

drs. Y.B. Bommeljé, drs. C. van Gaalen, mr. A.J. Ruige

# **Bijstandscliënten met medische belemmeringen**

## **Onderzoek uitgevoerd door SGB0 in opdracht van de Raad voor Werk en Inkomen**

*De Raad voor Werk en Inkomen (RWI) is het overlegorgaan van werkgevers, werknemers en gemeenten. De RWI adviseert de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid over arbeidsmarktbeleid. Doel van deze adviezen is een goed functionerende arbeidsmarkt te bevorderen. Een andere taak is het vergroten van transparantie en kwaliteit op de reïntegratiemarkt. Ook heeft de RWI een eigen subsidieregeling om werkgelegenheidsprojecten te stimuleren.*

Augustus 2003

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Achtergrond van de vraagstelling</b>	<b>8</b>
2.1	De activeringsdoelstelling	9
2.2	Cliënten met medische belemmeringen	10
<b>3</b>	<b>Probleemstelling en onderzoeksopzet</b>	<b>12</b>
3.1	Doel en probleemstelling	13
3.2	Opzet van het onderzoek	14
<b>4</b>	<b>Wettelijk kader en uitvoeringsvoorschriften</b>	<b>16</b>
4.1	De Algemene bijstandswet	17
4.2	De Wet Rea	18
4.3	Uitvoeringsvoorschriften	20
<b>5</b>	<b>Het gemeentelijk beleid</b>	<b>24</b>
5.1	Cliënten met medische belemmeringen: omvang en kenmerken	25
5.2	Aanpak van cliënten met medische belemmeringen	26
5.3	Medisch onderzoek	29
5.4	Beleed in relatie tot het CWI	31
5.5	De Abw en de Rea	32
5.6	Beleidsontwikkelingen	33
5.7	Conclusies	33
<b>6</b>	<b>De uitvoeringspraktijk</b>	<b>36</b>
<b>6.1</b>	<b>Signalering door het CWI</b>	<b>37</b>
6.1.1	Kansmeter	37
6.1.2	Reïntegratieadviezen	37
6.1.3	Feitelijke werkwijze	38
6.1.4	Poortwachterrol	39
<b>6.2</b>	<b>Het vaststellen van een medische belemmering</b>	<b>40</b>
6.2.1	Deskundigheidsbevordering en werkinstructies	40
6.2.2	Werkwijze	40
<b>6.3</b>	<b>Ontheffingen en trajecten</b>	<b>41</b>
6.3.1	Ontheffing	41
6.3.2	Trajecten	42
<b>6.4</b>	<b>De Rea</b>	<b>43</b>
6.4.1	Kennis van de Rea	43
6.4.2	De inzet van Rea-trajecten	44
6.4.3	Vrijwilligheid Rea	45
<b>6.5</b>	<b>Samenloop WAO</b>	<b>45</b>
<b>6.6</b>	<b>Conclusies</b>	<b>46</b>

<b>7</b>	<b>Samenvatting en conclusies</b>	<b>48</b>
7.1	Algemene conclusie	49
7.2	Het proces rond het vaststellen van medische belemmeringen en ontheffingen	50
7.2.1	Verbetering procesgang CWI - GSD	50
7.2.2	De cliënt centraal	50
7.2.3	Strakkere contracten medisch onderzoek	51
7.3	Verplichtingen	51
7.4	Uitstroom	51
7.5	Uitbreiding mogelijkheden zorg en welzijn: ontschotting, de cliënt centraal	52
7.6	Resultaten meten	52
7.7	De Rea integreren en vereenvoudigen	53
7.8	Samenloop WAO'ers	53
7.9	Behoud van gesubsidieerde arbeid	53
	<b>Bijlage I: Gehanteerde enquête</b>	<b>54</b>
	<b>Bijlage II: Lijst van geïnterviewde personen</b>	<b>62</b>
	<b>Colofon</b>	<b>64</b>

# VOORWOORD

Een aanzienlijk deel van de bijstandsgerechtigden is op grond van medische en psychische beperkingen ontheven van arbeidsverplichtingen. De Raad voor Werk en Inkomen heeft in het Beleidskader 2002 aangegeven dit als een zorgwekkende ontwikkeling te beschouwen, te meer omdat niet altijd duidelijk is of de ontheffing van de arbeidsplicht berust op gedegen arbeidskundig onderzoek, waarbij vooral gekeken wordt naar wat mensen nog wél kunnen.

Aan onderzoeksbureau SGBO is gevraagd te onderzoeken welk beleid gemeenten op het terrein van ontheffingen hebben ontwikkeld en welke gevolgen er door gemeenten verbonden worden aan de vaststelling dat cliënten een arbeidshandicap hebben.

Het voorliggende rapport is het resultaat van dit onderzoek. De onderzoekers hebben beleidsdocumenten en ander schriftelijk materiaal bestudeerd en interviews gehouden met medewerkers van gemeenten op beleids- en uitvoerend niveau. Dossieronderzoek en gesprekken met cliënten hebben echter niet plaats gevonden.

Voor het onderzoek is een aantal gemeenten uitgekozen waar enig beleid is ontwikkeld ten aanzien van bijstandsccliënten met medische belemmeringen. Het betreft dus geen representatieve steekproef uit alle Nederlandse gemeenten. Het onderzoek levert niettemin informatie op over het door gemeenten ontwikkelde beleid en de knelpunten die ze ervaren bij de uitvoering bij dat beleid. Uit de resultaten blijkt dat het gemeentelijke beleid in ieder geval minstens de intentie heeft om van bijstandsccliënten met medische belemmeringen de restcapaciteit vast te stellen en hier mee aan de slag te gaan. Dat is positief.

Uit het onderzoek blijkt echter ook dat gemeenten weinig weten van de groep arbeidsgehandicapten in de bijstand. Het blijkt vaak gissen naar het aandeel cliënten waarvoor in een Rea-toets of anderszins een arbeidshandicap is vastgesteld, en zelfs het percentage cliënten waarvoor een ontheffing van de arbeidsplicht is verleend is niet altijd bekend bij gemeenten. Zolang de onderzochte gemeenten bijzonder weinig inzicht kunnen geven in de omvang van juist deze problematiek, is het niet goed mogelijk om beleidsaanbevelingen te formuleren. De Raad heeft niettemin gemeend het onderzoeksresultaat openbaar te kunnen maken. Waarvan acte.

Jan van Zijl  
voorzitter Raad voor Werk en Inkomen

# INLEIDING

In het eerste beleidsadvies aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) 'Beleidskader Werk en Inkomen 2002' heeft de Raad voor Werk en Inkomen (RWI) het vermoeden uitgesproken dat bij het verlenen van ontheffingen op medische gronden er (te) veel nadruk wordt gelegd op de beperkingen van de bijstandsgerechtigde met medische belemmeringen en (te) weinig aandacht wordt besteed aan de arbeidsmogelijkheden die nog wel aanwezig zijn. Gevolg daarvan is dat de mogelijkheden die een bijstandsgerechtigde nog wél heeft om te participeren op de arbeidsmarkt, onbenut blijven. De eventuele ondersteuning bij het terugkeren naar de arbeidsmarkt blijft daardoor mogelijk achterwege. Vanuit het uitgangspunt dat uitkeringsgerechtigden, daar waar mogelijk, ondersteund moeten worden bij het terugkeren naar de arbeidsmarkt, is dit een ongewenste situatie.

De RWI stelt zich ten doel om adviezen uit te brengen die hierin verbetering kunnen brengen. Teneinde inzicht te krijgen in de wijze waarop de indicatiestelling van mensen met medische belemmeringen door gemeenten wordt verricht en de consequenties die daaruit worden getrokken, heeft de RWI aan SGBO, het Onderzoeks- en Adviesbureau van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), gevraagd hiernaar onderzoek te doen.

De resultaten van dit onderzoek treft u in dit rapport aan.

In hoofdstuk 2 beschrijven wij de achtergronden van de vraagstelling. In hoofdstuk 3 beschrijven wij de probleemstelling en de onderzoeksopzet. Hoofdstuk 4 beschrijft het wettelijke kader en de geldende uitvoeringsvoorschriften. In hoofdstuk 5 komt het beleid van de gemeenten ten aanzien van de categorie 'cliënten met medische belemmeringen' aan de orde. De gang van zaken in de uitvoeringspraktijk wordt beschreven in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies van het onderzoek.

ACHTERGROND VAN DE  
VRAAGSTELLING

2

## 2.1 De activeringsdoelstelling

In 1996 is de nieuwe Algemene bijstandswet (Abw) ingevoerd. In de nieuwe wet is nadrukkelijk aandacht geschonken aan de activering van bijstandsgerechtigden. Zo moet in beginsel iedere uitkeringsgerechtigde alles in het werk stellen om uit de uitkering te geraken (artikel 113 Abw, zie voetnoot 10). De gemeenten ondersteunen de uitkeringsgerechtigden hierbij. Op grond van artikel 107 van de wet kunnen gemeenten besluiten de verplichting tot arbeidsinschakeling niet op te leggen, dan wel cliënten hiervan tijdelijk te ontheffen op grond van redenen van medische of sociale aard.

De stringente uitstroom- en activeringsdoelstellingen van de bijstandswet zijn nog eens nadrukkelijk aan de orde gekomen in de Wet Structuur Uitvoeringsorganisatie Werk en Inkomen (SUWI) en de Agenda voor de Toekomst. In de Agenda voor de Toekomst is expliciet vastgelegd dat gemeenten in het kader van de 'sluitende aanpak' regelmatig activerings- en controlegesprekken moeten voeren, ook met diegenen die een ontheffing van de arbeidsverplichting hebben<sup>1</sup>. Gestreefd wordt hierbij naar een halvering van het aantal formele<sup>2</sup> ontheffingen en een beoordeling van alle de facto<sup>3</sup> ontheffingen<sup>4</sup>. Daarbij is het de bedoeling dat ook voor cliënten met een ontheffing, trajecten op maat worden opgesteld. In de afzonderlijke afspraken die SZW op grond van de Agenda voor de Toekomst vervolgens met de individuele gemeenten heeft gemaakt, is dit verder ingevuld.

Ook in de circulaire 'Activering en uitstroom bijstandsgerechtigden'<sup>5</sup>, waarin expliciet aandacht wordt geschonken aan een aantal aspecten van de sluitende aanpak, is de noodzaak om het aantal ontheffingen drastisch te verminderen, nog eens nadrukkelijk onder de aandacht van gemeenten gebracht.

De reden dat de activeringsdoelstelling in vorengenoemde stukken telkens zo werd benadrukt, is vooral gelegen in het feit dat de economische omstandigheden in de afgelopen periode optimaal waren om ook de mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt aan de slag te krijgen. Daarnaast is de laatste jaren het instrumentarium dat gemeenten voor deze groep kunnen gebruiken aanzienlijk uitgebreid, onder meer door de inwerkingtreding van de Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (Rea) en het feit dat gemeenten toeleidingstrajecten kunnen inkopen met gelden uit het scholings- en activeringsbudget van de Wet Inschakeling Werkzoekenden (WIW). Ten slotte kunnen de gemeenten, gebruikmakend van hun regiefunctie, ook het aanbod van gemeentelijke voorzieningen op het terrein van zorg, welzijn en buurt- en wijkvoorzieningen voor cliënten bereikbaar maken dan wel specifiek voor die doelgroep een aanbod creëren.

De vraagstelling van de RWI moet gezien worden in het licht van de activeringsdoelstelling en de gunstige economische situatie enerzijds en de signalen dat de groep mensen met medische belemmeringen en ontheffingen binnen de bijstandspopulatie niet afneemt, anderzijds.

---

1 Agenda voor de Toekomst, getekend te Den Haag, 24 april 2001, p. 6.

2 Hiermee worden bedoeld de ontheffingen van de arbeidsverplichtingen op individuele basis.

3 Hiermee worden bedoeld die gevallen die een arbeidsverplichting opgelegd hebben gekregen, maar die niet regelmatig worden gecontroleerd, zodat er de facto sprake is van een ontheffing.

4 Agenda voor de Toekomst, getekend te Den Haag, 24 april 2001, p. 8.

5 Circulaire van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 23 oktober 2001, nr. BZ/ACT/01/64814.

Die signalen zijn onder meer afkomstig uit de evaluatie van de Rea<sup>6</sup>, die aangeeft dat gemeenten nog druk bezig zijn met een omslag van uitkeringsgericht naar reïntegratiegericht werken, waardoor er in de benadering van de cliënt het accent nog te veel komt te liggen op medische beperkingen en in mindere mate op de mogelijkheden die betrokkene nog wél heeft. Ten slotte bestaat het vermoeden dat veel mensen met medische belemmeringen in fase 4 worden ondergebracht, met het risico dat er te weinig aandacht aan reïntegratie wordt gegeven.

## 2.2 Cliënten met medische belemmeringen

In dit onderzoek gaat het in ruime zin om cliënten met medische beperkingen die een belemmering vormen voor arbeidsinschakeling. Binnen de bijstandspopulatie is deze categorie niet precies af te bakenen; ze wordt niet als zodanig geregistreerd en er zijn dan ook geen cijfers bekend over de omvang. Cliënten met medische belemmeringen zitten verscholen in andere categorieën. Een deel zal vanwege de medische belemmeringen een tijdelijke of gedeeltelijke ontheffing hebben van de arbeidsverplichtingen. Een ander deel zal behoren tot de fase 4-clieënten met een zeer grote afstand tot de arbeidsmarkt. Ten slotte kunnen cliënten met medische belemmeringen onder bepaalde voorwaarden ook onder de doelgroep van de Rea vallen.

Al deze groepen overlappen en er zijn nagenoeg geen cijfers beschikbaar over hun precieze omvang. Er zijn alleen recente cijfers over ontheffingen en over de zogenaamde samenloopgevallen.

Over ontheffingen van arbeidsverplichtingen heeft de Inspectie voor Werk en Inkomen (IWI) zeer recent een rapport uitgebracht<sup>7</sup>. Op grond van dossieronderzoek in 2001 raamt de IWI het aantal bijstandsccliënten met een volledige ontheffing op 51% en met een gedeeltelijke ontheffing op 15%. Van alle ontheffingen is 32% gebaseerd op medische belemmeringen. Daarmee heeft 21% van de totale bijstandspopulatie een volledige of gedeeltelijke ontheffing op grond van medische redenen. In absolute cijfers gaat het dan om circa 70.000 van het totaal aantal van 326.000 bijstandsccliënten in 2001.

De IWI constateert dat deze cijfers in feite niet veel afwijken van een eerder onderzoek in 1999. Verder heeft de IWI vastgesteld dat het aantal de facto ontheffingen 7% bedraagt, terwijl dat in 1999 nog voor 25% van alle cliënten gold. Dit betekent dat gemeenten, mede naar aanleiding van de afspraken die hierover in het kader van de Agenda voor de Toekomst zijn gemaakt, wel stringenter controleren op de verplichtingen van de cliënt.

Over de omvang van de bestanden naar fasen zijn landelijk geen harde cijfers bekend. Maar op basis van diverse onderzoeken is duidelijk dat in verreweg de meeste gemeenten de groep cliënten behorend tot fase 4 inmiddels het leeuwendeel van het bestand uitmaakt.

---

6 De realiteit, integrale rapportage evaluatie Wet Rea, onderzoek verricht in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, door TNO Arbeid, januari 2001.

7 Gemeentelijk ontheffingenbeleid, Inspectie voor Werk en Inkomen, een onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van gemeenten rond het verlenen van ontheffingen van arbeidsverplichtingen aan bijstandsgerechtigden, Zoetermeer, 29 oktober 2002.

Een aparte groep binnen de cliënten met medische belemmeringen is de groep van de zogenaamde samenloopgevallen: cliënten van de sociale dienst met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor het deel dat zij niet arbeidsongeschikt zijn, krijgen zij een aanvullende bijstandsuitkering of aanvullende uitkering op grond van de Inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers (loaw). De groep bijstandsgerechtigden (tot 65 jaar) met een uitkering als aanvulling op een arbeidsongeschiktheidsuitkering had volgens de CBS-kenmerken statistiek ultimo tweede kwartaal 2002 een omvang van 11.750, zijnde 3,7% van het totaal aantal bijstandsccliënten tot 65 jaar. Het aantal mensen met een uitkering loaw als aanvulling op een arbeidsongeschiktheidsuitkering had een omvang van 3.160, zijnde ruim 24% van het totale loaw-bestand tot 65 jaar.

Ten slotte kunnen we op basis van recent materiaal uit de Arbeidsgehandicaptenmonitor deze problematiek nog in een landelijk kader plaatsen<sup>8</sup>. Het aantal arbeidsgehandicapten (mensen die belemmeringen ondervinden bij het uitvoeren van werk) bedraagt in heel Nederland 1,5 miljoen. Dit aantal neemt nog steeds toe, recent door een grotere toename van het aantal relatief jonge vrouwen.

---

<sup>8</sup> Persbericht 24 oktober 2002 CBS/TNO vooruitlopend op de publicatie van de Arbeidsgehandicaptenmonitor 2002.

PROBLEEMSTELLING EN  
ONDERZOEKSOPZET

3

## 3.1 Doel en probleemstelling

De RWI adviseert de minister van SZW onder meer over verbeteringen in de uitvoering van de sociale zekerheidswetten.

Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen in hoeverre de reïntegratiemogelijkheden van bijstandsgerechtigden met medische beperkingen optimaal worden benut, dan wel of daar nog verbeteringen in mogelijk zijn.

De RWI heeft voor het onderzoek de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Op welke wijze wordt in het kader van de uitvoering van de Abw vastgesteld of betrokken cliënten door ziekte of gebrek belemmerd worden bij herintreding op de arbeidsmarkt? Geredeneerd vanuit de gedachte dat de eventueel resterende arbeidsmogelijkheden van betrokken cliënten centraal moet staan in het beoordelingsproces, kan de kwaliteit van dit proces beoordeeld worden en kunnen conclusies getrokken worden over best practices.
2. Voor bijstandsgerechtigden met een arbeidshandicap is zowel het regime van de wet Rea als dat van de Abw van toepassing. Dit leidt tot de vragen in welke mate gemeenten zich bij hun beleidsontwikkeling laten leiden door de wet Rea enerzijds en door de Abw anderzijds, hoe beide wettelijke kaders zich tot elkaar verhouden en hoe de discretionaire bevoegdheid van de uitvoering op dit terrein wordt ingevuld.
3. Welke consequenties worden door de uitvoering verbonden aan de vaststelling dat een cliënt een arbeidshandicap heeft?

Om deze hoofdvragen te kunnen operationaliseren hebben wij voor het onderzoek de volgende lijn gevolgd.

In de eerste plaats dient antwoord te worden gegeven op de vraag welk beleid gemeenten voor deze doelgroep hanteren, hoe zich de Abw en de Rea tot elkaar verhouden en welke beleidsmatige belemmeringen en mogelijkheden gemeenten hebben. Vervolgens moet het onderzoek antwoord geven op de vraag hoe het proces verloopt: welke procedures hanteren gemeenten om vast te kunnen stellen of cliënten met medische belemmeringen kampen, die de (her)intreding op de arbeidsmarkt bemoeilijken? Tegen welke knelpunten lopen gemeenten hierbij aan en welke mogelijkheden hebben zij? Ten slotte moet helder worden wat nu de praktische gevolgen voor de doelgroep zijn: welke trajecten krijgen cliënten met medische belemmeringen, wat zijn de knelpunten en wat zijn de mogelijkheden?

## 3.2. Opzet van het onderzoek

De benodigde informatie hebben wij verzameld door middel van een enquête en interviews. Allereerst hebben wij een enquête gehouden onder het GSD-paneel<sup>9</sup> om een globaal beeld van de werkwijze en ervaringen van gemeenten te verkrijgen. In de enquête hebben wij gemeenten gevraagd om eventueel aanwezig schriftelijk materiaal over deze doelgroep aan ons op te sturen, zoals beleidsnota's, werkinstructies, handreikingen etc. De enquête treft u aan in bijlage 1.

De enquête is door 44 van de 63 aangeschreven gemeenten beantwoord. Bij telefonische navraag bleek dat gemeenten de enquête moeilijk vonden om in te vullen, omdat de werkwijze van de diensten zich niet in categorieën laat vatten. Enkele van de gemeenten die geen enquête hebben ingevuld, hebben telefonisch nog informatie gegeven over hun werkwijze. De enquête heeft daarom niet zozeer kwantitatief materiaal opgeleverd, maar wel voldoende aandachtspunten om in de vervolgfase van het onderzoek het beeld in kwalitatieve zin compleet te kunnen maken.

In de tweede fase hebben wij bij negen gemeenten interviews afgenomen bij medewerkers die goed op de hoogte zijn van zowel het beleid als de uitvoering met betrekking tot de onderhavige doelgroep. Wij hebben deze gemeenten geselecteerd op basis van de door hen ingevulde enquête en het door hen meegezonden materiaal, en vanwege het feit dat zij al ver gevorderd zijn met hun beleid en uitvoering voor de groep cliënten met medische belemmeringen (bekend vanuit de vakliteratuur of ons netwerk). Doel van deze interviews was om beter inzicht te krijgen in de werkwijze van de gemeenten, de knelpunten en de mogelijkheden die gemeenten ondervinden bij de arbeidsinschakeling van deze groep. Het gaat hierbij om knelpunten en mogelijkheden van zowel beleidsmatige als procesmatige aard en de praktische gevolgen voor de cliënten.

Daarnaast hebben wij bij vijf Centra voor Werk en Inkomen (CWI) adviseurs geïnterviewd. Het CWI heeft als eerste contact met de cliënt en daar vindt dan ook een eerste inschatting van de arbeidsmogelijkheden plaats.

Voor verder inzicht van de procesgang rond medisch onderzoek en trajecten, hebben wij twee reïntegratiebedrijven geïnterviewd en twee instanties voor medisch onderzoek. Ten slotte hebben wij nog informatie verzameld bij de cliëntenvertegenwoordigingen. Een overzicht van de geïnterviewde personen treft u aan in bijlage 2.

Daar waar wij in dit rapport percentages noemen, zijn deze gebaseerd op de enquête. Indien er uitspraken worden gedaan waarbij geen percentages genoemd zijn, betreft het informatie uit de interviews.

---

9 Op initiatief van het ministerie van SZW en de VNG wordt sinds 1990 telkens voor de periode van vier jaar een representatief panel van gemeenten samengesteld. Doel van het panel is om alle onderzoeken die de gemeentelijke sociale diensten en de GSD-client tot onderzoeksobject hebben, zo effectief en efficiënt mogelijk te laten verlopen en inhoudelijk en organisatorisch te stroomlijnen. Het beheerbureau van het GSD-paneel is ondergebracht bij SGBO.



WETTELIJK KADER  
EN UITVOERINGS-  
VOORSCHRIFTEN

4

*In dit hoofdstuk bespreken we de kaders waarbinnen de gemeenten de doelstellingen, gericht op uitstroom en activering voor de categorie cliënten met medische beperkingen, moeten realiseren. Die kaders worden gevormd door wet- en regelgeving en door voorschriften waaraan procedures moeten voldoen. In de hoofdstukken 5 en 6 zullen we de gegevens over de gemeentelijke praktijk hieraan spiegelen.*

## 4.1 De Algemene bijstandswet

Zoals gezegd legt de Abw de nadruk op de tijdelijkheid van de inkomensvoorziening en de plicht van de cliënt om al het mogelijke te doen om reguliere arbeid te verwerven. Indien de cliënt niet in staat is om op eigen gelegenheid binnen korte termijn naar regulier werk uit te stromen, dan is de sociale dienst verantwoordelijk voor het verzorgen van een traject met als uiteindelijk doel regulier of gesubsidieerd werk. Als ook dat niet mogelijk is dan wordt gekeken of de cliënt in aanmerking komt voor sociale activering en/of zorg gedurende de tijd dat hij afhankelijk is van een uitkering.

In principe zijn er aan de bijstandsuitkering arbeidsverplichtingen gekoppeld, deze staan omschreven in artikel 113 Abw<sup>10</sup>. Twee categorieën cliënten zijn daarvan (deels) uitgezonderd: ouderen en alleenstaande ouders met kinderen tot vijf jaar. Verder kunnen gemeenten op grond van artikel 107, eerste lid van de wet, besluiten de verplichting tot arbeidsinschakeling niet op te leggen, dan wel cliënten hiervan tijdelijk en/of gedeeltelijk te ontheffen indien daartoe naar hun oordeel aanleiding bestaat om redenen van medische of sociale aard, dan wel om redenen gelegen in de aard en het doel van de bijstand. Er zijn geen wettelijke bepalingen die aangeven op basis van welke criteria tot die ontheffing kan worden besloten, wel zijn er richtlijnen voor de uitvoering. We gaan daar in paragraaf 4.2. nader op in.

De ontheffing is in principe een tijdelijke aangelegenheid. Bij elk heronderzoek moeten opnieuw de mogelijkheden tot arbeidsinschakeling worden bepaald en dus ook de noodzaak voor een nieuwe periode voor een ontheffing van arbeidsverplichtingen.

---

10 Artikel 113, lid 1: De belanghebbende die voor de zelfstandige voorziening in het bestaan is aangewezen op arbeid in dienstbetrekking is vanaf de dag van melding als bedoeld in artikel 68a, tweede lid, verplicht:

- a. naar vermogen te trachten arbeid in dienstbetrekking te verkrijgen;
- b. ervoor te zorgen dat hij als werkzoekende geregistreerd is bij de Centrale organisatie werk en inkomen en geregistreerd blijft, indien hem daartoe het recht toekomt op grond van artikel 25, eerste lid, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen;
- c. passende arbeid te aanvaarden;
- d. na te laten hetgeen inschakeling in de arbeid belemmert;
- e. mee te werken aan een onderzoek naar de geschiktheid voor scholing of opleiding en aan een scholing of opleiding, die noodzakelijk wordt geacht;
- f. beschikbaar te zijn voor de voorzieningen van de Wet inschakeling werkzoekenden, mee te werken aan het verkrijgen van die voorzieningen, daarvan gebruik te maken en daartoe op een aangegeven tijd en plaats te verschijnen.

De mogelijkheden tot invulling van de trajecten en voorzieningen ten behoeve van uitstroom en activering zijn voor de categorie cliënten met medische beperkingen dezelfde als voor andere cliënten. Daarnaast kunnen zij gebruikmaken van de mogelijkheden die de Wet Rea biedt.

## 4.2 De Wet Rea

De Wet Rea (hierna te noemen: de Rea) is van toepassing op arbeidsgehandicapten, dat wil zeggen: eenieder die door ziekte of gebrek verminderde kansen heeft op de reguliere arbeidsmarkt. De Rea is voor alle arbeidsgehandicapten, dus ook het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en werkgevers kunnen er een beroep op doen voor hun cliënten respectievelijk hun werknemers. Gemeenten kunnen de Rea inzetten voor cliënten met een uitkering ingevolge de Abw, de Ioaw en de Inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen (Ioaz), cliënten met een dienstbetrekking op grond van de WtW en voor de zogenaamde Nuggers (mensen zonder uitkering) alsmede de uitkeringsgerechtigden die een uitkering op grond van de Algemene Nabestaandenwet (ANW) ontvangen. Voor cliënten met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering (de samenloopgevallen) is het UWV verantwoordelijk voor de toepassing van de Rea.

### Doelgroep

Personen kunnen op drie manieren als arbeidsgehandicapt in de zin van de Rea worden aangemerkt:

1. Volgens omschreven situaties in de wet zelf (artikel 2 Rea). Het gaat hier onder meer om ex-WSW'ers, WSW-geïndiceerden op een wachtlijst en mensen met een recent WAO-verleden.
2. Van rechtswege volgens artikel 3 van het Arbeidsgehandicaptebesluit<sup>11</sup>. Voor sociale diensten is dit artikel van belang, omdat het betrekking heeft op cliënten die op grond van medische belemmeringen zijn ontheven van arbeidsverplichtingen en/of een rolstoel en/of een vervoersvoorziening op grond van de Wvg hebben.
3. Op basis van een zogenaamde Rea-toets. We leggen kort uit wat deze toets inhoudt.

### Rea-toets

De Rea-toets is een medisch-arbeidskundig onderzoek, op grond waarvan wordt vastgesteld of iemand arbeidsgehandicapt is. Het onderzoek moet worden uitgevoerd door in de wet nader omschreven deskundigen en volgens procedures en criteria die zijn omschreven in het Arbeidsgehandicaptebesluit. Het onderzoek moet uitsluitsel geven over de soorten arbeid die de betrokkene met zijn beperkingen nog kan verrichten en hoe groot de kans is dat hij in de voor hem geschikte functies ook daadwerkelijk werk kan vinden.

Het onderzoek is tweeledig van aard en bestaat uit een medisch en een arbeidskundig deel.

In artikel 7 van het Arbeidsgehandicaptebesluit staat aangegeven welke vragen in elk geval in het deskundigenadvies beantwoord moeten worden.

- Tot welke arbeid is de betrokkene nog in staat?
- Heeft betrokkenen voorzieningen of maatregelen nodig voor het verrichten van bedoelde arbeid?

---

<sup>11</sup> Arbeidsgehandicaptebesluit, 13 december 2001, Staatsblad 687.

- Zijn die voorzieningen of maatregelen te realiseren binnen een normale werkomgeving?
- Heeft betrokkenen een goed beroepsperspectief en goede arbeidsmarktkwalificaties?

De Rea-toets is afgestemd op de WSW-indicatiestelling<sup>12</sup>.

Voor een goed begrip van de uitvoeringspraktijk en de te ondernemen acties door gemeenten zijn hier nog een aantal zaken van belang<sup>13</sup>.

In de eerste plaats wordt in het advies dus rekening gehouden met reële perspectieven op het verwerven van een plaats op de reguliere arbeidsmarkt. In de Toelichting op het Arbeidsgehandicaptebesluit wordt daarom ook met nadruk gesteld dat lang niet alle cliënten met een ontheffing zomaar (a-priori) voor de Rea in aanmerking moeten worden gebracht, omdat voor een groot deel van deze cliënten de arbeidsmarktperspectieven er niet meer zijn.

Verder kan de arts al vaststellen dat een cliënt niet arbeidsgehandicapt is conform de Rea, waarna ook geen arbeidskundig onderzoek meer plaatsvindt. Een Rea-advies een geldigheid heeft van vijf jaar. In gevallen waarbij een cliënt na onderzoek niet onder de doelgroep van de Rea blijkt te vallen vanwege arbeidsongeschiktheid, luidt het medisch advies dan ook doorgaans dat de cliënt na vijf jaar wederom medisch onderzocht moet worden.

Verder willen we nog het aspect van de vrijwilligheid belichten: de cliënt moet zijn toestemming geven om voor de Rea in aanmerking te worden gebracht en maakt op basis van vrijwilligheid gebruik van het Rea-instrumentarium. Dat houdt in dat een cliënt na een Rea-toets alsnog kan afzien van daadwerkelijk gebruikmaking van de Rea-mogelijkheden. De vrijwilligheid is in zoverre beperkt, dat de cliënt zwaarwegende bezwaren moet hebben tegen het toepassen van de Rea en moet kunnen aantonen dat zijn kansen op de arbeidsmarkt er juist door afnemen. Deze vrijwilligheid is in de Rea ingebouwd, vanwege de kans op een stigmatiserende werking van de betiteling arbeidsgehandicapte. Wanneer een cliënt niet meewerkt aan een Rea-toets of bij het inzetten van Rea-instrumenten, valt hij echter onder het normale regime van arbeidsverplichtingen van de Abw en het toepasselijke sanctie-instrumentarium.

### **De mogelijkheden**

De Rea biedt in de eerste plaats aan arbeidsgehandicapten de mogelijkheid om direct van de WTW gebruik te maken. Vervolgens bestaat het Rea-pakket uit:

- de mogelijkheid om een arbeidsgehandicapte voor een periode van zes maanden op proef te laten werken bij een werkgever. De werkgever betaalt geen loon, maar de arbeidsgehandicapte houdt in deze periode zijn uitkering;
- een premiekorting voor de werkgever bij indienstneming van een arbeidsgehandicapte of bij herplaatsing binnen het bedrijf;

---

<sup>12</sup> Zie Memorie van Toelichting op het Arbeidsgehandicaptebesluit: 'Met name voor gemeenten - maar ook andere organen krijgen met die vraag te maken - dient bij een bevestigend antwoord op de vraag naar de noodzaak van voorzieningen de vervolgvraag te worden gesteld of die voorzieningen zijn te realiseren binnen een normale werkomgeving. Luidt het antwoord daarop bevestigend, dan is betrokkene arbeidsgehandicapt, luidt het antwoord hierop ontkennend, dan is hij mogelijk geïndiceerd voor de WSW (en op grond daarvan ook arbeidsgehandicapt)'. Daarnaast kunnen gemeenten de Rea-toetsen door WSW-indicatieorganen uit laten voeren om deze samenhang goed te bewaken.

<sup>13</sup> Zie ook VNG: Handboek Wet Inschakeling Werkzoekenden. Losbladige uitgave

- werknemersvoorzieningen, te weten: vervoersvergoedingen, jobcoaching en communicatievoorzieningen voor doven;
- vergoeding van meerkosten voor de werkgever, bijvoorbeeld voor aanpassingen aan de werkplek en in het bedrijf, productieverlies, extra begeleiding en dergelijke;
- overname van de loondoorbetaling bij ziekte door UWV en uitsluiting van de berekening van de WAO-premie ingeval van arbeidsongeschiktheid van de geplaatste arbeidsgehandicapte.

Daarnaast wordt op dit moment binnen enkele regio's een proef gedaan met een persoonsgebonden reïntegratiebudget.

#### **Aanvraag via het UWV**

Per 1 januari jl. moeten de gemeenten voor de meeste Rea-voorzieningen aankloppen bij het UWV. Alleen de proefplaatsing (en in de experimentregio's de persoonsgebonden budgetten) voeren zij nog zelfstandig uit. De overheveling van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Rea door het UWV heeft te maken met het feit dat werkgevers op deze manier maar met één aanspreekpunt, het UWV, te maken hebben.

## **4.3 Uitvoeringsvoorschriften**

Naast bovengeschetst wettelijk kader zijn er nog bepalingen die van belang zijn voor de procedures die gemeenten hanteren. Deze voorschriften zijn onder meer te ontleen aan de wet SUWI, de Abw en onderliggende besluiten, regelingen, modellen etc. en eerdergenoemde stukken.

#### **Vaststelling van de afstand tot de arbeidsmarkt**

Wanneer iemand werkloos raakt, dient hij zich te melden bij het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI). Vanaf de dag van melding wordt er, samen met de cliënt, gestart met het bekijken van de mogelijkheden voor arbeidsinschakeling. De bedoeling hiervan is om reeds vanaf het allereerste contact een actieve houding te bewerkstelligen van zowel de gemeente als de bijstandsgerechtigde. Dat betekent dat, vooruitlopend op het afgeven van de toekenningsbeschikking, er reeds vanaf de dag van melding bij het CWI afspraken dienen te worden gemaakt over de inzet van de cliënt, over sollicitaties en, zo nodig, over andere activiteiten gericht op het vinden van werk.

Om bemiddeling zo effectief mogelijk te laten plaatsvinden, maakt het CWI gebruik van de kansmeter. Met behulp van dit instrument wordt bepaald hoe groot iemands afstand tot de arbeidsmarkt is. De cliënten worden ingedeeld in fasen (fase 1, 2, 3 of 4). Hoe hoger het nummer hoe groter de afstand tot de arbeidsmarkt. Deze fasering wordt gemaakt ongeacht de in de Abw aangegeven uitzonderingen van de arbeidsverplichting.

In de werkinstructies van het CWI staat aangegeven dat voor iedere cliënt de gehele kansmeter doorlopen moet worden, juist om te voorkomen dat bepaalde groepen te snel in fase 4 worden ingedeeld<sup>14</sup>. De kansmeter zelf bevat vragen die betrekking hebben op het signaleren van

---

<sup>14</sup> Instructie Werkintake CWI.

medische belemmeringen en een mogelijke arbeidshandicap in de zin van de Rea<sup>15</sup>.

Op basis van deze fasering wordt voor de fase 2 tot en met 4 nog een diepergaand onderzoek ingesteld<sup>16</sup> dat uitmondt in een reïntegratieadvies. In dit advies wordt rekening gehouden met de uit de fasering gebleken belemmeringen.

Op deze werkwijze is een uitzondering gemaakt voor (gedeeltelijk) arbeidsgehandicapten. Bij deze groep, waarbij dus al voorafgaand aan de melding bij het CWI op grond van medisch onderzoek een arbeidshandicap is vastgesteld, stelt het CWI alleen op uitdrukkelijk verzoek van de gemeente een reïntegratieadvies op<sup>17</sup>.

Aangaande bemiddelingsactiviteiten heeft het CWI geen specifiek aanbod voor cliënten met medische belemmeringen. Wel zijn er binnen het generieke werkproces enkele specifieke instrumenten opgenomen, zoals een workshop voor arbeidsgehandicapten en aparte informatie op de website van het CWI.

Vanaf 1 januari 2003 hanteert het CWI, op basis van nieuwe voorgeschreven werkprocessen, zogenaamde klantprofielen, waaronder een voor arbeidsgehandicapten<sup>18</sup>. Het doel hiervan is de dienstverlening meer gericht te laten plaatsvinden. De precieze invulling is op dit moment nog niet bekend.

### **Opstellen trajectplan en ontheffing van arbeidsverplichtingen**

De nieuwe cliënt die is geïndiceerd voor fase 2, 3 of 4, wordt aan de sociale dienst overgedragen met een reïntegratieadvies van het CWI. De sociale dienst stelt vervolgens samen met de cliënt een trajectplan op, waarin is vastgelegd welke activiteiten de cliënt moet doorlopen om klaargestoomd te worden voor de arbeidsmarkt. Indien reguliere arbeid, gelet op de capaciteiten van betrokkene, niet tot de mogelijkheden behoort, wordt bezien of gesubsidieerde arbeid mogelijk is. Indien ook dit voor betrokkene te hoog gegrepen is, wordt bekeken of sociale activering al dan niet gecombineerd met zorgverlening van toepassing is, teneinde maatschappelijke participatie te bevorderen en sociaal isolement te voorkomen.

Volgens de bedoelingen van de wet SUWI moet met iedere cliënt een dergelijk trajectplan worden opgesteld. Dit geldt ook voor cliënten die bij wet zijn uitgezonderd van arbeidsverplichtingen.

---

<sup>15</sup> Dit zijn de volgende vragen:

- Heeft u gezondheidsklachten (gehad) die u belemmeren om te gaan werken?
- Bent u geheel arbeidsongeschikt verklaard en is daarbij vastgesteld dat er geen enkele verdien capaciteit resteert?
- Bent u de afgelopen vijf jaar gekeurd in verband met een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?
- Ontvangt u een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering? Zo ja, van welke instantie en vanaf welke datum?
- Heeft u korter dan vijf jaar geleden gewerkt bij de sociale werkvoorziening of staat u hiervoor op de wachtlijst?
- Bent u in uw werk afhankelijk (geweest) van een voorziening of een aangepaste werkplek?

<sup>16</sup> Door middel van de zogenaamde kwalitatieve intake (kwint) en het vervolgesprek fase 4.

<sup>17</sup> Artikel 5.4, model Service Niveau Overeenkomst CWI - gemeenten.

<sup>18</sup> Conform Referentie werkproces 5.0 van het CWI. Hierin wordt aangegeven welke werkprocessen het CWI vanaf januari 2003 volgt.

Bij de reguliere cliënten, die gewoon aan de arbeidsverplichtingen moeten voldoen, bekijkt de consulent met de cliënt mede aan de hand van het reïntegratieadvies de verdere mogelijkheden om het trajectplan in te vullen. Daarbij komen eventuele medische belemmeringen aan de orde, al of niet reeds eerder gesignaleerd door het CWI. Indien de consulent zekerheid wil hebben over de medische noodzaak tot (gedeeltelijke) ontheffing van de arbeidsverplichtingen, moet hij een medisch onderzoek aanvragen. Deze werkwijze is niet in de Abw zelf vastgelegd, maar vloeit voort uit de bepalingen over de wijze waarop de gemeenten worden geacht beslissingen over de toekenning en voortzetting van de bijstand te nemen, hun administratie moeten voeren, de gemeentelijke controle (single audit) moeten uitvoeren en voor de wijze waarop zij verantwoording aan het Rijk moeten afleggen<sup>19</sup>. Welk soort medisch onderzoek precies wordt uitgevoerd en bij welke instantie, is dan afhankelijk van het gemeentelijk beleid. Ook in de gevallen waarbij cliënten (gedeeltelijk) van arbeidsverplichtingen worden ontheven, moet een trajectplan worden overwogen. Bij cliënten met medische belemmeringen kan er dan vooral worden gedacht aan sociale activering en zorg (medische of psychische behandeling, maatschappelijk werk en dergelijke).

Het trajectplan maakt onderdeel uit van de toekenning van de uitkering en wordt mede door de cliënt ondertekend (artikel 70 Abw). Ingeval van een (gedeeltelijke) ontheffing moet een eindtermijn worden aangegeven. Het trajectplan vormt de basis voor de verdere begeleiding, die door de casemanagers van de sociale diensten wordt vormgegeven.

Voor de twee cliëntgroepen die bij wet (gedeeltelijk) zijn uitgezonderd van de arbeidsverplichtingen moeten gemeenten wijzen op de mogelijkheden voor uitstroom, activering en zorg. De cliënt kan daarvan op vrijwillige basis gebruikmaken. Maken zij daar geen gebruik van dan wordt doorgaans een zogenaamd 'rustplan' opgesteld. Dit houdt in dat er alleen afspraken worden gemaakt voor de termijnen voor activerings- en controlegesprekken.

---

<sup>19</sup> Artikel 117 Abw; artikel 41 lid 1 loaw/loaz; artikel 6 lid 1 Rau Abw c.a; artikel 3 lid a Rau WIK. Ook de Handreiking behorende bij het Model Verslag over de Uitvoering Abw, loaw, loaz en WIK 2002 geeft aan dat ingeval van een ontheffing het medisch advies waarop dit is gebaseerd in het dossier vindbaar moet zijn, te weten: een advies van de GGD, een arbeidskundige of het CWI.



HET GEMEENTELIJK BELEID

5

*In dit hoofdstuk beschrijven we het gemeentelijke beleid voor cliënten met medische belemmeringen. We bekijken of gemeenten voor deze categorie een specifieke aanpak hebben, wat de rol van de reïntegratiebedrijven is, of er keuzes zijn gemaakt in het medisch onderzoek en ontheffingsbeleid, of er specifieke afspraken zijn met de CWI's, welke plek de Rea heeft en of er specifiek afspraken zijn met het UWV.*

*Allereerst gaan we in op het beeld dat gemeenten hebben van de categorie cliënten met medische belemmeringen.*

## 5.1 Cliënten met medische belemmeringen: omvang en kenmerken

In het voorgaande hoofdstuk hebben we al opgemerkt dat er weinig landelijk cijfermateriaal is. Zowel in de enquête als in de gesprekken hebben we gevraagd naar gegevens over omvang en kenmerken van de groep cliënten met medische belemmeringen.

Allereerst hebben we gevraagd naar een inschatting van het aantal cliënten met een medische belemmering. Tweederde (66%) van de gemeenten kan dat aangeven en de percentages variëren van 'minder dan 15%' tot 75%. De antwoorden zijn zeer divers, maar de meeste gemeenten denken dat het maximaal 40% van hun bestand betreft.

Een schatting van het aantal cliënten dat op grond van de Rea arbeidsgehandicapt is, kon ruim de helft (57%) van de gemeenten niet maken. Van de gemeenten die wel een schatting geven, variëren deze sterk: van 'minder dan 1%' tot 45%. Het merendeel denkt dat het gaat om een aandeel tussen de 5-10%.

Dat gegevens ontbreken ligt aan het feit dat gemeenten geen adequate informatiesystemen hebben, dat informatiesystemen niet zijn ingericht op het genereren van beleidsinformatie of dat gegevens niet in de systemen worden vastgelegd. Hoewel harde gegevens over omvang en kenmerken ontbreken, is uit de enquêtes en de interviews is naar voren gekomen dat het overgrote deel van de cliënten met een medische belemmering ook andere problemen heeft, zoals langdurige werkloosheid, een arbeidsongeschiktheidsverleden, geringe scholing, taalproblemen, psychische problemen, schulden en verslavingsproblemen. Dat is overigens verklaarbaar vanuit de grote uitstroom in de recente jaren, waardoor de moeilijk reïntegreerbare cliënten in de bijstand achter zijn gebleven. Verder is een belangwekkend signaal dat met name de CWI's constateren dat ook in de huidige instroom sprake is van een meerderheid van cliënten met complexe problematiek.

*In één gemeente geeft het CWI aan dat 80% van de alleenstaanden en gehuwden/samenwonende aanvragers van bijstand meldt niet te kunnen werken vanwege medische belemmeringen.*

*Andere CWI-medewerkers constateren dat zij in meerderheid aanvragen krijgen van cliënten die "al ergens in de hulpverlening lopen". "Er is geen cliënt waar helemaal niets mis mee is", is een stelling van een consulent die zich bezig moet houden met de uitstroom.*

Alle geraadpleegde partijen zijn het er verder over eens dat medische belemmeringen vaak verweven zijn met belemmeringen van psychische aard, die elkaar versterken. Als voorbeeld geeft men de casus van de cliënt met een arbeidsongeschiktheidsverleden die instroomt in de bijstand, of de cliënt die jaren als arbeidsongeschikte in de bijstand heeft gezeten.

Deze cliënten zijn door de buitenwereld jarenlang beschouwd en behandeld als arbeidsongeschikten dus als afgedaan voor de arbeidsmarkt. Zij zijn zichzelf daarnaar gaan gedragen en ook daadwerkelijk als arbeidsongeschikt gaan voelen en hebben soms bijbehorende symptomen ontwikkeld. Nu krijgen zij, doorgaans ook nog op hogere leeftijd, te horen dat ze wél arbeidsgeschikt zijn en acties moeten ondernemen om weer aan het werk te komen. Mensen die met deze situatie worden geconfronteerd worden, volgens een van de geïnterviewde artsen, letterlijk ziek van angst. Wil men daadwerkelijk proberen deze cliënten te reintegreren, dan vereist dat allereerst een aanpassing van het zelfbeeld van de cliënt, het wegnemen van de ziektebeleving en eventuele reële klachten, om uiteindelijk een gedragsverandering te kunnen realiseren. Dit is veel complexer om aan te pakken dan wanneer er sprake is van alleen een fysieke handicap.

Over het algemeen zijn de geïnterviewden dan ook van mening dat reïntegratie in de zin van toeleiding naar reguliere, dan wel gesubsidieerde arbeid, voor een groot deel van de mensen met medische belemmeringen niet reëel is, zeker niet op korte termijn. In de trajecten die voor deze groep worden afgesproken richt men zich dan ook allereerst op het vergroten van de zelfredzaamheid, sociale redzaamheid en welbevinden van de cliënt en het wegnemen van allerhande belemmeringen. Sommige gemeenten hebben het dan ook over “trajectgeschiktheid” in plaats van Arbeidsgeschiktheid<sup>20</sup>.

*Gemeente X beoordeelt of een cliënt trajectgeschikt is en gaat niet meer uit van arbeidsgeschiktheid. Op deze manier hoopt men een grote groep cliënten te bereiken die tot op heden als gedeeltelijk of geheel arbeidsongeschikt nog niet in aanmerking kwam voor een traject. In het licht van de Agenda voor de Toekomst geeft de gemeenten wel aan dat het een illusie is te denken dat deze aanpak leidt tot grotere uitstroom. “We realiseren ons dat niet alle trajecten uiteindelijk tot uitstroom uit de uitkering zullen leiden. Het kan dus betekenen dat iemand een traject volgt, zonder dat de arbeidsongeschiktheid op termijn ook daadwerkelijk eindigt. Maar de vraag is hoe erg dat is. Het volgen van een traject voegt iets toe aan het leven van een cliënt. Het is vaak het begin van het opdoen van nieuwe sociale contacten; een eerste stap tot (hernieuwde) maatschappelijke participatie. Ook als het ultieme doel van het traject, namelijk sociale activering, niet gerealiseerd wordt, is het traject niet voor niets geweest”.*

## 5.2 Aanpak van cliënten met medische belemmeringen

Uit de enquête en de gesprekken maken wij op dat de categorie ‘cliënten met medische belemmeringen’ niet een aparte doelgroep is die in het gemeentelijk beleid wordt onderscheiden. Deze cliënten ‘gaan gewoon mee in de stroom’. Binnen de maatwerkaanpak is een medische belemmering op enig moment relevant voor de keuze van het in te zetten instrument, het is geen kenmerk om een hele doelgroep volgens een vast stramien te benaderen. Het doelgroepenbeleid is met de individugerichte sluitende aanpak en het casemanagement verlaten.

### **Specifiek aanbod**

Zoals we hiervoor hebben aangegeven is reïntegratie niet het onmiddellijke doel dat de gemeenten voor ogen hebben bij trajecten voor deze categorie cliënten.

---

<sup>20</sup>Niet arbeidsgeschikt, wel trajectgeschikt!, artikel in WIZ-wijzer, tweede jaargang nr. 5, juni 2002.

Bij het uitstippelen van een traject gaat het volgens de gemeenten om een stap-voor-stapbenadering. Uit het hele scala aan instrumenten, dat ondersteunend is voor de weg naar werk (sommige gemeenten noemen dat 'de ladder', anderen de 'keten'), zijn met name de mogelijkheden van zorg- en welzijnsinstellingen en sociale activering relevant. Sommige gemeenten hebben een specifiek aanbod voor cliënten met medische belemmeringen. Uit de ISSA-publicaties zijn de projecten voor verslaafden en cliënten met psychiatrische ziektebeelden bekend. Daarnaast zijn er gemeenten die door middel van lichamelijke en geestelijke trainingen proberen de objectieve gezondheid en subjectieve gezondheidsbeleving te verbeteren. Enkele gemeenten hebben aangegeven naast een dergelijk aanbod of in het verlengde daarvan te zoeken naar mogelijkheden voor arbeidsgewenningsprojecten of jobcoaching.

*Eén van de geïnterviewde gemeenten doet zaken met het plaatselijke SW-bedrijf, waar trajecten worden ingekocht. De samenwerking is ontstaan omdat de gemeente niet tevreden was met de activiteiten van de keuringsinstantie: die keek te veel naar de medische beperkingen en niet naar wat de cliënt nog wel kan. Het SW-bedrijf is nu juist ervaren in het opsporen van de mogelijkheden van de cliënt. Bovendien kan het SW-bedrijf de cliënt direct aan het werk helpen, omdat het bedrijf over veel verschillende productielijnen en typen werk beschikt. Arbeidsgehandicapten kunnen daar ervaring opdoen, hetgeen kan helpen bij de verdere reïntegratie.*

Het knelpunt bij het creëren van een eigen gemeentelijk aanbod is de beperkte zogenaamde vrije ruimte. Gemeenten mogen slechts 20% van het reïntegratiebudget zelf besteden, dus aan een zelfgecreëerd aanbod zonder tussenkomst van een reïntegratiebedrijf. Met name in grote gemeenten, waar de problematiek rondom de fase 4 groep het grootst en hardnekkigste is, blijkt dat dit niet genoeg is.

*Eén van de geïnterviewde gemeenten merkte op dat "aanbesteden vaak tot een eenheidsworst leidt, en dat werkt nu eenmaal niet voor deze groep". In de desbetreffende gemeente wordt de 20% vrije ruimte vooral aangewend voor praktische projecten, waar reïntegratiebedrijven niet in voorzien.*

Een ander knelpunt is gelegen in het bereikbaar maken van het reguliere aanbod in de zorg, zoals Riagg en het Algemeen Maatschappelijk Werk. Deze werksoorten werken vanuit andere principes dan die gelden voor de inzet van een traject van de sociale dienst, namelijk op basis van vrijwilligheid en motivatie van de cliënt. Daarnaast blijkt het zeer moeilijk om cliënten van de sociale dienst in behandeling te nemen op het tijdstip dat volgens het trajectplan daarvoor geschikt is; de instellingen hebben namelijk doorgaans een wachtlijst. Ten slotte is door gemeenten opgemerkt dat deze instellingen aangeven geen gegevens over de diagnose en voortgang van de cliënt te kunnen verstrekken in verband met privacyregels, hetgeen het voor gemeenten onmogelijk maakt een samenhangend traject vorm te geven en ontwikkelingen te volgen.

### **Verplichtende karakter**

Gemeenten variëren in het beleid aangaande de verplichtingen die worden verbonden aan trajecten die niet direct zijn gericht op uitstroom. Enkele gemeenten zijn zeer expliciet in het verplichtende karakter van trajecten, ook voor zorgtrajecten.

### ***Uit de werkinstructie van een gemeente:***

*“Cliënten die (nog) niet kunnen deelnemen aan een arbeidsactiveringstraject en zijn aangewezen op zorg, zijn meestal niet arbeidsplichtig. De CM (casemanager) legt deelname aan het zorgtraject vast in de Bijlage rechten en plichten. Bij verwijtbaar niet meewerken aan het zorgtraject volgt een maatregel, ongeacht de arbeidsplicht”.*

Andere gemeenten geven aan dat bij dit soort trajecten de verplichtingen en het sanctie-instrumentarium niet goed toepasbaar zijn.

### **Rol van de reïntegratiebedrijven**

Bepalend voor de gemeentelijke betrokkenheid bij de aanpak van de cliënten is de wijze waarop gemeenten hun casemanagement en inkoopfunctie hebben vormgegeven. Uit het onderzoek komt naar voren dat wat dit betreft er een onderscheid gemaakt moet worden in gemeenten die complete trajecten ‘per kavel’ aanbesteden en gemeenten die de casemanagers zelf modules als onderdeel van een traject laten inkopen.

Gemeenten die gehele trajecten inkopen, dragen cliënten over aan het reïntegratiebedrijf. Het reïntegratiebedrijf heeft de opdracht om een trajectplan op te stellen en uit te voeren. Omdat het reïntegratiebedrijf vervolgens verantwoordelijk is, bepaalt die dan bijvoorbeeld ook of een medische keuring of een Rea-onderzoek uitgevoerd moet worden. De casemanager volgt de vorderingen van de cliënt en het reïntegratiebedrijf op afstand en heeft dan vaak nog wel de taak om voorstellen van het reïntegratiebedrijf, zoals het uitvoeren van een keuring of de inzet van een specifiek traject, te accorderen.

Gemeenten waarbij de casemanager zelf diagnoses opstelt, doelen formuleert, trajectplannen opstelt en daarvoor modules inkoopt, moeten noodzakelijkerwijs een directere greep op het hele proces hebben.

Gemeenten die tot de eerste categorie behoren, blijken over aanzienlijk minder informatie te beschikken over wat er nu precies met cliënten gebeurt. De vragen over de inzet van medisch onderzoek, de Rea, de inzet van het soort traject en de resultaten konden door deze gemeenten vaak niet goed beantwoord worden. Zij gaven aan dat dat zich aan hun waarneming onttrekt. Kennelijk is de informatievoorziening op dit punt niet goed geregeld. Van de zijde van de reïntegratiebedrijven is overigens ook opgemerkt, dat gemeenten nog steeds “moeten leren aanbesteden” en dat aanbesteden niet betekent “het aanreiken van een kaartenbak”.

*Dat het inkoopbeleid nog niet voldoende is ontwikkeld, blijkt ook uit het feit dat gemeenten aangeven dat contracten op basis van ‘no cure no pay’ uiteindelijk toch kunnen leiden tot interpretatieverschillen over ‘no cure’. Zo gaf één gemeente aan dat, toen het op afrekenen aankwam, het reïntegratiebedrijf zich bij de geconstateerde ‘no cures’ verweerde met de opmerking dat de gemeente niet straf genoeg sanctioneerde bij het niet nakomen van afspraken. Het was het reïntegratiebedrijf dan ook niet te verwijten dat er geen resultaat behaald was. Kennelijk waren in dit geval de afspraken over de verdeling van de verantwoordelijkheden toch niet helder genoeg.*

Juist vanwege het ontbreken van een directe grip op het proces, wil een aantal van de door ons geïnterviewde gemeenten dan ook aan af van deze vorm van aanbesteding en gaan zij langzamerhand, al naar gelang het tempo waarmee de casemanagers worden geschoold, over op modulaire aanbesteding. Op deze manier denken zij ook de cliënten een beter aanbod te

kunnen doen: gemeentelijke medewerkers hebben een beter inzicht in de sociale kaart, lacunes in het aanbod kunnen direct op beleidsniveau worden aangepakt. Reïntegratiebedrijven zouden ook nog te veel gericht zijn op scholingstrajecten en te weinig oog hebben voor trajecten op het gebied van zorg en welzijn, terwijl cliënten met medische belemmeringen daar wel voor het overgrote deel op zijn aangewezen.

## 5.3 Medisch onderzoek

Zoals in het voorgaande hoofdstuk is aangegeven moet aan een ontheffing van arbeidsverplichtingen een medisch advies ten grondslag liggen. De vraag van de RWI was hoe consequent gemeenten hierin zijn en of gemeenten niet te vaak een onderzoek laten verrichten, waarbij geen rekening wordt gehouden met de nog aanwezige mogelijkheden van de cliënt (een medische keuring gericht op uitsluitend het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid) in plaats van een medisch-arbeidskundig onderzoek, dat meer gericht is op de nog aanwezige mogelijkheden van de cliënt.

Uit het onderzoek blijkt dat gemeenten als beleidslijn hanteren dat cliënten die aangeven last te hebben van medische belemmeringen in principe altijd medisch onderzocht moeten worden, hetzij na verwijzing door de dienst zelf, hetzij via het reïntegratiebedrijf. Een medisch onderzoek gebeurt niet indien er reeds voldoende medische informatie beschikbaar is, bijvoorbeeld een bewijs van definitieve arbeidsongeschiktheid, recente artsverklaringen, ziekenhuisopname of het gebruik van specifieke hulpmiddelen waarvoor een medische verklaring noodzakelijk is.

*Eén gemeente werkt met een 'medisch poortwachter onderzoek'. Onmiddellijk nadat een cliënt medische belemmeringen heeft aangegeven, moet deze een vragenlijst invullen die beoordeeld wordt door een arts. In deze gemeente wordt binnen 48 uur na melding bij het CWI, die gekoppeld is aan een melding bij de GSD, een medisch onderzoek verricht. Deze aanpak heeft niet alleen een preventief effect, maar heeft ook als resultaat dat er direct op basis van de geconstateerde problematiek een traject kan worden uitgestippeld.*

Als er besloten wordt om een medisch onderzoek uit te voeren, laat 62% van de gemeenten het afhangen van de individuele situatie of alleen een medische keuring wordt uitgevoerd of een medisch-arbeidskundig onderzoek. Een medische keuring wordt doorgaans ingezet bij die gevallen waarbij het gaat om het bepalen van (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid of in overduidelijke gevallen van gehele en definitieve arbeidsongeschiktheid. Er zijn ook gemeenten die een medische keuring inzetten als ze een motivatieprobleem of simulatie vermoeden. De keuring moet in die gevallen over daadwerkelijk aanwezige medische belemmeringen uitsluitel geven en als de cliënt dan nog vasthoudt aan het feit hij medisch belemmerd wordt om zich beschikbaar te stellen voor de arbeidsmarkt, wordt een medisch-arbeidskundig onderzoek ingesteld.

Medisch-arbeidskundig onderzoek wordt door gemeenten ingezet als de consultant nog restcapaciteit vermoedt. Hierbij is van belang dat een arts nooit uitspraken kan/mag doen over mogelijkheden op de arbeidsmarkt, dit doet de arbeidsdeskundige.

### ***Uit de werkinstructie van een gemeente:***

Voor het proces dat volgt op de constatering van een medische belemmering, hanteert een consulent een beslisboom die leidt naar of een sociaal-medisch advies (SMA) of een Rea-toets. Komt hij uit bij een SMA dan geldt de volgende instructie:

#### ***Doel SMA:***

Onderzoeken of er medische gronden aanwezig zijn, op basis waarvan:

- een cliënt (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt moet worden geacht, waardoor nadere regels gelden met betrekking tot de verplichtingen die aan de uitkering zijn verbonden
- cliënt in aanmerking dient te komen voor bijzondere bijstand.

#### ***Beoordeling SMA bij arbeidsongeschiktheid:***

Als een cliënt bij contact met de dienst aangeeft arbeidsongeschikt te zijn, wordt allereerst beoordeeld of een SMA moet worden aangevraagd.

- Mogelijk is de arbeidsongeschiktheid van relatief korte duur.
- Mogelijk is er een verband met andere problemen, waardoor een ander traject moet worden gekozen (schuldenproblematiek, gezinsproblematiek).
- Mogelijk is de arbeidsongeschiktheid voldoende duidelijk.
- Mogelijk is cliënt gemotiveerd tot werkaanvaarding (Rea-toets).

In deze gevallen is wellicht niet (direct) een SMA-aanvraag nodig of dient een ander traject te worden gevolgd. Voor het aanvragen van een SMA wordt het vervolg van de procedure met de cliënt besproken en wordt op het formulier (..) vastgelegd dat de cliënt op de hoogte is van de SMA-aanvraag en de verplichtingen die daaraan verbonden zijn. Het formulier (..) dient door de cliënt en door de CM te worden ondertekend.

NB: Het aanvragen van een SMA is dus geen automatisme, zodra het fenomeen medische aspecten zich aandient. Het is een middel dat doelbewust moet worden gehanteerd en waarbij vooraf een goede inschatting moet worden gemaakt van de mogelijke uitkomsten van het advies en de daarbijbehorende consequenties voor de cliënt. Naast de overweging van de noodzaak tot het aanvragen van een SMA is het ook van belang dat de CM een duidelijk beeld heeft van de mogelijke inhoud van het te ontvangen advies én de vervolgstapen die daarop moeten plaatsvinden, zoals de consequenties wanneer de cliënt niet of slechts gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt geacht.

(—)

Bepalen van de juiste vraagstelling/volledige vraagstelling SMA:

Als vaststaat dat een SMA-aanvraag noodzakelijk is en dit ook met de cliënt is overeengekomen, wordt kort en duidelijk in de adviesaanvraag aangegeven wat de situatie is, welke informatie reeds beschikbaar is (bijlagen) en wat de exacte vraag is. (-)

Ongeveer 30% van de gemeenten heeft ervoor gekozen om alleen medisch-arbeidskundige onderzoeken te laten verrichten. Men kiest voor een dergelijk totaalonderzoek om zo goed mogelijk een traject uit te kunnen stippelen. Een klein deel van de gemeenten (5%) laat uitsluitend medische keuringen verrichten.

De uitslag van een medisch onderzoek is door de arts zelf altijd aan een termijn gebonden, deze termijn wordt door de gemeenten voor medische heronderzoeken aangehouden.

Over het uitvoeren van een medisch of medisch-arbeidskundig onderzoek onderhouden de sociale diensten contacten met reïntegratiebedrijven (61%), GGD'en (50%), de Arbo-diensten (11%), de SW-indicatiecommissie (7%) en specialisten (3%).

Wat betreft de GGD'en moet nog worden opgemerkt dat sommige GGD'en alleen medische keuringen verrichten en andere het hele totaalpakket tot en met medisch-arbeidskundig onderzoek aanbieden. Vanuit hun vangnetfunctie hebben GGD'en kennis van de sociale kaart en van de moeilijkste cliënten binnen de categorie met medische belemmeringen, namelijk die met verslavingsproblemen en met psychiatrische problemen. Sommige GGD'en spelen dan ook een rol in trajecten en projecten die zich op dergelijke groepen richten. In het eerdergenoemde voorbeeld op pagina 15 bijvoorbeeld, speelt de keuringsarts van de GGD nadrukkelijk een rol in het aangeven welke soorten van trajecten voor cliënten die te kampen hebben met medische belemmeringen, tot de mogelijkheden behoren.

## 5.4 Beleid in relatie tot het CWI

Specifieke beleidskeuzen zouden er ook gevonden kunnen worden in de taakverdeling en specifieke opdrachten tussen gemeenten en CWI. Deze partijen kunnen immers in de Service Niveau Overeenkomst (SNO) afspraken maken die een aanscherping betekenen van de reguliere afspraken.

Wij hebben de gemeenten gevraagd of zij dergelijke specifieke afspraken met het CWI hebben gemaakt, bijvoorbeeld over de wijze waarop het CWI arbeidsbelemmeringen vaststelt en hoe het CWI voor deze groep het reïntegratieadvies opstelt.

Geen van de ondervraagde gemeenten heeft specifieke afspraken met het CWI gemaakt over hoe het CWI om moet gaan met cliënten met medische beperkingen. Een aantal gemeenten verwijst naar de passage uit de standaard SNO, maar dit betreft dus geen specifieke lokale afspraken.

## 5.5 De Abw en de Rea

In de enquête hebben we gevraagd of de gemeenten de Rea toepassen. Nagenoeg alle gemeenten (95%) maken gebruik van de mogelijkheden die de Rea biedt. Een enkele gemeente (5%) maakt hiervan geen gebruik.

Zoals in het vorige hoofdstuk werd aangegeven, zijn er twee groepen die zonder Rea-toets tot de Rea kunnen worden toegelaten: de artikel 107-ontheffingen en cliënten die een Wvg-vervoersvoorziening of rolstoel toegewezen hebben gekregen. Wij hebben de gemeenten gevraagd welk beleid zij op dit punt voeren.

Meer dan de helft van de gemeenten (57%) heeft bij deze vraag aangegeven dat zij alle cliënten die zij in aanmerking willen laten komen voor Rea-instrumenten, medisch-arbeidskundig laten onderzoeken. Ruim een kwart doet dit niet voor de cliënten met een ontheffing op grond van belemmeringen die al eerder door een deskundige zijn vastgesteld.

Ten aanzien van de samenloop met de Wvg-voorzieningen geldt dat 46% van de gemeenten de cliënten nog eens laten onderzoeken, 17% doet dit afhankelijk van de situatie van de cliënt en 22% van de gemeenten laat geen Rea-onderzoek uitvoeren bij deze groep.

Wat betreft de relatie tussen de Rea en de Abw geven gemeenten aan dat zij de mogelijkheden van de Rea als een aanvulling op de gebruikelijke instrumenten beschouwen. We constateren echter dat de Rea wat verder van de gemeenten af staat. Zo hebben gemeenten opgemerkt dat zij nauwelijks meer een rol vervullen nu de aanvraag via het UWV moet verlopen of dat zij er geen zicht op hebben, omdat de inzet van de Rea tot de verantwoordelijkheid van het reïntegratiebedrijf hoort. Ook is er scepsis aangaande de toepasbaarheid van de Rea (afgezien van de WIW-mogelijkheden) op de doelgroep van de sociale diensten. Die zou te ver af staan van de arbeidsmarkt om met deze instrumenten te kunnen reïntegreren.

*Eén van de gemeenten heeft onlangs binnen de eigen gemeente de Rea geëvalueerd. Daarbij werd opgemerkt: "Het idee dat er in het cliëntenbestand van de sociale dienst een fors aantal mensen is die na invoering van de wet Rea kunnen uitstromen, is een illusie. Door de overspannen arbeidsmarkt zijn veel mensen die in staat zijn om te werken, al aan het werk. De onderzochte groep blijkt veel belemmeringen te hebben die toetreding tot de arbeidsmarkt moeilijk maken. De winst is dat voorheen de hele groep met rust gelaten werd. Nu blijkt dat er toch nog een aantal mensen bemiddelbaar is. Het is een kwestie van kijken naar het halfvolle of het halflege glas".*

Binnen onze onderzoekspopulatie was er maar één gemeente die samen met het UWV gestructureerd beleid voor de Rea ontwikkelt. Dit gebeurt binnen het project Monitor Arbeidsgehandicapten (MAG), waarbij de provincie, twee gemeenten, het UWV en het CWI samenwerken. Het doel is om de doelgroep in beeld te krijgen, lacunes in de aanpak en in de infrastructuur op te sporen en op te lossen. Dit project loopt sinds 2000 en wordt door middel van een monitor op resultaten gevolgd<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Provinciaal Bureau Onderzoek en Ondersteuning: Monitor Project Arbeidsgehandicapten. Maastricht, oktober 2002.

## 5.6 Beleidsontwikkelingen

Uit de gesprekken en de opmerkingen die in de enquête zijn gemaakt, leiden we af dat vooral de grotere gemeenten die actief bezig zijn met de invulling van het casemanagement en bewuste keuzes maken in wat zij tot hun eigen verantwoordelijk rekenen en wat tot de verantwoordelijkheid van reïntegratiebureaus, nadenken over de aanpak van deze bijstandsccliënten, die tot de moeilijkste groep horen.

De aandacht van deze gemeenten is vooral gericht op het creëren van een toepasselijk aanbod van instrumenten. Het gaat dan vooral om mogelijkheden in een van de eerste fasen in de keten van 'diagnosestelling tot uitstroom', bijvoorbeeld de aanpak van ziektebeleving en manieren om de subjectieve gezondheid van cliënten te verbeteren.

Een aantal van de door ons benaderde gemeenten acht bij uitstek de gemeenten verantwoordelijk om een dergelijk aanbod tot stand te brengen. In de eerste plaats omdat het aanbod van reïntegratiebedrijven toch te veel uitgaat van klachtenpatronen van werknemers en niet van de complexe problematiek van Abw-clieënten. Zo zet een burnout-training voor deze cliënten geen zoden aan de dijk, daarvoor zijn andere methodieken nodig. In de tweede plaats omdat dergelijke trajecten op het terrein van zorg en welzijn vormgegeven moeten worden, de terreinen waar gemeenten een grote verantwoordelijkheid en een sturende rol in hebben.

*In één van de geïnterviewde gemeenten is men bezig een wijkgericht aanbod te ontwikkelen voor mensen die arbeidsongeschikt zijn, dus niet alleen arbeidsongeschikten met een Abw-uitkering. Het plan is om onder deze groep te onderzoeken wat de noden zijn, teneinde een gericht aanbod te ontwikkelen. De gemeente in kwestie acht zich voor deze hele doelgroep verantwoordelijk, omdat arbeidsongeschikt niet betekent dat je bijvoorbeeld niet aan sociale activering of zorgtrajecten zou kunnen deelnemen. En juist dat soort trajecten zit wel in het aanbod van deze gemeente en valt buiten het blikveld van het UWV, die verantwoordelijk is voor cliënten met een arbeidsongeschiktheids#uitkering.*

## 5.7 Conclusies

Allereerst stellen wij vast dat gemeenten onvoldoende inzicht hebben in de omvang en kenmerken van de groep cliënten met medische beperkingen.

Duidelijk is evenwel dat cliënten waarbij medische beperkingen zijn geconstateerd, meestal een breed scala aan problemen hebben, variërend van taalproblemen, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen.

De gemeenten onderhouden over het uitvoeren van een medisch, dan wel medisch-arbeidskundig onderzoek, contacten met een breed scala aan instellingen en kennen diverse werkwijzen voor het vaststellen of er al dan niet sprake is van medische belemmeringen. Aan ontheffingen van arbeidsvoorwaarden liggen altijd medische onderzoeken ten grondslag. De gevolgde procedures rond medisch onderzoek en ontheffing van arbeidsvoorwaarden lijken zorgvuldig te verlopen.

Wat betreft het activering van cliënten is het niet zo, dat indien er medische belemmeringen worden geconstateerd, cliënten uit het zicht raken. Er wordt gezocht naar op de persoon gerichte trajecten, met als eerste doel voornamelijk het vergroten van zelfredzaamheid of gezondheidsbeleving. Reïntegratie is een verder afgelegen doel en wordt voor het merendeel

van deze cliënten als niet realistisch beschouwd. Gemeenten zijn dan ook in bepaalde gevallen sceptisch over het idee dat met de sluitende aanpak en ‘het iedereen op traject zetten’ een grotere uitstroom van deze categorie zal worden bereikt. Omdat een specifiek aanbod nog onvoldoende aanwezig is, zijn gemeenten bezig zelf een aanbod op dit terrein te ontwikkelen. Wat dit betreft is er enerzijds te weinig ‘vrije ruimte’, anderzijds is het problematisch om het reguliere aanbod in de zorgsector bereikbaar te maken voor cliënten.

Gemeenten variëren in de mate waarin dergelijke trajecten met verplichtingen en sancties worden omgeven, hetgeen ook voortkomt uit onduidelijkheid over de mogelijkheid verplichtingen en sancties op te leggen.

Naarmate het casemanagement beter ontwikkeld is binnen de gemeente, is er een beter inzicht in wat er nu eigenlijk daadwerkelijk met de cliënten gebeurt. In die gevallen waarin de reïntegratie in zijn geheel wordt uitbesteed, zijn de gemeenten vaak de grip en zicht op het proces kwijt. Met de verdere ontwikkeling van het casemanagement, zien we dat gemeenten af willen van de uitbesteding van totale trajecten en overgaan op een strakkere vorm van casemanagement, gekoppeld aan modulaire inkoop.

Wij hebben in ons onderzoek geen enkele gemeente aangetroffen die specifieke, lokale afspraken heeft gemaakt met het CWI over hoe het CWI om moet gaan met mensen met medische beperkingen. In het eerder aangehaalde MAG-project is een van de aandachtspunten de rol van het CWI in het motiveren van deze cliënten. Wij kunnen ons voorstellen dat met het verder ontwikkelen van de werkrelatie tussen CWI en gemeenten, ook met het oog op de door het CWI te hanteren klantprofiel ‘arbeidsgehandicapten’, dit punt nader kan worden uitgewerkt.

Bijna alle gemeenten geven aan gebruik te maken van de Rea, hoewel deze regeling wat verder van de gemeente afstaat. Er is weinig tot geen zicht op de werking en resultaten van de Rea.



DE UITVOERINGSPRAKTIJK

6

*In dit hoofdstuk geven wij een beschrijving van de wijze waarop er in de uitvoeringspraktijk wordt omgegaan met cliënten met medische beperkingen.*

**De volgende onderdelen komen hierbij aan de orde:**

1. De wijze waarop de CWI's medische beperkingen bij een cliënt signaleren.
2. De wijze waarop de sociale diensten medische beperkingen bij een cliënt vaststellen.
3. De wijze waarop de sociale diensten hiermee omgaan, na vaststelling dat er sprake is van medische beperkingen, alsmede hoe er in relatie met deze beperkingen met ontheffingen en trajecten wordt omgegaan.
4. De wijze waarop gemeenten met de Rea omgaan.
5. De mogelijkheden en obstakels die gemeenten ondervinden bij hun reïntegratietraject.

## 6.1 Signalering door het CWI

Iedere cliënt die zich aanmeldt bij het CWI, krijgt in eerste instantie te maken met een werkintake. Tijdens deze werkintake kan de cliënt aangeven dat er sprake is van medische belemmeringen. Het CWI zal dit in het verslag aan de gemeente opnemen, met het advies deze cliënt daarop te laten keuren. Pas wanneer de gemeente een medische keuring heeft laten uitvoeren, kan het CWI de procedure voortzetten en door middel van de kwalitatieve intake (kwint) de afstand tot de arbeidsmarkt vaststellen. Op basis hiervan stelt het CWI een reïntegratieadvies op.

Het CWI moet bij cliënten met medische klachten de gehele kansmeter aflopen en pas daarna de fasering bepalen om te voorkomen dat cliënten te snel in fase 4 worden ingedeeld.

### 6.1.1 Kansmeter

In de enquête hebben wij gevraagd of, indien (potentiële) cliënten bij het CWI aangeven medische beperkingen te hebben, het CWI inderdaad de gehele kansmeter met de cliënt doorloopt. Ook zijn wij nagegaan of de gemeenten tevreden zijn met de reïntegratieadviezen van het CWI bij cliënten met medische beperkingen.

Bijna de helft van de gemeenten (48%) geeft aan dat het CWI wel de gehele kansmeter doorloopt, eenderde van de ondervraagde gemeenten geeft aan dat niet (altijd) gebeurt en de rest van de gemeenten kon deze vraag niet beantwoorden, omdat ze daar geen informatie over hebben.

### 6.1.2 Reïntegratieadviezen

Gemeenten zijn niet echt tevreden met de afgegeven reïntegratieadviezen bij cliënten met medische beperkingen: slechts 9% is tevreden, 32% is dat niet en 55% staat er neutraal tegenover<sup>22</sup>. De redenen waarom gemeenten ontevreden zijn, hebben deels te maken met de algehele ontevredenheid over de werkrelaties met het CWI en deels met het feit dat ze over het advies zelf niet tevreden zijn. Gemeenten vinden de adviezen te weinig diepgang hebben, te globaal, te beperkt, niet volledig, niet aansluiten op de praktijk, komt te laat, te veel gericht op medische beperkingen en niet op psychische problemen etc.

---

<sup>22</sup> De overige 5% kon deze vraag niet beantwoorden, omdat zij geen gebruikmaken van de CWI-documentatie of omdat zij geen zaken van het CWI aangeleverd krijgen.

### 6.1.3 Feitelijke werkwijze

Zoals ook uit diverse publicaties blijkt, zijn de samenwerking tussen gemeenten en CWI en de processen rond de overdracht van een cliënt nog lang niet overal optimaal. Dit onderzoek heeft dit nog eens bevestigd. Overigens zijn er regio's waar de samenwerking wel goed is of waar men op de goede weg is. De onvrede van gemeenten over de samenwerking met het CWI of over de kwaliteit van de reïntegratieadviezen, heeft ertoe geleid dat in veel gemeenten voor een andere werkwijze is gekozen. Zo worden taken die officieel bij het CWI thuishoren (zoals het vaststellen van de fasering en het uitbrengen van een reïntegratieadvies) in bepaalde gevallen door gemeenten zelf uitgevoerd. Daarnaast is er tussen de CWI's ook verschil in werkwijze te constateren. Het ene CWI faseert cliënten met een medische belemmering standaard in fase 4, bij de andere gebeurt dat niet standaard, alhoewel dat door de complexe problematiek wel vaak de uitkomst is. Ook komt het voor, dat cliënten die op advies van het CWI en vervolgens in opdracht van de gemeente medisch gekeurd zijn, niet door de gemeenten worden terugverwezen naar het CWI voor een kwalificerende intake en een reïntegratieadvies, maar dat de gemeente zelf, of een reïntegratiebedrijf, met deze cliënt aan de slag gaat. Een variant op deze werkwijze is dat het CWI na de werkintake ook definitief de fasering vaststelt, zonder rekening te houden met de uitslag van het medisch onderzoek. Dit betekent overigens wel dat deze cliënten in de meeste gevallen automatisch in fase 4 worden ingedeeld en op basis daarvan een reïntegratieadvies wordt uitgebracht.

Ten slotte is het mogelijk dat het CWI geen medische beperking heeft signaleerd, terwijl hier volgens de gemeente wel degelijk sprake van is. Veelal zal de gemeente dan een medische keuring uit laten voeren, zonder de cliënt voor nadere fasering en een reïntegratieadvies naar het CWI terug te sturen.

Door de gemeenten is opgemerkt, dat de officiële procedure met al deze overdrachtmomenten behoorlijk tijdrovend is. Hoe langer de procedure duurt, hoe moeilijker cliënten te (re)integreren zijn. Sommige gemeenten vinden de voorgeschreven werkwijze zinloos, omdat zij het reïntegratieadvies van het CWI om uiteenlopende redenen vaak toch niet opvolgen. Daarmee staat de huidige voorgeschreven werkwijze de uitstroom- en activeringsdoelstellingen van de wet SUWI alleen maar in de weg.

Overigens is er ook door CWI's aangegeven dat zij niet gelukkig zijn met de huidige procedure. Behalve de omslachtigheid, is de uitslag van het medische onderzoek soms dusdanig onduidelijk, dat men daar geen adequaat reïntegratieadvies op kan baseren. Omdat er sprake is van grote aantallen cliënten die voor een medisch onderzoek in aanmerking komen, blijven er veel kwalificerende intakes en bijbehorende reïntegratieadviezen te lang liggen. In die gevallen waarin de cliënt geen gehoor geeft aan een eerste oproep voor een medisch onderzoek (en dat komt in sommige gemeenten veelvuldig voor) of indien er wachttijden bestaan voor het uitvoeren van medisch onderzoek, duurt het ongeveer acht à negen maanden alvorens de medische adviezen bij de CWI's binnen zijn voor verdere behandeling. Op die manier gaat er veel kostbare tijd voor onmiddellijke aanpak verloren en nemen de kansen op een succesvol traject af.

*Eén van de geïnterviewde CWI-medewerkers gaf aan dat het veel te lang duurt voor er een medische keuring wordt uitgevoerd, de gemeente straffer zou moeten sanctioneren ingeval een cliënt een eerste oproep voor een medische keuring aan zich voorbij laat gaan en dat de gemeente simulanten moet aanpakken. In de huidige situatie duurt het veel te lang voordat alle procedures rond de intake zijn afgerond en voordat een cliënt daadwerkelijk op zijn verantwoordelijkheden wordt gewezen om een baan te gaan zoeken.*

Volgens de SNO is het zo dat, wanneer al eerder is vastgesteld dat een cliënt gedeeltelijk arbeidsgehandicapt is, het CWI de kwalificerende intake alleen uitvoert op verzoek van de gemeente. We hebben niet gehoord dat gemeenten van deze mogelijkheid gebruikmaken.

Ten slotte noteren we nog een belangrijk signaal van een CWI. Dit CWI krijgt veel kritiek van reïntegratiebedrijven over het te optimistisch inschatten van de uitstroombmogelijkheden van cliënten (te laag faseren of anders gezegd: de mogelijkheden voor reïntegratie te hoog inschatten). Volgens dit CWI is hiervan de achtergrond dat hoe hoger de fase is hoe hoger het budget is dat het reïntegratiebedrijf van de sociale dienst ontvangt.

#### **6.1.4 Poortwachterrol**

We hebben gezien dat tussen gemeenten en CWI geen specifieke afspraken zijn voor de benadering van cliënten met medische problemen. Hiervoor werd aangegeven dat de officiële werkwijze lang duurt, zeker waar partijen zich niet aan de afspraken houden. Er is dan ook in de praktijk eigenlijk geen sprake van het realiseren van een poortwachter bij medische problemen. Slechts bij uitzondering hebben gemeenten of een CWI daar een eigen aanpak voor ontwikkeld.

Een enkele gemeente laat cliënten die aangeven medische belemmeringen te hebben, direct bij aanvraag een sociaal-medische vragenlijst invullen en beoordelen door een arts. Bij een van de gemeenten wordt een dergelijk sociaal-medisch onderzoek binnen 48 uur na melding uitgevoerd.

Zowel van de kant van het CWI als van gemeenten wordt aangegeven dat het direct medisch laten onderzoeken van cliënten een adequate methode is om enerzijds simulanten eruit te vissen en anderzijds direct verder te kunnen gaan met diagnosestelling en het opstellen van een traject. Algemeen heerst echter het idee dat directe medische keuring 'niet mogelijk is'. Ook zijn er gemeenten die menen dat er tegen simulanten niets te doen is, terwijl andere gemeenten juist van mening zijn dat een medische keuring simulanten afschrikt of door de mand laat vallen.

Hoewel de genormeerde werkprocessen van het CWI weinig tijd toelaten voor het doorvragen bij mogelijke simulanten, gebeurt dat in één van de door ons benaderde CWI's toch wel. De betreffende adviseur gaf aan dat hij de cliënt eventueel meerdere keren laat terugkomen voor gesprekken om de echte problematiek duidelijk te krijgen.

## 6.2 Het vaststellen van een medische belemmering

Na de intake bij het CWI wordt de cliënt, die behoort tot fase 2, 3 of 4, overgedragen aan de sociale dienst, die vervolgens verantwoordelijk is voor de reïntegratie van de cliënt.

### 6.2.1 Deskundigheidsbevordering en werkinstructies

We hebben de gemeenten gevraagd of er specifieke deskundigheidsbevordering plaatsvindt bij de medewerkers die met cliënten met medische belemmeringen werken. In de meeste gemeenten (89%) wordt dat niet gedaan. Eén gemeente geeft expliciet aan dit ook niet nodig te vinden, omdat men uitgaat van een integrale klantbenadering en onderdeel daarvan zijn de intensieve contacten met allerhande hulpverlenende instellingen. Andere gemeenten geven aan dat die kennis aanwezig is bij het reïntegratiebedrijf dat verder gaat met de cliënt. In de overige 11% van de gemeenten is er wel sprake van deskundigheidsbevordering over dit onderwerp.

Voor complexe onderwerpen en processen, en voor momenten waarop consulenten bepaalde beslissingen moeten nemen, worden vaak werkinstructies gemaakt. Wij hebben de gemeenten gevraagd of zij voor de cliënten met medische beperkingen nog bepaalde aangepaste werkinstructies voor hun medewerkers hebben ontwikkeld.

Bijna de helft van de gemeenten (48%) heeft inderdaad zulke instructies ontwikkeld. Bij de overige gemeenten is dit niet het geval.

De instructies hebben vooral betrekking op het geval waarin cliënten medische belemmeringen aangeven, hoe de consulent daarop moet doorvragen en hoe deze de cliënt moet verwijzen naar een instelling voor medisch onderzoek.

*Sommige gemeenten hanteren een beslisboom, gebaseerd op de beslisboom uit het Arbeidsgehandicapte-besluit. Die beslisboom geeft aan welke gevallen voor een medische keuring in aanmerking komen en welke gevallen een medisch-arbeidskundig onderzoek in het kader van de Rea moeten ondergaan (zie ook het voorbeeld van een werkinstructie in hoofdstuk 5.3).*

### 6.2.2 Werkwijze

Via de resultaten van de kansmeter krijgt de sociale dienst de eerste indicaties dat er medische belemmeringen bij een cliënt zijn. Maar ongeacht of het CWI dergelijke belemmeringen heeft geconstateerd, kijkt driekwart van de gemeenten zelf ook nog of er sprake is van medische beperkingen bij een cliënt. Dat gebeurt in het gesprek van de GSD met de cliënt, wanneer de reïntegratiemogelijkheden van de cliënt nader bekeken moeten worden met het oog op een trajectplan. Nog eens 7% van de gemeenten schenkt alleen aandacht aan eventuele medische beperkingen in die gevallen waarin het CWI geen medische beperking heeft vastgesteld. Slechts in 9% van de gevallen gaat de gemeente alleen af op hetgeen door het CWI is vastgesteld.

Zoals we in het vorige hoofdstuk constateerden, volgt er in de meerderheid van de gemeenten altijd een medische keuring of een medisch-arbeidskundig onderzoek. In 30% van de gemeenten gebeurt dat alleen niet in de gevallen waarbij er reeds voldoende medische informatie beschikbaar is.

De gemeenten die de reïntegratie volledig in handen hebben gegeven van een reïntegratiebedrijf, geven met de opdracht tot het opstellen van een trajectplan vaak een advies mee voor

het laten uitvoeren van een medisch onderzoek. Soms laten ze zelf al het onderzoek uitvoeren en sturen ze de uitslag mee met het verzoek om een trajectplan. De werkwijze is niet altijd eenduidig. Wel is het zo, dat als een cliënt eenmaal onder de hoede van een reïntegratiebedrijf is, de sociale dienst niet altijd zicht heeft op welk soort medisch onderzoek nu precies wordt uitgevoerd.

Uit de interviews is het beeld naar voren gekomen dat gemeenten zo veel mogelijk proberen de mogelijkheden (en dus niet de onmogelijkheden) van cliënten vast te stellen. Zo zijn er gemeenten die alle cliënten die aangeven medische beperkingen te hebben doorsturen voor een Rea-toets. Ook wordt wel gekozen voor een 'voortraject' van de Rea-toets om snel een beeld te krijgen, om vervolgens snel te kunnen handelen en zo simulanten en cliënten met motivatieproblemen eruit te zeven. Voorbeelden zijn de eerdergenoemde medische vragenlijst die door de cliënt moet worden ingevuld, een andere gemeente laat cliënten eerst een arbeidsgeschiktheidsbeoordeling ondergaan en weer een andere gemeente stelt binnen 48 uur een sociaal medisch onderzoek in om de restcapaciteit van cliënten te bepalen. Deze keuringen worden door verschillende instanties/organisaties uitgevoerd. Al deze beoordelingsinstrumenten kunnen in tweede instantie leiden tot een Rea-toets.

Het probleem van het niet op komen dagen bij een medische onderzoek is bij meerdere gemeenten onderwerp van discussie. Gemeenten verschillen van mening of er in die gevallen een sanctie kan worden opgelegd en of dat enig effect heeft.

*Twee van de onderzoeksgemeenten hebben het medische onderzoek opgenomen als onderdeel van het trajectplan waar de cliënt voor tekent. In datzelfde trajectplan zijn sancties genoemd bij het niet nakomen van een oproep voor een medisch onderzoek; bij één van de gemeenten betekent dit dat de kosten van de arts bij de cliënt in rekening worden gebracht. Van deze constructie gaat een preventief effect uit.*

## 6.3 Ontheffingen en trajecten

Indien een cliënt last heeft van medische beperkingen, moet nagegaan worden wat een cliënt nog wel kan en moet gezien worden welk soort traject voor de desbetreffende cliënt het meest geschikt is. Met andere woorden: wat doet de sociale dienst met deze informatie en hoe wordt de informatie in het trajectplan ingepast?

### 6.3.1 Ontheffing

De gemeenten verschillen niet veel in de behandeling van cliënten waarvan is vastgesteld dat zij te kampen hebben met medische belemmeringen: geen van de gemeenten geeft aan dat die cliënten per definitie een ontheffing dan wel een rustplan krijgen. In 98% van de gemeenten wordt voor de cliënt, afhankelijk van de mogelijkheden, een rustplan, een sociaal activeringsplan of een reïntegratieplan opgesteld. In slechts 2% van de gemeenten wordt er altijd een reïntegratieplan, gericht op arbeidsinpassing, opgesteld.

We hebben eerder aangegeven dat ontheffingen altijd gebaseerd zijn op een medisch advies. In het medisch advies is de termijn opgenomen waarvoor het advies geldt. Een Rea-advies geldt voor vijf jaar, daarna wordt er opnieuw een medisch heronderzoek uitgevoerd.

Eenderde van de gemeenten (32%) doet na de aangegeven periode altijd een (medisch) heronderzoek. In tweederde van de gemeenten gebeurt dat ook, behalve in die gevallen waarin de arts een blijvende arbeidsgeschiktheid heeft gediagnosticeerd.

Hoewel de meeste gemeenten aangeven dat een medische belemmering een momentopname is en mede door specifieke inzet van trajecten kan worden opgelost, zijn er geen cijfers bekend over de mate waarin dit voorkomt. Ook zijn er geen cijfers over de mate waarin ontheffingen worden omgezet in verplichtingen. Bijna tweederde van de gemeenten (61%) heeft hier geen enkel idee over. Eenderde van de gemeenten geeft een schatting uiteenlopend van 0,5% tot 50%.

Wij hebben de gemeenten gevraagd bij welk soort belemmeringen een ontheffing dan wel een rustplan eigenlijk een definitieve ontheffing betekent en om hoeveel cliënten dit gaat. Ook hier variëren de antwoorden, maar de meeste gemeenten geven aan dat cliënten met psychische problematiek of met gecombineerde problematiek (leeftijd, ziek, verslaafd en slechte kansen), of met een chronische, ongeneeslijke ziekte, veelal niet meer bemiddelbaar worden geacht. Over het aantal of percentage cliënten waar het in dit geval om gaat, kan meer dan de helft van de gemeenten (61%) geen antwoord geven.

De gemeenten die wel een indicatie van het aantal/percentage gaven, varieerden sterk in hun antwoord: van het hele scala tussen 'minder dan 5%' tot 90%.

### 6.3.2 Trajecten

Zoals eerder aangegeven betekent een ontheffing van de arbeidsverplichting niet dat de cliënt met rust gelaten wordt: ook in die gevallen wordt gezien of er een traject uitgestippeld kan worden. We hebben gezien dat gemeenten steeds vaker zoeken naar de mogelijkheden om op dit terrein een eigen aanbod te creëren of bestaande mogelijkheden toegankelijk te maken voor de cliënt.

*Eén gemeente heeft gezondheidstrainingen ontwikkeld, bedoeld voor mensen met fysieke problemen die vanwege deze fysieke handicap het gevoel hebben nooit meer aan het werk te kunnen. Het gaat om een drieweekse fulltime training, waarin deelnemers in de eerste plaats kunnen sporten (tweemaal daags een fysieke training). Hiernaast krijgen zij voorlichting over 'hoe gezond te leven' (eten, slapen, sporten etc.) alsmede een vaardigheids- en bewustwordingstraining. Doelstelling van de training is dat deelnemers in de gaten krijgen dat zij, wanneer zij bewust met hun gezondheid omgaan, echt nog wel tot het een en ander in staat zijn.*

*De resultaten van deze trainingen zijn veelbelovend: van de 120 deelnemers die dit jaar hebben meegedaan is 25% aan het werk, 25% is in bemiddeling, 25% volgt scholing en de laatste 25% doet sociale activering of valt in de categorie verhuisd/onbekend/nog steeds in de bijstand.*

Omdat uit medische of medisch-arbeidskundige onderzoeken naar voren komt dat veel cliënten kampen met psychische problemen, is de relatie tussen de gemeenten en de zorginstellingen in dit verband van groot belang. Vanuit de sociale diensten wordt getracht deze instellingen in het totaalaanbod in te passen. In het vorige hoofdstuk gaven we aan dat dat stuit op moeilijkheden. Ook in de uitvoeringspraktijk lopen gemeenten tegen verschillende problemen op.

In de eerste plaats is het moeilijk om goede afspraken te maken tussen de gemeenten en de zorginstellingen, omdat zij deze manier van 'inkoop' niet kennen. In de tweede plaats zijn de wachtlijsten in de zorg een knelpunt. Zolang iemand op de wachtlijst staat, is het moeilijk om al een traject te starten en kan er dus nog niet aan de activering van deze cliënten worden gewerkt.

Een ander probleem dat hierbij door een aantal gemeenten wordt genoemd is dat bepaalde onderdelen van een traject niet afdwingbaar zijn, omdat zij in de persoonlijke levenssfeer van

de cliënt ingrijpen. Eén van de geïnterviewden die zich bezighoudt met medische keuringen, lichtte dit als volgt toe: veel cliënten zijn (tijdelijk) arbeidsongeschikt als gevolg van een breed scala aan problemen. Men heeft rugpijn, maar deze rugpijn is eigenlijk een uiting van een breed scala aan onderliggende problemen, zoals bijvoorbeeld een lange periode van inactiviteit (20 jaar is daarbij geen uitzondering), taalproblemen, problemen thuis, psychische problemen, leeftijd en verouderde werkervaring. Met het oplossen van de rugpijn alleen is de cliënt nog steeds niet te reïntegreren, daarvoor is het nodig ook de onderliggende problemen op te lossen. Aan het meewerken van het oplossen van die problemen is men vaak afhankelijk van de wil van de cliënt. Onderliggende psychische problemen zouden opgelost kunnen worden door therapie of psychiatrische hulp. Indien een cliënt echter aangeeft hier geen gebruik van te willen maken, is het niet mogelijk hem of haar hiertoe te dwingen: het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Riaggs behandelen immers uitsluitend op basis van vrijwilligheid. Aan de andere kant verwachten gemeenten van de instelling dat deze de cliënt juist motiveert voor een behandeling.

## 6.4 De Rea

Naast het reguliere instrumentarium kan de gemeente gebruikmaken van de Rea, waarbij naast directe toelating tot de WTW, het gaat om onder meer aanpassingen van de werkplek, coaching op de werkplek en dergelijke (zie hoofdstuk 3). We hebben nagegaan in hoeverre gemeenten nu daadwerkelijk van dit instrumentarium gebruikmaken en hoe dat in zijn werk gaat.

### 6.4.1 Kennis van de Rea

Allereerst zijn wij nagegaan of de (medewerkers van de) gemeenten denken voldoende op de hoogte zijn van de Rea. In de enquête hebben wij gevraagd of het voor de medewerkers van de sociale dienst helder is wanneer de Rea kan worden toegepast, wat precies een Rea-instrument is en hoe de toepassing van de Rea zich verhoudt tot de toepassing van instrumenten in het kader van de Abw. Opvallend is dat 61% van de gemeenten hier geen antwoord op wist. Ongeveer 30% zegt wel goed op de hoogte te zijn, deels omdat men aan functiescheiding doet (specialisaties) en met vaste Rea-consulenten werkt, deels omdat een reïntegratiebedrijf dat gespecialiseerd is op dit gebied wordt ingehuurd, dan wel de medewerkers via richtlijnen zijn geïnformeerd. 10% van de gemeenten geeft aan (mogelijk) onvoldoende op de hoogte van de Rea te zijn.

Deze beantwoording suggereert dat gemeenten toch niet helemaal op de hoogte zijn met de Rea. In de interviews werd dat bevestigd. Een paar gemeenten gaven aan dat het beter zou zijn als er één integrale reïntegratiewet zou komen, waar de gemeenten zelf verantwoordelijk voor zijn.

We hebben gevraagd of de dienst voor de toepassing van de Rea werkinstructies op papier heeft gezet. Eenderde van de diensten heeft wel werkinstructies geformuleerd, 66% heeft die niet op papier staan.

## 6.4.2 De inzet van Rea-trajecten

We hebben gezien dat sociale diensten in veel gevallen cliënten verwijzen naar een Rea-toets, direct of indirect via een reïntegratiebedrijf.

Nagenoeg geen enkele gemeente heeft inzicht in het totaal van de uitslagen van de Rea-toetsen. Dit wordt niet zodanig in de systemen bijgehouden dat hier overzichten van te maken zijn. Het is dan ook onbekend hoeveel cliënten op grond van de Rea-toets inderdaad arbeidsgehandicapt worden verklaard. En vervolgens is onbekend hoeveel cliënten met een Rea-indicatie dan ook daadwerkelijk van een Rea-traject gebruikmaken. De gemeenten hebben hiervan een schatting gemaakt, uiteenlopend van minder dan 1% tot 99%. De grootste groep stelt echter het maximum op 50%.

In een aantal gevallen leidt een Rea-indicatie dus blijkbaar niet tot het gebruik van een Rea-voorziening. De redenen die gemeenten hiervoor geven zijn: de cliënt blijkt toch arbeidsongeschikt; hij wil toch niet gebruikmaken van de Rea; er zijn te weinig kansen op reguliere arbeid waardoor een plaatsingstraject geen zin heeft; en het ontbreken van de wil van werkgevers om cliënten te plaatsen. Sociale diensten moeten het resultaat van een Rea-toets vertalen naar een traject. Als het resultaat eigenlijk aangeeft dat de kansen op arbeid gering zijn, dan kan dat voor de gemeente reden zijn om te kiezen voor een rust- of zorgtraject.

De daadwerkelijke inzet van een Rea-instrument gebeurt door een reïntegratiebedrijf. Sommige gemeenten onderhouden voor cliënten met een arbeidshandicap contacten met een gespecialiseerd reïntegratiebedrijf. Dit zorgt dan voor plaatsing van de arbeidsgehandicapte bij een bedrijf, het verzorgt de voorlichting aan dat bedrijf en het regelt de subsidie die de werkgever voor de arbeidsgehandicapte kan ontvangen. Hiermee neemt het reïntegratiebedrijf de werkgever de bijbehorende administratieve rompslomp uit handen, wat weer stimulerend kan werken bij de plaatsing van arbeidsgehandicapten.

*Eén grote gemeente heeft het te reïntegreren bestand ingedeeld in acht groepen, te weten:*

- lichamelijke beperkingen, korte afstand tot de arbeidsmarkt;
- psychische beperkingen, korte afstand tot de arbeidsmarkt;
- combinatie beperkingen, korte afstand tot de arbeidsmarkt;
- lichamelijke beperkingen, grote afstand tot de arbeidsmarkt;
- psychische beperkingen, grote afstand tot de arbeidsmarkt;
- combinatie beperkingen, grote afstand tot de arbeidsmarkt;
- verstandelijke handicap, korte afstand tot de arbeidsmarkt;
- verstandelijke handicap, grote afstand tot de arbeidsmarkt.

*Deze acht groepen zijn aanbesteed bij zeven verschillende reïntegratiebedrijven, waarbij de verdeling over de groepen niet gekoppeld is aan de beperking. Met andere woorden: bedrijf A krijgt een groep cliënten met medische beperkingen, psychische beperkingen, combinatie beperkingen, verstandelijke handicap etc. Hetzelfde geldt voor bedrijf B, C etc. