

# Evaluatie sociaal-medische centra 2024

Inzicht in de ontwikkelingen op het gebied van kwantiteit,  
kwaliteit, medewerkerstevredenheid en cliënttevredenheid



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Infographic</b>	<b>4</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1. Aanleiding en resultaatgebieden	11
1.2. Onderzoeksmethodiek	11
1.3. Leeswijzer	13
<b>2. De ontwerpprincipes en de ontwikkeling tot SMC</b>	<b>14</b>
2.1. Inleiding	14
2.2. Het wegingskader voor de transformatie tot volwaardig SMC	14
2.3. Verdiepende analyse naar succesfactoren van SMC's	15
2.4. Indeling van SMC's naar ontwikkelingsstadium	15
<b>3. Kwantiteit van de dienstverlening</b>	<b>17</b>
3.1. Inleiding	17
3.2. Personeelscapaciteit	17
3.3. Productiviteit van het team	18
3.4. Productie per arts	19
3.5. Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen	20
3.6. Wachtende cliënten	21
3.7. Ziektewet-arbodienstverlening	22
3.8. Kernbevindingen	23
<b>4. Medewerkerstevredenheid</b>	<b>25</b>
4.1. Inleiding	25
4.2. Verschillen werkbeleving SMC's in de basis en teams in ontwikkeling	25
4.3. Cliënt centraal	26
4.4. De organisatie	27
4.5. Leiderschap	28
4.6. Teamgericht werken	28
4.7. De individuele medewerker	30
4.8. Kernbevindingen	30
<b>5. Cliënttevredenheid</b>	<b>31</b>
5.1. Inleiding	31
5.2. Verschillen in klantbeleving	31
5.3. Kernbevindingen	34
<b>6. Kwaliteit van de dienstverlening</b>	<b>35</b>
6.1. Inleiding	35
6.2. Onderzoeksmethodiek	35
6.3. Kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode	36
6.4. Kwaliteit van de Ziektewet-beoordeling	38
6.5. Kwaliteit van de WIA-claimbeslissing	41
6.6. Kwaliteit van de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong	44
6.7. Kernbevindingen	47
<b>7. Conclusies</b>	<b>48</b>
7.1. Prestaties op ontwerpprincipes (throughput)	48
7.2. Prestaties op directe effecten (output)	48
7.3. Prestaties op beoogde effecten (outcome)	49
<b>Afkortingen</b>	<b>51</b>
<b>Begrippenlijst</b>	<b>52</b>
<b>Bijlage I Ontwerpprincipes van het sociaal-medisch centrum</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage II Wegingskader voor de SMC-vorming</b>	<b>54</b>

<b>Bijlage III</b>	<b>Prestatie-indicatoren</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage IV</b>	<b>Medewerkerstevredenheid – resultaten werkbelevingsonderzoek</b>	<b>59</b>
<b>Bijlage V</b>	<b>Clïënttevredenheid – aspecten van de menselijke maat</b>	<b>65</b>
<b>Colofon</b>		<b>66</b>

# Voorwoord

*'We zien onze cliënt niet als nummer ... binnen de mogelijkheden wordt altijd gezocht naar de best passende aanpak.'*

Deze uitspraak, afkomstig van een UWV-medewerker die in het kader van de evaluatie van de sociaal-medische centra (SMC) werd bevroegd, is de crux van de omslag in onze dienstverlening. De vraag naar onze dienstverlening is al jaren groter dan UWV met het beschikbaar aantal medewerkers aankan en zal de komende tijd alleen maar toenemen. Dit heeft forse 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.

UWV is daarom in 2021 gestart met een omslag, in de vorm van het 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 haar/zijn kerntaken. De verwachting is dat deze manier van werken ervoor zorgt dat we meer cliënten kunnen beoordelen en begeleiden, met als gevolg meer tijdige beoordelingen, een kwalitatief betere dienstverlening, tevredener cliënten en meer werkplezier bij onze professionals.

De tweede SMC-evaluatie ligt nu voor u. Dit jaar zijn twee groepen SMC's met elkaar vergeleken: SMC's die al vergevorderd zijn in het implementeren van de nieuwe werkwijze, en de teams die minder ver zijn in hun ontwikkeling tot SMC. Uit onderhavig evaluatierapport blijkt dat de prestaties van de SMC's in de basis op de meeste onderdelen beter zijn dan die van de teams in ontwikkeling. Dit is een belangrijke constatering die het gevoel staft dat UWV met deze nieuwe manier van werken op de goede weg is. Het is de ambitie dat op 1 januari 2025 alle districten werken op het niveau van een SMC in de basis op de vastgestelde succesfactoren.

SMC's in de basis laten op de kwantitatieve indicatoren zien dat ze tot hogere prestaties komen dan teams in ontwikkeling. De productie per arts is hoger, beoordelingen zijn tijdiger en cliënten hoeven minder lang te wachten. Ook de cliënttevredenheid is hoger, met name WIA-clieñten die geholpen zijn in SMC's in de basis waarderen de dienstverlening met een 7,8 ruim beter dan die van teams in ontwikkeling (7,0). Daarnaast zijn medewerkers gemiddeld tevredener in de SMC's in de basis dan in de teams in ontwikkeling. De kwaliteit van de beoordelingen verschilt op de meeste vlakken nauwelijks tussen beide groepen en is weliswaar hoger dan vorig jaar, maar behoeft nog steeds verbetering.

We verwachten veel van het werken in SMC's en in dat opzicht zijn de resultaten uit deze evaluatie bemoedigend. Maar we zijn er nog niet. De komende jaren zullen teams nog flinke stappen moeten zetten om te kunnen werken als een volwaardig SMC. Daartoe zijn verschillende hulpmiddelen voorhanden, zoals het wegingskader dat de teams inzicht geeft in hun ontwikkeling tot SMC en de uitkomsten van verdiepende onderzoeken, bijvoorbeeld naar de succesfactoren van een goed werkend SMC.

De programmatische sturing van de SMC's komt op 31 december 2024 ten einde. Vanaf dat moment worden de SMC's doorontwikkeld en gestuurd vanuit de lijnorganisatie. Het wegingskader wordt een belangrijk instrument voor de borging van de SMC's in de districten en het inzichtelijk maken van de mogelijkheden om de effectiviteit van de SMC's verder te vergroten. Het potentieel van de SMC's draagt bij aan de meerjarige opgave van UWV Sociaal-medische zaken. Ik wil iedereen die betrokken is geweest bij de SMC-vorming en -evaluatie van harte bedanken en veel succes en plezier wensen bij het verder brengen van de inzichten en kansen die deze evaluatie biedt.

Michel Rovers  
*Programmadirecteur Sociaal-medische zaken UWV*

# Infographic

## Evaluatie prestaties sociaal-medische centra 2024

Een vergelijking van de prestaties van sociaal-medische centra in verschillende stadia van ontwikkeling



### Werkwijze sociaal-medisch centrum (SMC)

#### Werkzaamheden

  
Sociaal-medische  
beoordelingen


  
Passende dienst-  
verlening van  
begin tot eind

#### Taakverdeling

  
Verzekeringsarts  
voert regie

  
Wordt ondersteund door  
een **medisch secretaresse**

  
Delegeert taken aan een  
**sociaal-medisch verpleegkundige**

  
Vast multidisciplinair team

  
  
  
Stelt vast **wanneer welke inzet en welke expertise** gepast  
is en welke aanvullende begeleiding er daarna nodig is

  
Verzamelt de **benodigde informatie** voor de verzekeringsarts





## Hogere productie toont potentieel van SMC-vorming

*Kwantitatieve prestaties*



Een productief team



Meer beoordelingen en beslissingen



Kortere wachttijden



SMC in de basis



Team in ontwikkeling tot SMC

Productiviteit van het team

72%

72%

Productie per arts

115%

102%

Percentage tijdige beoordelingen en beslissingen

68%

34%

Percentage wachtende cliënten

52%

65%

Percentage wachtende WIA-cliënten

48%

55%

Gemiddelde verzuimduur in dagen

419 dagen

451 dagen

Percentage afgewezen WIA-aanvragen

30%

30%



## Kwaliteit dienstverlening wisselend, verdere verbetering vereist

*Percentage dossiers waarbij volledig adequaat/juist is gehandeld*



Juiste beslissingen



Op basis van geldende richtlijnen en werkwijzers



Beslissingen zijn voldoende onderbouwd in dossiers



Beslissingen zijn goed navolgbaar



SMC in de basis



Team in ontwikkeling tot SMC

Ziektewet-arbo-dienstverlening



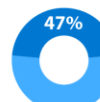
Eerstejaars Ziektewet-beoordeling



WIA-claim-beoordeling



Aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong





## Hogere tevredenheid cliënt

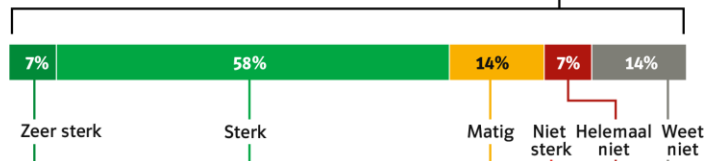
Rapportcijfer tevredenheid met dienstverlening en de ervaren menselijke maat



SMC in de basis



WIA



Team in ontwikkeling tot SMC



SMC in de basis



Ziektewet



Team in ontwikkeling tot SMC



SMC in de basis



Team in ontwikkeling tot SMC



## Hogere tevredenheid medewerker

Ervaringen van medewerkers



Team stelt cliënt centraal



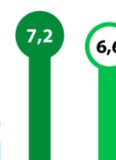
Goede samenwerking met andere afdelingen



Voldoende ruimte om beslissingen te nemen



Toegevoegde waarde taak-delegatie en -ondersteuning



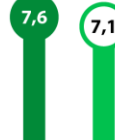
Aanpassingsvermogen team aan veranderende omgeving



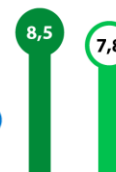
Onze ideeën worden gebruikt voor verbetering dienstverlening



Teamdoelstellingen zijn duidelijk



Kan direct leidinggevenden om hulp vragen



# Samenvatting

## Aanleiding evaluatie sociaal-medische centra

UWV is bezig met een landelijke opschaling van de sociaal-medische centra (SMC's).<sup>1</sup> De verwachting is dat het werken in SMC's ervoor zorgt dat UWV met hetzelfde aantal verzekeringsartsen meer cliënten kan beoordelen en begeleiden. Deze hogere productie leidt tot meer tijdige beoordelingen, (op termijn) minder achterstanden bij de beoordelingen en betere dienstverlening op het gebied van herstel en re-integratie. Dat laatste kan leiden tot 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 die naar verwachting beter aan bij de wensen en behoeften van cliënten en leidt die tot een hogere kwaliteit van dienstverlening.

De vorming van sociaal-medische centra werd in het voorjaar van 2021 aangekondigd door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), UWV en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG).<sup>2</sup> De ambitie is dat alle sociaal-medische teams per januari 2027 functioneren als volwaardige SMC's. Per januari 2025 functioneren alle teams als SMC's in de basis. Dat betekent dat zij vergevorderd zijn bij het invoeren van ten minste de succesfactoren van een SMC: taakdelegatie, multidisciplinair overleg en goede teamsamenwerking.

In 2023 waren er negen teams, die als proeftuin zijn gestart, bezig met het invoeren van de ontwerpprincipes<sup>3</sup> van een SMC. Een jaar later zijn alle teams gestart met de ontwikkeling tot volwaardig SMC. De mate waarin de teams zich hebben ontwikkeld verschilt. In dit rapport maken we onderscheid tussen teams die nog in ontwikkeling zijn tot SMC en teams die functioneren als SMC in de basis. De laatste groep SMC's is verder in de transformatie tot een volwaardig SMC. In het eerste kwartaal van 2024 zijn de sociaal-medische teams als volgt verdeeld:

- Negentig teams zijn in ontwikkeling tot SMC.
- Dertien teams zijn SMC in de basis (invoering van taakdelegatie en taakondersteuning, multidisciplinair overleg en goede teamsamenwerking zijn vergevorderd)
- Er zijn nog geen volwaardige SMC's.

Het onderscheid in twee groepen teams maakt het inzichtelijker om de resultaten te koppelen aan de ontwikkeling van de SMC's. Daar past wel een nuancering bij: binnen de teams in ontwikkeling zijn ook teams die al bijna voldoen aan de criteria van een SMC in de basis.

## Theory of change

In het SMC staat de cliënt centraal: hij/zij krijgt de juiste dienstverlening op het moment dat die nodig is, in plaats van op vaste momenten in het proces, zoals voorheen gebeurde. De verzekeringsarts treedt daarbij op als regisseur van het gehele proces bij UWV dat een cliënt 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, medisch secretaresses en medewerkers verzuimbeheersing. In overleg met het team bepaalt de verzekeringsarts wanneer, door wie en welke activiteit er plaatsvindt voor 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 met zo min mogelijk verschillende medewerkers te maken. Figuur S.1 geeft een overzicht van de manier van werken in een SMC volgens de zogenaamde ontwerpprincipes. Uit een verdiepende analyse<sup>4</sup> is gebleken dat de ontwerpprincipes taakverdeling en taakdelegatie en multidisciplinair overleg, aangevuld met een goede teamsamenwerking de belangrijkste factoren zijn die het succes van een SMC bepalen.

Dit rapport geeft een overzicht van de effectiviteit van de sociaal-medische teams op de volgende vier resultaatgebieden:

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

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 figuur 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 eenzelfde aantal artsen, en meer medewerkers voor taakondersteuning en -delegatie, een

<sup>1</sup> Kamerbrief *Aanpak mismatch sociaal-medisch beoordelen en hardheden WIA* (26-8-2022). Referentie 2022-0000181030.

<sup>2</sup> Kamerbrief *Toekomst sociaal-medisch beoordelen* (9-4-2021). Referentie 2021-0000057175.

<sup>3</sup> Cliënt centraal, drempelloze klantreis, resultaatverantwoordelijk voor integrale dienstverlening van een afgebakend cliëntenbestand, medewerkers van alle disciplines, meerwettig werken, taakondersteuning en -delegatie, duale aansturing, sturen op resultaatgebieden, lerend ontwikkelen. Zie ook Bijlage I.

<sup>4</sup> Kamerbrief *Voortgangsbrieff sociaal-medisch beoordelen* (21-5-2024). Referentie 2024-0000145831.



hogere productie te draaien. Vanwege een groeiend artsentekort en personeelsschaarste over de gehele breedte van de arbeidsmarkt kan het desondanks voorkomen dat een kantoor de productiedoelstellingen niet haalt.

### Prestaties op ontwerpprincipes (throughput)

Alle teams zijn gestart met het invoeren van de ontwerpprincipes (throughput). De SMC's in de basis zijn hierin verder gevorderd en dat is te zien aan het volgende:

- **Taakondersteuning en -delegatie vinden plaats.** SMC's in de basis hebben per fte verzekeringsarts gemiddeld 0,9 fte medisch personeel beschikbaar voor ondersteuning en delegatie. Bij de teams in ontwikkeling ligt deze verhouding lager, namelijk 0,7 fte per fte verzekeringsarts.
- **De cliënt centraal.** Medewerkers van de SMC's in de basis blijken meer dan die van de teams in ontwikkeling het gevoel te hebben dat ze de cliënt centraal kunnen stellen en rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt. Vooral managers en teamondersteuners van SMC's in de basis zijn hier positief over vergeleken met teams in ontwikkeling.
- **Duaal leiderschap.** Vooral procesbegeleiders en teamondersteuners, maar ook de artsen, arbeidsdeskundigen en medisch secretaresses in SMC's in de basis zijn positiever over het ervaren leiderschap vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling.
- **Lerende ontwikkeling.** Medewerkers in SMC's in de basis ervaren sterker dat UWV luistert naar suggesties en ideeën om te verbeteren vergeleken met de teams in ontwikkeling. Daarnaast ervaren artsen, teamondersteuners en arbeidsdeskundigen meer ruimte voor beslissingen en initiatieven in SMC's in de basis vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling.

### Prestaties op directe effecten (output)

Wat betreft de directe effecten van de ontwerpprincipes (output) komen er uit de evaluatie zowel positieve resultaten als een aandachtspunt. Positieve resultaten zijn:

- **Taakondersteuning en -delegatie** leiden tot een efficiëntere benutting van de schaarse artsencapaciteit. De productiviteit per arts is hoger bij SMC's in de basis: 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. Dat is ook te zien aan de totale productie die onderling vergelijkbaar is gemaakt: de productie in WIA-equivalenten. SMC's in de basis produceren gemiddeld 13% meer dan teams in ontwikkeling. Om die hogere productie te halen, is wel meer overig (medisch) personeel per arts nodig. De efficiëntie van het team als geheel stijgt niet.
- **Meerwettig werken** leidt tot een flexibel team waarvan de leden elkaars taken kunnen overnemen. De SMC's in de basis achten zichzelf als team beter in staat om zich aan te passen aan de veranderende omgeving vergeleken met de teams in ontwikkeling. Bovendien waarderen zij de variatie in hun werk hoger.

Het aandachtspunt is:

- De sociaal-medisch verpleegkundigen van SMC's in de basis zijn minder positief dan hun collega's van de teams in ontwikkeling. Zij waarderen het werkgeverschap van UWV lager en de toekomstvisie van het werken in SMC's vinden zij minder inspirerend. Verder ervaren ze leiderschap minder goed en zijn ze minder positief over taakdelegatie en taakondersteuning dan collega's bij de teams in ontwikkeling. Uit het onderzoek blijkt ook dat sociaal-medisch verpleegkundigen ervaren dat ze minder ruimte hebben voor initiatief, een hogere werkdruk hebben en minder ruimte voor initiatief en beslissingen vergeleken met teams in ontwikkeling. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de lagere scores, maar er is nader onderzoek nodig om dit te bevestigen.

### Prestaties op beoogde effecten (outcome)

De evaluatie laat wat betreft de beoogde effecten van de ontwerpprincipes (outcome, i.e. de prestaties op de vier resultaatgebieden) positieve resultaten zien bij de SMC's in de basis:

- **Kwantiteit.** Op bijna alle onderzochte indicatoren laten de SMC's in de basis hogere prestaties zien dan teams in ontwikkeling. De productie per arts is hoger, er zijn meer tijdige beoordelingen en minder wachtende cliënten. De vangnet-clieñten zijn korter ziek en dat is een indicatie dat de SMC's in de basis de dienstverlening voor vangnet-clieñten beter op orde hebben. De totale productie is ook hoger, maar hiervoor is wel een groter team beschikbaar met meer taakondersteunend en taakgedelegeerd personeel, en meer niet-medisch personeel zoals arbeidsdeskundigen en procesbegeleiders. De productiviteit van het team verschilt weinig tussen de twee categorieën SMC's. Vergeleken met 2023 is de totale productie toegenomen en het percentage wachtende cliënten gedaald. Daar staat tegenover dat de productiviteit van het team licht afgenomen is en er procentueel minder beoordelingen tijdig worden verricht.
- **Medewerkerstevredenheid.** Medewerkers die werken in SMC's in de basis zijn gemiddeld tevredener over hun werk dan medewerkers in teams in ontwikkeling. Vooral artsen, managers en teamondersteuners, maar ook de arbeidsdeskundigen, procesbegeleiders en medisch secretaresses, zijn positiever in SMC's in de basis vergeleken met hun collega's die werken in teams in ontwikkeling. De sociaal-medisch verpleegkundigen zijn echter minder tevreden. Omdat dit jaar specifiek alleen de medewerkers in de uitvoering zijn bevroegd – zij zijn immers werkzaam binnen een SMC – en in 2023 heel Sociaal-medische zaken (SMZ), zijn de resultaten niet te vergelijken met de evaluatie van 2023.<sup>5</sup>
- **Clieñttevredenheid.** Clieñten van SMC's in de basis zijn tevredener over de dienstverlening. Gemiddeld geven zij een 7,5, terwijl clieñten van teams in ontwikkeling een 7,1 geven. De hogere waardering is terug te zien bij de WIA-

<sup>5</sup> Lammers, M., Klaasse, E. & Vries, M. de (2023). *Evaluatie sociaal-medische centra. Inzicht in de prestaties van de eerste negen proeftuinen*. Amsterdam: UWV.

cliënten. Zij waarderen de SMC's in de basis met een 7,8. De WIA-cliënten van teams in ontwikkeling geven een 7,0. De Ziektewet-cliënten van SMC's in de basis geven een 7,1 en die van teams in ontwikkeling een 7,2. De WIA-cliënten ervaren ook meer dat medewerkers in SMC's in de basis de menselijke maat hanteren. In de huidige evaluatie bestaat de steekproef uit cliënten die in of na 2022 dienstverlening hebben ontvangen van een SMC. Dit is anders dan vorig jaar, waardoor we de resultaten niet kunnen vergelijken met de evaluatie van 2023.

- **Kwaliteit.** Het werken in een SMC in de basis heeft geen aantoonbare invloed op de professionele kwaliteit van de dienstverlening voor cliënten met een Ziektewet-uitkering. Er lijkt nog ruimte voor professionals om alle cliënten beter in beeld te hebben door het werken in multidisciplinaire teams en het beter inrichten van werkzaamheden rondom de cliënt. Bij de Ziektewet-beoordeling en WIA-claimbeslissing zien we geen verschil tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. Dat werd ook niet verwacht. Een beoordeling kent vaste processen en vaste rollen voor de betrokken functionarissen. Bij de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong presteren de SMC's in de basis minder goed. Waarom de SMC's in de basis daarbij minder goed presteren, vergt nader onderzoek.

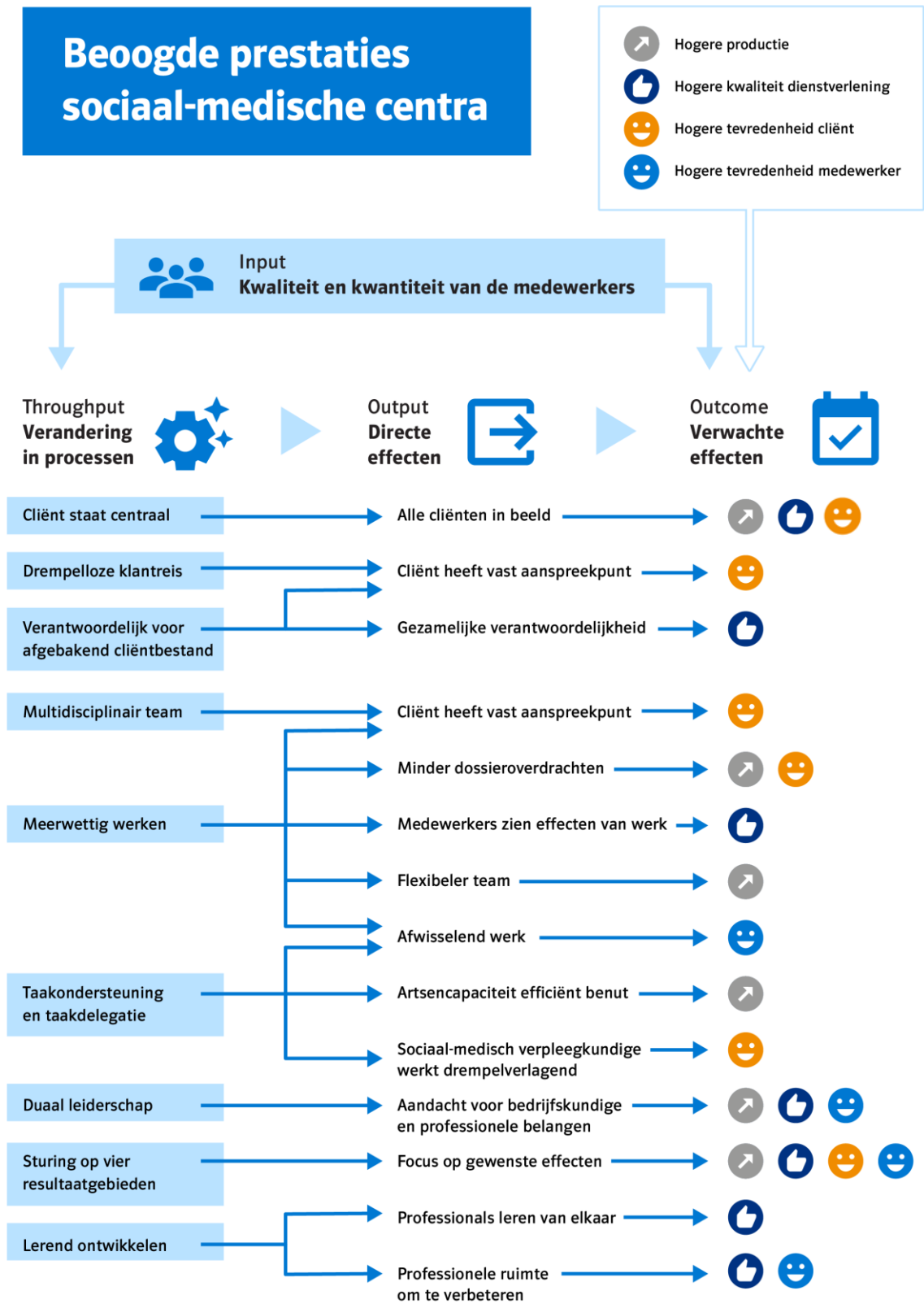
Ten opzichte van de evaluatie in 2023 zien we dat de professionele kwaliteit van de dienstverlening en beslissingen in het algemeen is verbeterd. Zo is het aandeel juiste beslissingen bij de WIA-claimbeoordeling gestegen van 52% in 2023 naar 63% in 2024. Bij de Ziektewet is het aandeel juiste beoordelingen gestegen van 64% (2023) naar 85% (2024). De ingezette verbeteringen naar aanleiding van de evaluatie van 2023 en de verdere ontwikkeling van de SMC-vorming met een focus op taakdelegatie en goede samenwerking tussen de verschillende functionarissen, lijken dus hun vruchten af te werpen.

Bij de uitkomsten van deze evaluatie moeten we een paar kanttekeningen maken:

- In hoeverre de SMC-vorming tot hogere prestaties leidt, kan op basis van deze evaluatie niet eenduidig worden beantwoord. De genoemde indicatoren worden ook door veel andere factoren beïnvloed, zoals het aantal cliënten in verhouding tot de personeelscapaciteit van het SMC, prestaties van individuele medewerkers, werkcultuur en ziekteverzuim.
- De prestaties van geheel SMZ zijn in 2024 op een aantal punten niet gestegen of gedaald vergeleken met 2023. Dit heeft deels te maken met de ontwikkeling die UWV doormaakt en deels met de omgeving rond UWV. UWV heeft veel medewerkers voor taakondersteuning en taakdelegatie in dienst genomen, die goed ingewerkt moeten worden voordat zij volledig kunnen meedraaien in een SMC. Op de korte termijn heeft dit invloed op de productiviteit van het team en de productie per arts, die in 2024 licht gedaald zijn. Daarnaast heeft UWV ervoor gekozen om cliënten die al een tijd wachten op een beslissing voorrang te geven. De achterstand in de WIA-beoordelingen neemt daardoor af, maar het kan wel betekenen dat recente aanvragen niet op tijd behandeld worden. Daardoor daalt de tijdigheid van beslissingen en beoordelingen. Tot slot is het aantal WIA-aanvragen de afgelopen maanden sterk gestegen. Dat zet veel druk op de medewerkers en op het tijdig kunnen beoordelen van cliënten. In dit licht bezien is het bemoedigend dat SMZ de teamproductiviteit en het percentage wachtende cliënten vrijwel op hetzelfde niveau heeft kunnen houden als in 2023 en de totale productie is toegenomen.

