuw terrein voor alle partijen. (Beleidsmedewerkers)
- Gecertificeerde arbodiensten zijn hierin essentieel om te betrekken daar die de dossieropbouw in de eerste twee jaren al sinds jaar en dag verzorgen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens; er is waardevolle informatie en kennis aanwezig (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Wij worden als V&VN, afdeling Arbo verpleegkundigen waarbij ook SMV-en aangesloten zijn graag betrokken. We kunnen input vragen bij overige afdelingen V&VN (behandelsector) en onze jurist. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Specialisten op gebied van gegevensverwerking. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens Onafhankelijke professionele partij (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Neerleggen bij ministerie VWS dit is in het belang van alle sectoren (landsbelang) om ook de zorgkosten/UWV kosten etc. te verlagen zorg je voor een medisch dossier en een helpdesk voor dit dossier. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Degene die bij de verschillende universitaire ziekenhuizen de implementatie hebben gedaan van de patiënt centraal. Hier zijn grote stappen gemaakt de afgelopen jaren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ook een medisch adviseur van de part verzekeringsmaatschappij moet toegang tot het medisch dossier krijgen in het kader van eigen risicodragers WIA (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Maar ook zorgverzekeraars en inkomensverzekeringen en ongevallenverzekeringen die vragen allen naar een medisch dossier om tot uitkering te komen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Nog niet benoemd: Ziekenhuizen, huisartsen, fysiotherapeuten etc. De meesten hebben bonden o.i.d. waar je contact mee kunt leggen die hier zeker aan mee willen werken. En vergeet niet de mensen op de werkvloer te betrekken zagezegd. Zij moeten met het systeem werken en weten dus het beste hoe het in elkaar moet steken. Een expert op het gebied van functionaliteit en op het gebied van gebruiksgemak (User experience (UX) design). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Welke stap moet als eerste gezet worden?

- Bezit eer ge begint. Persoonlijk heb ik hier minder dan nul vertrouwen in. Als de afdeling SMA al niet via mijnuwv kan communiceren en de afdeling Bezwaar totaal in de paniek schiet als iemand aangeeft niet te kunnen telefoneren 'maar hoe kan ik u dan bereiken?!?' hoe gaat dit dan ooit werken? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens, het werken van systemen en processen vraagt aandacht. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het probleem definiëren en de noodzaak voor een oplossing onder de aandacht brengen bij de partijen onder vraag 1. Als deze partijen de noodzaak niet zien dan heeft het weinig zin. (Beleidsmedewerkers)
- Een PGO voor arbeidsgerelateerde zorg mogelijk maken en niet weer allemaal verschillende systemen optuigen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens, wel aandacht voor integreren benodigde medische informatie uit behandelsector. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Na deze evaluatie; contact opnemen met implementeerders die reeds ervaring hebben in de gezondheidszorg, dan onze systemen er klaar voor maken... Hierna zijn wij allen al met pensioen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit thema kent globaal het perspectief van
 1. Aanbrengen/verzamelen/ordenen/beschikbaar stellen
 2. De (rechts)gevolgen bij onvoldoende onderbouwing.

Ad 1: dit niet overlaten aan praktijkprofessionals, maar proces (en generatieve AI) deskundigen dit laten herontwerpen.

Ad 2: als aanvragers voldoen aan de criteria moeten ze ook op een redelijke termijn in behandeling kunnen worden genomen. Beperkt beginnen dus, met bijv. alleen EWT-beoordelingen met grote impact (Overige geïnteresseerden)
- De eerste stap lijkt mij naar Estland gaan en afkijken hoe ze het daar geregeld hebben en wat de valkuilen zijn. Het zou mooi zijn als daarbij ook mensen uit de praktijk betrokken worden: behandelaars, bedrijfsartsen, UWV-ers en bijvoorbeeld leden van de cliëntenraden UWV. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

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

Thema 2: introductie



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

Voor dit thema zijn **4** aandachtspunten gedefinieerd. Per aandachtspunt worden 2 tot 3 vragen gesteld.

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent.

Op de volgende 4 slides vind je de 4 aandachtspunten van dit thema




Reacties

- Geen taakdelegatie omdat deze medewerkers op een ander niveau werken, verschraving van de kwaliteit en vertraging van de kwantiteit. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Er moet steeds onderscheid worden gemaakt tussen verzekeringsgeneeskunde en professionals in het werkveld van de zorg/verzekeringen. De laatste categorie is niet bekend met de verzekeringsgeneeskunde. Als er onvoldoende professionals zijn dient men mogelijk te moeten sleutelen aan de arbeidsongeschiktheidsverzekering naar Duits of Belgisch model. Het heeft geen zin om een systeem in stand te houden dat niet tijdig is en enorm veel geld kost. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- De arbeidsdeskundige dient aan de kop van verzuim te komen en een analyse moet maken van wat kan, denken in mogelijkheden. Daarvoor worden wel andere competenties gevraagd voor deze functie dan de kantoorklerk die een beoordeling digitaal doet zonder contact met de klant. Kennis van de arbeidsmarkt, belasting in functies, voorlichting naar werkgevers, vraagbaak voor werkgevers en werknemers leidt tot een sneller beslistraject. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Waarom keuze taakdelegatie? Doordat in deze situatie de verzekeringsarts (VA) eindverantwoordelijk blijft gaat veel tijd van de verzekeringsarts (VA) zitten in coaching, monitoring en controle van de activiteiten van de ander. Dus het rendement (meer beoordelingen) is niet optimaal. Een beter alternatief is taakherschikking. In deze situatie worden taken c.q. verantwoordelijkheden verdeeld en vastgelegd. Ieder voor zich (de VA en b.v. Sociaal verpleegkundige) verricht dan zelfstandig zijn taken. Dit levert een hoger

rendement (meer beoordelingen) op. In de zorg wordt daarom ook met taakherschikking gewerkt. (Beleidsmedewerkers)

- Bij de inzet van professionals zou er breder gekeken moeten en kunnen worden dan alleen de reguliere geneeskunst. De holistische benadering zou hier zeker een plaats in moeten krijgen. Zeker als in de reguliere geneeskunst gesproken wordt over SOLK/ALK is een holistische benadering mogelijk wel een oplossing. Denk in dit opzicht bijvoorbeeld aan PMA (Progressive Mental Allignment), Homeopathie, Acupunctuur, en vele andere niet reguliere geneeskunst. (Andere professionals (medisch, re-integratie))

Thema 2: aandachtspunt 1



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

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

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

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

Aandachtspunt 1

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn **3** vragen

VRAAG 1: Op welke momenten in het beoordelingsproces kunnen andere professionals de lead nemen?

- Zullen we eerste eens beginnen met gewoon Nederlands te gebruiken? 'De lead nemen' is toch gewoon de aanvraag op zich nemen om die af te handelen? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Binnen de eerste 13 weken van de ziekmelding, kan de arbeidsdeskundige belangrijke input leveren voor de beoordelend arts. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- In geval er geen medische aandoening is, maar enkel sprake van functionele ziektebeelden zowel psychisch als fysiek dan (indien voldoende beschikbaar) altijd een psycholoog, fysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut of psychiatrisch verpleegkundige inzetten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Hier ligt ook een taak voor de werkgevers en de werknemer zelf op attenderen. Indien men te lang wacht krijg je zelf de rekening later gepresenteerd, verzuim is HR-target nu 1 qua personeelskosten en vervangingskosten in de huidige arbeidsmarkt bijna niet te doen, zie uitval openbaarvervoer i.v.m. hoog verzuim en personeelstekorten. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Al bij de ziekmelding. Die geen ziekmelding zou moeten heten maar een verzuimaanvraag. Daarbij zou al gekeken moeten worden wat de belangrijkste reden voor verzuim is en welke professional het beste behulpzaam kan zijn. Door de arts vooraan te plaatsen maken we alles medisch. Beroepsgroepen hierboven kunnen relevant zijn, maar ook breder, denk aan uitval door sociale problematiek maar ook functioneringsproblemen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Zeer eens. Z.s.m. eerst probleem duiden en helder benomen Dan relevante hulp inzetten en die leidend laten zijn Tijdig goede coach inzetten voor coördinatie hele proces, dit en begeleiding cliënt (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Helemaal mee eens. Het de-medicaliseren van het beoordelingsproces is het meest belangrijkste uitgangspunt. Geen arts waar het kan alleen als het echt noodzakelijk is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Ik zou de term verzuim vervangen door inzetbaarheidsgesprekken en functioneringsgesprekken in balansgesprekken (werk en privé in balans). (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Verzuimaanvraag bij ziekte is klinkklare onzin. Dat geeft weer verwarring met ander vormen van verzuim. Waar her om gaat is dat iemand zijn werk niet kan doen als gevolg van ziekte. Dat laatste. Afhankelijk van de klachten kan dat door een arts of een andere zorgprofessional worden beoordeeld. Hier gaat het om de beoordeling door de verzekeringsarts van UWV, dat vindt pas (veel) later in het proces plaats. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het is van groot belang om niet zozeer het 'beoordelen' centraal te stellen maar juist de 'begeleiding'. Bij goede begeleiding zal het achteraf beoordelen de goede begeleiding bevestigen. Het gaat hier om 'first time right' om constateren en bijstelling achteraf zoveel mogelijk te voorkomen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- De verzekeringsarts in de lead met goede ondersteuning om zich heen waarbij cliënt centraal staat. Binnen bevoegdheid inzet SMV. En een goede procesbegeleider op de WIA is goud waard. Die weet precies hoe het proces verloopt en welke teamleden waar ingezet of geconsulteerd kunnen worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Een goede triage vooraf door een SMV of taakgedelegeerde kan veel onnodige inzet van de arts voorkomen zowel de Bedrijfsarts als de verzekeringsarts kunnen ingezet worden nadat goed voorwerk gedaan is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Mee eens! (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Op elk moment waarbij er geen sprake is van een claim beoordeling waarbij een beslissing/ beschikking gegeven kan worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Als vooraf duidelijk is op basis van welke aspecten of factoren een claim wordt gedaan op een AO-uitkering. Als dit op het fysieke domein is, dan kunnen (deel)testen van een FCE uitgevoerd worden voordat de cliënt naar de verzekeringsarts gaat voor. De verkregen informatie draagt bij aan de oordeelsvorming van de arts én leidt tot een betere acceptatie van de cliënt over het uiteindelijke oordeel. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Begin bij de vraag wat nodig is voor een juiste uitkeringsvaststelling. Soms zal dan een arbeidsdeskundige tot een goed oordeel kunnen komen met een enkele gerichte vraag aan de verzekeringsarts. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De bedrijfsarts kan een advies geven aan de verzekeringsarts als er een zeer groot vermoeden is van WGA (80-100) niet duurzaam. De uitkering kan dan automatisch starten en de beoordeling hoeft pas plaats te vinden als het medisch traject is afgerond. Een huidige

beoordeling waarvan de bedrijfsarts en cliënt van overtuigd is dat iemand niet kan werken maar eerst uitbehandeld moet worden is zinloos. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Hoe kan deze werkwijze er in de praktijk uitzien?

