

**TNO-rapport  
PG/DIR 2003.031**

**Arts of advocaat**

**-nWAO verandert de rol van de verzekeringsarts-**

**Opvattingen van verzekeringsartsen over een nieuwe WAO**

Datum	Februari 2003
Auteur(s)	J.H.B.M. Willems
Aantal pagina's	46
Aantal bijlagen	3

Met dank aan de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en aan WOSM, voor hun financiële bijdrage aan deze studie.

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2003 TNO

Directie  
Gaubius gebouw  
Zernikedreef 9  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T 071 518 16 14  
F 071 518 19 10  
[jhbm.willems@pg.tno.nl](mailto:jhbm.willems@pg.tno.nl)



## Management summary

- De verzekeringsarts ziet de nWAO niet als dé oplossing van het arbeidsongeschiktheidsprobleem, een meerderheid vindt deze overbodig en geeft de voorkeur aan scherper toepassen van de standaard “Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden” (GDBM) in combinatie met het strenger toepassen van arbeidskundige criteria.
- De nWAO leidt tot meer medicalisering waardoor het werk van de verzekeringsarts zwaarder wordt.
- De nWAO leidt voor cliënten tot een verhoogde kans op werkhervatting.
- De nWAO leidt tot minder subjectiviteit in de claimbeoordeling.
- De verzekeringsarts wil een belangrijke rol spelen in het begeleiden naar werk van niet duurzaam en niet volledig arbeidsongeschikte werknemers.
- In het 35-80% traject vallen de functies van verzekeringsarts en bedrijfsarts steeds meer samen.
- De nWAO leidt tot meer conflicten tussen verzekeringsartsen en cliënten.
- De nWAO leidt voor de verzekeringsarts tot minder interessant werk.
- De nWAO leidt voor de verzekeringsarts tot een accentverlegging naar juridisch en administratief gebied, ten koste van zijn medisch inhoudelijke inbreng.
- De nWAO vraagt van de verzekeringsarts meer communicatieve vaardigheden, assertiviteit en stressbestendigheid.
- Het begrip ‘duurzaam arbeidsongeschikt’ dient vertaald te worden door ‘ten minste 6-12 maanden arbeidsongeschikt’.
- Met een limitatieve lijst van ziekten die géén recht op een WAO geven, kan de verzekeringsarts niet uit de voeten.
- Bij de nWAO dient de inbreng van de arbeidsdeskundige gehandhaafd te blijven; toetsing aan bestaande functies heeft sterk de voorkeur boven toetsing aan uitsluitend krachten en bekwaamheden.
- De nWAO leidt onder verzekeringsartsen tot substantiële uitstroom uit de publieke en instroom in de private verzekering - mits de arbeidsmarkt dat mogelijk maakt.
- De nWAO bevordert de communicatie tussen verzekeringsartsen enerzijds en bedrijfsartsen, huisartsen en klinisch specialisten anderzijds.
- De nWAO leidt bij de verzekeringsarts tot behoefte aan bijscholing op vooral juridisch en reïntegratiegebied.
- De nWAO kan alleen goed worden uitgevoerd door een gespecialiseerd, ex Wet BIG geregistreerd verzekeringsarts.
- Het referentiekader van de verzekeringsarts is gebaseerd op sociale betrokkenheid.



## Voorwoord

Een onderzoek naar de opvattingen van mensen over een situatie die nog geen werkelijkheid is, kent belangrijke beperkingen. Immers, iedere ondervraagde zal zijn of haar eigen invulling geven aan de te verwachten situatie, zodat de opvattingen daarover niet behoeven te berusten op eenzelfde beeld daarvan en dus alleen daarom al sterk uiteen kunnen lopen. Het onderzoek naar de opvattingen van verzekeringsartsen over een nog slechts in grove contouren zichtbare nieuwe WAO laat deze beperking ook duidelijk zien. Waar de ene arts een beeld heeft waarbij de verzekeringsgeneeskundige wereld na implementatie van de plannen volledig op zijn kop wordt gezet, heeft de ander het idee dat de vernieuwing geen enkele gevolg zal hebben voor het vak van verzekeringsarts. Tegen de achtergrond van hetgeen over de plannen bekend is geworden sinds Donner II, de SER en het regeerakkoord van het inmiddels alweer gevallen kabinet Balkenende, is dat overigens wel opmerkelijk. De voorgestelde drastische wijziging van de WAO is in die plannen al redelijk ver vertaald naar uitvoeringsvraagstukken, en het vergt enige creativiteit daaruit de conclusie te kunnen trekken dat alles voor de verzekeringsarts bij het oude zal blijven. Hoe dit ook zij, wij menen dat het nuttig is om, nu de plannen nog plannen zijn, de stem van de verzekeringsarts te laten horen. Hij vervult een sleutelrol bij de uitvoering van de WAO, en de invulling van die rol kan in beginsel slechts adequaat plaatsvinden als de gehele WAO-keten (wetgeving, uitvoeringsbeleid, uitvoering) sterk is. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen een rol spelen bij de te voeren discussies over de wijze waarop die keten ook in de toekomst sterk kan blijven. Wij hebben dit rapport de titel 'Arts of advocaat?' gegeven. Daarmee wordt in drie woorden op een belangrijk aspect geduid dat impliciet zichtbaar wordt in de uitkomsten van dit onderzoek. De positie van de verzekeringsarts binnen een conform de plannen gewijzigd WAO-stelsel zal volgens vele respondenten steeds meer de karakteristieken van de advocaat krijgen: pleitbezorger op basis van de wet, en minder die van arts, waarbij men als goed uitvoerder van wet- en regelgeving en op basis van medische kennis en vaardigheden ook een bijdrage probeert te leveren aan het herstel van het functioneren van mensen. Indien deze veronderstelling juist zal blijken te zijn, heeft dat onder meer belangrijke consequenties voor de positie die de verzekeringsarts gaat innemen in het veld van de gezondheidszorg. Aangezien wij daarover thans niet willen speculeren - het aantal onbekende variabelen is nog te groot - volstaan wij met op te merken dat de verzekeringsartsen zelf, verenigd in de beroepsvereniging NVVG, sturing kunnen en moeten geven aan voor hen en hun primaire opdracht relevante ontwikkelingen in deze. Er ligt, zoals een van de respondenten het verwoordde, in elk geval een nieuwe uitdaging, en dat is wél een feit.

JHBM Willems  
Januari 2003



## Inhoudsopgave

### **1 Inleiding — 9**

- 1.1 Achtergrond van het onderzoek: een nieuwe WAO: Donner, SER, regeerakkoord 2002  
9
- 1.2 De beoordeling van de belastbaarheid door de verzekeringsarts — 10

### **2 Materiaal en methoden — 11**

- 2.1 Ontwikkeling van de enquête — 11
- 2.2 Betrokkenheid van het veld — 11

### **3 Resultaten — 13**

- 3.1 Respons — 13
- 3.2 Resultaten per vraag — 14
- 3.3 Pregnante citaten — 38

### **4 Conclusies — 43**

### **5 Literatuur — 45**

#### **Bijlage(n)**

- A Volledige enquête met de respons per vraag
- B Respons op de open vragen 19 en 20
- C Opmerkingen van respondenten bij de vragen





# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond van het onderzoek: een nieuwe WAO: Donner, SER, regeerakkoord 2002

De geschiedenis van de WAO is relatief kort en dus overzichtelijk (Kronenburg-Willems, 2002). Als we de voorlopers van de meest relevante wetgeving (de ongevalwet en de invaliditeitswet) even terzijde leggen, ligt 1967, het jaar waarin de WAO in werking trad, nog bij velen in het geheugen. Bij de invoering van deze wet werd nog een aantal uitkeringsgerechtigden van maximaal 200.000 verwacht. Dat aantal werd al snel bereikt, en steeg vervolgens geleidelijk verder naar (in 2002) ongeveer 800.000, exclusief de bijna 190.000 mensen met een WAZ- of Wajong-uitkering. Al vele jaren is zowel in relatieve als (sinds kort) in absolute zin (nominatief) sprake van een daling, enerzijds door relatieve een afname van het aantal nieuwe uitkeringsgerechtigden in verhouding tot de toename van de werkende bevolking, en anderzijds door een toename van de uitstroom uit de regeling door reïntegratie of het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Daarnaast is sprake van een steeds groter percentage gedeeltelijke uitkeringen, zodat het aantal fulltime equivalenten (gedeeltelijke uitkeringen omgerekend naar volledige) nog sterker afnam dan de nominatieve cijfers doen vermoeden. Dit resulteerde er volgens Kronenburg in “dat in 1999 Nederland ongeveer tweemaal zoveel arbeidsongeschikten had als in 1976, terwijl de kosten weer terug waren op het niveau van 1976.” Stelselwijzigingen gedurende de gehele looptijd van de WAO hebben de cijfers voortdurend beïnvloed. Ook de uitvoering van de wetgeving is regelmatig aangepast waarbij o.a. de Organisatiewet Sociale Verzekeringen werd vervangen door de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI). Voor een overzicht van deze ontwikkelingen wordt naar Kronenburg (2002) verwezen. De relatief gunstige ontwikkelingen van de laatste 10 jaar hebben veel politici er echter niet van kunnen overtuigen dat - volgens een veelgehoorde mening van derden - het tij gekeerd is. Het aantal WAO-aanvragen is in 2002 met zo'n 10% gedaald, en er zijn duidelijke signalen dat mede door de Wet Verbetering Poortwachter een dalende trend is ingezet. Ook de daling van het aantal medisch volledig arbeidsongeschikten van 40% in 1999 tot 20% in 2002 is een aanwijzing voor deze trendbreuk. De in absolute zin hoge uitkeringskosten die met de regeling gemoeid zijn, en de politieke opvatting dat 1 miljoen arbeidsongeschikten niet acceptabel is, hebben echter ook in de periode 2000-2002 weer geleid tot discussies over een nu zeer drastische wijziging van de regelgeving. In 2001 publiceerde de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (in de wandelgangen: de commissie Donner II, naar zijn voorzitter) het advies “Werk maken van arbeidsongeschiktheid”. In dat rapport komt de commissie o.a. met een voorstel voor een nieuwe WAO. Een belangrijk onderdeel daarvan vormt het voorstel om een nieuw arbeidsongeschiktheids criterium in te voeren dat de toegang tot de WAO drastisch moet beperken. Voortaan zouden alleen werknemers met een duurzaam en volledig verlies van arbeidscapaciteit als gevolg van ziekte of gebrek recht hebben op een WAO-uitkering. Dit rapport heeft vervolgens gediend als uitgangspunt van een door de SER op te stellen advies. Dit advies, “Werken aan arbeidsgeschiktheid”, werd in 2002 vastgesteld. Waar het gaat om de wijziging van het arbeidsongeschiktheids criterium, volgt de SER het voorstel van Donner II. Het begrip ‘duurzaam’ wordt geoperationaliseerd met ‘tenminste een periode van vijf jaar’. Verzekeringsartsen menen dat deze operationalisatie niet goed bruikbaar is om arbeidsgehandicapten te beoordelen op hun belastbaarheid. De SER stelt vervolgens voor om een lijst te doen opstellen van aandoeningen die naar

(statistische) verwachting langer dan deze 5 jaar zullen voortduren. De verzekeringsarts moet bij zijn oordeelsvorming vervolgens uitgaan van deze lijst. Ziekten die niet op die lijst genoemd worden zoals overspannenheid en lagerugklachten kunnen in beginsel niet meer tot een WAO-uitkering leiden. Over dit SER-rapport, en zeker over de genoemde criteriumwijziging, is maatschappelijk een discussie losgebarsten die tot vandaag niet is afgerond. Het regeerakkoord van juli 2002 (kabinet Balkenende) neemt belangrijke (maar niet alle) onderdelen van het SER-advies over, waaronder de voorgestelde criteriumwijziging. Aan het UWV is een advies gevraagd over de uitwerking van deze wijziging; dat advies is op het moment waarop deze rapportage uitkomt nog niet openbaar. De val van het kabinet heeft verder vertragend gewerkt. Een nieuwe regering zal zich moeten buigen over het volgende hoofdstuk.

## 1.2 De beoordeling van de belastbaarheid door de verzekeringsarts

Een werknemer die een uitkering claimt krachtens de WAO, wordt onder andere beoordeeld door een verzekeringsarts werkzaam bij of voor het UWV. Hoe die beoordeling het beste kan plaatsvinden, bleef in de loop der jaren steeds onderwerp van discussie. Zowel de beroepsgroep zelf als de wetgever en de uitvoerders daarvan zijn voortdurend bezig geweest met het optimaliseren van de keuring door de arts. Diverse richtlijnen en standaarden die de kwaliteit van de claimbeoordeling moeten verbeteren, zijn van kracht geworden. Het meest besproken zijn de standaard 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' (GDBM) en de richtlijn 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium' (MAOC). Beide zijn inmiddels onderdeel van de wetgeving geworden (Schattingsbesluit, 2000). De eerste bevat onder meer de bepaling dat een verzekeringsarts alleen onder scherpe voorwaarden zelfstandig, dus zonder arbeidskundig onderzoek, kan besluiten tot volledige arbeidsongeschiktheid. De tweede beschrijft o.a. de werkwijze die een verzekeringsarts moet volgen bij zijn onderzoek. Essentiële trefwoorden in dat verband zijn: toetsbaar, reproduceerbaar en consistent. Voor een volledige beschrijving van deze instrumenten wordt naar de verantwoordelijke bron ([www.uwv.nl](http://www.uwv.nl)) verwezen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat met name de toepassing van GDBM - althans op papier en bij letterlijke toepassing - volgens velen slechts tot een zeer beperkt aantal uitsluitend door de arts volledig arbeidsongeschikt verklaarden had moeten leiden. Het aantal medisch volledig arbeidsongeschikten is de laatste jaren inderdaad gehalveerd. Sommigen vinden dit aantal nog steeds te hoog, anderen menen dat het nauwelijks meer verlaagd kan worden, en dat dan nog alleen door het wegnemen van onvolkomenheden in de arbeidskundige schatting. Hoe het ook zij, de politieke roep om verdere aanscherping van de medische beoordelingscriteria is versterkt. In de voorstellen voor een nWAO wordt GDBM dan ook in die richting vertaald. Zonder nadere operationalisering van deze voorstellen vallen de resultaten ervan echter niet te voorspellen, al zijn deze wel reeds politiek ingeboekt. Deze beperking vormt vanzelfsprekend ook een hinderpaal bij dit onderzoek. De respondenten moesten op basis van een globale richting van de aangekondigde wijzigingen uitspraken doen over wensen en verwachtingen. Echter, als op de operationalisatie gewacht wordt, komt de inbreng van verzekeringsartsen in de nog te voeren discussies te laat, en dat was nu juist niet de bedoeling. Ook onder een nWAO zal de kwaliteit van de uitvoering mede afhankelijk zijn van de inzet en inbreng van gekwalificeerde verzekeringsartsen. Hun opinie over de kwaliteit van de regelgeving is daarom van groot belang: men kan alleen kwaliteit bij de uitvoering leveren als men in de kwaliteit van de regelgeving gelooft.

## 2 Materiaal en methoden

### 2.1 Ontwikkeling van de enquête

De opzet van de af te nemen enquête is geënt op de plannen zoals die bekend waren geworden na het verschijnen van het regeerakkoord van het kabinet Balkenende. Deze plannen zijn grotendeels gebaseerd op eerder verschenen rapporten van de commissie Donner II en vervolgens van de SER. In de inleiding bij de enquête is summier geschetst wat deze plannen inhouden. Er is van uitgegaan dat het merendeel van de verzekeringsartsen uitvoerig van deze plannen op de hoogte is gesteld dan wel zelf daarover informatie heeft ingewonnen. De voorkennis is niet geverifieerd, er is niet gekozen voor het verstrekken van een uitgebreidere samenvatting van deze plannen.

De enquête is in clusters opgebouwd:

- meningen over de nWAO. Dit onderdeel betreft vooral algemene aspecten van de te verwachten stelselwijziging;
- gevolgen voor de praktijk. In dit cluster worden vragen gesteld over de gevolgen van de nWAO voor het verzekeringsgeneeskundig handelen;
- kennis en vaardigheden. Dit onderdeel concentreert zich op de door ondervraagden verwachte behoefte aan bij- en nascholing, zoals die voortvloeit uit de gewijzigde regelgeving en de daarmee verband houdende gewijzigde uitvoering.

Er is bij de meeste vragen bewust gekozen voor 2 antwoordcategorieën: 'mee eens' of 'niet mee eens'. Het opnemen van de mogelijkheid om het ergens expliciet niet mee eens te zijn verschaft inzicht in de omvang van niet gewenste of verwachte aspecten. Bij het verwerken van de respons is een derde categorie 'niet ingevuld' toegevoegd.

### 2.2 Betrokkenheid van het veld

De enquête is in een conceptstadium voorgelegd aan enige individuele verzekeringsartsen, aan een vertegenwoordiger van de grootste werkgever van verzekeringsartsen (UWV), aan een vertegenwoordiger van WOSM (een private organisatie werkzaam in het veld van arbeid en sociale zekerheid) en aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Dat heeft tot een aantal bijstellingen en aanvullingen geleid. Het bestuur van de NVVG heeft vervolgens besloten een aanbevelingsbrief mee te sturen met de enquête.

Zowel WOSM als de NVVG hebben een financiële bijdrage geleverd aan de onderzoekskosten.

De enquête is naar alle leden van de NVVG gestuurd.



## 3 Resultaten

### 3.1 Respons

Het formulier is gezonden naar het totale ledenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, waarbij vrijwel alle verzekeringsartsen in Nederland zijn aangesloten. Er is geen rappel geweest. Tabel 1 geeft een overzicht van de totale respons. Er bestaat geen inzicht in de achtergronden van de non-responders. De uiteindelijk verwerkbare respons komt uit op 36.7%. Hoewel dit geen ongebruikelijk percentage is voor een eenmalige uitnodiging tot participatie, mogen wij er niet van uitgaan dat de respondenten een representatieve steekproef vormen uit het totale ledenbestand. De kracht van de uitkomsten zit naar onze mening vooral in het relatief hoge absolute aantal verzekeringsartsen dat heeft gereageerd. De resultaten zien wij dan ook als een indicatie van de huidige verzekeringsgeneeskundige opvattingen over de geschetste ontwikkelingen.

Tabel 1 Responscijfers

Verstuurd:			1091
Retour totaal:			417
waarvan:			
Ongeopend retour			5
Niet ingevuld			6
Te laat ontvangen			6
Verwerkte formulieren:			400
<b>Percentage respons</b>			<b>36.7%</b>
vraag	19a	beantwoord door	106
	19b		263
	20a		105
	20b		260

Bij de respons is een aantal opmerkingen te maken.

- Het aantal respondenten dat een vraagonderdeel niet invult, fluctueert per onderdeel. De reden daarvan verschilt per vraag. Soms is beantwoording niet relevant gezien de keuzes die in de vraag reeds gemaakt zijn, of is slechts beantwoording van één onderdeel aan de orde. In andere gevallen is minder duidelijk waarom een vraag(onderdeel) niet is beantwoord. Bij de responsverwerking is echter als noemer steeds het aantal verwerkte enquêtes (400) aangehouden; daartoe is een categorie 'niet ingevuld' toegevoegd.
- Gezien het feit dat er enige inhoudelijke overlap bestaat tussen de clusters is bepaalde informatie soms tweemaal via een verschillend gestelde vraag verkregen; dit biedt tevens de mogelijkheid tot cross-checking.
- Een aantal vragen bestaat uit gekoppelde statements ("...maakt mijn werk als verzekeringsarts zwaarder....want het gaat om ernstige beperkingen..."). De respondent wordt dan verwacht de vraag ook inderdaad als een gekoppelde stelling te beantwoorden, dus ook de causaliteit tussen de twee onderdelen bij het antwoord te

betrekken. Sommige respondenten gaven aan hier moeite mee te hebben: men was het eens met een of beide onderdelen, maar niet met de causaliteit ertussen, en heeft de vraag daarom niet, of niet zoals bedoeld was, beantwoord. De omvang van dit misverstand lijkt overigens niet groot.

- Bij sommige vragen bestond de mogelijkheid om vrije opmerkingen te maken dan wel was een open vraag aan de orde. Voor de open vragen 19 en 20 is in tabel 1 aangegeven hoeveel respondenten van de mogelijkheid gebruikgemaakt hebben. Hun teksten zijn in bijlage B weergegeven.
- Wij hebben gekozen voor een een-op-een presentatie van de respons zonder opsplitsing naar mogelijk relevante variabelen, zoals wel / niet als specialist geregistreerd, leeftijd, geslacht, etc. Dit zou, gezien het waarschijnlijk niet-representatieve karakter van de respons, tot schijnuitspraken leiden over eventueel statistische verschillen tussen subgroepen.

### 3.2 Resultaten per vraag

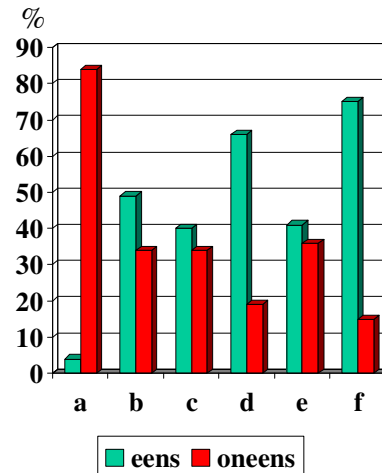
Hierna wordt per vraag, soms in meerdere figuren, de respons gepresenteerd. Ter wille van de duidelijkheid laten de figuren alleen de categorieën 'eens' en 'niet eens' zien. Het per antwoordcategorie opgetelde percentage van deze 2 categorieën leidt niet tot honderd; het restant betreft de respondenten die dit onderdeel niet hebben aangekruist. Per vraag hebben wij een korte interpretatie van de respons weergegeven. Uiteraard valt daarover meer te zeggen. Ook is het denkbaar dat de lezer op grond van de antwoorden eigen, eventueel andere of aanvullende conclusies trekt. Dat maakt een discussie over de resultaten zinvol, en dat is ook onze inzet.

## Vraag 1

## Meningen over de nWAO

## De nWAO ...

- a is dé oplossing van het arbeidsongeschiktheidsprobleem
- b werkt reïntegratie-bevorderend
- c werkt niet reïntegratie-bevorderend want leidt tot massale herverzekering
- d holt de sociale zekerheid uit
- e leidt tot meer onrechtvaardigheid
- f leidt tot meer medicalisering



Uit de respons op deze vraag valt een aantal conclusies te trekken.

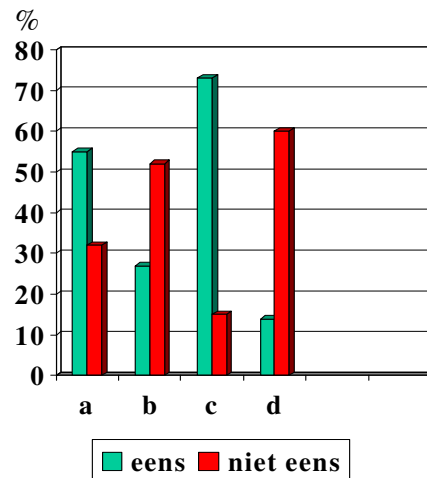
- De nWAO wordt niet gezien als dé oplossing van het arbeidsongeschiktheidsprobleem. Deze conclusie wordt vooral getrokken omdat men het niet eens is met de zo opgevatte verdere afkalving van de solidariteit in het stelsel, een niet zozeer medisch als wel politiek standpunt.
- Een grote meerderheid meent dat de nWAO verder zal bijdragen aan de medicalisering, doordat mensen hun claims gehonoreerd willen zien en de beste kansen daarvoor zien bij een verkregen medisch attest. Een daar tegenover te stellen opvatting, nl. dat de nWAO nou juist kan voorkomen dat veel mensen uiteindelijk door een arts moeten worden (af)gekeurd omdat al in een vroeg stadium interventie door niet-artsen op de werkplek kan plaatsvinden, wordt nauwelijks gehoord.
- Opvallend is dat het aantal artsen dat aangeeft dat de nWAO de reïntegratie zal bevorderen, niet zo heel veel groter is dan het aantal artsen dat het tegendeel verwacht. Massale herverzekering wordt hiervoor als argument naar voren gebracht. Dat deze angst niet onterecht is, heeft het verleden overigens laten zien.

## Vraag 2

## Meningen over de nWAO

## De categorie 35-80% arbeidsongeschiktheid...

- a kan door de verzekeringsarts uitstekend worden begeleid naar werk
- b kan het best door de bedrijfsarts worden begeleid naar werk
- c vergt een nauwe samenwerking tussen verzekeringsarts en bedrijfsarts
- d valt grotendeels buiten mijn bemoeningsfeer en dat wil ik zo houden



Uit de antwoorden op deze en andere vragen die betrekking hebben op de bemoening van de verzekeringsarts met de categorie werknemers die voor 35-80% arbeidsongeschikt zijn, kan worden geconcludeerd dat een meerderheid van de respondenten zichzelf een belangrijke rol toedicht bij de begeleiding en reïntegratie. De bedrijfsarts wordt enerzijds gezien als een belangrijke overlegpartner in dat traject, maar anderzijds niet als dé deskundige die dit werk ook wel zonder verzekeringsgeneeskundige inbreng afkan, getuige het grote aantal verzekeringsartsen dat het niet eens is met de stelling dat dit nu wel zo is. De antwoorden laten zien dat de meerderheid van de verzekeringsartsen de huidige situatie, waarbij zij alleen voor de zogenaamde vangnetters een reïntegratietaak hebben, niet zou willen continueren. Men wil meer, en geeft aan daartoe ook over de nodige bekwaamheden te beschikken.

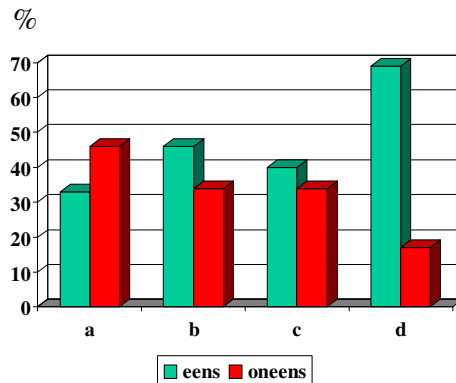


## Vraag 3

## Meningen over de nWAO

De nWAO maakt de beoordeling van niet-objectiveerbare klachten eenvoudiger.

- a Ja, want de meeste leiden niet tot duurzame en volledige arbeidsongeschiktheid
- b Ja, maar alleen als er scherpe criteria komen
- c Nee, want de meeste zijn prognostisch erg moeilijk in te schatten
- d Nee, want in veel gevallen zal de cliënt willen aantonen dat hij wel degelijk arbeidsongeschikt is.



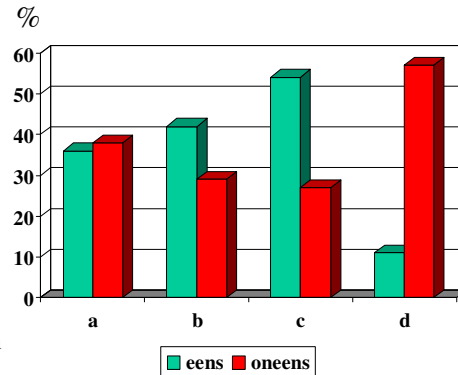
Hypothetisch beschouwd zou een nWAO die alleen de zeer ernstig en duurzaam beperkte mensen nog toegang tot een uitkering verschaft, in het voortraject tot een grote schifting moeten leiden. De meeste vage klachten, minder goed duidbare en dus minder goed beoordeelbare ziekten en klachten en alle met grote waarschijnlijkheid niet duurzame (5 jaar na de eigen risicoperiode!) ziekten bereiken de poortwachter van de WAO niet meer. Verrassend is dan ook dat bijna 70% van de verzekeringsartsen verwacht dat deze schifting niet of moeizaam tot stand zal komen omdat cliënten zullen blijven trachten aan te tonen dat ze wel degelijk arbeidsongeschikt zijn. Bijna de helft van de respondenten is het expliciet niet eens is met de stelling dat de meeste niet-objectiveerbare klachten niet tot duurzame en volledige arbeidsongeschiktheid leiden. Dat klachten moeilijk te objectiveren zijn betekent immers nog niet, zo wordt aangevoerd, dat er ook slechts lichte beperkingen zijn. Alleen met behulp van scherpe criteria ziet bijna 50% een vereenvoudiging van de beoordeling van deze categorie als realiteit.

## Vraag 4

## Meningen over de nWAO

Als ik mocht kiezen zou ik de voorkeur geven aan:

- a scherper toepassen van GDBM en verder niets wijzigen
- b strenger toepassen van arbeidskundige criteria en verder niets wijzigen
- c beide bovenstaande maatregelen gezamenlijk
- d geen van beide; voer de nWAO in volgens de kabinetsvoorstellen



Ongeveer 10% van de verzekeringsartsen spreekt zich expliciet uit voor het zonder meer invoeren van de beoogde nWAO, bijna 60% is daar expliciet op tegen. Met betrekking tot de optie: scherper toepassen van de voor verzekeringsartsen bedoelde gangbare richtlijn 'Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden' vinden we meer tegenstanders, terwijl dat bij het scherper toepassen van arbeidskundige criteria omgekeerd ligt. Kennelijk verwacht de verzekeringsarts meer van een aangescherpt arbeidskundig beleid. Een meerderheid blijkt overigens voorstander van het combineren van beide aanscherpingen boven het invoeren van de voorgestelde nWAO.

*Vraag 5a***Voorspellen van de duur arbeidsongeschiktheid...**

Er is sprake van dat de uitwerking van het begrip 'duurzaam' gesteld wordt op 5 jaar (ingående na het eigen risico-traject van 2 jaar). Dat is:

..prima en voor mij uitvoerbaar



14%

..onmogelijk, ik kan zover niet vooruitkijken

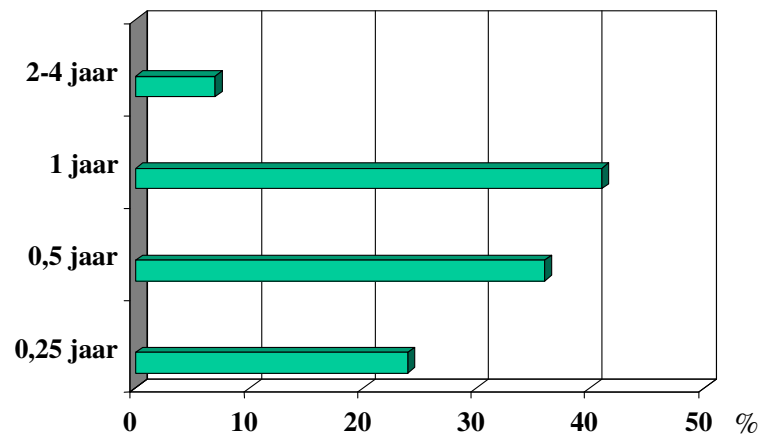


67%

Duidelijk blijkt dat tweederde van de verzekeringsartsen meent niet 5 jaar vooruit te kunnen kijken, ook niet bij de categorie waarvoor de nWAO nog zal openstaan. Dat toch nog 14% zegt dat wel te kunnen, is op zijn minst opvallend. Het zou interessant zijn te weten op basis van welke argumenten deze laatste groep deze mening is toegevoegd, en met name welke beoordelingscriteria men daarbij verder nog zou hanteren.

*Vraag 5b***Voorspellen van de duur arbeidsongeschiktheid...**

Ik geef de voorkeur aan een 'vooruitkijkperiode' van:



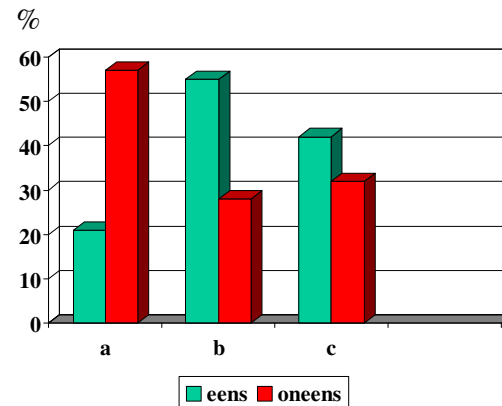
In een andere vraag heeft ruim tweederde van de verzekeringsartsen al aangegeven dat het stellen van een validiteitprognose over een periode van 5 jaar, de beoogde invulling van de duurzaamheidstermijn, niet mogelijk is. De spreiding in de nog wel acceptabel geachte vooruitkijktijd is relatief groot, maar driekwart acht een periode van 0,5-1 jaar mogelijk. Het verlengen van de duurzaamheidsperiode van 3 maanden (zoals nu in GDBM) naar een jaar lijkt dus voor een grote groep niet onrealistisch.

## Vraag 6

## Limiterende lijsten...

Er is sprake van door de verzekeringsarts te gebruiken lijsten van ziekten die géén recht meer geven op een uitkering.

- a Dat is mogelijk en ik kan daarmee uit de voeten
- b Dat kan, als ik maar beargumenteerd uitzonderingen kan maken
- c Dat is onmogelijk, elke cliënt is anders, ook al is de beperking vergelijkbaar



Een meerderheid van 57% is het niet eens met de stelling dat het gebruik van limiterende lijsten zonder meer mogelijk is. 55% meent dat het gebruik van dergelijke lijsten wel mogelijk is onder de voorwaarde dat beargumenteerd uitzonderingen kunnen worden gemaakt. Ruim 40% van de ondervraagden meent dat het gebruik van limiterende lijsten niet mogelijk is, ook niet wanneer deze niet per se als bindend instrument worden gehanteerd. Met dit standpunt is 32% het overigens expliciet niet eens. De antwoorden op deze vraag maken duidelijk dat er een zekere verdeeldheid bestaat onder verzekeringsartsen waar het gaat om de betekenis die limitatieve lijsten kunnen hebben bij de claimbeoordeling in een nWAO.

## Vraag 7

## In de nWAO...

... is sprake van de mogelijkheid om toetsing aan het element 'bekwaamheden' - die nu wel gebruikelijk is - te laten vallen

- a Dat lijkt mij een goed idee  
 b Dat is geen goed idee, want het leidt ertoe dat bij eenzelfde beperking personen naar gelang hun 'bekwaamheden' verschillend worden beoordeeld.

	Eens	Niet eens
a	29%	39%
b	38%	22%

De vraag was gericht op de mogelijkheid dat alleen een medische beoordeling plaatsvindt, en geen arbeidskundige loonwaarde meer wordt vastgesteld. Als het element verdien capaciteit geen rol meer speelt, is sprake van een aanmerkelijke vereenvoudiging van de beoordelingsprocedure.

Een groot deel van de ondervraagde verzekeringsartsen heeft deze vraag echter niet beantwoord. Uit sommige reacties kan worden opgemaakt dat men de vraag niet geheel begrepen heeft. De interpretatie van de gegeven antwoorden is daarom in dit geval niet goed mogelijk.

## Vraag 8

## Meningen over de nWAO

## In de nWAO zou ik de voorkeur geven aan...

- a uitsluitend door de verzekeringsarts toetsen van arbeidsongeschiktheid aan een (te ontwikkelen) minimum-set van krachten en bekwaamheden
- b toetsen aan de mogelijkheid om daadwerkelijk bestaande functies te kunnen uitoefenen, op basis van door de verzekeringsarts aan te geven beperkingen (met inbreng van een arbeidskundige)

	Eens	Niet eens
a	22%	53%
b	75%	14%

In een nWAO zou men de claim op een uitkering kunnen baseren op uitsluitend medische criteria, door vast te stellen welke beperkingen iemand heeft, of positief uitgedrukt, welke mogelijkheden er zijn om nog belast te worden. Door deze mogelijkheden te toetsen aan een tevoren ontwikkelde set van minimale criteria van belastbaarheid waaraan moet worden voldaan, kan een claim worden toe- of afgewezen, zonder dat de belastbaarheid wordt gematcht aan bestaande functies met gedefinieerde functie-eisen. De meerderheid van de verzekeringsartsen ziet deze benadering niet zitten. Driekwart prefereert zelfs toetsing aan bestaande functies, waarbij inbreng van een arbeidskundige gewenst wordt. Dat is een opmerkelijk hoog percentage, tegen de achtergrond van de bedoeling van de nWAO. Immers, hypothetisch kan gesteld worden dat mensen die medisch gezien ernstig en duurzaam beperkt zijn, nauwelijks baat kunnen hebben bij een arbeidskundige toetsing. Men denkt hier duidelijk anders over: zelfs bij deze categorie wil men, alvorens de claim te honoreren of af te wijzen, een arbeidskundig advies.

## Vraag 9a

## Meningen over de nWAO

De nWAO kent een 80-100 categorie voor duurzaam volledig arbeidsongeschikten. De verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling van mensen die in die categorie thuishoren ...

- a Kan op administratief niveau, bijvoorbeeld aan de hand van positieve of negatieve lijsten, worden afgedaan en behoeft nog nauwelijks verzekeringsgeneeskundige inbreng, gegevens van de curatieve sector zijn voldoende



- b Ondernijmt mijn werk als verzekeringsarts want ik word nu een volledig papieren dokter



De categorie mensen die onder de nWAO nog aanspraken op een uitkering kan doen gelden, is naar verwachting dermate ernstig ziek en beperkt in belastbaarheid dat dit hypothetisch alleen al moet blijken uit de klinische documentatie. Deze categorie is immers vrijwel zeker uitgebreid onder behandeling en medische begeleiding. In zulke gevallen zou men kunnen veronderstellen dat een verzekeringsgeneeskundige beoordeling kan worden gebaseerd op die klinische gegevens, en dat een face-to-face (spreekkamer) contact tussen de verzekerde en de verzekeringsarts geen meerwaarde meer heeft. Opmerkelijk is het zeer hoge percentage verzekeringsartsen dat het hiermee expliciet oneens is. Men ziet een verzekeringsgeneeskundige inbreng die niet als puur administratief geldt ook in die situaties als noodzakelijk. Het blijft maatwerk en de beoordeling dient multifactorieel te gebeuren, waarbij ook bijvoorbeeld een aspect als het verwerkingsvermogen een rol kan spelen. Volgens sommigen zit de moeilijkheid overigens vooral in het afwijzen van een claim. In toenemende mate worden door cliënten reeds vóór de beoordeling expertises of verklaringen van behandelaars aangevraagd. Dat vraagt om een steeds uitgebreidere motivering door de beoordelaars. Opmerkelijk is de bevinding dat ruim een kwart van de respondenten, tweemaal zo veel als het aantal dat het eens is met de stelling dat deze categorie administratief kan worden afgedaan, meent dat het vak door de nWAO wordt ondernijmd omdat men zich een papieren dokter voelt worden. Mogelijk vreest men deze ontwikkeling wel degelijk, of is deze al in gang gezet.



*Vraag 9b*

## Meningen over de nWAO

De nWAO kent een 80-100 categorie voor duurzaam volledig arbeidsongeschikten. De verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling van mensen die in die categorie thuishoren ...

a maakt mijn werk als verzekeringsarts interessanter want dit is een groep die veel van mijn begeleiding gaat vragen

Eens: 12%

Oneens: 73%

b maakt mijn werk als verzekeringsarts interessanter want ik kan mijn tijd nu besteden aan de 35-80 categorie

Eens: 33%

Oneens: 49%

Geheel in lijn met andere antwoorden binnen deze enquête zijn er maar weinig verzekeringsartsen die de nWAO een verrijking voor hun vak vinden. Alleen als men zijn tijd meer kan steken in de categorie 35-80, wordt het percentage dat de nWAO positief acht voor het eigen werk substantieel: eenderde geeft aan het werk dan interessanter te gaan vinden.

## Vraag 9c

## Meningen over de nWAO

De nWAO kent een 80-100 categorie voor duurzaam volledig arbeidsongeschikten. De verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling van mensen die in die categorie thuishoren ...

- a maakt mijn werk als verzekeringsarts zwaarder want het gaat om ernstige beperkingen



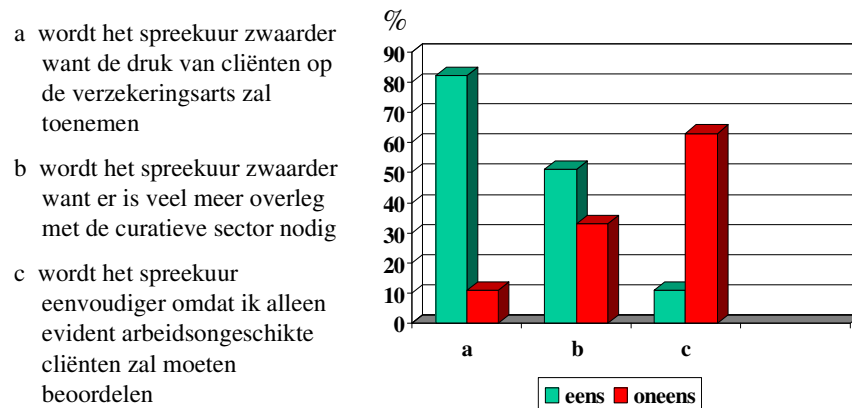
- b maakt mijn werk als verzekeringsarts zwaarder want er ontstaat bij cliënten een ander (zwaarder aangezet en op uitkering gericht) claimgedrag



Een interessante bevinding is dat verzekeringsartsen het in meerderheid oneens zijn met de stelling dat de nWAO het werk zwaarder maakt vanwege de ernst van de aandoeningen waar men dan meer mee te maken krijgt. Het medische beoordelingsaspect wordt kennelijk niet lastiger. Een zeer groot deel van de verzekeringsartsen verwacht echter wel degelijk dat het werk zwaarder wordt, maar de reden is een andere: cliënten zullen een ander claimgedrag gaan vertonen. Medicaliserende en werkstress-bevorderende effecten worden nogal gevreesd, zo blijkt ook uit andere antwoorden.

## Vraag 10

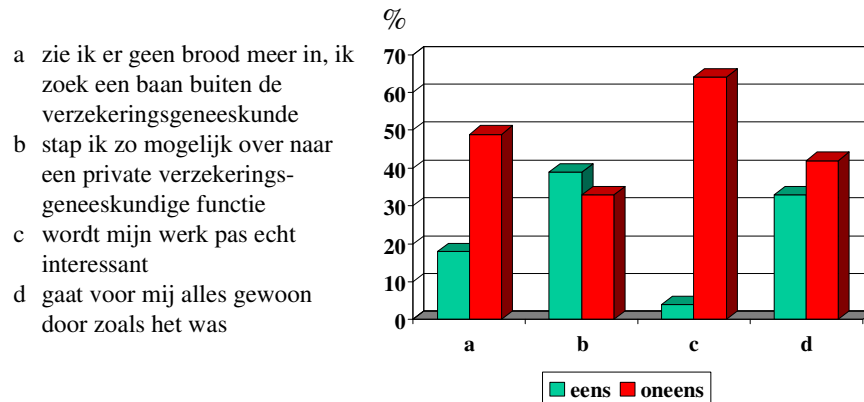
## Na invoering van de nWAO...



Ook de beantwoording van deze vragen laat zien dat vooral de verwachte toenemende druk van cliënten op de arts om toch in aanmerking voor een WAO-uitkering te komen, de belangrijkste dreiging vormt. Het spreekuur wordt niet eenvoudiger. Over de vraag of het spreekuur zwaarder wordt omdat meer overleg met de curatieve sector nodig is, blijken de artsen verdeeld te denken.

### Vraag 11

## Na invoering van de nWAO...

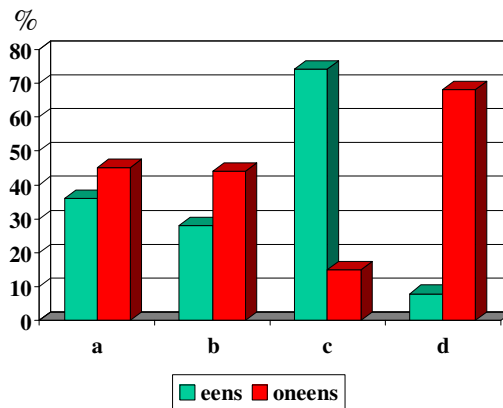


Het aantal verzekeringsartsen dat invoering van de nWAO zal aangrijpen om het vak te verlaten is relatief beperkt, al zou de concretisering van dit voornemen door deze 18% een forse uitstroom betekenen. Tezamen met de 39% die dan wil overstappen naar een verzekeringsgeneeskundige functie in het private domein zou een uitstroom van 58% plaatsvinden. Of dat een probleem zou zijn staat te bezien. Immers, indien de instroom in de nWAO inderdaad de beoogde reductie met ongeveer 75% gaat opleveren, zal het aanbod aan cliënten die een uitkering claimen ook sterk gaan teruglopen, zodat de behoefte aan verzekeringsartsen wel eens drastisch zou kunnen afnemen. Opmerkelijk tot slot is de bevinding dat eenderde van de respondenten meent dat er na invoering van de nWAO voor henzelf niets zal veranderen. Dit relatief hoge percentage valt moeilijk te rijmen met andere antwoorden, bijv. met betrekking tot de te verwachten toename in zwaarte.

## Vraag 12

- a leidt tot een substantieel lagere behoefte aan verzekeringsartsen omdat die in de 80-100 categorie niet nodig zijn en cliënten in de 35-80 categorie door bedrijfsartsen worden begeleid
- b leidt tot een grotere behoefte aan verzekeringsartsen omdat de systematiek leidt tot een intensiever en uitgebreider keuringsregime
- c leidt tot veel meer conflicten in mijn spreekkamer want mensen nemen geen genoegen met deze regeling;
- d bevordert de duidelijkheid voor werknemers en dus de rust in mijn spreekkamer.

## De nWAO...



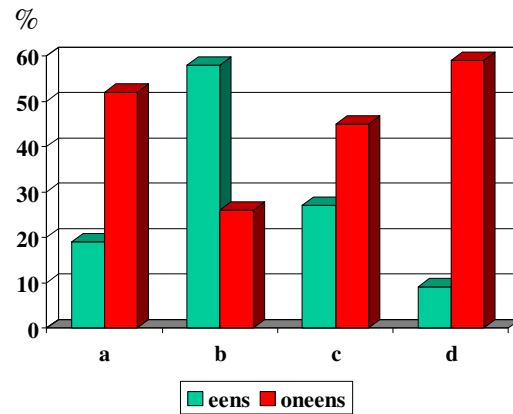
Zoals al gebleken is uit andere antwoorden zijn veel verzekeringsartsen beducht voor toename van conflicten in de spreekkamer. Men is het in grote mate dan ook oneens met de stelling dat de nWAO duidelijkheid en dus rust in de spreekkamer verschaft. In de respons op deze vraag wordt zichtbaar dat verzekeringsartsen verdeeld zijn ten aanzien van de verwachte behoefte aan verzekeringsartsen na invoering van de nWAO. Dat geldt zowel voor stelling b. dat een intensiever en uitgebreider keuringsregime een groter beroep op verzekeringsartsen zou doen, als voor voor stelling a. dat de categorie 80-100 minder capaciteit vraagt terwijl de categorie 35-80 door bedrijfsartsen wordt begeleid. Dit kan o.a. duiden op de mening van veel verzekeringsartsen dat zij in het nWAO-tijdperk menen zelf een belangrijke rol te moeten spelen in het 35-80 traject.

## Vraag 13

## De communicatie na invoering van de nWAO

De communicatie tussen  
klinisch specialist en  
verzekeringsarts ...

- a is goed, en hoeft niet te worden versterkt
- b zal door de nWAO versterking behoeven
- c is beperkt, maar hoeft ook niet intensiever
- d zal door de nWAO verder afnemen.



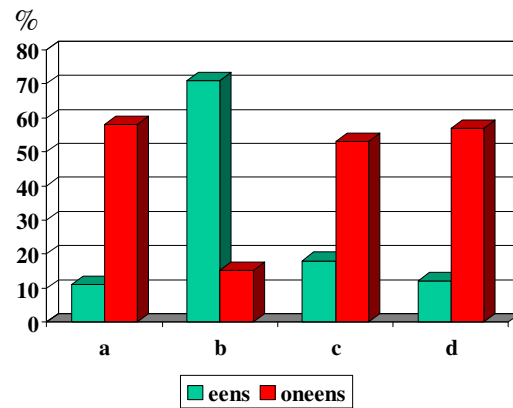
Alle antwoorden op vragen die gesteld zijn over de communicatie tussen verzekeringsartsen en collegae laten zien dat 60-70% van de respondenten vindt dat deze tegen de achtergrond van de nWAO moet worden versterkt. Slechts een kleine minderheid is het expliciet niet eens met deze opvatting, of meent dat de communicatie al goed genoeg is dan wel beperkt maar voldoende. Opmerkelijk is dat deze behoefte aan verbetering van de communicatie inderdaad en in ongeveer dezelfde mate aanwezig is voor zowel huisarts, klinisch specialist als bedrijfsarts. De laatste scoort overigens wel het hoogste (71%).

## Vraag 14

## De communicatie na invoering van de nWAO

De communicatie tussen  
bedrijfsarts en  
verzekeringsarts ...

- a is goed, en hoeft niet te worden versterkt
- b zal door de nWAO versterking behoeven
- c is beperkt, maar hoeft ook niet intensiever
- d zal door de nWAO verder afnemen.



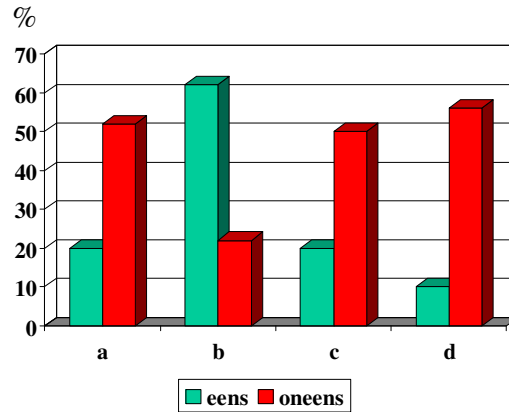
Alle antwoorden op vragen die gesteld zijn over de communicatie tussen verzekeringsartsen en collegae laten zien dat 60-70% van de respondenten vindt dat deze tegen de achtergrond van de nWAO moet worden versterkt. Slechts een kleine minderheid is het expliciet niet eens met deze opvatting, of meent dat de communicatie al goed genoeg is dan wel beperkt maar voldoende. Opmerkelijk is dat deze behoefte aan verbetering van de communicatie inderdaad en in ongeveer dezelfde mate aanwezig is voor zowel huisarts, klinisch specialist als bedrijfsarts. De laatste scoort overigens wel het hoogste (71%).

## Vraag 15

## De communicatie na invoering van de nWAO

De communicatie tussen  
huisarts en  
verzekeringsarts ...

- a is goed, en hoeft niet te worden versterkt
- b zal door de nWAO versterking behoeven
- c is beperkt, maar hoeft ook niet intensiever
- d zal door de nWAO verder afnemen.



Alle antwoorden op vragen die gesteld zijn over de communicatie tussen verzekeringsartsen en collegae laten zien dat 60-70% van de respondenten vindt dat deze tegen de achtergrond van de nWAO moet worden versterkt. Slechts een kleine minderheid is het expliciet niet eens met deze opvatting, of meent dat de communicatie al goed genoeg is dan wel beperkt maar voldoende. Opmerkelijk is dat deze behoefte aan verbetering van de communicatie inderdaad en in ongeveer dezelfde mate aanwezig is voor zowel huisarts, klinisch specialist als bedrijfsarts. De laatste scoort overigens wel het hoogste (71%).

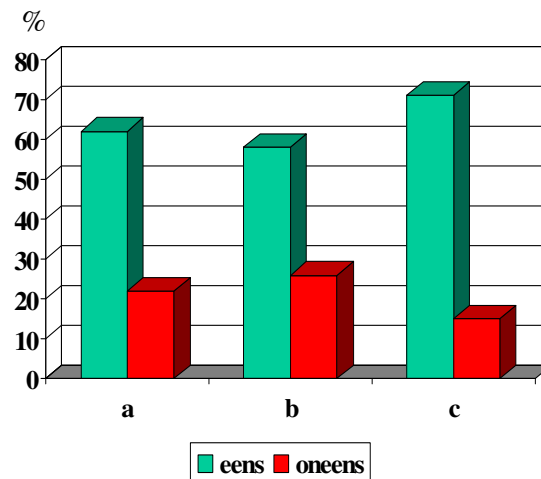


## Vraag 13 t/m 15 gezamenlijk

## De communicatie na invoering van de nWAO

De nWAO maakt een versterking van de communicatie nodig met:

- a. de huisarts
- b. de klinisch specialist
- c. de bedrijfsarts



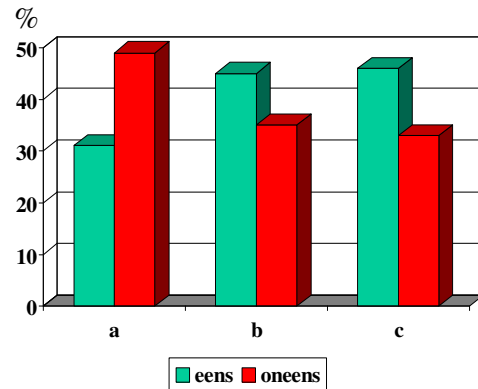
Alle antwoorden op vragen die gesteld zijn over de communicatie tussen verzekeringsartsen en collegae laten zien dat 60-70% van de respondenten vindt dat deze tegen de achtergrond van de nWAO moet worden versterkt. Slechts een kleine minderheid is het expliciet niet eens met deze opvatting, of meent dat de communicatie al goed genoeg is dan wel beperkt maar voldoende. Opmerkelijk is dat deze behoefte aan verbetering van de communicatie inderdaad en in ongeveer dezelfde mate aanwezig is voor zowel huisarts, klinisch specialist als bedrijfsarts. De laatste scoort overigens wel het hoogste (71%), en heeft het laagste percentage 'oneens' stemmers (15%).

## Vraag 16

## Kennissen en vaardigheden

## De nWAO leidt bij mij tot ...

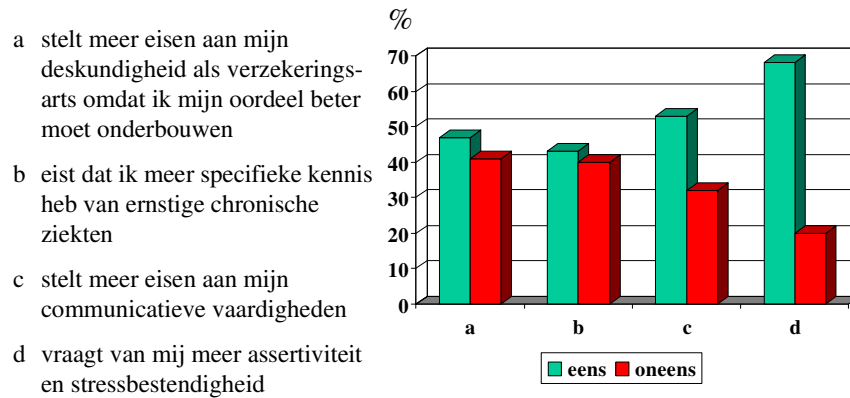
- a een behoefte aan bij- of nascholing op klinische vaardigheden
- b een behoefte aan bij- of nascholing op juridisch gebied
- c een behoefte aan bij- of nascholing op reïntegratiegebied



Op de vraag of de nWAO leidt tot een grotere behoefte aan kennis en vaardigheden blijken de verzekeringsartsen zeer verdeeld te antwoorden. De groep die dit beaamt is voor twee van de drie genoemde opties weliswaar groter dan de groep die dit niet verwacht, maar beide groepen zijn substantieel. In lijn met de reeds gesignaleerde verwachting van toenemende medicalisering en conflicten en de duidelijke wens meer bij reïntegratie betrokken te raken scoort zowel de behoefte aan bij- en nascholing op zowel juridisch als reïntegratiegebied relatief hoog. Met betrekking tot een verwachte toename in de behoefte aan bij- en nascholing op klinisch gebied zijn meer verzekeringsartsen het oneens dan eens.

## Vraag 17

## De uitvoering van de nWAO ...

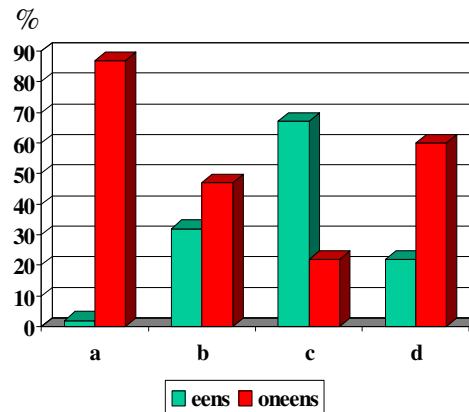


Geheel in lijn met de inmiddels gezette trend in antwoorden verwachten verzekeringsartsen dat de nWAO meer eisen stelt op communicatief vlak en vraagt om meer assertiviteit en stressbestendigheid. Met name deze laatste categorie scoort hoog. Over de vraag of de nWAO leidt tot meer eisen te stellen aan de deskundigheid en de specifieke medische kennis over chronische ziekten zijn de artsen sterk verdeeld: er zijn bijna evenveel 'ja'- als 'nee'-zeggers. Dit wijst erop dat veel verzekeringsartsen menen dat de deskundigheid zelf niet het probleem is: die is adequaat en dat verandert niet door een wijziging in de samenstelling (ernstiger aandoeningen) van de claimende populatie.

## Vraag 18

## Het werk van een verzekeringsarts in het nWAO-tijdperk...

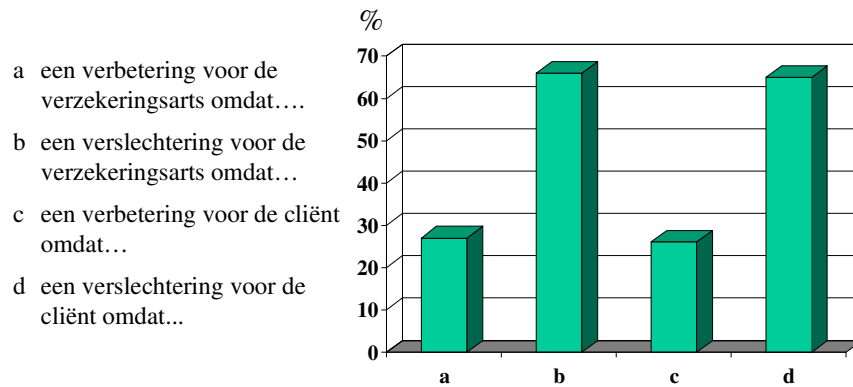
- a kan best zonder een specialisatie, dus als basisarts, worden uitgevoerd
- b heeft specifieke kennis en vaardigheden die in een korte (een of twee jarige) in-company opleiding geleerd kunnen worden
- c blijft dermate specialistisch dat benodigde kennis en vaardigheden alleen in de specialistenopleiding kunnen worden verkregen
- d is goed te splitsen in routinewerk dat door een basisarts kan worden gedaan en specialistisch werk dat door een geregistreerde verzekeringsarts moet worden uitgevoerd



Dat vrijwel geen enkele verzekeringsarts het eens is met de stelling dat het nWAO-tijdperk geen specifieke verzekeringsgeneeskundige expertise behoeft mag geen verwondering wekken. Dat 30% meent dat de benodigde expertise via een korte in-company opleiding kan worden verkregen, en dat 'slechts' minder dan de helft van de respondenten het hiermee oneens is, kan wel opmerkelijk genoemd worden. Ongeveer tweederde acht de (huidige) specialistenopleiding ook dan noodzakelijk; hier is 20% het expliciet niet mee eens. Nog opmerkelijker is de opvatting van de respondenten over de voorgestelde splitsing van taken in routinewerk en specialistisch verzekeringsgeneeskundig werk: slechts 20% is het met deze optie eens, en 60% juist niet. De antwoorden in dit cluster laten zien dat de verzekeringsarts zijn specialistische kennis ook in de toekomst nodig denkt te hebben, dat medische taakdifferentiatie niet als een perspectief wordt gezien, maar dat niet voor iedereen een vierjarige opleiding nodig is om het vak goed te kunnen uitoefenen.

## Vragen 19 en 20

## Alles bij elkaar genomen vind ik de nWAO...



Gevraagd naar een samengevatte mening over de nWAO blijkt dat een ruime meerderheid aangeeft dat van een verslechtering sprake is, zowel voor de verzekeringsarts als voor de cliënt. Toch vindt ruim 25% dat er (ook) positieve kanten aan zitten. Uit de op individueel niveau in bijlage B weergegeven antwoorden kan worden opgemaakt dat op elk van de antwoordcategorieën een aantal trefwoorden van toepassing is dat tot het antwoord geleid heeft. Deze volgen hierna, zonder daarmee tekort te willen doen aan de nuances die velen hebben aangegeven.

**a. een verbetering voor de verzekeringsarts omdat....**

Bevordert collegiale samenwerking, minder subjectiviteit en minder inter-dokter variatie, taakverrijking mits rol in 35-80 traject, minder oneigenlijke claims, meer verantwoordelijkheid bij werkgever, meer tijd voor betere kwaliteit, minder medicalisering.

**b. een verslechtering voor de verzekeringsarts omdat...**

Werk zwaarder, meer conflicten, meer stress, juridisering van het werk, taakuiholling, statusverlies, meer papier en minder cliënten, introductie schijnzekerheid, druist in tegen eigen geweten en rechtvaardigheidsgevoel, minder verzekeringsartsen nodig, geen sociale geneeskunde meer.

**c. een verbetering voor de cliënt omdat...**

Reïntegratie(kans, gedrag) wordt bevorderd, eigen verantwoordelijkheid werkgevers en werknemers neemt toe, duidelijkheid neemt toe.

**d. een verslechtering voor de cliënt omdat...**

Holt sociale zekerheid uit, medicaliserend, bevordert claimgedrag, druist in tegen rechtvaardigheidsgevoel, risicoselectie neemt toe, shoppen (bij dokter, uitkeringsloket) neemt toe, veel 'buiten-de-boot-vallers'.

### 3.3 **Pregnante citaten<sup>1</sup>**

Van alle door de respondenten gemaakte opmerkingen is hieronder een selectie weergegeven. De geciteerde uitspraken geven weliswaar een vaak pregnante en meestal in andere bewoordingen vaak herhaalde problematiek weer, maar vormen niet altijd een representatie van een meerderheidsopvatting. Zij zijn meer te zien als een sfeertekening, gezien door de bril van de onderzoeker.

“...- als je ziet wat er voor een massa aan arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen op de UWV kantoren zit, met ervaring en deskundigheid, en dat deze groep eerst in actie mag komen na ca. 10 maanden arbeidsongeschiktheid van belanghebbende, dan klopt er m.i. niet veel van een logische opbouw van de gevalsebehandeling...”

“Alles bij elkaar genomen vind ik de nWAO een verbetering voor de verzekeringsarts omdat ik de nWAO minder ziekmakend en activerender vind dan de huidige WAO. Ik ben het ook eens met het begrip arbeidscapaciteit wat mogelijk ingevoerd gaat worden en waarbij het loondervingssysteem wordt losgelaten. Werken aan / binnen een zinvol systeem is motiverend en neemt de stress weg van het werken met een systeem dat zichzelf heeft overleefd.”

“Alles bij elkaar genomen vind ik de nWAO een verbetering voor de verzekeringsarts omdat er weer meer met diagnoses en ziektes gewerkt kan gaan worden. Vage klachten zonder duidelijke oorzaak worden niet meer gezien als ziektes die beperkingen opleveren.”

“Alles bij elkaar genomen vind ik de nWAO een verbetering voor de verzekeringsarts omdat zoals het nu gaat onze wetgeving in de sociale zekerheid een aanzuigende werking heeft en bovendien medicaliserend werkt en de passiviteit bevordert. Het is alleen wel jammer dat de Wet Verbetering Poortwachter nog maar net van kracht is. We weten dus niet of deze wet al bewerkstelligt dat de WAO-instroom daalt. Het voorgestelde nieuwe stelsel vind ik dus een verbetering omdat ik hoop bij te dragen aan een sociaal zekerheidssysteem waar ik meer achter sta.”

“Misschien is de oplossing om de WAO in zijn geheel af te schaffen, iedereen vervolgens een uitkering te geven en die aan te vullen met een bonus naar gelang men werkt. De bonus is variabel, maar niet verzekeraar. Er bestaat m.i. in de huidige uitkeringspraktijk geen goede balans tussen ziekte / gebrek en de hoogte van een uitkering. Klagers krijgen meer. Er moet maatschappelijk veel veranderen. De omgeving moet bepaald ziektegedrag niet honoreren met hulp in welke vorm dan ook, zoals bijv. whiplash (ziektewet, WAO, hulp in huishouding, claimbedragen bij tegenpartij (zelfs bij partner als ie bestuurder was, vele voordelen in het sociale verkeer; een vorm van financiële zekerheid die je nergens meer hebt in het arbeidsleven!!). Bij zoveel voordelen meldt niemand zich hersteld. Arbeid moet weer toegankelijk worden voor iedereen. Niet te veel stress, te hoge werkdruk, te hoge eisen voor iedereen. Nadruk op goede werksfeer. Word je wat ouder, dan minder werken in een makkelijkere baan. Dus carrièreloop niet tot einde arbeidsleven, maar tot bijv. 50 jaar. Daarna weer terug in functieniveau als je er problemen mee krijgt. Dat zou maatschappelijk geaccepteerd moeten worden.”

---

<sup>1</sup> De citaten zijn ter wille van de leesbaarheid taalkundig hier en daar aangepast, inhoudelijk op geen enkele wijze. In bijlage B zijn de ongekuiste citaten te vinden.

“Ik vind het in ieder geval een goede zaak dat het huidige - m.i. ziektegedrag bevorderende - systeem wordt opgedoekt. Liever had ik gezien dat het woord ‘ziekte’ helemaal werd afgevoerd. ‘Cliënten kunnen m.i. nog te veel kiezen voor ziektegedrag ter verkrijging van een uitkering.’”

“...gaat er naar mijn smaak niet veel veranderen. Kernprobleem rond de zgn. 80-100% arbeidsongeschikten is naar mijn idee het te vaak ten onrechte toepassen van de richtlijn GDBM...”

“In voortraject (de wachttijd) komt meer nadruk op reïntegratie in arbeid. Hierdoor is minder sprake van medicalisering van beperkingen, en is de uitvoering meer gericht op hervatting van arbeid. Hierdoor is voornamelijk nog onderzoek door de verzekeringsarts nodig bij structurele en ernstige beperkingen.”

“Er zullen minder verzekeringsartsen maar meer bedrijfsartsen nodig zijn. Meer ‘echt zieke’ mensen, minder gemedicaliseerde huis-, tuin- en keukenprobleempjes”.

“Ik heb geen moeite met de werkelijk zeer invalide cliënt maar ik zie op tegen de negatieve groep mensen met een moeilijk objectiveerbare aandoening die zo persisteert dat de bedrijfsarts hen toch niet kan reïntegreren (whiplash, fibromyalgie, bekkenpijn-syndroom, etc.)”

“Een nWAO maakt geen verschil, je bent een professional of je bent het niet?! Wel denk ik dat het minder leuk wordt.”

“Er valt weinig plezier te beleven aan het beoordelen van langdurig arbeidsongeschikten met weinig perspectief op verbetering.”

“De beoordeling van arbeidsgeschiktheid en begeleiding komt in de eerste 2 jaar in handen van de bedrijfsarts, hierop is te weinig controle door verzekeringsartsen.”

“Het blijft leuk werk.”

“Ik verwacht weinig van de reïntegratie-activiteiten van verzekeringsartsen: het UWV en zijn voorgangers zijn altijd erg gericht geweest op claimbeoordeling en het leveren van rapporten.”

“Mensen zullen gaan bewijzen dat ze volledig arbeidsongeschikt zijn, hetgeen tot grotere confrontaties leidt binnen de spreekkamer en doorschieten middels bezwaar- en beroepszaken.”

“Er wordt opnieuw in korte tijd nieuwe regelgeving doorgejaagd, die voor de gemiddelde Nederlander niet meer is te volgen. Dit zal opnieuw tot gevolg hebben dat cliënten met verkeerde verwachtingen claimen en op het spreekuur komen met veel zeer claimend gedrag en meer agressie etc. Bovendien verwacht ik een grote groep cliënten die keer op keer onze spreekkamer zal passeren.”

“Ik vind de voorgestelde regeling niet ethisch, gezien de uitsluiting van niet-objectiveerbare aandoeningen /psychische aandoeningen.”

“De communicatie met de curatieve sector wordt moeizamer doordat hun uitspraken grote gevolgen kunnen hebben, waardoor hun positie ten opzichte van de patiënt lastiger wordt.”

“Het sociale aspect zal geheel verdwijnen ...”

“Ik sta niet achter de regeling aangezien ik denk dat deze de kloof tussen rijk en arm zal doen toenemen...”

“De specifieke kennis wordt uitgehold; de beoordeling voor de WAO is niet zo simplistisch als de politiek denkt! Het is maatwerk gericht op het individu; elke cliënt heeft een specifiek coping-mechanisme; een lijst met limitatieve ziektebeelden is dus een wassen neus.”

“De nWAO is de dood in de pot. Het einde van de solidariteit. Binnenkort betalen we als werkgever en werknemer aan publieke en private premies meer dan wanneer alles publiek was gebleven.”

“De verzekeringsarts wordt de juffrouw aan het loket die iets moet uitleggen wat helemaal niet uit te leggen is!”

“Dit betekent strijd in de spreekkamer. Er lijkt geen positief gesprek meer over te blijven en geen succesje meer te behalen in reïntegratie / begeleiding. Er wordt bezwaar aangetekend of door verzekerde of door werkgever...”

“...het broddelwerk blijft. De enige efficiënte maatregel om de WAO-instroom te verlagen, t.w. een referteperiode zoals in Duitsland, wordt niet ingevoerd, zodat we toch alle hoge risico's binnen krijgen in de WAO.”

“De rol van verzekeringsarts wordt die van boosdoener, ingebed in een keurslijf van wetgeving. Alle sociaal-geneeskundige aspecten verdwijnen.”

“...ik zeg wel eens: je kunt beter ME hebben dan MS: met ME heb je meer kans op een WAO-uitkering ...”

“Door de grotere dwang om te blijven werken wordt de cliënt minder makkelijk gemarginaliseerd en dat lijkt mij ‘gezonder’.”

“Ik verwacht dat het gevolg van de nWAO zal zijn dat mensen hun problemen weer zullen gaan oplossen. Dus geen WAO bij burnout, maar gewoon op tijd ander werk gaan doen en loonverlies accepteren zoals anderen dat ook doen. Geen sociale problemen oplossen via arbeidsongeschiktheids-regelingen zal uiteindelijk autonomie-versterkend werken.”

“De nWAO heeft meer prikkels tot gezond gedrag in zich.”

“De nWAO lijkt voor mij een ‘cosmetische’ ingreep: men telt voortaan alleen de 80-100%, de rest is er nog maar heeft een andere naam gekregen. Het is een politieke ingreep om de collectieve lasten te verlagen. Maar uiteindelijk wordt er meer betaald, maar dan aan private verzekeringen.”



“M.i. zal Nederland door de nWAO ‘minder ziek’ worden. Ik vind wel dat de werkgever onterecht te veel verantwoordelijkheid krijgt voor de reïntegratie en ik verwacht een wildgroei (nog meer winstbeluste reïntegratiebedrijven). Dat vind ik een slechte zaak. Hierdoor zullen werkgevers huiverig zijn om mensen aan te nemen. Het beroep wat onterecht op de sociale verzekering werd gedaan wordt nu verschoven naar de werkgevers, en de reïntegratiebedrijven (waarvan ik het resultaat bedroevend vind) profiteren daar financieel van.”

“Het is in mijn ogen een zeer onrechtvaardige wet, waarbij de slechtverdieners er nog slechter van af komen dan in het verleden. Als de wet zo streng wordt als de bedoeling is, dan is het betalen van WAO-premies wel erg wrang!”

“De instroombeperking in de WAO moet bij de bron worden aangepakt en dat is de ZW! De cliënt zou een stuk meer verantwoordelijkheid en eigen risico moeten gaan krijgen bij ziekmelding; maar welke politieke partij durft dat aan!?”

“De nWAO: een botte bijl dus.”

“Er ontstaat een te grote afhankelijkheid van de mogelijkheden en de wil van de werkgever. Minder kans op vaste baan, meer flexwerk, minder zekerheid etc.”

“De meest kwetsbaren zijn absoluut weer de klos, de WAO is een wet voor de rijken.”

“De groep die ernstige beperkingen heeft, maar niet onder volledig en 5 jaar valt, zal het moeilijk krijgen. Dit moet met stimulerende maatregelen en met private verzekeringen opgelost worden.”

“De situatie van de mensen met ernstige handicaps die niet volledig arbeidsongeschikt zijn, is geheel onduidelijk. En dan spreek ik niet over rug- of nekpijn, maar over longemfyseem met slechte longfunctie, of over diabetes mellitus met complicaties. Ik ben bang dat deze mensen tussen wal en schip vallen.”

“Van veel belang is de attitude van artsen:

- met de meeste klachten kun je beter actief zijn
- is arbeid schadelijk of juist stimulerend
- beperkingen als gevolg van ziekte of keuze voor gezondheid.”

“De WAO afschaffen zal het aantal uitkeringen op termijn tot 0 reduceren. Ook een manier, maar dan ben ik mijn baan kwijt en het probleem van de arbeidsongeschiktheid (in de zin van niet meer zo veel zo hard kunnen werken door ziekte) is er natuurlijk niet mee opgelost. Soms denk ik, konden we maar opnieuw beginnen en een regeling te bedenken voor uitval door ziekte zonder al die verwarrende termen als:

Arbidsongeschiktheid in de zin van de ZW is ....

Arbidsongeschiktheid in de zin van de WAO is ...

Het spraakgebruik van de werkende bevolking is niet het spraakgebruik / de taal van de beoordelaars van de WAO, ook nu nog, jaren na de invoering. Buiten de sociale verzekeringen weet nog nauwelijks iemand dat arbeidsongeschiktheid niet betekent dat je ongeschikt voor arbeid bent.

En zo kan ik nog uren doorgaan. Toch houd ik van mijn werk, ook na 20 jaar en iedere keuring is weer een uitdaging duidelijkheid en rechtvaardigheid te brengen. Succes met jullie werk.”



## 4 Conclusies

Het trekken van algemeen geldende conclusies uit een waarschijnlijk niet representatieve steekproef van verzekeringsartsen is niet mogelijk. Zoals hiervoor reeds opgemerkt beschouwen wij de uitkomsten van deze peiling daarom als richtinggevend voor de opvattingen van een grote groep verzekeringsartsen ter zake van een voorgenomen nWAO, waarvan nog slechts de contouren zichtbaar zijn. Wij vatten onze conclusies kort en ongenueanceerd samen, de lezer mag deze beschouwen als interpretaties van de auteur die mogelijk mede berusten op een hier en daar ietwat gekleurde bril. De lezer mag zijn eigen bril opzetten en eigen conclusies trekken.

De volgorde van de hier gepresenteerde conclusies geeft geen rangorde van belang of prioriteit weer. Ook daarin kan de lezer zijn eigen keuzes maken.

- De verzekeringsarts ziet de nWAO niet als dé oplossing van het arbeidsongeschiktheidsprobleem, een meerderheid vindt deze overbodig en geeft de voorkeur aan scherper toepassen van GDBM in combinatie met het strenger toepassen van arbeidskundige criteria.
- Het referentiekader van de verzekeringsarts is sterk gebaseerd op sociale bewogenheid.
- De nWAO leidt tot meer medicalisering waardoor het werk van de verzekeringsarts zwaarder wordt.
- De nWAO leidt voor cliënten tot een verhoogde kans op werkhervatting.
- De nWAO leidt tot minder subjectiviteit in de claimbeoordeling.
- De verzekeringsarts wil een belangrijke rol spelen in het begeleiden naar werk van niet duurzaam en niet volledig arbeidsongeschikte werknemers.
- In het 35-80% traject vallen de functies van verzekeringsarts en bedrijfsarts steeds meer samen.
- De nWAO leidt tot meer conflicten tussen verzekeringsartsen en cliënten.
- De nWAO leidt voor de verzekeringsarts tot minder interessant werk.
- De nWAO leidt voor de verzekeringsarts tot een accentverlegging naar juridisch en administratief gebied ten koste van inbreng van medisch inhoudelijke expertise.
- De nWAO vraagt van de verzekeringsarts meer communicatieve vaardigheden, assertiviteit en stressbestendigheid.
- Het begrip 'duurzaam arbeidsongeschikt' dient vertaald te worden door 'ten minste 6-12 maanden arbeidsongeschikt'.
- Met een limitatieve lijst van ziekten die géén recht op een WAO geven, kan de verzekeringsarts niet uit de voeten.
- Bij de nWAO dient de inbreng van de arbeidsdeskundige gehandhaafd te blijven.
- Toetsing aan bestaande functies heeft sterk de voorkeur boven toetsing aan uitsluitend krachten en bekwaamheden.
- De nWAO leidt onder verzekeringsartsen - mits de arbeidsmarkt dat mogelijk maakt - tot substantiële uitstroom uit de publieke en instroom in de private verzekering.
- De nWAO bevordert de communicatie tussen verzekeringsartsen enerzijds en bedrijfsartsen, huisartsen en klinisch specialisten anderzijds.
- De nWAO leidt bij de verzekeringsarts vooral tot behoefte aan bijscholing op juridisch en reïntegratiegebied.
- De nWAO kan alleen goed worden uitgevoerd door een gespecialiseerd, geregistreerd verzekeringsarts, maar de opleiding kan wellicht korter.



## 5 Literatuur

Commissie Donner. Werk maken van arbeidsongeschiktheid, Advies van de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Ministerie van SZW, 2002

Kronenburg-Willems EJ. Dossier: WAO. PS-special, Deventer: Kluwer, 2002

SER. Werken aan arbeidsgeschiktheid. Den Haag: SER, 2002



## **A Volledige enquête met de respons per vraag**









Het wettelijk kader onder een nieuw gesternte: wat wil de dokter nog meer?

*Een enquête onder verzekeringsartsen over wensen en opvattingen in het nWAO-tijdperk.*

De exacte regelgeving is weliswaar nog niet bekend, maar de hoofdlijnen tekenen zich toch duidelijk af. Die komen er, kort gezegd, op neer dat alleen duurzaam en volledig onbelastbare werknemers nog tot de WAO worden toegelaten, en dat er voor het overige nog twee categorieën werknemers met een beperkte belastbaarheid bestaan: minder dan 35% (geen regelingen meer, de werkgever is verantwoordelijk) en de categorie 35-80%, met onder voorwaarden een beperkte vorm van looncompensatie maar ook vallend onder de verantwoordelijkheid van de werkgever. Dit alles zal gevolgen hebben voor het werk van de verzekeringsarts. Vooral daarover gaat deze enquête. **Let op: bij de meeste vragen kunt u meerdere antwoorden aankruisen!!!! Als geen van de antwoorden u aanspreekt, kruist u uiteraard niets aan.**

Vraagstellingen		Mee eens	Niet mee eens	Niet ingevuld
A. <i>Meningen over de nWAO</i>				
1.	De nWAO ...			
	a. is dé oplossing van het arbeidsongeschiktheidsprobleem	15	334	51
	b. zal reïntegratie-bevorderend werken in het voortraject	196	135	69
	c. zal de reïntegratie niet bevorderen want iedereen wordt toch bijverzekerd	159	134	107
	d. holt de sociale zekerheid uit	263	75	62
	e. leidt tot meer onrechtvaardigheid want veel meer mensen krijgen onterecht geen WAO	165	144	91
	f. leidt tot meer medicalisering want mensen zullen zich via de dokter willen indekken	298	60	42

2.	De nWAO kent een categorie 35-80%. De werknemers in deze categorie ...			
	a. kunnen door verzekeringsartsen uitstekend worden begeleid naar werk (indien geen binding met een WG); de verzekeringsarts moet dus zijn expertise ook kunnen aanwenden in de eigen risicoperiode (straks 2 jaar)	220	129	51
	b. kunnen het best door de bedrijfsarts worden begeleid; er zullen daarom veel minder verzekeringsartsen nodig zijn;	107	208	85
	c. vergen een nauwe samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen;	290	60	50
	d. vallen met uitzondering van enkele speciale groepen buiten mijn bemoeienissfeer en dat wil ik ook zo houden.	55	241	104

3.	De nWAO maakt de beoordeling van niet objectiveerbare klachten eenvoudiger.			
	a. Ja, want de meeste leiden niet tot duurzame en volledige arbeidsongeschiktheid	130	182	88
	b. Ja, maar alleen als er scherpe criteria komen	182	134	84
	c. Nee, want de meeste zijn prognostisch erg moeilijk in te schatten	161	134	105
	d. Nee, want in veel gevallen zal de cliënt willen aantonen dat hij wel degelijk arbeidsongeschikt is	276	67	57

4.	Als ik mocht kiezen zou ik de voorkeur geven aan:			
	a. Terugdringen van het aantal WAO-ers door scherper toepassen van de GDBM (Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden) en verder niets wijzigen	145	151	104
	b. Idem door strengere toepassing van arbeidskundige criteria	169	114	117
	c. Beide bovenstaande maatregelen gezamenlijk	217	106	77
	d. Geen van beide; voer de nWAO in volgens de kabinetsvoorstellen	43	229	128

5.	Er is sprake van dat de uitwerking van het begrip 'duurzaam' gesteld wordt op 5 jaar (ingående na het eigen risico-traject van 2 jaar)			
	a. Dat is prima en voor mij uitvoerbaar.	56	262	82
	b. Dat is onmogelijk, ik kan zover niet vooruit kijken.	267	67	66
	c. Ik geef de voorkeur aan een voor mij hanteerbare periode, nl.			
	a. 3 maanden (zoals nu bij GDBM)	97	81	222
	b. 6 maanden	145	58	197
	c. 1 jaar	164	75	161
	d. 2-4 jaar	27	145	228

6.	Er is sprake van door de verzekeringsarts te gebruiken lijsten van ziekten die géén recht meer geven op een uitkering.			
	a. Dat is mogelijk en ik kan daar mee uit de voeten.	85	228	87
	b. Dat kan, als ik maar beargumenteerd uitzonderingen kan maken; zo'n lijst is dan een hulpmiddel, geen wet.	219	110	71
	c. Dat is onmogelijk, elke cliënt is anders, ook al is de beperking vergelijkbaar.	168	128	104

7.	Er is sprake van de mogelijkheid om toetsing aan het element 'bekwaamheden' - die nu wel gebruikelijk is - te laten vervallen			
	a. Dat lijkt mij een goed idee.	117	155	128
	b. Dat is geen goed idee, want het leidt ertoe dat bij een zelfde beperking personen naar gelang hun 'bekwaamheden' verschillend worden beoordeeld.	150	88	162

8.	In de nWAO zou ik de voorkeur geven aan:			
	a. uitsluitend door de verzekeringsarts toetsen van arbeidsongeschiktheid aan een (te ontwikkelen) minimum-set van krachten en bekwaamheden	86	210	104
	b. toetsen aan de mogelijkheid om daadwerkelijk bestaande functies te kunnen uitoefenen, op basis van door de verzekeringsarts aan te geven beperkingen (met inbreng van een arbeidsdeskundige)	300	56	44

<i>B. Gevolgen voor de praktijk</i>				
9.	De nWAO kent een 80-100 categorie voor duurzaam volledig arbeidsongeschikten. De verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling van mensen die in die categorie thuishoren ...			
	a. kan op administratief niveau, bijvoorbeeld aan de hand van positieve of negatieve lijsten, worden afgedaan en behoeft nog nauwelijks verzekeringsgeneeskundige inbreng, gegevens van de curatieve sector zijn voldoende;	50	323	27
	b. maakt mijn werk als verzekeringsarts interessanter want dit is een groep die veel van mijn begeleiding gaat vragen;	47	291	62
	c. maakt mijn werk als verzekeringsarts interessanter want ik kan mijn tijd nu besteden aan de 35-80 categorie;	130	197	73
	d. maakt mijn werk als verzekeringsarts zwaarder want het gaat om ernstige beperkingen;	84	223	93
	e. maakt mijn werk als verzekeringsarts zwaarder want er ontstaat bij cliënten een ander (zwaarder aangezet en op uitkering gericht) claimgedrag;	335	37	28
	f. ondermijnt mijn werk als verzekeringsarts want ik word nu een volledig papieren dokter;	108	195	97
	g. is voor mij moeilijk te hanteren daar inschatting zo lang in de toekomst niet goed mogelijk is.	253	78	69

10.	Na invoering van de nWAO ...			
	a. wordt het spreekuur zwaarder want de druk van cliënten op de verzekeringsarts zal toenemen	327	44	29
	b. wordt het spreekuur zwaarder want er is veel meer overleg met de curatieve sector nodig	202	130	68
	c. wordt het spreekuur eenvoudiger omdat ik alleen evident arbeidsongeschikte cliënten zal moeten beoordelen	45	252	103

*Antwoorden op vraag 10d: Na invoering van de nWAO wordt het spreekuur ...*

- zorgvuldiger uitgevoerd en zal meer tijd vergen
- langer
- een parade van cliënten die ieder jaar terugkomen, zoals nu al een aantal zelfstandigen
- min of meer gelijk, regels veranderen wel, claim blijft hetzelfde
- zwaarder: meer schadeclaims, meer contact met advocaten / verzekeraars etc.
- zwaarder en saaier
- harder
- zinvoller omdat ik het meer eens zal zijn met de grote lijn van de uitkeringssystematiek. De WAO zoals die nu is, is medicaliserend en de-activerend.
- niet 1 maar verschillende s.v. door verschillende va's
- een klacht tegen ons sociale stelsel en bedreigender (agressie) 'alles of niets'
- ingewikkelder wordt ivm evt. door bh meegenomen 'raadsliden'
- wellicht gevaarlijk!
- niet veel anders of je moet switchen naar part. ao-verzekeraar
- een gevecht
- een tranendal
- ook een juridisch gevecht
- langer
- absurder
- waarschijnlijk beperkt tot 80-100% en gedeeltelijk ao zonder wg
- interessant aangezien cliënt op herstelgedrag aangesproken kan worden
- niet anders
- gevaarlijker omdat er meer op het spel staat en uitleg moeilijker wordt
- niet veel anders behalve een te verwachten toename van aggrèvatie en somatisatie
- saaier
- interessanter
- zwaarder, want het aantal vangnetters zal toenemen
- ... en het vak van va minder volgens de werkelijkheid. Iemand met ernstige aandoeningen / veel beperkingen kan toch wel veel verdienvermogen nog hebben
- eentoniger
- anders omdat het meer vangnet zw-beoordelingen zal geven
- geen idee wat er gebeurt met het spreekuur, mogelijk hebben we niets meer te doen
- niet echt anders van inhoud
- meer juridisch dan medisch
- anders
- veel minder interessant en hierdoor 'zwaarder'
- niet veel anders
- anders
- al met al complexer door de toename van activiteiten per cliënt (versus normtijd per client)
- veeleisender
- zwaarder, omdat ook de druk van bedrijfsarts en werkgever zal toenemen

11.	Na invoering van de nWAO:			
	a. zie ik er geen brood meer in, ik zoek een baan buiten de verzekeringsgeneeskunde	70	195	135
	b. stap ik zo mogelijk over naar een private verzekeringsgeneeskundige functie	154	132	114
	c. wordt mijn werk pas echt interessant	16	255	129
	d. gaat voor mij alles gewoon door zoals het was	133	167	100

12.	De nWAO ...			
	a. leidt tot een substantieel lagere behoefte aan verzekeringsartsen omdat die in de 80-100 categorie niet nodig zijn en cliënten in de 35-80 categorie door bedrijfsartsen worden begeleid	143	179	78
	b. leidt tot een grotere behoefte aan verzekeringsartsen omdat de systematiek leidt tot een intensiever en uitgebreider keuringsregime	114	175	111
	c. leidt tot veel meer conflicten in mijn spreekkamer want mensen nemen geen genoegen met deze regeling;	295	59	46
	d. bevordert de duidelijkheid voor werknemers en dus de rust in mijn spreekkamer.	33	272	95

13.	De communicatie tussen <u>klinisch specialist</u> en verzekeringsarts ...			
	a. is goed, en hoeft niet te worden versterkt	77	207	116
	b. zal door de nWAO versterking behoeven	232	102	66
	c. is beperkt, maar hoeft ook niet intensiever	108	179	113
	d. zal door de nWAO verder afnemen.	34	236	130

14.	De communicatie tussen <u>bedrijfsarts</u> en verzekeringsarts			
	a. is goed, en hoeft niet te worden versterkt	45	233	122
	b. zal door de nWAO versterking behoeven	282	61	57
	c. is beperkt, maar hoeft ook niet intensiever	71	210	119
	d. zal door de nWAO verder afnemen	46	226	128



15.	De communicatie tussen <u>huisarts</u> en verzekeringsarts ...			
	a. is goed, en hoeft niet te worden versterkt	78	207	115
	b. zal door de nWAO versterking behoeven	248	87	65
	c. is beperkt, maar hoeft ook niet intensiever	78	201	121
	d. zal door de nWAO verder afnemen	41	224	135

C. Kennis en vaardigheden: gevolgen voor het vak van verzekeringsarts				
16.	De nWAO leidt bij mij tot ...			
	a. een behoefte tot bij- of nascholing op klinische vaardigheden	124	195	81
	b. een behoefte tot bij- of nascholing op juridisch gebied	179	139	82
	c. een behoefte tot bij- of nascholing op reïntegratiegebied	185	133	82

*Antwoorden op vraag 16d: De nWAO leidt mij bij tot een behoefte aan bij- en nascholing op het gebied van:*

- conflicthantering
- stressmanagement
- het voorkomen van burnout bij mijzelf door het eenzijdige en onpersoonlijke werk
- medische psychologie + sociale factoren
- slecht nieuws gesprekken
- conflicthantering
- continu omgaan met zeer claimende cliënten
- conflictbehandeling
- communicatievaardigheden
- wetstechniek
- "consequenties"
- arbeidsomstandigheden, beroepsziekten etc.
- methoden en technieken
- nieuwe regels
- agressiehantering / conflictbeheersing
- prognose stelling
- omscholing tot ba
- kortdurende ondersteunende /structurerende (psycho)therapie
- medische kennis inzake prognose
- stressbestendigheid
- agressiebeheersing, bijvoorbeeld vechtsporten, wapens
- betere besteding van de extra vrije tijd
- vechtsport / zelfverdediging / omgaan met agressiviteit
- prognosen
- standaarden / regelingen
- communicatie
- gesprekstechnieken; (slecht nieuws, motiveren herstelgedrag, agressie)
- het omgaan met agressie

- sociale vaardigheden en attitude
- nascholing is m.i. altijd belangrijk op alle genoemde gebieden
- typevaardigheid; hoe nog plezier te vinden in het werk
- scherp oordeel kunnen trekken;
- conflicthantering;
- juridische onderbouwing
- een ander vakgebied!
- veranderde eisen t.a.v. oordeelsvorming
- gedrag
- voorkomen van ‘negatieve’ effecten en inspelen op negatieve effecten zoals extra medicalisering, juridisering, conflict werkgever / werknemer
- omgaan met agressie
- prognostische verzekeringsgeneeskunde
- nieuwe regelgeving / termijnen / ...
- prognosestelling
- sociale verhoudingen
- wetgeving
- organisatiestructuur & management als tegenwicht tegen de huidige managers bij aannamebeleid hulpkrachten onder de verzekeringsartsen (+ beter tegenwicht > werkgevers)
- communicatieve vaardigheden: werkgever, werknemer, bedrijfsarts

17.	De uitvoering van de nWAO ...			
	a. stelt meer eisen aan mijn deskundigheid als verzekeringsarts omdat ik mijn oordeel beter moet onderbouwen	189	165	46
	b. eist dat ik meer specifieke kennis heb van ernstige chronische ziekten	172	159	69
	c. stelt meer eisen aan mijn communicatieve vaardigheden	210	129	61
	d. vraagt van mij meer assertiviteit en stressbestendigheid	273	79	48

18.	Het werk van een verzekeringsarts in het nWAO-tijdperk:			
	a. kan best zonder een specialisatie, dus als basisarts, worden uitgevoerd	9	346	45
	b. behoeft specifieke kennis en vaardigheden die in een korte (een of twee jarige) in-company opleiding geleerd kunnen worden	127	188	85
	c. blijft dermate specialistisch dat benodigde kennis en vaardigheden alleen in de specialistenopleiding kunnen worden verkregen	268	86	46
	d. is goed te splitsen in routinewerk dat door een basisarts kan worden gedaan en specialistisch werk dat door een geregistreerde verzekeringsarts moet worden uitgevoerd	87	240	73

## B Respons op de open vragen 19 en 20

### 19. Alles bij elkaar genomen vind ik de nWAO ...

#### a. een verbetering voor de verzekeringsarts omdat ...

- Reïntegratie meer bevorderd gaat / moet gaan worden.
- Fibromyalgie en CVS niet op de lijst voorkomen.
- De instroom naar WAO zal dalen.
- De totale WAO-uitkeringen dalen.
- Reïntegratie in de eerste twee jaar en na de twee jaar drastisch zal stijgen.
- M.i. is het enige positieve de 2 jaar ziekte wet en de rest laten zoals het is of evt. referte eis 3 jaar invoeren.
- De va gewezen wordt op het feit dat strikt(er) beoordeeld moet worden (volgens richtlijnen) en niet 'pragmatisch' of 'omdat ik het vind'.
- Verlenging van de ziekte wet waardoor de verantwoordelijkheid voor reïntegratie meer bij werkgever / arbodienst komt te liggen.
- Als je ziet wat er voor een massa aan ad'en en va'en op de UWV kantoren zit met ervaring en deskundigheid en dat deze groep eerst in actie mag komen na ca. 10 mnd ao van b.h. dan klopt er m.i. niet veel van een logische opbouw (gevalsbehandeling).
- In de eerste? 3 mnd. van ao-heid moet er overleg plaatsvinden tussen ba / ad / va en bh. Is de prognose blijvend ao eigen werk, dan moet men bh herplaatsen in ander werk bij oude wg of nieuwe en het ziekte wetjaar gebruiken voor scholing.
- De huidige WAO of nWAO is mosterd na... De ervaring / deskundigheid van onze capaciteit moet in de eerste 6 mnd van ao-beleid ingezet worden.
- Het meer vraagt (kennis, vaardigheden) > tilt het vak naar hoger niveau.
- Er een groter inhoudelijk en arbitrair beroep op zijn / haar vakkundigheid wordt gedaan.
- Er hopelijk minder claims vermedicaliseerd hoeven te worden.
- De cliënten minder afhankelijk worden van de arbeidskundige loterij, maar het zal hogere eisen stellen aan de vg beoordeling. Meer uniformiteit en kennis is dan wel aan de orde voor onze beroepsgroep.
- Van hem minder oneigenlijke oordelen worden verlangd, en onderzoek naar de betekenis van beperkingen voor het beroepsmatig functioneren van cliënten wordt bevorderd.

- De kans groot is dat zijn handelen effectief is mbt het weren van personen met een restcapaciteit.
- Hopelijk hardere criteria voor welke gevallen wel / niet in aanmerking komen voor een WAO-uitkering.
- Meer tijd voor begeleiden reïntegreren van de vangnetpopulatie.
- Lijkt mij nog onduidelijk, zal afhankelijk zijn van taakafbakening.
- Deels een verbetering, omdat we aan de hand van een lijst WAO kunnen toekennen of afwijzen; maar of dit in de praktijk ook zo werkt? De ene cliënt gaat anders met zijn beperkingen om dan de ander, het lijkt mij dat je dan toch ook van die lijst moet kunnen afwijken.
- E.e.a. minder wordt overgelaten aan allerlei subjectieve aspecten.
- Ik de nWAO minder ziekmakend en activerender vind dan de huidige WAO. Ik ben het ook eens met het begrip arbeidscapaciteit wat mogelijk ingevoerd gaat worden en waarbij het loondervingsstelsel wordt losgelaten. Werken aan / binnen een zinvol systeem is motiverend en neemt de stress weg van het werken met een systeem dat zichzelf heeft overleefd (de oude WAO).
- Ik denk dat er strikt genomen feitelijk inhoudelijk weinig gaat veranderen in ons vak ... voor zover ik dat nu kan zien. Ik beoordeel een cliënt, geef middels FML arbeids(on)mogelijkheden aan; de rest is zaak voor de arbeidsdeskundige. Misschien verandert er wat inhoudelijk aan mijn reïntegratiemogelijkheden / capaciteiten - die ik sowieso veel te mager vind.
- Er meer uitdaging zit in het sturen op afstand van het voortraject en de [onleesbaar] 35-80.
- Er wellicht met meer heldere en scherpere criteria gewerkt gaat worden dan nu het geval is.
- Ik heb hierover nog geen mening Ik vind het in ieder geval een goede zaak dat het huidige – m.i. ziektegedrag bevorderende – systeem wordt opgedoekt. Liever had ik gezien dat het woord ‘ziekte’ helemaal werd afgevoerd. ‘Cliënten kunnen m.i. nog te veel kiezen voor ziektegedrag ter verkrijging van een uitkering.
- Kan een verbetering zijn omdat de nadruk meer op mogelijkheden dan op onmogelijkheden wordt gelegd.
- nWAO vooralsnog grotendeels onbekend.
- Bij verlenging WULBZ/ZW-periode verzuim self limiting zal zijn voor niet-chronische aandoeningen. Dus meer tijd (over) voor ‘moeilijke gevallen’.
- Het tijdstip van beoordeling na 2 jaar voorkomt dat er gewacht wordt met beleid tot de WAO-uitkomst er is. Dit zijn in principe beoordelingen die bij goede begeleiding niet eens nodig zouden zijn (bijv. aanpassings[onleesbaar]).

- Deze beoordelingen na 2 jaar zullen niet tot WAO leiden (< 35%) en door de betrokkenen niet meer nagestreefd worden. Het criterium ziekte / gebrek zal vaker van toepassing zijn bij de aanvragen.
- Door eenduidige criteria de beoordeling eenduidiger wordt.
- Er mogelijk meer ruimte ontstaat om het werk goed te doen.
- Minder instroom door 2 jaar wachttijd.
- Minder maar wel lastiger beoordelingen.
- Het beoogd percentage nog meer leidraad voor het su-contact wordt dan nu het geval is.
- Indien de criteria duidelijk / eenduidig worden.
- (Ziekte)gedrag veel beter uitgesloten kan worden.
- Duidelijk is voor iedereen wie er nog voor in aanmerking komen; dit zal een grotere druk leggen op preventie-, verzuim- en reïntegratiebeleid.
- Het puinruimen na 52 weken ophoudt of minder wordt.
- Het niet meer afhankelijk is van welke va beoordeelt of je wel of geen WAO krijgt!
- Is mij niet duidelijk omdat ik niet weet hoe de keuring / begeleiding van de 35-80% ao cliënten ingericht zal worden: privaat? Publiek? Keuringen publieke en private verzekering volgt deze??
- Onduidelijk is nog wat de bemoeienis zal zijn met de groep 35-80% ao-heid.
- Meer eisen stelt aan communicatie, kennis, analyse, wetgeving, etc. Het oordeel van de va is meer van belang.
- Er naar alle waarschijnlijkheid meer tijd vrijkomt voor een gedegen beoordeling.
- Er weer meer met diagnoses en ziektes gewerkt kan gaan worden. Vage klachten zonder duidelijke oorzaak worden niet meer gezien als ziektes die beperkingen opleveren.
- Is volledig afhankelijk van de uitwerking door werkgever / patiënten / verzekeringsmogelijkheden.
- Het geeft weliswaar meer duidelijkheid, maar het wordt een moeilijker en minder geaccepteerde beoordeling.
- Zoals het nu gaat onze wetgeving in de sociale zekerheid een aanzuigende werking heeft en bovendien medicaliserend en passiviteit bevorderend. Het is alleen wel jammer dat de WVP nog maar net gestart is. We weten dus niet of deze wet al bewerkstelligt dat de WAO-instroom daalt. Het is dus een verbetering omdat ik hoop bij te dragen aan een sociaal zekerheidssysteem waar ik meer achter sta.

- Op naar het opbouwsysteem! (in het kader van een Europa).
- Wellicht wg / wn meer eigen verantwoordelijkheid nemen en een bepaalde categorie cliënten in een reïntegratie opzicht positief om gaat (maar berg je als het niet zo is).
- M.i. beter vooralsnog geen verandering in WAO-wetgeving; wel goed uitvoeren van de bestaande wet (daarbij ook denken aan REA!) Daarmee ook tijd om te zien of de wet WvP goed werkt tav WAO-instroom. Als dat inderdaad zo blijkt te zijn, zal de noodzaak tot invoeren nWAO afnemen. Gezien de val van het kabinet lijkt er inderdaad meer tijd beschikbaar te komen.
- Duidelijke richtlijnen o.b.v. de wet geven een stuk rust vooral als er met zgn lijsten gaat worden gewerkt.
- Ik kan een en ander niet overzien. Vandaar dat ik maar enkele items heb aangekruist. Misschien is de oplossing om de WAO in zijn geheel af te schaffen. Iedereen vervolgens een uitkering te geven en die aan te vullen met een bonus naar gelang men werkt De bonus is variabel, maar niet verzekerd. Zoals momenteel de uitkeringen verstrekt worden, bestaat m.i. geen goede balans tussen ziekte / gebrek en hoogte van een uitkering. Klagers krijgen meer (objectieve afwijkingen alleen nog maatschappelijk honoreren). Er moet maatschappelijk veel veranderen. De omgeving moet bepaald ziektegedrag niet honoreren met hulp in welke vorm dan ook, zoals bijv. whiplash (ziektewet, WAO, hulp in huishouding, claimbedragen bij tegenpartij (zelfs bij partners als ie bestuurder waren, vele voordelen in het sociale verkeer; een vorm van financiële zekerheid die je nergens meer hebt in het arbeidsleven!!). Bij zoveel voordelen meldt niemand zich hersteld. Arbeid moet weer toegankelijk worden voor iedereen. Niet te veel stress, te hoge werkdruk te hoge eisen voor iedereen. Nadruk op goede werksfeer. Word je wat ouder, dan minder werken in een makkelijkere baan. Dus carrièreloop niet tot einde arbeidsleven, maar tot bijv. 50 jaar. Daarna weer terug in functieniveau als je er problemen mee krijgt. Dat zou maatschappelijk geaccepteerd moeten worden. Succes!
- ... Omdat bepaalde diagnoses (fibromyalgie, ME) kun je dan m.i. buiten de WAO houden, dit soort vage beelden kosten je nu juist veel tijd.
- Verantwoordelijkheid neemt toe; spreekuur intensiever, complexer; er wordt meer van hem/haar verwacht Iha als verbetering te zien ... als je het kunt waarmaken! Dwz vooral ruim tijd om goed te beoordelen en te rapporteren.
- Helderder, zij het [onleesbaar] criteria.
- Kan ik niet beoordelen, zal de praktijk moeten uitwijzen.
- Ik kan hier geen antwoord op geven omdat nog niet bekend is hoe de nWAO er precies uit gaat zien. Zo verwacht ik dat de va net zoals nu een soort EWT-beoordeling gaan doen om uit te maken in welke categorie cliënten terechtkomen. Maw gaat er naar mijn smaak niet veel veranderen. Kern rond de zgn. 80-100% arbeidsongeschikten is naar mijn idee het te vaak ten onrechte GDBM te stellen en de interpretatie van de 'grote cijfers' door politiek verantwoordelijken.

- De va bepaalt al jaren de belastbaarheid van de verzekerden. In de loop der jaren waren we achtereenvolgens 'softies' die iedereen in de WAO toelieten, 'diehards' die er iedereen uitschopten (TBA). De wetten veranderen, de effecten op de ao-heid zullen niet of slechts ten dele bepaald worden door het bepalen van de belastbaarheid. In die zin zijn een aantal vragen dan ook moeilijk te beantwoorden gebleken.
- Alleen de echte zieken de revue passeren, met WvP als filter.
- Cliënt meer gericht zal kunnen zijn op reïntegratie.
- Geen wezenlijke verandering oplevert! Slechts de regel- cq wetgeving verandert, maar het contact met de cliënt blijft hetzelfde, en het onderzoek ook. Het zal enige aanpassing vergen en enige verandering nodig zijn van houding, gedrag en motivering, maar verder geen wezenlijke andere verandering inhouden dan al gebeurd is bij eerdere ingrepen in de WAO (TBA e.d.).
- Ik kan het nog niet overzien. Allerlei scenario's zijn mogelijk. Er zullen minder va'n maar meer ba'n nodig zijn. Meer 'echt zieke' mensen, minder gemedicaliseerde huis-, tuin- en keuken probleempjes.
- In voortraject / wachttijd, meer nadruk op reïntegratie in arbeid. Hierdoor minder medicalisering van beperkingen, en meer gericht op arbeid. Hierdoor voornamelijk nog onderzoek bij structurele en ernstige beperkingen.
- Geen verbetering, maar het kan (als in veel internationale alles- of-niets systemen ) natuurlijk wel.
- Meer dan nu helaas de praktijk is het va'n dwingt zowel klinisch-inhoudelijk te denken als met standaarden als MAOC en GDBM te werken.
- Er meer duidelijkheid komt, waardoor het ook voor cliënten duidelijk en vanzelfsprekend is dat je alleen met ernstige objectiveerbare aandoeningen in de WAO kan komen en we dus met zijn allen terug gaan naar een echt ziektebegrip en niet meer in een vaag idee van onwelbevinden blijven steken.
- De criteria meer helder zijn.
- Misschien een verbetering omdat er mogelijk meer duidelijkheid en eenduidigheid komt in de uitvoeringspraktijk.
- Geen verschil, je bent een professional of niet?! Wel denk ik dat het minder leuk wordt.
- Werkgever + werknemer in 1e instantie er samen uit moeten komen (verantwoordelijkheid dragen) .
- Maatschappelijke ondersteuning mensen uit WAO - en hopelijk bij werkgever – houden.
- Kan volgens mij eerder 80-100 toekennen als vg dat geïndiceerd acht (wel onderbouwen).
- Duidelijker handvatten, scherpere criteria.

- Er meer zwart-wit komt: alleen ernstige zieken komen in de WAO (in praktijk ook weer nadelig); moeilijk hoor > de praktijk zal het leren.
- Ba / werknemer / werkgever duidelijker richtlijnen hebben om aan reïntegratie te werken en voor de va beter omdat de standaarden nu niet zorgvuldig gebruikt worden. Was dat wel het geval dan was nWAO NIET nodig geweest.
- Hij scherper de taak van poortwachter op zich kan / moet nemen.
- Regels moeten wel duidelijker zijn, beoordelingen minder bureaucratisch c.q. gericht op productie. Nadruk op herstelgedrag, reïntegratie, restcapaciteit.
- nWAO is een andere polisvoorwaarde; de beperkingen van de WAO-klasse blijft opportuun door het opstellen van de mogelijkheden en beperkingen.
- Het moet uit de praktijk blijken of de nWAO voor va'n en cliënten een verbetering of verslechtering is.
- Alles duidelijker is.
- Het meer een beroep zal doen op vaardigheden met reïntegratie en gesprekstechniek. En verandering houdt flexibel.
- De nWAO is voor mij nog te onduidelijk om alle vragen duidelijk te kunnen beantwoorden. Daarnaast in deze enquête vrij veel dubbelzinnige en tweevoudige vragen. Succes!
- Er meer reïntegratieverplichting is voor de cliënt en werkgever. Om zoveel mogelijk bij het arbeidsproces betrokken te raken is in het belang van de cliënt en de maatschappij.
- De meeste energie aan de gedeeltelijk arbeidsongeschikten wordt besteed.
- Het werk intensiever wordt, meer overleg met collega's.
- GDBM wordt aangescherpt.
- (Hopelijk) het MAOC wordt aangescherpt; vage klachten per definitie geen WAO.
- Minder groot 'grijs' gebied, minder verschil tussen de beoordelingen per verzekeringsarts.
- Langdurig chronische zieken zonder duurzame mogelijkheden recht houden op 80-100 WAO.
- De beoordeling van arbeidsgeschiktheid en begeleiding komt in de eerste 2 jaar in handen van de bedrijfsarts, hierop is te weinig controle door va'en.
- Medicalisering van allerlei sociale / maatschappelijke problemen verder wordt afgesloten.  
Duidelijk signaal wordt gegeven dat uitsluitend 'echte' ernstige medische problematiek ao-heid op voorhand betekent. Dat geeft meer noodzaak en ruimte



voor het in kaart brengen en evt. oplossen van de vele andere factoren die zgn. aoheid zouden genereren.

- Eea zal moeten blijken afhankelijk van hoe de nWAO er uiteindelijk uit gaat zien.
- Er wellicht meer heldere kaders worden opgenomen mbt wat wel en niet tot het terrein van de wao behoort.
- Nog niet te beoordelen, er zijn nog te veel onduidelijkheden, het totale beleid tav arbeidsongeschiktheid is nog verre van een concrete uitwerking.
- Het is nog niet duidelijk of het alleen om de medische 80-100 gevallen gaat!!
- Er in elk geval een nieuwe uitdaging ontstaat.
- Ik verwacht per cliënt meer tijd te zullen krijgen, echter zie 19b.
- Duidelijkheid heeft ook wel zijn voordelen.
- De reïntegratie in theorie eerder aan bod komt.
- Beoordelingscriteria helder en strikt zijn.
- De aanzuigende werking van het huidige systeem zal verminderen.
- Sommige zaken m.n. bij de onduidelijke beelden, beter en helderder zijn geregeld.
- Duidelijker criteria en minder divergeren door verschillende va- en ad-interpretaties.
- Blijft leuk werk.
- Werknemer meer kan worden aangesproken op zijn / haar verantwoordelijkheden tav reïntegratie / herstelgedrag.
- Er meer nadruk gelegd kan worden op vervroegde reïntegratie.
- Ik heb geen persoonlijk belang.
- Meer duidelijkheid wordt verschaft voor de aanpak bij moeilijk objectiveerbare ziektebeelden.
- Nog weer eens duidelijk gemaakt wordt dat de politiek vindt dat er te veel mensen in de WAO zitten. Tegelijkertijd werpt het een cynisch licht op de door die zelfde politiek veroorzaakte onttakeling van de TBA, o.a. door de formulering van het MAOC.
- Een duidelijke verbetering zie ik niet, mogelijk biedt de lijst op de achtergrond enig houvast mits het niet als dogma wordt gebruikt.
- Een verbetering naar mijn oordeel ook dat de beoordeling primair medisch is en niet loonsafhankelijk.

- Er duidelijkheid en 'vereenvoudiging' ontstaan naar de cliënt en jurist.
- Een aantal herbeoordelingen niet meer nodig zijn omdat meer werknemers geen recht op uitkering zullen hebben.
- Als het mogelijk wordt meer tijd aan een beoordeling te schenken en meer overleg met curatieve sector / ba te hebben zou het een verdieping van het vak kunnen zijn.
- Je nu meer medisch kunt beoordelen en minder sociaal.
- Nog te vroeg
- Moeilijk objectiveerbare aandoeningen niet meer tot een uitkering komen.
- Die vooral toetsend zal zijn, met de mogelijkheid in het voortraject reïntegratie en begeleiding te beïnvloeden.
- Anders; alleen goed uitgevoerd VZGO zal op den duur standhouden.
- Geen verbetering, noch verslechtering. Wel eerlijker, doch harder (oneerlijkheid geen invloed maatman loon op [onleesbaar])

**b. een verslechtering voor de verzekeringsarts omdat...**

- Het werk meer eenzijdig wordt, vaker conflicten met zich meebrengt, de verzekerden noopt tot medicalisering en toename van claimgedrag en verschillende onuitvoerbare aspecten bevat.
- Hoeft geen verslechtering te zijn, slechts accentverschuiving.
- Het zal leiden tot meer claimgedrag en meer agressie in de spreekkamer.
- Een verder verlies van achting door klinische collega's.
- Nog grotere afstand van werkvloer (van cliënten) dan er al is.
- Ik verwacht weinig van de reïntegratie activiteiten van va's: het UWV + voorgangers is (altijd) erg gericht geweest op claimbeoordeling en het leveren van rapporten.
- Gevalsbehandeling mag in ogen van het management vooral niet te lang duren.
- Verder zal reïntegratie niet in positieve sfeer verlopen door de financiële druk die op cliënten zal bestaan.
- Ze zullen weinig vertrouwen hebben in de va die ze in feite al gevonnist heeft.
- Een uitholling van het werk.
- Werken met lijsten doet onrecht aan de cliënt.
- De zgn. 5-jaars voorspelling is meer weggelegd voor een helderziende dan voor een va.
- De categorie 35-85 zullen wij m.i. minder gaan zien, want die lopen bij specifieke reïntegratiebureaus of bij particuliere verz.mij'en.
- Chronisch zieken minder goed begeleid kunnen worden.
- Niet alles, dus ook geen prognose, is uit de diagnose afleidbaar.
- Uitholling functie wordt gevreesd omdat een computer reeds onmiddellijk kan aangeven of bij een bepaalde diagnosecode een verwachte duur van meer dan 5 jr aoidheid hoort en dus vervolgens recht ontstaat op uitkering.
- De agressie in de spreekkamer zal toenemen.
- Belangenverstrengeling van bedrijfsartsen zal toenemen.
- De mensen nog meer dan nu het geval is gaan bewijzen dat ze recht hebben op een volledige WAO.
- Het lijkt me ook een extra belasting voor curatieve sector. Nu zie je al heel vaak dat mensen specialistische verwijzingen afdwingen of steeds second opinions aanvragen.

- Te laat in het traject > geen /weinig invloed op reïntegratie.
- Veel agressie in spreekkamer te verwachten.
- Het niet zal leiden tot minder ao geschikten; wie heeft het over 5 jaar gedaan? > De va.
- Verschraling van de werkzaamheden.
- Vakinhoudelijk heeft de keuring naar mijn inschatting weinig betekenis / toegevoegde waarde meer!
- Mensen zullen gaan bewijzen dat ze volledig ao zijn, hetgeen tot grotere confrontaties leidt binnen de spreekkamer en doorschieten middels bezwaar- en beroepszaken.
- Het werk zwaarder wordt door toename claimedrag en assertiviteit van belanghebbende.
- Ook zal meer tijd voor uitleg nodig zijn.
- Het werk vd va uitgehold wordt, alhoewel de taken waarschijnlijk gewoon worden doorgeschoven naar de private sfeer.
- Dit doorschuiven geldt m.i. ook voor het huidige WAO-probleem. Het probleem wordt niet opgelost, alleen de 'betaler' verandert.
- Beoordeling zal meer strijd geven.
- De zorgvuldigheid van de beoordeling hoort nu al goed te zijn, zodat slechts de conclusie zal moeten worden aangepast.
- Het leidt tot medicalisering.
- Claim met terugwerkende kracht 5 jaar na 1e beoordeling, met bewijsvoering van aoheid mbv gegevens van behandelaar.
- De druk die cliënt zal leggen op de va ten einde volledig ao te willen worden beschouwd, zal toenemen.
- Problematiek meer inhoudt dan indeling in 3 categorieën.
- Minder bemoeienis met reïntegratie activiteiten.
- Meer claimedrag. Toename conflicten in spreekkamer.
- Verdere juridisering door afbraak WAO (geen [onleesbaar] meer).
- Een verslechtering voor de va (zonder verdere uitleg); 6 keer.
- Het de uitholling van mijn vak betekent.

- Meer claimedrag in mijn spreekkamer brengt en dus meer conflicten.
- Het ao probleem een zwaarder medisch dan arbeidskundig accent lijkt te krijgen mn tav 80-100.
- Het systeem steeds minder goed uit te leggen en te rechtvaardigen is, waardoor de kans op conflicten in de spreekkamer vergroot wordt en er minder ruimte is voor begeleiding reïntegratie.
- De va een keuringsboer wordt.
- Je te maken krijgt met een patiëntengroep waarvoor nog minder te bieden is.
- Een uitspraak duurzaam / niet duurzaam moeilijk kan worden gedaan.
- Er opnieuw in korte tijd nieuwe regelgeving wordt doorgejaagd, die voor de gemiddelde Nederlander niet meer is te volgen.
- Dit zal opnieuw als gevolg hebben dat cliënten met verkeerde verwachtingen claimen en op het spreekuur komen met veel zeer claimend gedrag en meer agressie etc.
- Bovendien verwacht ik een grote groep cliënten die keer op keer onze spreekkamer zal passeren.
- Onduidelijk is wat de functie is van de va in de 1e 2 jaar ao-heid: Tot nu toe was het vaststellen van de resterende belastbaarheid meer een vg taak, terwijl ba'n meer het accent legden op bestaande beperkingen t.g.v. een aandoening op kortere termijn en betreft / betref langdurige ao slechts een klein % van zijn / haar totale populatie.
- Toenemend claim wordt gelegd door de cliënt die volledig afgekeurd wenst te worden.
- Ook toename bezwaar- / beroepszaken.
- Veel mensen (nog meer dan nu) zich erger beperkt zullen voordoen dan zij in werkelijkheid zijn.
- Bovenstaande hoop (minder claims vermedicaliseerd) waarschijnlijk een utopie zal blijken te zijn omdat sociale problematiek steeds meer vermedicaliseerd wordt.
- Het zal leiden tot een nog groter claimedrag dan er nu al is. (met bijbehorende agressie, medische consumptie, appel op de behandelende sector etc.)
- Uitermate dubieus; gigantisch claimedrag te verwachten van bh.
- Ik de regeling niet ethisch vind, gezien uitsluiting van niet-objectiveerbare aandoeningen / psychische aandoeningen.
- Er meer schadeclaims bij de werkgever komen.

- De curatieve sector niet voor alle aandoeningen een verklaring heeft en dus niet zaligmakend is.
- Meer druk op het spreekuur.
- Meer papier – minder cliënten.
- Saai.
- Thans een zekere mate van arborol in de [onleesbaar] van de verzekeringsarts, het werk een stukje interessanter maakt (ook al zou dat niet nodig moeten zijn!).
- Casus-verwerking wordt harder / confronterender!
- De angst bestaat dat de zg medisch medewerker onze taken deels zal overnemen, zodat er minder va'en 'nodig' zijn.
- Het wordt toch meer een papieren beoordeling, het werk wordt minder afwisselend.
- Problemen / klachten van cliënt wederom verder worden gemedicaliseerd, dat legt nog meer druk op va, die daarover niet kan oordelen.
- Het leidt tot een verharding in de spreekkamer.
- Er vanuit medisch oogpunt geen logica in zit (lijst van ziektebeelden, prognosestelling).
- Er nog sterker claimedrag ontstaat.
- Dit geen sociale wetgeving meer is.
- Het stellen van duurzaam ao bijna onmogelijk is, behalve in een paar evidente gevallen.
- Onduidelijkheid over de 35-80% categorie.
- Beoordeling zal toch plaats moeten vinden, dus evenveel werk blijft, begeleiding doet va nu ook niet.
- Het werk minder interessant wordt. Met name als de groep gedeeltelijke WAO (35-80%) naar de ba zal gaan, wat wel mijn verwachting is.
- Alleen blijvend langdurig volledige ao beoordelen is een uitholling van ons vak.
- Voor een belangrijk deel zal de gedeeltelijke WAO ook herv verzekerd gaan worden (de aanvulling door de wg in elk geval). Hierdoor ontstaat evt. leuker werk bij de verz.mij.
- Speerpunt beoordeling + reïntegratie in eerste spoor met behulp van ba / arbodienst / reïntegratiebedrijven plaats zal vinden.
- Minder aanvragen bij succesvolle reïntegratie (geen 80-100) dus aanvraag niet zinvol.

- Uitholling van het vak.
- Te weinig differentiatie.
- E.e.a. zal leiden tot 'over de heg gooien' van probleemgevallen.
- Extreem (+ agressief) claimgedrag op spreekuur.
- Nationale volkssport wordt het tot 80-100 categorie te horen.
- Voor va = nWAO: worstelen met sterker claimgedrag, anti-medische en niet-menselijke beslissingen moeten nemen tegen / voor patiënt waarvoor de WAO oorspronkelijk tot leven geroepen is.
- Een monster (wanproduct) zeker geen verbetering.
- Het moeilijk uitvoerbaar wordt.
- Er moeten heel veel administratieve procedures gewijzigd worden. De administratie is niet op haar taak berekend. Ik verwerk veel uitkeringstechnische fouten [onleesbaar] weerslag op mijn sv. Een referteperiode (entree eis) voor de WAO is veel makkelijker [onleesbaar] (ca 5 jaar).
- Er voorspellingen gevraagd worden die medisch vaak niet te onderbouwen zijn.
- De belangen voor de cliënt nog groter zijn dan nu hetgeen claimgedrag, agressie en medicalisering in de hand werkt.
- Nog meer dan nu het beeld ontstaat dat alleen de dokter de nWAO beoordeling doet.
- Er weer een relatie gelegd lijkt te worden tussen ernst van de aandoeningen en uitkomst van de nWAO beoordeling.
- Het werk zwaarder gaat worden. Mensen hebben veel meer te verliezen. Acceptatie van je beoordeling vergt uitgebreide onderbouwing, goede communicatie, uitgebreidere expertisemogelijkheden, veel tijd ten behoeve van de cliënt.
- Meer agressie in spreekkamer ivm meer te verliezen hebben.
- De communicatie met de curatieve sector wordt moeizamer doordat hun uitspraken voor behandeling grote gevolgen kunnen hebben die hun positie bemoeilijkt naar bh. toe.
- Er minder speelruimte is afgestemd op de individuele cliënt.
- De afstand cliënt tot arts groter wordt.
- Een toename van claimgedrag en medicalisering.
- De va met meer weerstand van cliënten zal worden geconfronteerd, met alle gevolgen (burn out) van dien.

- Daarnaast zal bij onvoldoende 'resultaat' ook de politiek niet schromen zijn drek weer over ons uit te storten.
- Meer papieren dokter.
- Minder verantwoordelijkheid.
- Puur afstandelijk.
- Het claimedrag gaat toenemen.
- Reïntegratie zal afnemen
- Smeerolie wegvalt; daardoor minder [onleesbaar].
- Ik een groter claimedrag verwacht.
- Er een heel beperkt aantal mensen volledig ao kunnen worden beschouwd. Deze krijgen een goede uitkering en hoeven niets meer. Er zal een grote claim van de restgroep uitgaan om ook volledig ao te worden beschouwd.
- De verantwoordelijkheid van de arts vermindert door de hokjes en regeltjes.
- De druk zal toenemen, de bedrijfsartsen niet in staat zijn tot adequate claimbeoordeling en het probleem verschoven zal worden naar de particuliere verzekeraars, en die werken puur op kosten / baten. Het sociale aspect zal geheel verdwijnen, [onleesbaar] overigens is onze huidige maatschappij [onleesbaar] nog niet geweest.
- Verharding van mentaliteit (op spreekuur) bh > va ivm grote (financiële) belangen.
- Evt. automutilatie om hoger % te bereiken.
- Een eventuele rol bij reïntegratie verder beperkt wordt.
- De cliënten al veel verzuim (2 jaar) hebben gehad als de 1e beoordeling plaatsvindt. Beïnvloeding (leuk onderdeel van het werk) naar herstelgedrag zal veel minder effect hebben.
- Tot nog meer defensief beleid oproept. Ik sta niet achter de regeling aangezien ik denk dat het de rijk / arm kloof zal doen toenemen (grote bedrijven / hoog opgeleiden zijn goed bijverzekerd en de rest glijdt af. Juist diegenen die het nodig hebben.).
- Ik verwacht dat er een grotere druk op de va wordt gelegd dan voorheen door cliënten die volledig willen worden afgekeurd.
- Het UWV mogelijk niet geïnteresseerd blijft in kwalitatief goed werk.
- Je tegen de visie / gevoel van de cliënt vaak nee moet verkopen / onbegrip bij cliënten.



- Het beoogd percentage nog meer leidraad voor het su-contact wordt dan nu het geval is.
- Het werk voor > 80% zal verdwijnen.
- Bemoeienis met de groep 80-100% ao-heid die duurzaam arbeidsongeschikt is, zal leiden tot sterke vermindering werkgelegenheid va'n.
- De maatschappelijke (niet medische) splitsing tussen volledig ao en deels ao te veel 'medisch' wordt gemaakt.
- Specifieke kennis wordt uitgehold; beoordeling WAO is niet zo simplistisch als politiek denkt! WAO beoordeling is maatwerk gericht op individu; elke cliënt heeft specifiek coping-mechanisme, lijst met limitatieve ziektebeelden is dus wassen neus.
- Het wordt alles of niets voor de verzekerden, waardoor meer claimgedrag en meer bezwaarzaken.
- De druk op artsen om tot cat. 80-100 te worden gerekend steeds groter wordt.
- Er sprake is van een schijnzekerheid en weer meer sprake kan zijn van willekeur.
- Ook dit is afhankelijk van de tijd die gegeven wordt aan een va om een patiënt / cliënt goed te kunnen begeleiden of zelfs te behandelen.
- Het geeft weliswaar meer duidelijkheid, maar het wordt een moeilijker en minder geaccepteerde beoordeling.
- We alleen nog cliënten zien met zeer weinig mogelijkheden tot reïntegratie.
- Alleen in die zin dat je misschien uit moet kijken naar een andere werkgever en dus wat energie moet steken in solliciteren en dan weet je niet bij voorbaat of je terecht kunt in de buurt van je woonplaats.
- Ik veel conflicten verwacht met cliënten die menen recht te hebben op een uitkering en niet in aanmerking komen.
- Er sprake zal zijn van verdere medicalisering en uitholling van sociale zekerheid.
- De druk op de arts zal toenemen door het toegenomen verwachte claimgedrag en de grotere eentonigheid van het werk.
- Men de boodschapper van het slechte nieuws wordt en meer met agressie krijgt te maken.
- Men beslissingen moet nemen, die indruisen tegen eigen geweten en rechtvaardigheidsgevoel.
- Minder cliënten met perspectief ziet.
- Verder op afstand komt (van o.a. reïntegratie begeleiding beïnvloeding etc.).

- Meer spanning op het spreekuur krijgt: 'belang' van cliënt en wg (arbodienst) tot 80-100% wordt zwaarder aangezet.
- Meer bezig is met chroniciteit dan voor de nWAO.
- Er meer strijd zal ontstaan in de spreekkamer met cliënten over wel of niet volledig ao. Bovendien een lijst van ziekten voor volledige ao-heid zal niet werken, daar niet iedere patiënt gelijk is, zoals we uit de geneeskunde al weten !!
- De ernst van de beperkingen niet verandert, daar de reïntegratie mogelijkheden bij eigen werkgever op blad van de ba komen te liggen, die zoals ik dat tot op heden ervaar, vaak te weinig tijd heeft om dit goed te begeleiden (o.a. door uitgeholde contracten en 2 pettenverhaal (wg <> client).
- Druk die patiënt op su op de va legt zal groter zijn.
- Werkgelegenheid vermindert.
- Eentonigheid werk (nog veel minder reïntegratie aspecten).
- Of het verbetering voor va is, is volstrekt irrelevant. Te vrezen is echter dat 'run' op volledige duurzame afkeuring zal ontstaan met meer druk op de va.
- Toenemend claim gedrag.
- Prognoses tot 5 jaar niet/(meestal niet) in te schatten.
- Mogelijk minder bemoeienis met reïntegratie omdat dat geheel naar de Arbodiensten gaat.
- De belanghebbende cliënt op het spreekuur ofwel erg veel beperkingen heeft of veel ziektegedrag vertoont. Ik heb geen moeite met de werkelijk zeer invalide cliënt maar ik zie op tegen de negatieve groep mensen met een moeilijk objectiveerbare aandoening die zo persisteren dat de ba hen toch niet kan reïntegreren (whiplash, fibromyalgie, bekkenpijnsyndroom, etc.).
- Een beroep te doen op 80-100 ao-heid zal toenemen.
- Voorts zal het niet goed mogelijk zijn om een oordeel over 5 jaar te vellen.
- Verder vindt een nog verdere uitholling van het vak plaats.
- De nWAO uitgaat van het conflict model, claimgedrag versterkt en niet gericht is op voorkomen van schade en reïntegratie Die ontwikkeling is al begonnen bij de scheiding van beoordeling en reïntegratie in 1993 !
- Verdere uitholling van onze functie.
- Toename claimgedrag client.
- Het in grote mate een papieren functie wordt.
- Kan het nog slechter?

- De va in een nog later stadium betrokken wordt bij de gevalsbehandeling.
- Het accent meer op ziekte / medicalisering en nog minder op sociale revalidatie en hervatting van sociale rollen komt te liggen. De nWAO zal leiden tot geprononceerd ziektegedrag en zal hervatting van gezond gedrag ontmoedigen.
- De va wordt uitvoerder van een bizarre regeling.
- Druk op verzekeringsarts zal toenemen.
- Ieder natuurwetenschappelijk aspect is ondergeschikt aan datgene wat de politiek op dit moment kennelijk oorbaar acht!
- Het reïntegratie aspect vermindert.
- Er schijnlijst van diagnoses komen.
- Het allemaal erg ingewikkeld wordt.
- De neiging om alles bureaucratischer te maken ook wel zal toenemen.
- Tweede kamer denkt regeltjes te kunnen opstellen om de va te laten werken zoals de tweede kamer dat wenst, terwijl de tweede kamer niet duidelijk is wat de kamer zelf wenst. Deze lijst kan nog flink worden uitgebreid. De nWAO is de dood in de pot. Het einde van de solidariteit Binnenkort betalen we als werkgever en werknemer aan publieke en private premies meer dan als alles publiek was gebleven. De verhouding actief / niet actief is in Nederland zeker niet slechter dan in vele ons omringende landen.
- Er een enorme claim komt richting volledige ao-heid en aldus een enorme druk op de va; zowel van cliënt als werkgever als particuliere collega: verzekeringsmaatschappijen die bij gedeeltelijke ao-heid moeten uitbetalen zullen trachten hun cliënten richting volledige ao-heid te duwen. Aldus wordt het werk overall: slecht nieuwsgesprekken en agressiebeheersing.
- Het leidt tot juridische procedures.
- Toename van agressiviteit van cliënten.
- Toegenomen claimgedrag / Amerikaanse toestanden van cliënten en hun vertegenwoordigers.
- Het werk inhoudelijk verarmt. Het wordt minder inhoudelijk en nog meer claimafwijzend gericht.
- De nWAO zal leiden tot aanzienlijk meer bezwaar & beroepszaken en (ook niet onbelangrijk) ook tot meer persoonlijke aanvallen op de va (klachtenprocedures bv).
- Ik meer conflicten in de spreekkamer verwacht.
- Binnen huidige politiek klimaat kwaliteit va niet tot zijn recht kan komen.

- Door overheveling taken naar private sector cq arbo: verdwijnen expertise claim-beoordeling; verdwijnen teamgericht va / ad-expertise.
- Er voorbij wordt gegaan aan het feit dat het huidige stelsel niet goed loopt door onjuiste (ruime) toepassingen van de richtlijnen door va (en ad) en dat daar dus nog veel te verbeteren valt.
- Het werk zwaarder wordt door verhoogde druk van cliënten richting 80-100% uitkomst.
- En tevens meer in lijsten vastgelegde keuzes waardoor inhoudelijk armer werk.
- Mogelijk gaat reïntegratie een grotere rol spelen in 1e 2 jaar, maar of de va daarin een rol speelt is twijfelachtig. Hoogstens de controlerende taak zoals nu vorm krijgt (WvP).
- Het een ruime / brede / collectieve ontkenning is van de essentie van ao-heid: altijd een moeilijk verhaal, moeilijk te verkopen, etc. We gaan weer terug naar een tijd van niet-adequate maar succesvolle diagnosticering, etc.
- Dit het claimedrag van cliënt zal gaan versterken.
- Er door de werkdruk steeds meer administratieve handelingen verricht zullen moeten worden.
- En bij twijfel [onleesbaar] sneller naar 80-100 WAO zal worden geschreven.
- Enige vorm van medische begeleiding van cliënt onmogelijk wordt gemaakt (privatisering, 35-80%).
- Eentonige beoordelingen met weinig diepgang.
- Brengt voor cliënt meer onduidelijkheid > meer problemen in spreekkamer.
- De werkgever gedwongen op de stoel van de dokter gaat zitten, de va de wg beoordeelt en deze met zijn vinger weer naar de ba gaat wijzen, waarop de cirkel van elkaar tegenwerken rond is ipv dat mensen met elkaar naar een goede reïntegratie toe gaan werken.
- Grote druk om in de klasse 80-100% te geraken.
- Voor WAO minstens 5 jr deelname aan arbeidsproces.
- Het niet strookt met basale rechtvaardigheidsgevoelens.
- Er een polarisatie plaatsvindt op oneigenlijke gronden (niet goed objectiveerbaar).
- Hij nog verder van de dagelijkse reïntegratie praktijk komt af te staan.
- De sociale zekerheid verder wordt uitgehold en daarmee het vak verzekeringsarts.
- Maar: ook meer claimedrag en meer bezwaar- en beroepsprocedures.

- Onmogelijkheid om zo ver in de toekomst te kijken, zonder kristallen bol = natte vinger werk.
- Druk van cliënten op de va wordt vele malen groter.
- Uitholling van het vak (een orthopeed maakt toch ook niet de scheiding: deze rugpijn is erg genoeg zodat ik patiënt in behandeling neem en de andere patiënt niet).
- Ik verwacht dat cliënt een forsere claim bij de va legt. Tevens is de inschatting van die claim moeilijker, doordat het geven van een prognose moeilijk is.
- Weer de illusie wordt gewekt dat WAO-percentages iets met de aard of ernst van de ziekte te maken hebben, terwijl dat nog minder dan eerst het geval zal zijn.
- Druk, claimgedrag, zal toenemen, vooral bij cliënten waarbij reïntegratie mislukt is, zoals bij kleinere bedrijven (met minder reïntegratie mogelijkheden).
- De druk op claim zal toenemen.
- Onwil / onvermogen van de politiek met simpele maatregelen toestroom te remmen in feite gemedicaliseerd wordt: 1. Referte eis / opbouwsysteem; 2. 70% (en geen cent aanvulling) na 3 maanden verzuim; 3. Ontslag aanzienlijk vergemakkelijken.
- Het een signaal is dat de politiek niet meer gelooft in het nut en de noodzaak van een collectieve ao verzekering.
- Waarschijnlijk wordt de relatie va- cliënt nog verslechterd; meer conflicten.
- Er bestaat bij mij geen duidelijkheid over onze rol in mogelijke begeleiding tav 35-80 groep.
- Er nog minder ruimte komt voor eigen professioneel inzicht op dit vakgebied.
- De nieuwe regels waarschijnlijk heel moeilijk uit te voeren zijn (duurzaam / blijvend ao).
- Er meer juridisch uitgevochten zal moeten worden.
- Er nog minder aandacht zal zijn voor reïntegratie in een vroeg stadium omdat de claimbeoordeling zo laat plaatsvindt.
- Er waarschijnlijk op langere termijn steeds meer op papier en minder in spreekuur contacten gewerkt zal worden.
- Er polarisatie zal optreden tussen aan de ene kant de verzekeringsarts en aan de andere kant de cliënt met zijn behandelaars en waarschijnlijk ook de bedrijfsarts.
- Waarschijnlijk alles bijverzekerd gaat worden > effect verloren gaat.
- De belangen om in de klasse 80-100 % te komen te groot zijn > meer druk op va

- De keuringen in de grensgevallen (is er nu wel of geen restcapaciteit) zo'n grote druk op de beoordeling geven, mede omdat de gevolgen groot zijn – dat dit niet meer redelijk is om te vragen.
- Er zijn te veel regelingen tegelijk.
- Effecten kunnen wel eens te drastisch zijn.
- De nWAO is nog niet voldoende duidelijk.
- Het een sterk eenzijdige benadering van ao-heid wordt. De individuele weging van belemmeringen in relatie tot mogelijkheden zal nauwelijks meer een rol gaan spelen bij het merendeel van de beoordelingen.
- Veel meer discussie met patiënt / wg en curatieve gezondheidszorg.
- Veel meer medicalisering, veel meer claimedgedrag.
- Meer agressie jegens de va.
- In praktijk zullen grensgevallen moeilijker te beoordelen zijn. Je hebt een grotere beslissingsrol, dus grotere verantwoordelijkheid in vergelijking met sec een FML opstellen, waarbij het percentage meer door het systeem bepaald wordt.
- Er nog meer claimedgedrag komt; mensen beloond worden door inadequaat herstelgedrag; er conflicten komen tussen va en wn, wg, ba, en curatieve sector.
- Niet in te schatten is dat er een periode van 5 jaar ao-heid zal blijven.
- De cliënten ontevredener en geagiteerder zullen worden. Het vak wordt zwaarder.
- Beperkte beoordelingsruimte, starre regels, 'onmogelijke beoordelingseisen' zoals 5-jaars duurzaamheid en lijst van aandoeningen. Dat geeft een enorme druk op de uitvoeringspraktijk.
- Hij / zij minder werk gaat krijgen.
- De druk en het claimedgedrag zullen toenemen.
- Er meer agressie te verwachten zal zijn.
- Die de juffrouw aan het loket wordt die iets moet uitleggen wat helemaal niet uit te leggen is!
- Deze veel meer 'slecht nieuws' moet gaan verkopen.
- M.i. is het slecht voor de werkgelegenheid van verzekeringsartsen. Er zullen er minder nodig zijn. De markt voor va'n verschuift naar de RI- bedrijven en de arbo-diensten > geen onafhankelijk werk meer (band met bedrijven / commercie).
- Er veel meer claimedgedrag zal ontstaan.
- Er minder behoefte zal zijn aan verzekeringsartsen.

- Er gewerkt wordt volgens het alles of niets principe, met versterkt claimedrag. De tussengroep zal duidelijk ontbreken; maakt het huidige werk gevarieerder / interessanter.
- Begeleiding slechts voor een beperkte groep, die geen binding met een wg heeft, betreft een veelal 'lastige' troep (allochtonen, langdurig werklozen UB fase 1 en 2 etc). Vraagt veel energie en is soms 'hopeloos'.
- Werklast toeneemt.
- Meer onduidelijkheid.
- Vragen moeten beantwoorden die niet inschatbaar zijn.
- Wij cliënten die door gezondheidsproblematiek < 80% ao zijn naar mijn gevoel met een kluitje het riet in sturen.
- Het de zoveelste drastische verandering is in korte tijd en voor mij de motivatie om 'ervoor te gaan' steeds verder weg zakt.
- Minder nuanceringsmogelijk zijn.
- Verdere uitholling van de functie.
- Het een uitholling van de sociale zekerheid is.
- Het medicaliseren in de hand werkt.
- De categorie 80-100 klein zal zijn, en zal bestaan uit mensen met GDBM per einde wachttijd bij wie de aandoening progressief is. Het spaart dus wel 5e jaars herkeuringen uit, maar omdat er veel mensen zijn die net buiten de boot vallen en er zelf van overtuigd zijn dat ze duurzaam niets kunnen, en het hele systeem wel goed vinden maar vinden dat de verzekeringsarts zijn werk niet goed doet, gaat er veel meer agressie komen jegens de verzekeringsarts.
- Het (nog) meer moeilijke situaties zal geven, meer verantwoording afleggen en vooral meer claimedrag van cliënten.
- De va een 'papieren dokter' wordt. Mogelijk dat begeleiding van de categorie 35-80% soelaas biedt.
- Deze nog sterker als scheidsrechter moet gaan functioneren.
- Meer claimedrag en agressie zal tegenkomen.
- De tendens tot medicalisering van bh en beoordeling toeneemt.
- De medicalisering nu nog meer furore zal maken.
- Geen tijd voor professionele heronderzoeken.

- Weinig reïntegratie vanuit de bedrijfsarts. Geen feed back op afspraken voor herstel in arbeidsproces.
- Veel papierwerk en uitholling van vak als verzekeringsarts.
- Meer conflicten in spreekkamer > aansterking van claimgedrag > gevolg meer medicalisering ipv actieve begeleiding naar werk.
- Het onmogelijke van de va wordt gevraagd. In voorkomende gevallen worden ethische grenzen overschreden.
- Het een rigide systeem is en nabepaling niet meer reïntegratie bevorderend is.
- Herbeoordelingen worden vrijwel zinloos.
- De volledig duurzaam arbeidsongeschikten geen begeleiding behoeven. Eenmalige beoordeling kan voldoende zijn. Geen uitdagende problematiek dus.
- Een andere categorie is mogelijk zelf overtuigd van volledige arbeidsongeschiktheid op basis van verkeerde aannames (“ik ben ziek, dus arbeidsongeschikt”) en onder invloed van bedrijf / bedrijfsarts / curatieve sector. Dit betekent strijd in de spreekkamer. Er lijkt geen positief gesprek meer over te blijven en geen succesje meer te behalen in reïntegratie / begeleiding. Bezwaar wordt of door verzekerde of door werkgever aangetekend [onleesbaar].
- Het werk verarmt.
- Nog geen oordeel, er verandert erg veel. Op zich is meer activerend beleid tav mensen met een ziekte goed, maar de mensen zullen er erg aan moeten wennen.
- Dreigende blijvende onduidelijkheid / ondoorzichtigheid.
- Tegenstellingen in taakopdracht.
- Objectief / niet objectief (MAOC, Schattingsbesluit).
- Politiek durft geen eigen consequenties te nemen tav sluitende polisvoorwaarden (referte eis) en laat steeds de deur op een kier om de verantwoording steeds bij de va neer te leggen en deze tegelijkertijd in een bepaalde richting onder druk te zetten.
- Weer eens wordt aangetoond dat de beleidsmakers geen idee hebben van de rol van ziekte en de ziekerol in de samenleving, en wederom artsen als eenvoudige pionnen worden gezien die een onmogelijke opdracht moeten uitvoeren (en deze nog accepteren ook).
- Er een dreiging bestaat dat het een uitholling van de functie betekent. Ook zal er mogelijk een grotere scheiding tussen zieke werknemers zonder WAO en volledig arbeidsongeschikten. Mensen die even ziek zijn maar op basis van een hoog loon volledig in de WAO komen en mensen met een laag loon niet, maakt deze scheiding schrijnend.
- Het claimgedrag zal toenemen.



- Het 5-jaars criterium is niet te hanteren.
- De nWAO zal op veel onbegrip bij cliënten stuiten wat in de praktijk zal leiden tot meer agressie (270)
- GDBM wordt nu (als correct gehanteerd) niet frequent gesteld. Dat betekent dat het percentage AO door de AD beoordeling wordt bepaald. Bij de nWAO zullen mensen bewuster zijn van het feit dat alle mogelijkheden door de vg aangegeven leiden tot een afname van de kans op toelating tot de WAO. Daarmee neemt de kans op een 'open' gesprek met de cliënt sterk af: immers hoe minder ze vertellen hoe minder goed de vg hun mogelijkheden kan inschatten.
- Dit de zoveelste verandering is in de afgelopen jaren en implementatie en doorvoeren enige jaren in beslag zal nemen. Waarschijnlijk dan alweer een andere visie op WAO van politiek en maatschappij. De ziektewet had nooit gecommmercialiseerd (geprivatiseerd) moeten worden. Allerlei bijzondere wetsartikelen ZW en ook voor WAO worden nog nauwelijks toegepast. Daarnaast nog vele andere tekortkomingen. Slechte functionering arbodiensten. Te weinig goed opgeleide va'en. Achterstand bij UWV.
- Het een versimplificering geeft van de realiteit a) iedere diagnose kent vele varianten aan beperkingen; b) een prognose > 3-6 maanden is onmogelijk voor lichte, matige en ernstige afwijkingen.
- Hij / zij verder vanaf de zijlijn mensen die volledig buiten de boot zijn gevallen moet beoordelen.
- Het claimedrag zal toenemen.
- Het 5-jaars criterium niet te hanteren is.
- De nWAO op veel onbegrip bij cliënten zal stuiten.
- Dit zal leiden tot meer agressie.
- Het broddelwerk blijft. De enige efficiënte maatregel om de WAO-instroom te verlagen t.w. een referteperiode zoals in Duitsland, wordt niet ingevoerd, zodat we toch alle hoge risico's binnen krijgen in de WAO. Verder hangt er te veel van de welwillendheid van de werkgever af.
- [Onleesbaar] hoge druk vanuit cliënten op de arts.
- Meer conflictsituaties, [onleesbaar] minder va nodig.
- Gevaar voor veel tijddruk door later [onleesbaar] van de productie.
- Ethische problemen [onleesbaar] door minder ruimte voor psychische klachten.
- Een groot deel van de arbeidsongeschikten niet meer onder de zorg van de va valt.
- Ik nu al met de standaard GDBM nauwelijks uit de voeten kan.

- Een inschatting mbt de prognose voor 5 jaar soms goed mogelijk is maar meestal niet met enige betrouwbaarheid gedaan zal kunnen worden.
- Het meer papierwerk vraagt.
- Meer conflicten oproept.
- Meer leidt tot medicalisering.
- Niet overeenstemt met mijn persoonlijke levensvisie. Maar wat moet een oude kwakkelende va?
- Bij mij het gevoel bestaat dat er geen ruimte blijft om naar de specifieke situatie van het individu te kijken.
- Een lijst met aandoeningen zal er (weer) toe leiden dat niet zo zeer wat iemand nog kan met zijn ziekte belangrijk is, maar met de diagnose.
- Mensen zullen meer claimend gedrag vertonen wat geen positieve sfeer in de spreekkamer tot gevolg zal hebben.
- Ik echt een glazen bol nodig zal hebben om in de toekomst van 5 jaar te kijken.
- De behandelende sector juist inspeelt op de medicalisering van de maatschappij. Zij houden in veel gevallen cliënt in een ziekenrol. Dit sluit niet naadloos aan bij ons streven naar reïntegratie en geen WAO Er komt een wig.
- De normen / richtlijnen voor arbeidsongeschiktheid worden gebaseerd op het feit dat er maar 20.000 per jaar instromen. Normen moeten gebaseerd worden op het feit wanneer bh echt te arbeidsongeschikt is om nog op de arbeidsmarkt te functioneren. Daarna zal je zien wat de instroom is. Dit is achterstevoren normen vaststellen.
- De claim op een 'volledig langdurig niet meer kunnen' toeneemt.
- Er minder gevallen overblijven waar nog eer aan te behalen valt.
- Wordt m.i. de wetgeving verder 'gemedicaliseerd m.n. als men met diagnoselijstjes gaat werken.
- Veel meer mensen zullen een bezwaarprocedure starten.
- Het probleem wordt verschoven, maar niet opgelost.
- Het wordt dringen aan de poort voor een volledige uitkering door mensen met subjectieve ziektebeelden.
- Het begrip arbeidsongeschikt moet geherdefinieerd om scherp oordeel te kunnen geven op gremia Wel of niet volledig en langdurig.
- Het een verharding is.
- Het alles of niets is.

- Het werk eenzijdiger wordt.
- Een advies bij begeleiding van bh minder noodzakelijk is.
- Hij tot onnatuurlijke afwegingen wordt gedwongen. Bij goede toepassing van TBA en GDBM-criteria is geen wetswijziging nodig. Het dynamische proces en individuele afweging wordt geweld aangedaan. Voor de een (met levensbedreigende aandoening, maar positieve werkmotivatie) is de 5-jaar eis gelijk een doodvonnis en voor de ander een onterechte bekrachtiging.
- M.n. de termijn van 5 jaar een naar mijn mening niet te overziene periode is.
- Enkel chronisch zieken worden beoordeeld terwijl heel veel in de 35-80 groep moeten worden afgewezen.
- Er weinig plezier valt te beleven aan het beoordelen van langdurig arbeidsongeschikten met weinig perspectief op verbetering.
- Er waarschijnlijk nog meer A4-tjes rapportage voor nodig zijn en je dus steeds meer een papieren dokter wordt.
- Er minder interessante beoordelingen en scherpere keuzes liggen.
- Het zal meer zw-beoordelingen worden en die vind ik niet zo interessant.
- Veel cliënten alles in het werk zullen stellen ingedeeld te raken in de categorie 80/100. Waarschijnlijk ondersteund vanuit de curatieve sector (gewijzigde diagnose) en verzekeringsmaatschappijen (middels expertises).
- De va in een (te) laat stadium wordt ingeschakeld; het leed is al geleden.
- De professionaliteit van de va niet meer serieus wordt genomen als we met tabellen / lijsten moeten werken en onmogelijke voorspellingen moeten doen.
- De druk van de cliënt om een hogere uitkering te krijgen toe zal nemen.
- Meer claimgedrag.
- Meer juridisering claimbeoordeling.
- Te veel 'verantwoordelijkheid' bedrijfsarts wat ze nu al niet aankunnen; opdrachtgever = financier= werkgever. Ergo: belangenverstrengeling is al (te?) groot, wordt alleen maar erger.
- Het werk wordt uitgehold.
- Het claimgedrag sterker zal worden.
- Er zullen nog meer conflicten komen in de spreekkamer.
- Maar veel meer conflicten / druk van werkgevers.

- Ik verwacht veel meer bezwaarzaken.
- De huidige keuringseisen al dusdanig zijn dat de grens van 'maatschappelijk en menselijke aanvaardbaar' al bereikt is.
- Er door nieuwe regelgeving binnen UWV tav keuring opnieuw geen aandacht is voor verbetering organisatie en kwaliteit dienstverlening.
- De druk op de va tot volledige afkeuring zal toenemen.
- Het in de prognostische vaardigheid een nauwelijks leverbaar product vraagt, waardoor wederom de beroepsgroep straks de zwarte piet toegespeeld krijgt.
- Te veel alles of niets, de druk wordt erg groot.
- De rol van de va meer toetsend zal worden in 1e instantie.
- De rol van de va meer oordelend zal worden.
- Er geen plaats meer is voor reïntegratie-activiteiten.
- De functie va wordt meer en meer uitgehold.
- De regels zullen strikter worden. Wikken en wegen hoeft niet meer > welles-nietes.
- Een 'keurslijf' en een verschraling van het va-vak en professionaliteit.
- Het werk nog eenzijdiger wordt.
- Er minder speelruimte is in het grijze gebied van tijdelijk geen duurzaam benutbare mogelijkheden.
- Het werk minder uitdagend, interessant wordt.
- Maakt het werk eenzijdiger en minder interessant.
- Deel van het werk zal van UWV naar part. verz.maatsch. gaan.
- Meer strijd met werknemer, werkgever en mogelijk ook bedrijfsarts agv zeer grote belangen (financieel > dus meer bezwaar / beroepsprocedures.
- Weinig ruimte voor begeleiding daar veel naar arbodiensten zal gaan (is in ieder geval huidige tendens).
- Alleen de probleemgevallen (niet reïntegreerbaar bij wg, arbeidsconflicten, onduidelijke diagnoses, persoonsstoornissen) op mijn spreekuur komen.
- Geen WAO voor 35-80% ao onacceptabel is.
- Grote stroom herkeuringen vanuit WW, hierdoor meer agressie.
- Forse afbraak van sociaal vangnet.

- M.i. is huidige WvP + verlenging loondoorbetalingsplicht meer dan voldoende. De instroom neemt nu ook al af.
- Er meer druk komt aangezien mensen hun ao–heid willen bewijzen / aanvechten.
- Meer druk vanuit werkgevers zal komen om iemand 80-100 te krijgen.
- Het werk er niet leuker door wordt.
- Als groep > minder werk dus minder va'n nodig; als individu geen verslechtering.
- Het probleem van arbeidsongeschiktheid onveranderd blijft bestaan maar een belangrijk deel wordt overgenomen door private verzekeraars.
- De rol van verzekeringsarts die van boosdoener wordt, ingebed in een keurslijf van wetgeving.
- Alle sociaal geneeskundige aspecten verdwijnen.
- Interventie verdwijnt.
- Communicatie met behandelaars / wn / wg / arbo ernstig verstoord wordt.
- Vertrouwensrelatie cliënt / arts verdwijnt.
- Creativiteit verdwijnt.
- Begeleiding verdwijnt.
- Eruditie niet meer noodzakelijk is.
- De verz.arts tzt (als onderdeel van UWV) de zwarte piet krijgt toespeeld bij gedoemd mislukken.
- De druk op mij vanuit patiënt daarin gesteund door specialist, huisarts, verzekeraar zal toenemen. De belangen worden immens.
- De grootste problemen bij de va komen.
- Problemen van WAO verschuiven naar ZW / WW / IOAW / IOAZ / bijstand omdat wederom niet voor een integrale benadering is gekozen met heldere keuzen.
- Bijsturing, dan wel doorbreking van een [onleesbaar reïntegratie-belemmerend evenwicht vindt nog later plaats.
- Meer conflictsituaties.
- Verschraling van het vak.
- Meer administratie etc.
- Er nog minder mogelijkheden zullen zijn voor bijsturing, motiveren, checken, afspraken maken en controleren bij cliënten in heronderzoek.

- WAO komt verder buiten de reïntegratie en krachtenveld werkgever / werknemer.
- De laatste va het licht uit moet doen.
- Het werkveld van de va nog verder verschaalt, zodat de monotonie allesoverheersend wordt en het werk inhoudelijk bijzonder onaantrekkelijk wordt.
- Ik geloof niet dat ons werk inhoudelijk veel zal veranderen. Wel zal de druk van patiënten toenemen. Ik geloof ook niet dat er minder va'en nodig zijn. Mogelijk verschuiven de activiteiten meer naar de ba / reïntegratiekant.
- Selectie criteria populatie eenvormiger.
- Puur beoordelen, veel minder / geen integratieaspecten.
- Geen contacten wg of bedrijfsartsen.
- Verschraling vakinhoud.
- De grenzen steeds scherper worden en er minder ruimte is voor vloeiende overgangen. Dit leidt tot meer onrechtmatigheid en dus meer discussie en versterking van het klachtenpatroon.
- Het meer een juridische dan medische beoordeling wordt.
- De beoordeling nog meer afhangt van wat een politicus er toevallig van vindt.
- Overigens blijft het systeem gewoon slecht, zolang allerlei regelingen afhangen van o.a. de maatman.
- Alles in de praktijk nog veel ondoorzichtiger zal worden.
- Ik verwacht versterking van claimedgedrag.
- Toename van bezwaarzaken.
- Uiteindelijk geen afname van WAO-ers. Brandhout blijft brandhout, het enige wat kan helpen is een intrede eis van 5 jaar werken!
- De populatie die bij hem / haar verschijnt zoveel mogelijk aandoeningen zal aanvoeren om aan de 80% te komen. De va wordt geheel afhankelijk van de behandelende sector die de diagnoses produceert.
- Tweede, derde en mogelijk vierde opinions zullen daar geëist worden vanwege het grote financiële belang.
- Clienten zullen vaker in bezwaar en beroep gaan.
- Er weer veel 'schrijnende gevallen' zullen ontstaan waarvoor geen oplossingen meer mogelijk zijn.
- De verzekeringsartsen moeten een krachtig negatief geluid laten horen over invoering van de nWAO.

- WAO volume is een non-probleem. nWAO is een a-sociale oplossing helaas niet voortkomend uit kennis van de praktijk.
- Het werk gigantisch wordt uitgehold.
- Onze mogelijkheden sterk beperkt worden, m.n. in de groep 35-80%.
- De hoeveelheid werk voor de va zal afnemen a.g.v. verschuiven van werkzaamheden naar privaat terrein of bedrijfsarts.
- De expertise van wat nog wel mogelijk is (partiele WAO) verloren gaat.
- Het ernaar uitziet dat arbeidsongeschiktheid wellicht toch nog een loondervingsaspect blijft bevatten. Duurzaam verlies van arbeidscapaciteit, vast te stellen uit de na 2 jaar aanwezige beperkingen / mogelijkheden die getoetst worden aan een minimale lijst van belastingsaspecten die in functies vereist zijn.
- Er meer druk op het claimgedrag komt te staan omdat er een categorie cliënten is die per se in een bepaalde WAO -categorie terecht wil komen.
- Het claimgedrag (mbt de categorie 80-100%) nog geavanceerder en juridischer zal worden.
- Er nog steeds geen heldere standpuntbepaling is omtrent moeilijk interpreteerbare aandoeningen die het leeuwendeel van de problemen zullen gaan veroorzaken (fibromyalgie, chr. vermoeidheid, chr. pijn, bekkeninstabiliteit, persoonlijkheidsstoornissen).
- Inhoud wordt uitgehold.
- Verzekeringsgeneeskunde wordt gemarginaliseerd.
- Er eerder een beroep wordt gedaan op de voorspellende gaven van een verzekeringsarts en dit is niet realistisch.
- De gesprekken tussen vg en client zullen verharderen.
- Het zal leiden tot medicalisering en de vg juist wil ontmedicaliseren.
- Kennelijk gevraagd gaat worden om te toetsen op criteria die niet realistisch zijn.
- Bij het overgrote merendeel der ziektebeelden is in individuele gevallen de prognose over 5 jaar niet te stellen. Zeker niet in relatie tot arbeid, omdat wel of niet werken in overwegende mate door beleving (van ziekte) en motivatie (om te werken) bepaald wordt.
- Er in een toenemende mate een 'gevecht' met de client ontstaat die een volledige uitkering wil. Derhalve meer conflicten.
- Er minder een beroep gedaan wordt op de specifieke deskundigheid aangaande vaststelling van de functionele mogelijkheden.

- Claimgedrag van de bh'n m.i. zal toenemen.
- Consequenties van de beslissingen groter zullen worden en de va zich dus meer zal moeten indekken.
- Mensen willen aantonen dat ze volledig ao zijn. Groter claimgedrag.
- Emotioneel een verzwaring van het werk.
- Onduidelijk is de rol van de va tav reïntegratie.
- Je grotendeels een 'stempeldokter' wordt.
- Er een alles of niets situatie ontstaat met meer afhankelijkheid van klanten van hun werkgevers, leidend tot veel negatieve resultaten als ander ontslag- en aanname-beleid wg's, veel recidieven, slechtere reïntegratie en juridische toespitsing.
- Een lijst met diagnoses leidt tot onrechtvaardigheid. Geen enkele diagnose leidt 'automatisch' tot arbeidsongeschiktheid. Zelfs mensen met uitgezaaide kanker kunnen arbeidsgeschikt zijn! Ook leidt het tot het stellen van 'populaire' diagnoses (dat is overigens nu ook het geval – ik zeg wel eens: je kunt beter ME hebben dan MS: met ME heb je meer kans op een WAO-uitkering [onleesbaar])
- Voor een groot deel van de mensen die 5-jaarsprognose niet te geven is en daardoor niet in aanmerking zouden kunnen komen.
- Grotere claim + verdere medicalisering van client om te bewijzen dat ze volledig ao zijn.
- Onnodig, want met huidige beleid zoals WvP + Pemba wordt de instroom reeds naar beneden omgebogen. Een kwaliteitsimpuls is tevens broodnodig.
- De eigen oordeelsvorming verminderd wordt door de komst van lijsten van chronische ziekten e.d.
- Meer discussies met werknemers en meer beroepszaken omdat het belang van 80-100% worden heel groot is om een uitkering te krijgen.
- Omdat het werk eenzijdiger wordt.
- Nog meer om het geld gaat.
- Als er toch iets moet dan maar een baremaal systeem.
- Beste: huidig systeem handhaven maar met hogere kwaliteit v.h. va-werk en intensievere samenwerking ba & va.
- Het claimgedrag van klanten om volledig ao te worden veel groter zal worden.
- Eigen visie lastiger wordt.
- De neiging bij de client tot medicalisering zal toenemen.



- De druk op de va om GDBM aan te nemen zal toenemen, zowel vanuit de client, de bedrijfsarts, de curatieve sector als de verzekeringsmaatschappij.
- Het aantal slecht-nieuwsgesprekken verder zal toenemen.
- Er minder [ d.i. va'n] van nodig zullen zijn.
- Er een groter claimedrag zal ontstaan en objectiveerbaarheid van beperkingen moeilijker te beoordelen is.
- Het steeds moeilijker wordt je professionele oordeel te effectueren, steeds meer (mallote) regels waar je ingeperst wordt.
- Er gevraagd wordt uitspraken te doen over het beloop van een medisch beeld voor individuen, waarover de va binnen het gegeven tijdsbestek voor de keuring onmogelijk in staat alle (medisch) wegende factoren te beoordelen om tot een wetenschappelijk en reproduceerbaar oordeel over de belastbaarheid (in de toekomst) te komen.
- Medische nuancering ontbreekt.
- Meer medicalisering van de ao-heid vereist wordt.
- Er sprake is van een nieuw politiek en opportunistisch plan zonder garantie voor degelijke medische evaluatie en zonder rekening te houden met de verwevenheid van het WAO probleem met andere maatschappelijke problemen.
- Er een sterke claim zal worden gelegd op alleen de verzekeringsarts om zo een WAO-uitkering te bemachtigen.

## 20 Alles bij elkaar genomen vind ik de nWAO ...

### a. een verbetering voor de cliënt omdat ...

- Reïntegratie meer bevorderd gaat / moet gaan worden . Geen verslechtering: de cliënt krijgt waar hij recht op heeft als de “polisvoorwaarden” ook duidelijk zijn voor de cliënt.
- Mee eens [zonder commentaar].
- Er meer verantwoordelijkheid bij de cliënt blijft voor zijn levensonderhoud, als hij nog deels ag is.
- De werkgever zich genoodzaakt ziet passend werk te bieden.
- Verlenging van de ziektewet waardoor de verantwoordelijkheid voor reïntegratie meer bij werkgever / arbodienst komt te liggen.
- Moeilijk te beantwoorden. De cliënt wordt er financieel slechter van. Door de grotere dwang om te blijven werken wordt de cliënt minder makkelijk gemarginaliseerd en dat lijkt mij ‘gezonder’.
- De (financiële) prikkel tot arbeid weer wordt vergroot en daarmee de beloning van arbeid.
- De cliënt zijn gedrag er mogelijk op kan aanpassen: aan de ene kant door ervoor te zorgen dat hij zijn levensstijl aanpast; aan de andere kant doordat hij er vaker voor zal kiezen niet ziek te worden en problemen op een andere manier op te lossen.
- Hij of zij meer gestimuleerd wordt tot sociale activering / reïntegratie ipv operante conditionering van (al of niet vermeend) onvermogen.
- Gerichter gezocht zal worden naar de mogelijkheden om om te gaan met de beperkingen.
- 80-100% WAO is ultimum remedium (of eigenlijk geen remedium), en werk wordt voor zowel wg als cliënt financieel aantrekkelijker.
- Het waarschijnlijker is dat verantwoordelijkheid wordt opgepakt waar de consequenties gevoeld worden. Daarmee is de cliënt uiteindelijk gebaat, ook al zal hij dat niet als dusdanig ervaren.
- Meer aandacht komt voor reïntegratie ipv claimen van een uitkering.
- [Onleesbaar].
- Hij hopelijk beseft dat hij weer aan het werk zal moeten, en dat stress- en andere psychische klachten niet tot WAO leiden; uiteindelijk zal de cliënt hier beter mee af zijn.
- WAO geen oplossing meer zal zijn voor allerlei problemen. Ik verwacht dat het gevolg zal zijn dat mensen hun problemen weer zullen gaan oplossen. Dus geen WAO bij burnout problematiek, maar gewoon op tijd ander werk gaan doen en

loonverlies accepteren zoals anderen dat ook doen. Geen sociale problemen oplossen via ao-regelingen, zal uiteindelijk autonomie-versterkend werken.

- Mensen met gedeeltelijke WAO hebben denk ik wel betere kansen om gedeeltelijk aan het werk te blijven bij de eigen werkgever.
- Het over de balk gooien tot het verleden behoort.
- Verantwoordelijkheid reïntegratie helderder wordt voor wn / wg.
- Ik zou het volgende willen poneren: de verzekeringsarts als speelbal van veel politieke onwetendheid. Als het WAO-probleem eenvoudig was, was het al lang opgelost. Ziekte / verzuim is voor het grootste deel gedrag – dat is de basis en daar moet je heen.
- Meer duidelijkheid komt over wanneer er wel en wanneer er geen recht bestaat op WAO. Daarnaast werkt de nWAO reïntegratie bevorderend.
- Ik vind het geen verslechtering: arbeid adelt, rust roest. Aan het werk dus als dit medisch gezien mogelijk is!
- Hij zijn energie nu werkelijk zal moeten besteden aan terugkeer in werk ipv deze te steken in het verkrijgen van een uitkering.
- Deze meer eigen verantwoordelijkheid krijgt tav reïntegratie.
- Werkgever verantwoordelijk blijft voor (werkgebonden) ao-heid en reïntegratie.
- Mogelijk eerder / intensiever begeleiding / behandeling wordt gezocht om verzuim te beëindigen (minder ziekte winst om tot de WAO te wachten voor de werkgever).
- In een vroeg stadium duidelijk is dat voortzetting en uitbreiding van ziektegedrag niet tot aoh kan leiden.
- Ik denk dat het een verbetering is omdat er meer verantwoordelijkheid bij de werkgever wordt gelegd en daardoor zal er meer aandacht besteed worden aan de reïntegratie van zieke werknemers.
- Geen verbetering voor de cliënt behoudens de meerdere langere pogingen tot reïntegratie.
- Ontbreken van restcapaciteit (hopelijk) voldoende financieel gecompenseerd wordt; nWAO heeft meer prikkels tot gezond gedrag in zich.
- Het veel stimulerender werkt dan het huidige systeem (herstelgedrag bevordert).
- Er niet meer op afkeuren gekoerst gaat worden maar op reïntegratie lees: nieuw perspectief! Voor de cliënten die in de problemen zijn gekomen geen reis naar achter de geraniums.
- Niet te beoordelen voor mij. Hangt af van wat de herverzekeraars gaan doen etc. De nWAO lijkt voor mij een ‘cosmetische’ ingreep: men telt voortaan alleen de 80-100%, de rest is er nog maar heeft een andere naam gekregen. Politieke ingreep om

de collectieve lasten te verlagen. Maar in leste wordt er meer betaald, maar dan aan private verzekeringen.

- Alleen ernstige pathologie zal leiden tot toekenning van WAO. Dit zal maatschappelijke rust geven. Het draagvlak voor de WAO wordt groter.
- Qua duidelijkheid zou het voor de cliënt beter moeten zijn: geen geneuzel meer over een (klein) beetje meer of minder WAO.
- Is afhankelijk van velerlei factoren die thans nog niet duidelijk in kaart te brengen zijn.
- Het geeft weliswaar meer duidelijkheid, maar het wordt een moeilijker en minder geaccepteerde beoordeling.
- Meer nadruk op reïntegratie; thuis blijven met WAO wordt minder aantrekkelijk en de kans erop vermindert.
- De kans kleiner is dat mensen wegzakken in passiviteit en controle over eigen leven verliezen. Eenmaal in de fuik kom je er nauwelijks meer uit. Mensen met gedeeltelijke WAO durven niet op een leuke baan te solliciteren omdat ze bang zijn rechten te verliezen. Angst werkt immobiliserend. Ik vind overigens financiële prikkels voor werknemers ook acceptabel. Noem het dan EBA (eigen bijdrage arbeidsverzuim). Als werknemer zich inspannt om passende arbeid te doen zijn er garanties ingebouwd om eventuele onwillige werkgevers aan te sporen. Werkgevers (vooral de kleinere die geen afd. P&O hebben) moeten ondersteuning kunnen krijgen van reïntegratie bureaus zodat ze mensen makkelijker kunnen detacheren (spoor 2). Dus drempels verlagen om ander werk aan te pakken.
- Er meer verantwoordelijkheid gelegd wordt bij wg / arbo / wn om eerder / sneller tot oplossingen te komen door gering WAO perspectief.
- Ergerlijk dat woord cliënt: er is geen gelijkwaardige relatie!
- Ik denk echter dat de belanghebbende die echt recht heeft op een ao uitkering uiteindelijk gediend is met een strengere regeling.
- Als de nWAO echt strenger wordt, dan is degene die echt wat gaat mankeren waardoor hij echt niet meer kan werken, daar op de lange termijn mee gediend.
- Er thans ten onrechte veel mensen in de WAO zitten dan wel terechtkomen. Gelet op gezondheid van de mensen in het algemeen onbegrijpelijk.
- Voor die groep die evident blijvend volledig ao is: duidelijke uitspraak, minder herbeoordelingen en (mogelijk) hogere uitkering.
- Krijgt niet meer de kans om zich dmv een ziekmelding / claim op de WAO te onttrekken aan zijn eigen verantwoordelijkheden en dat is in mentaal opzicht heel gezond ook voor mensen > [onleesbaar] jaar.
- Meer garanties bestaan, dat de wn weer bij de eigen wg olv de ba zal kunnen reïntegreren. De gemotiveerde wn zal hier baat bij hebben (de niet gemotiveerde werknemer zal dit waarschijnlijk als een nadeel beschouwen).

- Grotere inspanningsverplichting werkgever.
- Helderheid.
- Ook al is het niet leuk, je weet waaraan je toe bent.
- De verzekerde meer op eigen verantwoordelijkheid wordt aangesproken.
- Cliënt meer verantwoordelijkheid zal moeten nemen voor reïntegratie.
- Kan ik niet beoordelen, zal de praktijk moeten uitwijzen.
- Hij sterker wordt geconfronteerd met eigen rol in adequaat herstelgedrag.
- Hij zich zal realiseren dat hij voor de softe 'beeldvorming' niet bij de WAO hoeft aan te kloppen.
- De kans om in de WAO te komen zal afnemen en dit zal reïntegratie (hopelijk) doen verbeteren.
- In lagere klasse meer prikkel tot gaan werken.
- Er in een vroeger stadium daadwerkelijk iets aan reïntegratie gedaan zal (moeten) worden. Nu heerst er bij te veel arbodiensten een "wacht het einde van het ziekte-wetjaar af en gooi dan maar over de schutting van het UWV" feestje.
- Rechtvaardiger toekenning: door nadruk op arbeidsvermogen ipv verdienvermogen minder bevoordelen van hoog opgeleide cliënten.
- Door nWAO meer verantwoordelijkheid en actievere opstelling eigen werkgever (naast cliënt), waardoor meer behoud van arbeid.
- Afremmen verwachtingen (WAO lost je problemen niet op). Helpt!
- (Met reserves nu de wg nog meer de zwarte piet krijgt) cliënt meer zijn verantwoordelijkheid moet nemen, ook als hij ziek is in actie moet blijven.
- Deze geen irreële verwachtingen van de WAO meer heeft c.q. niet denkt dat allerlei vormen van onwelbevinden tot de WAO leiden. En omdat cliënt er dus van doordrongen wordt dat alleen echte ziekte tot arbeidsongeschiktheid kan leiden.
- De criteria helder zijn en de cliënt vaker in dienst bij de werkgever blijft.
- Misschien meer inzichtelijk en minder afhankelijk van de beoordelende va.
- Hij meer gebaat is bij reïntegratie ipv afhankelijk zijn van een uitkering.
- Echte arbeidsongeschikten (80-100%) waarschijnlijk meer rechten krijgen.
- Gedeeltelijk arbeidsongeschikten vaker hun baan houden.
- Te verwachten valt dat meer cliënten aan het werk zullen blijven.

- Er komt misschien meer duidelijkheid.
- Het verwachtingspatroon wordt duidelijker (minder acceptatie).
- Als je 80-100 bent, geen gezeur meer, geen vijfjarige [onleesbaar].
- Hij minder snel een stempel krijgt als WAO-er en zodoende meer kans heeft op de arbeidsmarkt.
- Mensen die het werk niet aankunnen wegens surmenage / burnout / andere psychische klachten niet via de WAO afgevoerd worden en de wg er geen zorg over heeft. Wg wordt verplicht meer aan arbeidsomstandigheden te doen.
- Ze veel vaker afgewezen zullen worden. Daardoor worden ze noodgedwongen actiever. Ze zullen minder vaak vluchtgedrag gaan vertonen.
- Verantwoordelijkheden werkgever en werknemer duidelijker worden.
- In toekomst grotere acceptatie van de WAO-er. Momenteel is de bak van WAO-ers te zeer vervuild.
- Duidelijk wordt gemaakt dat er door inactiviteit, medicalisering van problemen, medische consumptie e.d. 'niets te halen valt' en dat de cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid heeft voor zijn leven en levensonderhoud. Niet alleen voor de individuele cliënt maar ook voor de maatschappij: minder (onterecht) beroep op de gezondheidszorg, minder ziekmakende medische aandacht voor kwalen en problemen.
- M.i. zal Nederland hierdoor 'minder ziek' worden. Ik vind wel dat de werkgever onterecht te veel verantwoordelijkheid krijgt voor de reïntegratie en ik verwacht wel een wildgroei (nog meer winstbeluste reïntegratiebedrijven). Dat vind ik een slechte zaak. Hierdoor zullen werkgevers huiverig zijn om mensen aan te nemen. Het beroep wat onterecht op de sociale verzekering werd gedaan wordt nu verschoven naar de werkgevers en de reïntegratie bedrijven (waarvan ik het resultaat bedroevend vind) profiteren daar financieel van.
- Minder nuanceringsmogelijkheden.
- Het duidelijker de verantwoordelijkheid bij de werkgever legt.
- Deze nog meer dan voorheen voor een volledige WAO uitkering in aanmerking zal komen (via de rechter). Zolang de rechterlijke macht de standaard GDBM blijft negeren en gebruik maakt van curatief ingestelde specialisten zal iedere nieuwe regeling tegen het volume falen.
- Een mens functioneert het beste als onderdeel van de samenleving als hij een zinvolle taak (over 't algemeen is dat betaald werk) heeft, dus is het waarschijnlijk een verbetering, maar ik verwacht weerstand.
- Er minder mensen in het uitkeringscircuit komen en meer verplichtingen hebben om in het werkproces te blijven. Het verschuilen achter een WAO is moeilijker.

- Meer nadruk komt te liggen op 'snelle' interventies tbv reïntegratie in de eerste (2) jaar(en).
- Alleen volledig ao wordt afgeschreven.
- Het ze aanzet tot arbeid en dat hoort 'normaal te zijn', er moet een mentaliteitsverandering komen tov arbeid. Dat is niet echt te verwachten van de huidige generatie: die krijgen te veel zonder er iets voor te (hoeven) doen, uitzonderingen daargelaten.
- Er meer moeite voor reïntegratie en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zal zijn.
- Zijn herstelgedrag toe zal moeten nemen.
- Veelal een kleine WAO uitkering toch geen soelaas biedt, alleen stigmatisering. Wel moet er een mogelijkheid zijn gebruik te maken van begeleiding en advies naar passende arbeid (van CWI of UVI).
- Een spiegel voorgehouden wordt dat ziekte cq ziektegedrag geen oplossing is voor allerlei problemen. Mogelijk dat oplossingen (gericht op de 'echte' onderliggende factoren) meer kans van slagen hebben. Ziektegedrag is momenteel nog te vaak 'de makkelijkste weg'.
- Meer cliënten zullen (moeten) blijven werken / herplaatst willen worden.
- Veel cliënten zullen dit niet als verbeteringen ervaren, echter mijn visie hierin is anders.
- Meer kans op reïntegratie bij eigen werkgever.
- In het voortraject er alles (dwz meer dan voorheen) aan wordt gedaan om geen gebruik te hoeven maken van de WAO (WVP).
- Er mogelijk duidelijkere criteria komen.
- De reïntegratie in theorie eerder aan bod komt.
- Helderheid.
- Maatschappelijk acceptabeler.
- Hogere uitkering voor ernstig zieken die dat hard nodig hebben.
- Minder oneigenlijk gebruik.
- Minder medicalisering.
- Grotere kans op reïntegratie naar eigen of ander werk bestaat.
- Uiteindelijk op lange termijn de [onleesbaar] druk zal dalen.

- Zijn verantwoordelijkheden duidelijker zijn en de financiële prikkel hopelijk naar werk leidt.
- Duidelijker criteria en minder divergeren door verschillende va- en ad-interpretaties.
- Meer van de werkgever mag verwachten.
- Die meer verantwoordelijk wordt voor zijn / haar gedrag.
- De verantwoordelijkheid voor het eigen inkomen, voor het hanteren van beperkingen bij cliënt zelf terechtkomen.
- In principe meer verantwoordelijkheid (ook) bij werknemer / client.
- Waarschijnlijk alleen voor goed verzekerden en voor de verzekeringsmaatschappijen.
- Er snellere reïntegratie optreedt, en hij / zij meer op verantwoordelijkheden voor hun eigen werkvoortzetting / -hervatting krijgen.
- Indien reïntegratie leidt tot daadwerkelijke werkhervatting.
- De werkgever de sleutel heeft.
- Het behoud van werk (hetgeen voorop staat!) in het nieuwe regime beter gewaarborgd is.
- Hangt af van de uitvoering van de mogelijkheden tot reïntegratie in de groep < 80-100.
- Er een duidelijker beeldvorming is voor de 'gemiddelde' client omtrent de nWAO.
- Duurzaamheid in de criteria wordt geïncorporeerd zijn we waar we wezen moeten.
- TIP: nWAO omzetten naar 'pensioensysteem' zoals in Duitsland.
- Hij / zij meer gestimuleerd wordt te werken aan het herstelgedrag, en meer eigen verantwoordelijkheid krijgt voor arbeidsgeschiktheid Enige effectieve prikkel = financiële prikkel.
- Bovendien: aan de echte GDBM wordt nu meer recht gedaan.
- Er meer duidelijkheid komt.
- Hierdoor het herstelgedrag wordt bevorderd.
- Mogelijk sneller tot reïntegratie wordt gekomen.
- Er weinig onduidelijkheid zal bestaan als er sprake is van blijvende ongeschiktheid, al is 'blijvendheid' ook beperkt. Ook na langere tijd kan iemand ag worden.
- Anders; andere voorwaarden.



- De verantwoordelijkheid om zelf in actie te komen en verlies aan inkomen te voorkomen veel duidelijker wordt. Passieve coping wordt niet gestimuleerd, actieve coping wel.

**b. een verslechtering voor de cliënt omdat ...**

- Er slechts een zeer smalle verzekeringsbasis overblijft.
- Niet het verlies van verdien capaciteit centraal staat, doch de ernst van de (chronische) ziekte.
- Leidt tot ziekmakend claimedrag, naar de va toe en naar de behandelaar toe. Men zal het “niet kunnen” moeten bewijzen.
- Werkt tegen reïntegratie en reactivering.
- De prikkel tot reïntegratie zeker niet bevorderd wordt door inkomstenverlies en zorg om 't basale bestaan.
- Tevens zal het erg negatief uitpakken voor ouderen, werkgevers zullen daar zeker niet meer aan beginnen, of voor iedereen met ‘een krasje’ in de lak’.
- WAO is een smeermiddel voor de sociaal-maatschappelijke roest.
- De nWAO zal ook als hinderpaal werken voor oude gevallen die misschien ooit nog wat zouden kunnen: ze zullen 't nu wel uit hun hoofd laten.
- M.i. is niet gedacht aan uitzendkrachten: die moeten in geval 35-80 maar op eigen houtje reïntegreren (geen werkgever), zonder verdere financiële opvang.
- Volgen van de diagnoselijsten cultuur: een erg rechtlijnige beslissing doet onrecht aan de cliënt als persoon met zijn eigen ziektebeleving, inzicht, coping etc.
- De kans dat iemand met een laag opleidingsniveau op een ao klasse van >15% en in de nWAO van >35% uit zal komen is nu nog lager.
- Het ao % zegt in de WAO niets over de mate van ziek zijn, en dat zou moeten veranderen!!
- Chronisch zieken minder goed begeleid kunnen worden.
- Gedeeltelijk arbeidsongeschikten sneller tot een sociaal minimuminkomen veroordeeld zullen zijn.
- Partieel doorwerken en ernstig ziek zijn niet wordt beloofd.
- Het in mijn ogen een zeer onrechtvaardige wet is, waarbij de slechtverdieners er nog slechter van af komen als in het verleden. Als de wet zo streng wordt als de bedoeling is, dan is het betalen van WAO premies wel erg wrang!
- Hij / zij aan zijn lot wordt overgelaten.
- Een aantal zal willen bewijzen dat ze volledig ao zijn > aannemen ziekenrol, medicaliseren, toename medische consumptie.

- Bijna niemand meer voor een WAO in aanmerking komt (los van de moeilijk objectiveerbare ziektebeelden: psychische en socio-culturele problematiek die m.i. terecht strenger beoordeeld zullen worden).
- Niet meer op maat wordt gekeken en ingedeeld in een klasse die bij je hoort.
- Er minder rekening gehouden wordt met het individu.
- De onduidelijkheid toeneemt, evenals de onzekerheid.
- Zijn uitkeringsrechten grotendeels weggevallen.
- De premies zullen wel gelijk blijven? Zal dus privaat moeten bijverzekeren = duur.
- Een botte bijl dus.
- Afschaffen van 15-25% en een hogere entree eis bijv. minimaal 2 jaar in loondienst werkzaam, had m.i. beter uitvoerbaar geweest. Als het zo doorgaat moeten wij straks beoordelen hoeveel seconden iemand zich kan concentreren en hoeveel cm's hij zich kan verplaatsen.
- Sociale zekerheid afneemt.
- Hij mede afhankelijk is van de (goede) wil van zijn / haar werkgever.
- Financiële achteruitgang.
- Geen toename van oplossingen.
- Klassenindeling van veel meer belang dan voorheen ('alles' of 'niets' ligt dicht bij elkaar).
- Mee eens (zonder verder commentaar).
- Ze waarschijnlijk onder grotere druk van wg komen te staan en te maken krijgen met aanvullende particuliere verzekeringen.
- De (financiële) verschillen tussen verzekerden toe zullen nemen en de verzekerden onder te grote druk komen te staan om te gaan werken terwijl ze dat niet kunnen, waardoor stress zal toenemen en de gezondheid zal verslechteren.
- Er m.n. psychische klachten worden uitgesloten (burnout, stress related injuries, CMS etc. > 30% van het totale verzuim en WAO-instroom!).
- Europees is deze nWAO niet getoetst.
- De laagst gesalarieerden (de meerderheid van de patiënten dus) er op achteruit zullen gaan.
- Bestaansonzekerheden tav inkomsten toenemen.
- De verzekeringhouder opnieuw op oneigenlijke gronden van deze in zijn ogen veel te dure regeling af wil, maar de (verplichte) verzekeringnemers (of hun

werkgevers) dwingt nog jarenlang een flink deel van de bruto loonsom ( ca 10%) te blijven betalen voor degenen die al een uitkering hebben. Degenen die, als de wet ingaat, nog werken zullen dus een deel van hun huidige inkomen moeten inleveren om zich op de particuliere markt te verzekeren. Dat is altijd duurder voor vaak mindere kwaliteit daar er ook winst gemaakt moet worden.

- De rechtszekerheid van de cliënt lijkt afgenomen met een grotere afhankelijkheid van wg / arbo-arts en dreigende verminderde onafhankelijkheid in oordeel door financiële belangen derden.
- Mensen met een ernstige handicap kunnen toch < 80% ao zijn en tussen wal en schip bevinden.
- Bovenstaande (meer gestimuleerd tot reïntegratie etc.) ook wel wishful thinking zal blijken te zijn.
- Ik me werkelijk afvraag of dit geen aanslag zal vormen op de collectiviteit. Waarom zou iemand nog premies betalen voor iets waar hij toch niet in terecht zal komen (als iedere collega de standaard GDBM toepast!).
- Ik de regeling niet ethisch vind, gezien uitsluiting van niet-objectiveerbare aandoeningen /psychische aandoeningen.
- Sociale zekerheid verdwijnt grotendeels.
- Rechtsongelijkheid.
- Ondoorzichtige polisvoorwaarden.
- Er sprake is van een sociaal afbraakstelsel; waarom geen opbouwstelsel ipv ons risicostelsel?
- Zij / hij totaal afhankelijk wordt van zijn wg.
- Minder mogelijkheid tot onafhankelijke hulp / begeleiding bij reïntegratie.
- Het verdere afbraak van sociale zekerheid betekent met een (nog) meer onzekere toekomst voor betrokkenen.
- De mensen die er feitelijk recht op hebben niet in aanmerking zullen komen voor de WAO.
- Er in hokjes gekeken gaat worden.
- Het zeer waarschijnlijk niet voor alle clienten even rechtvaardig zal zijn c.q. de sociale zekerheid wordt evident minder 'sociaal'.
- De poliswaarde sterk veranderd wordt / is.
- De regeling de ongelijkheid in macht [onleesbaar] werknemer en [onleesbaar] niet verandert. De werknemer zal G. blijven en conflicten vaker [onleesbaar].
- De gedeeltelijke ao-er aan zijn lot wordt overgelaten.

- Gevaar voor medicalisering neemt toe, als gevolg van werken met lijsten.
- Verscherping van claimcultuur.
- Toename van conflicten, juridische processen!
- Verhouding wg / wn komt onder druk te staan.
- Rechtsongelijkheid voor wn zal toenemen, bijv MKB versus multinational.
- Voor de categorie 35-80 ben ik bang voor de financiële gevolgen. Met name de cliënten die echt niet meer kunnen werken, op grond van een ernstige lichamelijke aandoening.
- Hangt ervan af hoe je 't bekijkt. Als er meer kunnen werk houden en minder in de uitkering belanden, lijkt eea een voordeel. Voor cliënten die op een uitkering uit zijn wordt het een verslechtering.
- De WAO en nWAO zijn gedrochten! Het probleem ligt mi in de vorm van verzekering van het verlies aan verdienvermogen. Daar moeten we m.i. van af. Dat verlies moet m.i. niet langer verzekerd zijn via de sociale verzekering, kan evt. particulier bijverzekerd worden. In de sociale verzekering dient een basisuitkering te zitten voor iedere wn'er (soort minimum inkomen). Als de wn'er zich beter wil verzekeren, moet hij / zij dat zelf regelen.
- Het leidt tot een toename van een claimcultuur / medicaliseringsneiging.
- Er vanuit medisch oogpunt geen logica in zit (lijst van ziektebeelden, prognosestelling).
- Er nog sterker claimgedrag ontstaat.
- Dit geen sociale wetgeving meer is.
- Minder vaste contracten zullen worden gegeven > worden 'vangnetter'.
- Client wordt nu door part. va ook beoordeeld, nog meer artsen met ieder zijn eigen mening.
- Als Amber/29b blijft bestaan: een op en neer geschuif van cliënten.
- Financieel is de nWAO slechter voor bh.
- Ziektegedrag wordt gestimuleerd.
- Uitholling van het vak.
- Te weinig differentiatie.
- E.e.a. zal leiden tot 'over de heg gooien' van probleemgevallen.
- Extreem (+ agressief) claimgedrag op spreekuur.

- Nationale volkssport wordt het tot 80-100 categorie te horen.
- Ik denk dat dit weer een druppel is op ... misschien een gloeiende plaat en ben bang dat de overheid = politici uiteindelijk de handdoek in de ring gooien over een jaar of 5: jullie (va /ad / UWV) hebben er ondanks onze (politici) inspanningen, weer eens niets van gebakken, we heffen de WAO maar in zijn geheel op, hevelen hem over naar de particuliere sector / wg. Dit zou m.i. de doodsteek zijn voor de verzorgingsstaat! De zwakkeren / sociaal lageren worden dan weer eens de dupe!
- Er nog meer rechtsongelijkheid zal komen. Ze kunnen beter de 'sociale' verzekeringen afschaffen, zodat iedereen zich particulier tegen ao gaat verzekeren. Ben je tenminste ook echt verzekerd.
- Veel ernstige en chronische aandoeningen zoals MS, DM, reuma, geven dikwijls een partiele ao-heid, en deze groep patiënten zijn het meest gemotiveerd om te blijven werken, wat nu gebeurt. Bij de nWAO > vallen buiten de WAO, motivatie om te blijven werken valt weg, meer claimgedrag en medicalisering.
- Cliënt nog sterk zal medicaliseren.
- Mensen die niet kunnen werken buiten de uitkeringsboot dreigen te vallen.
- De reïntegratie door werkgevers stelt niets voor! (bijv. bij arbo [onleesbaar] er psychische [onleesbaar]!)
- Die financieel afhankelijk wordt van zijn werkgever en die wil de cliënt meestal zo snel mogelijk kwijt.
- Medicalisering dreigt, en daarmee invalidering waar het niet nodig is.
- Hoewel hij duidelijkheid krijgt over wel of niet ao, hij er vaker mee oneens zal zijn.
- De rechten afnemen; echter sleutelen aan de rechten in het kader van de WAO is de enige oplossing voor 'ons' (NL) WAO probleem.
- Er meer mensen geen uitkering zullen krijgen terwijl ze wel recht erop hebben.
- Hij minder te kiezen heeft. Hij zal – tegen heug en meug – aan het werk moeten (blijven).
- Vallen in financieel gat.
- Schrijnende gevallen vallen tussen wal / schip.
- Het claimgedrag gaat toenemen.
- Reïntegratie zal afnemen.
- Smeerolie wegvalt; daardoor minder [onleesbaar].
- nWAO noch voor client noch voor va / ba een zegen is.

- Risicostelsel is hoofdprobleem: zoveelste verandering in polisvoorwaarden levert niets op.
- Een aantal van deze cliënten gewoonweg niet in staat is om binnen deze wetgeving voor zichzelf op te komen.
- Verder lijkt me het draagvlak voor deze nieuwe wetgeving nogal beperkt en zijn de consequenties bij velen niet bekend.
- De meest kwetsbaren absoluut weer de klos zijn, de WAO is een wet voor de rijken.
- Niet iedereen met beperkingen te reintegreren is, zeker niet bij de eigen wg. Denk aan bouwvakkers met rugklachten, of mensen met psychische klachten in de verpleging; zij komen in de WW en later in de ABW.
- De bedoeling van de nWAO een drastische volumebeperking beoogt.
- Financiële rampspoed kan dreigen.
- Het lastiger wordt een uitkering te krijgen. Zeker voor ambtenaren die na ontslag op medische gronden hun werk bijv. deels blijven doen met volledig salaris.
- De verkeerden hiervan profiteren (rijk-arm).
- Gedeeltelijk blijven werken met een handicap wordt afgestraft.
- De handicap de beoordeling bepaalt en niet de persoon (bijv. een kan wel werken met kanker en de ander niet).
- Ik ben voorstander van een referentie eis, net als voor de WW.
- Weinig kans op WAO, meer kans op WW welke eindig is, economie lager, dus geen werk > bijstand + nooit meer aan het werk > armoede.
- Er een dreiging voor nog meer uitgesproken ziektegedrag zal zijn als reïntegratie / financiële status niet tot het gewenste doel lijkt te leiden.
- Mensen met een vlekje, ziekteverleden moeilijker ergens binnenkomen. Dit moet met stimulerende maatregelen opgelost worden.
- De groep die ernstige beperkingen heeft, maar niet onder volledig en 5 jaar valt, zal het moeilijk krijgen. Dit moet met stimulerende maatregelen en met private verzekeringen opgelost worden.
- Er veel onzekerheid zal zijn hoe zaken verlopen bij gedeeltelijke a-heid.
- WAO wordt onthouden waar ze recht op hebben.
- Clienten aan hun lot worden overgelaten, van cliënten met bepaalde ziektebeelden wordt verwacht dat ze werk verrichten terwijl ze dit niet kunnen en het werk er überhaupt niet is. Druk op WW wordt groter; sollicitatieplicht / sancties.

- Er een afhankelijkheid van de werkgever blijft bestaan, ook al zijn er maar marginale arbeidsmogelijkheden, terwijl reïntegratie de verantwoordelijkheid de verantwoordelijkheid van de werkgever blijft.
- Er een grote groep verzekerden ten onrechte geen uitkering kan krijgen.
- Een grotere druk om tot 80-100 te gaan behoren.
- Deze net zolang zal doorzoeken tot er een diagnose wordt gesteld. Dat is nu ook al wel zo, maar het zou kunnen toenemen.
- Eigenlijk zou de hele WAO afgeschaft moeten worden (al verdien ik daar mijn brood mee) en zou iedere Nederlander verzekerd moeten zijn van een basisuitkering.
- Het medicalisering in de hand zal werken.
- Hij in meer gevallen dan nu geen beroep kan doen op de WAO.
- Er nog meer dan nu het geval is jarenlange hoge WAO premies moeten worden betaald, terwijl er geen WAO uitkering tegenover staat.
- Er is sprake van steeds veranderende verslechterende polisvoorwaarden, iets wat bij particuliere verzekeringen ten ene male ongeoorloofd is.
- Het is alles of niets.
- Mensen steeds minder vaak een uitkering krijgen.
- Daar zullen werkgevers ook niet blij mee zijn.
- Conflicten bij UWV, conflicten met wg en collega's > problemen thuis > psychische klachten > geen uitkering!
- Deze de dupe wordt van een slechter sociaal systeem.
- Zijn opgebouwde WAO-rechten sterk in het gedrang. Tevens zal de medicalisatie nog verder toenemen.
- De solidariteit met de gehandicapte medemens wordt ondermijnd. Vooral de oudere werknemer met chronische aandoeningen, die hun hele arbeidsleven hebben meebetaald aan een systeem van solidariteit, worden de dupe.
- Lager percentage/ functionele mogelijkheden? Weinig perspectief indien wg voor reïntegratie geen perspectief biedt; 'onverzekerd' rondlopen is geen pretje.
- Hij geen hulp meer van onafhankelijke instantie krijgt en aangewezen is op goodwill van wg en ba. Bij onwil zal hij altijd de dupe worden.
- Holt sociale zekerheid uit (het is een soort afschaffing van de WAO).



- Maakt de wn erg afhankelijk van wg ( of afhankelijker) > verharding relatie wn <> wg.
- Meer claimedrag (gaan voor 80-100%) in plaats van de resterende energie aan te wenden voor herstel en reïntegratie.
- 35-80%: rechtsonzekerheid. Houding wg? Meer ontslagprocedures? Te veel beperkingen om in de praktijk herplaatsbaar te zijn.
- Vangt minder gratis geld en dat zullen er veel niet zo leuk vinden.
- De cliënt alle tijd in de veronderstelling leefde adequaat verzekerd te zijn en nu wordt afgescheept. De oorzaak daarvan ligt overigens vooral bij de falende UWV die met 60% tijdigheid een wanprestatie levert.
- Zoals u wellicht weet is de druk om te gaan werken in de NABW verhoogt. Velen gaan via UB's aan de gang voor kortere of langere tijd en nu blijkt dat de UB's (BU26?) ongeveer 50% van de aanwas in de WAO levert. De falende controle van vangnetters en de 'slechte risicofactoren van deze populatie' blijven steeds onderbelicht.  
De werkgevers hebben reeds een forse daling van WAO-instroom gerealiseerd. Het wordt tijd voor aandacht voor: korte werk- en verzekeringsperioden; ziekmelding uit WW; langdurige perioden in NABW. Daar ligt het probleem en niet in het weer aanspreken van werkgevers. Het wordt tijd de diepte in te gaan in plaats van de kaasschaafmethode. Bij de voorstellen voor de nWAO ontbreekt feitelijk een gedegen probleemanalyse (ondanks die te gebruiken computermodellen).
- De werkgever zal nog actiever proberen om mensen met een 'vlekje' buiten te houden.
- Ik denk dat het antwoord a en b moet zijn. Ik vind het moeilijk om dat nu te overzien / in te schatten.
- Het praktisch gezien om een minder genuanceerde uitkomst gaat, het wordt wat 'zwart-witter'.
- Geringere kans op 80-100% WAO.
- Het principe van solidariteit wordt aangetast; geen sociale verzekering meer.
- Adequate begeleiding bij het nemen van de verantwoordelijkheid niet evenredig wordt versterkt. Werkgever blijft zich richten op zijn core-business (dwz ondernemen) en zal arbodienst vanuit die optiek blijven inhuren. Arbodienst heeft geen positie en wie er wel positie heeft (de UWV-arts) wordt aan de zijlijn geplaatst.
- Het blijft een loterij, alleen nu met minder prijzen.
- De client zal zijn belang trachten te verdedigen op basis van regelgeving in plaats van beoordeling.
- Het reïntegratie aspect vermindert.

- Er schijnlijst van diagnoses komen.
- Het allemaal erg ingewikkeld wordt.
- De neiging om alles bureaucratischer te maken ook wel zal toenemen.
- Tweede Kamer denkt regeltjes te kunnen opstellen om de va te laten werken zoals de Tweede Kamer dat wenst, terwijl de Tweede Kamer niet duidelijk is wat de Kamer zelf wenst.
- Hij via de WAO alleen verzekerd is voor volledige ao-heid en zich duur zal moeten bijverzekeren. Mensen 'met een vlekje' zullen zich mogelijk helemaal niet meer kunnen bijverzekeren, omdat ze snel als 'onverzekerbbaar' bestempeld zullen worden!
- Elke vorm van sociale zekerheid wordt uitgehold.
- Gelijk moet worden bevochten dmv juridische procedures.
- Verstoring van relatie tussen patiënt en behandelaar kan optreden.
- Het nu al duidelijk is dat beperkt arbeidsongeschikten moeilijk aan het werk komen. Het betekent dus voor de arbeidsgehandicapte een sociale uitholling.
- Deze zich nu nog meer gedwongen zal voelen om te medicaliseren en cliënt hierbij afhankelijk is van de bereidheid tot medewerking van de specialist.
- De nWAO m.i. medicaliserend zal werken.
- De WvP gaat ook ten koste van cliënten die niet kunnen werken door onvermogen in bredere zin dan nu in de wet mogelijk is.
- Voor de werknemer het risico op arbeidsongeschiktheid door ziekte / gebrek minder goed gedekt zal worden.
- Alleen de 80-100 categorie zekerheid biedt. De regels voor 35-80 zijn nog onduidelijk en voor zowel < 35 als 35-80 is cliënt sterk afhankelijk van medewerking en inzet werkgever. Middelen om werkgever aan te zetten tot voldoende inspanning bij reïntegratie staan of ter discussie (Pemba) of zijn in ontwikkeling en moeten hun waarde nog bewijzen (WvP).
- Het accent komt te liggen op causaal, op medisch excusering, op een etiketverwerving die recht geeft, terwijl het accent moet liggen op finaal. Maar de aard van de problematiek is te groot voor een 'wetje'. Er zullen verder ook wel voordelen ontstaan: zo gaat dat. Bijv. zal de gezonde werknemer het wel gaan laten om zich uit te sloven voor z'n baas.
- Als hij een uitkering nodig heeft, deze uitgekleeft zal zijn.
- Wordt grotendeels op zichzelf teruggeworpen m.n. als reïntegratie bij eigen wg niet mogelijk is.
- Niet te verwachten is dat wg zich meer zal inzetten, zeker nu economie dalende is.

- Deze overgeleverd is aan de economische situatie van een bedrijf, de grillen van een werkgever of leidinggevende en de strubbelingen over en weer tussen va en ba en daarnaast overgeleverd wordt aan een circuit van moneymakers zoals integratie-bedrijven etc. etc. Bovendien kan de mogelijkheid zeer wel bestaan dat de curatieve sector in zijn schaarsheid nog meer belast wordt met oneigenlijk ziektegedrag van belanghebbenden.
- Geen verbetering en geen verslechtering; cliënt is meer gebaat bij geen nWAO.
- Er geen uitgekristalliseerd beleid is ontwikkeld voor de verdere begeleiding van zowel de groep 0-35% ao en de groep 35-80% ao! Nog los van de nadelen (in economische zin) voor met name kleine werkgevers, omdat er geen hulp is ontwikkeld. De arbeidsongeschiktheid is een maatschappelijk probleem dat met alle partijen opgelost moet worden!
- Wat ik nog steeds mis is steun voor de verzekeringsartsen voor het scherp mogen en kunnen oordelen, scherpere definities van stoornissen, in multifactorieel bepaalde problemen van mensen, waarbij uiting van ziekte veelal geen of een ondergeschikte rol speelt, maar door veel actoren de rol juist onterecht benadrukt wordt.
- Het min of meer alles of niets wordt.
- Hij meer afhankelijk wordt van zijn werkgever, die vaak meer economische belangen heeft dan sociale (op de werknemer als persoon gericht).
- Veel mensen gaan claimen volledig ao te zijn.
- Deze nauwelijks nog een appel kan doen op de sociale zekerheid. Des te meer navrant in het kader van de vergrijzing. Werknemers die jaren hebben meebetaald aan de WAO kunnen er geen gebruik meer van maken, nu ze ouder en ziekelijker worden: een grote schande!
- De situatie van de mensen met ernstige handicaps die niet volledig arbeidsongeschikt zijn, geheel onduidelijk is. En dan spreek ik niet over rug- of nekpijn, maar over longemfyseem met slechte longfunctie, of over diabetes mellitus met complicaties. Ik ben bang dat deze mensen tussen wal en schip vallen.
- Ten onrechte een deel van de cliënten geen WAO-aanspraak meer heeft daar ze duidelijk wel beperkingen hebben.
- De totale range van ao-klassen gaat verdwijnen en enkel de duurzaam, volledig onbelastbare wn's nog worden toegelaten.
- Zijn / haar sociale zekerheid afneemt en hij / zij in de armen van medici wordt gedreven om de claim gehonoreerd te krijgen.
- Hij zeer afhankelijk (nog meer dan voorheen) wordt van de 'goede wil' van zijn werkgever en de kwaliteit van de arbodienst.

- Afname van financieel vangnet van categorie < 80 en zonder reïntegratie mogelijkheid bij eigen werkgever (dit zal voornamelijk het geval zijn bij cliënten in dienst van een klein bedrijf): onrechtvaardig tov cliënten, in dienst van een groot bedrijf.
- Versobering van de regeling.
- Schuiven met budgetten, ipv WAO > bijstand.
- Sommigen zullen buiten de boot vallen, maar dat is nu al zo!
- NB. telkens alle verslechtingen ondervangen (ultieme verdelende rechtvaardigheid) heeft het systeem zo complex en bureaucratisch gemaakt. Niet meer doen dus.  
Als va's doen wat ze moeten doen kan het systeem zoals het nu is grotendeels gehandhaafd blijven met enige aanpassingen: referte eis; minder klassen; achterdeuren eruit (amber, [onleesbaar] WW / uitzendwerk, minder ca 20 voor werk / week, 29 1b, ZW (?); maximering maatman op max. dagloon met scherpere duiding hoger betaalden. Van veel belang is de attitude van artsen: - met de meeste klachten kun je beter actief zijn; - is arbeid schadelijk of juist stimuleren; - beperkingen a.g.v. ziekte of keuze voor gezondheid.
- Alleen igv inderdaad de wg alle verantwoordelijkheid (financieel) moet gaan dragen: dat houdt de cliënt passief in zijn slachtoffer / invalidenrol.
- Er een lappendeken van regelingen gaat ontstaan.
- De verzekeringsmaatschappijen wellicht minder 'netjes' omgaan met claims.
- De toets van de rechter gaat vervallen.
- Positie verzwakt.
- Verlies aan sociale zekerheid.
- Er nu nog meer nadruk zal liggen op ziekte, bewijslast en claimcultuur, terwijl arbeidsongeschiktheid m.i. toch meer een gedrag is.
- Het gedrag van de cliënten zal nog meer claimend moeten worden, meer defensief, wat reïntegratie en genezing niet goed zal doen.
- Zijn uitgangspositie onzeker wordt.
- De cliënt mits wij de nWAO ook toepassen zoals wordt beoogd door de regelgever, bijna nooit meer in de WAO komt, en alle goede reïntegratie bedoelingen ten spijt waarschijnlijk niet meer aan het werk komt en dus een gigantische inkomensdaling ontstaat.
- Er ongetwijfeld schrijnende gevallen zullen zijn die tussen wal en schip vallen.
- De (jonge) artsen onder druk en door procedure (FMT) en richtlijnen en tijdsdruk minder geneigd zijn en geforceerd worden 'goede' afwegingen te maken. Het blijft een verkapte privatisering van de WAO.

- Er een ernstige medicalisering zal gaan plaatsvinden alsmede ernstige sociale problemen bij een grote categorie mensen die grotendeels ao zijn en geen reëel aanbod voor de arbeidsmarkt zijn.
- Meer moet bewijzen aan de va dat je echt ziek bent en blijvend niks meer kan.
- Conflict met wg kan komen als wn niet in WAO komt.
- Veel mensen tussen de wal en het schip zullen komen.
- De toegang wel erg beperkt wordt.
- Is er nog wel plaats op de arbeidsmarkt voor en werknemer met gezondheidsklachten?
- De solidariteit is ver te zoeken, de werknemer toch de zwakkere partij.
- Hoe moet het met psychische stoornissen?
- Alleen volledig arbeidsongeschikten nog een uitkering kunnen krijgen, tenzij van bijverzekerd.
- Je bent niet meer verzekerd: je moet je gaan verzekeren – voor de gangbare werkzame populatie een a-sociaal beleid.
- Velen, ondanks problematiek, buiten de boot zullen vallen en op een maatschappelijk zijspoor terecht zullen komen, waar nauwelijks nog een uitweg voor zal zijn.
- Velen zullen op allerlei gronden alsnog ontslag krijgen, omdat werkgevers geen genoeg met ‘minder’ zullen nemen.
- Die wel premie betaalde maar – alsnog – niet verzekerd blijkt.
- Deze vaker (onterecht) op een minimuminkomen zal uitkomen, zonder uitzicht op passend werk.
- Arbodiensten en werkgever, naar mijn prognose, niet veel actiever dan nu zullen worden met betrekking tot preventie en reïntegratie Meer werknemers zullen dan tussen wal en schip komen te vallen.
- Er voor een zeer grote groep (35-80 categorie) zeer grote afhankelijkheid ontstaat van de wg, die, over het algemeen gesproken, zich door toenemende wetgeving niet verantwoordelijker is gaan gedragen c.q. zijn plichten nakomt. In een tijd van (beginnende) economische recessie met toename werkloosheid, leidt dat ongetwijfeld tot inkomensachteruitgang / verval. Er is dan niet meer sprake van een sociale verzekering.
- Hij claimgedrag zal gaan vertonen [onleesbaar] aantonen dat hij duurzaam ao is; [onleesbaar] leiden tot scheefgroei en niet correcte beoordelingen.
- Cliënten met een ao < 80-100% grotendeels uit ons gezichtsveld zullen vervallen en naar de WW ‘geschoven’ zullen worden hetgeen niet goed is want de begelei-

ding hier is veel adequater gezien het feit dat er toch gezondheidsproblematiek speelt.

- Er meer momenten van willekeur kunnen gaan insluipen.
- Ziektegedrag nog dominanter moet worden.
- Afbouw sociaal stelsel.
- Belastbaarheid onvoldoende genuanceerd inkomstenderving afdekt.
- De client er nu niets meer van begrijpt. Dat ao in de zin van de wao te maken heeft met verdien capaciteit was voor veel cliënten al onbekend: wel zw en geen WAO - hoe kan dat nu, vroegen veel cliënten zich af. Nu gaat het er ineens weer omdat je vooral veel mankeert, dan lukt het wellicht om een WAO te krijgen voor 'doorstaan leed'. Maar de verdien capaciteit zit er nog wel in, in de definitie.
- De WAO afschaffen zal het aantal uitkeringen op termijn tot 0 reduceren. Ook een manier, maar dan ben ik mijn baan kwijt en het probleem van de arbeidsongeschiktheid (in de zin van niet meer zo veel zo hard kunnen werken door ziekte) is er natuurlijk niet mee opgelost. Soms denk ik, konden we maar opnieuw beginnen en een regeling te bedenken voor uitval door ziekte zonder al die verwarrende termen als: - ao in de zin van de zw is ....; - ao in de zin van de WAO is ..... Het spraakgebruik van de werkende bevolking is niet het spraakgebruik / de taal van de beoordelaars van de WAO ook nu nog, jaren na de invoering. Buiten de sv weet nog nauwelijks iemand dat arbeidsongeschiktheid niet betekent dat je ongeschikt voor arbeid bent. En zo kan ik nog uren doorgaan. Toch houd ik van mijn werk, ook na 20 jaar en iedere keuring is weer een uitdaging duidelijkheid en rechtvaardigheid te brengen. Succes met jullie werk.
- Die het in zijn hoofd gaat zetten om de 80-100 na 5 jaar alsnog met terugwerkende kracht te claimen. En we hebben het aan de whiplashpatiënten gezien: zolang zij claimen vertonen zij een slechte genezingstendens.
- Hij / zij afhankelijk wordt van de werkgever, zijn / haar financiële mogelijkheden en wens om [onleesbaar] te behouden.
- Velen die niets of bijna niets kunnen maar mogelijk binnen 5 jaar weer wel wat zullen kunnen, buiten de WAO-boot vallen.
- Er in het krachtenspel werkgever-werknemer druk zal worden uitgeoefend om boven de beperkingen uit te functioneren, hetgeen in veel gevallen tot verslechtering van gezondheid zal leiden.
- Vooralsnog lijkt het een illusie om van de werkgevers die het nu veelal ook niet kunnen. Een positieve reïntegratie instelling te verwachten.
- Hij 'gedwongen' wordt zijn claim hoog op te schroeven, dat zal hem in de loopgraaf van 'medisch' gaat zetten.
- Het de vraag nog maar is of werkgever zich voldoende gaat inzetten om terugkeer te bevorderen hetzij in eigen of ander werk.

- Werkgever zal het gaan herverzekeren en de kans bestaat dat verzekerden niet meer bij bedrijfsarts komen en in een 'groot gat' vallen zonder begeleiding.
- Elke logische relatie tussen handicap en uitkering wordt losgelaten. Ongelooflijk dat de vakbonen hieraan mee willen werken!
- Het te zwart/wit is.
- Te weinig categorieën.
- De cliënt moet zich nu nog zieker voorstellen dan hij is, zich beter voorbereiden op het onderzoek wat de juistheid niet ten goede komt!
- Ik me niet kan voorstellen dat de werkgever nu ineens wel oog heeft voor de categorie 35-80% arbeidsongeschikt. Wat moet er met deze mensen na ontslag? (evt. via de kantonrechter). Kunnen de commerciële reïntegratiebedrijven deze mensen naar ander werk begeleiden?
- Worden wg / wn 'in slaap gesust' door herverzekering?
- Gaan bedrijf of verzekerde voor de 80-100% ao omdat dit 'gunstiger' kan zijn in plaats van werkelijke inspanning om tot oplossingen te komen?
- Inkomenszekerheid voor de client wordt erg onzeker!
- De nuances verdwijnen.
- Onduidelijkheid en spraakverwarring blijven.
- Uiteindelijk het aandikken om wel 80-100 te worden negatief zal uitwerken.
- Meer stress / onzekerheid wegens wegvallen sociale zekerheid.
- Hij zijn onvermogen meer moet bewijzen en meer moeite zal doen om voor de volle uitkering te gaan. M.n. bij vage ziektebeelden.
- Er vrijwel niemand meer is die in aanmerking zal komen voor een WAO uitkering. Dit zal leiden tot veel onbegrip.
- Bij niet werken van [onleesbaar] zal er sterke medicalisering optreden.
- Deze op allerlei gebied de dupe wordt.
- Met name diegenen die gedeeltelijk werken hun werk dreigen te verliezen / financieel achteruit gaan.
- Er vrijwel niemand meer in aanmerking komt voor WAO wat tot veel onbegrip zal leiden.
- Te zeer een afhankelijkheid ontstaat van de mogelijkheden en de wil van de werkgever. Minder kans op vaste baan, meer flexwerk, minder zekerheid etc.

- Het is een utopie nu door strenge wetten te herstellen wat door mensen door de soepele wetgeving van vroeger als een recht wordt beschouwd.
- Psychische klachten niet genoeg ruimte meer krijgen en [onleesbaar]: het gevaar bestaat dat de 35-80% eerder werkeloos gaat worden.
- Afhankelijk van het te kiezen a.o.-criterium (medisch of ad): onrechtvaardig dat sommige cliënten buiten de boot vallen, terwijl er toch sprake is van beperkingen (m.n. mensen met een beperkte, eenzijdige scholing).
- Er niets aan het probleem van de arbeidsongeschiktheid wordt gedaan, maar door herdefinitie schijnoplossingen worden bewerkstelligd. Meer dan public health overwegingen, gelden ordinaire bezuinigingsoverwegingen.
- Veel reële medische problemen wb de consequenties genegeerd moeten worden.
- Het leidt tot grote onzekerheid.
- Geen kans voor de mensen met een vlekje.
- Rechtsongelijkheid tussen degenen met goede werkgevers en de overigen / vangnetters.
- Deze grotendeels is aangewezen op de inzet en welwillendheid van zijn werkgever (om nog maar niet te spreken van degenen zonder werkgever).
- Hij te veel afhankelijk wordt van de medewerking / wil van de werkgever.
- Wat als wg de wn kwijt wil of als er sprake is van een arbeidsconflict die reïntegratie bemoeilijkt? Wordt wn hier de dupe van?
- Sommigen de leeftijd hebben bereikt dat er misschien een beroep gedaan moet worden op de WAO en de polisvoorwaarden nu zijn veranderd (vaak onverteerbaar).
- Deze erg afhankelijk worden van de (on)mogelijkheden bij de werkgever, loonverlies niet meer gecompenseerd krijgen, ondanks het feit dat ze jaren WAO premie hebben betaald.
- Het wisselend geld bij het aanvaarden van passend werk wegvalt.
- De verzekeringsgedachte wordt losgelaten. De premie is nu immers afhankelijk van de verzekerde som (i.c. inkomsten). Premieverlaging ligt voor de hand, echter dit zou (zoals voor de overheveling) ten goede van de werknemer (= verzekerde) moeten komen.
- De financiële consequenties groot zijn als de nWAO wordt afgewezen.
- Die meer last zal hebben van loonderving.
- Hij nog meer tot medicaliseren van zijn onvermogen wordt gedwongen. De kans op loopgravengevechten neemt toe met afnemende kans op acceptatie, groei en herstel.



- Het sociaal-financiële vangnet wordt uitgehold.
- Het alle tijdelijk volledig ao'en (<2-3 jaar) uitsluit.
- Er is vaak geen sprake van een ziektebeeld en dat maakt het juist moeilijk met inschatten prognose, herstelduur e.d. (iemand kan bijv. in de wachttijd nog een ziekte ontwikkelen).
- Het is een uitholling van de sv, zal leiden tot rechtszaken (tegen werkgevers, UWV?) en mogelijk ook simpelweg een particuliere vorm van WAO (de verzekeraars zullen ongetwijfeld het nWAO-gat weer gaan opvullen), met alle nadelen van dien (bijv. rechtsongelijkheid) voor de verzekerden.
- Er niet meer een 'op maat' aanpak en beoordeling individuen in sociale context mogelijk is.
- Er straks een slechte verzekering is.
- De nWAO niet leidt tot een vermindering van de arbeidsongeschiktheid, alleen een herdefiniering ervan.
- Daarnaast is de regeling financieel veel slechter.
- Mensen die nu recht hebben op WAO, straks buiten de boot vallen.
- De kansen op een volledige uitkering (80-100) kleiner worden.
- Hij in veel gevallen tussen wal en schip valt (de 35-80 categorie). Er is m.i. te weinig perspectief: zowel inkomen als werk vallen veelal weg.
- Er weinig cliënten voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking komen.
- Niet de reïntegratie en deelname aan het arbeidsproces is gekozen als uitgangspunt maar vermindering van het aantal wao'ers.
- Nieuwe regelgeving opnieuw zal leiden tot veel onduidelijkheid voor uitvoering en gedupeerden.
- Er juist zo snel mogelijk duidelijkheid voor de cliënt moet komen wat hij nog wel kan, zodat hij snel ander werk kan gaan doen. Niet 2 jaar lang hij een werkgever blijven rommelen, 1 jaar is nu al te lang. Het is de vraag of mensen nu met Poortwachter buiten de eigen wg gaan werken, ws. pas na beoordeling WAO.
- De cliënt in hoge mate afhankelijk wordt van de werkgever.
- Er geen goed sociaal vangnet is (wat voor soort uitkering, opschuiving naar SoZa).
- Er mensen zullen zijn die tussen wel en schip gaan vallen.
- Theoretisch wellicht wel arbeidscapaciteit (functie) doch praktisch niet > bijstand.

- Onduidelijke ziektebeelden, moeilijk objectieveerbare ziektebeelden > criteria zullen worden aangescherpt waardoor er geen ruimte meer is voor de eigen beoordeling van de va.
- Een deel van de sociale verzekering wordt overgeheveld naar de particuliere verzekering.
- Tijdelijke WAO gaat verdwijnen.
- Cliënt premie betaalt voor een verzekering die slechts in zeer beperkte mate nog zal uitkeren.
- Hij of zij zich opzij gezet voelt door de wet. Niet serieus genomen na soms 30-40 jaar werkzaam leven.
- Van hem / haar enige inspanning wordt verwacht bij reïntegreren.
- Slechts volledig arbeidsongeschikten in de WAO kunnen.
- Niet gereïntegreerde mensen met restcapaciteit zullen er erg op achteruit gaan.
- Verwacht net dat nWAO werkgever en arbodiensten zal stimuleren te doen waar in de wet van uitgegaan wordt.
- Een 'goede' werkgever nu al veel doet/ moet doen om reïntegratie te bewerkstelligen / bevorderen en een 'slechte' werkgeer niet.
- M.i. zal de nieuwe wetgeving weinig positief effect hebben op de 'slechte' werkgevers. Deze zullen of zich er niets van aantrekken (alles bijverzekeren bijv) of hun contracten met werknemers zodanig laten opstellen dat ze in geval van problemen snel van een werknemer af kunnen.
- Eindelijk de WAO voor mensen die met een handicap willen blijven werken is afgeschaft en de relatie wg / wn zal hierdoor ook niet verbeteren.
- Indien terugkeer bij eigen wg moeilijk is er een forse financiële aderlating dreigt.
- Zijn positie op de arbeidsmarkt moeizaam wordt (35-80% chronisch ziek).
- Niet sociaal, niet rechtvaardig. Velen, die niet volledig ao zijn, zullen buiten het arbeidsproces vallen, omdat werkgevers mensen met een handicap, die ze niet willen op een of andere manier toch wel zullen ontslaan als ze hun geld en productiviteit niet waar kunnen maken en andere werkgevers deze niet graag aannemen. NWAO zal niet leiden tot een verbetering van de werknemers.
- nWAO leidt tot ernstige verstoringen op de arbeidsmarkt.
- Toenemende claim op WW /IOAW / ABW.
- Reïntegratie mogelijkheden gaat beperken op een krimpende arbeidsmarkt etc.
- Overlevering aan private sector.

- Toenemende bureaucrativering.
- Toenemend aantal loketten.
- Onzekerheid.
- Toename psychiatrie.
- De 'echte' chronisch zieken, zoals mensen met MS, reuma e d. die zo lang mogelijk blijven doorwerken nu waarschijnlijk in categorie 35-80% gaan vallen, arbeid gaan / moeten accepteren op laag niveau, meer ao worden en uiteindelijk met lege handen in 80-100 vallen.
- Deze jarenlang premie betaald heeft voor een schadeloosstelling / inkomensverlies vanwege ziekte of gebrek, waarvoor hij niet meer in aanmerking komt.
- Grensgevechten 35/40 en 75/80 altijd worden afgewenteld op de zwakste schakel.
- Versterkt de tweedeling.
- Wordt de cliënt < 80% daadwerkelijk beter begeleid naar passend werk?
- Wordt het probleem zo niet verschoven naar afd. WW?
- Een deel van de chronisch zieken met een legitieme medisch aanwijsbare aandoening vallen mijns inziens buiten de boot.
- De effecten zullen worden gecompenseerd op een manier die de verantwoordelijkheden op een verkeerde plaats leggen.
- Wg's zullen vaker overgaan op inhuur via UB's of op jaarcontracten. Er zal veel meer worden herverzekerd in de particuliere sector.
- Financieel nadelig, hogere particuliere premies, meer eigen risico.
- De nWAO een objectief gefundeerde basis ontbeert, waarbij het individuele belang moet wijken voor politieke misconcepties.
- De nadruk bij de WAO kan beter gelegd worden op herstelgedrag en sancties daarbij.
- Minder genuanceerde beoordelingsuitkomst, dwz inkomensachteruitgang bij gedeeltelijk WAO voor rekening van de client.
- De grenzen steeds scherper worden en er minder ruimte is voor vloeiende overgangen. Dit leidt tot meer onrechtmatigheid en dus meer discussie en versterking van het klachtenpatroon.
- NB instroombeperking in de WAO moet bij de bron worden aangepakt en dat is de ZW! De cliënt zou een stuk meer verantwoordelijkheid en eigen risico moeten gaan krijgen bij ziekmelding; maar welke politieke partij durft dat aan!?

- Hij nog meer de neiging zal hebben problemen te medicaliseren terwijl veel ernstige problemen niet vallend onder het regime hen naast de medische problemen ook financiële problemen brengt die hun gezondheid niet ten goede zal komen.
- De steeds meer moeite moet doen om aan te tonen dat hij niet kan werken.
- Met name voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten die zeker in een dalende economie buiten de boot gaan vallen.
- De sociale zekerheid heel erg wordt uitgehold.
- Veel mensen zich genoodzaakt zullen zien door te werken met hun handicaps tot schade van hun gezondheid zonder uitzicht op een adequate oplossing van hun problematiek.
- WAO volume is een non-probleem. NAWO is een a-sociale oplossing helaas niet voortkomend uit kennis van de praktijk.
- Er geen referentie meer is aan maatman / -vrouw, carrière en ernst van de aandoening (mn de tijdelijke) bij vaststelling recht op inkomensvervangende uitkering.
- Een deel van de cliënten gedupeerd zullen worden (groep weinig tot geen dbm, en niet voldoen aan eisen van volledige nWAO).
- Naar mijn mening er in het algemeen de arbeidsrechtelijke zekerheid voor de werknemer afneemt.
- De groep 35-80 overal buiten valt; geen basis WAO meer krijgt waardoor het bedrijf evt. makkelijker kan herplaatsen. Deze groep glijdt vanzelf welnaar 80-100 met deze maatregelen.
- Een grote groep patiënten gaat m.i. 'buiten de boot' vallen.
- Cijfers omtrent instroom gaan de praktijk en het oordeel nog sterker beïnvloeden.
- Na alle voor te stellen wijzigingen het basis onrechtsgevoel niet weggenomen wordt uit de WAO wetgeving. De discussie met de verzekeringsarts over al of niet honoreren van de claim is voor een client al vervelend genoeg. Na uitleg beseffen dat een ander met dezelfde uitkomst van mogelijkheden / beperkingen wel of meer in aanmerking komt voor uitkering is vaak moeilijk te verteren.
- Clienten met reële ernstige aandoeningen en beperkte mogelijkheden de dupe kunnen raken van het geheel: zij vallen onder de categorie 35-80% en zijn overgeleverd aan de invulling die de werkgever aan reïntegratie wenst te geven.
- Deze wordt de dupe en speelbal van economische krachten.
- WW + bijstand bestand zal toenemen.
- Het voor de hand ligt dat deze in veel gevallen nog meer zal willen bewijzen dat hij / zij niet kan werken, en zich daardoor nog meer zal fixeren op de klachten, nog

meer zal 'shoppen' bij de curatieve sector om het recht op WAO veilig te stellen > medicalisering.

- Een client nog meer afhankelijk wordt van een werkgever.
- Er geen financieel / sociaal maatschappelijke zekerheid / stabiliteit is om tot oriëntatie op andere mogelijkheden te komen bij ongeschiktheid voor zijn werk. Men zal gedwongen zijn ander werk te accepteren dat direct lager inkomen genereert met directe gevolgen voor totale sociaal maatschappelijke positie waarop onze maatschappij niet is ingesteld. Beginnend bij op korte termijn een andere goedkopere woning (directe verlaging vaste lasten) anders toename van schuldenlast.
- Werkgever zal zo min mogelijk investeren in herplaatsings-, om- en bijscholingskosten.
- Client zelf heeft geen extra financiële middelen meer. Toenemende afhankelijkheid.
- De kans kleiner is op een gehele / gedeeltelijke uitkering en client dan aangewezen is op de werkgever (bij gedeeltelijke uitkering).
- Veel klanten willekeurig of onwillekeurig zich zullen ingraven in een bepaald ziektegedrag.
- Niemand gebaat zal zijn bij een toegenomen claimgedrag (de gehele maatschappij en dus ook de klanten niet).
- Medicalisering gaat toeslaan.
- Hangt af van de uitvoering van de mogelijkheden tot reïntegratie in de groep < 80-100.
- Die zich onbegrepen voelt.
- Er een 'alles of niets' gebeuren ontstaat met alle juridische en medicaliserende en 'persuatieve' gedragingen en uitspattingen.
- Het een uitgekleeft stelsel is met merkwaardige en onzinnige criteria.
- Vooral client bij kleinere werkgever m.i. de dupe zullen worden omdat hun reïntegratie aspecten en waarschijnlijk rest activiteiten door de wg kleiner zullen zijn (minder geld wg zonder mogelijkheid bij eigen wg herplaatst te worden; herplaatsing bij andere wg altijd lastiger zal zijn).
- Het uiteindelijk leidt tot minder en lagere uitkeringen. Er moet tenslotte bezuinigd worden.
- De druk op chronisch zieken groter wordt.
- De professionele herbeoordeling vervalt, die juist van groot belang is om mensen in het arbeidsproces te houden.

- Een lijst met diagnoses lijkt mij een hele slechte zaak! Het zal het shoppen in de curatieve sector ernstig doen toenemen om uiteindelijk een diagnose van de lijst opgeplakt te krijgen. Als de va het anders ziet, andere diagnose, zal dat veel strijd opleveren.
- Zijn / haar sociale zekerstelling verder wordt uitgehoud.
- Er geen [onleesbaar] werk meer gegeven kan worden.
- Het afbreuk doet aan de beperkingen die iemand heeft. Hoogte van WAO ook grotendeels loonkundig.
- Verder wordt client afhankelijk van de willekeur van werkgever die client zo snel mogelijk zal willen lozen (dwingen ontslag te laten nemen).
- Het lijkt allemaal erg doordacht (althans, zo presenteert men het), maar het zal niet blijken te werken.
- Het een verslechtering van diens verzekeringspolis inhoudt en grotere kans op financieel nadeel bij ziekte zal lijden bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid.
- Er meer arbeidsgehandicapten in financieel ongunstige regelingen terecht zullen komen komen (WW bijstand) wat macro economisch voor de gehele economie (ons allen) zal blijken te zijn.
- Grote kans tussen wal en schip te vallen.
- M.i. met de politiek over durven en willen gaan op een opkom stelsel.
- Er een verschuiving van de diagnose optreedt als er een lijst wordt opgesteld van verboden / toegestane diagnoses.
- Deze in een slecht te voorspellen nieuwe situatie terechtkomt.
- Als wij verzekeringsartsen de consequenties van deze regelgeving zeer slecht kunnen voorspellen, hoe moet het met de niet-specialisten tegenover ons in de spreekkamer.
- Voor de client met een handicap is er sprake van een verslechtering omdat hij zijn gemis aan productiviteit niet meer financieel gecompenseerd ziet.

## C Opmerkingen van respondenten bij de vragen

- 1a - M.i. alleen 2 jaar ziektewet (2<sup>e</sup> jaar 20% en niet bijverzekeren) en de rest laten zoals het nu is!! Alternatief referte eis 3 jaar!
- Het is de politiek die van de WAO een probleem maakt. Ratio actieven / inactieven is in Nederland goed vgl. met omringende landen. Ook kostenbesparing door vermindering WAO -aantal is twijfelachtig.
- 1b - Dubieus
- Alleen als poortwachter dwz arbo functioneert
- 1e - Dubieus
- 1g - Toevoegen: ... en tot meer schadeclaims via rechter
- 2a - Samen met de arbeidsdeskundige.
- Eens met 2<sup>e</sup> zin, niet met de eerste!
- 2b - Mits eigen werkgever!
- Dubbele vraag!
- Of door het bedrijf ingeschakeld reïntegratiebedrijf.
- Er is geen wg dus geen financiën voor ba.
- Welke categorie; wel of geen wg.
- 2d - Dubbele vraag.
- Meer bezwaarzaken .
- 3d - Kwestie van jurisprudentie opbouwen
- Het zal een moeilijke groep blijven
- 3e - Keuze toevoegen: blijft hetzelfde. Deze klachten leiden bij mij per definitie niet tot GDBM (op grond van externe consistentie). Nu niet, dus bij nWAO ook niet.
- 4a - Dubbele vraag.
- ... en stringentere toepassing MAOC.
- kan niet samen met MAOC.
- CBBS afschaffen.
- 4b - Oneigenlijke criteria schrappen.
- 4d - Dubbele vraag.
- Andere regeling maken kan ook.
- 4e - Entree-eis (toevoegen als keuze).
- Voortzetting huidige situatie (toegevoegd als keuze).
- 5ab - Niet in alle gevallen.
- 3 maanden (zoals nu bij GDBM): dat is niet zo!
- Toch afhankelijk van diagnose!!
- Alleen in sommige duidelijke gevallen.
- 5c - Afhankelijk van ziektebeeld!
- Voorkeur: 6 mnd; 3 mnd, 1 jr.
- Arbitrair, gevalsafhankelijk; professionele herbo.
- 6 - Je gaat dan uit van diagnose die recht geeft op uitkering en niet van beperkingen (of het reëel is, is weer iets heel anders).
- Ziekte (in de vraag) klopt niet met beperking in 6c.
- Wie maakt de lijst?
- Duidelijke polisvoorwaarden zijn altijd een goede zaak.
- 6c: + meestal multifactorieel.
- 7b - Is deze vraag verkeerd opgesteld?
- Bekwaamheden niet door arts laten beoordelen.
- Flauwe kul, dat is nu ook zo.
- 9a - M.i. 1malige beoordeling door va, geen h.o.

- 9b - Hoezo begeleiding: daar is toch nooit tijd voor.
- Een verzekeringsarts begeleidt niet maar beoordeelt!!
- Ik mag niets begeleiden, alleen oordelen.
- Beoordelingsvaardigheden.
- 9c - Zonder wg-binding.
- Dat doet de bedrijfsarts toch?
- Uitkomst maakt niet uit.
- 9g - Mee eens, slechts voor kleine groep.
- Bij de niet zonneklare gevallen.
- 10b - Hoewel ik nu al veel info opvraag maar nu (nog) vaak schriftelijk.
- 10d - En blijft het spreekuur gelijk!
- 11 - Niet duidelijk nog v.w. onduidelijkheid nWAO.
- 11d - Nu al: zorgvuldig in gebruik GDBM; toetsing herstelgedrag en prognose.
- Mijn werk naar beste weten en kunnen uitvoeren binnen de wettelijke kaders.
- Tenzij ik kan overstappen op een private vg functie.
- Toegevoegde keus: wil ik met pensioen.
- 12a - De zwakke bedrijfsartsen kunnen dit niet!
- We begeleiden nu ook niet.
- ...maar niet beoordeeld. Dat doet de va!
- Lagere behoefte: bij de UWV; mogelijk meer va'n bij reïntegratiebedrijven via het bedrijf.
- En zullen veel meer vangnetters komen.
- Dit idee deugt niet, maar ik vrees van wel.
- 12b - Hetzelfde aantal (niets ingevuld).
- 13 - Heeft niets met nWAO te maken, Wel handig als ook specialist de criteria kent.
- 13b - Specialist zal het hier niet mee eens zijn.
- 13d - risico: behandelaar houdt cliënt in bescherming!!
- 14 - Ba zal nog minder tijd hebben door papieren rompslomp.
- 15 - Contacten met AGGZ .... Sterker? (Blinde vlek?)
- Tussen keuzes geen direct causaal verband.
- 15a - Als deze goed is; zo niet, dan wil ha niet.
- 15d - Risico: bescherming cliënt door zijn huisarts.
- 16b - M.n. nieuwe wet.
- 16c - Onzin, ik mag hier van mijn baas geen tijd aan besteden! Weet de minister dit eigenlijk wel?
- Doen we niet meer.
- 17a - Moet nu ook goed gebeuren!
- 17c - Is nu ook al zo.
- en d - En van mijn administratieve vaardigheid.
- Moeten we allemaal allang hebben.
- 18 - Nog niet in te schatten.
- 18b - Hier vooral mee eens in geval van reeds ervaren artsen. Na 20 jaar ervaring als huisarts, 10 jaar verbonden aan de opleidingen, is het schrijnend om jarenlang 'n kwalitatief zeer slechte cursus op de NSOH te moeten volgen, zonde van de tijd en van de kosten. Waarom geen korte aangepaste cursus, bijv. een uitgebreidere GIB-cursus.
- 1 à 2 jaar is te kort.
- En laat de 4-jarige NSOH-opleiding dan maar in zijn geheel vervallen voor verzekeringsartsen maar laat hem voortbestaan voor de bedrijfsartsen.
- + ervaring! (mentor).
- 18c - maar wel verkort.



- 18d - = verdere uitholling!
- Meer doen is niet leuk; vervang basisarts door medisch medewerker en je hebt de huidige situatie; in dezelfde tijd moet je steeds moeilijker casus aanpakken!
- Voorwerk: met name intake en info verzameling zou kunnen nu ook al!
- 19 - Nog niet te zeggen; hangt af van publieke of private invulling van 35-80% traject.
- xxx - Zeer slechte enquête, schande!
- Erg suggestieve vragen!! Ook veel vragen die eigenlijk toelichting behoeven. En vragen waarop ik geen antwoord kan geven!!
- Daarnaast in deze enquête vrij veel dubbelzinnige en tweevoudige vragen.
- Ik wil even opmerken dat ik de vragenlijst erg beperkt vind. De antwoordmogelijkheden hebben vaak meerdere aspecten in zich die niet altijd per se samen hoeven te gaan zodat ze vaak daardoor niet helemaal van toepassing zijn. Vaak zijn antwoordmogelijkheden tendentius en suggestie en mis ik toch de mogelijkheid voor andere optiek.
- Teruggestuurd zonder verder in te vullen (3 x aangekruist).reden: werkzaam sinds jaren als bedrijfsarts bij arbodienst. De vragen zijn te specifiek cq bedoeld voor praktiserende va's
- Vraagstelling is niet eenduidig. Elk voordeel heb zijn nadeel.
- Vragenlijst is op veel punten onduidelijk; slecht Nederlands > verwarring.
- Terminologie soms onduidelijk > wat wordt bedoeld.
- Vragensteller lijkt ook niet geïnformeerd over taken van verzekeringsarts; cliënten in kader WAO begeleid naar ander werk: dat is een gepasseerd station.

