

Toespraak van minister mr. A.J. de Geus van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bij de conferentie over Individual Placement and Support op 30 maart 2006 in Amersfoort

U spreekt in het vervolg van deze conferentie uitgebreid over het IPS-model: Het Individual Placement and Support-model. Dit is een uit Amerika gehaalde nieuwe manier om mensen aan het werk te helpen door individuele en intensieve begeleiding. En wat belangrijk is: Het model heeft daar inmiddels bewezen dat het prima werkt. U gaat het hebben over de vraag of dat model ook hier in Nederland kan helpen om mensen met een psychische handicap te laten werken. Ik ben zeer geïnteresseerd in het antwoord. Uit werkbezoeken maak ik zelf op dat intensieve één op één begeleiding voor een cliënt vaak beter werkt dan dat hij meerdere fasen moet doorlopen en met meerdere mensen te maken krijgt. Het lijkt er zelfs niet zo heel veel toe te doen wat de achtergrond is van de begeleider, zolang die er maar vol voor gaat. Ik ben dus heel benieuwd tot welke bevindingen u komt.

Aan mij de taak voor u de bredere context te schetsen van het kabinetsbeleid om meer mensen te behouden voor de arbeidsmarkt. Ook mensen met een arbeidshandicap.

Daarbij zal ik eerst ingaan op de WAO. Ik zal uiteenzetten waarom die niet goed functioneerde. Vervolgens zal ik u vertellen waarom de nieuwe wet, de WIA, wel het beoogde effect kan sorteren. Ik zal ingaan op de belangrijke taak van de professionals bij het laten werken van mensen met een beperking. En ik zal u tot slot deelgenoot maken van de dilemma's waarvoor het kabinet heeft gestaan bij de vraag of we mensen met een WAO-uitkering zouden moeten herbeoordelen.

Waarom was de WAO niet toekomstbestendig?
Te weinig uitstroom en teveel instroom.

Kort samengevat: Voor mensen die erin zaten was de wet te veel gericht op behoud van de uitkering. Zowel WAO'ers als de professionals van de uitvoering waren geneigd werkhervatting te beschouwen als riskant. Veel werknemers dachten vooral belang te hebben bij een zo hoog mogelijk arbeidsongeschiktheidspercentage met de daarbij passende hoge uitkering en bij een lange uitkeringsduur.

Maar ook teveel instroom. Werkgevers hadden er belang bij minder goed functionerende of niet meer fulltime functionerende werknemers af te laten vloeien. Het was toch eigenlijk zonde om te betalen voor zo'n dure voorziening als de WAO en daar geen gebruik van te maken. Want de premie moest toch worden opgebracht en was in beginsel voor iedereen gelijk, ongeacht het aantal werknemers dat arbeidsongeschikt werd.

Zo gingen we op weg naar het gevreesde aantal van een miljoen arbeidsongeschikten. Dat was natuurlijk niet aanvaardbaar. We moesten het tij keren, niet alleen omdat de WAO de loonkosten opstuwde en daarmee de Nederlandse concurrentiepositie ondermijnde. Maar ook omdat we ons afvroegen of het sociaal wel verantwoord was zo'n groot deel van de beroepsbevolking het etiket arbeidsongeschikt op te plakken.

Nederlandse experts reisden de wereld af om te zien hoe het in andere landen geregeld was. Onder andere Canada, Australië en Zweden werden bezocht en steeds weer moest worden uitgelegd hoe het in Nederland zat. Dat 1 op de 6 werknemers arbeidsongeschikt is. De reactie, zo kunt u zich voorstellen, was er een van ongeloof: Is uw land dan zo ongezond?
Het besef groeide dat de nadruk niet langer moest worden gelegd op wat mensen niet meer kunnen. Uitgangspunt moest worden wat ze wel kunnen. Niet voor niets heet de nieuwe wet die in de plaats is gekomen van de WAO de Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen.

Daarbij kwam de overtuiging dat bestrijding van ziekte en arbeidsongeschiktheid alleen maar succesvol kan zijn als het gebeurt op de werkvloer. Werkgever en werknemer moesten elk een eigen en samen een gemeenschappelijk belang krijgen bij het bestrijden van het ziekteverzuim en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid.