- De arbeidsdeskundige kan en moet m.i. ook de lead nemen bij ZW-beoordelingen. Recht op ZW is er pas indien je vanwege medische redenen niet in staat bent je "eigen werk" te doen. Een arts kan hier enkel iets over zeggen indien hij op alle belastingaspecten een volstrekt helder beeld heeft over het "eigen werk". Door de arbeidsdeskundige eerst gedetailleerd (dus in mate en getal) de belastingen in het eigen werk in kaart te laten brengen, is voor de beoordelend arts veel sneller duidelijk of er überhaupt sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet. In mijn optiek zou daarmee het aantal mensen dat de ZW in stroomt substantieel verminderd kunnen worden, met als gevolg op iets langere termijn, minder benodigde capaciteit. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Interessante optie. Het is inderdaad belangrijk dat helder is wat de maatgevende functie is. Mijn ervaring is dat ik dat als arts in de meeste gevallen toch wel voldoende kan inschatten, in ieder geval dat er een mismatch is tussen wat er globaal in de functie gevraagd wordt en de medische beperkingen. Niet altijd lijkt me daar de inzet van een AD voor nodig. Wel zou ik het fijn vinden als de re-integratiebegeleider (of AD) de maatgevende functie wel beter in kaart heeft gebracht. Nu wordt er vaak uitgegaan van een cliënt invult op de vragenlijst bij de ziekmelding, wat ik vervolgens tijdens mijn spreekuur als arts toch nog aan het verifiëren ben, wat wel tijd kost en waar een RB of AD meer verstand van heeft. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Kijkend naar het tussenrapport van de Octas commissie: hoge mate van theoretische gehalte van de beoordelingen en achterblijvende participatie na deze beoordeling, zie ik meer toegevoegde waarde in de inzet van de AD zo vroeg mogelijk in het ziekteproces: AD brengt in kaart het participatieprobleem, werkzoekrichting en nodige oplossingen hiervoor. M.a.w., levert een bijdrage aan het verkleinen van de afstand van de arbeidsmarkt meer op (investering in duurzaamheid), dan het doen van een claimbeoordeling na 2 jaar of langer. Een cliënt is door een zo vroeg mogelijke ingezette doelgerichte activering ook minder afhankelijk van een claimbeoordeling. Kortom preventief acteren is ook een bijdrage aan minder claims. En voor cliënt die desondanks de wachttijd doorloopt en een claimbeoordeling aanvraagt: de VA heeft dan voldoende input om een relevante en goed onderbouwde beoordeling te kunnen doen, die veelal zal resulteren in een 80-100 of 35-80. (Beleidsmedewerkers)
- SMV, fysiotherapeut en/of psycholoog samen met de AD op kop. VA wordt ingeschakeld op basis van beschikbaarheid en bij complexe medische ziektebeelden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- SMV: medisch deel MDI voorbereiden/screenen - bij onvoldoende informatie cliënt bellen alvorens besluit of spreekuur nodig is - dossier op stukken zover als mogelijk voor VA voorbereiden en cliënt informeren - combinatiesprekuren SMV/VA waarbij VA later aansluit
 - uitwerking in gecombineerd verslag SMV/VA - SMV kan coördinerende rol spelen, op medisch vlak vraagbaak zijn voor andere disciplines - medisch monitoren - VGHB screenen/bellen. Uiteraard in afstemming met verzekeringsarts en aandacht voor ervaring/bekwaam. (Uitgegaan van inzet op WIA) (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens met dit standpunt. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Zie terug Af ziekmelding starten met eerst goed duiden. Taak werkgever (HR) of Arbodienst. Dan relevante hulp inzetten (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Er kan gewerkt worden in een `fuik` model waarbij door info verzamelen aan het begin door niet VA (MVB/ SMV) verzekeringsarts zo min mogelijk tijd besteed aan plausibiliteit en verwacht verloop aangeeft. Dan in een subteam zal de SMV in de lead gaan medisch samen met AD en RB waarbij verzekeringsarts geconsulteerd kan worden evt. re-integratie en herstel kunnen worden behaald en indien niet dan va beoordeling. Anders gezegd borg overleg en overname mogelijkheden door verzekeringsarts en geeft de SMV meer functionele zelfstandigheid zoals RB en AD dat ook hebben (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Bij de inzet van een FCE: zet op elk kantoor een testunit neer en leidt een aantal mensen op om de testen uit te voeren. Dit kan in eerste instantie in pilotvorm, om te bepalen in welke fase van de claimbeoordeling de (deel)testen het beste kunnen worden uitgevoerd. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Zie eerder gedane voorstellen aan SZW. Een bedrijfsarts advies in potentiële WGA 80-100 beoordelingen kan bij de beoordelingsaanvraag gevoegd worden. Er kan dan een verkorte toets plaatsvinden door de verzekeringsarts die daarop een uitkering toekent. Die voorkomt een voorschot. Zodra er medische wijziging is kan de beoordeling plaats vinden (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 3: Wat zijn hierbij de vereiste randvoorwaarden?

- Wijziging van het huidige UWV-proces t.a.v. ziekwetbeoordelingen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Wijzigen van wet- en regelgeving omtrent in kaart brengen van de belastbaarheid van een cliënt. Eventueel ook de AD toegang verlenen tot medische informatie en de AD scholen op gebied van belastbaarheid, zodat zij een meer leidende rol kunnen aannemen in het proces. Deze kunnen sneller ingeschakeld worden dan de VA. Zeker in bij de ZW-populatie is dit een waardevolle. Een meer zelfstandig karakter van de samenwerkende zorgprofessionals en een eerlijke financiële waardering (een SMV, fysiotherapeut en/of psycholoog sowieso een schaal 9 waardering) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Wijziging van wetgeving. Voor het zover is onderzoeken wat er mogelijk is binnen de kaders en BIG-registratie van medische professionals. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eerder starten met noodzakelijke heldere duiding reden verzuim Dus rol werkgever/Arbo o.i.d. of goede coach (onafhankelijke partij) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Binnen bestaande wet- en regelgeving de taken en rollen van de SMV benutten zoals de curatieve sector dat ook doet. Niet elke gesprek is en claimbeoordeling. Ook de outcome van een SMV-gesprek leidt tot participatie/ re-integratie, werkhervatting of herstel (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Bij inzet van een FCE; Aanschaf van apparatuur, opleiden van een aantal medewerkers met een (para)medische achtergrond en een ruimte waar de apparatuur kan staan (12m2). (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Laat UWV bij de experimenten met SMC's meer de samenwerking met private markt opzoeken en niet alleen vanuit de eigen regie door de verzekeringsarts de route bepalen. Betrek en benut juist de expertise die al ingeschakeld is om een cliënt bij re-integratie te begeleiden. Zorg bij het experimenteren voor referentiegroepen om resultaten van verschillende werkwijzen goed met elkaar te kunnen vergelijken. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Dit alleen als deze persoon als arts geregistreerd staat in het BIG register (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 2: aandachtspunt 2



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

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

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

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

Aandachtspunt 2

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn **3** vragen

VRAAG 1: Welke stappen kunnen genomen worden om taakdelegatie binnen de verzekeringsgeneeskunde een meer verplichtend karakter te geven?

- Er moet sprake zijn van taakherschikking in plaats van taakdelegatie. Zolang er uitgegaan wordt van taakdelegatie zal een verplichting daartoe niet haalbaar zijn, immers de taakhouder houdt altijd het recht zelf te beslissen welke taken hij al dan niet delegeert. Bij taakherschikking vallen een aantal taken van de VA weg, waardoor er geen sprake meer is van vrijblijvendheid. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Willekeurig in het individueel kiezen welke taken gedelegeerd worden en welke niet is niet werkbaar. De eigen keuze om niet in een taakdelegatie model te willen werken uiteraard wel (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens, verplichte taakdelegatie impliceert dat de verzekeringsarts niet meer volledig verantwoordelijk is voor hetgeen hij niet meer zelf behoort te doen. Bij een verplichtend karakter moet daarom sprake zijn van taakherschikking. Mogelijk is wel om de verzekeringsarts zoveel werk te geven dat hij wel taken moet afstaan, maar dat is moreel niet acceptabel. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Met het bovenstaande eens. Ik denk dat andere zorgprofessionals voldoende kennis en kunde bevatten om een adequate belastbaarheid in kaart te kunnen brengen. Uiteraard moet je hen wel opleiden daarvoor. Dus taken verdelen waar kan en eventueel delegeren waar het noodzakelijk is en de VA eindverantwoordelijke MOET zijn. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Eens met bovenstaande. Laat VA ook vooral geen dubbel werk doen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens voorkom dubbel werk wat nu wel gebeurt (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Helemaal eens met taakherschikking i.p.v. taakdelegatie, waarbij nog veel tijd weglekt aan coaching, monitoring en controle, tijd wat niet rendeert in meer beoordelingen. En een drempel is de VA eindverantwoordelijkheid, kan en wil iedere VA deze dragen? Dus ja waarom geen taakherschikking, hiermee worden taken én verantwoordelijkheden

- verdeeld en vastgelegd. Resultaat meer tijd, dus meer beoordeling en einde dilemma. Het werkt in de zorg, waarom niet bij UWV? (Beleidsmedewerkers)
- Eens, afstemmen met collega's met een andere expertise kost ook tijd en delegeren moet je leren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Als arbodiensten en werkgevers 99,35% van het verzuim oplossen voordat het bij het UWV terecht komt, (zie pilot UWV) dan mogen serieus vragen gezet worden bij de effectiviteit van controle/beoordelingen aanvullend op het resultaat van werkgevers en arbodiensten. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens ook bij een score van 90% (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Meer uniformiteit/protocollen, opleiding SMV professionaliseren door en voor SMV-en (conform post-HBO opleiding tot arboverpleegkundige). Eigen verantwoordelijkheid BIG onderzoeken. Taakherschikking onderzoeken, hierin samen optrekken met bedrijfsgezondheidszorg. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens met bovenstaande. Onderzoek de taakherschikking. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Aandacht voor de kracht van de verpleegkundigen. Het gaat niet alleen over het overnemen van dokterstaken. Ze voegen ook iets toe in ondersteuning/begeleiding/empathie. Cliëntenonderzoek kan hieraan bijdragen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Sowieso integraler kijken en info toelaten Coach heeft vaak beste en meeste contact met cliënt bijv. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens, dat maakt de begeleiding laagdrempeliger / praktischer en met meer betrokkenheid. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Bijstellen standpunt NOVAG en oudere VA; professionals van buitenaf betrekken. SMV-capaciteit benutten op nivo. SMV niet alleen inzetten om VA te helpen er kan veel meer zolang er geen beslissing/ beschikking aan de orde is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Bij inzet van een FCE; stel criteria op wanneer je een FCE in zou willen zetten. Dit bijv. op basis van een vragenlijst die vooraf door de cliënt wordt ingevuld. De antwoorden zijn bepalend voor het wel of niet inzetten van (deel)testen van een FCE. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

VRAAG 2: Wat zijn de mogelijke uitdagingen bij een meer verplicht karakter?

- Mijns inziens is bij taakdelegatie een verplicht karakter juridisch niet mogelijk. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De huidige wet- en regelgeving (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Taakdelegatie vraagt begeleiding van een manager bedrijfsvoering. Op inhoud kan verzekeringsarts in the lead, maar zorg voor ondersteuning in randvoorwaarden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Wet- en regelgeving (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Taakdelegatie is een verantwoordelijkheid van de arts, die bepaald wat verantwoord gedelegeerd kan worden (en ook verantwoordelijk) en niet het management. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Weerstand bij de VA bij een verandering van werkwijze. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- UWV zelf kiest ervoor bij de geneeskundige beoordeling die de wet eist bij de geschiktheid voor het eigen werk een verkeringsarts in te zetten, hoewel de wet dat daar niet eist. De grootste uitdaging is m.i. De verzekeringsartsen bij UWV te overtuigen dat ze niet altijd nodig zijn. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

VRAAG 3: Welke taken zijn er nog meer die door de verzekeringsarts gedelegeerd, of zelfs herschikt kunnen worden?

- Alle taken waarvoor de kennis en vaardigheden van de arts niet noodzakelijk zijn. Dus niet alleen medisch inhoudelijke zaken maar ook administratieve taken. Laat de arts alleen (uiteraard nadat de cliënt gezien is) het denkwerk doen en regel via andere medewerkers hoe dit denkwerk schriftelijk wordt vastgelegd. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Administratie uitbesteden aan bijvoorbeeld een medisch secretaresse. VA controleert uiteraard naderhand de verslaglegging. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Alle behalve de keuring zelf Breed input toelaten (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Coördineren van geval behandeling wanneer is en va werkelijk nodig. Op medische inhoud dossiers inplannen i.p.v. tijdscontingent. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De arts moet mijns inziens meer een coördinerende rol hebben. Anderen zoals SMV - Arbeidsdeskundige - re-integratie begeleider bespreken het dossier indien nodig. Arts beoordeelt na triage het volledige dossier (ook met info uit de curatieve sector). Overlegt indien nodig met de bedrijfsarts en bepaalt dan of de werknemer fysiek gezien moet worden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Geef een SMV of MS kaders en laat hen binnen die kaders machtigingen verkrijgen van cliënten en informatie opvragen bij cliënten zelf. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Laat de private sector (bedrijfsartsen) samen werken met verzekeringsartsen. Nu lijkt het dat het werk van de een beoordeeld wordt door de ander. Dat is contraproductief. Laat de bedrijfsartsen een advies geven (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 2: aandachtspunt 3



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

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

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

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

Aandachtspunt 3

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Wat is er volgens jou in het beoordelingsproces nodig om meer de nadruk te leggen op wat iemand nog wel kan?