Tot slot bevinden alle teams van SMZ zich in een veranderfase; er zijn nog geen SMC's die alle ontwerpprincipes volledig hebben ingevoerd. Het goed inrichten van taakdelegatie en taakondersteuning, multidisciplinaire besprekingen en andere principes van een SMC heeft tijd nodig. De prestaties kunnen toenemen naarmate een SMC verder is in zijn ontwikkeling. De hogere prestaties van de SMC's in de basis laten zien dat er veel potentieel is bij de teams die minder ver zijn in hun ontwikkeling. Voor cliënten en voor medewerkers is de SMC-vorming over het algemeen goed nieuws. Zij waarderen SMC's in de basis meer dan SMC's in ontwikkeling.

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



# 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 UWV niet ingrijpt, lopen de achterstanden verder op. Het aantal WIA-aanvragen stijgt namelijk de komende jaren, terwijl het aantal verzekeringsartsen daalt. Zonder interventie 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, die niet krijgen.<sup>6</sup> De consequentie van deze mismatch is dat uitkeringsgerechtigden niet de benodigde (tijdige) 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>7</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 van het gehele proces bij UWV dat een cliënt 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 in de zomer van 2022 gevraagd deze werkwijze versneld landelijk op te schalen.<sup>8</sup> In 2024 zijn alle sociaal-medische teams gestart met het invoeren van de ontwerpprincipes<sup>9</sup> van een SMC. De mate van ontwikkeling verschilt: sommige teams zijn nog sterk in ontwikkeling, terwijl andere teams in de basis functioneren als een SMC. Er zijn nog geen SMC's die op alle ontwerpprincipes volledig als SMC functioneren. UWV heeft de ambitie om per januari 2027 alle teams te laten functioneren als volwaardige SMC's. Per januari 2025 moeten alle teams functioneren als SMC's in de basis op ten minste de succesfactoren voor een SMC, namelijk taakdelegatie, multidisciplinair overleg en goede teamsamenwerking.

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

## 1.2. Onderzoeksmethodiek

### 1.2.1. Wegingskader

Alle sociaal-medische teams van UWV zijn gestart met het invoeren van de ontwerpprincipes die een SMC definiëren. Sommige SMC's staan nog in de beginfase, terwijl andere al vergevorderd zijn. Om de resultaten van de SMC-vorming goed te kunnen duiden, is het belangrijk om rekening te houden met het stadium van de ontwikkeling. Daarvoor is gebruikgemaakt van het wegingskader. Het wegingskader bestaat uit een lijst met verschillende stellingen, die zijn

<sup>6</sup> Gupta Strategists (2022). *Herijking toekomstscenario's en oplossingsrichtingen Sociaal Medisch Beoordelen*. Amsterdam.

<sup>7</sup> Kamerbrief *Toekomst sociaal-medisch beoordelen* (9-4-2021). Referentie 2021-0000057175.

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

<sup>9</sup> Zie bijlage I voor de negen ontwerpprincipes van het SMC.

gebaseerd op de negen ontwerpprincipes. Iedere stelling wordt 'gewogen' door het geven van een cijfer van 1 (nog geen ontwikkeling) tot en met 5 (voldoet volledig). De antwoorden op de stellingen geven een beeld van de fase waarin het SMC zich bevindt bij de invoering van de ontwerpprincipes. Het wegingskader wordt ingevuld door professionals van het sociaal-medische team.

Op basis van de antwoorden op de stellingen zijn de SMC's verdeeld in groepen: teams in ontwikkeling en SMC's in de basis. Volwaardige SMC's zijn er in 2024 op dit moment nog niet. De antwoorden op stellingen over multidisciplinaire besprekingen, taakdelegatie en taakondersteuning, teamontwikkeling, eigenaarschap en verandervermogen hebben extra gewicht gekregen. Een verdiepende analyse<sup>10</sup> wijst namelijk uit dat dit kritische factoren zijn voor het succes van een SMC.

### 1.2.2. 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 januari tot en met april 2024:

- 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, bestaande uit de gemiddelde verzuimduur en het percentage WIA-afwijzingen van vangnetters.

We vergelijken de prestaties op totaalniveau in deze periode met dezelfde maanden één jaar eerder. De prestaties van de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling in 2023 zijn niet geheel vergelijkbaar met de cijfers over 2024.

### 1.2.3. Medewerkerstevredenheid

Medewerkerstevredenheid wordt gemeten aan de hand van resultaten uit een enquête onder uitvoerend medewerkers van de divisie Sociaal-medische zaken die werken in SMC's. Daarnaast zijn ook medewerkers verzuimbeheersing van de divisie Uitkeren bevroegd, omdat zij ook werken in SMC's. Dit werkbelevingsonderzoek is uitgezet door de afdeling Human Resource Management van de divisie SMZ in de periode 6 mei tot en met 24 mei 2024. Om de medewerkerstevredenheid te monitoren, 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 dual 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 het werken in een SMC?

De resultaten van SMC's in de basis worden vergeleken met die van teams in ontwikkeling. Daarnaast wordt ook gekeken naar de verschillen op functionarisniveau.

### 1.2.4. Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheid wordt gemeten aan de hand van resultaten uit een enquête onder Ziektewet- en WIA-clieënten 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

We vergelijken de resultaten van de SMC's in de basis met de resultaten van de teams in ontwikkeling. Voor deze vergelijking wordt gekeken naar alle cliënten die na 1 januari 2022 zijn geholpen door een SMC in de basis of team in ontwikkeling. Daarbij wordt ook gekeken of ze zijn geholpen in de context van de Ziektewet of de WIA.

### 1.2.5. Kwaliteit

Om de kwaliteit in kaart te brengen hebben 11 onafhankelijke districtsteams 330 dossiers (165 dossiers van SMC's in de basis en 165 van teams in ontwikkeling) onderzocht op de volgende aspecten:

- De kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode.
- De kwaliteit van de Ziektewet-beoordeling.
- De kwaliteit van de WIA-claimbeslissing.
- De kwaliteit van de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong.

De resultaten van de dossiers van de SMC's in de basis worden vergeleken met die van de teams in ontwikkeling om te kijken of er verschillen zijn in de kwaliteit van dienstverlening.

---

<sup>10</sup> Kamerbrief *Voortgangsbrief sociaal-medisch beoordelen* (21-5-2024). Referentie 2024-0000145831.

### 1.3. Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd: in hoofdstuk 2 bespreken we de ontwerpprincipes die de basis vormen voor de SMC's en de ontwikkeling die de SMC's hebben gemaakt. 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 conclusies.

## 2. De ontwerpprincipes en de ontwikkeling tot SMC

*Het sociaal-medisch centrum is gebaseerd op negen ontwerpprincipes. Alle 103 sociaal-medische teams zijn gestart met het invoeren van de ontwerpprincipes, maar de stadia van ontwikkeling verschillen. Om de ontwikkeling van de teams te monitoren heeft UWV een wegingskader opgesteld dat bestaat uit stellingen die gekoppeld zijn aan de ontwerpprincipes. De resultaten uit het wegingskader laten zien dat er negentig teams in ontwikkeling en dertien SMC's in de basis zijn. Er zijn nog geen volwaardige SMC's.*

### 2.1. Inleiding

Het sociaal-medisch centrum 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 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 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 met taakondersteuning en -delegatie.
7. Het SMC wordt dual 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 bijlage I worden de ontwerpprincipes verder toegelicht.

In 2023 waren er negen SMC's als proeftuin gestart met het invoeren van de ontwerpprincipes. Een jaar later zijn alle sociaal-medische teams gestart met de ontwikkeling tot volwaardig SMC. De mate waarin de teams zich hebben ontwikkeld verschilt. Om te bepalen waar de teams in 2024 staan, heeft UWV een wegingskader opgesteld dat gebaseerd is op de negen ontwerpprincipes. Op basis van het wegingskader worden drie stadia in de ontwikkeling onderscheiden: team in ontwikkeling tot SMC, SMC in de basis, en volwaardig SMC. In het eerste kwartaal van 2024 zijn de 103 teams als volgt verdeeld:

- 90 teams zijn teams in ontwikkeling tot SMC.
- 13 teams zijn of staan dicht bij het niveau van een SMC in de basis.
- Er zijn nog geen volwaardige SMC's.

In paragraaf 2.2 lichten we het wegingskader verder toe. Bij de drie stadia van ontwikkeling wordt meer gewicht gegeven aan de ontwerpprincipes die essentieel blijken te zijn voor het succes van een SMC. Die bespreken we in paragraaf 2.3.

### 2.2. Het wegingskader voor de transformatie tot volwaardig SMC

Het wegingskader<sup>11</sup> bestaat uit een lijst met verschillende stellingen, die zijn gebaseerd op de negen ontwerpprincipes. In bijlage II is het wegingskader opgenomen. Iedere stelling wordt gewogen door het geven van een cijfer van 1 (nog geen ontwikkeling) tot en met 5 (voldoet volledig). De antwoorden op de stellingen geven een beeld van de fase waarin het SMC zich bevindt bij de invoering van de ontwerpprincipes.

Het wegingskader wordt tijdens een gesprek met het team besproken. In het district kunnen afspraken worden gemaakt over welke leden van het team bij die weging worden betrokken. Dat kunnen de duale managers van het team zijn, de adviseurs, de teamleden zelf en de districtsmanagers. De districtsmanager Arbeid & gezondheid begeleidt het wegingsproces.

Door het wegingskader periodiek te gebruiken, kan de voortgang van de ontwikkeling worden gemonitord, kunnen acties worden benoemd en kunnen plannen eventueel worden bijgesteld. Bovendien geeft het wegingskader een landelijk beeld over de voortgang en de ontwikkelingsstadia van SMC-vorming en biedt het een consistent referentiekader op team-, districts- en landelijk niveau. In het eerste kwartaal van 2024 hebben alle teams een weging gedaan.

<sup>11</sup> Voor dit rapport is wegingskader versie 1.21 uit februari 2024 gehanteerd.

## 2.3. Verdiepende analyse naar succesfactoren van SMC's

Na de evaluatie van 2023<sup>12</sup> heeft de divisie Sociaal-medische zaken in samenwerking met adviesbureau EY een verdiepend onderzoek<sup>13</sup> uitgevoerd naar de succesfactoren van een goedlopend SMC. Hierbij is gekeken naar elementen die een positieve invloed hebben op de productiviteit en op medewerkerstevredenheid in het team.

De succesfactoren zijn onderzocht door middel van het toetsen van hypothesen onder medewerkers, zowel individueel via interviews als in groepssessies. De medewerkers werkten bij acht verschillende teams, verspreid over zeven districten, die zich in verschillende fasen van ontwikkeling tot een SMC bevonden. Dit zorgt voor voldoende representatieve uitkomsten. Daarnaast zijn gegevens over de productiviteit en teamsamenstelling van de SMC's die meededen aan het onderzoek verzameld. De data zijn gebruikt om de inzichten uit de interviews en groepssessies aan te vullen.

Uit het verdiepend onderzoek zijn de volgende succesfactoren naar voren gekomen.

In een goedlopend SMC:

- ... zijn er wekelijks fysieke multidisciplinaire besprekingen waarbij volledige dossiers ingebracht worden om zo gezamenlijk te bepalen welke functionaris aan kop gaat.
- ... staat het team positief tegenover taakdelegatie en -ondersteuning en werkt men actief aan het continu optimaliseren van de inzet van sociaal-medisch verpleegkundigen en medisch secretaresses.
- ... voelen de medewerkers de urgentie om te veranderen. Ze tonen eigenaarschap en streven naar gezamenlijk succes. Ook voelen ze vertrouwen vanuit het management in de transformatie naar SMC.

De divisie SMZ gebruikt deze succesfactoren om de verandering naar SMC's focus te geven en passende begeleiding te bieden tijdens deze verandering. Het doel is dat alle teams in staat zijn om, via het stadium van SMC in de basis, zelfstandig door te kunnen ontwikkelen tot volwaardige SMC per 1 januari 2027.

## 2.4. Indeling van SMC's naar ontwikkelingsstadium

De succesfactoren die uit de verdiepende analyse naar voren komen raken aan verschillende ontwerpprincipes en stellingen uit het wegingskader. Tabel 2.1 laat het verband tussen deze aspecten zien.

**Tabel 2.1 Succesfactoren en bijbehorende ontwerpprincipes en stellingen uit het wegingskader**

Succesfactor	Ontwerpprincipe	Stelling uit het wegingskader
Multidisciplinaire besprekingen	1 Cliënt centraal	Elk SMC heeft multidisciplinaire besprekingen, waarbinnen triage wordt toegepast voor een optimale en efficiënte dienstverlening. Cliënten met een gewijzigde (medische) situatie of bij wie de voortgang stagneert, worden zo nodig opnieuw in een multidisciplinaire bespreking ingebracht.
	4 Medewerkers van alle disciplines	Het SMC is een multidisciplinair team dat elkaar in kleinere groepen ontmoet in multidisciplinaire besprekingen. De teams hebben (minimaal tweewekelijks, fysiek) een multidisciplinaire bespreking, waarin aan de hand van triage de juiste route en processtappen worden bepaald voor de cliënt.
Taakondersteuning en -delegatie	6 Taakondersteuning en -delegatie	Minimaal een kwart tot de helft van de verzekeringsartsen en aiossen in het SMC werken met taakdelegatie conform de laatste versie van de Handreiking Taakdelegatie en Taakondersteuning (taakdelegatie naar SMV). Alle VA's, aiossen, aniossen in het SMC werken met taakondersteuning conform de laatste versie van de Handreiking Taakdelegatie en Taakondersteuning (taakondersteuning door MS). De samenwerking tussen artsen en MS'en/SMV's is vastgelegd in afsprakenets. De SMV's en MS'en zijn inzetbaar voor meerdere VA's. De SMV's hebben een breed takenpakket inclusief claim.
Verandering, eigenaarschap en vertrouwen	Meerdere ontwerpprincipes	Teamleden zijn op de hoogte van de negen ontwerpprincipes en hebben goed begrip van wat werken in een SMC inhoudt. Het team staat minimaal een keer per kwartaal met elkaar stil bij wat werken in een SMC inhoudt. Teamleden staan open voor het werken in een SMC en zijn in staat om de oude werkwijzen los te laten. Teamleden zijn enthousiast over het werken in een SMC. Teamleden geloven in de verandering en dragen er actief aan bij.

<sup>12</sup> Lammers, M., Klaasse, E. & Vries, M. de (2023). *Evaluatie sociaal-medische centra. Inzicht in de prestaties van de eerste negen proeftuinen*. Amsterdam: UWV.

<sup>13</sup> Kamerbrief Voortgangsbrieff sociaal-medisch beoordelen (21-5-2024). Referentie 2024-0000145831.



**Tabel 2.1 (vervolg) Succesfactoren en bijbehorende ontwerpprincipes en stellingen uit het wegingskader**

Succesfactor	Ontwerpprincipe	Stelling uit het wegingskader
Team(ontwikkeling)	Meerdere ontwerpprincipes	Teamleden zoeken elkaar op, staan open voor elkaars ideeën en helpen elkaar.
		Teamleden voelen zich veilig om elkaar aan te spreken.
		Er worden regelmatig (meerdere keren per jaar) activiteiten georganiseerd ten behoeve van teamontwikkeling.
		Het team werkt vanuit gezamenlijke teamwaarden en staat ook regelmatig (meerdere keren per jaar) stil bij deze waarden.
		Teamleden streven continu naar een betere dienstverlening.
		Binnen het team is er gedeelde besluitvorming waarbij ieders mening wordt meegewogen.
		Teamleden zijn betrokken. Ze leven, denken en voelen met elkaar mee.

Voor het indelen van de SMC's naar de drie stadia van ontwikkeling is primair gekeken naar de scores op de stellingen uit het wegingskader die raken aan de succesfactoren. Een team wordt beschouwd als SMC in de basis als het voldoet aan het volgende:

- Het team moet minimaal een 4 (ontwikkeling in vergevorderd stadium) scoren op de criteria die gekoppeld zijn aan de succesfactoren.
- Het team moet minimaal een 3 (ontwikkeling halverwege) scoren op alle overige criteria.

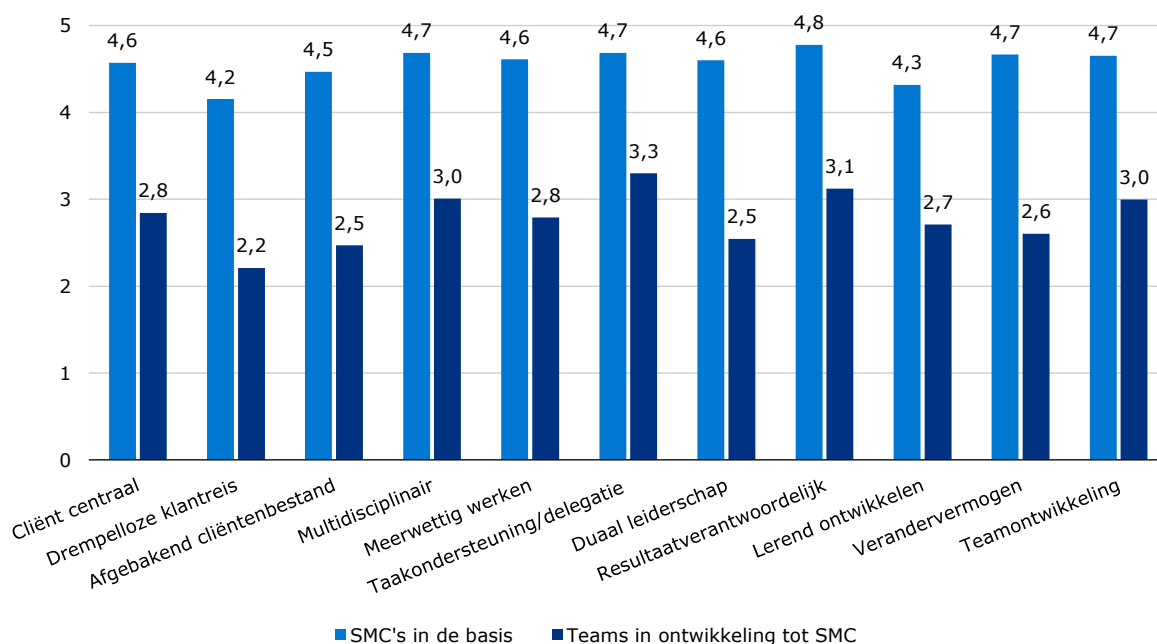
Teams die lager scoren zijn ingedeeld als team in ontwikkeling. Er zijn in 2024 nog geen teams die op alle stellingen uit het wegingskader een 5 (voldoet volledig) scoren. De 13 SMC's in de basis zijn:

- 1 team uit Alkmaar
- 1 team uit Assen
- 1 team uit Dordrecht
- 1 team uit Emmen
- 1 team uit Groningen
- 4 teams uit Heerlen
- 1 team uit Hengelo
- 2 teams uit Rotterdam
- 1 team uit Utrecht

Figuur 2.1 laat zien dat de SMC's in de basis gemiddeld ruim boven de 4 scoren op de ontwerpprincipes, aangevuld met verandervermogen en teamontwikkeling. Bij de drempelloze klantreis (score 4,2) en lerend ontwikkelen (4,3) is de meeste ruimte voor ontwikkeling tot een volwaardig SMC, terwijl resultaatverantwoordelijkheid (4,8), multidisciplinair werken, taakondersteuning en -delegatie, verandervermogen en teamontwikkeling (alle 4,7) al vergevorderd zijn bij de SMC's in de basis.

Bij de teams in ontwikkeling liggen de scores tussen de 2 (ontwikkeling is gestart) en 3 (ontwikkeling is halverwege). Net als bij SMC's in de basis zien we dat de drempelloze klantreis (2,2) het minst gevorderd is. De teams in ontwikkeling zijn het verst gevorderd met het invoeren van taakondersteuning en -delegatie (3,3) en resultaatverantwoordelijkheid (3,1).

**Figuur 2.1 Gemiddelde scores op de ontwerpprincipes van SMC's in de basis en teams in ontwikkeling**



# 3. Kwantiteit van de dienstverlening

*De SMC's in de basis presteren op diverse onderdelen beter dan de teams in ontwikkeling. De tijdigheid van de beoordelingen en beslissingen is hoger en het percentage wachtende cliënten lager. Bij de Ziektewet-arbodienstverlening zien we dat het ziekteverzuim van vangnet-clënten van SMC's in de basis een maand korter is. De productie per arts is ook hoger. Dat geeft aan dat de arts efficiënter wordt ingezet. De productiviteit van het team is vergelijkbaar tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. De hogere prestaties van SMC's in de basis worden mogelijk gemaakt door een groter team. Gemiddeld hebben ze 4,5 fte meer dan teams in ontwikkeling.*

## 3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk laten we de ontwikkelingen van de sociaal-medische centra 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 van 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-arbodienstverlening: de gemiddelde verzuimduur en het percentage afwijzingen voor de WIA van vangnetcliënten.

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 prestatie-indicatoren staan niet los van elkaar. Zo heeft de productie invloed op de tijdigheid van de dienstverlening, de wachtende cliënten en de Ziektewet-arboresultaten. Als de productie toeneemt, dan zal de tijdigheid van de dienstverlening naar verwachting verbeteren, het aantal wachtende cliënten dalen en de Ziektewet-arboresultaten 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, dan zal het aantal wachtende cliënten (op termijn) verminderen en andersom.

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 maandelijkse scores. We vergelijken de prestaties van de SMC's in de basis met de teams in ontwikkeling. De scores worden inzichtelijk gemaakt over de periode januari tot en met april 2024. Waar mogelijk vergelijken we de scores met dezelfde periode in 2023.

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. In paragraaf 3.2 geven we hierover meer informatie. In de paragrafen 3.3 tot en met 3.6 tonen we de prestaties van de vier hierboven genoemde categorieën. Paragraaf 3.7 sluit dit hoofdstuk af met onze bevindingen.

## 3.2. Personeelscapaciteit

De capaciteit bij de divisie Sociaal-medische Zaken is in drie hoofdgroepen functies te verdelen. De teams bestaan uit verzekeringsartsen (inclusief aiossen en aniossen), medewerkers die de artsen ondersteunen en aan wie artsen taken kunnen delegeren en het niet-medische personeel. Tabel 3.1 laat zien hoe de gemiddelde capaciteit is opgebouwd bij de teams in ontwikkeling en bij de SMC's in de basis. SMC's in de basis (34 fte) zijn gemiddeld groter dan teams in ontwikkeling (29,5 fte).

### Artsencapaciteit

De gemiddelde capaciteit van verzekeringsartsen verschilt weinig tussen SMC's in de basis (6,6 fte) en teams in ontwikkeling (6,4 fte). Een verschil van 0,2 fte komt overeen met één dag per week extra van een arts. Als we kijken naar het aandeel fte's van artsen in het hele team, dan zijn de verschillen iets groter. Bij teams in ontwikkeling is het aandeel artsen gemiddeld 22%. Bij SMC's in de basis zijn er in verhouding minder artsen, namelijk 19%. Dat komt doordat de SMC's in de basis groter zijn dan teams in ontwikkeling.

Het aantal aiossen en aniossen maakt veel uit voor de nettocapaciteit. Omdat de aios en anios 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. De SMC's in de basis hebben vrijwel evenveel aiossen en aniossen in dienst als teams in ontwikkeling, waardoor opleidingen en neventaken de vergelijking tussen de twee typen SMC's weinig zullen verstoren.

### Taakondersteuning en taakdelegatie

Taakondersteuning en -delegatie zijn een belangrijk ontwerpprincipe bij de vorming van SMC's. Het werk van de verzekeringsartsen wordt verlicht door de ondersteuning van medisch secretaresses bij administratieve en secretariële werkzaamheden (taakondersteuning). De sociaal-medisch verpleegkundigen voeren sociaal-medische werkzaamheden uit in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts (taakdelegatie). Bij de teams in ontwikkeling bestaat 15% van het personeel uit taakondersteuning en -delegatie. Per fte verzekeringsarts is er gemiddeld 0,7 fte beschikbaar voor ondersteuning en delegatie. Bij de SMC's in de basis ligt deze verhouding hoger, namelijk 0,9 fte per fte arts. De SMC's in de basis zijn dus verder in de uitvoering van dit principe.

### Niet-medisch personeel

De SMC's in de basis hebben niet alleen meer personeel voor taakondersteuning en -delegatie, maar ook meer niet-medisch personeel ten opzichte van de teams in ontwikkeling. Het verschil is 3,1 fte en dit komt vooral doordat SMC's in de basis meer arbeidsdeskundigen (1,5 fte meer) en procesbegeleiders (1,3 fte meer) in dienst hebben.

**Tabel 3.1 Medische capaciteit en teamopbouw van de teams in ontwikkeling en SMC's in de basis**

Brutocapaciteit in fte's	SMC's in de basis	Teams in ontwikkeling
<b>Artsen</b>	<b>6,6</b>	<b>6,4</b>
Verzekeringsarts	3,6	3,4
Aios en anios	2,9	3,0
<b>Taakondersteuning en -delegatie</b>	<b>5,8</b>	<b>4,4</b>
Medisch secretaresse	2,4	1,7
Sociaal-medisch verpleegkundige	3,2	2,7
Overig medisch personeel	0,2	0,0
<i>fte's ondersteuning en taakdelegatie per fte arts</i>	<i>0,9</i>	<i>0,7</i>
<b>Niet-medisch personeel</b>	<b>21,8</b>	<b>18,7</b>
Arbeidsdeskundige	8,4	6,9
Paramedicus	0,2	0,0
Teamondersteuner	4,7	4,4
Procesbegeleider	5,5	4,2
Re-integratiebegeleider	3,1	3,2
<b>Totaal aantal fte's</b>	<b>34,0</b>	<b>29,5</b>
<b>Aandeel fte per functietype</b>		
Artsen	19%	22%
Taakondersteuning en -delegatie	17%	15%
Niet-medisch personeel	64%	63%

## 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 (betaalde fte's) mag worden verwacht. De landelijke norm is 70%.<sup>14</sup> Hoe hoger de score, hoe beter. Er waren vooraf geen verwachtingen dat een SMC in de basis anders op teamproductiviteit zou presteren dan een team in ontwikkeling. De verwachting is dat de productie toeneemt als gevolg van taakondersteuning en -delegatie, maar ook dat daarvoor meer professionals nodig zijn (en relatief minder verzekeringsartsen). De productiviteit van het team als geheel is dan dus niet per se efficiënter.

Onder productie vallen alle handelingen die de divisie Sociaal-medische zaken verricht. Er worden meer dan honderd handelingen onderscheiden, zoals WIA-claimbeoordelingen, eerstejaars Ziektewet-beoordelingen, herbeoordelingen, advies voor beschut 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

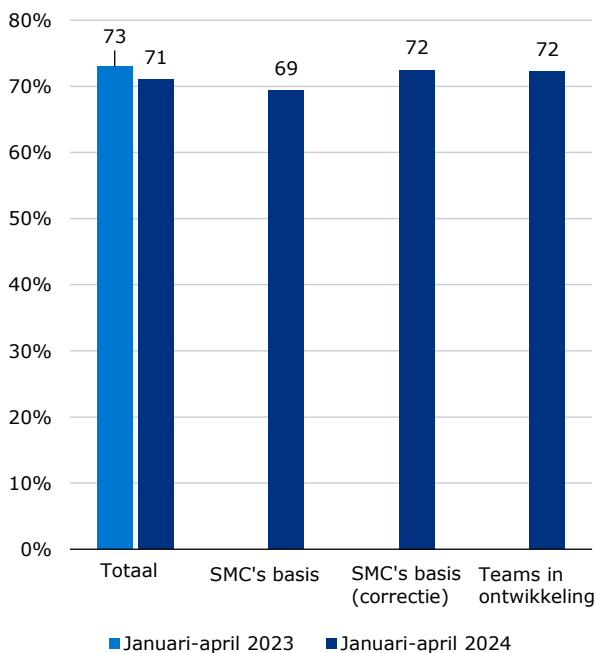
<sup>14</sup> De landelijke norm op basis van fte's die direct inzetbaar zijn voor de productie (netto-fte's) is 100%. Een productiviteit van 100% in netto-fte's betekent dat precies de verwachte productie wordt behaald.

omvangrijk tijdbestedingsonderzoek van SMZ. Vervolgens wordt het aantal fte's volgens de normtijden gedeeld door het daadwerkelijke aantal betaal-fte's. Dit werkelijke aantal betaal-fte's is inclusief 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, zowel bij de teams in ontwikkeling als de SMC's in de basis.

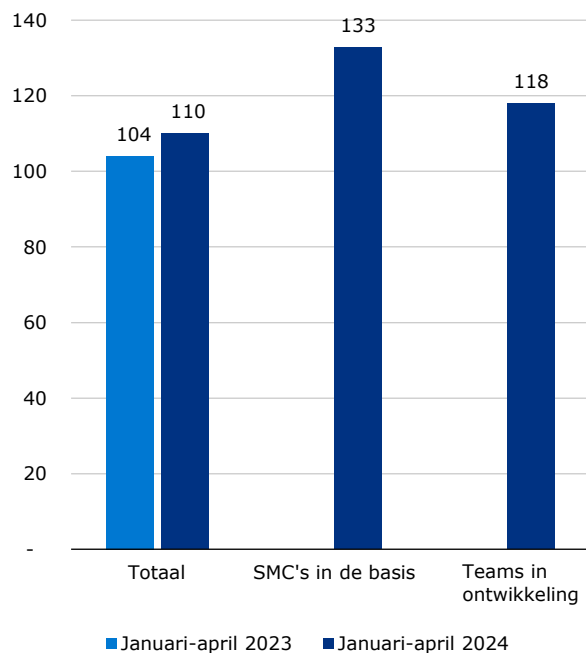
In figuur 3.1 a is te zien dat de productiviteit in de eerste vier maanden van 2024 bijna gelijk is aan dezelfde periode in 2023. De teams in ontwikkeling hebben gemiddeld zo'n 3 procentpunt hogere productiviteit dan de SMC's in de basis. Dit heeft vermoedelijk meerdere oorzaken. Ten eerste wordt bij SMC's in de basis meer ingezet op de ontwikkeling van medisch personeel. Een deel van de capaciteit kan dus niet ingezet worden voor productie. Ten tweede worden de cijfers vertekend doordat een aantal SMC's meehelpt bij het terugdringen van achterstanden bij andere SMC's. Productie wordt geteld bij de SMC waar de cliënten zijn geregistreerd, terwijl een ander SMC de medische handeling heeft verricht. Het kantoor dat de meeste hulp heeft geleverd aan een ander team, is een SMC in de basis. In de periode januari tot en met april heeft dat kantoor geholpen bij 540 beoordelingen van andere kantoren. Dit gaat ten koste van de 'eigen' productie van het kantoor dat bijspringt. In figuur 3.1 a is daarom een correctie toegepast voor deze vertekening. Wanneer de productiviteit voor hulp aan andere SMC's wordt gecorrigeerd, dan is de productiviteit van beide categorieën SMC's gelijk (72%).

**Figuur 3.1 Productiviteit en productie team**

a) Ingezette brutocapaciteit t.o.v. geleverde capaciteit



b) Productie gerekend in aantal WIA-equivalenten\*



\* De productie in WIA-equivalenten op totaalniveau is niet helemaal vergelijkbaar met de productie van teams in ontwikkeling en SMC's in de basis. De totale productie is gemiddeld lager dan de productie van de afzonderlijke groepen SMC's. Dit komt doordat er op totaalniveau meer wordt geteld dan alleen de productie van de SMC's, zoals overhead.

Wanneer we alleen naar de absolute productie kijken, dus het aantal geholpen cliënten, dan ontstaat er een ander beeld. Om de productie van de verschillende SMC's vergelijkbaar te maken, zijn alle verschillende handelingen vertaald naar een WIA-equivalent: dat is het aantal fte's dat volgens de normtijden nodig is voor een handeling ten opzichte van het aantal fte's dat nodig is voor een WIA-beoordeling. De productie in aantal WIA-equivalenten is overigens niet gecorrigeerd voor hulp aan andere SMC's.

Vergeleken met vorig jaar is de productie gestegen van 104 naar 110, een groei van 6%. Als we kijken naar de prestaties van de teams in 2024, dan valt op dat de SMC's in de basis gemiddeld 15 WIA-beoordelingen meer per maand verrichten dan teams in ontwikkeling. Dit is een 13% hogere productie. De hogere productie is mogelijk doordat de SMC's in de basis 1,3 fte meer taakondersteunend en -gedelegeerd personeel en 3,1 fte meer niet-medisch personeel tot hun beschikking hebben. De omvang van een SMC in de basis is daarmee gemiddeld 15% groter en dat leidt tot een vrijwel even grote productiegroei (13%).

### 3.4. Productie per arts

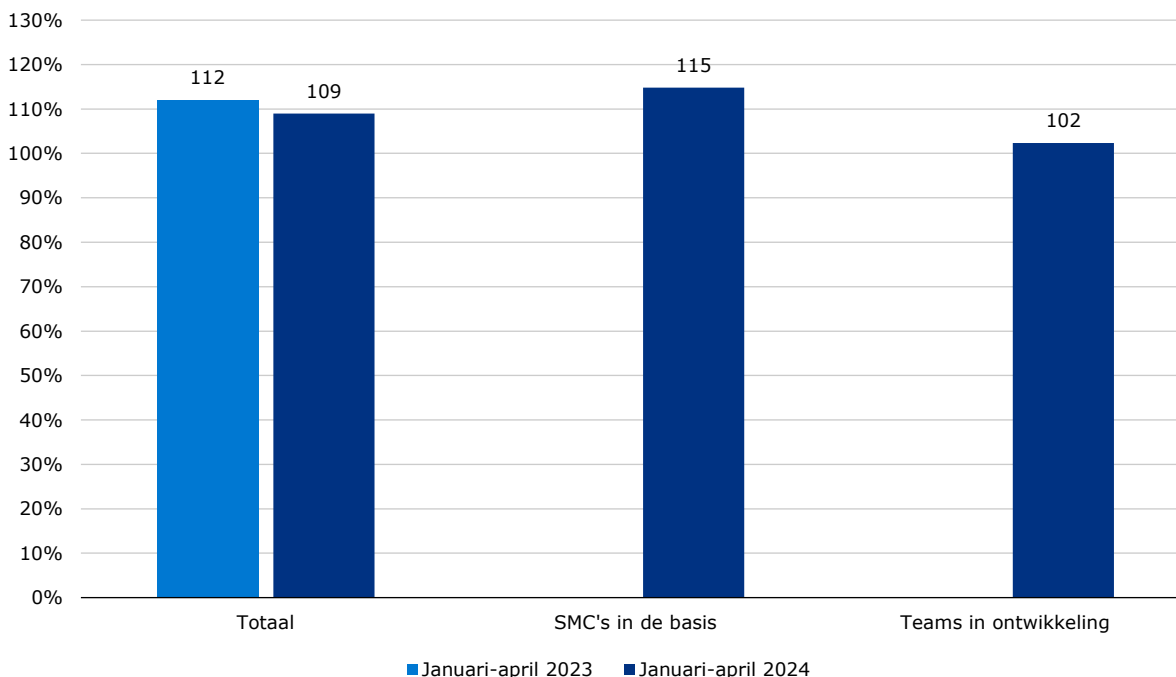
Behalve de productie ten opzichte van de totale capaciteit (alle functionarissen) brengen we ook de totale productie ten opzichte van de capaciteit aan verzekeringsartsen, inclusief aiossen en aniossen, in beeld. Dit laat zien in hoeverre de tijd van de verzekeringsarts efficiënt wordt gebruikt. De verwachting is dat de productie per arts dankzij taakondersteuning en -delegatie in een SMC in de basis hoger is dan in een team in ontwikkeling. Dit zorgt er immers voor dat medisch secretaresses en sociaal-medisch verpleegkundigen de artsen meer werk uit handen nemen waardoor

die meer cliënten kan helpen. Hierbij rekenen we met netto-fte's, namelijk het aantal fte's exclusief de uren die worden besteed aan het volgen van opleidingen en andere uren die niet aan de productie worden besteed.<sup>15</sup> In de cijfers zien we inderdaad een hogere productie per arts bij de SMC's in de basis. Die ligt op gemiddeld 115% over de periode januari tot en met april 2024, wat 13 procentpunt hoger is dan de productie per arts van teams in ontwikkeling. Het aantal fte's van artsen verschilt weinig tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. De cijfers geven aan dat de artsen in de SMC's in de basis efficiënter worden ingezet dan bij de teams in ontwikkeling.

Vergeleken met een jaar eerder is de totale productie per arts licht gedaald. Dat komt vermoedelijk doordat de SMC's veel taakgedelegeerd en taakondersteunend personeel hebben geworven. Tussen 2023 en 2024 is de totale personeelscapaciteit met 120 fte's toegenomen, waarvan bijna 80 fte's medisch secretaresses en sociaal-medisch verpleegkundigen. Het nieuwe personeel moet goed ingewerkt worden voordat zij volledig inzetbaar zijn.

### Figuur 3.2 Productie per arts

Ingezette nettocapaciteit van artsen t.o.v. geleverde capaciteit van het team



## 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>16</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 door de som van alle beoordelingen en beslissingen. Hoe hoger de score, hoe beter. De verwachting is dat SMC's in de basis een hogere tijdigheid kunnen realiseren dan teams in ontwikkeling.

De gemiddelde tijdigheid van de beoordelingen is 39% in de eerste vier maanden van 2024 (figuur 3.3 a). Dat is lager dan vorig jaar, toen de gemiddelde tijdigheid 46% was. De tijdigheid staat onder druk, omdat het aantal WIA-aanvragen aan het eind van 2023 sterk is toegenomen. In het vierde kwartaal van 2023 waren er 21% meer aanvragen dan in hetzelfde kwartaal van 2022.<sup>17</sup> Bovendien heeft UWV ervoor gekozen om cliënten die al een tijd wachten op een beslissing voorrang te geven. Dit werkt door in het percentage tijdige beoordelingen in 2024.

De tijdigheid van de beoordelingen in de SMC's in de basis is gemiddeld 68% en is vrij stabiel over de gemeten periode januari-april 2024. Dat is beduidend hoger dan de tijdigheid van teams in ontwikkeling. Die lag aan het einde van die periode op 34%. Dit geeft aan dat de SMC's in de basis hun cliëntenbestand gemiddeld beter beheersen dan de teams in ontwikkeling.

De hogere tijdigheid wordt bij de SMC's in de basis enigszins vertekend doordat relatief veel SMC's in de basis zij die meer dan 70% beoordelingen voor de Participatiewet uitvoeren. De tijdigheid van beoordelingen voor de Participatiewet

<sup>15</sup> Bij de productiviteit van het team gebruiken we bruto-fte's, omdat de netto-fte's van de overige medewerkers minder betrouwbaar geregistreerd worden dan de netto-fte's van de artsen.

<sup>16</sup> Vraaggestuurde herbeoordelingen zijn beoordelingen die aangevraagd kunnen worden door de werkgever (inclusief eigenrisicodragers), de cliënt, divisie Werkbedrijf, divisie Uitkeren en divisie Handhaving.

<sup>17</sup> UWV (2024). Volumeontwikkelingen voorjaar 2024. Duiding van ontwikkelingen in de sociale zekerheid. UWV Kennisverslag 2024-3, Amsterdam.

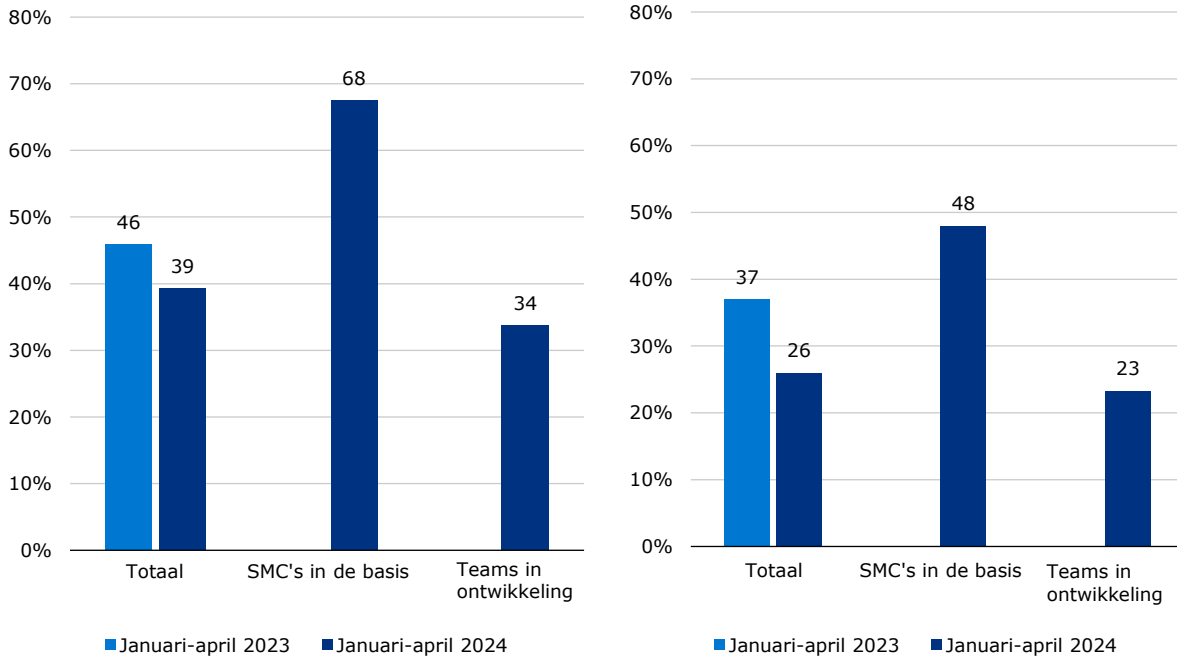
is beduidend hoger dan de tijdigheid van WIA-beoordelingen. In de periode januari-april 2024 is 82% van de beoordelingen voor de Participatiewet tijdig verricht. Deze beoordeling wordt op een andere manier gedaan dan de WIA-beoordeling en de verhouding tussen het aantal gevraagde beoordelingen en de capaciteit kan anders zijn dan bij de WIA. Daardoor zijn de prestaties van teams die de Participatiewet uitvoeren op het gebied van tijdigheid lastig vergelijkbaar met teams die WIA-beoordelingen verrichten. Daarom kijken we ook naar de tijdigheid van alleen de WIA-beoordelingen (figuur 3.3 b).

Ook als we alleen de tijdigheid van WIA-beoordelingen in beschouwing nemen, dan slagen SMC's in de basis er beter in om een tijdige beslissing te nemen. Het verschil is groot: het percentage tijdige WIA-beoordelingen is bij SMC's in de basis tweemaal zo hoog.

**Figuur 3.3 Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen**

a) *Tijdigheid alle beoordelingen*

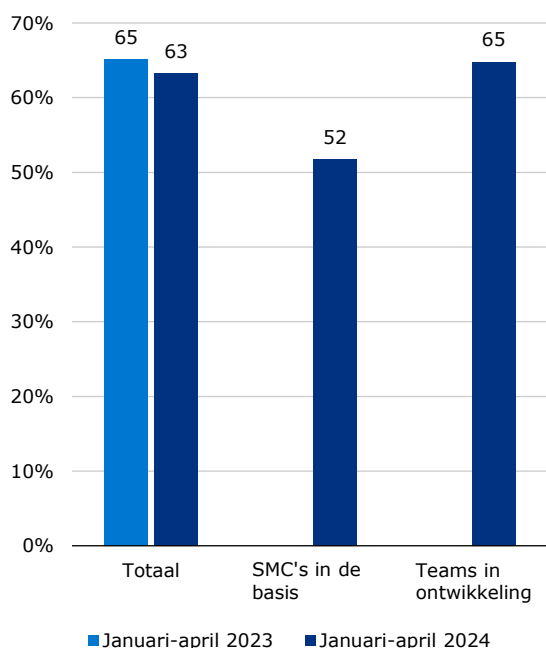
b) *Tijdigheid WIA-beoordelingen*



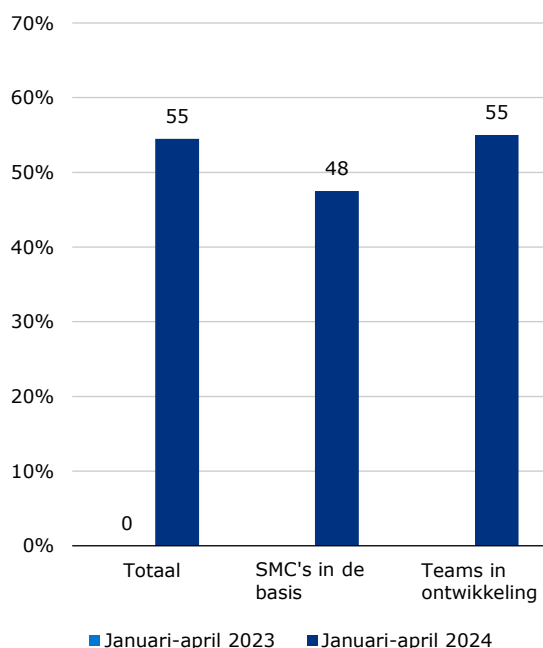
### 3.6. Wachtende cliënten

De prestatie-indicator wachtende cliënten 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 door de som van alle wachtende cliënten. 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 a toont de scores van beide categorieën SMC's.

**Figuur 3.4 Percentage wachtende cliënten**  
a) Alle wachtende cliënten



b) Wachtende cliënten WIA-beoordeling



Het aandeel cliënten dat op een beoordeling moet wachten bij SMZ is hoog. Bij de SMC's in de basis is het aandeel wachtende cliënten 52%. Aan de andere kant ligt het aandeel wachtende cliënten bij teams in ontwikkeling 13 procentpunt hoger. Figuur 3.4 b laat het percentage cliënten zien dat wacht op een WIA-beoordeling. Ook in deze figuur is te zien dat de SMC's in de basis beter scoren dan de teams in ontwikkeling.

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, dan kan het aantal wachtende cliënten (op termijn) dalen. Dat zien we duidelijk terug in de scores van de SMC's. Het valt echter op dat het aandeel wachtende cliënten tussen 2023 en 2024 licht gedaald is, terwijl de tijdigheid van de beoordelingen ook daalt. Dat is het gevolg van de keuze om cliënten die al een tijd wachten op een beslissing voorrang te geven. De achterstand in WIA-beoordelingen neemt daardoor af, maar het kan wel betekenen dat recente aanvragen niet op tijd behandeld worden, waardoor de tijdigheid daalt.

### 3.7. Ziektewet-arbodienstverlening

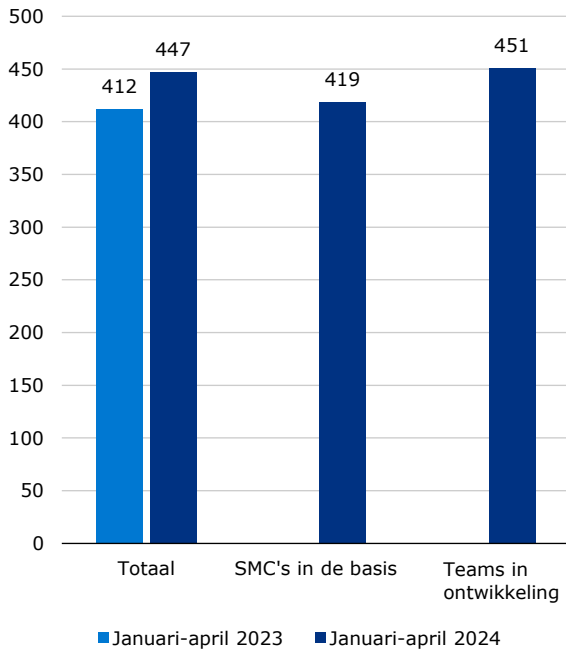
De laatste prestatie-indicatoren geven inzicht in de resultaten voor de Ziektewet-arbodienstverlening. De metingen betreffen de verzuimduur en het percentage WIA-afwijzingen voor vangnetcliënten. In de SMC-evaluatie van 2023 werden deze twee indicatoren gewogen tot één prestatie-indicator Ziektewet-arbodienstverlening. In deze evaluatie kiezen we ervoor om de prestaties op de twee onderdelen apart te laten zien, omdat zij allebei op zichzelf belangrijke indicatoren zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening in de Ziektewet.

Hoe lager de gemiddelde verzuimduur en het afwijzingspercentage voor de WIA, hoe beter. Naar verwachting zouden de SMC's in de basis beter op deze onderdelen moeten scoren dan teams in ontwikkeling. De aanname is dat SMZ de verzuimduur kan verkorten door op tijd vangnetcliënten 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 indicatoren zeggen niets over in hoeverre cliënten die zijn uitgestroomd weer aan het werk zijn.

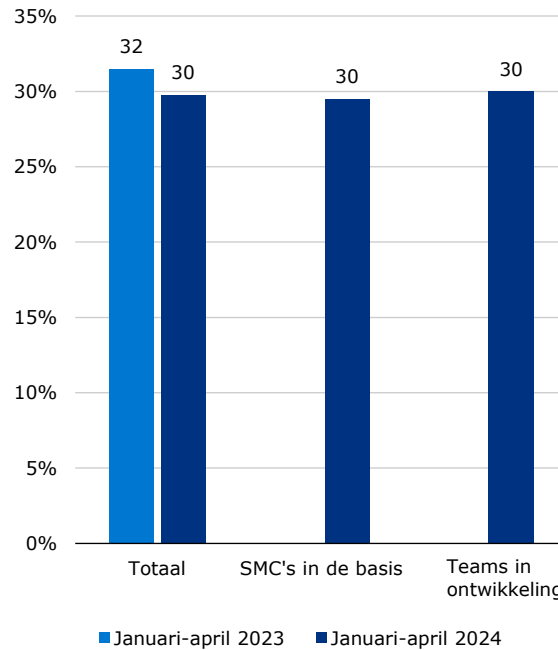
De invloed van SMZ op het beperken van de verzuimduur is niet onderzocht. Hiervoor zijn andere onderzoeksmethoden nodig. De verzuimduur wordt namelijk door veel meer factoren beïnvloed dan alleen de productie van SMZ. De samenstelling van de cliënten in de Ziektewet, zoals leeftijd en diagnose, speelt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

**Figuur 3.5 Ziektewet-arbodienstverlening**

a) Gemiddelde verzuimduur in dagen



b) Percentage WIA-afwijzingen van vangnetcliënten



In figuur 3.5 a zien we dat het gemiddeld aantal verzuimdagen van vangnetcliënten in de eerste vier maanden van 2024 is toegenomen vergeleken met dezelfde periode in 2023. Dit heeft te maken met de toetreding van enkele grote uitzendbureaus tot het eigenrisicodragerschap voor de Ziektewet en de nieuwe cao voor uitzendkrachten per 1 juli 2023. Vanaf die datum wordt een uitzendovereenkomst met uitzendbeding niet automatisch beëindigd bij ziekte. Het gevolg is dat uitzendkrachten vaak al hersteld zullen zijn voordat hun uitzendovereenkomst afloopt. Zij komen dan niet meer bij UWV voor de aanvraag van een Ziektewet-uitkering en dienstverlening. Het aantal zieke vangnetters met een korte verzuimduur in de Ziektewet zal afnemen, waardoor de gemiddelde verzuimduur toeneemt.

De SMC's in de basis scoren op gemiddelde verzuimduur beter dan de teams in ontwikkeling. Bij SMC's in de basis is de verzuimduur van vangnetcliënten gemiddeld 419 dagen. Bij teams in ontwikkeling is de verzuimduur 451 dagen, een verschil van één maand.

Er is geen verschil in percentage afwijzingen van WIA-aanvragen tussen beide categorieën SMC's (zie figuur 3.5 b). Hierbij moet worden opgemerkt dat acht van de dertien SMC's in de basis Ziektewet-arbodienstverlening uitvoeren, waardoor de cijfers over een beperkt aantal SMC's gaan. Op totaalniveau zien we een kleine verbetering van het afwijzingspercentage: in de eerste vier maanden van 2023 werd 32% van de aanvragen van vangnetcliënten afgewezen, een jaar later is dat 30%.

### 3.8. Kernbevindingen

Als we de resultaten van de SMC's in de basis vergelijken met de teams in ontwikkeling, dan valt het volgende op:

- De productiviteit van beide categorieën SMC's ligt op hetzelfde niveau (gemiddeld 72%). Als we kijken naar de absolute productie, dan produceren SMC's in de basis meer dan teams in ontwikkeling. Dat wordt mogelijk gemaakt doordat SMC's in de basis meer personeel hebben.
- De SMC's in de basis presteren beter op de productie per arts. Dat komt door de effectieve inzet van taakondersteuning en -delegatie, waardoor de artsencapaciteit efficiënter wordt benut.
- SMC's in de basis hebben vrijwel evenveel artsen in dienst als teams in ontwikkeling. Zij worden ondersteund door meer overig (medisch) personeel. Voor taakondersteuning en taakdelegatie is 1,3 fte extra beschikbaar. Daarnaast hebben zij 3,1 extra niet-medisch personeel in dienst, met name meer arbeidsdeskundigen en procesbegeleiders. De grotere omvang van het team (+15%) zorgt voor een vrijwel even hoge productiegroei (+13%) als bij de teams in ontwikkeling.
- SMC's in de basis zijn in staat om vaker tijdige beoordelingen te verrichten en beslissingen af te geven dan gemiddeld. Het percentage tijdige beoordelingen en beslissingen van die SMC's is gemiddeld 68%. Bij teams in ontwikkeling is het percentage veel lager (34%).
- Ook op het aandeel wachtende cliënten scoren SMC's in de basis beter. Het aandeel cliënten dat op een beoordeling wacht is gemiddeld 52%, terwijl dit bij teams in ontwikkeling 65% is. UWV heeft de keuze gemaakt om het inlopen van de WIA-achterstanden prioriteit te geven. Daarom is ook gekeken naar het percentage cliënten dat wacht op een WIA-beoordeling. Ook dan presteren de SMC's in de basis hoger: 48% wachtende WIA-cliënten ten opzichte van 55% bij teams in ontwikkeling.
- Bij de Ziektewet-arbodienstverlening laten de SMC's in de basis lagere verzuimduren zien dan de andere SMC's. Het verschil is gemiddeld één maand minder verzuim. Het percentage afwijzingen van vangnetcliënten voor de WIA is



gelijk. Cijfers van SMC's over de Ziektewet-arbodienstverlening zijn gebaseerd op weinig waarnemingen. Acht SMC's in de basis voeren Ziektewet-arbodienstverlening uit en vijf niet.

Op totaalniveau (alle SMC's) kunnen we de prestaties in de eerste vier maanden van 2024 vergelijken met dezelfde periode in 2023:

- De productie in WIA-equivalenten is toegenomen, omdat de SMC's gemiddeld meer fte's tellen: meer productie met meer personeel. De productiviteit van het team en de productie per arts is licht gedaald. UWV heeft veel sociaal-medisch verpleegkundigen en medisch secretaresses in dienst genomen. Zij moeten goed ingewerkt worden voordat zij volledig inzetbaar zijn.
- De tijdigheid van de beoordelingen is afgenomen in 2024, terwijl het percentage wachtende cliënten ook daalt. Dat komt door de keuze om cliënten die al een tijd wachten op een beslissing voorrang te geven. De achterstand in WIA-beoordelingen neemt daardoor af, maar het kan wel betekenen dat recente aanvragen niet op tijd behandeld worden. De tijdigheid staat ook onder druk door de sterke toename van het aantal aanvragen aan het eind van 2023. In het vierde kwartaal van 2023 waren er 21% meer aanvragen dan in hetzelfde kwartaal van 2022. Dit werkt door in het percentage tijdige beoordelingen in 2024.
- Het gemiddelde ziekteverzuim is langer geworden, vermoedelijk doordat uitzendkrachten minder snel bij UWV een Ziektewet-uitkering aanvragen. De nieuwe cao die per 1 juli 2023 is ingegaan, regelt dat een uitzendovereenkomst met uitzendbeding niet automatisch beëindigd wordt bij ziekte.

## 4. Medewerkerstevredenheid

*De medewerkerstevredenheid is op alle aandachtsgebieden positiever of gelijk in SMC's in de basis vergeleken met teams in ontwikkeling, blijkt uit het werkbelevingsonderzoek. Daarnaast valt op dat de meeste functionarissen op de meeste aandachtsgebieden positief zijn over het werken in een SMC in de basis. Artsen, managers en teamondersteuners in SMC's in de basis zijn het positiefst, zowel in de vergelijking met de teams in ontwikkeling, alsook ten opzichte van de andere functionarissen in het SMC in de basis. Sociaal-medisch verpleegkundigen zijn juist wat kritischer over het werken in een SMC in de basis.*

### 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 van UWV die werken bij een SMC van SMZ, zowel werkzaam als (nog) niet geheel werkzaam volgens de SMC-werkwijze. Ook de medewerkers verzuimbeheersing (divisie Uitkeren) zijn meegenomen in het onderzoek, omdat ook zij werken in SMC-teams. Het onderzoek is uitgezet door de afdeling Human Resource Management van SMZ van 6 mei tot en met 24 mei 2024. De vragenlijst is ingevuld door 1.955 medewerkers, van wie 285 uit de SMC's in de basis, 1.610 uit de teams in ontwikkeling en 45 medewerkers verzuimbeheersing.<sup>18</sup> Het werkbelevingsonderzoek bevatte 32 gesloten vragen en 2 open vragen over diverse thema's, zoals bevoegdheid, werkdruk, het functioneren in een team en leiderschap.<sup>19</sup> De vragenlijst bestaat uit thema's die aansluiten bij de kernwaarden van het werken in een SMC. De respons was 47,7%.

Aan de hand van de resultaten van het werkbelevingsonderzoek worden de SMC's in de basis vergeleken met de teams in ontwikkeling. Daarnaast worden de resultaten ook geanalyseerd per type functionaris, waarbij gekeken wordt naar de werkbeleving van managers, artsen, arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, medewerkers verzuimbeheersing, medisch secretaresses, procesbegeleiders, teamondersteuners en re-integratiebegeleiders. De resultaten zijn gebaseerd op absolute aantallen en het is niet bekend of de verschillen statistisch significant zijn.<sup>20</sup>

De resultaten van het werkbelevingsonderzoek zijn verdeeld in vijf aandachtsgebieden en binnen ieder aandachtsgebied in meerdere stellingen (zie bijlage IV 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 het werken in een SMC?

De verwachting is dat het werken in een SMC een positief effect heeft op deze aandachtsgebieden. In deze 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 en 5) de individuele medewerker zijn of haar professionele kwaliteiten optimaal kan inzetten.

### 4.2. Verschillen werkbeleving SMC's in de basis en teams in ontwikkeling

Hieronder presenteren we de resultaten van het werkbelevingsonderzoek per aandachtsgebied. Alleen de resultaten waarbij het verschil in beoordeling tussen de SMC's in de basis en teams in ontwikkeling groter is dan 0,3 punten worden gepresenteerd. De SMC's in de basis scoren op alle aandachtsgebieden hoger dan teams in ontwikkeling. Op functieniveau worden alleen de belangrijkste verschillen uitgelicht.

Op het gebied van werkbeleving scoren SMC's in de basis op alle aandachtsgebieden hoger of gelijk aan teams in ontwikkeling. Tabel 4.1 tot en met 4.5 tonen de scores per aandachtsgebied. Ook vergelijken we in dit hoofdstuk de resultaten op functionarisniveau tussen de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling. Met uitzondering van de sociaal-medische verpleegkundige zijn alle functionarissen positiever over het werken in een SMC in de basis ten opzichte van teams in ontwikkeling. Sociaal-medisch verpleegkundigen zijn juist kritischer, bijvoorbeeld ook over de

<sup>18</sup> De overige vijftien medewerkers zijn medewerkers die wel werkzaam zijn in de uitvoering van SMZ, maar niet werken in een SMC. Zoals districtsmanagers.

<sup>19</sup> Dit is anders dan het werkbelevingsonderzoek van de SMC-evaluatie uit 2023, waarbij alle professionals die werken bij SMZ zijn bevestigd. Ook zijn er dit jaar iets minder vragen gesteld (32 in plaats van 40), om de professionals zo min mogelijk te belasten. De thema's waarover de vragen zijn gesteld, zijn wel vergelijkbaar met die van vorig jaar.

<sup>20</sup> Het onderzoeksbureau dat het werkbelevingsonderzoek heeft uitgezet, heeft geen statistische significantie meegenomen in de analyse van de resultaten. Dit omdat zij stellen dat resultaten al snel significant zijn bij grote groepen medewerkers. Het analyseren van de absolute verschillen is meestal voldoende om relevante verschillen in medewerkerstevredenheid aan te tonen.

toepassing van taakondersteuning en taakdelegatie. Om extra context te geven aan de resultaten vergelijken we in box 4.1 de resultaten van de verschillende functionarissen binnen de SMC's in de basis. Hier valt op dat managers, teamondersteuners en re-integratiebegeleiders het meest positief zijn over het werken in een SMC in de basis. Sociaal-medisch verpleegkundigen, medisch secretaresses en arbeidsdeskundigen zijn het minst positief.

Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat er grote verschillen zijn tussen de dertien SMC's in de basis onderling. Een verklaring hiervoor is dat meerdere factoren de werkbeleving kunnen beïnvloeden, naast het wel of niet werken in een SMC in de basis. Ook contextfactoren zoals de mate van enthousiasme in het team of wisselingen in management kunnen invloed hebben op de resultaten. We observeren deze variatie niet alleen bij de SMC's in de basis, maar ook bij de teams in ontwikkeling.

#### Box 4.1 Verschillen binnen SMC's in de basis: sommige functiegroepen tevredener dan andere

De SMC's in de basis hebben op alle aandachtsgebieden een gelijke of hogere medewerkerstevredenheid vergeleken met teams in ontwikkeling. Binnen de SMC's in de basis verschilt de mate van werkbeleving van de functionarissen echter op sommige vlakken sterk van elkaar. Om meer duiding te geven aan de resultaten tonen we in deze box de opvallendste verschillen.

Opvallend is dat teamondersteuners, managers, re-integratiebegeleiders en medewerkers verzuimbeheersing over het algemeen een wat hogere medewerkerstevredenheid hebben dan het gemiddelde van de SMC's in de basis. Omdat medewerkers verzuimbeheersing werken bij de divisie Uitkeren, geven de positieve resultaten bij deze groep een indicatie dat het divisieoverstijgend werken goed bevalt. Kritischer zijn juist de arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, medisch secretaresses en procesbegeleiders binnen de SMC's in de basis. Zij scoren lager dan de gemiddelde tevredenheid in de SMC's in de basis. Artsen scoren ongeveer gelijk aan het gemiddelde.

Als we kijken naar de verschillende aandachtsgebieden, dan vallen de volgende zaken op:

- Managers, teamondersteuners en re-integratiebegeleiders zijn positiever dan de andere functionarissen in een SMC in de basis als het gaat om de mate waarin ze de cliënt centraal kunnen stellen. Artsen zijn juist kritischer op dit aandachtsgebied.
- Managers, teamondersteuners, medewerkersverzuimbeheersing en re-integratiebegeleiders zijn wat positiever dan gemiddeld over UWW als organisatie. Arbeidsdeskundigen zijn kritischer; zij vinden bijvoorbeeld de toekomstvisie van het werken in een SMC minder inspirerend.
- Leiderschap wordt positiever ervaren door artsen en teamondersteuners. Managers, medewerkers verzuimbeheersing, medisch secretaresses en procesbegeleiders zijn juist kritischer over het ervaren leiderschap.
- Het teamgericht werken wordt voornamelijk door de teamondersteuners en medewerkers verzuimbeheersing positief beoordeeld. Procesbegeleiders zijn hierover minder positief. Als het gaat om taakdelegatie en -ondersteuning zijn vooral artsen, managers en re-integratiebegeleiders wat positiever dan de andere functionarissen. Medisch secretaresses en procesbegeleiders zijn hierover juist minder positief.
- Op factoren die de individuele medewerker aangaan, scoren de medewerkers verzuimbeheersing en teamondersteuners het hoogst. Zij ervaren meer bevoegenheid in hun werk en een lagere werkdruk vergeleken met de totale groep functionarissen in het SMC in de basis. Sociaal-medisch verpleegkundigen ervaren echter minder bevoegenheid. Daarnaast ervaren medisch secretaresses, re-integratiebegeleiders en arbeidsdeskundigen juist een hogere werkdruk.

### 4.3. Cliënt centraal

De verwachting is dat de medewerkers in SMC's in de basis ervaren dat ze de cliënt centraal kunnen stellen in hun werk. Een van de ontwerpprincipes van een SMC is namelijk dat de cliënt centraal staat en een drempelloze klantreis ervaart. Dit doet een SMC door multidisciplinaire besprekingen waar, door middel van triage, de juiste dienstverlening wordt vastgesteld voor de cliënt.

Uit het werkbelevingsonderzoek blijkt dat medewerkers uit een SMC in de basis inderdaad meer het gevoel hebben de cliënt centraal te kunnen stellen. De stelling *Binnen mijn team staat de cliënt centraal* waarderen zij met een 7,8. Dat is 0,4 hoger dan de 7,4 die medewerkers in de teams in ontwikkeling hiervoor geven. Ook ervaren medewerkers in SMC's in de basis dat SMZ het hen mogelijk maakt om beter rekening te houden met de wensen van de cliënt. Zij geven hier gemiddeld een 6,7. Dat is 0,6 hoger dan de 6,1 die men in de teams in ontwikkeling hiervoor geeft. Tot slot de stelling *Mijn team behandelt cliënten op eerlijke en gelijke wijze*. Medewerkers in SMC's in de basis waarderen dit met een 8,0 ten opzichte van 7,4 in teams in ontwikkeling.

Tabel 4.1 Cliënt centraal: verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling

Cliënt centraal		Score SMC's in de basis	Score teams in ontwikkeling
+	Mijn team behandelt cliënten op een eerlijke wijze	8,0	7,4
+	Binnen mijn team staat de cliënt centraal	7,8	7,4
+	UWW maakt het voor mij mogelijk rekening te houden met de wensen van de cliënt	6,7	5,1

## Hoe stelt het SMC de cliënt meer centraal?

Zoals eerder benoemd is de cliënt centraal stellen een van de ontwerpprincipes van het SMC. Om meer inzicht te krijgen in hoe medewerkers merken dat zij de cliënt meer centraal kunnen stellen in hun werk, is in de vragenlijst een open vraag hierover opgenomen. Uit de reacties blijkt dat multidisciplinaire besprekingen zeer vaak worden genoemd als manier om de cliënt centraal te stellen. Hierin kan besproken worden wat de cliënt nodig heeft, en wat de beste en snelste manier is om de cliënt goed te helpen. Daarnaast voelen de medewerkers ruimte om binnen de regelgeving maatwerk te leveren en de menselijke maat toe te kunnen passen, en worden werkprocessen steeds beter ingericht om de cliënt zo goed en snel mogelijk te bedienen.

---

'We zien onze cliënt als mens, niet als nummer en we bekijken wat die specifieke cliënt nodig heeft.  
Binnen de mogelijkheden wordt altijd gezocht naar de best passende aanpak.' - medewerker SMZ, UWV

---

## Verschillen op functionarisniveau: SMC's in de basis t.o.v. teams in ontwikkeling

Het principe van de cliënt centraal stellen scoort vooral bij managers, sociaal-medisch verpleegkundigen, procesbegeleiders, arbeidsdeskundigen en teamondersteuners in SMC's in de basis hoger dan bij de teams in ontwikkeling. Vooral managers en teamondersteuners van SMC's in de basis geven relatief hoge scores op dit aandachtsgebied vergeleken met de teams in ontwikkeling. Zij hebben bijvoorbeeld sterker het idee dat het team de cliënt op een eerlijke wijze behandelt of dat ze rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt. De andere functiegroepen in SMC's in de basis scoren ook gelijk of beter op dit aandachtsgebied ten opzichte van teams in ontwikkeling.

## 4.4. De organisatie

De verwachting is dat medewerkers binnen SMC's in de basis de organisatie een hogere waardering geven dan medewerkers in de teams in ontwikkeling, omdat zij meer ruimte zouden moeten ervaren voor het inbrengen van nieuwe ideeën en het experimenteren met nieuwe werkwijzen. Dit omdat het principe van lerend ontwikkelen centraal staat binnen een SMC.

Uit het werkbelevingsonderzoek blijkt inderdaad een hogere waardering voor UWV als organisatie bij de SMC's in de basis, ten opzichte van de teams in ontwikkeling. De stelling *De toekomstvisie van het werken in een SMC inspireert mij* wordt door SMC's in de basis met een 6,1 positiever gewaardeerd dan de 5,5 bij team in ontwikkeling. Een vraag die ook onder het thema werkgeverschap valt is de mate waarin ervaren wordt dat SMZ ideeën en suggesties van medewerkers gebruikt om te verbeteren. Ook hierbij zien we bij SMC's in de basis een hogere score, een 6,1 ten opzichte van een 5,5 bij teams in ontwikkeling.

**Tabel 4.2 Organisatie: verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling**

Organisatie	Score SMC's in de basis	Score teams in ontwikkeling
+ De toekomstvisie van het werken in een SMC inspireert mij	6,1	5,5
+ UWV gebruikt de ideeën en suggesties van medewerkers om te verbeteren	6,1	5,5

Om te meten hoe medewerkers aankijken tegen het werkgeverschap van UWV is de eNPS (employee Net Promoter Score) een belangrijke indicator. Die laat zien in welke mate medewerkers UWV zouden aanbevelen als goede werkgever. Hiervoor kan een cijfer tussen 0 en 10 worden geven. De score komt tot stand door het percentage promotors (die cijfer 9 of 10 geven) te verminderen met het percentage criticasters (die cijfer 0 t/m 6 geven). De groep SMC's in de basis laat hier een score van 6 zien ten opzichte van een score 0 bij de groep teams in ontwikkeling. Bij SMC's in de basis zijn er dus meer promotors dan criticasters, terwijl de score 0 van de teams in ontwikkeling betekent dat het percentage promotors gelijk is aan het percentage criticasters.

## Verschillen op functionarisniveau: SMC's in de basis t.o.v. teams in ontwikkeling

Hoewel SMC's in de basis beter scoren op hoe ze UWV als organisatie waarderen, zijn er wel opvallende verschillen als we inzoomen op functiegroepen. Vooral artsen, procesbegeleiders, teamondersteuners en arbeidsdeskundigen hebben bijvoorbeeld meer het gevoel dat SMZ de ideeën van medewerkers gebruikt om te verbeteren in SMC's in de basis vergeleken met de teams in ontwikkeling. Ook vinden artsen, managers, medisch secretaresses, procesbegeleiders en teamondersteuners die werken in SMC's in de basis de toekomstvisie van het werken in een SMC inspirerender dan degenen die werken in een team in ontwikkeling, waar de functionarissen in verschillende mate positief zijn over die toekomstvisie. Vooral managers en teamondersteuners scoren hier relatief hoog op. In tegenstelling tot de sociaal-medisch verpleegkundigen in SMC's in de basis, die de toekomstvisie juist minder inspirerend vinden.

Als we kijken naar de eNPS-score van de verschillende functiegroepen, dan valt op dat artsen in SMC's in de basis meer geneigd zijn om UWV aan te bevelen als werkgever dan artsen in teams in ontwikkeling. Dit geldt ook voor de procesbegeleiders en de teamondersteuners. Managers en sociaal-medisch verpleegkundigen in SMC's in de basis zijn

juist minder geneigd om UWV aan te bevelen als werkgever vergeleken met dezelfde functiegroepen in de teams in ontwikkeling.

## 4.5. Leiderschap

De verwachting is dat het leiderschap binnen SMC's in de basis hoger wordt gewaardeerd dan binnen de teams in ontwikkeling. Alle dertien SMC's in de basis werken namelijk met duaal leiderschap: een manager uitvoering en een regievoerend arts.<sup>21</sup> 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 belangen. Dit zou uiteindelijk moeten leiden tot een hogere productie én hogere kwaliteit van de dienstverlening. Ook zou het nieuwe regiemodel het werkplezier van de verzekeringsarts moeten vergroten.

Uit het werkbelevingsonderzoek blijkt inderdaad dat medewerkers in SMC's in de basis hun leidinggevenden hoger waarderen dan medewerkers in teams in ontwikkeling. Grote verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling zien we vooral bij de stellingen die gaan over de samenspel en samenwerking tussen de leidinggevende en het team.

**Tabel 4.3 Leiderschap: verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling**

Leiderschap	Score SMC's in de basis	Score teams in ontwikkeling
+ Ik kan mijn direct leidinggevenden om hulp vragen als dat nodig is	8,5	7,8
+ Mijn direct leidinggevenden geven mij voldoende vertrouwen bij de uitvoering van mijn werk	8,2	7,4
+ Ik voel mij in mijn werk gewaardeerd door mijn direct leidinggevenden	7,9	7,1
+ Mijn direct leidinggevenden geven leiding door het goede voorbeeld te geven	6,8	6,3
+ Mijn direct leidinggevenden zorgen voor goede samenwerking tussen medewerkers	6,8	6,1
+ Mijn direct leidinggevenden en ik maken duidelijke afspraken over de resultaten die ik moet bereiken	6,3	5,7
+ Mijn direct leidinggevenden geven mij regelmatig feedback over mijn functioneren.	6,0	5,7

### Verschillen op functionarisniveau: SMC's in de basis t.o.v. teams in ontwikkeling

Ook op het gebied van leiderschap zijn er verschillen tussen verschillende functionarissen in de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling. Vooral de artsen en teamondersteuners in de SMC's in de basis zijn positief vergeleken met de teams in ontwikkeling, maar ook de arbeidsdeskundigen, procesbegeleiders en medisch secretaresses in SMC's in de basis zijn positiever. Zo ervaren medisch secretaresses in SMC's in de basis bijvoorbeeld meer vertrouwen van hun leidinggevende dan hun collega's in de teams in ontwikkeling en ervaren procesbegeleiders dat hun leidinggevende zorgt voor betere samenwerking in het team. Artsen in SMC's in de basis ervaren op het gebied van leiderschap meer vertrouwen, voelen zich meer gewaardeerd en ervaren duidelijkere afspraken over de resultaten dan artsen in de teams in ontwikkeling.

Sociaal-medisch verpleegkundigen in SMC's in de basis ervaren echter minder dat hun leidinggevende het goede voorbeeld geeft vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling. Daarnaast beoordelen de re-integratiebegeleiders de stelling over het regelmatig ontvangen van feedback van hun leidinggevenden lager dan de re-integratiebegeleiders in de teams in ontwikkeling.

## 4.6. 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 flexibeler is in het overnemen van elkaars taken. Tegelijkertijd zorgen taakdelegatie en meerwettig werken voor een aantrekkelijke werkomgeving met afwisselend werk. Daarnaast hebben medewerkers een goed begrip van wat werken in een SMC inhoudt en de negen ontwerpprincipes waarop gestuurd wordt, waardoor de medewerker weet wat er van hem of haar verwacht wordt. Uit verdiepend onderzoek naar de SMC-evaluatie van 2023 bleek ook dat het teamgericht werken een van de succesfactoren is van het SMC.

<sup>21</sup> Een kanttekening bij dit aandachtsgebied is dat er ook al teams in ontwikkeling zijn die met duaal leiderschap werken.

Alle vragen rondom het functioneren in een team worden bij SMC's in de basis minimaal 0,6 hoger gewaardeerd dan bij teams in ontwikkeling. Het gaat hierbij om aspecten als: trots zijn op het werk dat men als team doet, als team een eenheid vormen om de doelen te bereiken en de mate waarbij in het team ideeën worden besproken.

Ook de individuele aspecten zoals *Ik weet wat er van mij verwacht wordt om de teamdoelstellingen te behalen*, scoren positief ten opzichte van de teams in ontwikkeling (7,6 versus 7,1). Daarnaast ervaren medewerkers die werken bij een SMC's in de basis dat ze beter in staat zijn om zich aan te passen aan de continu veranderende omgeving (een 6,9 versus een 5,8 bij teams in ontwikkeling). De samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen de divisie SMZ wordt door de medewerkers in een SMC's in de basis positiever gewaardeerd dan bij teams in ontwikkeling (6,0 versus 5,6).

**Tabel 4.4 Teamgericht werken: verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling**

Teamgericht werken	Score SMC's in de basis	Score teams in ontwikkeling
+ We zijn als team trots op het werk dat we doen	7,7	7,0
+ Ik weet wat er van mij verwacht wordt om de teamdoelstellingen te behalen	7,6	7,1
+ Mijn leidinggevenden faciliteren en begeleiden mijn team goed bij het behalen van de doelstellingen	7,3	6,1
+ De inzet van taakdelegatie en -ondersteuning draagt bij aan teamgericht werken	7,2	6,6
+ In mijn team bespreken we vaak de ideeën die we hebben over ons werk	7,1	6,5
+ Ons team vormt een eenheid om onze prestatiedoelen te kunnen bereiken	7,0	6,2
+ Wij zijn als team in staat ons continu aan te passen aan de veranderende omgeving	6,9	5,8
+ Ik ervaar een goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen mijn divisie/directie	6,0	5,6

#### Hoe ervaren medewerkers taakdelegatie?

Uit eerder onderzoek<sup>22</sup> blijkt dat taakdelegatie en taakondersteuning één van de succesfactoren is van het werken als SMC. Doordat andere functiegroepen de hoeveelheid werk van de verzekeringsarts verminderen, kunnen cliënten efficiënter worden geholpen. Om meer inzicht te krijgen in hoe medewerkers taakdelegatie ervaren, is hier dit jaar een open vraag over gesteld. Uit de reacties is op te maken dat medewerkers vinden dat taakdelegatie inderdaad bijdraagt aan een efficiëntere en zorgvuldigere dienstverlening. Ook ervaren medewerkers door taakdelegatie meer teamgevoel en een betere samenwerking.

'Door taakdelegatie komt iedereen meer toe aan de kern in zijn/haar eigen werk. Je moet met elkaar overleggen waardoor het gevoel van gezamenlijkheid toeneemt. – medewerker SMZ

#### Verschillen op functionarisniveau: SMC's in de basis t.o.v. teams in ontwikkeling

Alle functionarissen in SMC's in de basis zijn op de meeste aspecten van teamsamenwerking positiever dan hun collega's in teams in ontwikkeling. Artsen in SMC's in de basis zijn een stuk positiever over taakdelegatie en taakondersteuning dan artsen in teams in ontwikkeling. Hetzelfde geldt voor de arbeidsdeskundigen en teamondersteuners in SMC's in de basis vergeleken met de teams in ontwikkeling. Opvallend is dat sociaal-medisch verpleegkundigen in SMC's in de basis juist kritischer zijn over taakdelegatie en taakondersteuning dan hun collega's in de teams in ontwikkeling. Zij beoordelen dit lager dan de sociaal-medisch verpleegkundigen van teams in ontwikkeling.

Daarnaast ervaren artsen in SMC's in de basis ook een betere samenwerking tussen afdelingen van SMZ vergeleken met teams in ontwikkeling. Vooral de arbeidsdeskundigen, teamondersteuners en medisch secretaresses in SMC's in de basis zijn positiever over de eenheid die het team vormt om prestatiedoelen te halen. Ook zijn procesbegeleiders en teamondersteuners in SMC's in de basis positiever over het verandervermogen van het team vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling. Re-integratiebegeleiders in de SMC's in de basis zijn hierover juist kritischer. Zij ervaren minder goede onderlinge samenwerking en hebben zij minder het idee dat ideeën in het team worden besproken vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling.

<sup>22</sup> Kamerbrief Voortgangsbrieff sociaal-medisch beoordelen (21-5-2024). Referentie 2024-0000145831.

## 4.7. 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.

Alle drie de vragen hierover – voldoende ruimte om beslissingen te nemen, voldoende ruimte voor eigen initiatieven en initiatief nemen wanneer men ruimte ziet voor verbetering – laten bij de medewerkers van de SMC's in de basis een score zien van 7,5 en hoger. Deze waarderingen zijn hoger dan de scores bij teams in ontwikkeling, waarbij het grootste verschil in waardering zichtbaar is als het gaat om eigen initiatief nemen wanneer men ruimte ziet voor verbetering. Deze vraag scoort 0,7 hoger in vergelijking met de teams in ontwikkeling (7,5 versus 6,8).

Verwacht wordt dat de werkwijze van het SMC eraan bijdraagt dat medewerkers meer werkplezier ervaren. Aspecten die daarbij een rol spelen, zijn bevoegenheid, afwisselend werk, sociale veiligheid en werkdruk. Als het gaat om bevoegenheid en sociale veiligheid (zichzelf durven zijn op het werk) zien we hier positieve scores. De verschillen zijn echter minimaal (0,3 of minder dan 0,3 verschil) ten opzichte van de score van de teams in ontwikkeling. *Op mijn werk durf ik mezelf te zijn* wordt met een 7,9 het hoogst gewaardeerd. Dit is 0,3 hoger ten opzichte van de teams in ontwikkeling (7,6).

**Tabel 4.5 De individuele medewerker: verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling**

De individuele medewerker	Score SMC's in de basis	Score teams in ontwikkeling
+ Op mijn werk durf ik mijzelf te zijn	7,9	7,6
+ Mijn werk is gevarieerd	7,8	7,5
+ Ik heb voldoende ruimte om beslissingen te nemen in mijn werk	7,5	7,2
+ Ik heb in mijn werk voldoende ruimte voor eigen initiatieven	7,5	6,8

Ook dit jaar hebben we onderzocht hoe de werkdruk wordt ervaren. Bij de SMC's in de basis geeft 40% aan de werkdruk (veel) te hoog te vinden. Dit komt redelijk overeen met de werkdrukbeleving bij teams in ontwikkeling, waarbij 45% aangeeft de werkdruk (veel) te hoog te vinden. Daarnaast hebben we de stelling geponeerd *Door de hoeveelheid werk kom ik vaak niet aan mijn pauzes toe*. Deze vraag scoort bij SMC's in de basis met een 5,1 nagenoeg gelijk aan die van de teams in ontwikkeling: 5,0.

### Verschillen op functionarisniveau: SMC's in de basis t.o.v. teams in ontwikkeling

Ten opzichte van managers in teams in ontwikkeling ervaren managers in SMC's in de basis een lagere werkdruk. Dit geldt ook voor procesbegeleiders en teamondersteuners in SMC's in de basis. Daarnaast ervaren teamondersteuners meer bevoegenheid en meer ruimte voor initiatief en ruimte om beslissingen te nemen. Vooral managers, maar ook artsen en arbeidsdeskundigen in SMC's in de basis zijn positief over de ruimte die ze ervaren voor beslissingen en initiatief vergeleken met hun collega's in teams in ontwikkeling. Daarnaast ervaren medisch secretaresses in SMC in de basis meer gevarieerd werk dan de medisch secretaresses in teams in ontwikkeling. Opvallend is dat re-integratiebegeleiders en sociaal-medisch verpleegkundigen in SMC's in de basis over het algemeen negatiever zijn dan hun collega's in de teams in ontwikkeling als het gaat om inspirerend werk en de ruimte die ze hebben voor initiatief en het nemen van beslissingen.

## 4.8. Kernbevindingen

Op alle aandachtsgebieden scoren SMC's in de basis beter of gelijk aan teams in ontwikkeling, waardoor we kunnen stellen dat de SMC's die al verder zijn met het implementeren van de ontwerpprincipes ook daadwerkelijk een betere medewerkerstevredenheid laten zien. Dat geldt zowel voor de mate waarin het team de mogelijkheid ervaart om de client centraal te stellen, de waardering voor de organisatie, de waardering voor de leidinggevenden en teamgericht werken, als de ervaren professionele ruimte en werkplezier van de individuele medewerker.

Als we kijken op functieniveau dan blijkt dat vooral managers, teamondersteuners, artsen, arbeidsdeskundigen, procesbegeleiders, medisch secretaresses in SMC's in de basis positiever zijn over hun werk ten opzichte van hun collega's die werken in de teams in ontwikkeling. Taakdelegatie en -ondersteuning wordt bijvoorbeeld specifiek door artsen, teamondersteuners en arbeidsdeskundigen in SMC's in de basis hoger gewaardeerd dan bij teams in ontwikkeling en dit geldt ook voor het ervaren leiderschap en de ruimte voor initiatief. Sociaal-medisch verpleegkundigen in SMC's in de basis zijn juist op alle aandachtsgebieden kritischer dan hun collega's in teams in ontwikkeling, behalve als het gaat om de mate waarin de cliënt centraal gesteld kan worden.

# 5. Cliënttevredenheid

De Menselijke Maat Monitor toont dat cliënten tevredener zijn over UWV-dienstverlening als ze zijn geholpen door een SMC in de basis dan door een team in ontwikkeling. Dit verschil wordt met name veroorzaakt door de positieve beleving bij de WIA-dienstverlening. Er is weinig verschil bij cliënten die Ziektewet-dienstverlening hebben ontvangen.

## 5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een beeld 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.

Met de menselijke maat wordt de mate bedoeld waarin UWV de cliënt als mens ziet, de cliënt helpt, zaken simpel houdt en redelijk is. Cliënten worden bevroegd in hoeverre zij deze menselijke maat ervaren bij UWV (van zeer sterk tot helemaal niet sterk). De algemene klanttevredenheid wordt uitgevraagd met een rapportcijfer: *Hoe tevreden bent u over de dienstverlening van UWV?* Elk half jaar worden (netto) zo'n tienduizend cliënten en tweeduizend werkgevers bevroegd. 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.
- 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 V 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 enquête is uitgezet onder een representatieve groep van de gehele cliëntpopulatie van UWV. Om een indicatie van de klantbeleving van de SMC's te krijgen, hebben we aan de resultaten van de Menselijke Maat Monitor gekoppeld of men in de afgelopen periode dienstverlening gekregen heeft van een SMC. Dit zijn cliënten die een lopende WIA-uitkering, een lopende WIA-aanvraag, een afgewezen WIA-aanvraag of een lopende Ziektewet-uitkering hadden, waarbij het behandelende SMC minimaal één activiteit op of na 1 januari 2022 voor de cliënt heeft gepland of uitgevoerd. Daarin is onderscheid gemaakt of een cliënt geholpen is door een SMC in de basis of door een team in ontwikkeling, en daarbinnen het onderscheid tussen Ziektewet- en WIA-dienstverlening. Op deze wijze kunnen we zowel de beleving van cliënten vergelijken tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling als de eventuele verschillen per wet bekijken.

De respondenten konden de vragenlijst tussen 30 januari en 19 februari 2024 invullen. Tabel 5.1 toont het totaal aantal respondenten. De steekproef is gewogen naar een representatieve samenstelling op basis van wet en leeftijd. Er is geen vergelijking mogelijk met de meting van de vorige SMC-evaluatie uit 2023, omdat toen een andere steekproef van cliënten is genomen.

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

	Totaal	WIA	Ziektewet
SMC in de basis	204	98	113
Team in ontwikkeling	1.281	441	891

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd: eerst vergelijken we de cliënttevredenheid in het algemeen tussen de cliënten van de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling. Daarna presenteren we de mate waarin de cliënt de menselijke maat in de dienstverlening van UWV ervaart. Ten slotte bekijken we hoe cliënten de verschillende aspecten daarvan beleven.

## 5.2. Verschillen in klantbeleving

De cliënttevredenheid in de SMC's in de basis is hoger dan in de teams in ontwikkeling. De hogere waardering komt door de WIA-clieënten. Zij beoordelen de SMC's in de basis met een 7,8 en dat is significant hoger dan de beoordeling van teams in ontwikkeling. De waardering van Ziektewet-clieënten verschilt nauwelijks tussen de twee soorten SMC's. Op een aantal aspecten van de beleving van de menselijke maat zijn verschillen te zien, maar de meeste zijn niet significant.

### 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

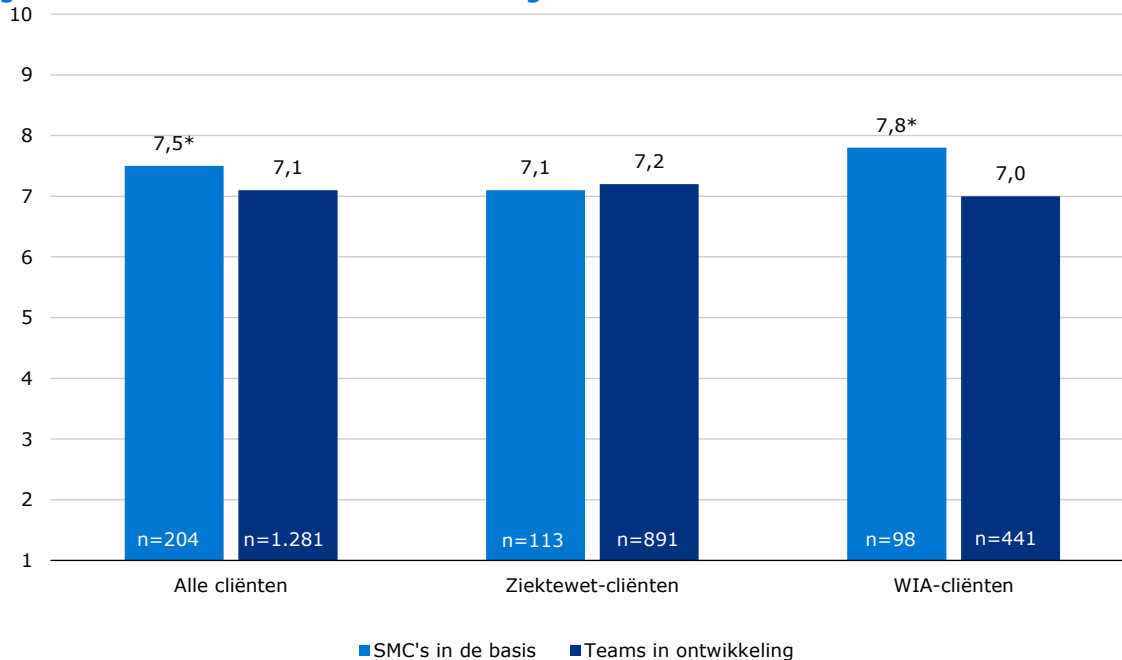


multidisciplinair team voor een afgebakend cliëntenbestand en de cliënt heeft te maken met dezelfde professionals en heeft een vast aanspreekpunt.

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

Cliënten zijn significant tevredener over SMC's in de basis, die gemiddeld een 7,5 krijgen. De teams in ontwikkeling krijgen een 7,1 van hun cliënten. Het verschil in tevredenheid wordt veroorzaakt door de positieve beleving van de WIA-dienstverlening. Het gemiddelde cijfer van SMC's in de basis is een 7,8 en dat is duidelijk hoger dan het cijfer van teams in ontwikkeling (7,0). Cliënten scoren bij de Ziektewet-dienstverlening niet significant anders tussen de twee categorieën SMC's.

**Figuur 5.1 Scores cliënttevredenheid in het algemeen**



\* Statistisch significant verschil tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. Significantiëniveau van 5%.

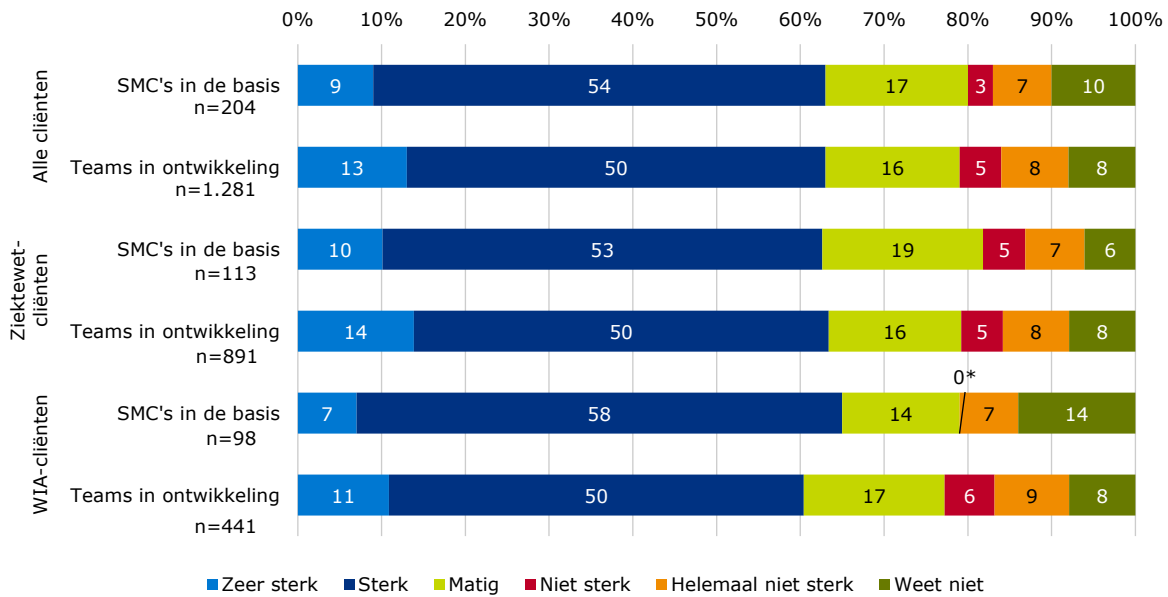
### 5.2.2. De menselijke maat in de dienstverlening

Een ontwerpprincipie van het SMC is om de cliënt meer centraal te stellen. Daarom verwachten we dat cliënten in SMC's meer de menselijke maat in de dienstverlening ervaren. Om die te meten werd cliënten gevraagd: *UWV vindt het belangrijk dat we u op een menselijke manier behandelen, daarmee bedoelen wij dat UWV u ziet als mens, het simpel houdt, u helpt en dat UWV redelijk is. In hoeverre ervaart u dit? (zeer sterk – helemaal niet sterk).* De resultaten staan gepresenteerd in figuur 5.2.

Op totaalniveau is er weinig verschil in de beleving van de menselijke maat tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling: 63% van de cliënten van beide categorieën SMC's ervaart in sterke of zeer sterke mate de menselijke maat. Het aandeel cliënten dat de menselijke maat juist niet sterk ervaart, lijkt iets kleiner te zijn onder SMC's in de basis (10% ten opzichte van 13%), maar dit verschil is niet significant.

Als we Ziektewet- en WIA-clients apart onderscheiden, dan zijn de verschillen iets groter, maar vrijwel nergens significant verschillend. Van de WIA-clients van SMC's in de basis ervaart 65% in sterke of zeer sterke mate dat UWV hen op een menselijke manier behandelt. Bij de WIA-clients van teams in ontwikkeling gaat het om 61% die de menselijke maat sterk of zeer sterk ervaart. Bij de Ziektewet-clients zijn de verschillen kleiner: 62% van de cliënten bij SMC's in de basis ervaart in een (zeer) sterke mate de menselijke maat. Bij teams in ontwikkeling gaat het om 64% van de Ziektewet-clients.

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



\* Statistisch significant verschil tussen SMC's in de basis en SMC's in ontwikkeling. Significantiëniveau van 5%.

### 5.2.3. Aspecten van de menselijke maat

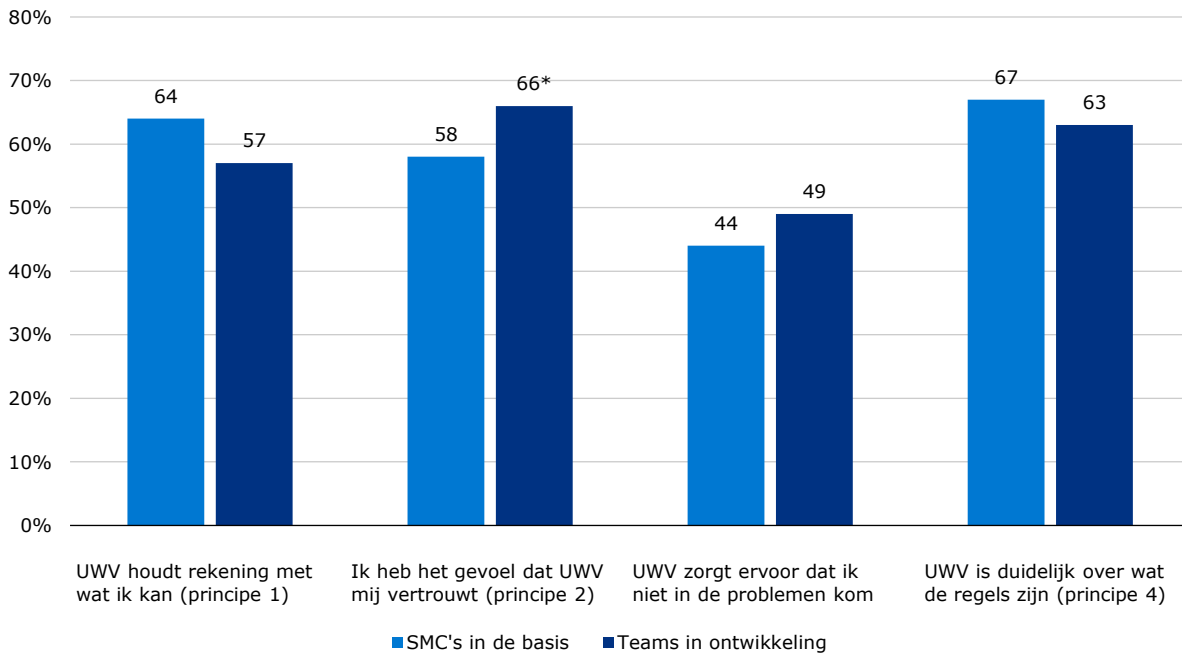
Bij het uitvragen naar de menselijke maat is een onderscheid gemaakt tussen vier aspecten:

1. UWV ziet mij als mens
2. UWV is redelijk
3. UWV helpt
4. UWV houdt het simpel

Bij elk van deze dimensies is de reactie op een aantal stellingen gevraagd (zie bijlage V voor meer informatie). Figuur 5.3 toont het percentage cliënten dat het helemaal eens is met een aantal stellingen. De vier opgenomen stellingen in de figuur zijn de stellingen waarop de antwoorden van cliënten van SMC's in de basis het meest lijken te verschillen van cliënten van teams in ontwikkeling (4 procentpunt of meer). Op één stelling zijn de antwoorden statistisch significant verschillend tussen de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling.

Cliënten van teams in ontwikkeling krijgen meer het gevoel dat UWV ze vertrouwt vergeleken met SMC's in de basis (66% versus 58%). Dit verschil is statistisch significant en anders dan je zou verwachten op basis van de SMC-vorming, waar de cliënt juist meer centraal staat. Op de andere stellingen zijn de verschillen niet statistisch significant, waardoor het zou kunnen dat deze verschillen per toeval zijn opgetreden. De verschillen die we hier zien, is dat cliënten van SMC in de basis vaker lijken te vinden dat UWV rekening houdt met wat zij kunnen (64%) dan cliënten van teams in ontwikkeling (57%). Zij lijken ook te vinden dat UWV duidelijk is over de regels (67% versus 63%). Tot slot lijken cliënten van teams in ontwikkeling vaker te vinden dat UWV ervoor zorgt dat ze niet in de problemen komen (49% ten opzichte van 44% bij SMC's in de basis).

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



\* Statistisch significant verschil tussen SMC's in de basis en SMC's in ontwikkeling. Significanti niveau van 5%.

### 5.3. Kernbevindingen

Op basis van de resultaten van deze Menselijke Maat Monitor zijn er enkele verschillen te ontdekken tussen de cliënttevredenheid in de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling.

- De SMC's in de basis scoren bij de algemene cliënttevredenheid gemiddeld een 7,5, de teams in ontwikkeling een 7,1. De hogere waardering wordt gedreven door de WIA-clënten. Zij waarderen de SMC's in de basis met een 7,8. De WIA-clënten van teams in ontwikkeling geven een 7,0. Deze verschillen zijn statistisch significant.
- 63% van de cliënten heeft de menselijke maat (zeer) sterk ervaren in de dienstverlening. Dat geldt voor zowel de SMC's in de basis als de teams in ontwikkeling. Van de WIA-clënten van SMC's in de basis ervaart 65% de menselijke maat (zeer) sterk, in de andere SMC's is dat 61%. Bij de Ziektewet-clënten zijn de verschillen kleiner. Deze resultaten zijn niet statistisch significant.
- We zien weinig statistisch significante verschillen bij de stellingen die betrekking hebben op de menselijke maat. Op de stelling *Ik heb het gevoel dat UWV mij vertrouwt* waardeert de cliënt de SMC's in de basis wel significant lager dan de teams in ontwikkeling. Bij drie andere stellingen zien we ook verschillen, die overigens niet statistische significant zijn. Bij de stellingen *UWV houdt rekening met wat ik kan* en *UWV is duidelijk over wat de regels zijn* zijn er meer cliënten van SMC's in de basis die het (helemaal) eens zijn met deze stelling. Op de stelling *UWV zorgt ervoor dat ik niet in de problemen kom* zijn er juist minder cliënten van SMC's in de basis die het (helemaal) eens zijn met deze stelling.

## 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 Ziektewet-beoordeling en de WIA-claimbeslissing. Bij die laatste twee werden ook geen verbeteringen verwacht, want zowel de Ziektewet-beoordeling als de WIA-claimbeslissing kennen vaste processen en een vaste rolverdeling voor de medewerkers van UWV. Die zijn voor de SMC's in de basis niet anders dan voor de teams in ontwikkeling. Voor de Ziektewet-dienstverlening werd wel een positief effect verwacht: door samenwerking in een multidisciplinair team zou de cliënt beter in beeld moeten zijn in een SMC in de basis dan in SMC's in ontwikkeling. Dit effect zien we vooralsnog niet terug. Wel zien we een verbetering in de professionele kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-uitkering, de Ziektewet-beoordeling en de WIA-claimbeslissing ten opzichte van de SMC-evaluatie 2023. Bij de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen (ABA) voor de Wajong presteren de SMC's in de basis minder goed dan de teams in ontwikkeling. Dit vergt nader onderzoek. Vanwege de vaste processen en vaste rolverdeling voor medewerkers van UWV werd ook bij de ABA geen verschil verwacht tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. De aanvraag beoordeling arbeidsvermogen is in 2023 niet getoetst.*

### 6.1. Inleiding

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

1. De dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode: is de begeleiding op de meest adequate manier opgepakt en uitgevoerd?
2. De Ziektewet-beoordeling: is de juiste beslissing genomen ten aanzien van het uitkeringsrecht (i.e. voortzetten dan wel beëindigen) en is die 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 die voldoende onderbouwd?
4. De aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong: is de juiste beslissing genomen over het uitkeringsrecht (i.e. wel of geen toekenning Wajong) en is die voldoende onderbouwd?

Naar aanleiding van de SMC-evaluatie in 2023<sup>23</sup> zijn er zes verbeterthema's geformuleerd om de kwaliteit van de eerste drie resultaatgebieden te verbeteren (de ABA voor de Wajong is in 2023 niet geëvalueerd). Het gaat om verbeteringen in (vastlegging van) elementen die bepalend zijn voor de vaststelling van het uitkeringsrecht, berekening van de hoogte van de (WIA-)uitkering en het verduidelijken van wie welke verantwoordelijkheid heeft in de dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode. Met deze verbeterthema's zijn de UWV-professionals aan de slag zijn gegaan. We vergelijken de resultaten van dit jaar voor zover mogelijk met de resultaten uit de vorige evaluatie, om te zien of deze ingezette verbeteringen en de verdere ontwikkeling van de SMC-vorming al hebben geleid tot een verbetering van de kwaliteit.

In paragraaf 6.2 beschrijven we de onderzoeksmethodiek, in paragraaf 6.3 de bevindingen op het gebied van de dienstverlening tijdens de Ziektewet en in paragraaf 6.4 die met betrekking tot de Ziektewet-beoordeling. In paragraaf 6.5 gaan we in op de kwaliteit van de WIA-claimbeslissing en in paragraaf 6.6 op de kwaliteit van de ABA. Paragraaf 6.7 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 330 dossiers:

- 165 dossiers van de SMC's in de basis:
  - 66 dossiers van mensen met een WIA-claimbeslissing in maart 2024, van wie:
    - 33 dossiers van vangnetters: mensen die voorafgaand aan de WIA-aanvraag een Ziektewet-uitkering van UWV ontvingen;
    - 33 dossiers van niet-vangnetters: mensen die voorafgaand aan de WIA-aanvraag het loon door de werkgever kregen doorbetaald.
  - 44 dossiers van vangnetters die in maart 2024 dienstverlening hebben ontvangen van de divisie Sociaal-medische zaken (bijvoorbeeld een plan van aanpak is opgesteld, een re-integratiebegeleider van UWV heeft contact gehad met de cliënt in het kader van een 26<sup>e</sup>- of 78<sup>e</sup>-weeksevaluatie, et cetera).<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Lammers, M., Klaasse, E. & Vries, M. de (2023). *Evaluatie sociaal-medische centra. Inzicht in de prestaties van de eerste negen proeftuinen*. Amsterdam: UWV.

<sup>24</sup> In de SMC-evaluatie 2023 waren dossiers geselecteerd van vangnetters van wie de Ziektewet-uitkering in september 2022 was beëindigd na een Ziektewet-beoordeling of om andere redenen (bijvoorbeeld herstel). Door deze manier van steekproeftrekking bleken 21 van de 150 geselecteerde dossiers niet onder de Ziektewet-arbobegleiding van UWV te vallen en ook geen Ziektewet- of WIA-claimbeslissing hadden gekregen. Dit waren met name dossiers van mensen met een Wazo-uitkering (de uitkering die UWV uitkeert tijdens de zestien weken zwangerschaps- en bevallingsverlof). Deze dossiers konden dus niet meegenomen worden in de evaluatie. Om dit te voorkomen is in de huidige SMC-evaluatie expliciet geselecteerd op het ontvangen van Ziektewet-arbobegleiding van UWV.

- 55 dossiers met een aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong.
- 165 dossiers van de teams in ontwikkeling, in dezelfde verhouding als bij de SMC's in de basis.

Bij sommige van deze 330 dossiers is sprake van zowel een WIA-claimbeslissing als een Ziektewet-beoordeling én dienstverlening tijdens de Ziektewet-periode. Dit komt voor bij dossiers van vangnetters die in maart 2024 een WIA-claimbeslissing kregen. Deze dossiers zijn op alle drie de aspecten beoordeeld. De Ziektewet-beoordeling en de dienstverlening in de Ziektewet-periode vonden dan vóór maart 2024 plaats. Er zijn ook dossiers die op twee aspecten of één aspect zijn beoordeeld.

Een landelijk team van kwaliteitstoetsers heeft eerst gezamenlijk vastgesteld op welke criteria en vanuit welk denkkader zij de dossiers wilden beoordelen. Vervolgens is het landelijk team aangevuld met extra kwaliteitstoetsers en opgedeeld in elf onafhankelijke districtteams. UWV-medewerkers konden zich vrijwillig voor de teams aanmelden. De dossiers zijn willekeurig verdeeld over de districtteams. Die districtteams hebben de dossiers in mei/juni 2024 beoordeeld, waarbij ze geen dossiers uit hun eigen district beoordeelden. Omdat bij de dienstverlening in de Ziektewet, de WIA-claimbeslissing en de ABA verschillende professionals betrokken zijn, bestonden de teams ook uit verschillende UWV-professionals uit het hele land. Iedere professional heeft vervolgens de kwaliteit van het werk van een medeprofessional beoordeeld, dus (adviseurs-)verzekeringsartsen beoordeelden verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen beoordeelden arbeidsdeskundigen, et cetera. Tot slot zijn de professionals bij elkaar gekomen om tot een integraal oordeel te komen over de gezamenlijke professionele dienstverlening. In dit hoofdstuk presenteren we zowel het integrale oordeel als het oordeel per functionaris.

We vergelijken de resultaten van de SMC's in de basis met de resultaten van de teams in ontwikkeling om uitspraken te kunnen doen over verschillen in kwaliteit. Waar mogelijk vergelijken we de belangrijkste resultaten ook met de SMC-evaluatie van 2023.

Bij interpretatie van de resultaten is het belangrijk om te beseffen dat met name bij de Ziektewet-arbobeleiding en de Ziektewet-beoordeling een zuivere vergelijking tussen de kwaliteit van de dienstverlening in SMC's in de basis en die in teams in ontwikkeling niet mogelijk is. Dat komt omdat de steekproef uitgaat van het behandelende team in maart 2024, terwijl veel dossiers ook zijn beoordeeld op dienstverlening die op een eerder moment heeft plaatsgevonden. Bij een dossier met een WIA-claimbeslissing in maart 2024 wordt bijvoorbeeld ook de Ziektewet-beoordeling van een jaar eerder beoordeeld. Het is mogelijk dat in de tussentijd een verschuiving heeft plaatsgevonden van dossiers tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. Zo'n verschuiving treedt op als het ene team cliënten van een ander team overneemt om elkaar te helpen. Bij hoeveel dossiers dit voorkomt is niet te kwantificeren. Daarnaast is het goed om te beseffen dat een deel van de dossiers van de SMC's in de basis niet vanaf de start van de Ziektewet-dienstverlening door een SMC in de basis is behandeld, omdat die toen nog niet allemaal waren gevormd.

### 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 Ziektewet-arbobeleiding van UWV. Dit is het geval bij de volgende zogeheten vangnetgroepen: (1) uitzendkrachten met uitzendbeding, (2) einddienstverbanders<sup>25</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 in de basis beter is dan bij teams in ontwikkeling. Onder kwaliteit wordt verstaan dat het Ziektewet-arboteam de actuele belastbaarheid van de cliënt in kaart heeft gebracht, de daarbij passende (re-integratie)acties heeft ingezet en deze acties op de juiste manier heeft geregistreerd. 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.

<sup>25</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 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 hersteldverklaring, het monitoren van herstel en belastbaarheid en/of het maken van re-integratieafspraken dan wel 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 die vastleggen in een plan van aanpak.
- De cliënt informeren wanneer die (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).

### *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 die 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 begeleiding goed heeft opgepakt. De verzekeringsarts werkt daarbij volgens de professionele standaarden.

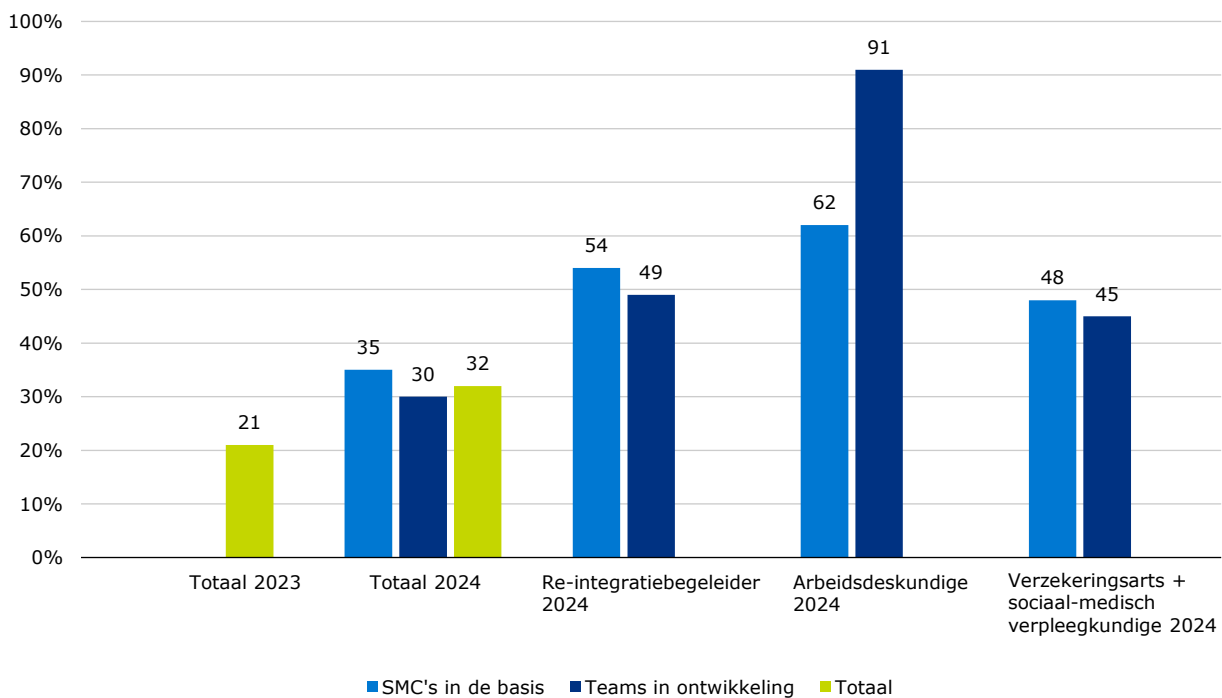
De belangrijkste taken van de verzekeringsarts (en sociaal-medisch verpleegkundige) in de begeleiding en monitoring van de cliënt zijn in dit oordeel meegenomen:

- 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 vervolgacties.
- Lichamelijk dan wel 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 in de basis en de teams in ontwikkeling. 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 145 dossiers, zie tabel 6.1). De geringe verschillen zijn daardoor niet statistisch significant.

De totaalscore op kwaliteit is hoger dan de totaalscore in de SMC-evaluatie 2023 (zie figuur 6.1). Dit laat zien dat er een positieve ontwikkeling is in de kwaliteit van de algehele Ziektewet-arbodienstverlening, die samenvalt met de ontwikkeling in de SMC-vorming. Het percentage Ziektewet-dossiers met volledige adequate dienstverlening van alle teams is 32% in 2024. Een jaar eerder was dit 21%. De dienstverlening in de Ziektewet is echter zeker niet perfect: er is nog ruimte voor verbetering.

**Figuur 6.1 Percentage Ziektewet-dossiers met volledig adequate dienstverlening**



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 (nog) niet zo te zijn: zowel in de SMC's in de basis als in de teams in ontwikkeling is de arbeidsdeskundige in een beperkt aantal dossiers betrokken (in 24 van 145 dossiers, 17%, zie tabel 6.1). Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat de WIA-claimbeoordeling landelijk als prioriteit is aangewezen: de capaciteit aan arbeidsdeskundigen (en de capaciteit van overige functionarissen) wordt dan ingezet bij de WIA-claimbeslissing en niet (extra) bij de Ziektewet.

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

	SMC's in de basis	Teams in ontwikkeling
<b>Totaal aantal Ziektewet-dossiers</b>	<b>72</b>	<b>73</b>
Dossiers met re-integratiebegeleider	68 (94%)	71 (97%)
Dossiers met arbeidsdeskundige	13 (18%)	11 (15%)
Dossiers met verzekeringsarts + evt. sociaal-medisch verpleegkundige	69 (96%)	67 (92%)

## 6.4. Kwaliteit van de Ziektewet-beoordeling

Iemand die een jaar of langer ziek is, kan worden opgeroepen voor een zogeheten 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. Zo niet, dan heeft de cliënt recht op voortzetting van de Ziektewet-uitkering. 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 ziekingeld. 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 Ziektewet-beoordeling opgeroepen.

De verwachting is dat de integrale kwaliteit van de Ziektewet-beoordeling niet verschilt tussen de SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling. Dat komt omdat er bij zo'n beoordeling vaste processen en vaste rollen voor de diverse functionarissen zijn en die voor de SMC's in de basis en teams in ontwikkeling niet verschillen. Onder kwaliteit wordt verstaan dat de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet of beëindigd), dat ze die 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 Ziektewet-beoordeling

### *Integrale dienstverlening*

De kwaliteit van de Ziektewet-beoordeling is als 'adequaat' beoordeeld wanneer UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet dan wel 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 dan wel beëindigd) correct uitvoert.

Bij de Ziektewet-beoordeling bepaalt de analyse van de verzekeringsarts (samen met die van de arbeidsdeskundige) of de uitkering wordt voortgezet dan wel beëindigd. De arts bepaalt de belastbaarheid van de cliënt en legt die 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-uitkering 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 GBM op de juiste manier vaststellen (i.e. volgens geldende protocollen en richtlijnen);
- een correcte inschatting en onderbouwing van een eventuele arbeidsduurbepanking geven. Van een arbeidsduurbepanking 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 die de taken die van invloed zijn op het resultaat van de beoordeling (Ziektewet-uitkering wordt voortgezet dan wel beëindigd) correct uitvoert.

Bij de Ziektewet-beoordeling bepaalt de analyse van de arbeidsdeskundige (samen met die van de verzekeringsarts) of de uitkering wordt voortgezet dan wel 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.

### *Dienstverlening door de re-integratiebegeleider*

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

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

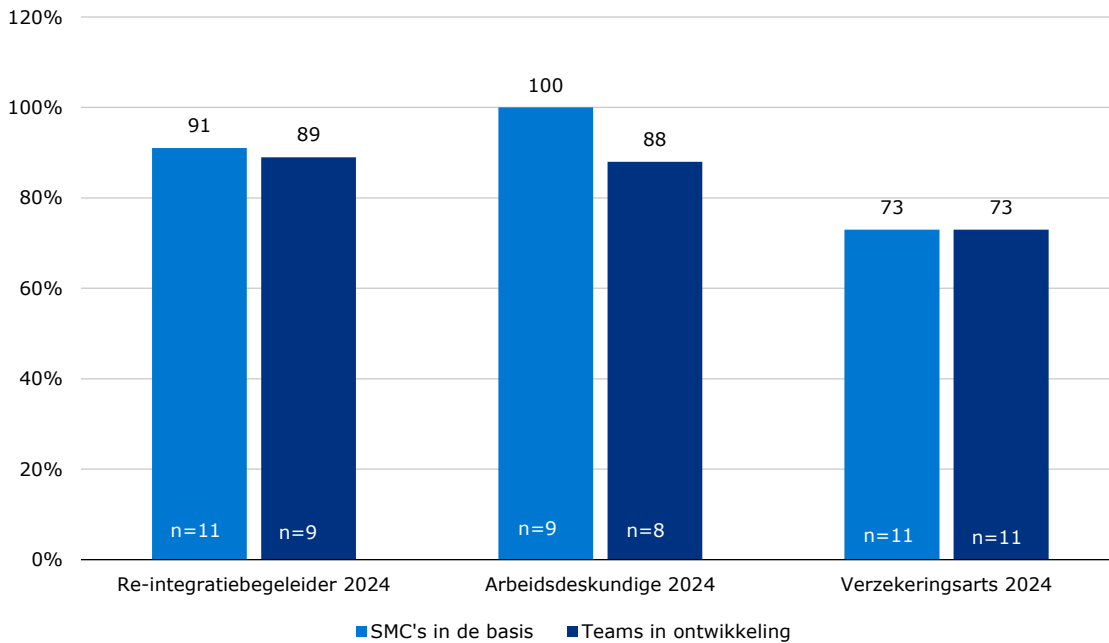
- De juiste uitkomst van de beoordeling en einddatum van het recht (indien van toepassing) zijn in de beschikking opgenomen.
- De juiste toetsdatum is vastgesteld bij de intake voor de Ziektewet-beoordeling en in de is beschikking opgenomen.
- Als de (ex-)werkgever (deels) de financiële gevolgen draagt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

Alleen de eerste 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 Ziektewet-beoordeling zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen SMC's in de basis en de teams in ontwikkeling. Dit geldt zowel voor de dienstverlening van de re-integratiebegeleider, de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts (zie figuur 6.2) als de integrale kwaliteit van de beoordeling door de functionarissen gezamenlijk (zie figuur 6.3). De percentages in figuur 6.2 en 6.3 zijn gebaseerd op kleine aantallen (in totaal 22 dossiers). De geringe verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling zijn daardoor niet statistisch significant.



**Figuur 6.2 Het percentage Ziektewet-beoordelingen waarbij volledig adequaat is gehandeld**



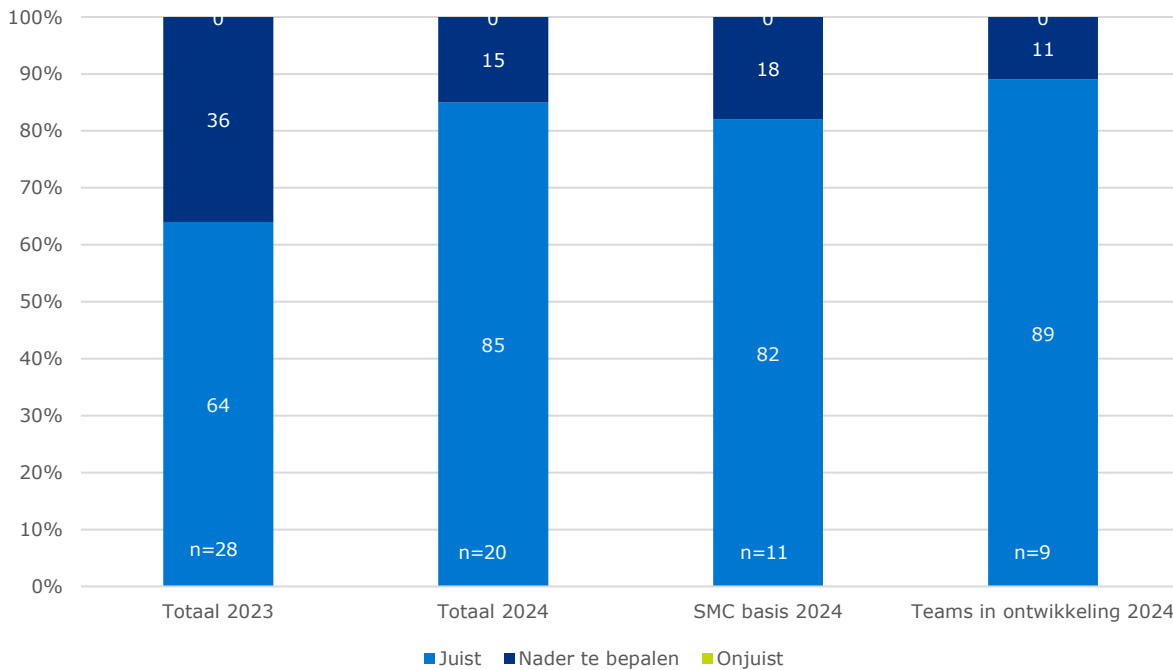
De totaalscore op kwaliteit is hoger dan de totaalscore in de SMC-evaluatie 2023 (zie figuur 6.3). Dit laat zien dat er een positieve ontwikkeling is in de kwaliteit van de Ziektewet-beoordeling, die samenvalt met de ontwikkeling in de SMC-vorming. De kwaliteit van de Ziektewet-beoordelingen die plaatsvinden is hoog.

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

- De re-integratiebegeleider neemt een foute einddatum in de beschikking op van het recht op een Ziektewet-uitkering. De beoordeling is dan uitgaand van de in het dossier beschikbare informatie onjuist. Dit kwam niet voor in de onderzochte dossiers (zie figuur 6.3).
- De verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige onderbouwt zijn/haar analyse onvoldoende, waardoor de beoordelaar niet kan vaststellen of de uitkomst van de Ziektewet-beoordeling (voortzetting dan wel beëindiging van de Ziektewet-uitkering) correct is. De uitkomst wordt dan als 'nader te bepalen' beoordeeld.

Bij Ziektewet-beoordeling kan een fout van de verzekeringsarts nog gecompenseerd worden door de arbeidsdeskundige. Dat komt omdat zij samen het oordeel vormen. Bijvoorbeeld als de arts te onrechte niet 'geen benutbare mogelijkheden' vaststelt, dan kan de arbeidsdeskundige toch nog op arbeidsdeskundige gronden vaststellen dat er sprake is van meer dan 35% arbeidsongeschiktheid, waarna de uitkering van de cliënt toch (correct) wordt voortgezet. Een fout van alléén de arbeidsdeskundige of de verzekeringsarts hoeft dus niet tot een integraal oordeel 'nader te bepalen' te komen. Ook kan het voorkomen dat zowel de verzekeringsarts als de arbeidsdeskundige een fout maken in hetzelfde dossier. Tot slot beoordeelt de arbeidsdeskundige niet alle dossiers – wanneer de arts GBM vaststelt, dan is dat niet nodig. Het percentage 'niet adequaat' bij arbeidsdeskundige en verzekeringsarts (op basis van figuur 6.2) hoeft dus niet op te tellen tot het percentage 'nader te bepalen' beslissingen in figuur 6.3.

**Figuur 6.3 Het percentage Ziektewet-beoordelingen die juist, nader te bepalen of onjuist zijn 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. Zo niet, dan heeft de cliënt recht op een WIA-uitkering. De procesbegeleider doet de administratief/juridische intake en bewaakt het proces. Na de WIA-beoordeling berekent de procesbegeleider het recht, de duur en de hoogte van de uitkering, verwerkt die in het interne systeem van UWV en stuurt een beschikking aan de cliënt. Daarnaast zorgt de procesbegeleider voor registratie in het systeem dat 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 in de basis en teams in ontwikkeling. Dat komt omdat er bij zo'n beoordeling vaste processen en vaste rollen voor de diverse functionarissen zijn, die voor SMC's in de basis en teams in ontwikkeling niet verschillen. Met kwaliteit wordt bedoeld dat de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen ten aanzien van het uitkeringsrecht, die 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 die 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 GBM op de juiste manier (i.e. volgens geldende protocollen en richtlijnen) vaststellen;
- een correcte inschatting en onderbouwing van een eventuele arbeidsduurbeperking 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).

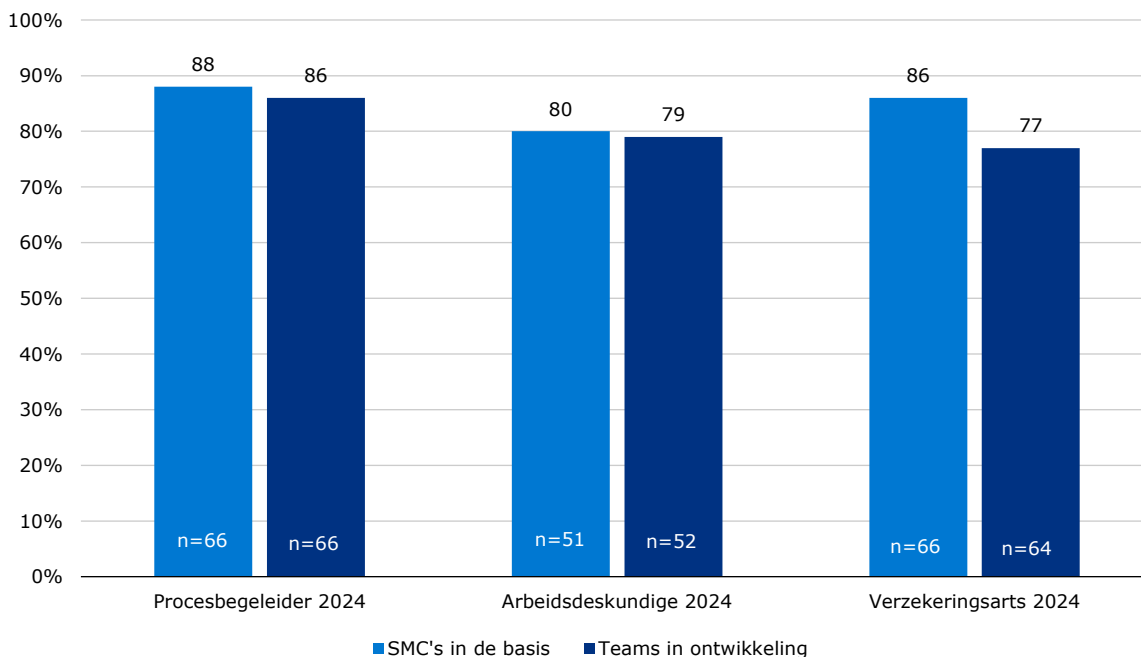
Alleen de taken van de procesbegeleider die direct van invloed zijn op het uitkeringsrecht zijn in het oordeel meegenomen:

- De juiste gegevens ten aanzien van recht, hoogte en duur van de uitkering zijn vastgesteld en in de beschikking opgenomen.
- De juiste gegevens zijn vastgelegd in het 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.

In de kwaliteit van de WIA-beoordeling zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. Dit geldt zowel voor de dienstverlening van de procesbegeleider, de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts (zie figuur 6.4) als de integrale kwaliteit van de beoordeling door de functionarissen gezamenlijk (zie figuur 6.5). De percentages in figuur 6.4 en 6.5 zijn gebaseerd op kleine aantallen (in totaal 132 dossiers). De geringe verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling zijn daardoor niet statistisch significant.

**Figuur 6.4 Het percentage WIA-claimbeslissingen waarbij volledig adequaat is gehandeld**



De totaalscore op kwaliteit is hoger dan de totaalscore in de SMC-evaluatie van 2023 (figuur 6.5). Dit laat zien dat er een positieve ontwikkeling is in de kwaliteit van de WIA-claimbeslissing, die samenvalt met de ontwikkeling in de SMC-vorming.<sup>26</sup> De kwaliteit van de WIA-claimbeslissingen is echter nog zeker niet perfect: er is nog ruimte voor verbetering.

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

- De procesbegeleider maakt fouten tijdens het berekenen van recht, duur, hoogte van de uitkering en de registratie daarvan. De beoordeling is uitgaand van de in het dossier beschikbare informatie onjuist.
- 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 uitkomst valt dan niet te begrijpen vanuit alle aanwezige dossiergegevens en wordt dan als 'nader te bepalen' beoordeeld.

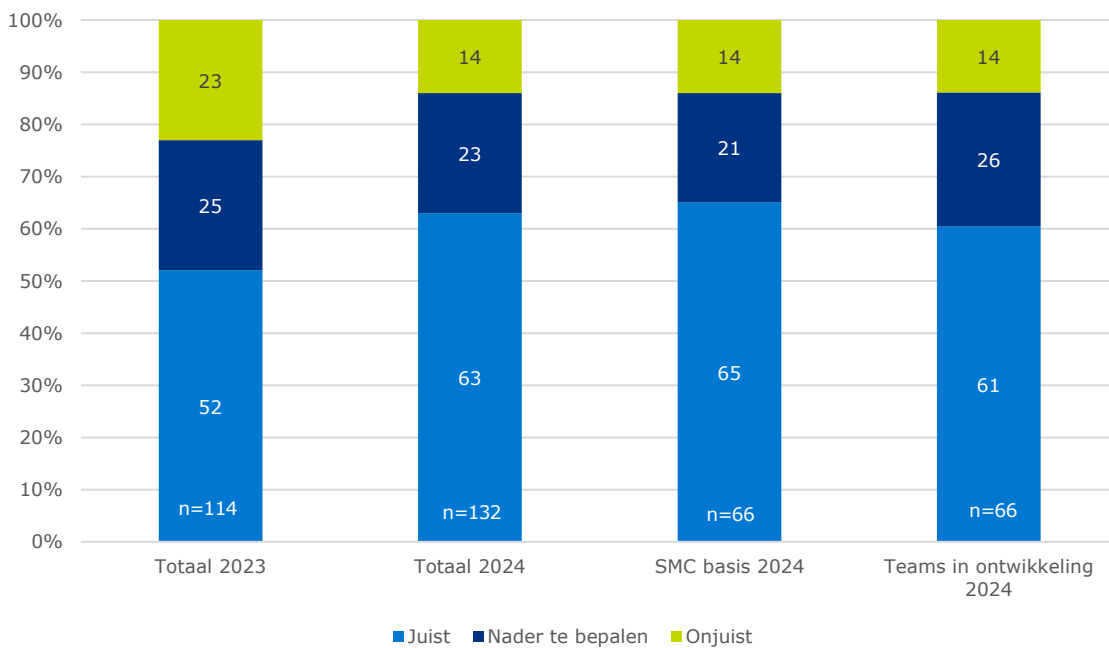
Niet-adequate beslissingen vallen dus uiteen in nader te bepalen beslissingen en onjuiste beslissingen. Figuur 6.5 laat zien dat in SMC's in de basis en teams in ontwikkeling zowel de procesbegeleider als de verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige met enige regelmatig fouten maken in de WIA-claimbeslissing. Door de kleine aantallen zijn de geringe verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling niet statistisch significant.

Bij de WIA-claimbeslissing kan een fout van de verzekeringsarts gecompenseerd worden door de arbeidsdeskundige. Dat komt omdat zij samen het oordeel vormen. Bijvoorbeeld als de arts te onrecht niet 'geen benutbare mogelijkheden' vaststelt, dan kan de arbeidsdeskundige toch nog op arbeidsdeskundige gronden vaststellen dat er sprake is van 80-100% arbeidsongeschiktheid, waarna de cliënt toch de juiste (WGA 80-100-)uitkering krijgt. Ook kan het voorkomen dat zowel de verzekeringsarts als de arbeidsdeskundige een fout maken in hetzelfde dossier. Tot slot beoordeelt de arbeidsdeskundige niet alle dossiers – wanneer de arts GBM vaststelt is dat niet nodig. Het percentage 'niet adequaat' bij arbeidsdeskundige en verzekeringsarts (op basis van figuur 6.4) hoeft dus niet op te tellen tot het percentage 'nader te bepalen' beslissingen in figuur 6.5.

Alleen wanneer een procesbegeleider 'niet adequaat' handelt (figuur 6.4) leidt dit tot een 'onjuiste' beslissing (zie figuur 6.5). In principe is het percentage 'niet adequaat' bij de procesbegeleider dus gelijk aan het percentage onjuiste beslissingen. Bij de beoordeling van de dossiers van de SMC's in de basis wijkt dit licht af ( $100 - 88 = 12\%$  niet adequaat handelen door de procesbegeleider, versus  $14\%$  onjuist). Dat komt door verschillen in de interpretatie van de toetsregels door de individuele toetsers.

<sup>26</sup> De cijfers uit de evaluatie van 2023 en de huidige evaluatie zijn niet direct met elkaar te vergelijken, omdat de SMC-kantoren uit de voorgaande evaluatie niet dezelfde zijn als de SMC's in de basis in de huidige. Omdat echter zowel de prestaties van de SMC's in de basis als de teams in ontwikkeling hoger liggen dan de prestaties van beide groepen ten tijde van de vorige evaluatie, kunnen we met zekerheid zeggen dat de prestaties van SMZ als totaal zijn verbeterd.

**Figuur 6.5 Het percentage WIA-claimbeslissingen die juist, nader te bepalen of onjuist zijn beoordeeld\***



\* De beoordeling is onjuist wanneer de procesbegeleider een fout maakt. De beoordeling is nader te bepalen wanneer de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige zijn/haar analyse onvoldoende onderbouwt.

## 6.6. Kwaliteit van de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong

Iemand die een Wajong-uitkering wil aanvragen, moet een aanvraag beoordeling arbeidsvermogen doen (ABA). Dan toetsen een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige of de cliënt arbeidsvermogen heeft. Zo niet, dan heeft de cliënt recht op een Wajong-uitkering. De procesbegeleider doet de administratief/juridische intake en bewaakt het proces. Na de ABA berekent de procesbegeleider het recht, de ingang en de hoogte van de uitkering, verwerkt dit in het interne systeem van UWV en stuurt een beschikking aan de cliënt.

De verwachting is dat de integrale kwaliteit van de ABA voor de Wajong niet verschilt tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. Dat komt omdat er bij zo'n beoordeling vaste processen en vaste rollen voor de diverse functionarissen zijn en die voor SMC's in de basis en teams in ontwikkeling niet verschillen. Met kwaliteit wordt bedoeld dat de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen over het uitkeringsrecht (wel of geen Wajong-uitkering), die in het dossier voldoende onderbouwen en de juiste gegevens in het interne systeem opnemen (recht, ingang, hoogte van de uitkering). Box 6.4 laat zien op welke aspecten de kwaliteit van de dienstverlening is beoordeeld.

De integrale kwaliteit van de ABA door de functionarissen gezamenlijk is significant hoger bij de teams in ontwikkeling dan bij de SMC's in de basis (zie figuur 6.6). Zoals gezegd verwachtten we vooraf geen verschillen tussen teams in ontwikkeling en SMC's in de basis: er is geen reden waarom SMC's in de basis minder goed zouden presteren op integrale kwaliteit van de ABA voor de Wajong. Een mogelijke verklaring is dat de scores bij de SMC's in de basis slechts gebaseerd zijn op de prestaties van vijf teams: als daar een paar teams bij zitten die de administratie minder goed op orde hebben, dan beïnvloedt dat de resultaten voor de SMC's in de basis sterk. Voor de beoordeling van de kwaliteit van de ABA's in de dertien SMC's in de basis is namelijk alleen gekeken naar de vijf teams die gespecialiseerd zijn in beoordelingen gerelateerd aan de Participatiewet, zoals de ABA (de zogenaamde Participatiewet-teams). Overige teams die behoren tot de SMC's in de basis voeren weinig ABA's uit. Bij de beoordeling van de kwaliteit van de ABA's in de teams in ontwikkeling is een steekproef genomen van *alle* teams in ontwikkeling die de ABA uitvoeren.

Bij de prestaties per functionaris (procesbegeleider, de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts) zijn geen significante verschillen gevonden. De percentages in figuur 6.6 en 6.7 zijn gebaseerd op kleine aantallen (in totaal 110 dossiers). De geringe verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling per functionaris zijn daardoor niet statistisch significant.

#### Box 6.4 Criteria bij het beoordelen van de kwaliteit van de ABA voor de Wajong

##### *Integrale dienstverlening*

De kwaliteit van de ABA voor de Wajong is als 'adequaat' beoordeeld wanneer de UWV-medewerkers de juiste beslissing nemen ten aanzien van het uitkeringsrecht (i.e. wel of geen Wajong-uitkering), ze die beslissing in het dossier voldoende onderbouwen en de juiste gegevens in het interne systeem opnemen (recht, ingangsdatum, hoogte van de uitkering).

##### *Dienstverlening door de verzekeringsarts*

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

Bij de ABA bepaalt de analyse van de verzekeringsarts (samen met die van de arbeidsdeskundige) het recht op de uitkering. De arts bepaalt de belastbaarheid van de cliënt aan de hand van onderzoek volgens de methode sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen (SMBA) en bijbehorende richtlijnen en werkwijzers. Als de arts bepaalt dat de cliënt geen benutbare mogelijkheden (GBM) heeft en deze situatie is bovendien duurzaam, dan is er sprake van 'duurzaam geen arbeidsvermogen', hoeft er geen arbeidsdeskundig onderzoek plaats te vinden en krijgt de cliënt een Wajong-uitkering. Is er sprake van benutbare mogelijkheden of van GBM maar niet duurzaam, dan volgt er wel een arbeidsdeskundig onderzoek. 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;
- bij wel benutbare mogelijkheden op de juiste manier vaststellen of er sprake is van 'geen arbeidsvermogen' aan de hand van twee criteria:
  - Een correcte inschatting en onderbouwing van het criterium 'kan niet één uur aaneengesloten werken'. Daarvan is sprake wanneer een cliënt (in geval van niet-lichamelijke problematiek) vaker dan eens per uur bijsturing nodig heeft op de werkvloer.
  - Een correcte inschatting en onderbouwing van het criterium 'is niet ten minste vier uur per dag belastbaar'. Indien de arts tot het oordeel komt dat de cliënt niet ten minste vier uur per dag belastbaar is, dan beoordeelt hij ook of de cliënt ten minste twee uur per dag belastbaar is.

##### *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.

Bij de ABA bepaalt de analyse arbeidsvermogen van de arbeidsdeskundige (samen met die van de verzekeringsarts) het recht op de uitkering. De arbeidsdeskundige beoordeelt onder welke voorwaarden de cliënt kan werken, of de cliënt over noodzakelijke basale werknemersvaardigheden beschikt (samen met de verzekeringsarts) en of de cliënt een taak kan uitvoeren in een arbeidsorganisatie. Hij volgt daarbij de SMBA-methode en bijbehorende richtlijnen en werkwijzers.

##### *Dienstverlening door de procesbegeleider*

De dienstverlening door de procesbegeleider is als 'adequaat' beoordeeld wanneer de juiste gegevens in het interne systeem zijn opgenomen (recht, ingangsdatum, hoogte van de uitkering).

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

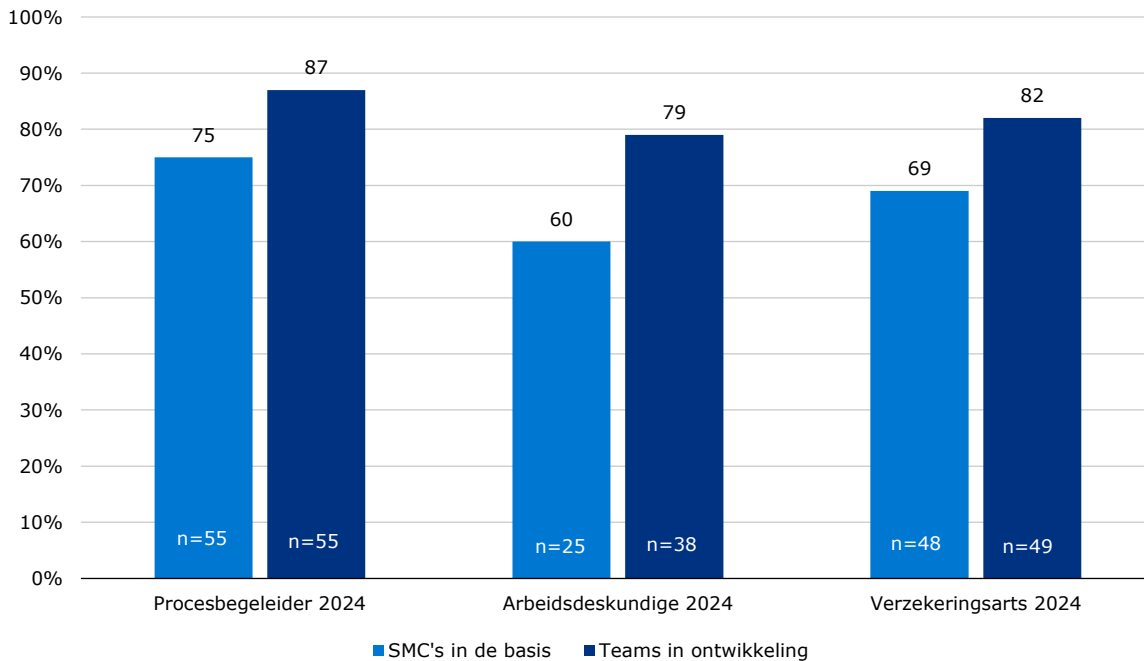
- De juiste gegevens over recht, hoogte en ingangsdatum van de uitkering zijn vastgesteld en in de beschikking opgenomen.
- De juiste gegevens zijn vastgelegd in het interne systeem.

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. De totale dienstverlening van de procesbegeleiders is niet als geheel beoordeeld.

Het valt op dat de arbeidsdeskundige bij de SMC's in de basis minder vaak betrokken zijn geweest bij de ABA dan bij de teams in ontwikkeling: waarschijnlijk is dit toeval. Wanneer de verzekeringsarts vaststelt dat de cliënt duurzaam geen arbeidsvermogen heeft, dan hoeft de arbeidsdeskundige geen analyse te verrichten. Blijkbaar was dit in de getrokken steekproef vaker het geval bij de SMC's in de basis dan bij de teams in ontwikkeling.

In de SMC-evaluatie van 2023 is de professionele kwaliteit van de ABA voor de Wajong niet getoetst. We kunnen de prestaties van 2024 daardoor niet vergelijken met de prestaties van het jaar ervoor.

**Figuur 6.6 Het percentage Wajong-ABA-beoordelingen waarbij volledig adequaat is gehandeld**



De ABA voor de Wajong kan om twee redenen als 'niet adequaat' beoordeeld zijn:

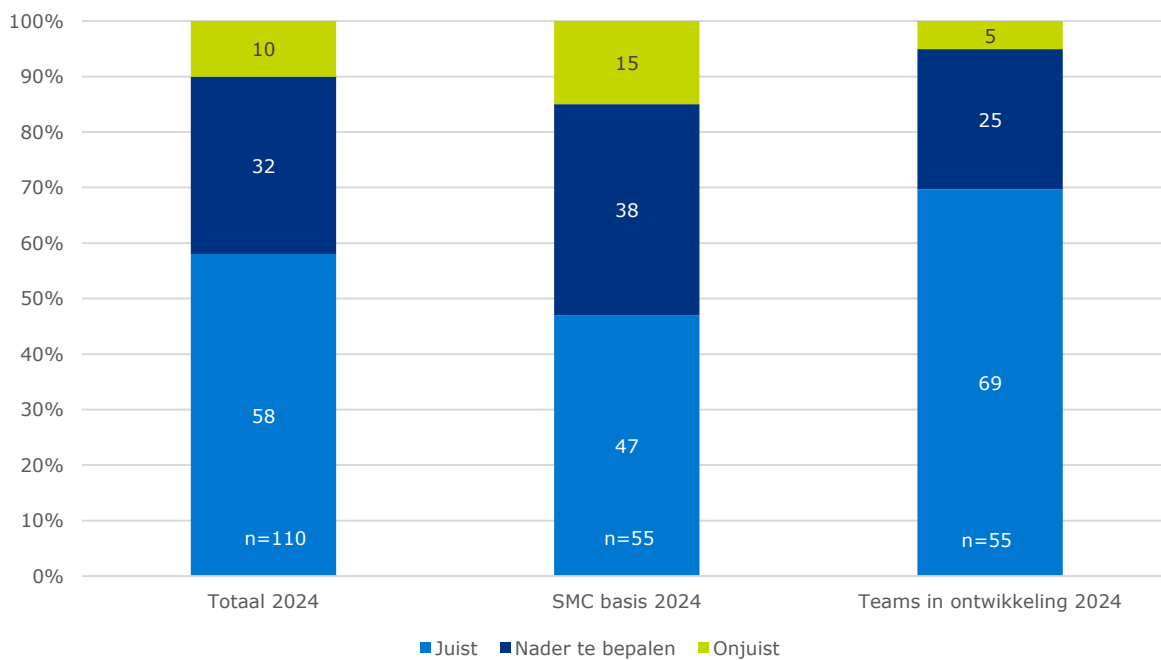
- De procesbegeleider maakt fouten tijdens het berekenen van recht, ingangsdatum, hoogte van de uitkering en de registratie daarvan. De beoordeling is uitgaand van de in het dossier beschikbare informatie onjuist.
- De verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige onderbouwt zijn/haar analyse onvoldoende, waardoor de beoordelaar niet kan vaststellen of de uitkomst (wel of geen Wajong) juist is. De uitkomst valt dan niet te begrijpen vanuit alle aanwezige dossiergegevens en wordt dan als 'nader te bepalen' beoordeeld.

De niet-adequate beslissingen zijn dus te classificeren als nader te bepalen beslissingen en onjuiste beslissingen. Figuur 6.7 laat zien dat in SMC's in de basis en teams in ontwikkeling zowel de procesbegeleider als de verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige met enige regelmaat fouten maken in de ABA voor de Wajong. Door de kleine aantallen zijn de geringe verschillen tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling niet statistisch significant.

Bij de ABA voor de Wajong wordt apart door de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige gekeken naar hun eigen beoordelingscriteria. Een fout van de verzekeringsarts kan dus niet gecompenseerd worden door de arbeidsdeskundige (of vice versa), zoals bij de Ziektewet- en WIA-beoordeling. Een fout van de verzekeringsarts óf de arbeidsdeskundige leidt dus tot een 'nader te bepalen' beslissing. Ook kan het voorkomen dat zowel de verzekeringsarts als de arbeidsdeskundige een fout maken in hetzelfde dossier. Tot slot beoordeelt de arbeidsdeskundige niet alle dossiers – wanneer de arts geen benutbare mogelijkheden vaststelt is dat niet nodig. De percentages 'niet adequaat' bij de arbeidsdeskundige en verzekeringsarts (op basis van figuur 6.6) hoeven dus niet op te tellen tot het percentage 'nader te bepalen' beslissingen in figuur 6.7.

Alleen wanneer een procesbegeleider 'niet adequaat' handelt (figuur 6.6) dan leidt dit tot een 'onjuiste' beslissing (zie figuur 6.7). In principe is het percentage 'niet adequaat' bij de procesbegeleider dus gelijk aan het percentage onjuiste beslissingen. Bij de beoordeling van de dossiers van de SMC's in de basis wijkt dit af ( $100 - 75 = 25\%$  niet adequaat handelen door de procesbegeleider, versus  $15\%$  onjuist). Ook bij de beoordeling van de dossiers van de teams in ontwikkeling wijkt dit af ( $100 - 87 = 13\%$  niet adequaat handelen door de procesbegeleider, versus  $5\%$  onjuist). Dat komt door verschillen in de interpretatie van de toetsregels door de individuele toetsers.

**Figuur 6.7 Het percentage ABA-beoordeling voor de Wajong die juist, nader te bepalen of onjuist zijn beoordeeld\***



\* De beoordeling is onjuist wanneer de procesbegeleider een fout maakt. De beoordeling is nader te bepalen wanneer de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige zijn/haar analyse onvoldoende onderbouwt.

## 6.7. Kernbevindingen

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

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

Bij de Ziektewet-beoordeling en 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. Die zijn in de SMC's in de basis niet anders dan in de teams in ontwikkeling. 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 bij SMC's in de basis dan bij de teams in ontwikkeling. Dit effect zien we vooralsnog niet terug in de onderzochte dossiers.

De evaluatie toont ook aan dat de integrale professionele kwaliteit van de dienstverlening en beslissingen in het algemeen is verbeterd in vergelijking met de SMC-evaluatie van 2023. De ingezette verbeteringen naar aanleiding van de evaluatie van 2023 en de verdere ontwikkeling van de SMC-vorming met een focus op taakdelegatie en goede samenwerking tussen de verschillende functionarissen, lijken dus hun vruchten af te werpen.

Bij de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong presteren de SMC's in de basis minder goed dan de teams in ontwikkeling. Dat is niet zoals verwacht: net als bij de Ziektewet-beoordeling en WIA-claimbeslissing werden ook bij de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen geen veranderingen verwacht van het werken in SMC's vanwege de vaste processen en vaste rolverdeling van medewerkers. Waarom de SMC's in de basis hier minder goed presteren, vergt daarom nader onderzoek. Daarbij merken we op dat de scores op de kwaliteit van de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen bij de SMC's in de basis slechts gebaseerd zijn op vijf teams: als daar een paar teams bij zitten die de administratie minder goed op orde hebben, dan beïnvloedt dat de resultaten voor de SMC's in de basis sterk.



# 7. Conclusies

*De dertien SMC's in de basis zijn vergevorderd ten aanzien van het invoeren van multidisciplinaire besprekingen, taakdelegatie en taakondersteuning, en teamontwikkeling, eigenaarschap en verandervermogen. De andere negentig teams zijn nog sterk in ontwikkeling tot een SMC. Een belangrijk verschil tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling is dat SMC's in de basis meer personeel voor taakondersteuning en taakdelegatie hebben. Een direct meetbaar effect is dat de schaarse artsencapaciteit efficiënter wordt benut: de productiviteit per arts is hoger bij SMC's in de basis. Ook op andere gebieden laten die SMC's positieve resultaten zien. De tijdigheid van beslissingen is hoger, het aandeel wachtende cliënten lager en de verzuimduur van vangnetcliënten korter. Verder zijn medewerkers en cliënten van SMC's in de basis tevredener. Het SMC in de basis heeft geen aantoonbare invloed op de kwaliteit in de SMC's. Maar bij de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong lijken de SMC's in de basis minder goed te presteren dan de teams in ontwikkeling. We zien wel een verbetering in de professionele kwaliteit van de dienstverlening ten opzichte van de SMC-evaluatie 2023 van vorig jaar.*

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). Het 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 en een toenemend aantal WIA-aanvragen kan het desondanks voorkomen dat een SMC de productiedoelstellingen niet haalt.

In paragraaf 7.1 vatten we de prestaties op de ontwerpprincipes (throughput) samen en in 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.

## 7.1. Prestaties op ontwerpprincipes (throughput)

Alle teams zijn gestart met het invoeren van de ontwerpprincipes (throughput). De SMC's in de basis zijn hierin verder gevorderd en dat is te zien aan het volgende:

- **Taakondersteuning en -delegatie vinden plaats.** SMC's in de basis hebben per fte verzekeringsarts gemiddeld 0,9 fte medisch personeel beschikbaar voor ondersteuning en delegatie. Bij de teams in ontwikkeling ligt deze verhouding lager, namelijk 0,7 fte per fte verzekeringsarts.
- **De cliënt centraal.** Medewerkers van de SMC's in de basis blijken meer dan die van de teams in ontwikkeling het gevoel te hebben dat ze de cliënt centraal kunnen stellen en rekening kunnen houden met de wensen van de cliënt. Vooral managers en teamondersteuners van SMC's in de basis zijn hier positief over vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling.
- **Duaal leiderschap.** Vooral procesbegeleiders en teamondersteuners, maar ook de artsen, arbeidsdeskundigen en medisch secretaresses in SMC's in de basis zijn positiever over het ervaren leiderschap vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling.
- **Lerende ontwikkeling.** Medewerkers in SMC's in de basis ervaren sterker dat UWV luistert naar suggesties en ideeën om te verbeteren vergeleken met de teams in ontwikkeling. Daarnaast ervaren artsen, teamondersteuners en arbeidsdeskundigen meer ruimte voor beslissingen en initiatieven in SMC's in de basis vergeleken met hun collega's in de teams in ontwikkeling.

## 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 een aandachtspunt. Dit zijn de positieve resultaten:

- **Taakondersteuning en -delegatie** leiden tot een efficiëntere benutting van de schaarse artsencapaciteit. De productiviteit per arts is hoger bij SMC's in de basis: 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. Dat is ook te zien aan de totale productie die onderling vergelijkbaar is gemaakt: de productie in WIA-equivalenten. SMC's in de basis produceren gemiddeld 13% meer dan teams in ontwikkeling. Om die hogere productie te halen, is wel meer overig (medisch) personeel per arts nodig. De efficiëntie van het team als geheel stijgt niet.
- **Meerwettig werken** leidt tot een flexibel team waarvan de leden elkaars taken kunnen overnemen. De SMC's in de basis achten zichzelf als team beter in staat om zich aan te passen aan de veranderende omgeving vergeleken met de teams in ontwikkeling. Bovendien waarderen zij de variatie in hun werk hoger.

Het aandachtspunt is:

- De sociaal-medisch verpleegkundigen van SMC's in de basis zijn minder positief dan hun collega's van de teams in ontwikkeling. Zij waarderen het werkgeverschap van UWV lager en de toekomstvisie van het werken in SMC's vinden zij minder inspirerend. Verder ervaren ze leiderschap minder goed en zijn ze minder positief over taakdelegatie en taakondersteuning dan collega's bij de teams in ontwikkeling. Uit het onderzoek blijkt ook dat sociaal-medisch verpleegkundigen ervaren dat ze minder ruimte hebben voor initiatief en beslissingen, en een hogere werkdruk hebben vergeleken met teams in ontwikkeling. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de lagere scores, maar er is nader onderzoek nodig om dit te bevestigen.

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

De evaluatie laat wat betreft de beoogde effecten van de ontwerpprincipes (outcome, i.e. de prestaties op de vier resultaatgebieden) positieve resultaten zien bij de SMC's in de basis:

- **Kwantiteit.** Op bijna alle onderzochte indicatoren laten de SMC's in de basis hogere prestaties zien dan de teams in ontwikkeling. De productie per arts is hoger, er zijn meer tijdige beoordelingen en minder wachtende cliënten. De vangnetcliënten zijn korter ziek en dat is een indicatie dat de SMC's in de basis de dienstverlening voor vangnetcliënten beter op orde hebben. De totale productie is ook hoger, maar hiervoor is wel een groter team met meer taakondersteunend en taakgedelegeerd personeel, en meer niet-medisch personeel zoals arbeidsdeskundigen en procesbegeleiders, beschikbaar. De productiviteit van het team verschilt weinig tussen de twee categorieën SMC's. Vergeleken met 2023 is de productie toegenomen en het percentage wachtende cliënten gedaald. Daar staat tegenover dat de productiviteit van het team licht afgenomen is en er procentueel minder beoordelingen tijdig worden verricht.
- **Medewerkerstevredenheid.** Medewerkers die werken in SMC's in de basis zijn gemiddeld tevredener over hun werk ten opzichte van medewerkers in teams in ontwikkeling. Vooral artsen, managers en teamondersteuners, maar ook de arbeidsdeskundigen, procesbegeleiders en medisch secretaresses, zijn positiever in het SMC in de basis vergeleken met hun collega's die werken in teams in ontwikkeling. De sociaal-medisch verpleegkundigen zijn echter minder tevreden. Omdat dit jaar specifiek alleen de medewerkers in de uitvoering zijn bevestigd – zij werken immers in een SMC – en in 2023 alle medewerkers van SMZ, zijn de resultaten niet te vergelijken met de evaluatie van 2023.
- **Clíenttevredenheid.** Clíënten van SMC's in de basis zijn tevredener over de dienstverlening. Gemiddeld geven zij een 7,5, terwijl cliënten van teams in ontwikkeling een 7,1 geven. De hogere waardering is terug te zien bij de WIA-clíënten. Zij waarderen de SMC's in de basis met een 7,8. De WIA-clíënten van teams in ontwikkeling geven een 7,0. De Ziektewet-clíënten van SMC's in de basis geven een 7,1 en die van teams in ontwikkeling een 7,2. De WIA-clíënten ervaren ook meer dat medewerkers in SMC's in de basis de menselijke maat hanteren. Dit jaar bestaat de steekproef uit cliënten die in of na 2022 dienstverlening hebben ontvangen van een SMC. Dit is anders dan in 2023, waardoor we de resultaten onderling niet kunnen vergelijken.
- **Kwaliteit.** Het werken in een SMC in de basis heeft geen aantoonbare invloed op de professionele kwaliteit van de dienstverlening tijdens de Ziektewet-uitkering. Er lijkt nog ruimte voor professionals om alle cliënten beter in beeld te hebben door het werken in multidisciplinaire teams en het inrichten van werkzaamheden rondom de cliënt. Bij de Ziektewet-beoordeling en WIA-claimbeslissing zien we geen verschil tussen SMC's in de basis en teams in ontwikkeling. Dat werd ook niet verwacht. Een beoordeling kent immers vaste processen en vaste rollen voor de betrokken functionarissen. Bij de aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong presteren de SMC's in de basis minder goed. Waarom de SMC's in de basis hier minder goed presteren vergt nader onderzoek. Ten opzichte van de evaluatie in 2023 zien we dat de professionele kwaliteit van de dienstverlening en beslissingen in het algemeen is verbeterd. Zo is het aandeel juiste beslissingen bij de WIA-claimbeoordeling gestegen van 52% in 2023 naar 63% in 2024. Bij de Ziektewet is het aandeel juiste beoordelingen gestegen van 64% in 2023 naar 85% in 2024. De ingezette verbeteringen naar aanleiding van de evaluatie van vorig jaar en de verdere ontwikkeling van de SMC-vorming met een focus op taakdelegatie en goede samenwerking tussen de verschillende functionarissen, lijken dus hun vruchten af te werpen.

Bij de uitkomsten van deze evaluatie moeten we een paar kanttekeningen maken:

- In hoeverre de SMC-vorming tot hogere prestaties leidt, kan op basis van deze evaluatie niet eenduidig worden beantwoord. De genoemde indicatoren worden ook door veel andere factoren beïnvloed, zoals het aantal cliënten in verhouding tot de personeelscapaciteit van het SMC, prestaties van individuele medewerkers, werkcultuur en ziekteverzuim.
- De prestaties van geheel SMZ zijn in 2024 op een aantal punten niet gestegen of gedaald vergeleken met 2023. Dit heeft deels te maken met de ontwikkeling die UWV doormaakt en deels met de omgeving rond UWV. UWV heeft veel medewerkers voor taakondersteuning en taakdelegatie in dienst genomen, die goed ingewerkt moeten worden voordat zij volledig kunnen meedraaien in een SMC. Op de korte termijn heeft dit invloed op de productiviteit van het team en de productie per arts, die in 2024 licht gedaald zijn. Daarnaast heeft UWV ervoor gekozen om cliënten die al een tijd wachten op een beslissing voorrang te geven. De achterstand in de WIA-beoordelingen neemt daardoor af, maar het kan wel betekenen dat recente aanvragen niet op tijd behandeld worden. Daardoor daalt de tijdigheid van beslissingen en beoordelingen. Tot slot is het aantal WIA-aanvragen de afgelopen maanden sterk gestegen. Dat zet veel druk op de medewerkers en op het tijdig kunnen beoordelen van cliënten. In dit licht bezien is het bemoedigend dat SMZ de teamproductiviteit en het percentage wachtende cliënten vrijwel op hetzelfde niveau heeft kunnen houden als in 2023 en dat de totale productie is toegenomen.

Tot slot bevinden alle teams van SMZ zich in een veranderfase; er zijn nog geen SMC's die alle ontwerpprincipes van een SMC volledig hebben ingevoerd. Het goed inrichten van taakdelegatie en taakondersteuning, multidisciplinaire besprekingen en andere principes van een SMC heeft tijd nodig. De prestaties kunnen toenemen naarmate een SMC verder is in zijn ontwikkeling. De hogere prestaties van de SMC's in de basis laten zien dat er veel potentieel is bij de teams die minder ver zijn in hun ontwikkeling. Voor cliënten en voor medewerkers is de SMC-vorming over het algemeen goed nieuws. Zij waarderen SMC's in de basis meer dan teams in ontwikkeling.

# Afkortingen

<b>ABA</b>	aanvraag beoordeling arbeidsvermogen
<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>bsn</b>	burgerservicenummer
<b>eNPS</b>	employee Net Promoter Score
<b>FML</b>	functionele mogelijkhedenlijst
<b>fte</b>	fulltime-equivalent
<b>hrm</b>	humanresourcesmanagement
<b>GBM</b>	geen benutbare mogelijkheden
<b>IVA</b>	Inkomensverzekering volledig arbeidsongeschikten
<b>MDB</b>	multidisciplinaire bespreking
<b>MDI</b>	multidisciplinaire intake
<b>MDO</b>	multidisciplinair overleg
<b>MMM</b>	Menselijke Maat Monitor
<b>MS</b>	medisch secretaresse
<b>MVB</b>	medewerker verzuimbeheersing
<b>NVVG</b>	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
<b>PB</b>	procesbegeleider
<b>RB</b>	re-integratiebegeleider
<b>SMBA</b>	sociaal-medische beoordeling van arbeidsvermogen
<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>TO</b>	teamondersteuner
<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.

## Eigenrisicodragers

Een werkgever kan ervoor kiezen om het risico van een Ziektewet-uitkering aan uitzendkrachten en eendienstverbanders 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 een 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, dan krijgt hij/zij een IVA-uitkering. Iemand heeft dan geen sollicitatieplicht en 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 eendienstverbanders (art. 29 lid 2c ZW) inclusief gelijkgestelden en nawerking (art. 29 lid 2a en b), uitzendkrachten (art. 29 lid 2c) en zieke WW-gerechtigden (art. 29 lid 2d). Zowel de eendienstverbanders 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 een 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 ziekingeld. De Ziektewet bestaat uit een eerste en een tweede lijn. Bij ziekte komt een cliënt in de eerste lijn van de Ziektewet terecht. Die wordt uitgevoerd door de divisie Uitkeren van UWV. Na dertien weken ziekte gaat de cliënt over naar de tweede lijn, die wordt uitgevoerd door de divisie Sociaal-medische zaken.

# Bijlage I      Ontwerpprincipes van het sociaal-medisch centrum

De sociaal-medische centra (SMC's) zijn gebaseerd op de volgende negen ontwerpprincipes. In figuur S1 in de samenvatting laten we zien welke directe effecten (output) van de ontwerpprincipes worden verwacht en welke effecten op termijn (outcome) moeten worden bereikt.

## 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.

## 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 divisieoverstijgend: 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## 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 UWV te binden. De medisch secretaresse kan de arts ondersteunen bij voorbereidende en administratieve taken.

## 7. Het SMC wordt duaal 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.

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

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

## 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-upbenadering).

## Bijlage II Wegingskader voor de SMC-vorming

Voor dit rapport is wegingskader versie 1.21 uit februari 2024 gehanteerd. Het wegingskader bestaat uit een vragenlijst met verschillende stellingen. Iedere stelling wordt 'gewogen' door het geven van een cijfer van 1 tot en met 5:

- 1 = nog geen ontwikkeling
- 2 = ontwikkeling gestart
- 3 = ontwikkeling is halverwege
- 4 = ontwikkeling is in vergevorderd stadium
- 5 = voldoet volledig aan de stelling

De antwoorden op de stellingen geven een beeld van de fase waarin het SMC zich bevindt bij de invoering van de ontwerpprincipes.

### Stellingen

Ontwerpprincipe 1: Cliënt centraal	1	2	3	4	5	Geen beeld
Er wordt altijd en zo snel mogelijk contact gelegd met de cliënt wanneer de cliënt binnenkomt bij het SMC.						
Professionals handelen volgens de menselijke maat (eerst de mens, dan de regels, dan de organisatie) zoals bedoeld door UWV, waardoor cliënten zich gezien, gehoord en geholpen voelen.						
Er wordt dienstverlening geleverd, passend bij de specifieke situatie van de cliënt, waarbij alleen die professionals worden betrokken die voor die casus nodig zijn.						
Teamleden voorzien in de dienstverlening aan de cliënt op het gebied van arbeid, gezond en re-integratie en inkomenszekerheid, en streven naar een tijdige afhandeling.						
Elk SMC heeft multidisciplinaire besprekingen, waarbinnen triage wordt toegepast voor een optimale en efficiënte dienstverlening.						
Cliënten met een gewijzigde (medische) situatie of bij wie de voortgang stagneert, worden zo nodig opnieuw in een multidisciplinaire bespreking (MDI/MDO) ingebracht.						
Elke cliënt is in beeld en heeft een persoonlijk plan dat samen met de cliënt is opgesteld.						
Vraaggestuurde herbeoordelingen worden primair teruggelegd in het oorspronkelijke SMC.						
<b>Eindweging Cliënt centraal</b>						
Ontwerpprincipe 2: Drempelloze klantreis	1	2	3	4	5	Geen beeld
Cliënten blijven van instroom tot uitstroom bij hetzelfde SMC en hierbinnen bij dezelfde professionals.						
De betrokken professionals zijn altijd op de hoogte van de situatie van de cliënt, de dienstverlening die de cliënt gaat krijgen en wat ze de cliënt kunnen aanbieden.						
Binnen het SMC en naar andere divisies vindt een zorgvuldige overdracht plaats tussen de verschillende professionals die betrokken zijn bij de dienstverlening aan de cliënt.						
De cliënt is op de hoogte van de dienstverlening die hij gaat volgen en weet daardoor wat hij kan verwachten.						
Het SMC werkt nauw samen met de medewerker verzuimbeheersing (Ziektewet-arbo).						
De expertise van Werkbedrijf en Uitkeren maken deel uit van het SMC en werken als één team samen.						
Het SMC onderhoudt (in samenspraak met Werkbedrijf) proactief een goede samenwerking met externe ketenpartners, zoals zorg- en hulpverleners, bedrijfsartsen, werkgevers en gemeenten.						
Participatie-wet: indien professioneel noodzakelijk vindt er een warme overdracht plaats naar ketenpartijen en monitoring van overgedragen cliënten.*						
<b>Eindweging Drempelloze klantreis</b>						

\* Dit is een vereiste voor SMC's die de Participatiewet uitvoeren.

<b>Ontwerpprincipe 3: Resultaatverantwoordelijk voor afgebakend cliëntenbestand</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Geen beeld</b>
Alle medewerkers van het SMC nemen verantwoordelijkheid voor het behandelen van het afgebakende cliëntenbestand met de juiste kwaliteit en binnen de afgesproken tijd.						
Er is een evenredige werkverdeling onder teamleden en subteams. In het SMC bepalen teamleden zelf hoe de caseload wordt verdeeld.						
Alle cliënten uit het afgebakende cliëntenbestand stromen in bij het daarvoor aangewezen SMC.*						
Het SMC heeft een afgebakend cliëntenbestand op basis van postcode.*						
De verdeling van postcodegebieden is gemaakt in samenspraak met het Werkbedrijf.						
Het postcodegebied van het SMC sluit aan op de arbeidsmarktregio.						
Alle teamleden zijn verantwoordelijk voor het gehele SMC-resultaat.						
SMC-resultaten zijn inzichtelijk voor alle teamleden en worden regelmatig besproken.						
De teamresultaten worden maandelijks binnen het SMC besproken.						
<b>Eindweging Resultaatverantwoordelijk voor afgebakend cliëntenbestand</b>						
<i>* Uitgangspunt is een afgebakende caseload op postcodegebied, maar bij een basis-SMC kan een indeling op bsn nog volstaan.</i>						
<b>Ontwerpprincipe 4: Medewerkers van alle disciplines, paramedici*</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Geen beeld</b>
Het SMC is een multidisciplinair team dat elkaar in kleinere groepen ontmoet in multidisciplinaire besprekingen (MDI/MDO).						
De teams hebben (minimaal tweewekelijks, fysiek) een multidisciplinaire bespreking (MDB), waarin aan de hand van triage de juiste route en processtappen worden bepaald voor de cliënt.						
Rollen en bijbehorende verantwoordelijkheden van teamleden zijn duidelijk.						
Teamleden kennen elkaars expertise en maken gebruik van elkaars expertise.						
Medewerkers van verschillende disciplines werken proactief, doelgericht en effectief samen in het SMC.						
Het aantal functionarissen dat per functie wordt ingezet in het SMC wordt, binnen het eigen budget, door een SMC zelf bepaald.						
<b>Eindweging Medewerkers van alle disciplines, paramedici</b>						
<i>* Lopende het onderzoek is de inzet van (para)medici momenteel alleen voorbehouden aan aangewezen SMC's.</i>						
<b>Ontwerpprincipe 5: Meerwettig werken</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Geen beeld</b>
Het SMC is georganiseerd rond de klantreizen, waarbij de klantreis leidend is (werkgeverslijn/vangnetlijn/Participatiewet).*						
Het SMC behandelt zowel de vangnetlijn als de werkgeverslijn. De Participatie-wet kan in een separaat SMC worden uitgevoerd.*						
Elke VA, AD, SMV, MS en TO in het SMC zijn inzetbaar voor alle wetten die het SMC behandelt.						
De medewerkers van het SMC zijn in staat om elkaars werkzaamheden over te nemen of op te vangen indien nodig.						
<b>Eindweging Meerwettig werken</b>						
<i>* Participatie-wetteams kunnen op kantoor of districtsniveau worden ingericht.</i>						
<b>Ontwerpprincipe 6: Taakondersteuning, taakdelegatie</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Geen beeld</b>
Minimaal een kwart tot de helft van de VA's en aiossen in het SMC werken met taakdelegatie conform de laatste versie van de Handreiking Taakdelegatie en Taakondersteuning (SMV).						
Alle VA's, aiossen, aniossen in het SMC werken met taakondersteuning conform de laatste versie van de Handreiking Taakdelegatie en Taakondersteuning (MS).						
De samenwerking tussen artsen MS'en/SMV's is vastgelegd in afsprakensets.						
De SMV's en MS'en zijn inzetbaar voor meerdere VA's.						
De SMV's hebben een breed takenpakket inclusief claim.						
Alle VA's en aiossen in het SMC werken met taakdelegatie conform de laatste versie van de Handreiking Taakdelegatie en Taakondersteuning (SMV).						
<b>Eindweging Taakondersteuning, taakdelegatie</b>						



Ontwerpprincipe 7: Duaal leiderschap*	1	2	3	4	5	Geen beeld
Het SMC wordt duaal aangestuurd door een manager Uitvoering en een regievoerder.						
De regievoerder draagt als teamlid bij aan het verwerken van de gezamenlijke caseload van het SMC.						
Het duo functioneert vanuit gelijkwaardigheid.						
Het duo stimuleert teamontwikkeling en gezamenlijke verantwoordelijkheid.						
De regievoerder en manager Uitvoering hebben samenwerkingsafspraken gemaakt voor duale aansturing, waarbij de manager Uitvoering verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering en de regievoerder verantwoordelijk is voor de inhoudelijke kant van de dienstverlening.						
<b>Eindweging Duaal leiderschap</b>						
* Disclaimer: Er is een voorgenomen besluit over sturing op het 3e echelon. Alle informatie in deze tabel is onder voorbehoud.						

Ontwerpprincipe 8: Resultaatverantwoordelijk SMC	1	2	3	4	5	Geen beeld
Het SMC heeft een eigen kostenplaats.						
Er zijn gemeenschappelijke doelstellingen waarvoor iedereen in het SMC zich verantwoordelijk voelt.						
Het SMC stuurt, acteert en monitort op de resultaatgebieden: cliënttevredenheid, medewerkerstevredenheid, kwantiteit en kwaliteit.						
<b>Eindweging Resultaatverantwoordelijk</b>						

Ontwerpprincipe 9: Lerend ontwikkelen	1	2	3	4	5	Geen beeld
Het SMC is in staat om periodiek te evalueren en op basis daarvan zich door te ontwikkelen.						
Professionals hebben frequent contact met hun vakgroep voor het uitwisselen van kennis.						
Binnen het SMC vinden er structureel kwaliteitsreviews plaats en geven teamleden elkaar feedback.						
Medewerkers staan open voor het ontvangen en geven van deze feedback.						
Het SMC heeft korte lijnen met andere SMC's binnen het kantoor, zodat er van elkaar geleerd kan worden.						
In het SMC krijgen professionals binnen de wettelijke kaders ruimte om te experimenteren en de dienstverlening in te richten.						
Het SMC heeft korte lijnen met SMC's van andere districten om kennis en best practices uit te wisselen.						
<b>Eindweging Lerend ontwikkelen</b>						

Element voor succes: Verandervermogen	1	2	3	4	5	Geen beeld
Teamleden zijn op de hoogte van de negen ontwerpprincipes en hebben goed begrip van wat werken in een SMC inhoudt.						
Het team staat minimaal een keer per kwartaal met elkaar stil bij wat werken in een SMC inhoudt.						
Teamleden staan open voor het werken in een SMC en zijn in staat om de oude werkwijzen los te laten.						
Teamleden zijn enthousiast over het werken in een SMC.						
Teamleden geloven in de verandering en dragen er actief aan bij.						
<b>Eindweging Verandervermogen</b>						

Element voor succes: Team(ontwikkeling)	1	2	3	4	5	Geen beeld
Teamleden zoeken elkaar op, staan open voor elkaars ideeën en helpen elkaar.						
Teamleden voelen zich veilig om elkaar aan te spreken.						
Er worden regelmatig (meerdere keren per jaar) activiteiten georganiseerd ten behoeve van teamontwikkeling.						
Het team werkt vanuit gezamenlijke teamwaarden en staat ook regelmatig (meerdere keren per jaar) stil bij deze waarden.						
Teamleden streven continu naar een betere dienstverlening.						
Binnen het team is er gedeelde besluitvorming waarbij ieders mening wordt meegewogen.						
Teamleden zijn betrokken. Ze leven, denken en voelen met elkaar mee.						
<b>Eindweging Team(ontwikkeling)</b>						

### 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 aantal ingezette bruto-fte's. De productie bestaat uit alle handelingen die worden uitgevoerd door SMZ. Voor elke handeling zijn de normtijden gespecificeerd voor alle functionarissen die bij de handeling betrokken zijn. 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.

Om de productie van SMC's onderling vergelijkbaar te maken zijn alle verschillende handelingen van SMZ volgens de normtijden ook uitgedrukt in WIA-tijden. Dit noemen we de **productie in WIA-equivalenten**. Het verrichten van bijvoorbeeld een aanvraag beoordeling arbeidsvermogen voor de Wajong wordt daarmee vergelijkbaar met het uitvoeren van een WIA-claimbeoordeling. Hierdoor is het mogelijk om de productie van SMC's in de basis en teams in ontwikkeling te vergelijken.

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 netto-fte's van de verzekeringsartsen, inclusief aiossen en aniossen. De productie in de teller bestaat dus uit de productie van het hele team en niet alleen van de verzekeringsartsen. Bij de netto-fte's worden uren die niet aan de productie worden besteed, zoals uren voor het volgen van opleidingen, niet meegenomen.

### Tijdigheid van beoordelingen en beslissingen

De indicator tijdigheid bestaat uit vier onderliggende indicatoren:

- **Tijdigheid van beslissingen eerste WIA-claim:** 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.

## Bijlage IV Medewerkerstevredenheid – resultaten werkbelevingsonderzoek

Tabel IV. 1 Resultaten medewerkerstevredenheid SMZ totaal, SMC's in de basis en teams in ontwikkeling

Stelling	SMZ totaal (n=1955)	SMC's in de basis (n=285)	Teams in ontwikkeling (n=1.610)
<b>Bevlogenheid</b>			
Mijn werk inspireert me	7,3	7,4	7,2
Ik voel me gelukkig als ik intensief aan het werk ben	7,6	7,4	7,6
Als ik 's ochtends wakker word, heb ik zin om aan het werk te gaan	6,6	6,8	6,6
<b>Afwisselend werk</b>			
Mijn werk is gevarieerd	7,5	7,8	7,5
<b>Werkdruk</b>			
Door de hoeveelheid werk kom ik vaak niet aan mijn pauzes toe	5,0	5,1	5,0
<b>Werkdruk, vervolg</b>			
Ik vind mijn werkdruk			
Veel te laag	0%	0%	0%
Te laag	2%	1%	2%
Goed	54%	59%	53%
Te hoog	34%	34%	34%
Veel te hoog	10%	6%	11%
<b>Professionele ruimte</b>			
Ik heb voldoende de ruimte om beslissingen te nemen in mijn werk	7,3	7,5	7,2
Ik heb in mijn werk voldoende ruimte voor eigen initiatieven	6,9	7,5	6,8
Ik neem initiatief wanneer ik ruimte voor verbetering zie	7,5	7,7	7,5
<b>Sociale veiligheid</b>			
Op mijn werk durf ik mezelf te zijn	7,6	7,9	7,6
<b>Verandervermogen</b>			
Wij zijn als team in staat ons continue aan te passen aan de veranderende omgeving	6,0	6,9	5,8
<b>Functioneren team</b>			
We zijn als team trots op het werk dat we doen	7,1	7,7	7,0
Ons team vormt een eenheid om onze prestatiedoelen te kunnen bereiken	6,3	7,0	6,2
In mijn team bespreken we vaak de ideeën die we hebben over ons werk	6,6	7,1	6,5
<b>Taakdelegatie</b>			

De inzet van taakdelegatie en –ondersteuning draagt bij aan teamgericht werken	6,8	7,2	6,6
<b>Focus op de cliënt</b>			
Binnen mijn team staat de cliënt centraal	7,5	7,8	7,4
SMZ maakt het voor mij mogelijk om rekening te houden met de wensen van de cliënt	6,2	6,7	6,1
<b>Prestaties</b>			
Mijn team behandelt cliënten op eerlijk en gelijke wijze	7,6	8,0	7,5
<b>Teamdoelstellingen</b>			
Ik weet wat er van mij verwacht wordt om de teamdoelstellingen te behalen	7,2	7,6	7,1
Mijn leidinggevenden faciliteren en begeleiden mijn team goed op het behalen van de doelstellingen	6,3	7,3	6,1
<b>Management vanuit vertrouwen</b>			
Mijn direct leidinggevenden geven mij voldoende vertrouwen bij de uitvoering van mijn werk	7,6	8,2	7,4
<b>Steun leidinggevende</b>			
Ik kan mijn direct leidinggevenden om hulp vragen als dat nodig is	7,9	8,5	7,8
Ik voel mij in mijn werk gewaardeerd door mijn direct leidinggevenden	7,3	7,9	7,1
<b>Relatie met uw leidinggevende</b>			
Mijn direct leidinggevenden geven mij regelmatig feedback over mijn functioneren	5,7	6,0	5,7
Mijn direct leidinggevenden en ik maken duidelijke afspraken over de resultaten die ik moet bereiken	5,8	6,3	5,7
<b>Leiderschap</b>			
Mijn direct leidinggevenden zorgen voor goede samenwerking tussen medewerkers	6,2	6,8	6,1
Mijn direct leidinggevenden geven leiding door het goede voorbeeld te geven	6,4	6,8	6,3
<b>Samenwerking</b>			
De samenwerking tussen mij en mijn collega's is goed	8,0	8,2	8,0
<b>Samenwerking, vervolg</b>			
Ik ervaar een goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen mijn divisie/directie	5,7	6,0	5,6
<b>Werkgeverschap</b>			
De toekomstvisie van het werken in SMC's inspireert mij	5,6	6,1	5,5
Hoe waarschijnlijk is het dat je UWV als werkgever zou aanbevelen? (eNPS score)	2	6	0
SMZ gebruikt de ideeën en suggesties van medewerkers om te verbeteren	5,6	6,1	5,5

**Tabel IV. 2 Resultaten medewerkerstevredenheid SMC's in de basis en teams in ontwikkeling – naar functieniveau**

Stelling	MVB	AD	AD	Arts	Arts	Manager	Manager	SMV	SMV
	SMC basis (n=45)	SMC basis (n=74)	team ont. (n=384)	SMC basis (n=45)	team ont. (n=245)	SMC basis (n=8)	team ont. (n=54)	SMC basis (N=23)	team ont. (n=167)
<b>Bevlogenheid</b>									
Mijn werk inspireert me	7,5	7,5	7,3	7,6	6,9	7,5	8,0	6,7	7,1
Ik voel me gelukkig als ik intensief aan het werk ben	8,1	7,3	7,5	7,2	7,3	8,4	8,3	7,0	7,4
Als ik 's ochtends wakker word, heb ik zin om aan het werk te gaan	7,3	6,5	6,6	6,3	6,0	7,5	7,3	6,7	6,7
<b>Afwisselend werk</b>									
Mijn werk is gevarieerd	7,2	7,7	7,1	7,7	7,2	8,8	9,1	6,7	6,6
<b>Werkdruk</b>									
Door de hoeveelheid werk kom ik vaak niet aan mijn pauzes toe	5,7	5,0	5,1	4,8	5,0	4,4	4,2	5,4	5,7
<b>Werkdruk, vervolg</b>									
Ik vind mijn werkdruk									
Veel te laag	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Te laag	11%	1%	0%	0%	2%	0%	4%	4%	2%
Goed	71%	49%	51%	59%	51%	87%	65%	57%	65%
Te hoog	13%	41%	39%	36%	38%	13%	20%	39%	27%
Veel te hoog	5%	9%	9%	5%	9%	0%	11%	0%	6%
<b>Professionele ruimte</b>									
Ik heb voldoende de ruimte om beslissingen te nemen in mijn werk	7,4	7,7	7,3	7,8	7,3	9,1	7,6	6,5	6,7
Ik heb in mijn werk voldoende ruimte voor eigen initiatieven	7,0	7,6	6,5	7,8	6,5	8,1	7,7	6,5	6,8
Ik neem initiatief wanneer ik ruimte voor verbetering zie	7,5	7,9	7,3	7,6	7,2	9,1	8,6	7,3	7,3
<b>Sociale veiligheid</b>									
Op mijn werk durf ik mezelf te zijn	7,8	7,9	7,2	8,2	7,6	8,1	8,1	7,5	7,5
<b>Verandervermogen</b>									
Wij zijn als team in staat ons continue aan te passen aan de veranderende omgeving	7,1	6,6	5,0	7,1	5,7	6,9	5,9	5,9	6,1
<b>Functioneren team</b>									
We zijn als team trots op het werk dat we doen	7,5	7,5	6,6	7,7	7,0	7,8	7,6	7,5	7,0
Ons team vormt een eenheid om onze prestatiedoelen te kunnen bereiken	6,6	6,7	5,4	6,9	6,4	7,5	5,9	6,5	6,2
In mijn team bespreken we vaak de ideeën die we hebben over ons werk	7,0	6,8	5,9	7,1	6,8	7,5	6,5	6,8	6,7
<b>Taakdelegatie</b>									
De inzet van taakdelegatie en -ondersteuning draagt bij aan teamgericht werken	7,2	6,9	5,6	8,3	7,1	8,4	8,0	6,8	7,9
<b>Focus op de cliënt</b>									

Binnen mijn team staat de cliënt centraal	8,2	7,6	6,8	7,0	7,1	9,1	7,8	8,3	8,0
SMZ maakt het voor mij mogelijk om rekening te houden met de wensen van de cliënt	6,3	6,2	5,6	6,5	5,9	7,2	6,0	7,0	6,8
<b>Prestaties</b>									
Mijn team behandelt cliënten op eerlijk en gelijke wijze	7,8	7,7	7,2	8,2	7,8	7,8	7,9	8,0	7,5
<b>Teamdoelstellingen</b>									
Ik weet wat er van mij verwacht wordt om de teamdoelstellingen te behalen	8,2	7,5	6,4	7,6	6,8	8,1	7,9	6,8	6,8
Mijn leidinggevenden faciliteren en begeleiden mijn team goed op het behalen van de doelstellingen	7,0	7,2	5,3	7,4	6,3	7,2	6,6	7,0	6,6
<b>Management vanuit vertrouwen</b>									
Mijn direct leidinggevenden geven mij voldoende vertrouwen bij de uitvoering van mijn werk	7,7	8,3	7,2	8,6	7,4	8,1	7,9	8,0	7,9
<b>Steun leidinggevende</b>									
Ik kan mijn direct leidinggevenden om hulp vragen als dat nodig is	8,0	8,8	7,5	8,4	8,0	8,4	8,2	8,3	8,4
Ik voel mij in mijn werk gewaardeerd door mijn direct leidinggevenden	7,4	8,0	6,7	8,2	7,3	7,5	7,6	7,8	7,7
<b>Relatie met uw leidinggevende</b>									
Mijn direct leidinggevenden geven mij regelmatig feedback over mijn functioneren	6,4	5,7	4,9	6,7	5,6	6,3	6,1	5,9	6,3
Mijn direct leidinggevenden en ik maken duidelijke afspraken over de resultaten die ik moet bereiken	6,5	6,2	4,9	6,7	5,8	6,6	6,6	6,3	6,2
<b>Leiderschap</b>									
Mijn direct leidinggevenden zorgen voor goede samenwerking tussen medewerkers	6,4	6,8	5,4	7,0	6,4	5,9	5,9	6,6	6,8
Mijn direct leidinggevenden geven leiding door het goede voorbeeld te geven	6,4	0,8	5,7	6,9	6,5	6,9	6,6	6,5	7,0
<b>Samenwerking</b>									
De samenwerking tussen mij en mijn collega's is goed	8,1	7,8	7,8	8,3	8,3	7,8	7,4	8,3	8,0
<b>Samenwerking, vervolg</b>									
Ik ervaar een goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen mijn divisie/directie	6,5	5,2	4,9	6,5	5,2	5,3	5,4	6,0	5,7
<b>Werkgeverschap</b>									
De toekomstvisie van het werken in SMC's inspireert mij	6,6	5,2	4,5	6,2	5,1	7,8	7,1	6,3	6,8
Hoe waarschijnlijk is het dat je UWV als werkgever zou aanbevelen aan anderen? (eNPS score)	11	-4	-5	5	-10	0	11	0	16
SMZ gebruikt de ideeën en suggesties van medewerkers om te verbeteren	5,9	5,6	4,9	6,4	5,1	6,3	6,2	6,0	6,5

**Tabel IV. 3 Resultaten medewerkerstevredenheid SMC's in de basis en teams in ontwikkeling – naar functieniveau cont.**

Stelling	MS	MS	RB	RB	PB	PB	TO	TO
	SMC basis (n=28)	team ont. (n=184)	SMC basis (n=24)	team ont. (n=99)	SMC basis (n=42)	team ont. (n=189)	SMC basis (n=36)	team ont. (N=202)
<b>Bevlogenheid</b>								
Mijn werk inspireert me	7,5	7,3	7,4	7,7	7,4	7,1	7,4	6,8
Ik voel me gelukkig als ik intensief aan het werk ben	7,9	7,5	7,9	8,2	7,1	7,4	8,0	7,8
Als ik 's ochtends wakker word, heb ik zin om aan het werk te gaan	6,9	6,3	7,2	7,3	6,8	6,3	7,5	6,7
<b>Afwisselend werk</b>								
Mijn werk is gevarieerd	8,7	7,8	7,3	7,2	7,7	7,8	8,2	7,7
<b>Werkdruk</b>								
Door de hoeveelheid werk kom ik vaak niet aan mijn pauzes toe	3,1	4,3	6,0	6,1	4,9	4,1	6,3	5,4
<b>Werkdruk, vervolg</b>								
Ik vind mijn werkdruk								
Veel te laag	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
Te laag	0%	2%	4%	7%	2%	0%	0%	5%
Goed	36%	29%	75%	83%	55%	40%	78%	61%
Te hoog	50%	46%	17%	10%	36%	38%	22%	26%
Veel te hoog	14%	22%	4%	0%	7%	22%	0%	6%
<b>Professionele ruimte</b>								
Ik heb voldoende de ruimte om beslissingen te nemen in mijn werk	7,8	7,5	7,4	7,2	7,2	7,3	7,4	6,7
Ik heb in mijn werk voldoende ruimte voor eigen initiatieven	7,7	7,1	7,5	7,2	7,0	6,9	7,6	6,6
Ik neem initiatief wanneer ik ruimte voor verbetering zie	7,9	7,6	8,0	7,9	7,4	7,6	7,5	7,4
<b>Sociale veiligheid</b>								
Op mijn werk durf ik mezelf te zijn	7,8	7,6	7,9	7,8	7,4	7,7	8,2	7,5
<b>Verandervermogen</b>								
Wij zijn als team in staat ons continue aan te passen aan de veranderende omgeving	7,1	5,7	6,4	6,7	7,0	5,9	7,7	6,7
<b>Functioneren team</b>								
We zijn als team trots op het werk dat we doen	7,4	6,8	8,1	7,6	7,5	7,0	8,3	7,4
Ons team vormt een eenheid om onze prestatiedoelen te kunnen bereiken	7,2	6,3	7,1	7,0	7,1	6,4	7,8	6,8
In mijn team bespreken we vaak de ideeën die we hebben over ons werk	7,5	6,5	7,0	7,4	6,7	6,4	7,9	6,6
<b>Taakdelegatie</b>								
De inzet van taakdelegatie en -ondersteuning draagt bij aan teamgericht werken	6,6	6,3	8,4	8,1	6,4	6,1	7,5	6,3
<b>Focus op de cliënt</b>								



Binnen mijn team staat de cliënt centraal	8,1	7,6	8,3	8,1	7,3	7,4	8,4	7,8
SMZ maakt het voor mij mogelijk om rekening te houden met de wensen van de cliënt	6,8	6,5	7,1	6,9	6,8	5,3	7,4	6,5
<b>Prestaties</b>								
Mijn team behandelt cliënten op eerlijk en gelijke wijze	8,2	7,5	8,7	7,9	7,7	7,4	8,5	7,8
<b>Teamdoelstellingen</b>								
Ik weet wat er van mij verwacht wordt om de teamdoelstellingen te behalen	7,5	7,0	8,1	8,0	7,0	7,6	8,3	7,8
Mijn leidinggevenden faciliteren en begeleiden mijn team goed op het behalen van de doelstellingen	7,0	5,8	7,8	7,2	6,6	5,9	8,1	6,4
<b>Management vanuit vertrouwen</b>								
Mijn direct leidinggevenden geven mij voldoende vertrouwen bij de uitvoering van mijn werk	8,1	7,3	8,1	7,9	7,7	7,2	8,6	7,4
<b>Steun leidinggevende</b>								
Ik kan mijn direct leidinggevenden om hulp vragen als dat nodig is	8,1	7,6	8,8	8,1	7,9	7,6	9,0	7,6
Ik voel mij in mijn werk gewaardeerd door mijn direct leidinggevenden	7,4	7,0	7,8	7,8	7,3	7,0	8,4	7,0
<b>Relatie met uw leidinggevende</b>								
Mijn direct leidinggevenden geven mij regelmatig feedback over mijn functioneren	5,3	5,6	6,1	6,8	5,6	5,6	6,6	5,6
Mijn direct leidinggevenden en ik maken duidelijke afspraken over de resultaten die ik moet bereiken	5,7	5,3	6,6	6,7	5,7	5,7	6,7	6,0
<b>Leiderschap</b>								
Mijn direct leidinggevenden zorgen voor goede samenwerking tussen medewerkers	6,2	6,2	7,3	6,8	6,6	5,8	7,5	6,2
Mijn direct leidinggevenden geven leiding door het goede voorbeeld te geven	6,5	6,2	7,3	6,9	6,5	6,0	7,6	6,1
<b>Samenwerking</b>								
De samenwerking tussen mij en mijn collega's is goed	8,3	7,7	8,2	8,6	8,1	7,9	8,9	8,0
<b>Samenwerking, vervolg</b>								
Ik ervaar een goede samenwerking tussen de verschillende afdelingen binnen mijn divisie/directie	5,8	5,8	6,9	6,6	6,0	5,4	6,9	6,5
<b>Werkgeverschap</b>								
De toekomstvisie van het werken in SMC's inspireert mij	6,3	5,5	6,6	6,8	5,9	4,8	6,9	5,7
Hoe waarschijnlijk is het dat je UWV als werkgever zou aanbevelen aan anderen? (eNPS score)	0	0	21	22	7	-11	19	4
SMZ gebruikt de ideeën en suggesties van medewerkers om te verbeteren	5,6	5,6	6,9	6,4	5,9	5,1	6,6	5,9

## Bijlage V Cliënttevredenheid – aspecten van de menselijke maat

Aspecten van de menselijke maat	Stelling
UWV ziet mij als mens	UWV houdt rekening met <b>wat ik kan</b> UWV houdt rekening met <b>wat ik nodig heb</b> UWV-medewerkers <b>nemen de tijd</b> voor mij UWV-medewerkers communiceren op een <b>vriendelijke</b> manier UWV-medewerkers zijn <b>vriendelijk</b>
UWV is redelijk	UWV is <b>menselijk</b> in het omgaan met de <b>regels</b> Ik heb het gevoel dat UWV <b>mij vertrouwt</b> UWV reageert <b>soepel</b> als ik een <b>kleine fout</b> maak
UWV helpt	UWV <b>helpt</b> mij verder UWV zorgt ervoor dat ik <b>niet in de problemen</b> kom
UWV houdt het simpel	UWV <b>maakt het makkelijk</b> voor mij om dingen te regelen UWV is <b>duidelijk</b> over wat de <b>regels</b> zijn 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 © 2024

