

# Evaluatie sociaal-medische centra

inzicht in de prestaties van de eerste negen proeftuinen



# Inhoudsopgave

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Voorwoord</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Samenvatting</b>   | <b>3</b>  |
| <b>1. Inleiding</b>   | <b>7</b>  |
| 1.1. Aanleiding en resultaatgebieden  | 7         |
| 1.2. Onderzoeksmethodiek  | 7         |
| 1.3. Leeswijzer   | 9         |
| <b>2. Ontwerpprincipes</b>  | <b>10</b> |
| 2.1. Inleiding  | 10        |
| 2.2. De negen ontwerpprincipes  | 10        |
| <b>3. Kwantiteit van de dienstverlening</b>                                   | <b>14</b> |
| 3.1. Inleiding  | 14        |
| 3.2. Personeelscapaciteit   | 14        |
| 3.3. Productiviteit van het team  | 15        |
| 3.4. Productie per arts   | 16        |
| 3.5. Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen                             | 17        |
| 3.6. Wachtende cliënten   | 18        |
| 3.7. Ziektewet-arbodienstverlening  | 19        |
| 3.8. Kernbevindingen  | 20        |
| <b>4. Medewerkerstevredenheid</b>   | <b>22</b> |
| 4.1. Inleiding  | 22        |
| 4.2. Verschillen werkbeleving SMC's en geheel SMZ                             | 22        |
| 4.3. Kernbevindingen  | 24        |
| <b>5. Cliënttevredenheid</b>  | <b>25</b> |
| 5.1. Inleiding  | 25        |
| 5.2. Verschillen klantbeleving tussen SMC's en niet-SMC's                     | 26        |
| 5.3. Kernbevindingen  | 28        |
| <b>6. Kwaliteit van de dienstverlening</b>                                    | <b>29</b> |
| 6.1. Inleiding  | 29        |
| 6.2. Onderzoeksmethodiek  | 29        |
| 6.3. Kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode            | 30        |
| 6.4. Kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling                       | 32        |
| 6.5. Kwaliteit van de WIA-claimbeslissing                                     | 33        |
| 6.6. Kernbevindingen  | 35        |
| <b>7. Conclusies</b>  | <b>36</b> |
| 7.1. Prestaties op ontwerpprincipes (throughput)                              | 36        |
| 7.2. Prestaties op directe effecten (output)                                  | 36        |
| 7.3. Prestaties op beoogde effecten (outcome)                                 | 37        |
| 7.4. Vervolgonderzoek   | 37        |
| <b>Afkortingen</b>  | <b>39</b> |
| <b>Begrippenlijst</b>   | <b>40</b> |
| <b>Bijlage I Prestatie-indicatoren</b>  | <b>41</b> |
| <b>Bijlage II Medewerkerstevredenheid - resultaten werkbelevingsonderzoek</b> | <b>42</b> |
| <b>Bijlage III Cliënttevredenheid – aspecten van de menselijke maat</b>       | <b>46</b> |
| <b>Colofon</b>  | <b>47</b> |

# Voorwoord

De vraag naar sociaal-medische dienstverlening is groter dan UWV met het beschikbare personeel aankan en zal de komende jaren alleen maar toenemen. Dit heeft onaanvaardbare consequenties. Cliënten moeten lang wachten op een sociaal-medische beoordeling en verkeren daardoor ook lang in onzekerheid. Voor de betrokken UWV-medewerkers is de werkdruk hoog. We werken intensief aan maatregelen die op korte en lange termijn moeten helpen om deze problematiek op te lossen. Een van de maatregelen die we in april 2021 met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) hebben afgesproken, is gericht op een effectievere inzet van de verzekeringsarts door over te gaan tot werken in sociaal-medische centra.

In een sociaal-medisch centrum krijgt de cliënt de juiste dienstverlening op het moment dat dit nodig is, in plaats van op vaste momenten. De verzekeringsarts treedt gedurende het gehele proces op als regisseur, ondersteund door een multidisciplinair team met onder anderen arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, procesbegeleiders, re-integratiebegeleiders, teamondersteuners en medisch secretaresses. De verzekeringsarts delegeert daarbij een deel van haar/zijn taken en krijgt ondersteuning bij een ander deel ervan, zodat zij/hij meer tijd overhoudt voor de kerntaken. De verwachting is dat deze manier van werken ervoor zorgt dat we met eenzelfde aantal verzekeringsartsen meer uitkeringsgerechtigden kunnen beoordelen en begeleiden. Met als gevolg meer tijdige beoordelingen, een kwalitatief betere dienstverlening, tevredener cliënten en meer werkplezier bij onze professionals.

Onze onderzoekers hebben de resultaten beoordeeld van de negen teams die in de periode tot en met februari 2022 als eerste van start gingen als sociaal-medisch centrum. Uit dit heldere evaluatierapport, waarmee ik de opstellers wil complimenteren, blijkt dat de nieuwe manier van werken nog niet heeft uitgedaan zoals we ons hadden voorgesteld. We vinden het belangrijk daar transparant over te zijn. Positief is de bevinding dat taakondersteuning en taakdelegatie echt tot een hogere artsenproductiviteit leiden: met eenzelfde aantal artsen kunnen er meer beoordelingen worden uitgevoerd. Daarvoor zijn per arts echter wel meer ondersteunende professionals nodig. Daarnaast zijn de werkzaamheden van de sociaal-medische centra niet aan één wet gebonden. Dit meerwettig werken blijkt te leiden tot een flexibel team met leden die elkaars taken kunnen overnemen. Verder hebben de medewerkers die in een sociaal-medisch centrum werken, het idee dat ze, meer dan andere collega's, rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt. De hogere productiviteit leidde tot nu toe bij slechts twee proeftuinen tot zichtbaar meer tijdige beoordelingen en een afname van de achterstanden. Hierbij speelt een rol dat de sociaal-medische centra zich nog in de transitiefase bevinden: het goed inrichten van taakdelegatie heeft tijd nodig. Ook het tekort aan verzekeringsartsen werkt door: voor bepaalde handelingen is nu eenmaal altijd een verzekeringsarts nodig. Als die er niet is, stagneert het werk en neemt de werkdruk voor het hele team toe. Onder andere daardoor zien we nog niet de verwachte toegenomen kwaliteit van de dienstverlening, evenmin als een grotere tevredenheid bij cliënten en UWV-medewerkers.

We verwachten veel van het werken in sociaal-medische centra en zien ook bij medewerkers een toenemend enthousiasme om in een sociaal-medisch centrum aan de slag te gaan. We breiden het aantal sociaal-medisch centra de komende jaren verder uit. Als lerende organisatie doen we dat op basis van de inzichten die we tijdens deze evaluatie hebben opgedaan. In de volgende evaluatie volgen onze onderzoekers ook de prestaties van de teams en kantoren die na februari 2022 zijn gestart als sociaal-medisch centrum. Dat onderzoek zal ook laten zien of de prestaties van de huidige proeftuinen na de transitiefase verbeteren en hoe het de nieuwe sociaal-medische centra vergaat tijdens hún transitiefase.

Johanna Hirscher  
*Lid raad van bestuur UWV*

# Samenvatting

## Aanleiding evaluatie sociaal-medische centra

De vraag naar sociaal-medische beoordelingen bij UWV is te groot voor het aantal beschikbare verzekeringsartsen. Zonder ingrijpen blijven de achterstanden oplopen, omdat het aantal WIA-gerechtigden de komende jaren steeds verder stijgt terwijl het aantal verzekeringsartsen daalt. Consequentie van deze mismatch is dat uitkeringsgerechtigden niet de benodigde beoordeling en begeleiding krijgen en de werkdruk bij UWV onaanvaardbaar hoog wordt.

Om de beoordelingen tijdig te kunnen uitvoeren en de overige sociaal-medische dienstverlening niet uit het oog te verliezen is het nodig om de verzekeringsarts en andere UWV-professionals efficiënter in te zetten bij de begeleiding en beoordeling van mensen die vanwege ziekte of gebrek niet (volledig) kunnen werken. Dat kan onder meer door het werken in sociaal-medische centra (SMC's), zoals in het voorjaar van 2021 werd aangekondigd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), UWV en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NvVG).<sup>1</sup> Inmiddels is UWV bezig met landelijke opschaling van de SMC's<sup>2</sup>, de ambitie is dat alle kantoren in 2025 volgens de nieuwe werkwijze functioneren.

Dit rapport brengt de prestaties in kaart van de negen teams die als eerste zijn gestart als SMC (uiterlijk in februari 2022). Deze negen proeftuinen zijn verdeeld over vier kantoren:

- Heerlen (vijf teams)
- Tilburg (twee teams)
- Rotterdam (één team)
- Breda (één team)

## Theory of change

In het SMC staat de cliënt centraal: hij/zij krijgt de juiste dienstverlening op het moment dat dit nodig is, in plaats van op vaste momenten in het proces, zoals nu gebeurt. De verzekeringsarts treedt daarbij op als regisseur op het gehele proces bij UWV dat een uitkeringsgerechtigde in de Ziektewet of WIA doorloopt. De verzekeringsarts wordt ondersteund door een multidisciplinair team van professionals, met onder anderen arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, procesbegeleiders, re-integratiebegeleiders, teamondersteuners en medisch secretaresses. In overleg met het team bepaalt de verzekeringsarts wanneer, door wie en welke activiteit er plaatsvindt in het kader van de beoordeling en begeleiding van een cliënt. Doordat medewerkers inzetbaar zijn op dienstverlening in meerdere wetten (Ziektewet, WIA) heeft de cliënt tijdens zijn hele klantreis een vast aanspreekpunt. Tabel S.1 geeft een overzicht van de manier van werken in een SMC volgens de zogenaamde ontwerpprincipes.

De verwachting is dat deze manier van werken in SMC's ervoor zorgt dat UWV met hetzelfde aantal verzekeringsartsen meer uitkeringsgerechtigden kan beoordelen en begeleiden. Deze hogere productie leidt tot meer tijdige beoordelingen, (op termijn) minder achterstanden bij de beoordelingen en vaker een kortere uitkeringsduur in de Ziektewet. Daarnaast heeft deze manier van werken naar verwachting een positief effect op het werkplezier van verzekeringsartsen en hun collega-professionals, sluit het naar verwachting beter aan bij de wensen en behoeften van uitkeringsgerechtigden en leidt het tot een hogere kwaliteit van dienstverlening – zie tabel S.1.

Dit rapport geeft daarom een overzicht van de effectiviteit van de SMC's op de volgende vier resultaatgebieden:

- Kwantiteit van de dienstverlening (o.a. productie per verzekeringsarts, aantal cliënten dat wacht op een beoordeling)
- Medewerkerstevredenheid
- Cliënttevredenheid
- Kwaliteit van de dienstverlening

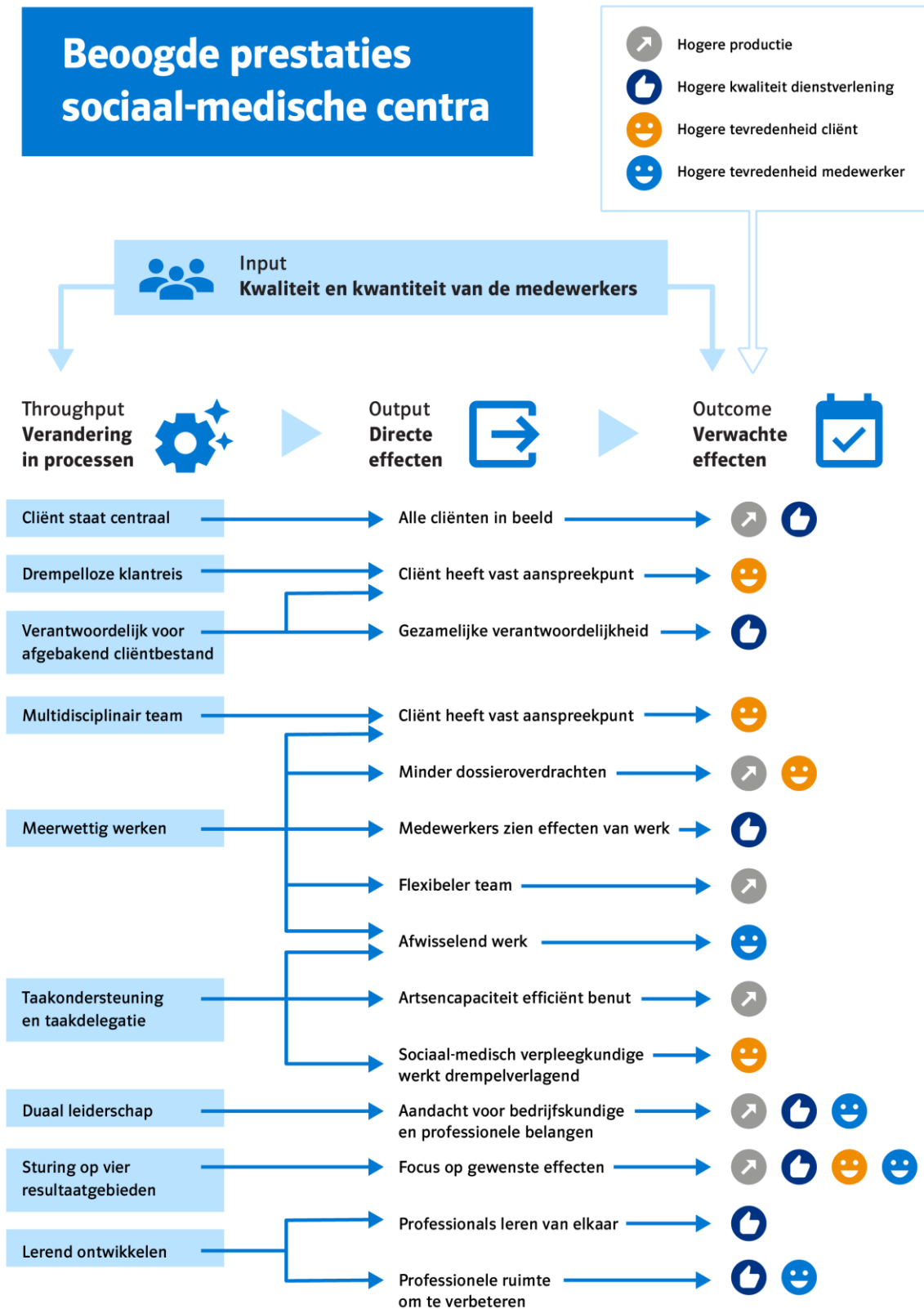
Elk individueel SMC stuurt, acteert en monitort ook op deze resultaatgebieden.

In de duiding van de gezamenlijke resultaten van deze evaluatie maken we onderscheid tussen de uitvoering van de ontwerpprincipes enerzijds (verandering in processen, throughput) en verwachtingen over de effecten ervan anderzijds (output en outcome) – zie tabel S.1. Daarnaast is het goed om te beseffen dat ook de input (de kwaliteit en kwantiteit van medewerkers in een SMC) van belang is om tot effecten te komen: zonder input geen output. Het doel van de SMC-vorming is om met een gelijkblijvend aantal artsen een hogere productiviteit te draaien. Vanwege een groeiend artsentekort kan het desondanks voorkomen dat een kantoor de productiedoelstellingen niet haalt.

<sup>1</sup> Kamerbrief Toekomst sociaal-medisch beoordelen d.d. 9-4-2021. Referentie 2021-0000057175.

<sup>2</sup> Kamerbrief Aanpak mismatch sociaal-medisch beoordelen en hardheden WIA d.d. 26-8-2022. Referentie 2022-0000181030.

Tabel S. 1 Theory of change: input in het proces, verandering in processen en effecten



## Prestaties op ontwerpprincipes (throughput)

Als het gaat om de uitvoering van de ontwerpprincipes (throughput) dan blijkt uit de evaluatie dat de SMC's acties ondernemen om de werkzaamheden volgens deze principes vorm te geven:

- *De cliënt centraal.* Medewerkers in SMC's blijken meer dan in niet-SMC's het idee te hebben dat zij rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt.
- *Drempelloze klantreis.* Medewerkers in SMC's blijken de samenwerking tussen afdelingen hoger te waarderen dan in niet-SMC's.
- *Taakondersteuning en taakdelegatie vinden plaats.* In de SMC's is per fte verzekeringsarts gemiddeld 1 fte medisch personeel beschikbaar voor ondersteuning en -delegatie. Landelijk is deze verhouding lager, namelijk 0,6 fte per fte verzekeringsarts.

Dit zijn aspecten van de algehele cultuurverandering waar UWV momenteel mee bezig is om te kunnen gaan werken volgens de SMC-principes. Deze is niet eenvoudig meetbaar maar vormt wel de drijvende kracht achter bovenstaande resultaten.

## Prestaties op directe effecten (output)

Wat betreft de directe effecten van de ontwerpprincipes (output) komen er uit de evaluatie zowel positieve resultaten als aandachtspunten:

- **Positief resultaat 1:** Taakondersteuning en taakdelegatie leiden tot een efficiëntere benutting van de schaarse artsencapaciteit. De productiviteit per arts neemt toe. Met evenveel artsen kunnen SMC's een hogere productie draaien: meer WIA-claimbeslissingen en/of meer eerstejaars Ziektewet-beoordelingen en/of meer herbeoordelingen, et cetera. Om die hogere productie te halen is wel meer overig (medisch) personeel per arts nodig, de efficiëntie van het team als geheel stijgt niet. De productie wordt dus duurder.
- **Positief resultaat 2:** Meerwettig werken leidt tot een flexibel team waarvan de leden elkaars taken kunnen overnemen. De SMC's achten zichzelf als team beter in staat om zich aan te passen aan de veranderende omgeving dan niet-SMC's.
- **Aandachtspunt 1:** Sturing op de vier resultaatgebieden leidt nog niet overal tot focus op de gewenste effecten. Medewerkers van de SMC's weten niet beter wat van hen wordt verwacht om de teamdoelstellingen te halen dan de medewerkers van niet-SMC's.
- **Aandachtspunt 2:** Lerend ontwikkelen leidt op medewerkersniveau nog niet overal tot meer professionele ruimte. Enerzijds geven medewerkers van SMC's wel vaker aan dat UWV hun suggesties gebruikt om te verbeteren dan die van niet-SMC's. Anderzijds voelen zij niet sterker dat zij in hun werk voldoende ruimte krijgen voor eigen initiatieven.

## Prestaties op beoogde effecten (outcome)

Wat betreft de beoogde effecten van de ontwerpprincipes (outcome, i.e. de prestaties op de vier resultaatgebieden) laat de evaluatie vooralsnog weinig verschillen zien tussen SMC's en niet-SMC's:

- **Kwantiteit.** Vooral in Heerlen leiden een verhoogde productie en meer tijdige beoordelingen tot minder wachtende cliënten. De beoordelingen vinden er tijdig plaats en er wachten maar zeer weinig cliënten op een (her)beoordeling. Andere SMC's zijn nog bezig achterstanden bij de beoordelingen weg te werken. Of de hogere productie vaker tot een kortere uitkeringsduur leidt, is niet onderzocht. Daarvoor zijn andere onderzoekstechnieken nodig omdat de uitkeringsduur door veel meer factoren beïnvloed wordt dan alleen de productie van de divisie Sociaal-medische zaken.
- **Medewerkerstevredenheid.** Medewerkers van de SMC's zijn gemiddeld niet meer tevreden over het werken in een SMC-team dan medewerkers in een niet-SMC. Er zijn wel verschillen tussen de SMC-teams: in Rotterdam en Heerlen zijn medewerkers meer tevreden dan gemiddeld, in Breda en Tilburg juist minder. In het algemeen geven medewerkers van de SMC's in de enquête wel aan dat zij geïnspireerd zijn door de toekomstvisie van het werken in een SMC (score 7 uit 10). Ook het rapportcijfer voor werken in een SMC is ruim voldoende (7,2).
- **Cliënttevredenheid.** Cliënten zijn niet meer tevreden over de dienstverlening door de SMC's dan over de dienstverlening in niet-SMC's. Er zijn zelfs aanwijzingen dat medewerkers in SMC's de menselijke maat minder in ogenschouw nemen. Of dat komt door de verwachtingen van de respondent die de enquête invult, door individuele medewerkers van de SMC-proeftuinen of door het SMC als organisatievorm is niet te zeggen. Daarvoor is vervolgonderzoek nodig.
- **Kwaliteit.** De kwaliteit van de Ziektewet-arbodienstverlening in SMC's is niet hoger dan de kwaliteit van de dienstverlening in niet-SMC's. Er lijkt dus nog ruimte voor professionals om van elkaar te leren (ontwerpprincipe 'lerend ontwikkelen') en om alle cliënten in beeld te hebben middels multidisciplinaire overleggen (ontwerpprincipe 'cliënt centraal'). Een andere verklaring voor dit resultaat is dat de meeste SMC-proeftuinen (en niet-SMC's) de WIA-claimbeslissing tot prioriteit hebben gemaakt, zoals afgesproken met de minister. Zij focussen dus niet op verbetering van de dienstverlening in de Ziektewet.

## Verklaringen voor niet-aantoonbare beoogde effecten

Er zijn verschillende verklaringen waarom de beoogde effecten vooralsnog niet aantoonbaar zijn:

- Er is een groeiend tekort aan personeel, met name aan verzekeringsartsen. Vooral in Tilburg is een extreem artsentekort. Omdat voor sommige handelingen nog altijd een arts nodig is, ook in de nieuwe organisatievorm, stagneert het werk daardoor. Met andere woorden: bij sommige SMC's is er onvoldoende input in het proces. Dan kun je de beoogde effecten ook niet verwachten. Werkdruk als gevolg van het artsentekort speelt in SMC's (gemiddeld) nog meer dan bij niet-SMC's: medewerkers van SMC's hebben vaker het gevoel niet aan hun pauzes toekomen.

- Het meten van effecten wordt bemoeilijkt omdat de beoogde effectmaten vooral beïnvloed worden door andere factoren dan de vorming van SMC's, namelijk de beschikbare capaciteit, teamsamenstelling, prestaties van individuele medewerkers, werkcultuur en ziekteverzuim. Bij de resultaatgebieden waar we per SMC-kantoor kunnen meten, zien we daardoor vooral verschillen tussen de vier SMC-kantoren, en niet zozeer verschillen tussen de SMC's en niet-SMC's.
- De SMC's verkeren nog in een veranderfase: het goed inrichten van taakdelegatie heeft tijd nodig. Gegeven het feit dat de SMC's een veranderproces uitvoeren ten tijde van personeelstekort is het wellicht zelfs positief dat zij op veel gebieden niet anders scoren dan niet-SMC's. Heerlen zit het verst in het veranderproces en laat zeer goede resultaten zien: veel tijdige beoordelingen en weinig wachtende cliënten. Dit kan erop duiden dat ontwikkeltijd nodig is om tot goede prestaties te komen. Of de goede scores van Heerlen het gevolg zijn van de SMC-vorming en of deze goed past bij de individuen en cultuur binnen andere kantoren moet blijken uit (een) volgende evaluatie(s), wanneer steeds meer kantoren als SMC gaan werken. Omdat er veel verandert in de sociaal-medische centra is een tijdige informatievoorziening van belang: SMC-medewerkers hebben minder dan niet-SMC-medewerkers het gevoel dat zij over belangrijke werkgerelateerde zaken tijdig worden geïnformeerd.

Tot slot waren de verwachtingen wellicht te hooggespannen. Het primaire doel van de SMC's is bereikt, namelijk het efficiënter inzetten van de verzekeringsarts waardoor de productie verhoogd kan worden. Tegelijkertijd de productie, medewerkerstevredenheid, cliënttevredenheid én kwaliteit van dienstverlening verhogen is een mooie ambitie, maar is – zeker in tijden van personeelstekorten – lastig te realiseren.

### Vervolgonderzoek

Deze evaluatie laat zien dat de eerste stappen op weg naar volledige SMC-vorming zijn gezet. Maar zij toont niet aan wat precies de werkzame factoren zijn in iedere SMC en of deze overdraagbaar zijn naar andere, nog te vormen SMC's. Waarom is de medewerkerstevredenheid in Rotterdam zo hoog? Waarom kan Tilburg de verzekeringsarts zo efficiënt inzetten? Waarom heeft Heerlen zoveel tijdige beoordelingen en weinig wachtende cliënten? Waarom stijgt de efficiënte inzet van de verzekeringsarts in Breda zo snel? Door hier verdiepend onderzoek naar te doen kunnen overdraagbare succesfactoren worden meegegeven aan kantoren die bezig zijn met de SMC-vorming of er nog mee moeten beginnen. Zo kan een succesvolle uitrol beter ondersteund worden.

In aanvulling op een verdiepend onderzoek onder de SMC-proeftuinen in Heerlen, Tilburg, Breda en Rotterdam zal in 2024 een volgende evaluatie plaatsvinden waarin de prestaties worden gevolgd van meer kantoren/teams die inmiddels als SMC werkzaam zijn. Dat onderzoek zal laten zien of de prestaties van de proeftuinen verbeteren wanneer zij de veranderfase voorbij zijn, en hoe het de nieuwe SMC's tijdens hún veranderfase vergaat.