- Brede invoering van de ICF. En ook vragen naar de omstandigheden. Ik kan best veel, maar niet in situaties zoals die nu op werkplekken zijn (kantoortuin). En ten koste van wat? Als ik daarna drie dagen total loss ben? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Een WOORD --> demedicaliseren! En dat impliceert dan tevens dat niet de arts de regie moet krijgen over het hele beoordelingsproces maar degene die zicht heeft op de arbeidsmarkt en de mogelijkheden die deze biedt voor de beperkte cliënt, ergo de arbeidsdeskundige. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Grotendeels eens met deze post. Of het sec de AD moet zijn vind ik nog een twijfelpunt maar de aanvliegroute is goed. En ik wil hieraan toevoegen: het moet veeeeel eerder, niet pas bij de beoordeling. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens met deze post. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens maar niet alleen AD, goede coach o.i.d. ook prima. Veel eerder zeer eens! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik weet niet zo goed onder welke vraag mijn antwoord valt, want dit is niet helemaal het antwoord op de vraag. Een beter inzicht in de behandeling en vanuit UWV meer samenwerking met professionals in de omgeving waar interventies ingezet kunnen worden die adequaat en effectief zijn. Eventueel zelf meedenken over de meest effectieve therapievormen en mogelijk een intensievere samenwerking met zorgprofessionals in de wijk. Dus meer het heft in eigen handen nemen. Ik kom zelf uit de zorg en mijn ervaring is dat een patiënt vaak niet zo goed weet wat nou een echt goeie hulpverlener is voor de klachten die diegene heeft. Ik heb een hele grote groep long-covid mensen behandeld samenwerkend met een sportarts (voor de belastbaarheid), psycholoog, ergotherapeut, diëtist en ik als psychosomatisch fysiotherapeut. Het is een lang proces, maar ik heb weinig mensen gehad die na 2 jaar nog in de ziekte zaten. Dus er is passende therapie, maar meestal gaan patiënten niet naar de juiste therapeut. Het gevolg daarvan is dat mensen in hun ziekteperceptie van niks kunnen blijven hangen, worden bevestigd (want de therapie slaat immers niet aan) en dus blijven ze langer ziek. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Eens, geef werknemers ook veel meer zelf de regie en biedt adequate passende begeleiding, help er bij deze te vinden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Ook werkgevers zetten z.s.m. interventies zodra er medisch beeld is ontstaan, daar zitten vaak extra kosten aan verbonden maar de beloning is dat men mogelijk sneller weer inzetbaar is al dan niet voor eigen werk dus lager verzuim en helpt ook bij de WIA-beoordeling (<35%) en mag eigenlijk wel beloond worden. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Of er is geen poliklinische behandeling mogelijk in hun omgeving. Bij mij is er totaal geen communicatie tussen de verschillende behandelaren, dat moet ik allemaal zelf zien te regelen. Geen doen, want ze willen ook niet. En er is dus ook geen polikliniek, dus het opzoeken is ook niet mogelijk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit is niet nodig in het beoordelingsproces, dit is al nodig vóór iemand uitvalt en als iemand dan toch uitvalt, dan zeker gedurende de loondoorbetalingsperiode. Als dit de basis en insteek wordt (voorkomen dat mensen uitvallen en kijken naar mogelijkheden), dan hoeven er helemaal niet meer zoveel mensen beoordeeld te worden. Demedicaliseren en kijken naar wat wel mogelijk is. Daar kunnen professionals zoals arbeidsdeskundigen die daarin gespecialiseerd zijn van grote toegevoegde waarde zijn. (En mogelijk ook andere professionals). (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Educatie, cliënt tijdig informeren over mogelijke gevolgen van een beoordeling. Aandacht voor impact. Cliënt uitnodigen om zelf regie te nemen, motiverende gespreksvoering, inzet positieve gezondheid, ICF. Uitzoeken aan welke knoppen gedraaid kan worden en waar geen verandering mogelijk is. Samenwerken met behandelsector, arbeidscoaches/re-integratie providers, gemeente, revalidatiecentra, sportscholen, inzet medische interventies etc. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Intern: administratie op orde krijgen; juridisch en systeemtechnisch. Meer educatie zodat er bijv. kader methodisch uitgevraagd wordt door niet medici. Clusters vormen tussen SMV/AD/ RB en MS. Pas als re-integratie of herstel niet tot stand komt zonder VA, VA consulteren (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens! (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Bij inzet van een FCE; deze brengt juist in beeld op basis van fysiek belastende taken welk fysiek prestatievermogen iemand op de dag van de test heeft. Dit geeft een goed beeld van wat iemand kan en helpt de VA bij het schatten van de (fysieke) belastbaarheid. In een FCE zit ook een methode om 'onderpresteren' in beeld te brengen. Als dit wordt vastgesteld, dan zal de beoordeling van fysieke mogelijkheden op een andere manier moeten worden vastgesteld. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Uiterlijk bij het inzetten van het tweede spoor moet de nadruk worden gelegd dat men zich richt op wat de werknemer nog wel kan. Dat moet ook bij de beoordeling door de VA en AD nadrukkelijk worden aangegeven. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik snap eerlijk gezegd gewoon niet waar jullie al die negatieve ideeën vandaan halen. De andere arbeidsongeschikten die ik ken willen allemaal echt heel graag werken, maar het gaat gewoon niet. En ik zie in mijn proces ook niet dat er geen nadruk ligt op wat ik nog wel kan, juist dat dat er wel is. Ik zal mij dan ook verder onttrekken van antwoorden of dergelijke, want ik kan hier gewoon niet over mee praten. Ik heb hele andere ervaringen en vindt niet dat het nodig is nog meer nadruk te leggen op wat er nog kan. Dan ga ik me gedwongen voelen meer te doen dan ik kan. Dat gezegd hebbende, heb ik wel het idee dat er ergens nog mogelijkheden onbenut blijven waar ik straks misschien iets mee zou kunnen. Het aanbod aan mogelijke functies is zo groot dat ik totaal het overzicht niet heb en ook geen idee wat er allemaal kan en mogelijk is. Ik heb dit wel verbreed de afgelopen tijd, maar het kan denk ik nog breder. Dus misschien doelen jullie daarop. Aan de andere kant vond ik de uitkomsten van het onderzoek van de arbeidsdeskundige enigszins absurd, omdat dat met mijn beperkingen gewoon niet ging, maar goed. Het gaf wel weer een richting voor mogelijkheden waar ik nog niet eerder aan gedacht had. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Welke concrete ideeën zijn er om hier meer aandacht voor te hebben binnen de huidige werkwijzen?

- Geen, de beweging van SMC's waarbij meer dan ooit de nadruk wordt gelegd op de medische inbreng bij de beoordeling en waarbij de regie op het hele proces uitsluitend bij de arts wordt gelegd, met uitsluiting van iedere andere professie, maakt dat juist steeds meer de nadruk komt te liggen op de medische kant van de zaak in plaats van de focus op arbeid te leggen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Niet best als dit nu zo is. Omkeren dit verhaal. Focus op mogelijkheden in overleg met cliënt! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Geen goede ontwikkeling dus! We willen toch juist de arts effectief inzetten op de momenten dat het echt relevant is en verder niet (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- In kaart brengen sociale kaart en netwerken met een aantal zorgcentra of zorgprofessionals om adequate zorg te verlenen voor specifieke veelvoorkomende ziektebeelden of functionele stoornissen. Veel meer richten op gedoseerde activatie en verbeteren ziektepercepties. Wellicht zelfs zelf kortdurende (groeps)interventies inzetten. Dit zou uiteraard meer toekomstmuziek zijn, maar ik denk dat het kan bijdragen aan verkorten van ziekteduur. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Werken op postcodegebied, samenwerken, schutting tussen Uitkeren/SMZ/Werkbedrijf weghalen, kennis sociale kaart, korte lijntjes. Convenant GGZ-gemeente-UWV. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens, al heb je bij werken op postcodegebied wel het risico dat bepaalde minder populaire gebieden bij dezelfde personen komen en dit het werkplezier kan verminderen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - De muur tussen de Arbodiensten en het UWV slechten, de verschillen in het vaststellen van de arbeidsbeperkingen opheffen! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Er bestaan verschillende werkgroepen binnen SMZ, variërend van samenwerken met andere professionals zoals GGZ tot aan een wildgroei van werkgroepen in de SMC; de outcome laat vaak wel te wensen over (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eén traject met een eenduidige begeleiding van de werknemer en werkgever vanaf de dag van de verzuimmelding tot na de WIA claimbeoordeling zonder onnodige overdracht naar een andere dossier regisseur, door één multidisciplinair team. Met daarin zoveel mogelijk niet-medische begeleiding en coaching/behandeling. En alleen op de momenten dat het echt nodig is de inzet van een arts. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Er zijn (o.a. Duitse) overzichten met ziekteverzuim per diagnose. Maak daar gebruik van in de zin dat bij grote negatieve afwijking daarvan client uitgebreider beoordeeld wordt en wanneer client binnen de marge loopt de client ook niet onnodig belast wordt door UWV. Naar UWV gaan als je daar niet werkt, is net zoiets als naar de tandarts gaan. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

Thema 2: aandachtspunt 4

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



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

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

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

Aandachtspunt 4

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Hoe kan zo'n beoordelingstraject er uit zien?

- Ik heb hier al eerder mijn visie over uitgegeven: fysiotherapeut (bij voorkeur een gespecialiseerd fysio) inzetten voor de fysieke belastbaarheid en eventueel ook de psychische (indien psychosomatisch fysio), psycholoog voor het mentale deel, SMV voor de niet complexe medische ziektebeelden. VA indien beschikbaar en bij complexe medische gevallen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Ik denk dat veel SMV dan de biezen weer pakken. Te smal voor de veelal ervaren, hoogopgeleide of gespecialiseerde verpleegkundigen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Mee eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Ook werkgevers schakelen in bepaalde gevallen al vroeg extern medische specialisten in, dus hier zit ook een dubbeling in van werkzaamheden. Een ERD-werkgever met ERD in eigen beheer maakt ook na 42 weken een financiële inschatting lees WIA-voorziening waar op gestuurd wordt (schadelastbeperking, financiële voorziening welke ten laste komt van het resultaat van de onderneming en dus aandacht heeft voor de directie) (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ieder zijn vak lijkt mij, dus relevante input na duiding probleem en die professional leidend laten zijn (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Een fysiotherapeut kan zeker een uitvraag doen voor klachten en lichamelijk onderzoek van het bewegingsapparaat. Een psycholoog kan psychische klachten uitvragen en een psychisch onderzoek. Belastbaarheid opstellen is de kern van het vak bij de specialist arbeid en gezondheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Arboverpleegkundige Trijntje van Zuilen en SMV Anita Frijn zijn aangesloten bij Fohneu, federation occupational nurses EU. Zij gaan regelmatig naar bijeenkomsten in Europa. Wellicht zinvol om in contact te treden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Fuik-methode en invoeren van kader methodisch re-integratie door niet medici. Samenwerking in clusters binnen een SMC waarbij SMV coördinerend is op medisch inhoudelijk vlak met VA op de achtergrond. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Maak gebruik van betrouwbare en valide oordeelsvormende instrumenten voor fysieke (FCE) en mentale belastbaarheid. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Werk met een medisch certificaat van behandelend artsen die de leidraad zijn voor de beoordeling. Zo hoeft de verzekeringsarts in veel gevallen geen onderzoek te doen maar een deskresearch. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Welke kennis en expertise van specialist verzekeringsarts kan hier zo effectief mogelijk worden ingezet?

- Meedenken aan het proces, hoe verdeel je de taken, hoe leid je de andere professionals op. Of net zoals bij de huisartsen, op basis van beslisbomen beoordelen bij welke professional de cliënt het meest geschikt is. Kortere spreekuren of alleen op basis van dossierstudie en dan verwijzen naar de juiste specialist voor verdiepend onderzoek. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Informatie ophalen, enquête? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens! Wat ziet VA als hoofdtaak, hoe blijft vak voor hen uitvoerbaar en relevant/ wat kunnen en willen ze delegeren etc. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Opleiden van SMV; bevoegdheid is er toetsen op bekwaamheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De VA kan op basis van de input én met zijn/haar medische kennis de uiteindelijke beoordeling van de belastbaarheid doen. Wanneer bijv. een FCE wordt ingezet, dan gaat het

om het fysiek prestatievermogen van een client tijdens de test. De VA zou op basis van de medische kennis over onderliggende én vastgestelde medische stoornissen en beperkingen een definitief beeld moeten kunnen vormen of het prestatievermogen dat op één moment wordt geleverd ook duurzaam is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- De kennis van een verzekeringsarts zet je in op dossiers die complex/ onduidelijk zijn (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 3: Samenwerking medische keten

Thema 3: introductie



Thema 3: Samenwerking medische keten

Voor dit thema zijn **2** aandachtspunten gedefinieerd. Per aandachtspunt worden 2 tot 3 vragen gesteld.

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent.

Op de volgende 2 slides vind je de 2 aandachtspunten van dit thema



Reacties

- UWV is een onafhankelijk instituut en uit documenten van een bedrijfsarts kan in vele gevallen geen juist oordeel worden opgesteld. Tevens werken vele bedrijfsarts met verschillende documenten. Dit is een uitholling van een professioneel proces. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ook in de medische keten is de inzet van de holistische benadering een benadering die naast de reguliere gezondheidszorg zijn plaats heeft bewezen als de reguliere zorg niet werkt. Het zou goed zijn om ook hier in een vroeg stadium samen te werken als er sprake is van een aandoening die niet direct fysiek een oorzaak heeft. (Andere professionals (medisch, re-integratie))

Thema 3: aandachtspunt 1

Thema: Samenwerking medische keten



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

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

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

Aandachtspunt 1

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Wat is nodig om ervoor te zorgen dat de verzekeringsarts in evident duidelijke gevallen het oordeel van de bedrijfsarts kan en mag volgen?

- Het wetsvoorstel dat er al ligt alsnog invoeren. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Een echt onafhankelijke positie van die bedrijfsarts, zonder direct financiële relatie tussen werkgever en bedrijfsarts. Zeker zo lang er ook (grote) financiële belangen zijn bij de uitkomst van de UWV-beoordeling voor de werkgever. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens! Praktijk laat toch belangenverstrengeling zien (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Onzin, dan zouden werknemers veel vaker klagen of second opinion of deskundigenoordeel vragen. Uit onderzoek blijkt dat meeste werknemers vertrouwen hebben in de BA. Vaak zijn het werkgevers die klagen over de opstelling van de BA. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens! Verander het stelsel zodat we komen tot de beoordeling door maar 1 arts vanaf de dag van de verzuimmelding, Het wantrouwen tussen BA en VA is ongegrond. De BA is een onafhankelijk arts welke aangesproken kan worden op zijn of haar handelen. Er moet veel meer samenwerking komen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens met toevoeging dat de bedrijfsarts de taal spreekt van de verzekeringsarts (lees UWV denken en handelen). Je ziet dat dan de uitkomst van de WIA-beoordeling nagenoeg gelijk is en geen verrassing meer is voor de werknemer als werkgever. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Oneens, de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts is al geborgd. Zou anders namelijk ook in de eerste twee jaar al tot excessen kunnen leiden. Bovendien gaat het hier om evidente gevallen en kan vermeende onafhankelijkheid ook om die reden geen rol van betekenis spelen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- De bedrijfsarts heeft al sinds jaar en dag een onafhankelijke positie. Het aantal correcties t.g.v. beoordeling verzekeringsarts is minimaal waardoor er in hoge mate vertrouwd kan worden op de bedrijfsarts. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Regelmatig zijn er toch forse verschillen in de rubrieken persoonlijk functioneren en werktijden. Waardoor je niet zomaar 1 op 1 kan overnemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Ga de wijze van beoordelen rechte trekken zodat beide op dezelfde criteria de beperkingen en belastbaarheid in kaart brengen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Behandel dit per sector, zet specialisaties in per sector en praat met de sector waar de meeste problemen liggen. Velen willen in onregelmatigheid hun 40 dienstjaren volmaken maar is in veel gevallen medisch niet verantwoord. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Opleiding bedrijfsarts en opleiding verzekeringsarts meer aandacht voor elkaars vakgebied en verplichte stage van langere periode in elkaars werk. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Hebben we het dan over een gezamenlijke certificering? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Meer vertrouwen en respect voor elkaars professie. Stimuleren van overlegvormen en elkaar kunnen benaderen vanuit de motivatie om recht te doen aan ieders situatie en te streven naar een passende begeleiding en financiële bescherming binnen de kaders van de wet. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Dan moet er wel een fatsoenlijk traject met een bedrijfsarts aan vooraf zijn gegaan. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Nog beter is om in veel gevallen duidelijke beschrijving van behandelend artsen bij te voegen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Welke waarborgen moeten er voor deze oplossingsrichting ingericht worden, zodat cliënten hier geen nadeel van ondervinden?