Daarom hebben we financiële impulsen ingebouwd in de nieuwe wetgeving. Goed gedrag wordt niet uitsluitend bevorderd via de portemonnee. Maar financiële prikkels helpen wel.

We hebben het nieuwe stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid daarom zo ingericht dat het voor zowel de werkgever als de werknemer financieel voordelig is het verzuim zo kort mogelijk te laten duren.
De eerste resultaten zijn hoopvol. Kwamen er in 2002 nog zo'n 80.000 mensen in de WAO, in 2006 zijn dat er waarschijnlijk minder dan 30.000. De rest van de mensen blijft vaak aan het werk, in veel gevallen bij hun eigen baas.

De wetgeving hebben we inmiddels op orde. We zitten nu in de fase van de cultu-

uromslag bij werkgevers, werknemers en bij de uitvoeringsinstellingen. Die omslag vergt tijd. Het gaat niet meer alleen om het vaststellen van de juiste hoogte en duur van de uitkering. Nu is het in de eerste plaats zaak de beste manier te kiezen om werknemers die buiten de boot zijn gevallen of dreigen te vallen zo goed mogelijk te begeleiden.

Want de hoofddoelstelling van de WIA is om in beginsel iedereen binnenboord te houden.

Als dat nodig is zoekt de begeleider van de uitvoeringsinstelling ander werk, om- of bijscholing, een plek om ervaring op te doen. Of hij raadt mensen aan voor zichzelf te beginnen. Dat is vaak een goede mogelijkheid om aan de slag te komen. Ook voor mensen die stukgelopen zijn op een onprettige arbeidsverhouding of mensen die het niet aanstaat dat ze een baas boven zich moeten dulden. In 2004 hebben we de IRO, de individuele Reïntegratieovereenkomst, ingevoerd. Met een IRO is de persoonlijke keuze van de betrokkene voor de vorm en inhoud van zijn reïntegratie bepalend. Voorwaarden zijn wel dat de kwaliteit goed is en de prijs niet hoger is dan die van een collectief traject.

Inmiddels is 40 procent van de WW-trajecten een IRO. Ook WAO'ers vragen steeds vaker om een IRO. Het aantal mensen dat een baan vindt na een IRO ligt iets hoger dan na een gewoon traject. Naast de persoonlijke betrokkenheid is een ander voordeel van de IRO dat de uitvoerder tot bondgenoot wordt gemaakt en dat het reïntegratiebedrijven dwingt rekening te houden met de individuele en unieke mogelijkheden van mensen. Ze gaan meer maatwerk leveren. De teruggeleiding naar werk van mensen met een fysieke of psychische handicap zal vaak lastiger zijn dan het bemiddelen van mensen die geen beperkingen ondervinden.

Maar daarom niet minder noodzakelijk.

Want ook voor deze mensen geldt dat betaalde arbeid hen in staat stelt deel te nemen aan de samenleving.

Dat is goed voor hun gevoel van eigenwaarde. Ik durf te stellen dat in het algemeen geldt dat werken gezond is.

Maar dan wel op een goede plek en onder goede omstandigheden.

Voor mensen met beperkingen houdt dat in dat de ziekte of handicap het afstemmen op de arbeidsmogelijkheden lastig maakt. Daarom ben ik blij dat inmiddels de eerste twee protocollen zijn gepubliceerd. Over lage rugpijn en over hartinfarct.

En dat er nog acht protocollen worden voorbereid, onder meer over depressies en angststoornissen. Bij het maken van die protocollen zijn artsen uit de sector en patiëntenorganisaties betrokken. Dankzij die protocollen moet er bij alle betrokkenen uit de medische sector duidelijkheid zijn over de consequenties van aandoeningen.

Het gaat dan om de gevolgen voor onder meer het functioneren en voor de belastbaarheid, voor factoren in de werksituatie die van invloed zijn op de aandoening, voor het uitzicht op herstel.

Een protocol beschrijft voor de opeenvolgende fases van een ziekte de verschillende behandelingsmogelijkheden. Dat zal, wat mij betreft, gaan gebeuren volgens de 3B-richtlijnen: Beoordelen, Behandelen, Begeleiden. Deze richtlijnen overstijgen de grenzen van beroepsgroepen en bevorderen op de manier de uniformiteit en kwaliteit van de zorg. Ook wordt in alle fases rekening gehouden met iemands arbeidsmogelijkheden.