# 1. Inleiding

*De vraag naar sociaal-medische beoordelingen bij UWV is te groot voor het aantal beschikbare verzekeringsartsen. Het is daarom nodig om de verzekeringsarts en andere UWV-professionals efficiënter in te zetten bij de begeleiding en beoordeling van mensen die vanwege ziekte of gebrek niet (volledig) kunnen werken. Dat kan onder meer door het werken in sociaal-medische centra (SMC's). Daarin werken UWV-professionals samen in een multidisciplinair team, met de verzekeringsarts als regievoerder. Dit rapport beschrijft de prestaties van de SMC's op vier deelgebieden: de hoeveelheid dienstverlening (kwantiteit), de medewerkerstevredenheid, de cliënttevredenheid en de kwaliteit van de dienstverlening.*

## 1.1. Aanleiding en resultaatgebieden

De vraag naar sociaal-medische beoordelingen bij UWV is te groot voor het aantal beschikbare verzekeringsartsen. Als we niet ingrijpen, lopen de achterstanden verder op. Het aantal WIA-gerechtigden stijgt namelijk de komende jaren terwijl het aantal verzekeringsartsen daalt. Zonder ingrijpen zal de vraag naar sociaal-medische dienstverlening in 2030 ruim 33% hoger zijn dan het beschikbare aanbod. Dat betekent dat de komende jaren ongeveer 20.000 mensen die een herbeoordeling nodig hebben, deze niet krijgen.<sup>3</sup> Consequentie van de mismatch is dat uitkeringsgerechtigden niet de benodigde beoordeling en begeleiding krijgen en de werkdruk bij UWV onaanvaardbaar hoog wordt.

Het is daarom noodzakelijk om de verzekeringsarts en andere UWV-professionals efficiënter in te zetten bij de begeleiding en beoordeling van mensen die vanwege ziekte of gebrek niet (volledig) kunnen werken. Dat kan onder meer door het werken in sociaal-medische centra, zoals in het voorjaar van 2021 werd aangekondigd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, UWV en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.<sup>4</sup> Het SMC bestaat uit medewerkers van de divisie Sociaal-medische zaken van UWV, aangevuld met medewerkers van andere divisies.

In een SMC staat centraal dat de cliënt de juiste dienstverlening krijgt op het moment dat dit nodig is, in plaats van op vaste momenten in het proces, zoals nu gebeurt. De verzekeringsarts treedt op als regisseur op het gehele proces bij UWV dat een uitkeringsgerechtigde in de Ziektewet of de WIA doorloopt. De verzekeringsarts wordt ondersteund door een multidisciplinair team van professionals, met onder andere arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, procesbegeleiders en medisch secretaresses. In overleg met het team bepaalt de verzekeringsarts wanneer, door wie en welke activiteit plaatsvindt in het kader van de beoordeling en begeleiding van een cliënt. De minister heeft UWV gevraagd deze werkwijze nog in 2022 versneld landelijk op te schalen.<sup>5</sup> UWV heeft de ambitie om in 2025 in alle kantoren volgens deze nieuwe werkwijze te laten werken.

De verwachting is dat werken in SMC's ervoor zorgt dat UWV met hetzelfde aantal verzekeringsartsen meer uitkeringsgerechtigden kan beoordelen en begeleiden. Daarnaast heeft deze manier van werken naar verwachting een positief effect op het werkplezier van verzekeringsartsen en hun collega-professionals, sluit het beter aan bij de wensen en behoeften van uitkeringsgerechtigden en leidt het tot een hogere kwaliteit van de dienstverlening.

Dit rapport geeft een overzicht van de effectiviteit van de SMC's op de volgende vier resultaatgebieden:

- Kwantiteit van de dienstverlening (o.a. productie en aantal cliënten dat wacht op een beoordeling)
- Medewerkerstevredenheid
- Cliënttevredenheid
- Kwaliteit van de dienstverlening

Elk individueel SMC stuurt, acteert en monitort ook op deze resultaatgebieden. Om de stand van zaken van de SMC-vorming en de resultaten te duiden, zijn gesprekken met medewerkers van de proeftuinen gevoerd.

## 1.2. Onderzoeksmethodiek

Dit rapport gaat over de negen teams die als eerste als sociaal-medisch centrum zijn gestart (uiterlijk in februari 2022), ofwel de negen SMC-proeftuinen. Zij zijn verdeeld over vier kantoren:

- Heerlen (vijf teams)
- Tilburg (twee teams)
- Rotterdam (één team)
- Breda (één team)

Bij het resultaatgebied cliënttevredenheid zijn daarnaast ook alle andere SMZ-teams van de kantoren Rotterdam en Dordrecht meegenomen – zie tabel 1.1. Sommige zijn later gestart, maar inmiddels functioneren zij allemaal als SMC.

<sup>3</sup> Gupta Strategists (2022). Herijking toekomstscenario's en oplossingsrichtingen Sociaal Medisch Beoordelen. Amsterdam, 2 juni 2022.

<sup>4</sup> Kamerbrief Toekomst sociaal-medisch beoordelen d.d. 9-4-2021. Referentie 2021-0000057175.

<sup>5</sup> Kamerbrief Aanpak mismatch sociaal-medisch beoordelen en hardheden WIA d.d. 26-8-2022. Referentie 2022-0000181030.



We meten per resultaatgebied de prestaties van de SMC-proeftuinen (hierna SMC's genoemd). Bij de resultaatgebieden cliënttevredenheid en kwaliteit van de dienstverlening zetten we de prestaties van de SMC's af tegen die van niet-SMC's. Bij de resultaatgebieden kwantiteit en medewerkerstevredenheid zetten we de prestaties van de SMC's af tegen die van de divisie Sociaal-medische zaken landelijk. Dit doen we omdat het niet mogelijk is om bij het resultaatgebied kwantiteit een vergelijking te maken met alleen de niet-SMC's. Om de resultaten op kwantiteit en medewerkerstevredenheid beter met elkaar te kunnen verbinden, vergelijken we de medewerkerstevredenheid van de SMC's ook met Sociaal-medische zaken landelijk. Bij geen enkel resultaatgebied is een vergelijking met de situatie vóór de SMC-vorming mogelijk, omdat de ze SMC's al langere tijd geleden zijn gestart en deze evaluatie voor het eerst op deze manier wordt gedaan. Voor de negen SMC-proeftuinen is dus geen nulmeting beschikbaar.

Het district Bijzondere Zaken is voor zover mogelijk niet meegenomen in de vergelijking: dit district begeleidt voornamelijk eigen personeel (ex-UWV'ers) en cliënten die in het buitenland wonen. Zijn cliënten zijn dus niet vergelijkbaar met die van andere kantoren. Bovendien zal Bijzondere Zaken ook geen SMC worden, hiervoor is een apart plan. Bij de deelgebieden medewerkerstevredenheid en cliënttevredenheid is Bijzondere Zaken wel meegenomen. In een volgende evaluatie wordt gekeken of Bijzondere Zaken hier ook uitgehaald kan worden.

Bij de interpretatie van de resultaten is het belangrijk om te beseffen dat er ook variatie in de prestaties van kantoren danwel teams zal zitten onafhankelijk van de SMC-vorming. Er zijn immers veel andere factoren die een rol spelen bij de prestaties van een team, zoals de beschikbare capaciteit, teamsamenstelling, prestaties van de individuele medewerkers, werkcultuur en ziekteverzuim. De resultaten zijn dus niet causaal te interpreteren. Daarnaast zijn veel kantoren al stappen aan het zetten richting het werken in een SMC. Ook de prestaties van 'niet-SMC's' worden dus al deels beïnvloed door de SMC-werkwijze.

**Tabel 1.1 De onderzoekopzet per deelgebied**

| Deelonderzoek           | Onderzoeksmethode   | SMC's  | Niet-SMC's                  | Bijzondere Zaken? |
|-------------------------|---|--|-----------------------------|-------------------|
| Kwantiteit              | Administratieve data: productie, tijdigheid beoordelingen, wachtende cliënten, Ziektewet-arbo | 9 proeftuinen  | SMZ landelijk (incl. SMC's) | Nee               |
| Medewerkerstevredenheid | Enquête onder UWV-medewerkers: Werkbelevingsonderzoek   | 9 proeftuinen  | SMZ landelijk (incl. SMC's) | Ja                |
| Cliënttevredenheid      | Enquête onder cliënten: Menselijke Maat Monitor   | 9 proeftuinen + <i>alle</i> teams uit Rotterdam en Dordrecht | Overig SMZ (excl. SMC's)    | Ja                |
| Kwaliteit               | Dossieronderzoek  | 9 proeftuinen  | Overig SMZ (excl. SMC's)    | Nee               |

Elk van de resultaatgebieden heeft een andere onderzoekopzet en -methode. Deze worden hier kort toegelicht, meer informatie staat in de hoofdstukken per resultaatgebied.

### 1.2.1. Kwantiteit

Kwantiteit wordt gemeten aan de hand van administratieve data van UWV. De afdeling Business Control & Kwaliteit van Sociaal-medische zaken heeft de indicatoren gemeten over de periode maart 2022 tot en met april 2023, Ernst & Young heeft ontwikkelingen in deze indicatoren geduid op basis van gesprekken met de vier SMC-kantoren. Het gaat om de volgende cijfers:

- De productiviteit van het team en de productie per arts;
- De tijdigheid van beoordelingen;
- Het aantal cliënten dat wacht op een beoordeling;
- De Ziektewet-arbodienstverlening, gebaseerd op de gemiddelde verzuimduur en het percentage WIA-afwijzingen van vangnetters.

Onder elke indicator valt een aantal metingen die inzicht bieden in de onderliggende resultaten. Deze resultaten worden vergeleken met Sociaal-medische zaken landelijk zodat uitspraken kunnen worden gedaan over verschillen in kwantiteit. We presenteren deze indicatoren zowel op het SMC-niveau (i.e. apart voor de vier kantoren) als voor de SMC's gezamenlijk.

### 1.2.2. Medewerkerstevredenheid

Medewerkerstevredenheid wordt gemeten aan de hand van resultaten uit een enquête onder medewerkers van de divisie Sociaal-medische zaken. Dit werkbelevingsonderzoek is uitgezet door de afdeling Human Resource Management

van de divisie in de periode 8 mei tot 2 juni 2023. Het sluit aan bij reguliere UWV-metingen. Voor het monitoren van de medewerkerstevredenheid zijn de volgende onderwerpen in beeld gebracht:

- Cliënt centraal: in hoeverre kunnen medewerkers de cliënt centraal stellen?
- Organisatie: hoe waarderen medewerkers de organisatie waarvoor ze werken?
- Leiderschap: in hoeverre draagt duaal leiderschap bij aan een positieve werkbeleving?
- Teamgericht werken: in hoeverre draagt teamgericht werken bij aan een positieve werkbeleving?
- Individuele medewerker: hoe ervaart de individuele medewerker op dit moment het werken in een SMC?

Om uitspraken te kunnen doen over verschillen in medewerkerstevredenheid worden deze resultaten vergeleken met Sociaal-medische zaken landelijk. We presenteren de medewerkerstevredenheid op zowel SMC-niveau (i.e. apart voor de vier kantoren) als voor de SMC's gezamenlijk.

### 1.2.3. Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheid wordt gemeten aan de hand van resultaten uit een enquête onder Ziektewet- en WIA-clënten van UWV en cliënten die een WIA-aanvraag hebben gedaan. De Menselijke Maat Monitor is een halfjaarlijkse, landelijke enquête waarmee de divisie Klant & Service de klanttevredenheid monitort. Het betreft de volgende resultaten:

- De tevredenheid over de dienstverlening in het algemeen;
- De mate waarin cliënten de menselijke maat in de UWV-dienstverlening ervaren;
- Hoe cliënten de menselijke maat beleven. Deze bestaat uit vier dimensies:
  1. UWV ziet mij als mens
  2. UWV is redelijk
  3. UWV helpt
  4. UWV houdt het simpel

De resultaten van de WIA- en Ziektewet-clënten worden vergeleken met de rest van SMZ (niet-SMC's) om te onderzoeken of er verschillen zijn in de beleving van de menselijke maat. De resultaten kunnen niet worden opgesplitst naar individuele SMC-kantoren, omdat de respons hiervoor te laag is. Heel district Rijnmond (kantoren Rotterdam en Dordrecht) is meegenomen in de resultaten. Hierdoor zijn de resultaten minder representatief voor de negen SMC-proeftuinen.

### 1.2.4. Kwaliteit

Om de kwaliteit in kaart te brengen heeft een onafhankelijk landelijk team 150 dossiers (100 dossiers van SMC's, 50 van niet-SMC's) onderzocht op drie aspecten:

- De kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode;
- De kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling (EZWB);
- De kwaliteit van de WIA-claimbeslissing.

De resultaten van de dossiers van de SMC's worden vergeleken met die van de niet-SMC's om te kijken of er verschillen zijn in de kwaliteit van dienstverlening. De resultaten kunnen niet opgesplitst worden naar SMC-kantoor, omdat het aantal dossiers hiervoor te laag is.

## 1.3. Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 2 bespreken we aan de hand van de ontwerpprincipes de verandering die naar verwachting wordt voortgebracht door het werken in een SMC, en hoe de proeftuinen ten tijde van de evaluatie op deze ontwerpprincipes scoren. Vervolgens gaan we in op de vier resultaatgebieden. In hoofdstuk 3 wordt de kwantiteit besproken, de medewerkerstevredenheid in hoofdstuk 4, de cliënttevredenheid in hoofdstuk 5 en de kwaliteit in hoofdstuk 6. In hoofdstuk 7 vatten we de resultaten samen en trekken we enkele conclusies.

## 2. Ontwerpprincipes

*Het sociaal-medisch centrum (SMC) is gebaseerd op negen ontwerpprincipes. De proeftuinen zijn nog bezig met de transitie naar een SMC. Per ontwerpprincipe verschilt hun ontwikkelingsstadium. Bovendien geven de proeftuinen op sommige punten een andere invulling aan de ontwerpprincipes.*

### 2.1. Inleiding

Het sociaal-medisch centrum (SMC) is een multidisciplinair team dat samenwerkt aan een goede beoordeling en begeleiding van zijn cliënten. Het uitgangspunt is om dienstverlening aan te bieden waarbij cliënten zich altijd gezien, gehoord en goed geholpen voelen. De cliënt is leidend, niet het systeem of het proces. In een sociaal-medisch centrum (SMC) worden cliënten van begin tot einde geholpen door een team van professionals die samen bepalen welke dienstverlening op welk moment het meest passend is. Het SMC richt de dienstverlening op terugkeer naar werk als dat mogelijk is. In de SMC's zijn de collega's als team verantwoordelijk voor hun eigen cliëntenbestand. De multidisciplinaire teams zijn niet gebonden aan de grenzen van de UWV-divisies, waardoor de teamleden een beter beeld van de cliënt hebben en de beoordeling en begeleiding kunnen optimaliseren.

Er zijn negen ontwerpprincipes die een SMC definiëren, namelijk:

1. Het SMC stelt de cliënt centraal.
2. Het SMC biedt de cliënt een drempelloze klantreis.
3. Het SMC is resultaatverantwoordelijk voor integrale dienstverlening van een afgebakend cliëntenbestand.
4. Het SMC bestaat uit medewerkers van alle disciplines, aangevuld met nieuwe paramedici.
5. Het SMC heeft medewerkers die op termijn meerwettig werken op de wetten die er worden uitgevoerd.
6. Het SMC faciliteert alle artsen optimaal in hun dienstverlening middels taakondersteuning en -delegatie.
7. Het SMC wordt duaal aangestuurd door een regievoerder en een bedrijfskundig manager.
8. Het SMC stuurt, acteert en verantwoordt op vier resultaatgebieden binnen het eigen jaarlijks vastgestelde budget.
9. Het SMC ontwikkelt zich lerend.

In de volgende paragraaf lichten we de ontwerpprincipes toe en laten we zien hoe de proeftuinen hier invulling aan geven. Daarnaast geven we aan welke veranderingen de ontwerpprincipes moeten bewerkstelligen en welke effecten daarvan worden verwacht.

### 2.2. De negen ontwerpprincipes

Tabel 2.1 toont de ontwerpprincipes van het SMC. De negen SMC-proeftuinen zijn bezig met het invoeren ervan. Het ontwikkelingsstadium waarin de proeftuinen zich bevinden, verschilt per principe. In figuur 2.2 laten we zien welke directe effecten (output) van de ontwerpprincipes worden verwacht en welke effecten op termijn (outcome) moeten worden bereikt. De effecten op langere termijn zijn te onderscheiden in vier categorieën: hogere prestaties (meer productie met hetzelfde team), hogere kwaliteit, hogere cliënttevredenheid en hogere medewerkerstevredenheid.

#### 1. De cliënt staat centraal

In een multidisciplinair overleg bespreken de medewerkers hoe de beoordeling en begeleiding van de cliënt worden ingeregeld of voortgezet. Het overleg vindt niet op vaste momenten plaats, maar passend bij het proces van de cliënt. Het doel is om elke cliënt in beeld te hebben en voor elke cliënt een plan te hebben.

De proeftuinen werken allemaal volgens dit principe.

#### 2. Het SMC biedt de cliënt een drempelloze klantreis

De cliënt heeft zoveel mogelijk een vast aanspreekpunt en hoeft zijn/haar verhaal een minimaal aantal keren te doen. Het team werkt divisie-overstijgend: ook medewerkers van de divisie Uitkeren (re-integratiebegeleiding tijdens eerste dertien weken Ziektewet) en Werkbedrijf (re-integratiebegeleiding tijdens WIA en WW) sluiten aan. Er is ook goede samenwerking met ketenpartners, zoals zorgverleners, hulpverleners, bedrijfsartsen, werkgevers en gemeenten.

In alle proeftuinen worden cliënten van begin tot einde door hetzelfde team geholpen. Het aantal SMC-medewerkers waarmee zij contact hebben, is daardoor minimaal. Rotterdam werkt samen met het Werkbedrijf en het werkgeversservicepunt, terwijl in Breda een initiatief loopt om het Werkbedrijf te laten aansluiten bij het multidisciplinair overleg.

### **3. Het SMC is (resultaat)verantwoordelijk voor integrale dienstverlening van een afgebakend cliëntenbestand**

Door het cliëntenbestand af te bakenen kan het SMC verantwoordelijkheid nemen voor een zo goed mogelijke dienstverlening en de cliënt een vast aanspreekpunt bieden. De Participatiewet-clieënten worden ondergebracht in aparte Participatiewet-SMC's, die voor een groter regionaal gebied of het gehele district werken.

Rotterdam en Breda hebben het cliëntenbestand afgebakend op basis van het burgerservicenummer, Heerlen en Tilburg op postcode van de cliënt.

### **4. Het SMC bestaat uit medewerkers van alle disciplines, aangevuld met nieuwe paramedici**

Een multidisciplinair team is een voorwaarde voor een drempelloze klantreis. Het SMC bepaalt zelf – binnen het eigen budget – het aantal functionarissen dat nodig is binnen het team. Zo is het altijd afgestemd op het cliëntenbestand en de lokale situatie.

Alle proeftuinen werken multidisciplinair. De samenstelling van de teams verschilt op sommige punten. In hoofdstuk 3 wordt hier nader op ingegaan. De proeftuinen werken ook met paramedici. Rotterdam heeft een fysiotherapeut in dienst, Breda, Heerlen en Tilburg werken met een (gezondheidszorg)psycholoog.

### **5. Het SMC heeft medewerkers die op termijn meerwettig werken**

Dit ontwerpprincipe is, net als het voorgaande, nodig om ervoor te zorgen dat de cliënt van instroom tot uitstroom bij hetzelfde team kan blijven. Medewerkers zijn meer betrokken bij de cliënt en hoeven dossiers minder vaak over te dragen, waardoor er meer tijd overblijft voor de cliënt. Ook zien de professionals de effecten van hun werk beter en krijgen ze meer kans om de dienstverlening te verbeteren. Andere voordelen van meerwettig werken zijn dat medewerkers elkaars taken kunnen overnemen en daardoor flexibeler worden. Het takenpakket wordt ook afwisselender.

Rotterdam, Heerlen en Tilburg werken al meerwettig, Breda is er net mee begonnen. Het team had een tekort aan arbeidsdeskundigen bij de claimbeoordelingen, maar door meerwettig te werken kan de capaciteit nu beter worden ingezet.

### **6. Het SMC faciliteert artsen optimaal door taakondersteuning en taakdelegatie**

Zo kan de arts zich richten op zijn/haar kerntaken, terwijl de overige taken (zoals het volledig maken van het medisch dossier) door andere teamleden worden uitgevoerd. De schaarse artsencapaciteit wordt daardoor beter benut, wat ten goede komt aan de kwantiteit en kwaliteit van de dienstverlening. De medische expertise van de sociaal-medisch verpleegkundige kan bijdragen aan de kwaliteit van de beoordeling en werkt mogelijk ook drempelverlagend voor de cliënten. Voor het hele team wordt het werk aantrekkelijker en dat helpt om meer medewerkers te boeien en aan UWW te binden. De medisch secretaresse kan de arts ondersteunen bij voorbereidende en administratieve taken.

Bij alle proeftuinen werken de verzekeringsartsen met taakondersteuning en -delegatie. Het geldt echter niet altijd voor alle artsen. In Heerlen werkt bijvoorbeeld ruim 80% van de verzekeringsartsen met taakondersteuning en -delegatie. De artsen in opleiding tot specialist (aios'en) in Heerlen en Tilburg werken ook met taakondersteuning en -delegatie, terwijl de artsen niet in opleiding tot specialist (anios'en) alleen met taakondersteuning werken. De aios'en in Breda gaan starten met taakondersteuning en -delegatie.

### **7. Het SMC wordt dual aangestuurd door een regievoerder en een bedrijfskundig manager**

Dit zorgt in de aansturing van een resultaatverantwoordelijk SMC voor een goede balans tussen professionele en bedrijfskundige belangen. De regievoerder is een verzekeringsarts en is meewerkend voorman/-vrouw. Hij/zij regisseert het hele proces dat de cliënt doorloopt en besteedt ongeveer 20-30% van zijn/haar tijd aan deze rol. De verantwoordelijkheid voor de individuele dienstverlening ligt bij de professionals zelf. De bedrijfskundig manager heeft vooral een faciliterende rol en is verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering.

Alle proeftuinen worden dual aangestuurd door een regievoerder en een bedrijfskundig manager.

### **8. Het SMC stuurt, acteert en verantwoordt op vier resultaatgebieden**

De resultaatgebieden zijn cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid, kwaliteit van de dienstverlening en kwantiteit. Tezamen waarborgen zij een goede dienstverlening. Elk SMC wordt hiervoor gefaciliteerd met stuurinformatie en lerende evaluaties op SMC-niveau.

Alle SMC-proeftuinen sturen op basis van gedetailleerde cijfers en dashboards. Dat doen ze op verschillende manieren. Rotterdam voert wekelijks overleg om het werk te verdelen en prioriteiten te stellen. In Breda zijn de prestaties alleen zichtbaar voor de regievoerder en de bedrijfskundig manager. In Heerlen zijn de prestaties wekelijks inzichtelijk, en elke zes weken wordt de situatie per SMC gedeeld met de andere SMC's om een dialoog te voeren over de duiding. Tilburg stuurt op cijfers van de teams gezamenlijk. De medewerkers geven aan wel behoefte te hebben aan inzicht in de prestaties op teamniveau.

## 9. Het SMC ontwikkelt zich lerend

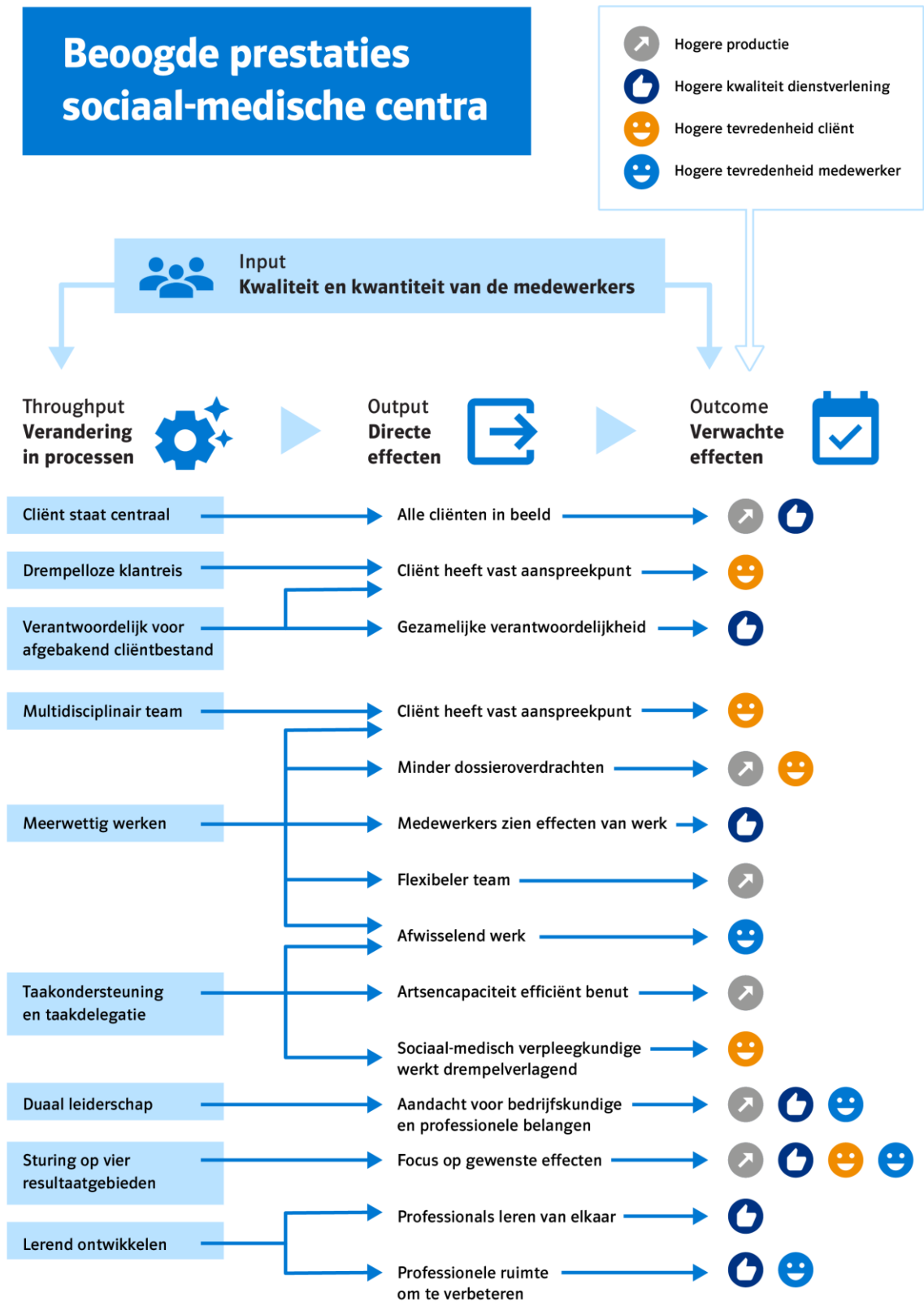
De dienstverlening verbetert en wordt uniformer als de SMC's experimenteren en van elkaar leren. De medewerkers krijgen de ruimte om naar eigen inzicht dienstverlening voor de cliënten te creëren (bottom-up benadering).