- In het ingetrokken wetsvoorstel was ruimschoots aandacht voor de waarborgen voor cliënten. Ik mis hier de gedachte dat de bedrijfsarts iemand in veel gevallen al twee jaar volgt, in tegenstelling tot de VA die ook nog eens met terugwerkende kracht kijkt. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Zorg dat duidelijk wordt meegenomen hoe cliënt zelf naar bevindingen kijkt! En sta die toe ook bredere input aan te dragen (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Zie antwoord op de vorige. In reactie op dit wetsvoorstel heeft een vertegenwoordiging van bedrijfsartsen ook zelf de zorg uitgesproken dat druk op bedrijfsartsen (naar een bepaalde uitkomst toe) zou toenemen als dit wetsvoorstel zou worden ingevoerd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- UWV zou horizontaal toezicht kunnen invoeren op arbodiensten en daarmee een kwalitatieve prikkel voor arbodiensten kunnen realiseren. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Mee eens, deze kwalificatie helpt werkgevers ook om op zoek te gaan naar goed gekwalificeerde arbodiensten. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Terug invoeren van verplichte aansluiting werkgever bij gecertificeerde ARBO. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Naast bestaande waarborgen, toegankelijk maken van mogelijkheid van second opinion en/of keuzevrijheid voor de werknemer om een 'reguliere' beoordeling door de

- verzekeringsarts van UWV te laten plaatsvinden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Er zijn al voldoende waarborgen: second opinion, deskundigenoordeel en klachtenprocedure bij BA/arbodienst. Eventueel zal geschil ook bij beoordeling door AD aan de orde kunnen komen. Wellicht kan worden geregeld dat in die situatie de AD alsnog kan verwijzen naar VA. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - T.a.v. deze waarborging speelt ook de UWV AD een rol. Immers de AD heeft een significantie rol in de RIV-toets. (Beleidsmedewerkers)
 - Waarom moet alles in regelgeving worden vastgelegd. Ook een vakkundig oordeel van een huisarts of andere medici moet al voldoen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Er zijn genoeg waarborgen. De vraag is al suggestief gebaseerd op wantrouwen. Een bedrijfsarts zal altijd zijn advies onderbouwen over een beoordeling. Dat moet gewoon in alle gevallen toetsbaar zijn. Er bestaat ook nog zoiets als een bezwaar en beroepsprocedure mochten partijen het er niet mee eens zijn. De ervaring leert dat in de bulk van de gevallen partijen echt wel eens zijn met elkaar. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 3: aandachtspunt 2

Thema: Samenwerking medische keten



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.

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

Aandachtspunt 2

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Wat is er voor nodig om bevindingen van behandelende artsen effectief en efficiënt te integreren in een sociaal-medische beoordeling?

- Om dit mogelijk te maken zou de curatieve sector veel meer inzicht moeten hebben in de factor arbeid bij herstel maar ook de belastbaarheid van een cliënt. Dat is echt iets anders dan 'hoe ziek' iemand is. En dan heb ik het nog niet over het wat minder medische verzuim. Ik zie dit voornamelijk niet als reële optie. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens. Je ziet dit al gebeuren in bij GGZ middels een hier ontwikkelde herstelinterventie gebaseerd op de methodiek IPS: basis hiervan is dat cliënten met (aangeboren) ernstige psychische problematiek op een gegeven moment gebaat zijn voor verder herstel bij een plaatsing op een werkplek met intensieve begeleiding door GGZ

(IPS-coach). IPS wordt al langer ingezet en recent onderzoek laat zien dat dit werkt voor juist deze kwetsbare groep. UWV heeft inmiddels IPS in het dienstverleningsaanbod voor de AD opgenomen, waardoor nu ook AD hier een belangrijke rol in heeft gekregen.

(Beleidsmedewerkers)

- Door ook bij andere medische specialisaties meer aandacht te besteden aan de implicaties van de ziekte/aandoening ten aanzien van dagelijks functioneren en werk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Hier wordt terecht gewezen op de kennis van de bedrijfsgeneeskunde. De curatieve sector kan de factor arbeid niet meenemen omdat 1) zij de capaciteit daar niet toe hebben (zie overbelasting van de zorg) en 2) de kwalitatieve kennis bij de bedrijfsgeneeskunde zit. Wat daarom nodig is, is dat de medische informatie van een client - bijvoorbeeld via PGO's - veel toegankelijker wordt gemaakt voor de sociaal medische beoordeling al in de eerste twee jaar van het verzuim. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens. De beschikbare medische informatie uit de curatieve sector kan door de arts (BA/VA) beoordeeld worden en worden gerelateerd aan arbeid / arbeidsbeperkingen (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Juist (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Informatie ophalen bij Bijzondere Zaken, in België b.v. Speelt behandelsector veel grotere rol. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - In België is hierdoor een groot verschil tussen artsen onderling en wordt er geshopt soms naar een arts die zorgt dat je arbeidsongeschikt bent. Als een arts in de curatieve sector een objectief een uitspraak doet over wat iemand kan het de behandelrelatie negatief beïnvloeden. In België is de uitkering ook minder hoog dan in Nederland, wat ook een effect kan hebben op het aantal mensen dat arbeidsongeschikt is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- POH-arbozorg in de huisartsenpraktijk, informatiepunten in het ziekenhuis. Elkaar beter leren kennen en begrijpen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens? En elkaar aanvullen waar nodig. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Samenwerking in protocollering tussen curatieve sector en ARBO/ UWV; heeft als voordeel dat er meer aandacht is voor preventie van escaleren problematiek van burger. Veel kan voorkomen worden bijv. fysieke klachten lijden tot inkomens val, tot financiële problemen tot problemen in relatie of psych problemen enz. Indien een huisarts bijv. mag verwijzen of zijn POH contact met Arbo verpleegkundige/ SMV laat opnemen kan er al sneller bijgesprongen worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Advisering rondom de belastbaarheid op gestandaardiseerde wijze opnemen in het medisch dossier. Voor zover hier onvoldoende kennis/ervaring voor beschikbaar is in de curatieve sector zou dit aan de hand van belastbaarheidsstudies op de meest voorkomende uitvaloorzaken ondersteund kunnen worden met assessments ter indicatie van de belastbaarheid. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Dit is toch juist het werk van een verzekeringsarts? Daarom moet je toch een artsenopleiding hebben gehad? Je moet ze niet het werk ontnemen, dan willen ze helemaal het werk niet meer doen. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ontwikkel een standaard voor de verzekeringsarts hoe deze informatie gebruikt moet worden. Houd er daarbij rekening mee dat de ene diagnose veel meer zegt over beperkingen dan de andere en dat er diagnoses zijn die duiden op een oorzaak van beperkingen en

diagnoses die slechts een beschrijving zijn van klachten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

VRAAG 2: Hoe komen we tot een duidelijke structuur tussen behandelende artsen en verzekeringsartsen om een naadloze overdracht van relevante medische informatie te waarborgen, zodat sociaal-medische beoordelingen op basis van betrouwbare en actuele gegevens efficiënt worden uitgevoerd?

- Nu wordt vaak een standaardbrief aan een medisch specialist verzonden die ergens onder op een to-do stapel beland. Zo lang het verstrekken van medische informatie iets is dat een behandelend arts erbij moet doen (boven op het reguliere werk) zal dit niet veranderen. Er is dus meer nodig. Meer investeren in regionale samenwerkingsverbanden met ziekenhuizen en gezondheidscentra? VA-arts ook (declarabel) inboeken op het spreekuur voor een telefonisch overleg? Kijken hoe tussen andere medische specialisaties intercollegiaal overleg en informatiedeling wordt vormgegeven? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Goed punt! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Hier zou het van waarde zijn dat bij ziekteverzuim voor elk gesprek de medewerker zijn medische gegevens beschikbaar heeft/meeneemt naar het spreekuur arts (BA of VG). Indien er geen medische gegevens zijn (omdat er geen begeleiding is in de curatieve zorg) is het dan ook de vraag of het überhaupt medisch is en kan taakherschikking (vaak naar psychische klachten) door anderen dan bedrijfsartsen geboden worden. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- PGO (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens Streven naar één dossier waar relevante input (na screening) aan toegevoegd kan worden door diverse partijen integrale input en aanpak en visie client zelf! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens, via een beveiligd portal zou het in deze tijd toch mogelijk moeten zijn om een medisch dossier inzichtelijk te maken voor de artsen betrokken bij de behandeling en beoordeling van werknemers. Als dat echt niet lukt dan kan een werknemer zijn medisch dossier aanleveren aan de arts die hem beoordeelt bij verzuim en claim op WIA. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Ik denk dat in de fase waarin we nu zitten met AVG en wet- en regelgeving dit alleen kan door elkaar op te zoeken. Gezien de tekorten aan artsen in curatieve sector als ook bij UWV zou hier een mooie rol liggen voor de verpleegkundigen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Op eenvoudige wijze dossiergegevens kunnen delen. Dit is voor de client ook veel fijner omdat deze niet iedere keer weer opnieuw het verhaal moet doen en of doorgevraagd wordt op zaken die al bekend zouden moeten zijn. Voor zover AVG hier nog in de weg staat, zou e.e.a. op basis van vrijwilligheid al wel mogelijk moeten zijn met de juiste voorlichting. Juist omdat dit voor veel cliënten zelf ook prettiger kan werken en tot betere kwaliteit van de beoordeling leidt. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

Thema 4: Stelsel (60+ en IVA)

Thema 4: introductie



Thema 4: Stelsel (60+ en IVA)

Voor dit thema zijn **2** aandachtspunten gedefinieerd.
Per aandachtspunt worden 2 tot 3 vragen gesteld.

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent.

Op de volgende 2 slides vind je de 2 aandachtspunten van dit thema



Reacties

- Binnen de bedrijfsartsen is een enorm verloop, waardoor veelal bedrijfsartsen i.o. Te vroeg zelfstandig beoordelingen doen van werknemers zonder de functies binnen bedrijven te kennen. Hierdoor is de valkuil dat er verkeerde beslissingen worden genomen inzake ziekte/gebrek, herplaatsing, tijdige beslissingen binnen de 104 weken etc. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Ethisch onverantwoord, kosten worden betaald door belastingbetaler en door de pensioenfondsen. Een WW'er van 60 jaar moet solliciteren, een klant die gebruik maakt van de 60+ regeling gaat 7 jaar vroeger met pensioen, ontvangt een transitievergoeding en de pensioenopbouw. Een 60+ WW'er ontvangt maximaal een transitievergoeding. Dit zal leiden tot een hogere instroom van de WIA. Mij zijn dossiers bekend waarin personen o.b.v. de belastbaarheid geen recht hebben op een WGA-uitkering en/of deels kunnen werken. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het is kort door de bocht om administratief een volledige uitkering te ontvangen zonder toetsing medisch/arbeidsdeskundig. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het failliet van een stelsel als de stroperige uitvoering zorgt voor een administratief toegekende uitkering (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Pure leeftijd discriminatie. De ene groep krijgt een keuring en de andere niet (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 4: aandachtspunt 1

Thema: Stelsel (60+ en IVA)



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

Achtergrondinformatie: Een aanpassing van de voorwaarden voor een IVA-uitkering is reeds eerder verkend. Het ging daarbij om een verkenning van de optie om na vijf jaar volledige arbeidsongeschiktheid (WGA 80-100) duurzaamheid aan te nemen. In de Kamerbrief van 28 april 2023 ([link](#)) is aangegeven dat deze optie niet afzonderlijk van andere aspecten binnen het huidige stelsel kan worden uitgewerkt. Nadere uitwerking vergt fundamentele keuzes binnen het stelsel die zowel werknemers als werkgevers raken. Dat zijn keuzes die juist ook aan de opdracht van de OCTAS raken. Aangezien deze optie veel stemmen heeft gekregen willen wel een verdiepingsslag maken op de inhoud. Afhankelijk van het advies van de OCTAS kan de opbrengt van deze verdere verkenning mogelijk gebruikt worden in een later stadium.