Een protocol kan dus ook gebruikt worden bij het invullen van de reïntegratie-

activiteiten en bij de claimbeoordeling.

Met die protocollen verwachten we te bereiken dat de verschillende disciplines van de behandelende sector, de keuringsartsen en de arbo-artsen zich bedienen van hetzelfde referentiekader.

Daarmee dragen protocollen bij aan de kwaliteit van de reïntegratie, aan de legitimiteit tegenover de patiënt en aan de vermindering van de wrijvingsenergie tussen de verschillende instanties en daarmee ontstaat meer ruimte voor dynamiek en resultaat

Een belangrijke vraag die je moet beantwoorden bij het invoeren van een nieuw stelsel is: Wat te doen met de mensen die nog onder het oude stelsel recht op een uitkering hebben gekregen? Moet je die mensen opnieuw gaan beoordelen? Of zeg je: nee, die laten we met rust.

Een lastig dilemma waar dit kabinet voor stond. Want komen die mensen wel aan de slag als ze geheel of gedeeltelijk volgens de nieuwe criteria goedgekeurd worden?

Prangende vragen, zeker op dat moment. Want in die tijd ging het niet goed met de economie en liep de werkgelegenheid terug. Toch denk ik wel dat het goed is dat we hebben besloten te gaan herkeuren. Want ook voor de al eerder gekeurde mensen geldt dat een werkend bestaan hun een beter perspectief biedt op een zinvol bestaan dan een niet-werkend leven.

Bovendien hebben we met onze keuze voor herkeuringen voorgesorteerd op de periode die nu aanbreekt, de tijd van economische groei en toenemende werkgelegenheid. Werkgelegenheid die binnenkort door de vergrijzing en ontgroening sterk zal toenemen. We hebben binnen een paar jaar echt iedereen nodig die kan werken.

Daarmee wil ik niet beweren dat er niemand tussen de wal en het schip kan belanden. Maar voor de mensen die niet meteen aan de slag kunnen hebben we goede maatregelen genomen. Ik noem de proefplaatsing met behoud van uitkering. Die proefplaatsing stelt werknemer en werkgever drie maanden in staat te kijken of ze samen een duurzamere arbeidsrelatie aan willen gaan.

We hebben de reïntegratie-ondersteuning van het UWV. We hebben op de werktop afspraken gemaakt met werkgevers om mensen op te nemen. Er is de no riskpolis die werkgevers vrijwaart van de financiële gevolgen van ziekteverzuim van werknemers die reïntegreren. En we hebben de premiekorting voor de werkgever van tweeduizend euro per jaar gedurende drie jaar.

Ik denk dat u daarmee ook uw voordeel kunt doen bij de implementatie van IPS.

Immers, u stelt op grond van ervaringen met IPS op vier plaatsen in Nederland dat het welslagen van IPS sterk afhankelijk is van de vormgeving van een activerende sociale zekerheid. We hebben de WIA ingevoerd juist met het doel te komen tot die activerende sociale zekerheid.

Of het lukt de mensen die nu ten onrechte aan de kant staan weer mee te laten doen in de samenleving, hangt natuurlijk ook af van de mogelijkheden die de wetgeving daarvoor biedt. Waarom geen link gelegd tussen IPS en de IRO voor de financiering? Maar het belangrijkste voor het welslagen van reïntegratie zijn de deskundigheid, de creativiteit en de inzet van de professionals.

Tot slot toch nog een kritische noot. Waarom zou je het Individual Placement and

Support-model toepassen binnen de geestelijke gezondheidszorg? Waarom zou je IPS niet kunnen opnemen in een reïntegratiebedrijf? Nu blijft het risico bestaan van langdurige zorg en daarmee gepaard gaande zorgverslaving van de cliënt en patiëntverslaving aan de kant van de hulpverleners.

Maar: Uiteindelijk gaat het niet om de vorm van de organisatie. Het gaat om het doel en de professionaliteit waarmee je dat doel kunt bereiken, en om mensen die blijven zoeken naar vernieuwingen, zoals IPS. Daarmee wens ik u ook vandaag een inspirerende dag toe.