De proeftuinen geven op verschillende manieren invulling aan dit ontwerpprincipes. Rotterdam werkt met wekelijkse stand-ups waarin de stand van zaken en mogelijke verbeteringen worden besproken. Breda biedt hulp aan andere teams in Breda en aan Tilburg en draagt zo bij aan kennisoverdracht. Heerlen zet in op kennisuitwisseling tussen de teams en maakt veel werk van de opleiding van artsen. Tilburg organiseert vakgroepoverleggen en stimuleert medewerkers om met initiatieven te komen voor verbeteringen van de dienstverlening.

**Tabel 2.1 De negen ontwerpprincipes en de invulling van de proeftuinen**

| Ontwerpprincipes  | Rotterdam   | Breda  | Heerlen   | Tilburg   |
|---|---|--|---|---|
| 1 Cliënt staat centraal   | Alle dossiers worden besproken in het multidisciplinair overleg.  |  |   |   |
| 2 Drempelloze klantreis   | Cliënten blijven van de eerste lijn Ziektewet tot de WIA bij hetzelfde team, waardoor het aantal professionals met wie cliënten contact hebben minimaal blijft. |  |   |   |
|   | SMC-proeftuin werkt samen met Werkbedrijf en werkgeversservicepunt.   | Er loopt een initiatief om het Werkbedrijf bij het multidisciplinaire overleg te laten aansluiten. |   |   |
| 3 Resultaatverantwoordelijk voor een afgebakend cliëntenbestand     | Het cliëntenbestand wordt verdeeld op basis van burgerservicenummer.  |  | Het cliëntenbestand wordt verdeeld op basis van postcode.   |   |
| 4 Medewerkers van alle disciplines, aangevuld met nieuwe paramedici | De SMC-proeftuinen werken multidisciplinair samen en bespreken dossiers in het multidisciplinair overleg.   |  |   |   |
|   | Fysiotherapeut werkzaam voor proeftuin.   | Psycholoog werkzaam voor proeftuin.  | GZ-psycholoog werkzaam voor proeftuinen.  | Psycholoog werkzaam voor proeftuinen.                 |
| 5 Meerwettig werken   | De SMC-proeftuinen werken meerwettig (Rotterdam, Heerlen en Tilburg) of gaan dat op korte termijn doen (Breda).   |  |   |   |
| 6 Taakondersteuning en -delegatie                                   | De (meeste) verzekeringartsen werken met taakondersteuning en taakdelegatie.  |  |   |   |
|   |   | De aios'en gaan starten met taakondersteuning en taakdelegatie.                                    | De aios'en en anios'en werken met taakondersteuning en taakdelegatie.   |   |
| 7 Duaal leiderschap   | Duale aansturing door regievoerder en bedrijfskundig manager.   |  |   |   |
| 8 Sturing op vier resultaatgebieden                                 | Sturing op basis van gedetailleerde cijfers.  |  |   |   |
|   | Wekelijks overleg voor bepalen van verdeling en prioritering op basis van de cijfers.   | Management-informatie is exclusief zichtbaar voor regievoerder en bedrijfskundig manager.          | Cijfers zijn wekelijks inzichtelijk. Elke zes weken wordt situatie per SMC gedeeld met de SMC's en wordt een dialoog gevoerd over de duiding. |   |
| 9 Lerend ontwikkelen  | Wekelijks wordt in een stand-up besproken waar het team staat en waar het moet bijschaven.  | Er wordt gewerkt met een stuurgroep, uitvoering ligt bij de medewerkers zelf.                      | Veel kennisuitwisseling tussen de proeftuinen.  | Het managementteam stimuleert bottom-up initiatieven. |
|   | Er zijn regelmatig teamreviews.   |  | Heerlen maakt veel tijd vrij voor het opleiden van artsen.  | Er zijn vakgroepoverleggen.                           |

Figuur 2.2 Theory of change: input in het proces, verandering in processen en effecten



## 3. Kwantiteit van de dienstverlening

*De SMC's scoren op een aantal onderdelen beter dan het landelijk gemiddelde. De tijdigheid van de beoordelingen en beslissingen is hoger en het percentage wachtende cliënten lager. De productie per arts is hoger, wat aangeeft dat de arts efficiënter wordt ingezet. De productiviteit van het team is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde, de score op de Ziektewet- arbo is minder. De prestaties van de divisie Sociaal-medische zaken (SMZ) als geheel en de SMC's liggen beide wel onder de landelijk vastgestelde normen. De scores per SMC verschillen sterk. Dat ligt onder andere aan de beschikbare capaciteit, eventuele achterstanden, de samenstelling van het team, ziekteverzuim en de focus die de teams hebben gekozen.*

### 3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk laten we de ontwikkelingen van de sociaal-medische centra (SMC's) in cijfers zien. De resultaten zijn in de volgende categorieën onderverdeeld:

- Productiviteit: deze indicator laat zien in hoeverre de SMC's de productie hebben gerealiseerd die op basis van de capaciteit mag worden verwacht. We meten de productiviteit voor het hele team. Om te laten zien hoe efficiënt de artsen worden ingezet, meten we ook de totale productie per arts.
- Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen: deze prestatie-indicator geeft aan in hoeverre de SMC's erin slagen om tijdig beoordelingen te verrichten en beslissingen af te geven.
- Wachtende cliënten: het percentage wachtende cliënten bij wie de wettelijke beslistermijn is verstreken.
- Ziektewet-arbo-resultaten: de resultaten voor de Ziektewet-arbodienstverlening, namelijk de verzuimduur en het percentage afwijzingen van de WIA voor vangnet-cliënten.

Onder elke categorie valt een aantal metingen die inzicht bieden in de behaalde resultaten. Via een gewogen gemiddelde worden de metingen samengevat om zo een score per categorie te kunnen geven.

De vier prestatie-indicatoren staan niet los van elkaar. Zo heeft de productie invloed op de tijdigheid van de dienstverlening, de wachtende cliënten en de Ziektewet-arbo-resultaten. Als de productie toeneemt, zal de tijdigheid van de dienstverlening naar verwachting verbeteren, het aantal wachtende cliënten dalen en de Ziektewet-arbo-resultaten verbeteren. De productiviteit, een maat voor de efficiëntie van de dienstverlening, hoeft niet te veranderen. Meer productie door meer medewerkers betekent niet per se meer efficiëntie.

De onderlinge afhankelijkheid tussen tijdigheid van de beoordelingen en het aantal wachtende cliënten is het sterkst. Als het percentage tijdige beslissingen verbetert, zal het aantal wachtende cliënten (op termijn) verminderen en andersom. Bij de Ziektewet-arbodienstverlening is de relatie met de andere deelgebieden minder sterk, omdat SMC's de focus op de Ziektewet of juist de claimbeoordeling leggen.

De prestaties kunnen van maand tot maand sterk fluctueren. Dat heeft verschillende oorzaken, zoals ziekteverzuim, vakantieperiodes, personeelwisselingen en schommelingen in het aantal cliënten. Om vertekening van de prestaties te voorkomen kiezen we ervoor om de trendlijn van de ontwikkelingen te laten zien in plaats van de maandelijke scores. We vergelijken de prestaties van de SMC's met die van heel SMZ. De scores worden inzichtelijk gemaakt over de periode maart 2022 tot en met april 2023. Het is niet mogelijk om de prestaties van de SMC's te vergelijken met de situatie voor de SMC-vorming. De meeste zijn namelijk begin 2021 gestart, terwijl de prestatie-indicatoren in dit hoofdstuk vanaf maart 2022 worden bijgehouden.

Om de prestaties te kunnen duiden is het belangrijk om rekening te houden met de beschikbare capaciteit van verzekeringsartsen, ondersteunend en gedelegeerd personeel en niet-medisch personeel. De capaciteit en samenstelling verschillen per team en dat heeft zijn weerslag op de cijfers. Paragraaf 3.2 geeft hierover meer informatie. In paragraaf 3.3 tonen we de prestaties op de vier deelgebieden.

### 3.2. Personeelscapaciteit

De capaciteit bij de divisie Sociaal-medische Zaken (SMZ) is in drie hoofdgroepen functies te onderscheiden: de verzekeringsartsen (inclusief aios'en en anios'en), het personeel dat de artsen ondersteunt en waaraan zij taken kunnen delegeren en het niet-medische personeel. Tabel 3.1 laat zien hoe de capaciteit is opgebouwd bij de divisie SMZ als geheel, bij de gezamenlijke SMC's en de afzonderlijke SMC's.

#### Artsencapaciteit

Het aandeel artsen in de totale capaciteit is landelijk gezien 21%. De SMC's wijken daar met 20% weinig vanaf. Een van de ontwerpprincipes van de sociaal-medische centra is het werken met taakondersteuning en -delegatie. Dat kan ertoe leiden dat het aandeel artsen daar lager is dan in niet-SMC's. Dat zien we nu nog niet, omdat de SMC's met personeel van bestaande teams zijn gestart. Veranderingen in de samenstelling zullen pas na langere tijd optreden.

Tussen de kantoren zien we grote verschillen. Tilburg heeft te kampen met een artsentekort, het heeft het laagste aandeel artsen van de SMC's (16%). Ook in Breda is het aandeel relatief laag. Rotterdam en Heerlen hebben voldoende artsen, hun aandeel is zelfs bovengemiddeld.

Het aantal aios'en en anios'en maakt veel uit voor de netto-capaciteit. Omdat aios'en en anios'en meer tijd besteden aan hun opleiding, houden zij minder uren over voor het verrichten van beoordelingen en het afgeven van beslissingen. Verzekeringsartsen zijn minder tijd kwijt aan opleidingen, maar doen ook praktijkbegeleiding. Landelijk gezien wordt 22% van de bruto-artsencapaciteit besteed aan opleidingen en neventaken. Bij de SMC's is dat 9 procentpunt hoger, omdat zij in verhouding meer aios'en en anios'en in dienst hebben. In Rotterdam gaat in verhouding de meeste capaciteit naar opleidingen en nevenactiviteiten door het hoge aandeel aios'en en anios'en.

### Taakondersteuning en -delegatie

Om het werk van de verzekeringartsen te verlichten worden medisch secretaresses ingezet voor administratieve en secretariële werkzaamheden (taakondersteuning). De sociaal-medisch verpleegkundigen voeren zelfstandig sociaal-medische werkzaamheden uit in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de verzekeringarts (taakdelegatie). Landelijk gezien bestaat 13% van het personeel uit taakondersteuning en -delegatie. Per fte verzekeringarts is er gemiddeld 0,6 fte beschikbaar voor ondersteuning en delegatie. Bij de SMC's ligt deze verhouding hoger, namelijk 1 fte per fte verzekeringarts. Taakondersteuning en -delegatie zijn dan ook een belangrijk ontwerpprincipe bij de vorming van sociaal-medische centra.

De SMC's werken allemaal met taakondersteuning en -delegatie, maar ze verschillen sterk in de beschikbare capaciteit. In Rotterdam werken minder medisch secretaresses en sociaal-medisch verpleegkundigen dan landelijk. In Breda, Heerlen en Tilburg ligt het aandeel ruim hoger dan gemiddeld. In Heerlen en Tilburg zijn pilots gedaan om aios'en meer met medisch secretaresses en sociaal-medisch verpleegkundigen, en verzekeringartsen met meerdere sociaal-medisch verpleegkundigen te laten werken. Daardoor konden meer medisch secretaresses en sociaal-medisch verpleegkundigen worden aangenomen. Ook Breda werkt inmiddels met taakdelegatie voor aios'en.

**Tabel 3.1 Medische capaciteit en teamopbouw van de SMC's en landelijk SMZ**

Gemiddeld aantal fte's, januari-april 2023

| Bruto-capaciteit in fte's  | Totaal SMZ     | Alle SMC's   | Rotterdam   | Breda       | Heerlen      | Tilburg     |
|--|----------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
| <b>Artsen</b>  | <b>714,1</b>   | <b>65,3</b>  | <b>10,2</b> | <b>6,2</b>  | <b>33,7</b>  | <b>15,1</b> |
| Verzekeringarts  | 390,4          | 27,2         | 3,8         | 3,6         | 14,2         | 5,6         |
| Aios en anios  | 323,8          | 38,1         | 6,3         | 2,6         | 19,6         | 9,5         |
| Opleidingen en neventaken  | -157,4         | -20,2        | -4,2        | -1,6        | -10,2        | -4,2        |
| <i>Opleidingen en neventaken als percentage van bruto fte artsen</i> | 22%            | 31%          | 41%         | 26%         | 30%          | 28%         |
| <b>Taakondersteuning en -delegatie</b>                               | <b>433,8</b>   | <b>62,8</b>  | <b>6,4</b>  | <b>7,2</b>  | <b>31,1</b>  | <b>18,1</b> |
| Medisch secretaresse   | 172,3          | 22,0         | 2,3         | 1,4         | 11,6         | 6,6         |
| Sociaal-medisch verpleegkundige                                      | 255,3          | 36,1         | 2,2         | 4,8         | 19,5         | 9,7         |
| Overig medisch personeel   | 6,2            | 4,7          | 1,9         | 1,0         | 0,0          | 1,8         |
| <i>fte's ondersteuning en taakdelegatie per fte arts</i>             | 0,6            | 1,0          | 0,6         | 1,2         | 0,9          | 1,2         |
| <b>Niet-medisch personeel</b>  | <b>2.235,3</b> | <b>202,7</b> | <b>23,3</b> | <b>22,1</b> | <b>96,7</b>  | <b>60,7</b> |
| <b>Totaal aantal fte's</b>   | <b>3.383,3</b> | <b>330,7</b> | <b>39,8</b> | <b>35,5</b> | <b>161,5</b> | <b>93,9</b> |
| <b>Aandeel fte per functietype</b>                                   |                |              |             |             |              |             |
| Artsen   | 21%            | 20%          | 26%         | 17%         | 21%          | 16%         |
| Taakondersteuning en -delegatie                                      | 13%            | 19%          | 16%         | 20%         | 19%          | 19%         |
| Niet-medisch personeel   | 66%            | 61%          | 58%         | 62%         | 60%          | 65%         |

### 3.3. Productiviteit van het team

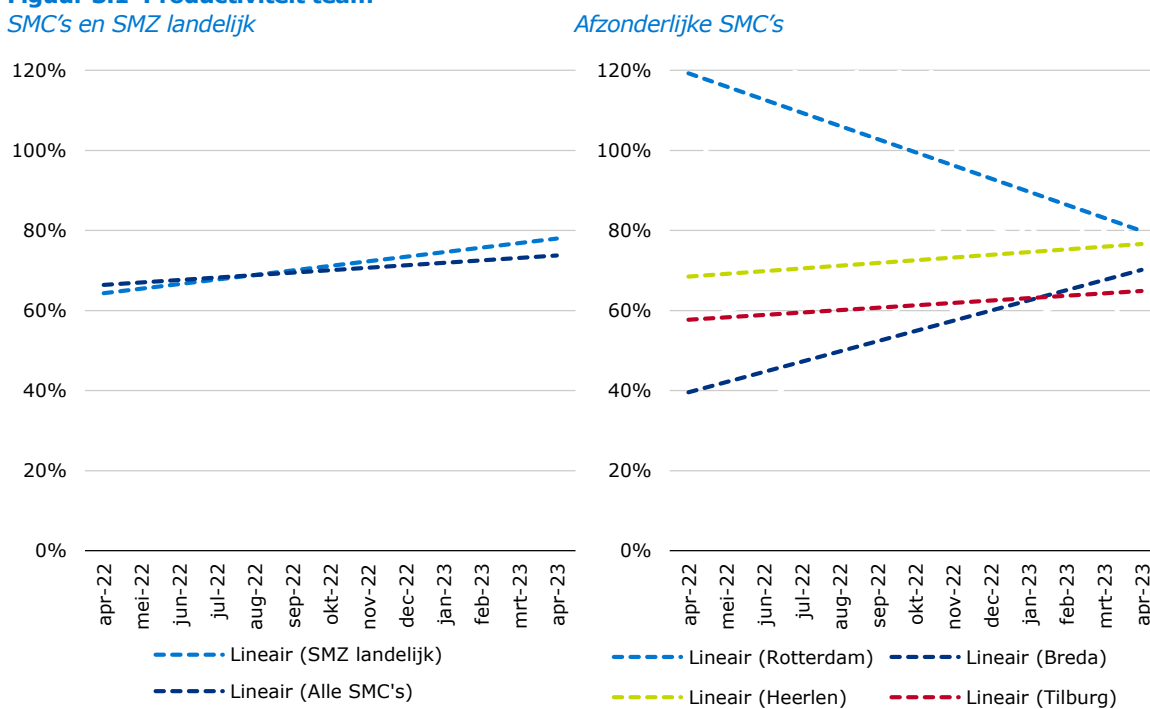
De productiviteit van het team geeft inzicht in hoeverre de SMC's de productie hebben gerealiseerd die op basis van de capaciteit mag worden verwacht. Een productiviteit van 100% betekent dat precies de verwachte productie wordt behaald. Hoe hoger de score, hoe beter. De landelijke norm is 100%. Er waren vooraf geen verwachtingen dat een SMC anders op productiviteit zou presteren dan niet-SMC's. De verwachting is dat de productie toeneemt als gevolg van taakondersteuning en -delegatie, maar ook dat daarvoor meer professionals nodig zijn (en relatief weinig verzekeringartsen). De productiviteit van het team als geheel is dan dus niet per se efficiënter.



Onder productie vallen alle handelingen die Sociaal-medische zaken verricht. Er worden meer dan honderd handelingen onderscheiden, zoals WIA-claimbeoordelingen, eerstejaars Ziektewet-beoordelingen, herbeoordelingen, advies voor beschermt werk, deskundigenoordelen en begeleiding bij langdurig verzuim van vangnetcliënten.

De productiviteit wordt als volgt bepaald: eerst wordt de productie van de teams gemeten door alle handelingen die zij uitvoeren te vermenigvuldigen met de normtijden voor elke handeling, per functionaris. Dat levert het aantal fte's op dat volgens de normtijden nodig is om de productie te halen. De normtijden zijn vastgesteld op basis van een omvangrijk tijdbestedingsonderzoek van SMZ. Vervolgens delen we het aantal fte's volgens de normtijden op het daadwerkelijke aantal fte's. Dit werkelijke aantal fte's is niet gecorrigeerd voor de uren die niet aan productie worden besteed, zoals voor het volgen van opleidingen, praktijkbegeleiding en taakdelegatie. Dit betekent dat de aios en anios net zo zwaar worden meegeteld als de verzekeringsarts, ook al besteden zij meer tijd aan opleiding. Daardoor wordt de productiviteit van het team enigszins gedempt, met name bij de SMC's omdat zij in verhouding meer aios'en en anios'en in dienst hebben dan SMZ als geheel.

**Figuur 3.1 Productiviteit team**  
SMC's en SMZ landelijk



De productiviteit van de gezamenlijke SMC's ligt ongeveer op het niveau van het landelijk gemiddelde van SMZ. De prestaties blijven gedurende de gehele gemeten periode van april 2022 tot en met april 2023 onder de norm van 100%. De trend in die periode is positief, zowel bij de SMC's als landelijk SMZ. De productiviteit bij de SMC's neemt wel iets minder sterk toe dan landelijk.

Als we naar de afzonderlijke SMC's kijken valt op dat de productiviteit in Tilburg en Breda aan het begin van de meting lager is dan landelijk. Tilburg heeft te kampen met een tekort aan artsen, terwijl in Breda het ziekteverzuim enige tijd hoog was, waardoor de productie werd beperkt. De productiviteit van beide vestigingen neemt in de maanden daarna toe, vooral in Breda. De productiviteit in Heerlen lag aan het begin van de meting hoger dan gemiddeld en is ook gestegen. De stijging wordt enigszins gedempt doordat Heerlen in verhouding meer sociaal-medisch verpleegkundigen en medisch secretaresses heeft aangenomen, als onderdeel van een experiment naar meer taakondersteuning en -delegatie. Als gevolg van de inwerkingsperiode leidt die grotere capaciteit niet direct tot een hogere productiviteit.

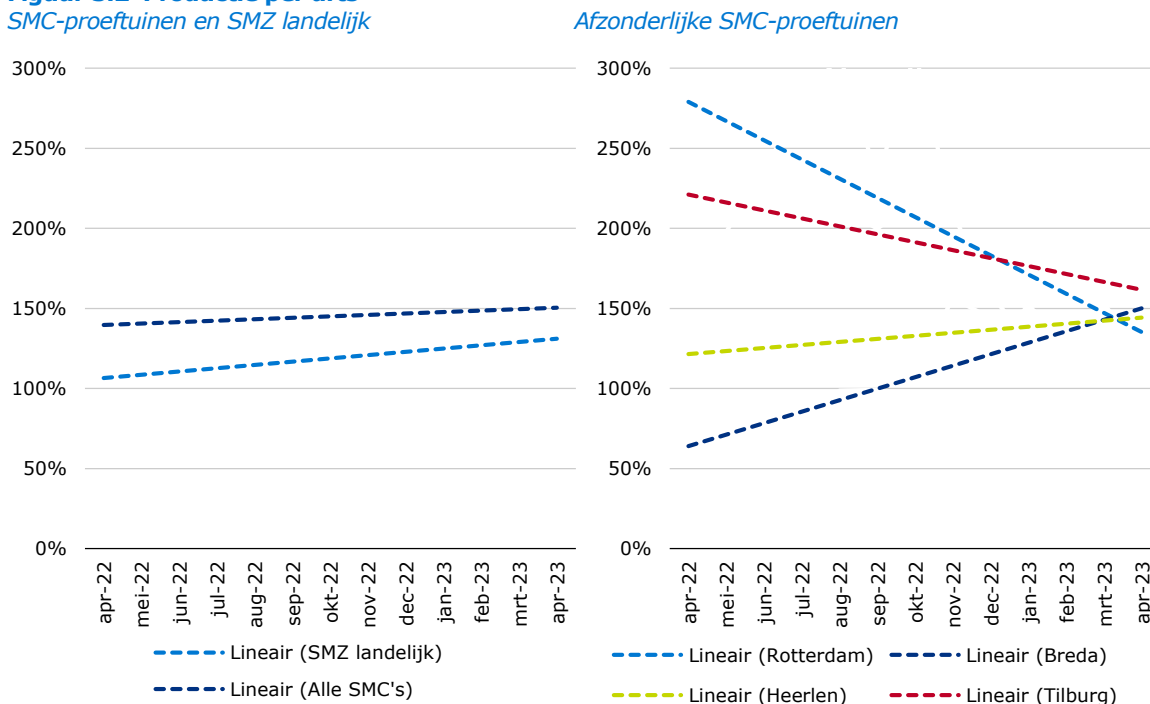
De productiviteit van Rotterdam was aan het begin van de meting hoog, maar is afgenomen. Dat heeft te maken met een verschuiving van de werkzaamheden. In eerste instantie richtte het team zich op Ziektewet-arbodienstverlening, waarbij alle eerstejaars Ziektewet-beoordelingen (EZwb) werden gedaan. Dit zorgde voor een hoge productie omdat een deel van deze beoordelingen relatief snel konden worden afgehandeld. Vervolgens zijn de WIA-dossiers van de eigen vangnet-clënten erbij gekomen. Per januari 2023 is men de focus gaan verleggen naar de WIA in algemene zin. Bij de eerstejaars Ziektewet-beoordelingen doet Rotterdam alleen de screening van cliënten die kansrijk zijn voor re-integratie. Die beoordelingen kosten relatief meer tijd.

### 3.4. Productie per arts

Behalve de productie ten opzichte van de totale capaciteit (alle functionarissen) brengen we ook de productie ten opzichte van de capaciteit aan verzekeringsartsen, inclusief aios/anios, in beeld. Dit laat zien in hoeverre de tijd van de verzekeringsarts efficiënt wordt gebruikt. De verwachting is dat de productie per arts dankzij taakondersteuning en -delegatie in een SMC hoger is dan het landelijk gemiddelde. Dit effect zal enigszins gedempt worden doordat in de SMC's relatief veel aios'en en anios'en werken, die minder inzetbaar zijn omdat zij opleidingen volgen. In de cijfers zien

we die hogere productie per arts in de SMC's terug. Deze ligt op ongeveer 150%, terwijl het landelijk gemiddelde 20 procentpunt lager uitkomt. De scores van zowel de SMC's als het landelijk gemiddelde laten een licht stijgende trend zien.

**Figuur 3.2 Productie per arts**  
SMC-proeftuinen en SMZ landelijk



De prestaties per SMC-proeftuin lopen aan het begin van de meting sterk uiteen, aan het einde zijn de verschillen bijna verdwenen. De productiviteit in Breda is snel gestegen en ligt sinds december 2022 boven het landelijk gemiddelde. In Rotterdam is juist sprake van een verslechtering vanaf november 2022. Dit heeft vermoedelijk te maken met de verschuiving van de focus naar de WIA, zoals al genoemd in de vorige paragraaf. De afname wordt nog nader geanalyseerd.

In Heerlen ligt de productie per arts 15 procentpunt hoger dan het landelijk gemiddelde. De relatief goede score hangt samen met de taakondersteuning en -delegatie. Daarnaast draaien de aios'en in Heerlen meer productie dan in de andere SMC's.

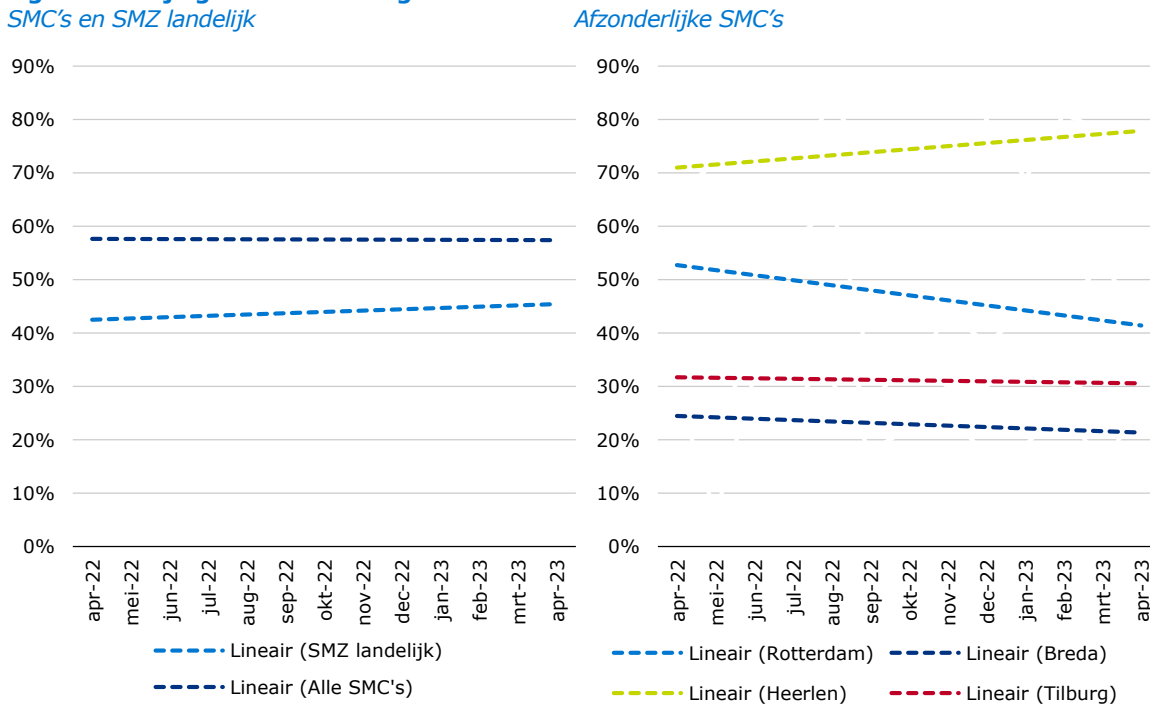
De productie per arts ligt in Tilburg ruim boven het gemiddelde. Dat komt omdat de artsen vanwege het artsentekort relatief veel taakondersteuning en -delegatie tot hun beschikking hebben. De productiviteit neemt in de loop van de tijd wel af. Tilburg heeft namelijk relatief veel arts-assistenten die over het algemeen een lagere productie hebben dan meer ervaren artsen.

### 3.5. Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen

Met deze prestatie-indicator meten we in hoeverre de SMC's erin slagen om tijdig een beslissing af te geven. De onderliggende metingen betreffen de tijdigheid van de WIA-beslissingen, de vraaggestuurde herbeoordelingen<sup>6</sup>, de beoordelingen voor de Participatiewet en de deskundigenoordelen. De totale score voor tijdigheid wordt berekend door de som van het aantal tijdige beoordelingen en beslissingen te delen op de som van alle beoordelingen en beslissingen. Hoe hoger de score, hoe beter. De landelijke norm is 85%. De verwachting is dat SMC's een hogere tijdigheid kunnen realiseren dan het landelijk gemiddelde.

<sup>6</sup> Vraaggestuurde herbeoordelingen zijn beoordelingen die aangevraagd kunnen worden door de werkgever (inclusief eigenrisicodragers), de cliënt, divisie Werkbedrijf, divisie Uitkeren en divisie Handhaving.

**Figuur 3.3 Tijdigheid beoordelingen**  
SMC's en SMZ landelijk



De tijdigheid van de beoordelingen in de SMC's is bijna 60% en is stabiel over de gemeten periode april 2022-april 2023. Dat is weliswaar onder de norm van 85%, maar wel duidelijk hoger dan de tijdigheid van SMZ als geheel. Die lag aan het einde van de periode op ongeveer 45% en is licht gestegen ten opzichte van een jaar eerder.

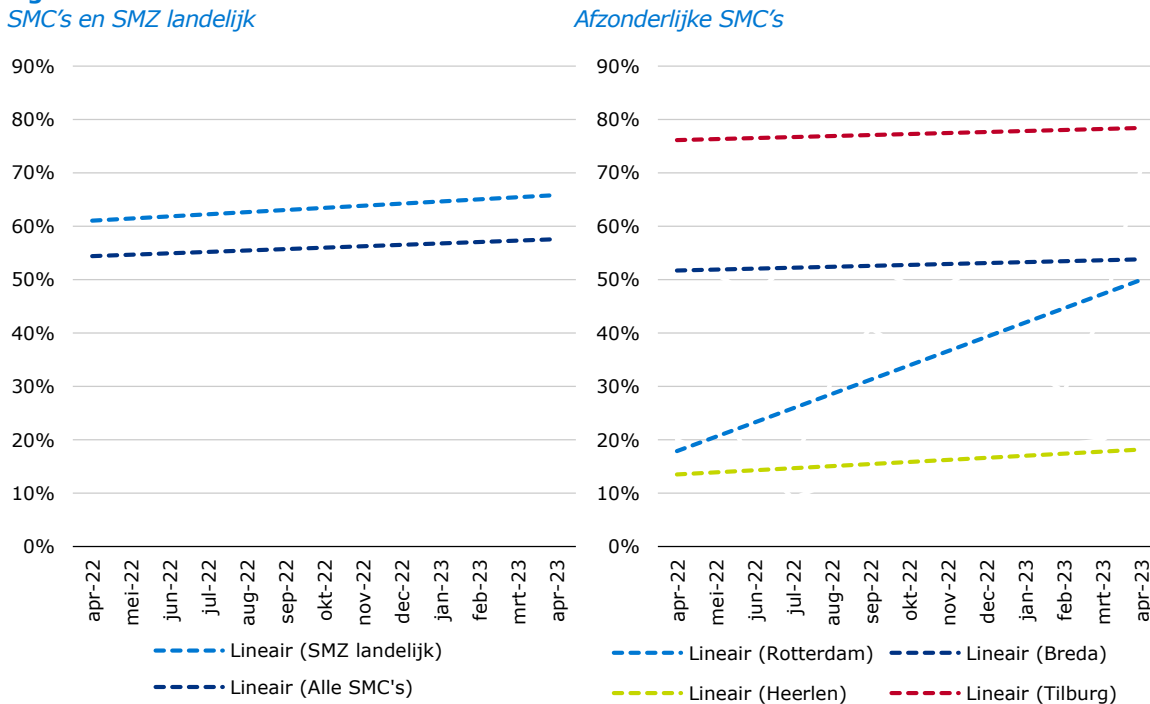
De verschillen tussen de SMC's zijn groot. Heerlen scoort beter dan de andere SMC's. De artsenbezetting is goed, waardoor de instroom van cliënten tijdig kan worden verwerkt. Bovendien verbetert de tijdigheid sneller dan het landelijk gemiddelde. De trend laat zien dat de tijdigheid in Heerlen met bijna 10 procentpunt is gestegen in de onderzochte periode. Landelijk is de verbetering 3 procentpunt. Dit is opmerkelijk, want Heerlen heeft dossiers met te late WIA-claimbeoordelingen overgenomen van andere districten. Daardoor wordt de score op tijdigheid juist gedrukt. Een verklaring is dat Heerlen taakondersteuning en -delegatie optimaal inzet, waardoor de teams meer beoordelingen kunnen afhandelen.

De andere drie SMC's scoren veel lager op tijdigheid dan Heerlen, en ook dan het landelijk gemiddelde. In Tilburg wordt het resultaat vooral beïnvloed door de achterstanden. Hierdoor is de hoeveelheid werk te groot voor de artsen en de andere teamleden en staat de tijdigheid van de beoordelingen onder druk. Daarnaast hadden Tilburg en Breda te kampen met veel managementwisselingen die vermoedelijk invloed hebben gehad op de prestaties. Rotterdam scoorde aan het begin van de meting beter op tijdigheid dan het landelijk gemiddelde, maar de trend is dalend. In april 2023 lag het percentage tijdige beoordelingen onder het landelijk gemiddelde. Dit komt doordat Rotterdam WIA-dossiers van andere teams uit het district heeft overgenomen, die al niet meer tijdig waren.

### 3.6. Wachtende cliënten

Deze prestatie-indicator meet het percentage wachtende cliënten voor wie de wettelijke beslistermijn is verstreken. De onderliggende metingen betreffen de achterstand in de WIA-voorraad, de vraaggestuurde herbeoordelingen, de beoordelingen voor de Participatiewet en de deskundigenoordelen. De totale score voor wachtende cliënten wordt berekend door de som van het aantal wachtende cliënten voor wie de beslistermijn is verstreken, te delen op de som van alle wachtende cliënten. De landelijke norm is 10%. Hoe lager de score, hoe beter. De verwachting is dat de SMC-vorming een positief effect heeft op het percentage wachtende cliënten.

**Figuur 3.4 Wachtende cliënten**  
SMC's en SMZ landelijk



De gezamenlijke SMC's scoren beter op het percentage wachtende cliënten dan het landelijk gemiddelde. Het aandeel wachtende cliënten is daar ongeveer 58%. Dat is 8 procentpunt lager dan het landelijk gemiddelde, maar evengoed ver boven de norm van 10%. De trend in de gemeten periode is licht stijgend. Dat heeft te maken met landelijke afspraken om prioriteit te geven aan wachtende cliënten met een verstreken beslistermijn.

De scores op het gebied van wachtende cliënten zijn omgekeerd evenredig met de tijdigheid van de dienstverlening. Als een team erin slaagt om meer tijdige beoordelingen te doen, kan het aantal wachtende cliënten (op termijn) dalen. Dat zien we duidelijk terug in de scores van de verschillende SMC's. Heerlen heeft de hoogste score op tijdigheid en het laagste aandeel wachtende cliënten. Het aandeel zit iets boven de norm van 10%. Dit resultaat hangt samen met de goede artsencapaciteit en het gebruikmaken van taakondersteuning en -delegatie.

Breda heeft ook een lager aandeel wachtende cliënten dan het landelijk gemiddelde. De uitgangspositie was gunstig omdat Breda bij de start als SMC in februari/maart 2022 minder wachtende cliënten met een verstreken beslistermijn had dan gemiddeld. Ook Rotterdam zit onder het landelijk gemiddelde, maar het aandeel wachtende cliënten is in een jaar tijd snel toegenomen. Een verklaring hiervoor is dat Rotterdam WIA-dossiers van andere teams binnen het district overneemt. Hierdoor krijgt het extra dossiers waarvan de beslistermijn al is verstreken. Een tijdige beschikking is dan per definitie al niet meer mogelijk.

Tilburg heeft als enige SMC een hoger percentage wachtende cliënten voor wie de beslistermijn is verstreken dan het landelijk gemiddelde. Dit komt door het tekort aan verzekeringsartsen. Daarnaast kan meespelen dat de verzekeringsartsen over het algemeen minder ervaring hebben. Relatief veel artsen komen recent van de opleiding.

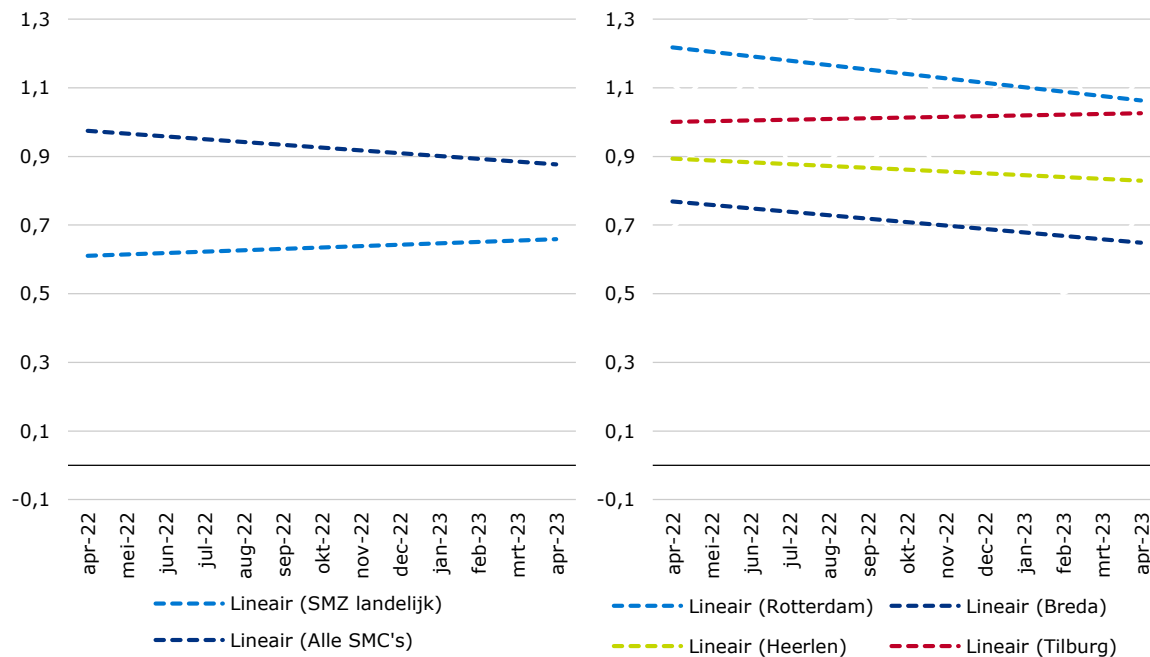
### 3.7. Ziektewet-arbodienstverlening

De laatste prestatie-indicator geeft inzicht in de resultaten voor de Ziektewet-arbodienstverlening. De onderliggende metingen betreffen de verzuimduur en het percentage WIA-afwijzingen voor vangnet-cliënten. De landelijke norm voor de verzuimduur is 45 weken en voor afwijzingen WIA-vangnet 28%. Hoe lager de score, hoe beter. Naar verwachting zouden de SMC's beter op dit onderdeel moeten scoren dan het landelijk gemiddelde. De aanname is dat SMZ de verzuimduur kan verkorten door op tijd vangnet-cliënten te begeleiden en beoordelen. Het percentage afwijzingen zou daardoor ook dalen, omdat meer cliënten – voordat zij het einde van de wachttijd voor de WIA bereiken – al duidelijkheid hebben of zij voor een uitkering in aanmerking komen of niet.

De invloed van SMZ op het beperken van de verzuimduur is niet onderzocht, hiervoor zijn andere onderzoeksmethoden nodig. De verzuimduur wordt namelijk door veel meer factoren beïnvloed dan alleen de productie van SMZ. De samenstelling van de cliënten in de Ziektewet, zoals leeftijd en diagnose, speelt ook een belangrijke rol. We moeten daarom voorzichtig zijn met het verbinden van conclusies aan de resultaten op de Ziektewet-arbodienstverlening.

De districten hebben de mogelijkheid om af te wijken van de landelijke normen voor verzuimduur en percentage WIA-afwijzingen. Ze kunnen er namelijk voor kiezen de focus te leggen op claimbeoordeling of Ziektewet-arbodienstverlening. Dat kan tot verschillende normen leiden: bij meer focus op claimbeoordeling kan het district de norm voor verzuimduur en percentage WIA-afwijzingen versoepelen.

**Figuur 3.5 Ziektewet-arbodienstverlening**  
SMC's en SMZ landelijk



De SMC's scoren minder goed op de Ziektewet-arbo dan het landelijk gemiddelde, maar de trend is dat de verschillen steeds kleiner worden. De lagere scores kunnen voortkomen uit de focus waarvoor sommige SMC's hebben gekozen. Heerlen en Tilburg leggen meer de focus op claimbeoordeling dan op Ziektewet-arbodienstverlening. Heerlen wil het aantal voorschotten en dwangsommen verlagen door de claimbeoordeling op orde te hebben. Daarom heeft Heerlen minder capaciteit op Ziektewet-arbodienstverlening ingezet dan andere kantoren. De score wordt wel beter, omdat Heerlen in het derde kwartaal van 2022 meer heeft ingezet op het beperken van zieken in de Ziektewet. Tilburg zet weinig artsencapaciteit in op de Ziektewet-arbodienstverlening, maar wel andere functionarissen. Dat is een noodgedwongen keuze vanwege het artsentekort. De capaciteit wordt zo efficiënt mogelijk ingezet, namelijk op de eerste lijn om snelle uitstroom te bevorderen en vlak voor het einde van de Ziektewet-periode. Het percentage afwijzingen voor de WIA is daardoor relatief laag.

De resultaten op de Ziektewet-arbodienstverlening zijn in Rotterdam minder goed dan het landelijk gemiddelde en dan die van de andere SMC's. De verzuimduur is vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde, maar het percentage afwijzingen voor de WIA is aanzienlijk hoger. Mogelijk ligt hier een registratiefout aan ten grondslag. Wanneer een cliënt al vóór de 104 weken ziekte uit de Ziektewet stroomt maar er al een WIA-aanvraag was gedaan, dan kan deze in het systeem alleen worden afgewezen, niet geannuleerd. Daardoor lijkt het percentage afwijzingen WIA-vangnet hoger dan het in werkelijkheid is. Hier wordt nader onderzoek naar gedaan.

Breda doet het beter dan gemiddeld. In Breda was de gemiddelde verzuimduur rond de 43 weken en ongeveer 15% van de aanvragen WIA-vangnet werd afgewezen. Breda legt de focus dan ook op de Ziektewet-arbodienstverlening.

### 3.8. Kernbevindingen

Als we de resultaten van de SMC's vergelijken met het landelijk gemiddelde, dan valt het volgende op:

- De productiviteit van de SMC's ligt op hetzelfde niveau als het landelijk gemiddelde (bijna 80%). De trend is bij beide licht positief, maar het niveau blijft ruim onder de norm van 100%.
- De SMC's presteren beter dan het landelijk gemiddelde op de productie per arts. Dat komt door de inzet van taakondersteuning en -delegatie, waardoor de artsencapaciteit efficiënter wordt benut.
- Om de hogere productie per arts te bereiken is dus meer overig (medisch) personeel nodig per arts, terwijl de totale productiviteit niet hoger is. De productie van de SMC's is dus duurder.
- SMC's zijn in staat om vaker tijdige beoordelingen te verrichten en beslissingen af te geven dan gemiddeld. Het percentage tijdige beoordelingen en beslissingen is bijna 60%, het landelijk gemiddelde 45%. Dit positieve resultaat wordt gedreven door Heerlen. Het tijdigheidspercentage is in de gemeten periode niet verbeterd.
- Ook op het aandeel wachtende cliënten scoren de SMC's beter dan het landelijk gemiddelde. Ook dit resultaat is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan Heerlen. In de SMC's zijn er gemiddeld 60% wachtende cliënten met een verstreken beslistermijn, landelijk is dat 66%.
- Op de Ziektewet-arbodienstverlening blijven de SMC's achter bij het landelijk gemiddelde. De verschillen worden wel kleiner. De mindere score van de SMC's wordt veroorzaakt doordat een deel van hen prioriteit geeft aan de claimbeoordeling.

Verder zien we dat de prestaties van zowel SMZ als geheel als van de SMC's onder de vastgestelde normen liggen. Met name het aandeel wachtende cliënten zit ver onder de norm van 10%.

De prestaties van afzonderlijke SMC's verschillen sterk. Dat heeft onder andere te maken met de capaciteit, de teamsamenstelling, ziekteverzuim en de focus die de teams hebben gekozen.

- Heerlen presteert op productiviteit, tijdigheid en het aandeel wachtende cliënten beter dan gemiddeld. De uitgangspositie van Heerlen is gunstig: er is geen artsentekort, de aios'en draaien relatief veel productie en de capaciteit van sociaal-medisch verpleegkundigen en medisch secretaresses is uitgebreid. De score op Ziektewet-arbo is minder, omdat Heerlen prioriteit geeft aan de WIA-claimbeoordeling.
- Rotterdam scoorde aanvankelijk goed op productiviteit, tijdigheid en het aandeel wachtende cliënten, maar de prestaties zijn gedaald. Dat heeft te maken met een verschuiving van de focus van Ziektewet-arbodienstverlening naar WIA-claimbeoordeling. Er is een intern onderzoek gestart om meer duidelijkheid te krijgen.
- Breda had aanvankelijk een lage productiviteit, maar laat een sterke verbetering zien. De score op het aandeel wachtende cliënten en de Ziektewet-arbodienstverlening is beter dan gemiddeld. De tijdigheid van de beoordelingen en beslissingen is lager dan gemiddeld. Breda heeft last gehad van managementwisselingen en een hoog ziekteverzuim, waardoor de prestaties onder druk stonden.
- Tilburg scoort goed op de productie per arts. Op de andere onderdelen zijn de prestaties minder dan gemiddeld. Tilburg heeft een tekort aan artsen. Het tekort heeft een sterke invloed op de cijfers vanwege de sleutelpositie van de arts binnen het SMZ-proces. De productie per arts komt er gunstig uit, omdat Tilburg relatief veel capaciteit voor taakondersteuning en -delegatie heeft.

## 4. Medewerkerstevredenheid

*Op het deelgebied medewerkerstevredenheid zijn minimale verschillen zichtbaar tussen de SMC's en heel SMZ. Medewerkers van de SMC's lijken UWV als werkgever wel hoger te waarderen dan heel SMZ. Opvallend is dat de werkbeleving van de proeftuinen onderling verschilt. Het is niet mogelijk om te zeggen of deze resultaten statistisch significant zijn.*

### 4.1. Inleiding

Dit hoofdstuk licht de resultaten van het deelgebied medewerkerstevredenheid toe. De medewerkerstevredenheid is uitgevraagd via een enquête (Werkbelevingsonderzoek) bij alle medewerkers van de divisie Sociaal-medische zaken (SMZ) van UWV, dus inclusief die van de SMC's. Het onderzoek is uitgezet door de afdeling Human Resource Management van SMZ van 8 mei tot en met 2 juni 2023. Het is ingevuld door 2.052 medewerkers, van wie 189 uit de negen SMC-proeftuinen. Het Werkbelevingsonderzoek bevatte 39 of 40 vragen<sup>7</sup> over diverse thema's, zoals werkdruk, het functioneren in een team en leiderschap. De vragenlijst bestaat uit thema's die aansluiten bij de kernwaarden van het werken in een SMC. Voor het beperkte aantal vragen is gekozen om de deelnamebereidheid voor het onderzoek te vergroten. De respons was 42,1%.

In het Werkbelevingsonderzoek worden de resultaten van de SMC's vergeleken met die van de hele divisie SMZ (inclusief diezelfde SMC's). Het is op basis van de resultaten niet mogelijk om de statistische significantie ervan te bepalen. Bij het presenteren van de resultaten is het niet mogelijk om rekening te houden met de achtergrondkenmerken van de individuele medewerker of de samenstelling van een team, deze gegevens ontbreken namelijk. Het is daarom ook niet mogelijk om de resultaten op te splitsen voor de verschillende functionarissen.

De resultaten van het Werkbelevingsonderzoek zijn verdeeld in vijf aandachtsgebieden, en binnen ieder aandachtsgebied in meerdere stellingen (zie bijlage I voor het volledige overzicht). Bij de samenstelling van de vragenlijst is tevens rekening gehouden met de individuele kwaliteiten en teamwaarden die toegeschreven worden aan de ontwerpprincipes van het SMC:

- Cliënt centraal: in hoeverre kunnen medewerkers de cliënt centraal stellen?
- Organisatie: hoe waarderen medewerkers de organisatie waar ze voor werken?
- Leiderschap: in hoeverre draagt duaal leiderschap bij aan een positieve werkbeleving?
- Teamgericht werken: in hoeverre draagt teamgericht werken bij aan een positieve werkbeleving?
- Individuele medewerker: hoe ervaart de individuele medewerker op dit moment het werken in een SMC?

De verwachting is dat het werken in een SMC een positief effect heeft op deze aandachtsgebieden. In de nieuwe werkwijze geldt namelijk dat 1) het perspectief van de cliënt leidend is, 2) SMC's de ruimte en autonomie krijgen om te experimenteren met werkwijzen en meerwettig werken, 3) duaal leiderschap centraal staat, 4) SMC's een sterke focus hebben op samenwerking tussen functionarissen in een team, 5) de individuele medewerker zijn of haar professionele kwaliteiten optimaal kan inzetten.

### 4.2. Verschillen werkbeleving SMC's en geheel SMZ

*Hieronder presenteren we de resultaten van het Werkbelevingsonderzoek per aandachtsgebied. Alleen de resultaten waarbij het verschil in beoordeling tussen de SMC's en SMZ landelijk groter is dan 0,3 worden gepresenteerd. Opvallend is dat er grote verschillen zitten in de werkbeleving van de verschillende SMC's. Op basis van de resultaten kan niet gezegd worden of het verschil tussen de SMC's en SMZ landelijk statistisch significant is.*

Op het gebied van werkbeleving zijn er weinig verschillen tussen de SMC's en SMZ landelijk. Wel zijn er verschillen op een aantal stellingen bij vier van de vijf ontwerpprincipes. Alleen op het aandachtsgebied leiderschap zijn er geen verschillen. In tabel 4.1 staan de stellingen waarbij het verschil in beoordeling groter dan 0,3 is tussen de SMC's en landelijk SMZ. Over de statistische significantie van deze verschillen kunnen we weinig zeggen. Daardoor kan het ook zijn dat ze per toeval zijn opgetreden.

Het is belangrijk om op te merken dat er grote verschillen zijn tussen de SMC-proeftuinen onderling. Het lijkt erop dat de individuele situatie van een kantoor, zoals wisselingen in het management of de mate van enthousiasme in het team, de werkbeleving sterk beïnvloedt. De context waarin een team zich bevindt, heeft wellicht meer invloed op de werkbeleving dan of een team wel of niet als SMC werkt. Zo scoort Rotterdam op vrijwel alle aandachtsgebieden hoger dan het gemiddelde van de SMC's. Tilburg en Breda scoren op de meeste aandachtsgebieden onder het gemiddelde, Heerlen er iets boven.

<sup>7</sup> De doelgroep werkzaam in een SMC heeft een extra vraag gekregen: Welk rapportcijfer geef je het werken in het SMC op dit moment?

**Tabel 4.1 Verschillen tussen SMC's en geheel SMZ**

| Aandachtsgebied   | Score SMC's | Score SMZ landelijk |
|---|-------------|---------------------|
| <b>Clïënt centraal</b>  |             |                     |
| + UWV maakt het voor mij mogelijk rekening te houden met de wensen van de cliënt.         | <b>6,8</b>  | 6,4                 |
| <b>De organisatie</b>   |             |                     |
| + De toekomstvisie van het werken in een SMC inspireert mij.                              | <b>7,0</b>  | 6,1                 |
| + UWV gebruikt de ideeën en suggesties van medewerkers om te verbeteren.                  | <b>6,3</b>  | 5,8                 |
| + De samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen de divisie SMZ.               | <b>5,8</b>  | 5,3                 |
| - Over belangrijke zaken die met mijn werk te maken hebben, word ik op tijd geïnformeerd. | <b>5,4</b>  | 5,7                 |
| <b>Teamgericht werken</b>   |             |                     |
| + Wij zijn als team in staat ons continu aan te passen aan de veranderende omgeving.      | <b>6,5</b>  | 6,1                 |
| <b>De individuele medewerker</b>  |             |                     |
| - Door de hoeveelheid werk kom ik vaak niet aan mijn pauzes toe.                          | <b>5,0</b>  | 5,3                 |

In de tabel worden alle resultaten weergegeven waarbij het verschil in beoordeling tussen de SMC-proeftuinen en SMZ-landelijk groter is dan 0,3. Als een van de vijf aandachtsgebieden niet wordt genoemd, betekent dit dat er een kleiner of geen verschil is. Zie bijlage I voor de volledige resultaten. Let op: dit zijn geen rapportcijfers. Bij het beantwoorden van de stellingen konden de medewerkers kiezen tussen 'helemaal mee eens' (10), 'mee eens' (7,5), 'niet mee eens/niet mee oneens' (5), 'niet mee eens' (2,5), 'helemaal niet mee eens' (0). Deze antwoorden zijn omgerekend naar scores. Bij de stellingen over werkdruk zijn deze scores (de cijfers tussen haakjes) omgedraaid: een hogere score betekent dus een lagere werkdruk.

#### 4.2.1. Clïënt centraal

De verwachting is dat de medewerkers in de SMC's ervaren dat ze de cliënt centraal kunnen zetten in hun werk. Een van de ontwerpprincipes van een SMC is namelijk dat de cliënt centraal staat en een drempelloze klantreis ervaart. Daarnaast werken SMC's met een afgebakend cliëntenbestand en is het doel dat cliënten van instroom tot uitstroom binnen hetzelfde SMC worden beoordeeld en begeleid. Hierbij hebben zij een vast aanspreekpunt.

Deze verwachting wordt bevestigd door het Werkbelevingsonderzoek. Daaruit blijkt dat de medewerkers in de proeftuinen de mate waarin ze rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt, hoger waarderen dan die van heel SMZ (6,8 tegenover 6,4). Dit resultaat strookt dan ook met het uitgangspunt van een SMC, waar het perspectief van de cliënt leidend is.

#### 4.2.2. De organisatie

Bij het vormgeven van de SMC's is het belangrijk dat medewerkers ervaren dat zij voldoende autonomie hebben om te experimenteren met nieuwe werkwijzen. Daarnaast zou een SMC, omdat het de cliënt een drempelloze klantreis wil aanbieden, een betere samenwerking binnen de organisatie moeten opleveren. Een verbeterde samenwerking en uitwisseling binnen de divisie SMZ draagt bij aan het lerend ontwikkelen van de SMC's.

In de resultaten is te zien dat medewerkers van de SMC's UWV als werkgever hoger waarderen. Zij hebben sterker het gevoel dat UWV hun ideeën en suggesties gebruikt om te verbeteren (6,3 tegenover 5,8 landelijk). Daarnaast valt op dat zij meer geïnspireerd worden door de toekomstvisie van het werken in een SMC. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vooral medewerkers die enthousiast over deze visie waren, in de proeftuinen zijn gaan werken. Medewerkers in de SMC's proeftuinen zijn ook positief over het werken in een SMC. Zij waarderen dit met een 7,2.

Medewerkers van de SMC's waarderen de samenwerking tussen de afdelingen binnen de divisie SMZ positiever dan de medewerkers van SMZ totaal: 5,8 tegenover 5,3. Dit zou erop kunnen wijzen dat zij meer ruimte zien voor het lerend ontwikkelen.

Medewerkers binnen een SMC hebben minder het gevoel dat zij tijdig worden geïnformeerd over belangrijke zaken die met hun werk te maken hebben. Hierop scoren de SMC-proeftuinen gemiddeld lager (5,4) dan heel SMZ (5,7). Een mogelijke verklaring is dat de SMC's meer dan andere teams te maken hebben met gewijzigde werkwijzen: zij



verwachten te worden geïnformeerd over belangrijke zaken omtrent de SMC-vorming. Andere teams hebben deze verwachting niet. In de resultaten van deze stelling zit een groot verschil tussen de SMC's onderling. Die in Tilburg en Breda scoren opvallend laag (respectievelijk een 4,6 en een 4,3), Rotterdam juist opvallend hoog: een 7,9. Heerlen scoort een 5,7.

#### 4.2.3. Leiderschap

De verwachting is dat het leiderschap binnen een SMC's hoger wordt gewaardeerd dan SMZ landelijk. Een SMC werkt met duaal leiderschap: een bedrijfskundig manager en een regievoerend arts. De rest van SMZ werkt alleen met een bedrijfskundig manager. De regievoerend arts moet ervoor zorgen dat er ook voldoende aandacht is voor de professionele belangen, in plaats van dat de focus (alleen) ligt op bedrijfskundige. Dit zou uiteindelijk moeten leiden tot een hogere productie én hogere kwaliteit van de dienstverlening. Daarnaast zou het nieuwe regiemodel het werkplezier van de verzekeringsarts moeten vergroten.

Ondanks dat de scores voor leiderschap in het algemeen vrij hoog zijn, zien we geen verschillen tussen de SMC's en geheel SMZ. Wel zijn er op dit gebied verschillen tussen de SMC's onderling. Zo ervaren de medewerkers in Breda (6,7) en Tilburg (7,2) minder steun van hun leidinggevende dan die in Heerlen (7,9) en Rotterdam (8,7). Dat kan verklaard worden door de managementwisselingen die in Breda en Tilburg hebben plaatsgevonden.

#### 4.2.4. Teamgericht werken

Een ander belangrijk aandachtsgebied in een SMC is het teamgericht werken. Het inzetten op taakondersteuning en -delegatie zou de samenwerking binnen het team moeten verbeteren. Ook heeft een SMC de focus op meerwettig werken. Dit heeft als gevolg dat een team meer flexibel is in het overnemen van elkaars taken. Tegelijkertijd zorgen taakdelegatie en meerwettig werken voor een aantrekkelijke werkomgeving met afwisselend werk. Daarnaast zijn er gerichte teamdoelstellingen op de vier resultaatgebieden (kwantiteit, medewerkerstevredenheid, cliënttevredenheid en kwaliteit van de dienstverlening) waarop gestuurd wordt.

Deze verwachtingen worden beperkt ondersteund door de uitkomsten van het Werkbelevingsonderzoek. Er zijn weinig verschillen tussen SMC's en geheel SMZ als het gaat om teameffectiviteit en het behalen van de teamdoelstellingen. Wel valt op dat medewerkers binnen de SMC's zichzelf als team beter in staat achten om zich aan te passen aan de veranderende omgeving (6,5 voor SMC's 6,1 voor heel SMZ). Op het gebied van teamgericht werken zijn er wel grote verschillen tussen de SMC's onderling. Rotterdam scoort hierop een stuk hoger (8,5) dan Heerlen (6,7), Tilburg (6,2) en Breda (4,9).

#### 4.2.5. De individuele medewerker

Een van de kernpunten van een SMC is dat de medewerker genoeg professionele ruimte krijgt. Dit betekent onder andere dat hij/zij voldoende het gevoel heeft beslissingen en initiatieven te kunnen nemen.

De meeste resultaten die betrekking hebben op professionele ruimte, sociale veiligheid en werkdruk zijn echter gelijk voor zowel de SMC's als heel SMZ. Wel lijken de SMC's iets meer dan gemiddeld last te hebben van werkdruk: zij hebben iets vaker dan landelijk SMZ het gevoel niet aan hun pauzes toe te komen door de hoeveelheid werk (score van 5,0 tegenover 5,3, waarbij een lagere score een hogere werkdruk betekent). Het thema werkdruk blijft een aandachtspunt voor heel SMZ. 42% van de SMZ-medewerkers ervaart de werkdruk als te hoog. Dit beeld komt overeen met alle SMC's, maar geldt in het bijzonder voor Tilburg.

### 4.3. Kernbevindingen

De resultaten op het gebied van medewerkerstevredenheid laten zien dat er weinig verschillen zijn tussen de SMC-proeftuinen en SMZ-landelijk. Wel zijn er verschillen op een aantal aandachtsgebieden. Of deze statistisch significant zijn is niet te zeggen. De volgende zaken vallen op:

- + De medewerkers in SMC's hebben het idee beter aan de wens van de cliënt te kunnen voldoen.
- + In de SMC's waarderen medewerkers UWV als werkgever hoger, omdat ze het werken in een SMC als inspirerend ervaren en het gevoel hebben dat UWV luistert naar hun ideeën en suggesties.
- + De medewerkers in de SMC's ervaren dat hun teams beter in staat zijn om zich aan te passen aan de continu veranderende omgeving.
- De medewerkers in SMC's hebben het gevoel minder tijdig te worden geïnformeerd over belangrijke zaken die met hun werk te maken hebben, vergeleken met heel SMZ. De proeftuin in Rotterdam is een uitzondering.
- De werkdruk in de proeftuinen ligt hoog, maar dit geldt voor heel SMZ. Medewerkers in de proeftuinen hebben het gevoel minder aan hun pauzes toe te komen.

Op het resultaatgebied werkbeleving verschillen de SMC's onderling erg van elkaar. Dit patroon is ook zichtbaar bij de rest van SMZ. De verschillen tussen de vestigingen worden vermoedelijk meer bepaald door de individuele medewerkers in de teams en cultuurverschillen dan door het feit of het team wel of geen SMC is.

## 5. Cliënttevredenheid

Op basis van de Menselijke Maat Monitor zijn er weinig aanwijzingen dat de SMC's op het gebied van klantbeleving verschillen van de rest van SMZ. Er zijn geen aantoonbare verschillen tussen de SMC's en niet-SMC's in WIA- en Ziektewet-populatie. Op een aantal aspecten van de beleving van de menselijke maat scoren de SMC's wel significant lager dan de rest van SMZ.

### 5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een eerste indicatie van de klantbeleving van cliënten binnen SMC's. Hierbij is gebruikgemaakt van de resultaten uit de Menselijke Maat Monitor. Dit is een halfjaarlijkse, landelijke enquête waarmee UWV de algemene klanttevredenheid monitort, en specifiek ook de menselijke maat. De bedoeling is dat deze monitor op termijn de Klantgerichtheidsmonitor van UWV gaat vervangen.

Met menselijke maat wordt bedoeld de mate waarin UWV de cliënt als mens ziet en hem of haar helpt, en of UWV zaken simpel houdt en rechtvaardig is. Cliënten wordt gevraagd: 'In hoeverre ervaart u dat UWV u op een menselijke manier behandelt?' Algemene klanttevredenheid wordt uitgevraagd middels een rapportcijfer: 'Hoe tevreden bent u over de dienstverlening van UWV?' Elk half jaar worden (netto) zo'n 10.000 cliënten en 2.000 werkgevers bevestigd. Op districtsniveau kunnen betrouwbare uitspraken worden gedaan. De Menselijke Maat Monitor geeft inzicht in de tevredenheid van alle cliënten van UWV. De volgende aspecten worden gemeten:

- De tevredenheid over de dienstverlening in het algemeen (net als in de Klantgerichtheidsmonitor);
- De mate waarin cliënten de menselijke maat in de UWV-dienstverlening ervaren;
- Hoe cliënten de aspecten van de menselijke maat beleven. De menselijke maat bestaat uit vier dimensies (zie bijlage I voor de volledige lijst met stellingen):
  1. UWV ziet mij als mens
  2. UWV is redelijk
  3. UWV helpt
  4. UWV houdt het simpel

De eerste meting heeft plaatsgevonden van 27 maart tot 23 april 2023. De enquête is uitgezet onder een steekproef van cliënten die op 10 maart 2023 een lopende WIA-uitkering, een lopende WIA-aanvraag, een afgewezen WIA-aanvraag of een lopende ZW-uitkering hadden. Om een indicatie te krijgen van de specifieke klantbeleving in de SMC's is aan de steekproef toegevoegd welke cliënten daaronder vallen en vanaf 1 januari 2022 zijn ingestroomd in de WIA of in de tweede lijn<sup>8</sup> van de Ziektewet. Voor de niet-SMC's is deze extra selectie op instroomdatum vanaf 1 januari 2022 niet gemaakt. Dat betekent dat cliënten met een lopende WIA-uitkering op 10 maart 2023 niet met elkaar te vergelijken zijn: de steekproef van de niet-SMC's bevat immers ook mensen die een al langer lopende uitkering hebben. De stress die komt kijken bij de WIA-claimbeoordeling is voor hen al langer geleden. Daarnaast hebben zij wellicht meer of een andere vorm van dienstverlening ontvangen. Daarom laten we de cliënten die op 10 maart 2023 een lopende WIA-uitkering hadden, buiten de analyse.

In de resultaten vergelijken we de cliënten die zijn geholpen in een SMC met cliënten die zijn geholpen in een niet-SMC. Tabel 5.1 toont het totaal aantal respondenten. Vanwege de lage aantallen is het niet mogelijk om een uitsplitsing te maken naar de verschillende SMC-proeftuinen. Ook is geen vergelijking mogelijk met vorige klantbelevingsonderzoeken van de SMC's omdat toen een andere cliëntenpopulatie is bevestigd.

Een belangrijk aandachtspunt is dat er – naast het wel of niet werken in een SMC - andere factoren zijn die de resultaten beïnvloeden. District Rijnmond is namelijk in zijn geheel meegenomen in de analyse (alle teams in zowel kantoor Rotterdam als Dordrecht). Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek waarschijnlijk niet representatief voor de negen proeftuinen. Daarnaast is niet onderzocht of de achtergrondkenmerken van de cliënten in de steekproef invloed hebben gehad op de resultaten.

**Tabel 5.1 Aantal respondenten enquête onder cliënten (Menselijke Maat Monitor)**

|  | WIA | ZW  |
|--|-----|-----|
| SMC-proeftuinen (incl. heel district Rijnmond) | 118 | 77  |
| Niet-SMC's (rest van Sociaal-medische zaken)   | 996 | 891 |

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: eerst wordt de cliënttevredenheid in het algemeen vergeleken tussen de cliënten van de SMC's en van niet-SMC's. Daarna presenteren we de mate waarin de cliënt de menselijke maat in de dienstverlening van UWV ervaart. Als laatste wordt gekeken naar hoe cliënten de verschillende aspecten daarvan beleven.

<sup>8</sup> Na dertien weken gaat de cliënt over van divisie Uitkeren (eerste lijn) naar divisie Sociaal-medische zaken. Dit wordt de tweede lijn van de Ziektewet genoemd.

## 5.2. Verschillen klantbeleving tussen SMC's en niet-SMC's

Er zijn weinig aanwijzingen dat de cliënttevredenheid in de SMC-proeftuinen hoger is dan in de rest van SMZ. De Ziektewet-populatie in de proeftuinen lijkt positiever te zijn dan in de rest van SMZ, maar dit verschil is niet statistisch significant. De WIA-populatie lijkt juist minder tevreden te zijn (ook niet statistisch significant). Op een aantal aspecten van de beleving van de menselijke maat scoren de SMC's wel significant lager dan de niet-SMC's.

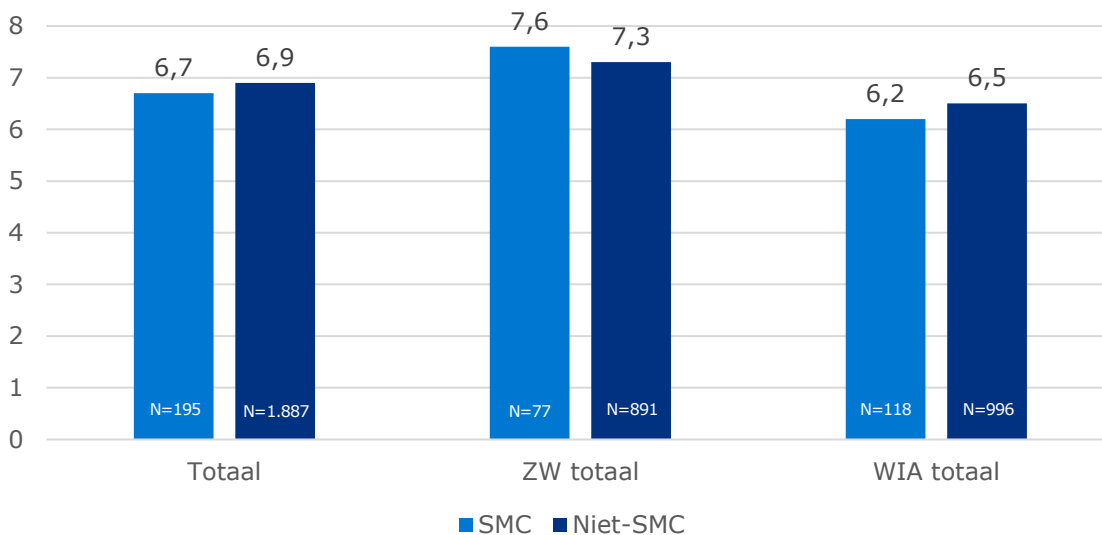
### 5.2.1. Cliënttevredenheid in het algemeen

De verwachting is dat het werken in een SMC een positief effect heeft op de algemene cliënttevredenheid. Een van de kernwaarden ervan is immers dat de cliënt centraal staat en een drempelloze klantreis ervaart. Het SMC werkt met een multidisciplinair team voor een afgebakend cliëntenbestand en de cliënt heeft te maken met dezelfde professionals en heeft een vast aanspreekpunt.

Om de tevredenheid in het algemeen te meten is aan cliënten de volgende vraag gesteld: 'Hoe tevreden bent u in het algemeen over de dienstverlening van UWV?' De resultaten staan gepresenteerd in figuur 5.1.

Op totaalniveau is er weinig verschil tussen de klanttevredenheid in een SMC (6,7) en die in een niet-SMC (6,9). Dit marginale verschil is bovendien niet statistisch significant. De Ziektewet-populatie van de proeftuinen is iets positiever (7,6) dan die van de rest van SMZ (7,3). Deze verschillen zijn echter ook niet statistisch significant. Bij de WIA-populatie geldt het omgekeerde. Hier zijn de SMC-clieñten minder tevreden over de algemene dienstverlening (6,2) dan die van de rest van SMZ (6,5).

**Figuur 5.1 Scores cliënttevredenheid in het algemeen**



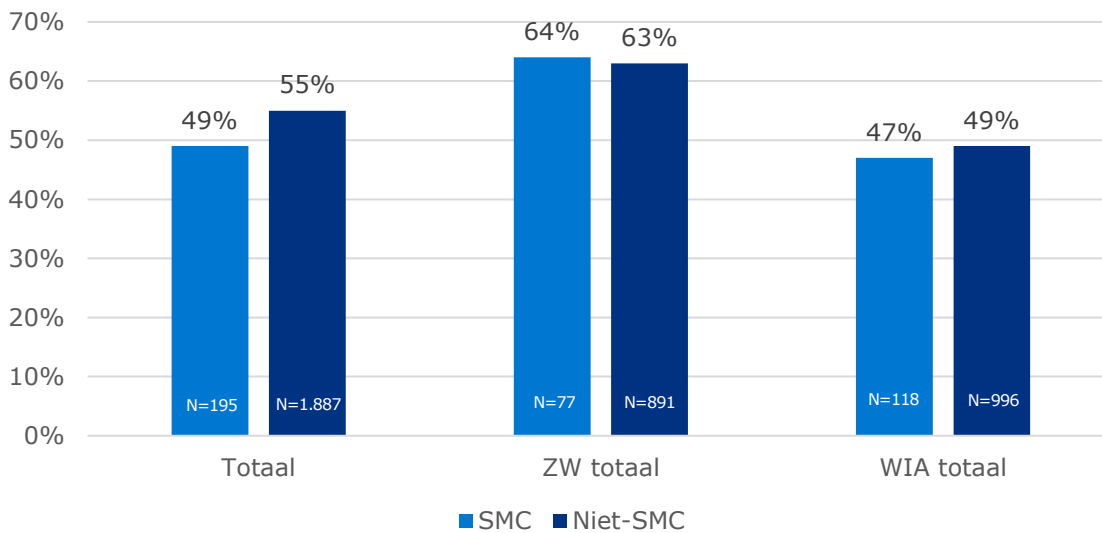
\*statistisch significant met een significantieniveau van 5%.

### 5.2.2. De menselijke maat in de dienstverlening

Een ontwerpprincipe van het SMC is om de cliënt meer centraal te zetten. Daarom verwachten we dat cliënten in SMC's meer menselijke maat in de dienstverlening ervaren. Om die te meten werd cliënten gevraagd: 'In hoeverre ervaart u dat UWV u op een menselijke manier behandelt?' De resultaten staan gepresenteerd in figuur 5.2.

In totaal ervaart 49% van de SMC-clieñten in (zeer) sterke mate dat UWV hen menselijk behandelt. Voor de niet-SMC's ligt dit percentage iets hoger, namelijk 55. Dit verschil is echter niet statistisch significant en wordt voornamelijk gedreven door het feit dat bij de SMC's relatief weinig Ziektewet-clieñten de enquête hebben ingevuld. Over het algemeen waarderen zij de dienstverlening hoger. Zo zien we in de resultaten dat de Ziektewet-populatie de menselijke maat sterker ervaart. Maar: er is geen verschil tussen de SMC's en de niet-SMC's (64% versus 63%, statistisch niet significant). De WIA-populatie waardeert de menselijke maat wat lager, maar ook daar is weinig verschil tussen de SMC's en de niet-SMC's (47% versus 49%).

**Figuur 5.2 Percentage cliënten dat de menselijke maat (zeer) sterk ervaart**



\*statistisch significant met een significantieniveau van 5%.

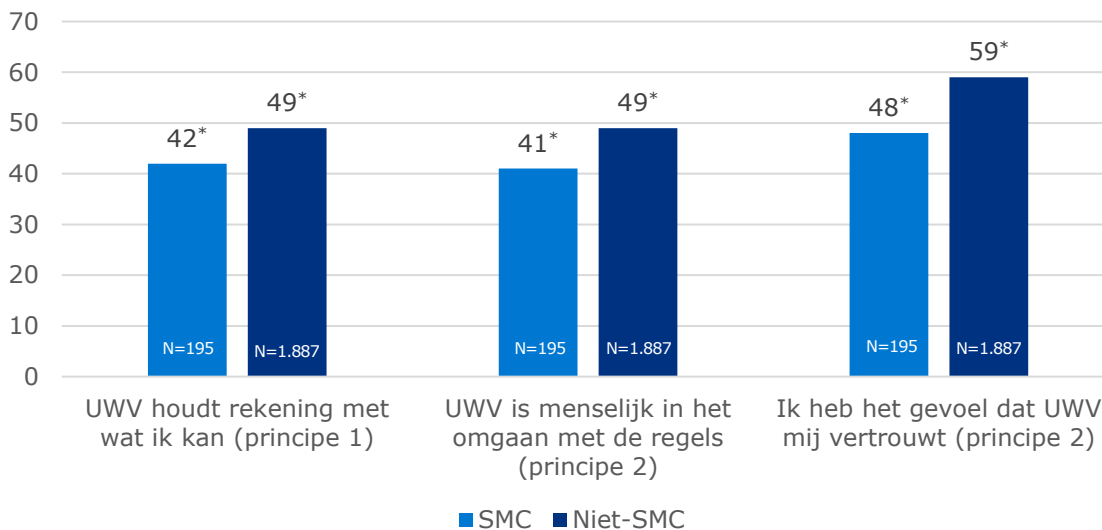
**5.2.3. Aspecten van de menselijke maat**

Bij het uitvragen naar de menselijke maat is een onderscheid gemaakt tussen vier aspecten:

1. UWV ziet mij als mens, 2. UWV is redelijk, 3. UWV helpt en 4. UWV houdt het simpel. Bij elk van deze principes is reactie op een aantal stellingen gevraagd (zie bijlage II voor meer informatie).

Op drie van de stellingen zien we een statistisch significant verschil tussen de SMC's en de niet-SMC's (zie figuur 5.3). Zo vinden de cliënten van SMC's dat UWV minder rekening houdt met wat zij kunnen, minder menselijk is in het omgaan met de regels en hebben zij minder het gevoel dat UWV hen vertrouwt.

**Figuur 5.3 Percentage cliënten dat het (helemaal) eens is met de stelling**



\*statistisch significant met een significantieniveau van 5%.

### 5.3. Kernbevindingen

Op basis van de resultaten van deze Menselijke Maat Monitor zijn er weinig verschillen te ontdekken tussen de cliënttevredenheid in de SMC's en de rest van SMZ.

- De SMC's scoren bij de algemene cliënttevredenheid gemiddeld een 6,7, de rest van SMZ een 6,9. Dit verschil is niet statistisch significant.
- We zien wel een statistisch significant verschil bij drie van de stellingen die betrekking hebben op de menselijke maat. Op de volgende stellingen waardeert de cliënt de proeftuinen lager dan de rest van SMZ:
  1. UWV houdt rekening met wat ik kan.
  2. UWV is menselijk in het omgaan met de regels.
  3. Ik heb het gevoel dat UWV mij vertrouwt.
- 49% van de SMC-cliënten heeft de menselijke maat (zeer) sterk ervaren in de dienstverlening. Bij de rest van SMZ is dit 55%. Van de Ziektewet-populatie in de SMC's ervaart 63% de menselijke maat, in de rest van SMZ is dat 64%. Van de WIA-populatie van de SMC's ervaart 47% de menselijke mate versus 49% bij de rest van SMZ. Al deze resultaten zijn niet statistisch significant.

Het grootste deel van deze resultaten is niet significant. Een verklaring hiervoor is dat de aantallen uit de steekproef bij de SMC's laag zijn. Er is aanvullend onderzoek nodig om te kunnen verklaren waarom de SMC's lager scoren op de drie stellingen die wel significante verschillen tonen.

## 6. Kwaliteit van de dienstverlening

*Het werken in sociaal-medische centra heeft geen aantoonbare invloed op de professionele kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-uitkering, de eerstejaars Ziektewet-beoordeling en de WIA-claimbeslissing. Bij die laatste twee werden ook geen verbeteringen verwacht, want zowel de eerstejaars Ziektewet-beoordeling als de WIA-claimbeslissing kennen vaste processen en een vaste rolverdeling voor de medewerkers van UWV. Die zijn in de SMC's niet anders dan in niet-SMC's. Voor de dienstverlening in de Ziektewet werd wel een positief effect verwacht: door samenwerking in een multidisciplinair team zou de cliënt beter in beeld moeten zijn dan in niet-SMC's. Dit effect zien we voorsnog niet terug.*

### 6.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de kwaliteit van de dienstverlening in de Ziektewet en WIA. Deze is onderzocht op drie resultaatgebieden:

1. De dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode: is de begeleiding op de meest adequate manier opgepakt en uitgevoerd?
2. De eerstejaars Ziektewet-beoordeling: is de juiste beslissing genomen ten aanzien van het uitkeringsrecht (i.e. voortzetten danwel beëindigen) en is deze voldoende onderbouwd?
3. De WIA-claimbeslissing: is de juiste beslissing genomen ten aanzien van het uitkeringsrecht (i.e. wel/geen WIA-uitkering, WGA 35-80, WGA 80-100 of IVA, en duur en hoogte van de uitkering) en is deze voldoende onderbouwd?

Paragraaf 6.2 beschrijft de onderzoeksmethodiek, paragraaf 6.3 de bevindingen op het gebied van de dienstverlening tijdens de Ziektewet, paragraaf 6.4 die met betrekking tot de eerstejaars Ziektewet-beoordeling en paragraaf 6.5 gaat in op de kwaliteit van de WIA-claimbeslissing. Paragraaf 6.6 bevat de kernbevindingen.

### 6.2. Onderzoeksmethodiek

Om de kwaliteit van de dienstverlening te kunnen beoordelen is een dossieronderzoek uitgevoerd op basis van een steekproef van 150 dossiers:

- 100 dossiers van de SMC's Heerlen, Tilburg, Rotterdam en Breda. Per kantoor:
  - 15 dossiers van mensen met een WIA-claimbeslissing in september 2022, van wie:
    - 5 dossiers van vangnetters: mensen die voorafgaand aan de WIA-aanvraag een Ziektewet-uitkering van UWV ontvingen.
    - 10 dossiers van niet-vangnetters: mensen die voorafgaand aan de WIA-aanvraag het loon door de werkgever kregen doorbetaald.
  - 10 dossiers van vangnetters van wie de Ziektewet-uitkering in september 2022 is beëindigd, na een eerstejaars Ziektewet-beoordeling of om andere redenen (bijvoorbeeld herstel).
- 50 dossiers van overige kantoren (niet-SMC's), in dezelfde verhouding als bij de SMC's.

Van de 150 dossiers die uit de informatiesystemen waren geselecteerd, bleken bij nadere bestudering 21 dossiers van mensen te zijn die niet onder de Ziektewet-arbobegleiding van UWV vallen en ook geen eerstejaars Ziektewet- of WIA-claimbeslissing hadden gekregen. Dit waren bijvoorbeeld Ziektewet-cliënten met een werkgever of mensen met een WAZO-uitkering.<sup>9</sup> De analyse in dit hoofdstuk is daarom gebaseerd op 129 dossiers.

Bij sommige van deze 129 dossiers is sprake van zowel een WIA-claimbeslissing als een eerstejaars Ziektewet-beoordeling en dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode. Dit komt voor bij de dossiers van vangnetters die in september 2022 een WIA-claimbeslissing kregen. Deze dossiers zijn op alle drie aspecten beoordeeld. De eerstejaars Ziektewet-beoordeling en de dienstverlening in de Ziektewet-periode vonden dan vóór september 2022 plaats. Er zijn ook dossiers die op twee aspecten of één aspect zijn beoordeeld.

Een onafhankelijk, landelijk team van kwaliteitstoetsers heeft de dossiers in mei 2023 beoordeeld. UWV-medewerkers konden zich vrijwillig voor het team aanmelden. Omdat bij de dienstverlening in de Ziektewet en de WIA-claimbeslissing verschillende professionals betrokken zijn, bestond het team ook uit verschillende UWV-professionals uit het hele land. Het landelijk team heeft eerst gezamenlijk vastgesteld op welke criteria en vanuit welk denkkader zij de dossiers wilden beoordelen. Iedere professional heeft vervolgens de kwaliteit van het werk van een mede-professional beoordeeld, dus (adviseurs-)verzekeringsartsen beoordeelden verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen beoordeelden de arbeidsdeskundigen, et cetera. Tot slot zijn de professionals bij elkaar gekomen om tot een integraal oordeel te komen over de gezamenlijke professionele dienstverlening. Dit hoofdstuk presenteert zowel het integrale oordeel als het oordeel per functionaris.

<sup>9</sup> UWV keert een WAZO-uitkering uit in geval van zwangerschap (tijdens de zestien weken zwangerschaps- en bevallingsverlof).

We vergelijken de resultaten van de SMC's met de resultaten van niet-SMC's om uitspraken te kunnen doen over verschillen in kwaliteit. Vanwege de kleine aantallen zijn de resultaten niet opgesplitst naar individuele SMC-proeftuinen.

Bij interpretatie van de resultaten is het belangrijk om te beseffen dat een zuivere vergelijking tussen de kwaliteit van de dienstverlening in SMC's en die in de niet-SMC's niet mogelijk is. Dat heeft twee oorzaken. Ten eerste is een deel van de dossiers van de SMC's niet vanaf de start van de Ziektewet-dienstverlening door een SMC behandeld, omdat deze toen nog niet waren gevormd. Bij hoeveel dossiers dit voorkomt is niet te kwantificeren. Ten tweede heeft er een verschuiving plaatsgevonden van een deel van de dossiers tussen SMC's en niet-SMC's. Zo'n verschuiving treedt op als het ene kantoor (of team binnen een kantoor) cliënten van een ander kantoor (of ander team) overneemt om elkaar te helpen. De verschuiving kan de vergelijking tussen SMC's en niet-SMC's bij de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode, de eerstejaars Ziektewet-beoordeling en de WIA-claimbeslissing verstoren. Dat komt omdat de steekproef uitgaat van het behandelende kantoor/team in september 2022, terwijl sommige dossiers ook zijn beoordeeld op dienstverlening die op andere momenten heeft plaatsgevonden. Bij een dossier met een WIA-claimbeslissing in september 2022 wordt bijvoorbeeld ook de eerstejaars Ziektewet-beoordeling van een jaar eerder beoordeeld. Als in de tussentijd een verschuiving heeft plaatsgevonden staan de resultaten voor de eerstejaars Ziektewet-beoordeling niet bij het juiste kantoor geregistreerd. Ook deze verschuiving valt niet te kwantificeren.

### 6.3. Kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode

Als een werknemer ziek is en geen werkgever (meer) heeft, heeft hij/zij mogelijk recht op een Ziektewet-uitkering en krijgt hij/zij Ziektewet-arbobeleiding van UWV. Dit is het geval bij de volgende zogeheten vangnetgroepen: (1) uitzendkrachten met uitzendbeding, (2) einddienstverbanders<sup>10</sup> en (3) zieke werklozen.

De Ziektewet-arbobeleiding begint met een overleg tussen UWV-professionals: de multidisciplinaire intake. Daarin bepalen zij gezamenlijk de stappen richting herstel en re-integratie. Vervolgens stelt de verzekeringsarts een probleemanalyse op: een schets van de oorzaak van de arbeidsongeschiktheid, inclusief een prognose van het herstel en de belastbaarheid van de cliënt ten aanzien van werk. Op basis van de probleemanalyse maakt een re-integratiebegeleider of arbeidsdeskundige een plan van aanpak met de stappen richting re-integratie. Daarna monitort het team de cliënt gedurende de Ziektewet-periode.

De verwachting is dat de integrale kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode in SMC's beter is dan bij niet-SMC's. Onder kwaliteit wordt verstaan dat het Ziektewet-arboteam de actuele belastbaarheid van de cliënt in kaart heeft gebracht en de daarbij passende (re-integratie-)acties heeft ingezet. We verwachten dat de SMC's hierop beter kunnen presteren omdat de vangnetter beter in beeld zou moeten zijn bij een multidisciplinair team dat met elkaar samenwerkt middels taakondersteuning en -delegatie en zijn werkzaamheden rondom de cliënt inricht – zoals in een SMC. Box 6.1 laat zien op welke aspecten de kwaliteit van de dienstverlening is beoordeeld.

#### Box 6.1 Criteria bij het beoordelen van de kwaliteit van de dienstverlening

##### *Integrale dienstverlening*

De integrale dienstverlening van het Ziektewet-arboteam als geheel is als 'adequaat' beoordeeld wanneer het team de actuele belastbaarheid van de cliënt in kaart heeft gebracht en de daarbij passende (re-integratie-)acties heeft ingezet. Acties kunnen zijn: een herstelverklaring, het monitoren van herstel en belastbaarheid en/of het maken van re-integratieafspraken danwel de inzet van een re-integratietraject.

##### *Dienstverlening door de re-integratiebegeleider*

De dienstverlening door de re-integratiebegeleider is als 'adequaat' beoordeeld wanneer hij/zij de re-integratiebegeleiding goed heeft opgepakt.

De belangrijkste taken van de re-integratiebegeleider in het vormgeven van de re-integratie zijn in dit oordeel meegenomen:

- De juiste gegevens verzamelen ter voorbereiding op de multidisciplinaire intake, i.e. het overleg waarin de UWV-professionals gezamenlijk de stappen naar herstel en re-integratie bepalen. Het betreft gegevens die nodig zijn om te beoordelen of de cliënt recht heeft op een Ziektewet-uitkering, het arbeids- en uitkeringsverleden, de voorgeschiedenis en eerder ingezette re-integratietrajecten.
- Een multidisciplinaire intake inplannen en uitvoeren;
- Duidelijke re-integratieafspraken met de cliënt maken en deze vastleggen in een plan van aanpak;
- De cliënt informeren wanneer deze (tijdelijk) geen re-integratiemogelijkheden heeft;
- De afspraken monitoren en eventueel bijstellen in geval van stagnatie in re-integratie of herstel (in overleg met de verzekeringsarts/arbeidsdeskundige).

<sup>10</sup> Dit zijn mensen van wie het contract tijdens hun ziekte eindigt, bijvoorbeeld omdat zij een tijdelijk contract hadden of omdat hun werkgever failliet gaat.

### Box 6.1-vervolg. Criteria bij het beoordelen van de kwaliteit van de dienstverlening

#### Dienstverlening door de arbeidsdeskundige

De dienstverlening door de arbeidsdeskundige is als 'adequaat' beoordeeld wanneer hij/zij de re-integratiebegeleiding goed heeft opgepakt.

De belangrijkste taken van de arbeidsdeskundige in het vormgeven van de re-integratie zijn in dit oordeel meegenomen:

- Duidelijke re-integratieafspraken met de cliënt maken en deze vastleggen in een plan van aanpak;
- Bij het beoordelen van het recht op een Ziektewet-uitkering voldoende gegevens verzamelen over alle werkzaamheden die door de cliënt werden/worden uitgeoefend en waarmee bij de beoordeling rekening gehouden moet worden.

#### Dienstverlening door de verzekeringsarts en de sociaal-medisch verpleegkundige

De dienstverlening door de verzekeringsarts (en eventueel de sociaal-medisch verpleegkundige) is als 'adequaat' beoordeeld wanneer de verzekeringsarts de belastbaarheid goed in beeld heeft gebracht en de cliënt goed begeleidt en monitort. De verzekeringsarts werkt volgens de professionele standaarden.

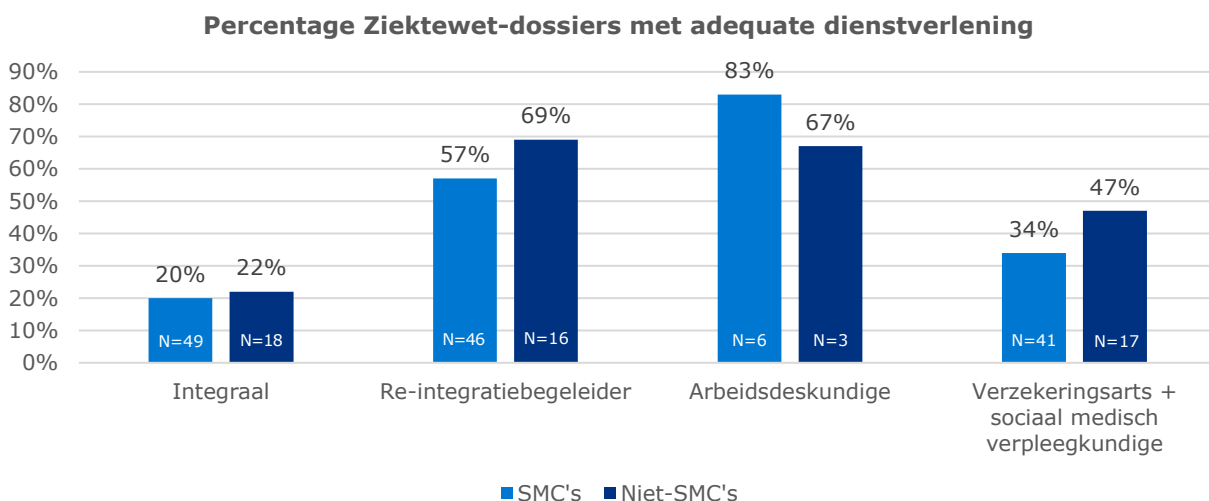
De belangrijkste taken van de verzekeringsarts (en sociaal-medisch verpleegkundige) in de begeleiding en monitoring van de cliënt zijn in dit oordeel meegenomen:

- Een juiste omschrijving van het probleem, de belastbaarheid en prognose ten aanzien van herstel;
- Het correct (tijdig en goed beargumenteerd) inzetten van medische interventie;
- Voldoende contact houden met de cliënt gedurende de Ziektewet-periode en (medisch) monitoren;
- Er vindt overleg met de verzekeringsarts plaats bij stagnatie/veranderde belastbaarheid, hij/zij bepaalt de juiste vervolgstapen.
- Lichamelijk danwel psychisch onderzoek vindt plaats als dat nodig is en volgens de wetgeving en richtlijnen voor verzekeringsartsen.
- Medische gegevens worden alleen in het medische dossier opgeslagen en niet in andere rapportages.
- Adequate inzet van de sociaal-medisch verpleegkundige (als die wordt ingezet): de sociaal-medisch verpleegkundige legt duidelijk vast wat hij/zij heeft gedaan en koppelt dit terug aan de verzekeringsarts. Hij/zij verricht geen handelingen die zijn voorbehouden aan de verzekeringsarts en handelt met kennis van wet- en regelgeving.
- Het onderscheid tussen wat de verzekeringsarts en wat de sociaal-medisch verpleegkundige heeft gedaan, moet duidelijk zijn.

In de kwaliteit van de begeleiding tijdens de Ziektewet-periode zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen de SMC's en de niet-SMC's – zie figuur 6.1. Dit geldt zowel voor de re-integratiebegeleider, de arbeidsdeskundige, de verzekeringsarts en sociaal-medisch verpleegkundige als voor de integrale kwaliteit van de dienstverlening. De percentages in figuur 6.1 zijn gebaseerd op kleine aantallen (in totaal 67 dossiers - zie tabel 6.1). De geringe verschillen zijn daardoor niet statistisch significant.

De lage scores op kwaliteit in zowel de SMC's als de niet-SMC's laten zien dat er een algemeen probleem is met de kwaliteit van de dienstverlening in de Ziektewet. Dat wordt (nog) niet opgelost met het werken in SMC's.

**Figuur 6.1 Kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode verschilt niet significant tussen SMC's en niet-SMC's**



Vanwege het werken in multidisciplinaire teams was de verwachting dat de arbeidsdeskundige in een SMC vaker bij de dienstverlening in de Ziektewet zou worden betrokken. Dat blijkt niet zo te zijn: zowel in de SMC's als in de niet-SMC's is de arbeidsdeskundige in een beperkt aantal dossiers betrokken (in 9 van 67 dossiers, 13%) – zie tabel 6.1.



**Tabel 6.1 Arbeidsdeskundige lang niet altijd betrokken bij dienstverlening in de Ziektewet**

|   | SMC's    | Niet-SMC's |
|---|----------|------------|
| <b>Totaal aantal dossiers Ziektewet</b>                             | 49       | 18         |
| Dossiers met re-integratiebegeleider                                | 46 (94%) | 16 (89%)   |
| Dossiers met arbeidsdeskundige                                      | 6 (12%)  | 3 (17%)    |
| Dossiers met verzekeringsarts + evt sociaal-medisch verpleegkundige | 41 (84%) | 17 (94%)   |

## 6.4. Kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling

Iemand die een jaar of langer ziek is, kan worden opgeroepen voor een zogeheten eerstejaars Ziektewet-beoordeling. Daarin toetsen een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige of de zieke in 'gangbaar werk' 65% of meer van zijn/haar oude inkomen kan verdienen. Vervolgens maakt de re-integratiebegeleider de beschikking. Daarin staan de aanleiding, het beoordelingsmoment, de uitkomst van de beoordeling en de eventuele einddatum van het recht op ziekengeld. Alleen cliënten van wie wordt verwacht dat zij inderdaad 65% of meer van hun oude inkomen kunnen verdienen en dus uit de Ziektewet kunnen stromen, worden voor een eerstejaars Ziektewet-beoordeling opgeroepen.

De verwachting is dat de integrale kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling niet verschilt tussen de SMC's en de niet-SMC's. Dat komt omdat er bij zo'n beoordeling vaste processen en vaste rollen voor de diverse functionarissen zijn en die voor de SMC's en niet-SMC's niet verschillen. Onder kwaliteit wordt verstaan dat de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet of beëindigd), dat ze deze in het dossier voldoende onderbouwen en een juiste uitkomst van de beoordeling en einddatum van het recht (indien van toepassing) in de beschikking opnemen. Box 6.2 laat zien op welke aspecten de kwaliteit van de dienstverlening is beoordeeld.

### Box 6.2 Criteria bij het beoordelen van de kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling

#### *Integrale dienstverlening*

De kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling is als 'adequaat' beoordeeld wanneer UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet danwel beëindigd), ze deze beslissing in het dossier voldoende onderbouwen en ze een juiste uitkomst van de beoordeling en einddatum van het recht (indien van toepassing) in de beschikking opnemen.

#### *Dienstverlening door de verzekeringsarts*

De dienstverlening door de verzekeringsarts is als 'adequaat' beoordeeld wanneer hij/zij de taken die van invloed zijn op het resultaat van de beoordeling (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet danwel beëindigd) correct uitvoert.

Bij de eerstejaars Ziektewet-beoordeling bepaalt de analyse van de verzekeringsarts (samen met die van de arbeidsdeskundige) of de uitkering wordt voortgezet danwel beëindigd. De arts bepaalt de belastbaarheid van de cliënt en legt deze vast in een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). Als de arts bepaalt dat de cliënt 'geen benutbare mogelijkheden' (GBM) heeft, dan hoeft er geen arbeidsdeskundig onderzoek plaats te vinden en loopt de Ziektewet door. Is er sprake van benutbare mogelijkheden, dan volgt wel een arbeidsdeskundig onderzoek. De beperkingen die door de arts zijn vastgesteld, bieden essentiële informatie voor de (uiteindelijke) analyse van de arbeidsdeskundige. Om tot een correcte beoordeling te komen moet de arts dus:

- Eventuele 'geen benutbare mogelijkheden' op de juiste manier vaststellen (i.e. volgens geldende protocollen en richtlijnen);
- Een correcte inschatting en onderbouwing van een eventuele arbeidsduurbeperving geven. Van een arbeidsduurbeperving is sprake als de cliënt minder dan veertig uur per week kan werken.
- Voldoende onderbouwing van de functionele beperkingen geven.

#### *Dienstverlening door de arbeidsdeskundige*

De dienstverlening door de arbeidsdeskundige is als 'adequaat' beoordeeld wanneer hij/zij de taken die van invloed zijn op het resultaat van de beoordeling (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet danwel beëindigd) correct uitvoert.

Bij de eerstejaars Ziektewet-beoordeling bepaalt de analyse van de arbeidsdeskundige (samen met die van de verzekeringsarts) of de uitkering wordt voortgezet danwel beëindigd. De uitkering wordt beëindigd als uit analyse van de arbeidsdeskundige blijkt dat de cliënt in 'gangbare arbeid' ten minste 65% van zijn/haar oude inkomen kan verdienen. Er is dan sprake van een restverdiencapaciteit van ten minste 65%. Of dit het geval is, stelt de arbeidsdeskundige vast op basis van:

- Een correcte berekening van het voorheen verdiende loon (het 'maatmanloon');
- Een uitgebreide beschrijving van de typen 'gangbare' arbeid die de cliënt nog wel zou kunnen verrichten;
- Op basis van de voorgaande analyse: een juiste en volgens de richtlijnen uitgevoerde berekening van de restverdiencapaciteit.

## Box 6.2-vervolg. Criteria bij het beoordelen van de kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling

### Dienstverlening door de re-integratiebegeleider

De dienstverlening door de re-integratiebegeleider is als 'adequaat' beoordeeld wanneer de juiste gegevens ten aanzien van beoordelingsmoment, uitkomst beoordeling en eventuele einddatum van het recht op ziekgeld in de beschikking zijn opgenomen. Ook de toetsdatum van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling moet correct zijn vastgesteld.

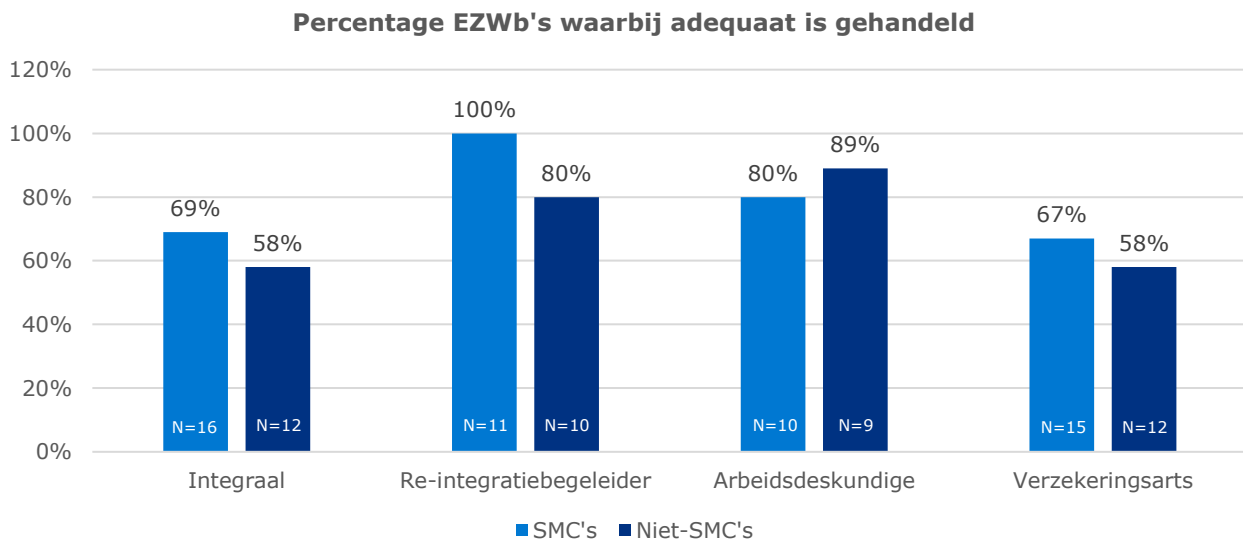
De belangrijkste taken van de re-integratiebegeleider bij de eerstejaars Ziektewet-beoordeling zijn in dit oordeel meegenomen:

- De juiste toetsdatum is vastgesteld bij de intake voor de eerstejaars Ziektewet-beoordeling.
- Het juiste beoordelingsmoment is in de beschikking opgenomen.
- De juiste uitkomst van de beoordeling en einddatum van het recht (indien van toepassing) zijn in de beschikking opgenomen.
- Als de (ex-)werkgever (deels) de financiële gevolgen draagt van de Ziektewet-uitkering aan de cliënt, is hem een kopie van de beschikking toegestuurd.

Alleen de derde taak van de re-integratiebegeleider is van invloed op de adequaatheid van de integrale dienstverlening, de overige elementen kunnen niet tot verkeerde beslissingen leiden ten aanzien van het uitkeringsrecht van de cliënt. In de bestudeerde dossiers komt het niet voor dat acties van de re-integratiebegeleider tot een inadequate (integrale) dienstverlening leiden. De fouten die werden gemaakt, hadden betrekking op de toetsdatum en/of op het toesturen van een kopie van de beschikking aan de (ex-)werkgever.

In de kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen SMC's en niet-SMC's – zie figuur 6.2. Dit geldt zowel voor de dienstverlening van de re-integratiebegeleider, de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts als de integrale kwaliteit van de beoordeling door de functionarissen gezamenlijk. De percentages in figuur 6.2 zijn gebaseerd op kleine aantallen (in totaal 28 dossiers). De geringe verschillen tussen SMC's en niet-SMC's zijn daardoor niet statistisch significant.

**Figuur 6.2 Kwaliteit van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling verschilt niet significant tussen SMC's en niet-SMC's**



De eerstejaars Ziektewet-beoordeling kan om twee redenen als 'niet-adequaat' zijn beoordeeld:

1. De re-integratiebegeleider neemt een foute einddatum in de beschikking op van het recht op een Ziektewet-uitkering. De beoordeling is dan fundamenteel onjuist: er kan met zekerheid worden gezegd dat de einddatum recht foutief is. Dit kwam niet voor in de onderzochte dossiers.
2. De verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige onderbouwt zijn/haar analyse onvoldoende waardoor de beoordelaar niet kan vaststellen of de uitkomst van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling (voortzetting danwel beëindiging van de Ziektewet-uitkering) correct is. De beoordelaar zou dan op basis van de informatie in het dossier tot een andere EZWb-uitkomst komen, maar of de uitkomst echt onjuist was is alleen te bepalen door contact met de cliënt. De uitkomst wordt dan als 'nader te bepalen' beoordeeld.

## 6.5. Kwaliteit van de WIA-claimbeslissing

Iemand die twee jaar arbeidsongeschikt is, kan een WIA-beoordeling aanvragen. Dan toetsen een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige of de cliënt in 'gangbaar werk' 65% of meer van zijn/haar oude inkomen kan verdienen. De procesbegeleider doet de administratief/juridische intake en bewaakt het proces. Na de WIA-beoordeling berekent de procesbegeleider het recht, duur en hoogte van de uitkering, verwerkt dit in het interne systeem van UWV en stuurt een beschikking aan de cliënt. Daarnaast zorgt de procesbegeleider voor registratie in het systeem die nodig is om te kunnen bepalen welk deel van de uitkering kan worden toegerekend aan de werkgever (bijvoorbeeld het loonheffingsnummer van de werkgever bij wie de cliënt op zijn/haar eerste ziekte dag in dienst was).

De verwachting is dat de integrale kwaliteit van de WIA-beoordeling niet verschilt tussen SMC's en niet-SMC's. Dat komt omdat er bij zo'n beoordeling vaste processen en vaste rollen voor de diverse functionarissen zijn en die voor SMC's en niet-SMC's niet verschillen. Met kwaliteit wordt bedoeld dat de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen, deze in het dossier voldoende onderbouwen en de juiste gegevens in het interne systeem opnemen (recht, duur, hoogte van de uitkering en gegevens nodig voor correcte toerekening aan de werkgever). Box 6.3 laat zien op welke aspecten de kwaliteit van de dienstverlening is beoordeeld.

### **Box 6.3 Criteria bij het beoordelen van de kwaliteit van de WIA-claimbeslissing**

#### *Integrale dienstverlening*

De kwaliteit van de WIA-claimbeslissing is als 'adequaat' beoordeeld wanneer de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen ten aanzien van het uitkeringsrecht (i.e. toekenning juiste uitkering: geen WIA-uitkering, WGA 35-80, WGA 80-100 of IVA, en duur en hoogte van de uitkering), ze deze beslissing in het dossier voldoende onderbouwen en de juiste gegevens in het interne systeem opnemen (recht, duur, hoogte van de uitkering en de gegevens die nodig zijn voor een correcte toerekening aan de werkgever).

#### *Dienstverlening door de verzekeringsarts*

De dienstverlening door de verzekeringsarts is als 'adequaat' beoordeeld wanneer hij/zij taken correct uitvoert die van invloed zijn op de toekenning van het uitkeringsrecht (recht op en hoogte van de uitkering).

Bij de WIA-claimbeslissing bepaalt de analyse van de verzekeringsarts (samen met die van de arbeidsdeskundige) het recht op en de hoogte van de uitkering. De arts bepaalt de belastbaarheid van de cliënt en legt deze vast in de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). Als de arts bepaalt dat de cliënt 'geen benutbare mogelijkheden' (GMB) heeft, dan hoeft geen arbeidsdeskundig onderzoek plaats te vinden en krijgt de cliënt een WIA-uitkering. Is er sprake van benutbare mogelijkheden, dan volgt er wel een arbeidsdeskundig onderzoek. De beperkingen die door de arts zijn vastgesteld, bieden essentiële informatie voor de (uiteindelijke) analyse van de arbeidsdeskundige. Om tot een correcte beoordeling te komen moet de arts dus:

- Eventuele 'geen benutbare mogelijkheden' op de juiste manier (i.e. volgens geldende protocollen en richtlijnen) vaststellen;
- Een correcte inschatting en onderbouwing van een eventuele arbeidsduurbepijking geven. Daarvan is sprake als de cliënt minder dan veertig uur per week kan werken.
- Voldoende onderbouwing van de functionele beperkingen geven.

#### *Dienstverlening door de arbeidsdeskundige*

De dienstverlening door de arbeidsdeskundige is als 'adequaat' beoordeeld wanneer hij/zij de taken correct uitvoert die van invloed zijn op de toekenning van het uitkeringsrecht (recht op en hoogte van de uitkering).

Bij de WIA-claimbeslissing bepaalt de analyse van de arbeidsdeskundige (samen met die van de verzekeringsarts) het recht op en de hoogte van de uitkering. Eerst beoordeelt de arbeidsdeskundige of de cliënt geschikt is voor 'maatgevende arbeid', ofwel zijn voorgaande werk. Vervolgens stelt de arbeidsdeskundige het arbeidsongeschiktheidspercentage vast. Dit bepaalt het recht op een WIA-uitkering (minder dan 35% arbeidsongeschikt betekent geen WIA-uitkering) en de hoogte van de uitkering (een hoger arbeidsongeschiktheidspercentage betekent een hogere uitkering). De arbeidsdeskundige stelt het arbeidsongeschiktheidspercentage vast op basis van:

- Een correcte berekening van het voorheen verdiende loon (het 'maatmanloon');
- Een uitgebreide beschrijving van de typen 'gangbare' arbeid die de cliënt nog zou kunnen verrichten.
- Op basis van de voorgaande analyse: een juiste en volgens de richtlijnen uitgevoerde berekening van het arbeidsongeschiktheidspercentage.

#### *Dienstverlening door de procesbegeleider*

De dienstverlening door de procesbegeleider is als 'adequaat' beoordeeld wanneer de juiste gegevens in het interne systeem zijn opgenomen (recht, duur, hoogte van de uitkering en de gegevens die nodig zijn voor correcte toerekening aan de werkgever).

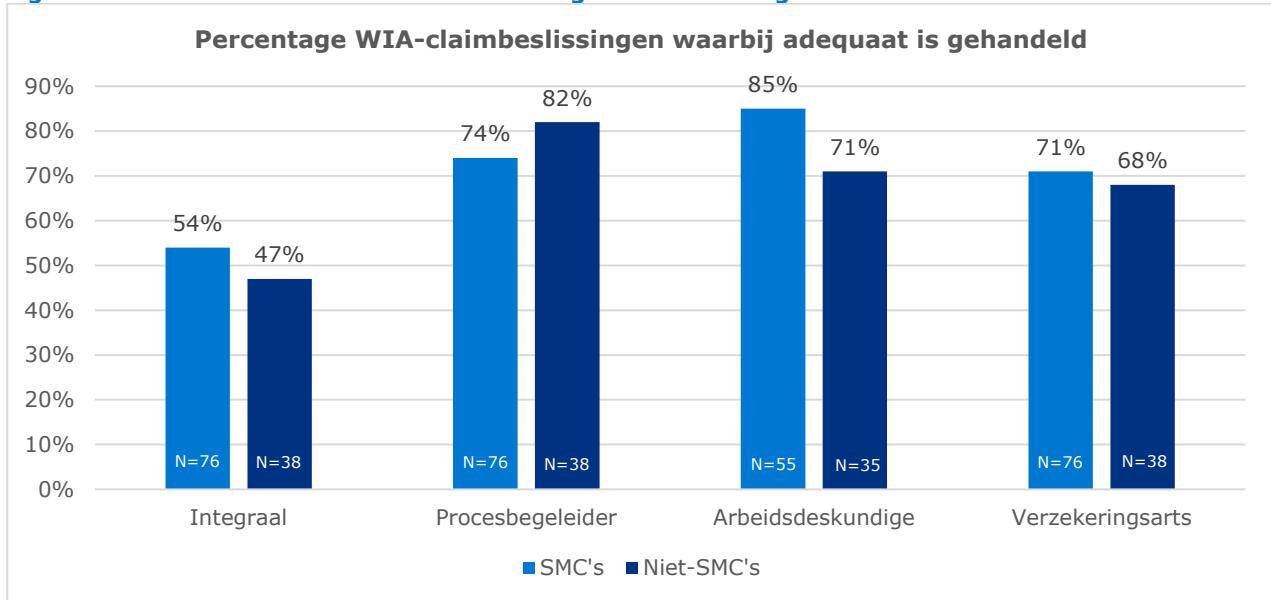
Alleen de taken van de procesbegeleider die direct van invloed zijn op het uitkeringsrecht zijn in het oordeel meegenomen:

- Juiste gegevens ten aanzien van recht, hoogte en duur van de uitkering zijn vastgesteld en in de beschikking opgenomen.
- Juiste gegevens zijn vastgelegd in interne systeem. Naast recht, hoogte en duur gaat het ook om registratie van het deel van de uitkering dat kan worden verhaald op de (ex-)werkgever, inclusief de benodigde werkgeversgegevens.

Daarnaast heeft een procesbegeleider nog andere taken, zoals het verzamelen van de informatie voor de intake met de cliënt en het bewaken van doorlooptijden/ervoor zorgen dat het proces tijdig wordt doorlopen. Ook op de totale dienstverlening van de procesbegeleiders scoren SMC's niet significant verschillend van niet-SMC's (resultaten niet getoond).

In de kwaliteit van de WIA-beoordeling zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen SMC's en niet-SMC's – zie figuur 6.3. Dit geldt zowel voor de dienstverlening van de procesbegeleider, de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts als de integrale kwaliteit van de beoordeling door de functionarissen gezamenlijk. De percentages in figuur 6.3 zijn gebaseerd op kleine aantallen (in totaal 114 dossiers). De geringe verschillen tussen SMC's en niet-SMC's zijn daardoor niet statistisch significant.

**Figuur 6.3** Kwaliteit van de WIA-claimbeslissing verschilt niet significant tussen SMC's en niet-SMC's



De WIA-claimbeslissing kan om twee redenen als 'niet adequaat' beoordeeld zijn:

1. De procesbegeleider maakt fouten tijdens het berekenen van recht, duur, hoogte van de uitkering en de registratie daarvan. De beoordeling is dan fundamenteel onjuist.
2. De verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige onderbouwt zijn/haar analyse onvoldoende waardoor de beoordelaar niet kan vaststellen of de uitkomst (geen WIA, WGA 35-80, WGA 80-100, of IVA) juist is. De beoordelaar zou dan op basis van de informatie in het dossier tot een andere uitkomst komen, maar of de uitkomst echt onjuist was is alleen te bepalen door contact met de cliënt. De uitkomst valt dan niet te begrijpen vanuit alle aanwezige dossiergegevens en wordt dan als 'nader te bepalen' beoordeeld.

Tabel 6.2 laat zien dat in SMC's en niet-SMC's zowel de procesbegeleider als de verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige regelmatig fouten maken in de WIA-claimbeslissing. Door de kleine aantallen zijn de geringe verschillen tussen SMC's en niet-SMC's niet statistisch significant.

**Tabel 6.2** Wie de fout maakt, verschilt niet significant tussen SMC's en niet-SMC's

|   | SMC's    | Niet-SMC's |
|---|----------|------------|
| <b>Aantal dossiers</b>  | 76       | 38         |
| WIA-beoordeling adequaat  | 41 (54%) | 18 (47%)   |
| WIA-beoordeling niet adequaat, waarvan:                                   | 35 (47%) | 20 (53%)   |
| Beoordeling onjuist door fout procesbegeleider                            | 19 (25%) | 7 (18%)    |
| Beoordeling nader te bepalen door fout verzekeringsarts/arbeidsdeskundige | 16 (21%) | 13 (34%)   |

## 6.6. Kernbevindingen

Het werken in SMC's heeft geen aantoonbare invloed op de professionele kwaliteit:

- Van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-uitkering;
- Van de eerstejaars Ziektewet-beoordeling;
- Van de WIA-claimbeslissing.

Bij de eerstejaars Ziektewet-beoordeling en de WIA-claimbeslissing werden ook geen verbeteringen van het werken in sociaal-medische centra verwacht omdat daarbij vaste processen en een vaste rolverdeling van de medewerkers bestaan. Deze zijn in de SMC's niet anders dan in de niet-SMC's. Bij de dienstverlening in de Ziektewet werd wel een positief effect verwacht: door samenwerking in een multidisciplinair team zou de cliënt beter in beeld moeten zijn dan in niet-SMC's. Dit effect zien we voorsnog niet terug in de onderzochte dossiers.

De evaluatie toont ook aan dat de kwaliteit van de dienstverlening en beslissingen in het algemeen verre van optimaal is. De SMC's hebben hier nog geen verandering in gebracht.

# 7. Conclusies

*De proeftuinen in Heerlen, Tilburg, Breda en Rotterdam organiseren hun werk zoveel mogelijk rondom de ontwerpprincipes: er vindt een veranderproces plaats. Een direct meetbaar effect van deze manier van werken is dat de schaarse artsencapaciteit efficiënter wordt benut: de productiviteit per arts neemt toe. Er zijn voornamelijk weinig aantoonbare verschillen in de prestaties op de vier resultaatgebieden (kwantiteit, medewerkerstevredenheid, cliënttevredenheid, kwaliteit). Dat komt omdat deze prestaties vooral worden beïnvloed worden door andere factoren dan de het werken met een sociaal-medisch centrum, zoals het artsentekort en prestaties van individuele medewerkers. Bovendien zit een aantal SMC's in een veranderfase waardoor effecten op zich laten wachten. Vervolgonderzoek zal uitwijzen of de prestaties van de proeftuinen verbeteren als dat zij deze fase voorbij zijn.*

In de duiding van de gezamenlijke resultaten van deze evaluatie maken we onderscheid tussen de uitvoering van de ontwerpprincipes enerzijds (verandering in processen, throughput) en verwachtingen over de effecten van die ontwerpprincipes anderzijds (output en outcome). Zie hoofdstuk 2 voor een overzicht van de ontwerpprincipes en de verwachte effecten. Daarnaast is goed om te beseffen dat ook de input (de kwaliteit en kwantiteit van medewerkers in een SMC) van belang is om tot effecten te komen: zonder input geen output. Het doel van de SMC-vorming is om met een gelijkblijvend aantal artsen een hogere productiviteit te kunnen draaien. Vanwege een groeiend artsentekort kan het desondanks voorkomen dat een kantoor de productiedoelstellingen niet haalt.

Paragraaf 7.1 vat de prestaties op de ontwerpprincipes (throughput) samen en paragraaf 7.2 de directe effecten van de ontwerpprincipes (output). Een analyse van de uiteindelijke effecten van de SMC-vorming (outcome) staat in paragraaf 7.3. Paragraaf 7.4 sluit af met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

## 7.1. Prestaties op ontwerpprincipes (throughput)

Wat betreft de uitvoering van de ontwerpprincipes (throughput) laat deze evaluatie zien dat de SMC's actie ondernemen om de werkzaamheden volgens deze principes vorm te geven:

- *De cliënt centraal.* Medewerkers van de SMC's blijken meer dan die van niet-SMC's het idee te hebben dat zij rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt.
- *Drempelloze klantreis.* Medewerkers binnen SMC's blijken de samenwerking tussen verschillende afdelingen hoger te waarderen dan die van niet-SMC's.
- *Taakondersteuning en -delegatie vinden plaats.* In SMC's blijkt per fte verzekeringsarts gemiddeld 1 fte medisch personeel beschikbaar te zijn voor ondersteuning en delegatie. Landelijk ligt deze verhouding lager, namelijk 0,6 fte per fte verzekeringsarts.

De ontwerpprincipes zijn aspecten van de hele cultuurverandering waar UWV momenteel mee bezig is. Deze is niet eenvoudig meetbaar maar vormt wel de drijvende kracht achter bovenstaande resultaten.

## 7.2. Prestaties op directe effecten (output)

Wat betreft de directe effecten van de ontwerpprincipes (output) komen er uit de evaluatie zowel positieve resultaten als aandachtspunten:

- **Positief resultaat 1:** Taakondersteuning en -delegatie leiden tot een efficiëntere benutting van de schaarse artsencapaciteit. De productiviteit per arts neemt toe: met evenveel artsen kunnen SMC's een hogere productie draaien. Dat wil zeggen: meer WIA-claimbeslissingen en/of meer eerstejaars Ziektewet-beoordelingen en/of meer herbeoordelingen, et cetera. Om die hogere productie te halen is wel meer overig (medisch) personeel per arts nodig, de efficiëntie van het team als geheel stijgt niet. De productie wordt dus duurder.
- **Positief resultaat 2:** Meerwettig werken leidt tot een flexibel team waarvan de leden elkaars taken kunnen overnemen. De SMC's achten zichzelf als team beter in staat om zich aan te passen aan de veranderende omgeving dan niet-SMC's.
- **Aandachtspunt 1:** Sturing op de vier resultaatgebieden leidt nog niet overal tot focus op de gewenste effecten. Medewerkers van de SMC's weten nog niet beter wat er van hen wordt verwacht om de teamdoelstellingen te halen dan van niet-SMC's.
- **Aandachtspunt 2:** Lerend ontwikkelen leidt op medewerkersniveau nog niet overal tot meer professionele ruimte. Enerzijds geven medewerkers in SMC's wel vaker aan dat UWV hun suggesties gebruikt om te verbeteren dan die in niet-SMC's. Anderzijds voelen zij niet sterker dat zij in hun werk voldoende ruimte krijgen voor eigen initiatieven.

### 7.3. Prestaties op beoogde effecten (outcome)

Wat betreft de beoogde effecten van de ontwerpprincipes (outcome, i.e. de prestaties op de vier resultaatgebieden) laat de evaluatie voornamelijk weinig aantoonbare verschillen zien tussen SMC's en niet-SMC's:

- **Kwantiteit.** Vooral in Heerlen leiden een verhoogde productie en meer tijdige beoordelingen tot minder wachtende cliënten. De beoordelingen vinden tijdig plaats en er wachten maar zeer weinig cliënten op een (her)beoordeling. Andere SMC's zijn nog bezig achterstanden bij de beoordelingen weg te werken. Of de hogere productie vaker tot een kortere uitkeringsduur leidt is niet onderzocht. Daarvoor zijn andere onderzoekstechnieken nodig omdat uitkeringsduur door veel meer factoren beïnvloed wordt dan alleen de productie van de divisie Sociaal-medische zaken.
- **Medewerkerstevredenheid.** Medewerkers zijn gemiddeld niet meer tevreden over het werken in een SMC-team, dan over het werken buiten een SMC-team. Er zijn wel verschillen tussen SMC-teams: in Rotterdam en Heerlen zijn medewerkers meer tevreden dan gemiddeld, in Breda en Tilburg juist minder. In het algemeen geven medewerkers van de SMC's in de enquête wel aan dat zij geïnspireerd zijn door de toekomstvisie van het werken in een sociaal-medisch centrum (score 7 uit 10). Ook het rapportcijfer voor werken in een SMC is ruim voldoende (7,2).
- **Cliënttevredenheid.** Cliënten zijn niet meer tevreden over de dienstverlening door de SMC's dan over de dienstverlening in niet-SMC's. Er zijn zelfs aanwijzingen dat medewerkers in SMC's de menselijke maat minder in ogenschouw nemen. Of dat komt door de verwachtingen van de respondent die de enquête invult, door individuele medewerkers die werken in de SMC's, of door het SMC als organisatievorm is niet te zeggen. Daarvoor is vervolgonderzoek nodig.
- **Kwaliteit.** De kwaliteit van de Ziektewet-arbodienstverlening in de SMC's is niet hoger dan die in niet-SMC's. Er lijkt dus nog ruimte voor professionals om van elkaar te leren (ontwerpprincipe 'lerend ontwikkelen') en om alle cliënten in beeld te hebben middels multidisciplinaire overleggen (ontwerpprincipe 'cliënt centraal'). Een andere verklaring voor dit resultaat is dat de meeste SMC's (en niet-SMC's) de WIA-claimbeslissing tot prioriteit hebben gemaakt, zoals afgesproken met de minister. Zij focussen dus niet op verbetering van de dienstverlening in de Ziektewet.

Er zijn verschillende verklaringen waarom de beoogde effecten voornamelijk niet aantoonbaar zijn:

- Er is een groeiend tekort aan personeel, met name verzekeringsartsen. Vooral in Tilburg is een extreem artsenstekort. Omdat voor sommige handelingen, ook in de nieuwe organisatievorm, nog altijd een arts nodig is, stagneert het werk daardoor. Met andere woorden: er is onvoldoende 'input' in het proces bij sommige SMC's, dan kun je de beoogde effecten ook niet verwachten. Werkdruk als gevolg van het artsenstekort speelt in SMC's (gemiddeld) nog meer dan bij niet-SMC's: medewerkers van SMC's hebben vaker het gevoel dat zij niet aan hun pauzes toekomen.
- Het meten van effecten wordt bemoeilijkt omdat de beoogde effectmaten vooral worden beïnvloed door andere factoren dan de vorming van sociaal-medische centra, namelijk de beschikbare capaciteit, teamsamenstelling, prestaties van individuele medewerkers, werkcultuur en ziekteverzuim. Bij de resultaatgebieden waar we per SMC-kantoor kunnen meten, zien we daardoor vooral verschillen tussen die kantoren, en niet zozeer verschillen tussen de SMC's en niet-SMC's.
- De SMC's verkeren nog in een veranderfase: het goed inrichten van taakdelegatie heeft tijd nodig. Gegeven het feit dat de SMC's een veranderproces uitvoeren ten tijde van een tekort aan personeel, is het wellicht zelfs positief dat zij op veel gebieden niet anders scoren dan niet-SMC's. Heerlen zit het verst in het veranderproces en laat zeer goede resultaten zien: veel tijdige beoordelingen en weinig wachtende cliënten. Dit kan erop duiden dat ontwikkeltijd nodig is om tot goede prestaties te komen. Of de goede scores van Heerlen het gevolg zijn van de SMC-vorming, en of deze ook goed past bij de individuen en cultuur binnen andere kantoren moet blijken uit (een) volgende evaluatie(s), wanneer steeds meer kantoren als sociaal-medisch centrum gaan werken. Omdat er veel verandert in de SMC's, is een tijdige informatievoorziening van belang: SMC-medewerkers hebben minder dan die van niet-SMC medewerkers het gevoel dat zij over belangrijke werkgerelateerde zaken tijdig worden geïnformeerd.

Tot slot waren de verwachtingen wellicht te hooggespannen. Het primaire doel van de SMC's is bereikt, namelijk het efficiënter inzetten van de verzekeringsarts waardoor de productie verhoogd kan worden. Tegelijkertijd de productie, medewerkerstevredenheid, cliënttevredenheid én de kwaliteit van dienstverlening verhogen is een mooie ambitie, maar is – zeker in tijden van personeelstekorten – lastig te realiseren.

### 7.4. Vervolgonderzoek

Deze evaluatie laat zien dat de eerste stappen zijn gezet op weg naar volledige SMC-vorming. Maar zij toont niet aan wat precies de werkzame factoren zijn in iedere SMC-proeftuin en of deze overdraagbaar zijn naar andere, nog te vormen SMC's. Waarom is medewerkerstevredenheid in Rotterdam zo hoog? Waarom kan Tilburg de verzekeringsarts zo efficiënt inzetten? Waarom heeft Heerlen zoveel tijdige beoordelingen en weinig wachtende cliënten? Waarom stijgt de efficiënte inzet van de verzekeringsarts in Breda zo snel? Door hier verdiepend onderzoek naar te doen kunnen overdraagbare succesfactoren worden meegegeven aan kantoren die bezig zijn met de SMC-vorming of er nog mee moeten beginnen. Zo kan een succesvolle uitrol beter ondersteund worden.

In aanvulling op een verdiepend onderzoek onder de SMC-proeftuinen in Heerlen, Tilburg, Breda en Rotterdam zal in 2024 een volgende evaluatie plaatsvinden waarin de prestaties worden gevolgd van meer kantoren/teams die inmiddels

als SMC werkzaam zijn. Dat onderzoek zal laten zien of de prestaties van de proeftuinen verbeteren wanneer zij de veranderfase voorbij zijn, en hoe het nieuwe SMC's tijdens hún veranderfase vergaat.

# Afkortingen

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>AD</b>       | arbeidsdeskundige                                   |
| <b>AIOS</b>     | arts in opleiding tot specialist                    |
| <b>ANIOS</b>    | arts niet in opleiding tot specialist               |
| <b>BC&amp;K</b> | Business Control & Kwaliteit                        |
| <b>EZWb</b>     | eerstejaars Ziektewet-beoordeling                   |
| <b>FTE</b>      | Full-time equivalent                                |
| <b>HRM</b>      | Human Resource Management                           |
| <b>IVA</b>      | Inkomensverzekering Volledig Arbeidsongeschikten    |
| <b>MDO</b>      | multidisciplinair overleg                           |
| <b>MMM</b>      | Menselijke Maat Monitor                             |
| <b>MS</b>       | medisch secretaresse                                |
| <b>NVVG</b>     | Nederlandse vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde |
| <b>PB</b>       | procesbegeleider                                    |
| <b>RB</b>       | re-integratiebegeleider                             |
| <b>SMC</b>      | sociaal-medisch centrum                             |
| <b>SMV</b>      | sociaal-medisch verpleegkundige                     |
| <b>SMZ</b>      | Sociaal-medische zaken                              |
| <b>SZW</b>      | (ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid   |
| <b>UWV</b>      | Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen        |
| <b>VA</b>       | verzekeringsarts                                    |
| <b>WAZO</b>     | Wet Arbeid en Zorg                                  |
| <b>WBO</b>      | Werkbelevingsonderzoek                              |
| <b>WGA</b>      | Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten       |
| <b>WIA</b>      | Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen            |
| <b>WW</b>       | Werkloosheidswet                                    |
| <b>ZW</b>       | Ziektewet   |



# Begrippenlijst

## Deskundigenoordeel

Het document waarin UWV een niet-bindende beoordeling geeft over een aspect van de re-integratie van een zieke werknemer of over zijn veelvuldig ziekteverzuim. UWV geeft deze beoordeling op verzoek van de werknemer of van de werkgever.

## Eigenrisicodrager

Een werkgever kan ervoor kiezen het risico van een Ziektewet-uitkering aan uitzendkrachten en einddienstverbanders voor de volledige duur van twee jaar zelf te dragen. De toestemming wordt op aanvraag van de werkgever door de Belastingdienst verleend, met ingang van 1 januari of 1 juli van enig jaar. Eigenrisicodragerschap voor deze Ziektewet-uitkeringen kan al sinds 2003, maar de eerste jaren maakten werkgevers beperkt gebruik van deze mogelijkheid. De Ziektewet-uitkeringen voor WW'ers en vangnetters met een werkgever worden nog steeds volledig collectief publiek gefinancierd.

## IVA

De IVA (regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten) is onderdeel van de WIA. Als een werknemer niet meer dan 20% van zijn oude loon kan verdienen en als de kans op herstel erg klein is, krijgt hij/zij een IVA-uitkering. Iemand heeft dan geen sollicitatieplicht, geen verplichting tot werk of re-integratie.

## Participatiewet

De Participatiewet vervangt de Wet werk en bijstand (Wwb), de Wet sociale werkvoorziening (WSW) en een groot deel van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong). De wet werd 1 januari 2015 van kracht.

## Vangnetter

Vangnetters zijn ex-werknemers die bij ziekte onder de werking van de Ziektewet vallen, namelijk einddienstverbanders (art. 29 lid 2c) inclusief gelijkgestelden en nawerking (art. 29 lid 2a en b) en uitzendkrachten (art. 29 lid 2c) en zieke WW-gerechtigden (art. 29 lid 2d). Zowel de einddienstverbanders en uitzendkrachten met een publiek verzekerde werkgever als met een eigenrisicodragende werkgever worden als vangnetters aangemerkt. Onder de Ziektewet vallen daarnaast ook: vrouwen die ziek zijn als gevolg van zwangerschap of bevalling (art. 29 lid 2a), zieke werknemers met een no-riskpolis vanwege een arbeidshandicap (art. 29 lid 2b en d (oudere werklozen)) en orgaandonoren (art. 29 lid 2e).

## WAZO

De WAZO (Wet arbeid en zorg) geeft een werknemer bij zwangerschap recht op zwangerschapsverlof, bevallingsverlof, een zwangerschapsuitkering en een bevallingsuitkering.

## WGA

De WGA (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten) is onderdeel van de WIA. Een werknemer komt in aanmerking voor de WGA als hij/zij langer dan twee jaar ziek is en (in de toekomst) weer (meer) kan werken. De werknemer moet met dat werk 65% of minder van zijn/haar oude loon kunnen verdienen.

## WIA

De WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) verving de WAO per 1 januari 2006. De WIA bestaat uit twee onderdelen: de regeling Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA) en de regeling Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA).

## WW

De WW (Werkloosheidswet) verzekert ex-werknemers van een tijdelijk inkomen na beëindiging van het dienstverband. Wordt een WW-gerechtigde gedurende de uitkeringsperiode ziek, dan valt hij/zij onder de Ziektewet en ontvangt na een wachttijd van dertien weken een Ziektewet-uitkering.

## Ziektewet

De Ziektewet is een wet voor zieke WW-gerechtigden en voor werknemers die door ziekte, ongeval of gebreken niet in staat zijn om hun arbeid te verrichten en voor wie de werkgever of de ex-werkgever geen loondoorbetalingsverplichting (meer) heeft of voor wie de loondoorbetalingsverplichting wordt gecompenseerd door het ziekengeld. De Ziektewet bestaat uit een eerste en een tweede lijn. Bij ziekte komt een cliënt in de eerste lijn van de Ziektewet terecht. Deze wordt uitgevoerd door de divisie Uitkeren van UWV. Na dertien weken ziekte gaat de cliënt over naar de tweede lijn, deze wordt uitgevoerd door de divisie Sociaal-medische zaken.

### Productiviteit

De **productiviteit van het team** is het aantal fte's dat volgens de normtijden van de divisie Sociaal-medische zaken (SMZ) nodig is om de totale gerealiseerde productie te behalen, als percentage van het werkelijk aantal ingezette fte's. De productie bestaat uit alle handelingen die worden uitgevoerd door SMZ. Voor elke handeling zijn de normtijden voor alle functionarissen die bij de handeling betrokken zijn, gespecificeerd. Door de normtijden van alle functionarissen bij alle handelingen op te tellen, komen we tot het totaal aantal norm-fte's. Het aantal ingezette fte's zijn de bruto fte's van het team. Dit is niet gecorrigeerd voor uren die niet aan de productie worden besteed, zoals het volgen van opleidingen, praktijkbegeleiding en taakdelegatie.

De **productie per arts** is het aantal fte's dat volgens de normtijden van SMZ nodig is om de totale gerealiseerde productie te behalen, als percentage van het werkelijk aantal ingezette fte's van de verzekeringsartsen, inclusief aios'en en anios'en. De productie in de teller bestaat dus uit de productie van het hele team, en niet alleen van de verzekeringsartsen.

### Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen

De indicator tijdigheid bestaat uit vier onderliggende indicatoren:

- **Tijdigheid van beslissingen eerste claim WIA:** het aantal beslissingen op WIA-aanvragen dat voor of op de uiterste datum van afhandeling beschikt is, als percentage van het totaal aantal beslissingen op WIA-aanvragen.
- **Tijdigheid van beslissingen vraaggestuurde herbeoordelingen:** het aantal afgeronde vraaggestuurde herbeoordelingen dat voor of op de uiterste datum van afhandeling beschikt is, als percentage van het totaal aantal vraaggestuurde herbeoordelingen.
- **Tijdigheid van deskundigenoordelen:** het aantal deskundigenoordelen (met uitzondering van ontslag) dat voor of op de uiterste datum van afhandeling beschikt is, als percentage van het totaal aantal beslissingen deskundigenoordelen.
- **Tijdigheid output Participatiewet:** het aantal beoordelingen voor de banenafpraak dat voor of op de uiterste datum van afhandeling beschikt is, als percentage van het totaal aantal beoordelingen voor de banenafpraak.

De totaalscore voor tijdigheid is het totaal aantal beslissingen dat voor of op de uiterste datum van afhandeling beschikt is, als percentage van het totaal aantal beslissingen.

### Wachtende cliënten

De indicator wachtende cliënten is onderverdeeld in vier indicatoren:

- **Percentage achterstand voorraad deskundigenoordelen:** het aantal openstaande aanvragen deskundigenoordeel waarvan de beschikkingstermijn nog niet is verstreken, ten opzichte van het aantal in behandeling genomen aanvragen deskundigenoordeel.
- **Percentage achterstand voorraad vraaggestuurde herbeoordelingen:** het aantal openstaande aanvragen vraaggestuurde herbeoordelingen waarvan de beschikkingstermijn nog niet is verstreken, ten opzichte van het aantal in behandeling genomen aanvragen vraaggestuurde herbeoordelingen. Dit is inclusief de achterstand die nog niet is beschikt.
- **Percentage achterstand voorraad Participatiewet:** het aantal openstaande aanvragen beoordeling arbeidsvermogen waarvan de beschikkingstermijn nog niet is verstreken, ten opzichte van het aantal in behandeling genomen aanvragen beoordeling arbeidsvermogen. Dit is inclusief de achterstand die nog niet is beschikt.
- **Percentage achterstand WIA-voorraad:** het aantal openstaande WIA-aanvragen waarvan de beschikkingstermijn nog niet is verstreken, ten opzichte van het aantal in behandeling genomen WIA-aanvragen. Dit is inclusief de achterstand in de voorraad. Zonder een beschikking blijft een aanvraag in de voorraad.

De totaalscore voor wachtende cliënten is het totaal aantal openstaande aanvragen waarvan de beschikkingstermijn nog niet is verstreken, ten opzichte van het totaal aantal in behandeling genomen aanvragen. Dit is inclusief de achterstand die nog niet is beschikt.

### Ziektewet-arbodienstverlening

De indicator Ziektewet-arbodienstverlening wordt op twee gebieden gemeten:

- **Gemiddelde verzuimduur:** de gemiddelde verzuimduur in dagen van cliënten in de Ziektewet die door herstel het recht op de Ziektewet-uitkering verliezen.
- **Percentage afwijzingen WIA-vangnet:** het aantal WIA-aanvragen van cliënten uit het vangnet dat bij de WIA-claimbeoordeling wordt afgewezen ten opzichte van het totaal aantal WIA-aanvragen.

De totaalscore voor Ziektewet-arbo wordt als volgt berekend: (gemiddelde verzuimduur in weken/104 weken \* 7 dagen) + percentage afwijzingen WIA-vangnet.

## Bijlage II Medewerkerstevredenheid - resultaten werkbelevingsonderzoek

|  | SMC | SMZ totaal | Heerlen | Tilburg | Rotterdam | Breda |
|--|-----|------------|---------|---------|-----------|-------|
| <b><u>Werken in het SMC*</u></b>   |     |            |         |         |           |       |
| Welk rapportcijfer geef je het werken in het SMC op dit moment?                                  | 7,2 | 7,0        | 7,5     | 6,6     | 8,4       | 6,3   |
| <b><u>Clïënt centraal</u></b>  |     |            |         |         |           |       |
| Binnen mijn team staat de cliënt centraal  | 7,7 | 7,5        | 7,7     | 7,3     | 8,5       | 7,5   |
| UWV maakt het voor mij mogelijk om rekening te houden met de wensen van de cliënt                | 6,8 | 6,4        | 7,2     | 6,3     | 7,2       | 6,6   |
| <b><u>Organisatie</u></b>  |     |            |         |         |           |       |
| <b><i>Werkgeverschap</i></b>   |     |            |         |         |           |       |
| De toekomstvisie van het werken in SMC's inspireert mij  | 7,0 | 6,1        | 7,1     | 6,8     | 7,7       | 6,6   |
| Hoe waarschijnlijk is het dat je UWV als werkgever zou aanbevelen?***                            | 8   | 2          | 22      | -12     | 13        | -3    |
| Ik ben tevreden over UWV als organisatie   | 7,3 | 7,1        | 7,7     | 7,0     | 7,3       | 7,1   |
| Ik voel dat ik gewaardeerd word door UWV   | 6,8 | 6,6        | 7,1     | 6,7     | 6,7       | 6,5   |
| UWV gebruikt de ideeën en suggesties van medewerkers om te verbeteren                            | 6,3 | 5,8        | 6,5     | 5,9     | 6,8       | 6,1   |
| <b><i>Samenwerking</i></b>   |     |            |         |         |           |       |
| Ik ervaar een goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen mijn divisie/directie | 5,8 | 5,3        | 6,2     | 5,0     | 6,7       | 5,1   |
| <b><i>Informatievoorziening</i></b>  |     |            |         |         |           |       |
| Over belangrijke zaken die met mijn werk te maken hebben, word ik op tijd geïnformeerd           | 5,4 | 5,7        | 5,7     | 4,6     | 7,9       | 4,3   |
| <b><u>Leiderschap</u></b>  |     |            |         |         |           |       |
| <b><i>Management vanuit vertrouwen</i></b>   |     |            |         |         |           |       |

|  |     |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Mijn direct-leidinggevenden geven mij voldoende vertrouwen bij de uitvoering van mijn werk               | 7,9 | 7,8 | 8,0 | 7,8 | 8,5 | 7,3 |
| Mijn direct-leidinggevenden geven mij het gevoel dat ik fouten mag maken                                 | 7,3 | 7,4 | 7,2 | 7,1 | 8,0 | 7,1 |
| Mijn direct-leidinggevenden vertrouwen erop dat ik mij volledig inzet                                    | 8,4 | 8,3 | 8,5 | 8,2 | 9,0 | 7,8 |
| <b>Steun leidinggevende</b>  |     |     |     |     |     |     |
| Ik kan mijn direct-leidinggevenden om hulp vragen als dat nodig is                                       | 7,9 | 7,9 | 8,4 | 7,2 | 8,9 | 6,8 |
| Ik voel mij in mijn werk gewaardeerd door mijn direct-leidinggevenden                                    | 7,3 | 7,3 | 7,4 | 7,1 | 8,5 | 6,6 |
| <b>Relatie met uw leidinggevende</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Mijn direct-leidinggevenden en ik maken duidelijke afspraken over de resultaten die ik moet bereiken     | 7,3 | 7,3 | 7,4 | 7,1 | 8,5 | 6,6 |
| <b>Leiderschap</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Mijn direct-leidinggevenden stimuleren me om mijn handelen vanuit verschillende invalshoeken te bekijken | 6,5 | 6,4 | 6,7 | 6,0 | 8,0 | 5,5 |
| <b>Teamgericht werken</b>  |     |     |     |     |     |     |
| <b>Verandervermogen</b>  |     |     |     |     |     |     |
| Wij zijn als team in staat ons continu aan te passen aan de veranderende omgeving                        | 6,5 | 6,1 | 6,9 | 5,7 | 8,4 | 5,5 |
| <b>Functioneren team</b>   |     |     |     |     |     |     |
| We zijn als team trots op het werk dat we doen   | 7,3 | 7,3 | 7,6 | 6,7 | 8,8 | 6,7 |
| Ons team vormt een eenheid om onze prestatiedoelen te kunnen bereiken                                    | 6,6 | 6,6 | 6,9 | 6,3 | 8,9 | 4,8 |
| In mijn team bespreken we vaak de ideeën die we hebben over ons werk                                     | 6,9 | 6,8 | 6,7 | 6,6 | 8,9 | 6,0 |
| <b>Teamdoelstellingen</b>  |     |     |     |     |     |     |
| Ik weet wat er van mij verwacht wordt om de teamdoelstellingen te behalen                                | 7,2 | 7,1 | 7,5 | 6,7 | 8,3 | 6,3 |
| Teamgericht samenwerken om doelen te halen wordt in mijn team tussen de teamleden goed toegepast         | 6,5 | 6,5 | 6,7 | 6,2 | 8,5 | 4,9 |
| Mijn leidinggevenden faciliteren en begeleiden mijn team goed op het behalen van de doelstellingen       | 6,1 | 6,2 | 6,6 | 5,1 | 8,6 | 4,4 |
| <b>Individuele medewerker</b>  |     |     |     |     |     |     |

|   |     |     |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Bevlogenheid</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Mijn werk inspireert me   | 7,3 | 7,3 | 7,2 | 7,1 | 7,8 | 7,2 |
| Ik voel me gelukkig als ik intensief aan het werk ben   | 7,8 | 7,6 | 7,8 | 7,6 | 7,9 | 7,8 |
| Als ik 's ochtends wakker word, heb ik zin om aan het werk te gaan  | 6,7 | 6,6 | 7,0 | 6,5 | 7,0 | 6,3 |
| <b>Proactief gedrag</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Als er nieuwe ontwikkelingen zijn die mijn werk raken, ga ik hier snel in mee                               | 7,6 | 7,4 | 7,8 | 7,5 | 7,9 | 7,0 |
| <b>Vitaliteit</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Mijn werk geeft mij energie   | 6,7 | 6,7 | 6,7 | 6,6 | 7,5 | 6,3 |
| <b>Professionele ruimte</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Ik heb voldoende de ruimte om beslissingen te nemen in mijn werk  | 7,3 | 7,4 | 7,5 | 7,0 | 7,5 | 6,9 |
| Ik heb in mijn werk voldoende ruimte voor eigen initiatieven  | 7,0 | 7,2 | 7,1 | 6,4 | 8,0 | 6,9 |
| Ik neem initiatief wanneer ik ruimte voor verbetering zie   | 7,6 | 7,7 | 7,8 | 7,4 | 7,9 | 7,3 |
| <b>Sociale veiligheid</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Op mijn werk durf ik mezelf te zijn   | 7,7 | 7,7 | 7,6 | 7,7 | 8,6 | 7,2 |
| Op mijn werk durf ik voor mezelf op te komen  | 7,7 | 7,8 | 7,7 | 7,6 | 8,5 | 7,4 |
| Ik voel me veilig om collega's feedback te geven  | 7,2 | 7,1 | 7,3 | 7,2 | 8,2 | 6,6 |
| <b>Ontwikkeling</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Ik krijg voldoende mogelijkheden om vaardigheden te trainen die nodig zijn om mijn werk goed te kunnen doen | 7,2 | 7,4 | 7,4 | 6,6 | 8,2 | 7,1 |
| <b>Werkdruk</b>   |     |     |     |     |     |     |
| Ik heb vaak meer werk te doen dan ik aankan   | 4,5 | 4,6 | 4,8 | 3,3 | 5,1 | 5,3 |
| Ik moet regelmatig overwerken omdat ik mijn werk anders niet afkrijg  | 5,5 | 5,7 | 5,9 | 4,9 | 5,2 | 6,0 |
| Door de hoeveelheid werk kom ik vaak niet aan mijn pauzes toe   | 5,0 | 5,3 | 5,5 | 4,0 | 4,8 | 5,4 |
| Ik vind mijn werkdruk:  |     |     |     |     |     |     |
| Veel te laag  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  | 0%  |

|              |     |     |     |     |     |     |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Te laag      | 2%  | 3%  | 1%  | 2%  | 0%  | 7%  |
| Goed         | 53% | 55% | 57% | 34% | 74% | 59% |
| Te hoog      | 36% | 36% | 36% | 49% | 22% | 24% |
| Veel te hoog | 9%  | 6%  | 6%  | 15% | 4%  | 10% |

\*Het rapportcijfer voor het werken in SMC's is ook gesteld aan teams die recentelijk als SMC zijn gestart, en niet behoren tot de negen proeftuinen die in deze evaluatie als SMC zijn beschouwd.

\*\*Deze cijfers tonen de employer Net Promotor Score (eNPS). Dit is de mate waarin de medewerkers UWV als werkgever zouden aanraden aan anderen. De score wordt bepaald door het percentage promotors (rapportcijfer 9 en 10) gedeeld door het percentage criticasters (rapportcijfers 0 t/m 6). Let op: de scores op de stellingen zijn geen rapportcijfers. Bij het beantwoorden van de stellingen konden de medewerkers kiezen tussen 'helemaal mee eens' (10), 'mee eens' (7,5), 'niet mee eens/niet mee oneens' (5), 'niet mee eens' (2,5), 'helemaal niet mee eens' (0). Deze antwoorden zijn omgerekend naar scores (zie bijbehorende score tussen haakjes). Bij de stellingen over werkdruk is deze score omgedraaid, een hogere score betekent dus een lagere werkdruk.

## Bijlage III Cliënttevredenheid – aspecten van de menselijke maat

| Aspecten van de menselijke maat | Stelling   |
|---------------------------------|--|
| UWV ziet mij als mens           | UWV houdt rekening met <b>wat ik nodig heb</b><br>UWV houdt rekening met <b>wat ik kan</b><br>UWV-medewerkers zijn <b>vriendelijk</b><br>UWV-medewerkers communiceren op een <b>vriendelijke</b> manier<br>UWV-medewerkers <b>nemen de tijd</b> voor mij |
| UWV is redelijk                 | UWV is <b>menselijk</b> in het omgaan met de <b>regels</b><br>Ik heb het gevoel dat UWV <b>mij vertrouwt</b><br>UWV reageert <b>soepel</b> als ik een <b>kleine fout</b> maak  |
| UWV helpt                       | UWV <b>helpt</b> mij verder<br>UWV zorgt ervoor dat ik <b>niet in de problemen</b> kom   |
| UWV houdt het simpel            | UWV <b>maakt het makkelijk</b> voor mij (zoals systemen die ik gebruik en voor wat ik zelf moet regelen)<br>UWV is <b>duidelijk</b> over wat de <b>regels</b> zijn<br>UWV is <b>duidelijk</b> over wat ze van mij <b>verwachten</b>                      |

# Colofon

## **Uitgave**

UWV *Strategie, Beleid en Kenniscentrum*

## **Postadres**

Postbus 58285  
1040 HG AMSTERDAM

## **Inlichtingen**

[Marloes.lammers@uwv.nl](mailto:Marloes.lammers@uwv.nl)

## **Auteurs**

Marloes Lammers  
Emma Klaasse  
Menno de Vries

Volg ons



## **Disclaimer**

Alles uit deze uitgave mag worden overgenomen, echter uitsluitend met bronvermelding.

UWV © 2023