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

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

Aandachtspunt 1

VRAAG 1: In hoeverre en onder welke voorwaarden moet eerdere instroom in de IVA (dus eerder dan binnen 3 of 5 jaar volledige arbeidsongeschiktheid) mogelijk zijn/blijven?

- Als de medische situatie overduidelijk alleen nog achteruitgaat: palliatieve situaties. Of als duidelijk is dat medisch herstel onmogelijk is. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik denk dat het belangrijk is om zich te realiseren dat een 80-100%-situatie niet per definitie betekent dat de cliënt niet kan werken. De WIA is een loondervingsuitkering hetgeen inhoudt dat het percentage ongeschiktheid afhangt van de mate waarin loon gederfd wordt. Dit leidt ertoe dat cliënten die een hoog loon hebben en het eigen werk niet meer kunnen doen, vrijwel allemaal een hoog percentage arbeidsongeschiktheid hebben. Cliënten met extreem hoog loon en slechts geringe beperkingen, maar wel zodanig dat men het eigen werk niet meer kan doen, worden door deze beoordelingssystematiek 80-100% arbeidsongeschikt. Indien de beperkingen duurzaam zijn, leidt dit zelfs tot een IVA. Deze mensen hebben wellicht nog talloze arbeidsmogelijkheden maar enkel doordat de beperking duurzaam is en zij in hun vorige werk een extreem hoog loon hebben verdiend, komen zij in de IVA terecht. Eerdere instroom in de IVA zou in mijn optiek aldus nooit mogelijk moeten zijn voor cliënten die op arbeidskundige gronden volledig arbeidsongeschikt zijn. Dus enkel voor degenen die op medische gronden volledig arbeidsongeschikt zijn. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Volledig mee eens, in het huidige stelsel zegt een 80-100 niet iets over of iemand volledig arbeidsongeschikt is, enkel of iemand een groot loonverlies heeft. Ik ben absoluut geen voorstander van automatisch de IVA instromen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Eens! Gaat over geld niet welzijn of mogelijkheden die client nog heeft of ziet Inzet professionals die dat tot hun werk hebben gemaakt ! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens!! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Niet helemaal mee eens. De verzekeringsarts kan alleen bij bedlegerigheid, opname in een instelling en dergelijke zonder de arbeidsdeskundige iemand 80-100 oordelen. Ook wanneer iemand zware duurzame beperkingen heeft, waardoor een arbeidsdeskundige inschat dat die nooit meer aan het werk kan, moet IVA mogelijk blijven. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Bij volledige duurzame arbeidsongeschiktheid op medische gronden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens ! Waarbij opgemerkt dat er wellicht nog eens opnieuw gekeken worden naar hoe een reële beoordeling van de duurzame de medische beperkingen er dan uitziet (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Omwille van solidariteit en collectiviteitsgedachte is het belangrijk om een onderscheid naar benutbare mogelijkheden te maken. Waar duidelijk is dat een werknemer nooit meer aan het arbeidsproces deel kan nemen, is het belangrijk om deze dan ook niet meer te belasten met een re-integratieplicht en inkomenszekerheid te bieden. De financiering van de uitkeringslast zal in dat geval uit publieke middelen moeten komen. Aan de andere kant is het wenselijk om de mogelijkheid van participatie niet te snel op te geven, zolang dit potentieel nog aanwezig is zou er nog sprake moeten zijn van een activerende uitkeringssituatie. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - De redenatie dat de uitkering van iemand die blijvende beperkingen heeft door bijvoorbeeld een amputatie, maar niet 80-100% arbeidsongeschikt is uit premies betaald moet worden, maar dit uit belastinggeld zou moeten worden ontgaat mij. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Het terugbrengen van de termijn waarin de uitkering uit premie gefinancierd wordt, lijkt me een betere oplossing. Iemand automatisch volledig en duurzaam arbeidsongeschikt achten na zoveel jaar, is niet netjes naar die mensen zelf. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De behandelmogelijkheden, exoskeletten en dergelijke die in de toekomst beschikbaar komen, zijn niet te voorspellen. Daarom zal altijd een herbeoordeling mogelijk moeten blijven en is terecht re-integratie op verzoek van client al mogelijk gemaakt. Wanneer de groep die IVA krijgt groter gemaakt worden, zal de zekerheid van de 75% uitkering tot het pensioen afnemen. Niemand is gebaat bij deze oplossing, behalve de premiebetalende werkgever en eigenrisicodrager. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Het is humaan om iemand die geen werkvermogen meer heeft en/of terminaal is 'rust' toe te kennen door een IVA-uitkering (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Aan welke criteria zou voldaan moeten worden om daadwerkelijk na 3 of 5 jaar automatisch de IVA in te stromen?

- Nooit automatisch in die zin dat altijd beoordeeld moet worden of de werknemer nog steeds 80-100 arbeidsongeschikt voor de WGA is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Eens; enkel het verstrijken van de tijd mag geen doorslag geven (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit moet niet gebeuren omdat de IVA voor mensen is die niet meer kunnen werken. Een 80-100 betekent dat er sprake is van fors loonverlies maar niet dat je niet kan werken. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens! Verkeerde focus. Focus moet gericht zijn op tijdig juiste hulp en begeleiding en welzijn en mogelijkheden cliënt (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Na 5 jaar wordt activeren en re-integreren heel erg moeilijk. Zie experiment medisch-professionele herbeoordelingen en medisch monitoren (oud bestand). Na 3 jaar lukt dat misschien nog wel. Oplossing ligt misschien in "cliënt in beeld zonder wettelijke beoordeling". Dit vraagt nauwere samenwerking tussen SMZ en werkbedrijf. Consultatie verzekeringsarts kost minder tijd en SMV kan hier ook rol in spelen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Sommige cliënten blijven moeilijk om te activeren en re-integreren waarbij de oorzaak zeker niet altijd ziekte is. Hierbij zijn de mogelijkheden van het Werkbedrijf ook beperkt. Echter lijkt me een IVA toekennen hierbij niet het juiste signaal. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens, maar ook tussen Werkbedrijf en re-integratie afdelingen van private verzekeraars. Daar worden ook veel re-integratieactiviteiten opgepakt voor verschillende groepen werknemers in de WGA (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Inderdaad na 3-5 jaar (cliënt is dan al 5 tot 7 jaar uit arbeidsproces en soms zelfs langer) doet wat met de mens. En speelt nog geen eens de ziekte of aandoening mee, maar is verlies van perspectief is de grootste belemmering. Want naast een lange periode van niet (kunnen) werken, speelt ook voor mensen met een beperking uitsluiting van de arbeidsmarkt mee. Vele werkgevers halen liever een 'gezonde' werknemer in huis. Was vroeger de WAO de 'parkeerplaats' voor zieke werknemers, nu lijkt de WGA deze rol te hebben gekregen. Eenmaal ontslagen bij de eigen werkgever na 2 jaar ziekte, is de kans op een duurzame werkhervatting nog zeer klein. (Beleidsmedewerkers)
- Wanneer er na verloop van 5 jaar geen wijzigingen in de belastbaarheid zijn opgetreden die het mogelijk maken om überhaupt aan het werk te kunnen zou er automatisch doorstroom naar IVA plaats moeten kunnen vinden. Als uitzondering hierop zou nog bepaald kunnen worden dat in bijzondere gevallen waarin medisch herstel reëel wordt geacht er ondanks het verstrijken van de 5-jaarsperiode toch een WGA-uitkering blijft bestaan. Dit impliceert wel een vorm van toetsing, maar zou met een goed protocol een stuk eenvoudiger en efficiënter kunnen dan nu het geval is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Even hè, je kunt ook weer uit de IVA toch? Ik bedoel meer, wat wil je nog uitzicht op herstel noemen na 5 jaar arbeidsongeschiktheid en hoe lang mag dat uitzicht dan nog maximaal bestaan? Ik heb verder even geen idee bij de consequenties etc. voor wie dan ook hoor. Maar als je al weet dat er voor een duidelijk langere periode (zeg 5 of 8 jaar of zo) geen zicht is op arbeidsmogelijkheden, maar als iemand in de WGA blijft moet hij dit wel elke 3 maanden opnieuw uitleggen, waarom kun je iemand dan niet de rust van een IVA geven voor die periode? Zou dat het herstel niet ten goede komen? Ook hier zou ik zeggen dat maatwerk het beste is en natuurlijk een goed beeld van de cliënt. Even een beetje bleu opgemerkt. Ik begrijp dat er ooit onderzoek is uitgevoerd, maar ik moet eerlijk bekennen dat ik me niet kan voorstellen dat als er over 5 jaar eindelijk een geneesmiddel is voor mijn aandoening en ik het tot die tijd moet doen met hoe ik er nu bij zit (volledig arbeidsongeschikt en zo goed als hulpeloos thuis) ik echt dan nog wel weer wil gaan werken hoor. En zolang mijn situatie nu stabiel zou blijven ben ik eerlijk gezegd ook vooral gebaat bij rust en ruimte. Dat krijg ik op het moment gelukkig ook redelijk van mijn coach, dus dat is fijn. Een paar keer per jaar hebben we contact en dat is voor mij nog prima. Maar een

vriendin van mij is bijvoorbeeld al vanaf kinds af aan blind en heeft ook ME. Die vindt het juist vervelend dat ze elke 3 maanden moet aangeven dat het inderdaad nog niet beter gaat met haar. Deze situatie bestaat al zeker 10 jaar en zal niet snel veranderen. Dus waarom nog zo veel contact? Haar vorige coach kende haar heel goed, er is dus een degelijk en langdurig rapport over haar persoonlijkheid etc. Waarom dan nu toch weer elke 3 maanden contact terwijl er niks veranderd is? En terwijl iedereen weet dat zodra ze weer iets zou kunnen ze zelf direct aan de bel trekt. Zonde van de middelen. Als je nu contact opneemt omdat er een nieuwe behandeling mogelijk is of zo, dan heeft het nog nut. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 3: Welke aandachtspunten zijn er bij deze maatregel ten aanzien van re-integratiedienstverlening en financiële prikkels (w.o. Premiedifferentiatie)?

- Niet geld maar de situatie van de werknemer moet het uitgangspunt zijn voor wel of niet 80-100 AO en wel of niet duurzaam. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens! Zie terug (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zolang er kans is op herstel, heeft medewerker recht op zorgvuldige begeleiding. Inhoud van de casus moet hier leidend zijn en niet de duur van arbeidsongeschiktheid. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Door IVA alleen toe te kennen in situaties waarin in het geheel geen benutbare mogelijkheden bestaan, blijft de prikkel op re-integratiebegeleiding in de situaties dat daar juist wel sprake van is voor zowel werknemer als (ex-)werkgever bestaan. Het is daarvoor wel belangrijk om deze voorwaarden in stand te houden, maar wel de toetsing van IVA-rechten te vereenvoudigen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Werkgevers willen graag dat mensen herstellen maar en ze zullen zich daarvoor inzetten. Als dit echt niet kan is het logisch dat mensen een IVA-uitkering krijgen en dat de lasten daarvoor solidair worden gedragen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 4: aandachtspunt 2

Thema: Stelsel (60+ en IVA)



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

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

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

Aandachtspunt 2

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Welke redenen zie je om de 60-plusmaatregel wel of juist niet te verlengen?

- Ik denk dat de 60+-maatregel niet verlengd moet worden, tenzij daartoe de wet gewijzigd wordt. Nu komen 60+ers in de WIA die conform wet- en regelgeving in het geheel niet arbeidsongeschikt zijn en nog een goede arbeidsbijdrage zouden kunnen leveren binnen de samenleving. Gelet op de huidige krapte op de arbeidsmarkt, is de maatregel m.i. onverantwoord. Zij is nu al verworpen tot een vervroegde pensioenregeling. Dat de maatregel zoveel effect heeft, komt doordat er feitelijk helemaal geen beoordeling wordt gedaan. Het is enkel toekennen van de uitkering zodra een aanvraag is ontvangen. Uiteraard bespaart dit veel professionele capaciteit en tijd. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik snap wat hier bedoeld wordt en ja allemaal waar. Maar stel dat deze maatregel inderdaad niet verlengd gaat worden, en is dus de 60 plusser weer aangewezen op een 'echte' beoordeling met een VA, dan betekent dat de groep wachtenden op een claimbeoordeling nog veel groter wordt (reken maar dat de groep 60 plusser een groot aandeel inneemt van de WIA aanvragen). Deze maatregel verdient geen schoonheidsprijs en draagt ook niet bij aan een duurzame oplossing. Maar met deze maatregel weten in ieder geval meer cliënten waar zij aan toe zijn. En dan ook, mocht de 60-plusser toch een echte beoordeling willen en/of re-integratie dan kan dat ook allemaal. Met andere woorden, bekijk de meerwaarde van deze noodgreep (iets anders is het niet) eens vanuit deze context. Een andere oplossing is er namelijk (nog) niet... (Beleidsmedewerkers)
- Dit is gewoon een VUT-route; zeker omdat er nu door de verlenging op geanticipeerd kan worden. Alles doen om niet te verlengen dus. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Niet verlengen. Nu blijkt al dat het gebruikt wordt als goedkope afvloeiingsregeling. Bovendien schrijf je 60+ feitelijk per definitie af, wat met de huidige levensduur en arbeidsmarkt niet reëel is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Mee eens, feit is wel dat re-integratie van huidige groep 60+ een enorme uitdaging is, deze groep is vaak eenzijdig opgeleid en ingewerkt en niet altijd meegegroeid met de digitale ontwikkelingen, waardoor het vinden van een passende baan erg lastig is.

Werkgevers staan er vaak ook niet om te springen, daar zal dan ook een andere mindset moeten komen. En deze groep wordt groter naarmate de pensioenleeftijd ophoogt.
(Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Het is de vraag of dit überhaupt maatschappelijk te dragen is qua kosten. Daarbij is de arbeidsmarkt duurzaam krap waarbij deze maatregel daar niet aan bijdraagt. Hier wordt het risico genomen dat mensen veel te vroeg niet meer participeren met alle maatschappelijke lasten/zorgen van dien. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Niet verlengen, we hebben iedereen die kan werken hard nodig. Mensen van 60+ hebben hele nuttige kennis en expertise. Daarnaast is het een hele dure oplossing waarvan ik het onverantwoord vind om deze kosten door de maatschappij te laten dragen. Als je kan werken, doe je gewoon mee. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Niet verlengen. Om alle bovenstaande redenen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Ik sluit me hierbij aan, het is ook vorm van ageïsme. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dubbel, het is waar dat sommige cliënten nog bijdrage kunnen leveren. Anderzijds drukken de 60-plussers op het aantal beoordelingen. Een grote groep kan niet meer werken of aan het werk komen. Daarbij groeit de groep door hogere pensioenleeftijd. Het gaat ten koste van adequate begeleiding en duidelijkheid voor jongere werknemers. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Als deze uitkeringen wel toerekenbaar worden gemaakt zou er een controlemechanisme kunnen ontstaan doordat er het belang van zuivere toepassing groter wordt. De evidente gevallen zullen dan nog steeds vereenvoudigd beoordeeld worden, maar in de situatie dat er een andere WIA-uitkomst zou moeten gelden dan WGA zal dit ertoe leiden dat alsnog aangestuurd wordt op een reguliere begeleiding. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Niet verlengen! UWV schreef in november: "In de eerste negen maanden van 2023 steeg de instroom in de WIA met 8% ten opzichte van dezelfde periode in 2022. De toename wordt vooral veroorzaakt door de invoering van de 60-plusmaatregel." De maatregel leidt enerzijds tot een forse stijging van de WIA-instroom en daarmee de (collectieve) uitkeringslasten. Anderzijds lijkt de maatregel uit te werken als een soort VUT-regeling, waardoor mensen die nog kunnen bijdragen op de arbeidsmarkt aan de kant worden geschoven, en dat terwijl er enorme arbeidsmarktkrapte is. De kans hierop neemt overigens toe naarmate de regeling langer loopt en de bekendheid stijgt. Als de regeling voor langere tijd wordt verlengd, wordt de kans op gedragseffecten groter. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Niet verlengen. Ik vind dat 60-plussers zeker financieel beschermd mogen zijn bij een mogelijke inkomensval na de uitkering. Echter is dit onwenselijk, het wordt gebruikt als vervroegd pensioenregeling. En ook wordt het niet bij iedereen toegepast waardoor het niet helemaal eerlijk is, 60-plussers die een buitenlands arbeidsverleden hebben komen soms niet in aanmerking. Daarnaast is het ook niet te verantwoorden om de pensioenleeftijd op te hogen en daarnaast 60-plussers af te schrijven. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - De laatste is een goede! Je moet als overheid nooit discrimineren, niet op huidskleur, geslacht, op afkomst, handicap en leeftijd! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Niet verlengen maar zoeken naar duurzame eerlijke oplossingen voor het probleem van de achterstanden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Niet verlengen. Deze noodmaatregel is een paardenmiddel dat afbreuk doet aan de basisbeginselen van de WIA. Het oneigenlijk gebruik van de regeling neemt toe door meer bekendheid met de regeling en leidt tot grote rechtsongelijkheid op basis van leeftijd. Daar komt het verschil in uitwerking op het hybride stelsel en risico van disbalans nog bij. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- De regeling moet niet verlengd worden want dan wordt het een verkapte VUT-regeling. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

VRAAG 2: Welke argumenten zie je voor of juist tegen een uitbreiding naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd)?

- Dezelfde redenen als waarom ik de maatregel volstrekt onverantwoord vind, nl. Het wegtrekken van arbeidscapaciteit terwijl we daar momenteel juist zoveel tekort aan hebben, los nog van het feit dat deze wijze van aanvragen afhandelen volstrekt in strijd is met de democratisch tot stand gekomen wetgeving. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - En daarnaast: werken kan voor veel mensen revaliderend werken. Het is niet sociaal om zoveel mogelijk mensen makkelijk een uitkering te geven. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Eens, verder suggereert het woord claimbeoordeling dat de WIA beoordeeld wordt. Niets is minder waar; er vindt een ambtshalve toekenning plaats. Verder is er sprake van leeftijdsdiscriminatie. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Een uitbreiding van de maatregel is een heel slecht idee. De nadelige impact - die al veelvuldig bij de eerste vraag aan de orde kwamen - worden hiermee verder versterkt. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Hiervoor gelden de redenen om de maatregel niet te verlengen nog sterker. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De collectieve lastendruk neemt toe. Een grotere doelgroep betekent dat de lasten door minder schouders gedragen moeten worden en de verhouding actieven en inactieven scheef komt te liggen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Tegen, omdat ik ook tegen de 60+ regeling ben. Als je kan werken, dan doe je gewoon mee. Dit is leeftijdsdiscriminatie. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Helemaal mee eens. De WIA is altijd geweest dat leeftijd geen weegfactor is. Cliënten vragen dat ook met een zekere regelmaat. Mijn antwoord is altijd nee. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Er wordt bij deze groep niet beoordeeld, het is toekenning. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Wellicht vraagt het maatwerk, kansarm/kansrijk. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Door het toekennen vanaf een jongere leeftijd van een WIA-uitkering, schrijf je niet alleen mensen af maar invalideer je ze mogelijk onnodig. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zie reacties voorgaande vraag, in dat kader is er geen enkel argument om juist tot verdere uitbreiding over te gaan. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Het is ook voor jongere werknemers niet goed om op deze manier afgeschreven te worden. Deze mensen mogen niet de dupe worden van het tekort aan VA. Bovendien kunnen we ze met deze krappe arbeidsmarkt uiteindelijk vaak weer aan ander werk helpen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mijn opmerking stond al onder de vraag hiervoor, maar dan ook nog even hier: Ik snap wat hier bedoeld wordt en ja allemaal waar. Maar stel dat deze maatregel inderdaad niet verlengd gaat worden, en is dus de 60 plusser weer aangewezen op een 'echte' beoordeling met een VA, dan betekent dat de groep wachtenden op een claimbeoordeling nog veel groter wordt (reken maar dat de groep 60 plusser een groot aandeel inneemt van de WIA aanvragen). Deze maatregel verdient geen schoonheidsprijs en draagt ook niet bij aan een duurzame oplossing. Maar met deze maatregel weten in ieder geval meer cliënten waar zij aan toe zijn. En dan ook, mocht de 60-plusser toch een echte beoordeling willen en/of re-integratie dan kan dat ook allemaal. Met andere

woorden, bekijk de meerwaarde van deze noodgreep (iets anders is het niet) eens vanuit deze context. Een andere oplossing is er namelijk (nog) niet... (Beleidsmedewerkers)

VRAAG 3: Welke aandachtspunten wil je nog meegeven over de 60-plusmaatregel?

- Evalueer welk probleem hiermee opgelost is: het capaciteitsprobleem van het UWV wordt hier afgewikkeld op de maatschappij. De vraag is of hiermee niet een veel groter probleem in de toekomst ontstaat. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Mee eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Eens (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Juist, goed voorbeeld weer van korte termijn boven lange termijn. Daarbij, heel slechte inzet van gemeenschapsgeld. Verschrikkelijk. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Je zou mogen hopen van niet... Maar dan commissie Octas brengt nu de knelpunten van de huidige wetgeving en uitvoering hiervan in beeld. En het zou zomaar eens kunnen dat de eindconclusie is dat dit niet langer meer houdbaar is en UWV in een overmachtssituatie is beland. Dit maakt m.i. de weg vrij naar een andersoortig stelsel die beter past bij de huidige werkelijkheid. Want vooral blijven doen wat al 30 jaar gedaan wordt (de beoordelingssystematiek heeft al een lange grijze baard en komt uit een hele andere tijd) dat gaat zeker een groot probleem in de toekomst worden. (Beleidsmedewerkers)
- Evalueer of het capaciteitsprobleem met de uitvoering van de 60+ regeling daadwerkelijk opgelost wordt of is het verleggen van het probleem? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens, weet zeker dat er een grote groep 60+ wel degelijk iets kan betekenen in de huidige arbeidsmarkt problematiek. Velen vinden dit goed om zo hun pensioen niet te hoeven te vervroegen of gebruik te kunnen maken van een ouderenregeling in de cao of de RVU-regeling. De rekening van het geheel krijgen de werkgevers terug via WIA-basispremie. Er zijn ook werkgevers die hun 60+ graag willen behouden. Ja verzuim onder 60+ is hoog en veel WIA-beoordelingen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Onderzoek de herstelmogelijkheden om de negatieve impact van deze noodmaatregel te verzachten. Wat is er mogelijk om het verloren arbeidskapitaal alsnog te activeren en hoe kan de rekening eerlijker verdeeld worden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- De 60+ maatregel is niet voor niets een noodmaatregel. Hij leidt tot ongewenste gevolgen op de arbeidsmarkt en ondermijnt het pensioenstelsel door de regel dat bij 80-100% arbeidsongeschiktheid de pensioenopbouw premieloos wordt voortgezet. Het is leeftijdsdiscriminatie die niet in overeenstemming is met het internationaal recht. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Stop ermee. Er wordt nu gestimuleerd om werknemers die na hun 58e (!) Langdurig ziek worden, langer ziek te houden om ze zo in de WGA te laten stromen. Aangezien dat de gemeenschap de kosten draait wordt dit ze niet eens aangerekend. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 5: Innovatie

Thema 5: introductie



Thema 5: Innovatie

Voor dit thema zijn **3** aandachtspunten gedefinieerd.
Per aandachtspunt worden 2 tot 3 vragen gesteld.

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent.

Op de volgende 3 slides vind je de 3 aandachtspunten van dit thema



Reacties

- Benoem het tweede poortwachter jaar als 'Mobiliteitsperiode' waarin de werknemer actiever wordt gewezen op mogelijkheden werk bij andere werkgevers. Zorg voor ruimere wettelijke mogelijkheden voor werkgevers die uitgevallen werknemers een tweede kans geven. Versoepel daarnaast regels om de uitvoerende partijen te laten samenwerken (poortwachter & privacy) overweeg het huidige loonsanctieregime. Maak een stelsel op vertrouwen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Zorg voor financiële verzuimprikkels in de cao's er zijn cao's die 2 jaar 100% ziekgeld betalen terwijl de afspraak was max 170% over 2 jaar. Geef ook aan oudere werknemers aan dat 40 jaar een zwaar of eenzijdig beroep met veel zelfde uitval oorzaken niet meer van deze tijd is in belang van de werknemer zelf. Tweede spoor wordt vaak veel te laat besproken en ingezet. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Ik denk dat er hier dan onderscheid moet worden gemaakt tussen een daadwerkelijke 'verzuimprikkel' en ziektegeld. Even los van welke afspraken waar zijn gemaakt, dat is een andere discussie. In mijn optiek gaat een verzuimprikkel uit van enige mate van onwil bij de medewerker. In dat geval kun je mensen die door een arbeidsongeval volledig arbeidsongeschikt zijn geworden niet korten, omdat zij niet bij machte zijn te voldoen aan de eisen voor de 'prikkel'. Terwijl dit bij ziektegeld of wachtgeld of hoe je het ook wilt noemen wel kan. Uiteindelijk is het dan ook een soort voorbereiding op de tijd dat er een uitkering gaat worden verleend, die waarschijnlijk nog lager uitvalt. Weet wel dat herstel met een lager inkomen vaak lastiger is omdat zorg nu eenmaal ook geld kost. Tweede punt absoluut mee eens. Maar bedenk ook dat deze mensen mogelijk het én leuk werk vinden én niet zouden weten wat ze anders moeten gaan doen. Kantoorwerk is vaak voor hen niet weggelegd. Dus een beetje extra hulp en begrip voor hun situatie is wel op zijn

plek denk ik. Toen zij met hun werk startten was het namelijk nog wel heel normaal om gewoon door te gaan tot je erbij neerviel. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- ZW eigenrisicodragerschap. Bij grote werkgevers wordt in circa 68% van de gevallen door private partijen ook de begeleiding van het Ziektewet (vangnetters) uitgevoerd voor werkgevers. Dit zijn de werknemers die ziek uit dienst gaan. Uitgestelde Eerstejaars ZW Beoordelingen remmen mobiliteit bij het eigenrisicodragerschap. Ex-werknemers blijven wachten op deze beoordeling. U beschrijft ook het verschil in uitvoering tussen publiek en privaat. Private uitvoerders van de Ziektewet besteden gemiddeld circa 12 uur per jaar aan re-integratie, het UWV komt slecht tot 2 uur re-integratiebegeleiding per jaar. Mede hierdoor boeken eigenrisicodragende uitvoerende werkgevers veel betere resultaten en de ex-werknemers voelen zich meer gehoord. Private partijen zijn gehouden om op de poortwachter wijze de begeleiding voor te zetten met als gevolg een sanctie bij onvolkomenheden. Het UWV heeft deze verplichting ook maar controleert zichzelf niet en legt zichzelf nooit een sanctie op. Zoals u beschrijft schiet deze begeleiding van deze 'vangnetters' dan ook te kort. Ons advies over het stelsel Wij constateren dat private uitvoering in deze groep een uitkomst biedt voor het uitvoeringsprobleem bij UWV. Laat de EZWB privaat uitvoeren op basis van een kader van UWV en geef ruimte aan de private partijen deze beoordeling in tijd variabel in te zetten afhankelijk van medische situatie. In sommige gevallen is een beoordeling eerder of later gewenst. Zeker als geen medische behandeling meer is of een werknemer in het midden van een behandeling zit. Bij dispuut over de uitkomst kan UWV het bezwaar uitvoeren. Maak en handhaaf gelijke regels tussen privaat en publieke uitvoering. Schaf de loonsancties af en beloon werkgevers juist met een mobiliteitsbonus voor werknemers die weer aan het werk gaan. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Trekt u nu niet een scheve vergelijking? Geen idee hoor, echt een vraag. Zijn degenen die door de private instituten begeleid worden niet werknemers die tot het eind van de Ziektewet bij hun werkgever zijn gebleven? Kan het daaruit niet volgen dat degenen die eerder zijn losgelaten dus zo weinig konden presteren en een dusdanig onzekere periode van herstel zouden hebben dat het eigenlijk logisch is dat het UWV dus veel minder uren kwijt is aan begeleiding omdat een groot deel gewoon nog niet toe is aan re-integratie? Zoals gezegd, het is een vraag. Prima om het eens goed uit te laten zoeken als dat nog niet gedaan is. Maar mogelijk dus een beetje kort door de bocht om te zeggen dat het UWV niet goed of voldoende begeleid. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De beoordeling op een moment in de tijd na 2 jaar werkt verlamdend op de re-integratie. In de aanloop naar de keuring gaat de werknemer wachten op de keuring en na de beoordeling zorgt dit voor vertraging en wachten op een herbeoordeling. Wij dragen voor dit probleem 2 adviezen aan:
 1. Zorg ervoor dat eerder gedurende de eerste twee jaar wachttijd, een vervroegde beoordeling kan bij een verwachte 0-35 uitkomst kan worden uitgevoerd om eerder vast te stellen wat de uitkomst gaat worden. Dit kan door 'private indicatieve beoordeling' door een ter zake kundige onafhankelijke private arts. Is er een dispuut kan UWV een contra expertise uitvoeren. De loondoorbetaling kan doorlopen tot 2 jaar maar een eerdere vaststelling van 0-35 geeft duidelijkheid aan de werknemer en kan ook eerder de transitievergoeding vrij maken om werknemers te begeleiden naar een andere werkgever.
 2. Zorg ervoor dat op advies van de bedrijfsarts bij verwachte WGA 80-100 beoordelingen de uitkering direct in gaat zonder beoordeling. Pas op het moment dat de medische situatie erom vraagt wordt de SMB uitgevoerd. Er zullen minder beoordelingen plaatsvinden die een overduidelijke uitkomst hebben. Private partijen zorgen voor de monitoring van de medische situatie en zullen juist zorgen voor een beoordeling op het moment dat er uitsluitel nodig is. Werknemers kunnen zich dan juist richten op medisch herstel of na een beoordeling op het invullen van hun verdienvermogen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Mag ik vragen wie die private partijen betaald? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het stelsel werkt onvoldoende. De betrokkenheid van private uitvoerders werkt. Private uitvoerders spannen zich maximaal in om werknemers weer aan het werk te krijgen. Wat niet werkt is de rol vermenging bij UWV: naast toezichthouder zijn ze ook uitvoerder. Ons advies: splits de rollen van uitvoering en toezicht. Beoordeel de uitvoering gelijk aan het kader waar iedereen aan moet voldoen. Zo zal kwaliteit toe nemen en hoeft de slager zijn eigen vlees niet te keuren.
Disbalans in het stelsel Waar het ook mank gaat is dat tijdelijke maatregelen de balans in het stelsel uit evenwicht brengen. Dit zijn maatregelen ingegeven door falende uitvoeringsorganen die een nieuwe problemen creëren. Exponent hierbij is de huidige 60+ regel die ontwrichtend werkt. Door verschillende premie methodes lokt deze maatregel uit dat werkgevers financieel korte termijn keuzes gaan maken in plaats van lange termijn strategisch re-integratie inrichten wat goed is voor werknemers. Daarnaast gaat er geen enkel activerend karakter meer uit van de regeling.
Ons advies: Toezicht op het hybride stelsel door een door SZW ingesteld orgaan waarbinnen ook de private partijen een stem hebben met een eigen uitvoeringstoets moet in de toekomst deze ontwrichtende maatregelen voorkomen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Interessant (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens; splits de rol van uitvoerder van verzuimbegeleiding en re-integratie en laat deze uitvoeren door één partij en organiseer een goede toezichthouder die niet het werk van de uitvoerder gaat overdoen of gaat toetsen op basis van eigen (andere) criteria. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- UWV is een organisatie welke centraal wordt geregeld met regelgeving die wordt gestuurd vanuit de politiek. Het kan niet zo zijn dat een kantoor in Limburg bij een re-integratieverslag beoordeling start onder aanvoering van een adviseur dat een aanvraag WIA een loonsanctie is tenzij en in overige delen van het land het adagium is geen loonsanctie tenzij, terwijl het een beoordeling op stukken is door veelal professionals i.o. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het systeem in stand houden zoals het er is, zal leiden tot lijden en onbetaalbaar zijn. Het zou veel goedkoper zijn om arbeidsdeskundigen in te zetten in de arbeidsmarkt om personen face-to-face te begeleiden naar passend werk. Dat vraagt om andere competenties, namelijk van kantoorwerk naar de praktijkgerichte in oplossingen denkende medewerker. Het huidige beoordelingsstelsel is niet meer van deze tijd en nu al onbetaalbaar. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Waarom is de huidige wijze problematisch en is de oplossing degene die u aanbiedt? Ik vind face-to-face begeleiding naar passend werk een goed idee hoor, maar die krijg ik ook alleen dan van de coach, die daar op is gespecialiseerd. Dus, waarom is de huidige wijze niet goed? En waarom is uw oplossing wel goed? Wat lost het op? Ik zie namelijk niet hoe uw methode minder geld gaat kosten dan de huidige eerlijk gezegd, aangezien de nieuwe arbeidsdeskundigen dan de taak van wat nu 3 functies zijn moeten gaan uitvoeren en er dus veel meer van deze nieuwe functie nodig zijn. Aan de ene kant is het waarschijnlijk wel fijn om nog maar met 1 medewerker van het UWV te hoeven communiceren. Aan de andere kant heeft dit zo zijn eigen problematiek (wie koppel je aan wie, persoonlijkheidsmatch wordt veel belangrijker en dan krijg je ook te maken met meer subjectiviteit lijkt me. Niet dat dit per se slecht hoeft te zijn, maar volgens mij niet waar iedereen op hoopt (uniforme beoordeling etc.). (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Volgens mij is er precies één wetenschappelijk onderzoek waarin de eigenrisicodragers Ziektewet het beter deed dan UWV. Dat betrof Randstad en dateert van voor wijzigingen in het proces bij UWV. Eigenrisicodragers zou echter altijd tot betere resultaten moeten leiden,

omdat de eigenrisicodrager moet re-integreren zoals een werkgever dat moet tijdens het dienstverband. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Uitbesteden van de EZWB zou er overigens toe leiden dat werkgevers met UWV gaan concurreren om verzekeringsartsen binnen te halen. Dat zou m.i. vooral tot een opdrijving van de toch al hoge kosten aan deze functionarissen leiden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Innovatie kan bereikt worden als reguliere zorg en holistische zorg gaan samenwerken. Als zij gaan meten en vastleggen wat het optimale resultaat is dat behaald wordt dan komen er methoden in de keten beschikbaar die het stempel innovatie zullen krijgen. Zeker als het gaat om aandoeningen die niet fysiek, geen actieve virusinfectie of een actieve bacteriële infectie behelzen zullen hier stappen in gezet kunnen worden. Denk daarnaast het volledige DSM-5 gebied dat met een benadering als PMA (Progressive Mental Allignment) goed is aan te pakken en voor een grootdeel is weg te nemen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Om de innovatie door te zetten: Richt een platform op met alle stakeholders die over uitvoeringsproblematiek praat en verbetering in het stelsel kan doorvoeren. We praten over elkaar en niet met elkaar. In de praktijk liggen vele grotere en kleinere verbeterpunten (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

Thema 5: aandachtspunt 1



Thema: Innovatie

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

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

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

Aandachtspunt 1

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 3 vragen

VRAAG 1: Wanneer is een werkwijze bewezen effectief? Hoe gaan we om met verschillen tussen regio's?

- Het klinkt vrij bureaucratisch allemaal. Wat lost dit op? Is deze capaciteit van mensen niet beter op een andere plek te besteden? Richt het stelsel goed in, dan hoeft je geen best practices meer te delen want dan werkt het gewoon goed. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Tijdig de juiste duiding van probleem dat tot verzuim leidt en inzet relevante professionele begeleiding lost alles op. Client centraal en actieve rol hierin. Regio e.d. wordt mits relevant door de professional in kwestie geadresseerd. Iets is effectief als het

- werkt en het hoogst haalbare genereert. Dit werkt! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Klinkt goed (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Nagaan wat onderzoeksmogelijkheden zijn, wordt er ingezet op de juiste indicatoren. Wellicht gaat het niet alleen om aantallen, maar speelt resultaat en opbrengst ook een rol. Wat kan BC&K hierin betekenen? SMC's aan laten geven aan welke cijfers behoefte is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Hangt ervan af welke werkwijze je wil beoordelen. Als je minder tijd spendeert aan beoordelingen maar de kwaliteit vermindert en het aantal toekenningen stijgt, dan is het geen effectieve werkwijze. Als je binnen het budget kan zorgen voor een toename van het aantal beoordelingen, het verhogen van uitstroom naar werk, waarbij de kwaliteit goed blijft en het aantal toekenningen passend is. Dan denk ik dat het effectief is. Een werkwijze zou niet moeten zorgen voor het verhogen van rechtsongelijkheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Goed punt (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Of een werkwijze en goede is, is mede afhankelijk van de teamsamenstelling; hoe veel ervaring heb je in je team, hoe staan de teamleden in de wedstrijd, heb je genoeg diversiteit in je team. Best practises opleggen dat is jaren gedaan van boven af ... Werkt niet is mijn mening (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Gaat op die manier wel enorm lang duren om tot een effectieve werkwijze te komen. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - UWV en werkgevers werk samen, ga dingen niet dubbel doen, we hebben immers een gezamenlijk belang en dat is onze werknemers aan het werk houden in hun oorspronkelijke functie dan wel 1e spoor of 2e spoor. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Als deze met onderzoek onderbouwd is en valide (meten wat het moet meten) en betrouwbaar (vergelijkbare uitkomsten bij 2x meten) is. Als dit het uitgangspunt is, dan zullen verschillen tussen regio's minder groot worden. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Het kan niet zo zijn dat mensen in verschillende regio's verschillend behandeld worden. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Mee eens (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Een werkwijze is bewezen effectief als er aantoonbaar efficiency gerealiseerd wordt en/of betere resultaten worden gerealiseerd. In alle gevallen zou er sprake moeten zijn van betere resultaten als er meer duurzame benutting van arbeidsmogelijkheden plaatsvinden. Voor de bewijslast zou er meer gewerkt moeten worden met controlegroepen. Daarbij gewoon starten met pilots om tot meer inzichten te komen, stoppen met beschermen van heilige huisjes. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

VRAAG 2: Als regio's/districten niet verplicht worden. Welke concrete ideeën heeft u om bewezen effectieve werkwijzen sneller landelijk te laten adopteren?

- Ontwikkel werkwijzen in de vorm van pilots met het UWV samen en definieer de KPI's. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Onderdeel maken van PGO o.i.d. Aan elk dossier toevoegen en evaluatie of best practice oid noemen en zorgen dat het vindbaar is op trefwoorden (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Meer uniformiteit en duidelijk haalbare verwachtingen formuleren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Verplicht meekijken/ meelopen bij teams die goed draaien en frequentie van de meelopen periodes vastleggen/ opleggen. Als team haal je dan wat wel bij jouw team past eruit en zo ontstaat innovatie die past bij je team (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ontwikkel effectieve werkwijzen door ook buiten het UWV te kijken naar de werkwijzen van andere partijen in de sociale zekerheidssector en kom dan tot een aanpak van effectieve begeleiding en beoordeling van arbeidsongeschikte werknemers. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Neem het op in protocollen van oordeelsvorming. Hierin bijv. Een beslisboom, waarbij je op basis van informatie die al beschikbaar wordt gesteld door de bedrijfsarts en/of de cliënt besluit welke bewezen effectieve methoden worden ingezet. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

VRAAG 3: Waar moeten best practices worden verzameld en gedeeld? Hoe zorgen we dat we ook aan blijven sluiten op ontwikkelingen in het veld?

- Door pilots te starten en te monitoren wat de effectiviteit daarvan is. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
 - Zie hierboven Onderdeel maken van centraal /landelijk client dossier (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Misschien hebben we wel te veel pilots. Initiatieven en resultaat centraliseren. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Het probleem is vooral dat de pilots niet gedegen geëvalueerd worden en ingevoerd worden landelijk zonder de evaluatie. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Nergens... Best practice op papier geeft geen winst ... Mensen moeten het zien en omarmen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het moet toch mogelijk zijn om de ervaringen uit pilots te bundelen - te evalueren centraal binnen UWV en dan verder te brengen zodat ook met andere partijen aan ontwikkeling gewerkt kan worden. Als je initiatieven niet evalueert / de effecten meet etc. kun je er ook niets mee. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Het gaat niet alleen om beste practices, maar vooral om een soort gouden standaard. Dat zou anders moeten dan gebruik maken van een expertpanel, waarbij bijv. Het CBBS is ontwikkeld. Een gouden standaard ontwikkel je door te streven naar een optimale validiteit en betrouwbaarheid. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Interessant (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Heel eerlijk gezegd krijg ik het idee dat deze vragen niet heel goed geformuleerd zijn en/of aan het verkeerde publiek worden gevraagd. De antwoorden zijn nogal algemeen naar mijn idee en bieden weinig houvast. Ik begrijp ook niet goed welke rol de regio's hierin precies spelen, behalve dat er blijkbaar verschillen zijn tussen regio's in hoe ze zaken beoordelen of beslissen. Het lijkt me juist makkelijker trouwens om iets landelijk te adopteren als er geen regio's zijn, want dan is er maar één bedrijf zagezegd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Probeer ook een de menselijke kant van het verhaal te belichten, zodat de VA en de client op een lijn komen te zitten. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ik denk dat het delen van ervaringen (best practices en valkuilen) veel te maken heeft met een growth mindset bij medewerkers en management. Alles kan altijd beter. Het vergt veel zelfverzekerdheid en vertrouwen om vanuit die instelling je eigen werk ter discussie te stellen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

Thema 5: aandachtspunt 2



Thema: Innovatie

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

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

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

Aandachtspunt 2

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn 2 vragen

VRAAG 1: Welke concrete technologische middelen kent u? (voorbeelden)

- Dit vraagt echt om zorgvuldigheid. Het gaat om medische informatie en vertrouwelijke gesprekken. Al geeft onvoldoende duidelijkheid waar de informatie dan terecht komt. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Spraakherkenning is zinvol bij onvoldoende typevaardigheid. Snel typen en mee typen tijdens spreekuur werkt minstens zo goed. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens Maar ook 1 centraal goed volgsysteem/dossier uitgevoerd en beveiligd door een onafhankelijke landelijk opererende organisatie (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Dat geldt voor de technologie die het UWV inzet, maar niet moderne medische spraakherkenning. Daar is het onmogelijk om nog tegen te typen. Het is zelfs 3 x sneller dan een ervaren typiste. Ik gebruik hypermoderne medische spraakherkenning (Dragon Medical One). Vroeger typte ik mee volledig tijdens spreekuur (blind, 10-vinger systeem, Scheidegger gecertificeerd). Volledig gestopt, alles met Dragon Medical One, veel minder typfouten, spelfouten, taalfouten, alles in één keer goed!! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Top! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Verslaglegging en protocollen kunnen gespreksvoering en uitwerking efficiënter maken. Vraagstelling en uitwerking meer uniform maken. Mogelijkheid om keuzes aan te vinken in verslag i.p.v. volzinnen, uiteraard in combinatie met open velden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Visionaire ideeën landen niet altijd direct! Toen Steve Jobs de iPhone introduceerde werd Steve Ballmer (another Steve) gevraagd wat hij hiervan vond. Steve Ballmer was de CEO van Microsoft na Bill Gates. Hij is heel lang CEO geweest, vermogen 110 Miljard. Hij werd gevraagd wat hij dacht van de iPhone: Zie hier (eerste 30 seconden: https://www.youtube.com/watch?v=eywi0h_Y5_U)

Ik heb het hier specifiek over medische spraakherkenning. Dan wel in het bijzonder spraakherkenning voor de artsen. Ik zou zeggen management, kom eens met de verklaring

waarom alle Nederlandse radiologen op medische spraakherkenning zitten, dit zonder een uitzondering en bij het UWV spraakherkenning zeltogend bestaan leidt. Er is inmiddels geen sprake meer van een kloof maar van een grand canyon! Wat is daar de verklaring voor?? Medische spraakherkenning voor radioloog is geen goedkope technologie. Zie hier: <https://spraakherkenning.nl/product/dragon-medical-one-cloud-spraakherkenning-voor-radiologie/> Daarbij moet in acht worden genomen dat het lexicon radiologie een orde groter is dan het lexicon wat verzekeringsartsen gebruiken voor de spraakherkenning. Alle Nederlandse radiologen zitten op spraakherkenning, en het dicteren-typiste systeem is volledig uitgefaseerd. Er is 1 verklaring: zij hebben de beschikking over Dragon Medical One en wij niet! Zo simpel is het! Het UWV gebruikt Word dictate en dat is voor artsen onbruikbaar programma. Er zijn heel veel redenen waarom dit problematisch is. Ten eerste is er geen medische spraakherkenningstechnologie. Ten tweede is het een programma waar je geen woorden kan toevoegen (handig als je een niet-medisch spraakherkenningsprogramma hebt als arts). Ten derde is het een programma wat niet lerend is. Het is niet te gebruiken in het EPD van het UWV Bravo. Het is niet te gebruiken in Microsoft Outlook, je kunt geen sjablonen aanroepen, niet spraakgestuurd vullen en ga zo maar door! In essentie is Word Dictate geen professionele spraakherkenning. Voor geïnteresseerden: <https://spraakherkenning.nl/avt-blog-dragon-professional-spraakherkenning-versus-microsoft-365-spraakherkennig/> Het verbaast me al langere tijd dat het UWV de artsen niet uitgerust met Dragon Medical One. De reden is heel simpel, het is kosteneffectieve technologie. Ik zag laatst een youtube filmpje tegen van een Engels ziekenhuis waarbij niet alleen de artsen maar iedereen die medische technologie gebruikt worden uitgerust met Dragon Medical One. Het gaat om de verpleging, het gaat om onderzoekers, het gaat om allerlei paramedische functies. In totaal worden 10.000 personeelsleden op Dragon Medical One geplaatst. Waarom doet men dit? Dragon Medical One is high end, top notch, state of the art medische spraakherkenningstechnologie, gemaakt voor artsen. Maar is dit ook kosteneffectief voor de verpleging op een verpleegafdeling? Blijkbaar wel! Dit is een project wat toch zeker £ 10.000.000 per jaar kost alleen al voor Dragon Medical One. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- En dat doen ze niet zomaar bij de NHS, waar altijd een te laag budget is. Hier is heel goed over nagedacht. Zie hier: <https://www.youtube.com/watch?v=ktfha-7o9Ac> Ik ben niet tegen de ontwikkelingen in het sociaal medisch centrum met taakdelegatie. Maar een ding is zeker, dit is niet kosteneffectief. Werken met een verpleegkundige en werken met een medische secretaresse is nooit kosteneffectief geweest. In het begin was dit de eis, je moest taakdelegatie 'terugverdienen'. Dit is volledig losgelaten i.v.m. onhaalbaarheid. Maar Dragon Medical One is zeer kosteneffectief. Dit zijn altijd lastige berekeningen, maar ik denk dat deze berekening bij publiek lichaam zoals het Engelse NHS redelijk in de buurt komt. Zie hier: <https://www.youtube.com/watch?v=FROZmFKezOY> UWV, houdt deze technologie in de gaten. Wereldwijd zijn er 550.000 gebruikers en dat kun je niet zomaar negeren. Ik zit op internationale Forums over spraakherkenning en medische spraakherkenning. Het is voor medische spraakherkenning Dragon Medical one, DMPE, Fluency direct van M-model (ook een grote speler), programma van Dolby systemen (Fusion Narrate), maar ook DME (Dragon Medical Embedded), Dragon Medical Direct (on premise oplossing van DMO), DPG met een los medisch lexicon, maar nog nooit Word Dictate, dit zegt ook wel iets! We gaan over op spraakherkenning zonder twijfel. De vraag is de weg ernaartoe. Ik geloof in Dragon Medical One als de kortste route om dit doel te bereiken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

VRAAG 2: Hoe kunnen we het gebruik van deze middelen stimuleren onder professionals?

- Door de technologie te laten werken, storingsen e.d. haalt het vertrouwen in nieuwe applicaties weg. Bij geen vertrouwen is de zin om ermee te werken ook weg. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Werkbare systemen met goede ondersteuning. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Eens Duidelijk wat je waar kan invullen en waarom Eenvoudig maar doeltreffend en excellente helpdesk! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Niet een systeem dumpen, maar neem de professionals die ermee moeten werken mee in een training. Hoe moeten zij het systeem gebruiken. Werken vanuit een handboek werkt niet; een handboek is een naslagwerk. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

Thema 5: aandachtspunt 3



Thema: Innovatie

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

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

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

Aandachtspunt 3

Rechts vind je alle vragen. Vul je antwoord in en klik op post om je bijdrage toe te voegen. Je kunt ook op anderen reageren. Als er al een aantal deelnemers voor je zijn geweest, scroll dan net zolang naar beneden tot je bij de volgende vraag bent. Er zijn **2** vragen

VRAAG 1: Op welke momenten kan de samenwerking tussen de divisies binnen UWV aanmerkelijk verbeteren?

- Kijk waar drempels zijn, zorg dat iedere divisie elkaar kent, warme overdracht van cliëntendossiers i.p.v. digitaal. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Onderdeel maken van de bedrijfscultuur en inwerktijd van nieuwe collega's dat samenwerken belangrijk is (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Er zijn al veel goedwerkende initiatieven, zowel in ZW als bij WIA, zeker bij pilotkantoren medisch monitoren. Teamvorming, net als de MVB-en horen ook contactpersonen van het werkbedrijf in het team/klantreis. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Betrek de Regionaal Arbeidsdeskundigen t.b.v. een goede samenwerking. Verzamel zo mogelijk info bij Wajong aanvragen m.b.t. de wijze van aanlevering, volledigheid, kans rijkheid. De RAD kan waar mogelijk in de regio meer invloed nemen om te komen tot een beter aanvraag proces. Dan moeten we wel signalen vanuit SMZ krijgen waar de aanvragen vandaan komen (=via scholen, zorginstanties, stakeholders etc.) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Op alle momenten; we denken te veel in mijn en jouw taken. Het is een uitdaging om contact gegevens van collega's te vinden die bij een andere divisie werken. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Door multidisciplinair te werken. Begrip voor elkaars taken te hebben. Dialogen te voeren en geen discussies. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zorg dat medewerkers elkaars taal spreken. BAR wordt niet voor niets ontwikkeld. Ik werk bij een ander onderdeel van UWV en helaas is mijn ervaring dat SMZ vaak niet meedoet met initiatieven die de samenwerking voor de klant bevorderen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

VRAAG 2: Wat betekent een betere samenwerking binnen de dienstverlening voor cliënten van UWV?

- Dit zou mij echt extreem veel geholpen hebben de afgelopen jaren. De keiharde muren tussen de afdelingen hebben tot onaanvaardbare situaties geleid. Soms had ik met een afdeling heel prettig contact, voelde me serieus genomen maar werd ik door de andere afdeling behandeld als 'dom mevrouwetje, u snapt het niet, wij weten het beter dan u, kijkt u maar op de website daar staat het antwoord'. Ik zou graag willen dat de afdeling SMA ook gebruik gaat maken van mijnuwv. Dat is een heel fijne omgeving die het bijna altijd doet. Naar mijn idee zou het technisch mogelijk moeten zijn om te zorgen dat medische informatie daar goed afgeschermd wordt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Veel minder regionale verschillen en daarmee een veel grotere betrouwbaarheid. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Voor de cliënt moet het één UWV zijn. Als medewerkers kunnen we niet van alles op de hoogte zijn, maar wel onze collega's kennen en de cliënt adequaat op weg helpen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Precies! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
 - Precies, met 1 mond praten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Eens (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Inzet werkbedrijf kan direct in kader 2e spoor (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
 - Goed idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Het verschil tussen niet gezien en gehoord worden en succesvol weer in (ander) werk te hervatten (UWV: Medische praktijkprofessionals)
 - Kan het verschil zijn tussen moedeloos en wanhopig achterblijven of gemotiveerd aan de slag gaan met het participeren op de arbeidsmarkt (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Ik heb zelf als begeleider namens een grote vakbond het idee dat men binnen het UWV iedereen op zijn eigen gouden eilandje zit en men daar ook niet gestoord wil worden. Tevens mogen er tot het pensioen van de medewerker geen wijzigingen doorgevoerd worden volgens mij (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
 - Ik mis hier de meest belangrijke samenwerking: samenwerking UWV met externe partners zoals werkgevers en zorg. UWV kan nog wel zo goed en zo kwaad als het gaat beoordelen en begeleiden, maar weinig mensen met beperkingen (ook dus met begeleiding) maken kans op een (duurzaam) dienstverband. It takes two to tango namelijk en gaat het pas verschil maken als UWV én werkgevers samen gaan werken om na een beoordeling (en het liefste al voor) cliënten die kunnen werken ook geplaatst te krijgen en te houden. (Beleidsmedewerkers)

Lijst van afkortingen

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

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

VGHB	Vraaggestuurde herbeoordelingen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (beroepsvereniging)
VVU	Vervolguitkering
ZW	Ziektewet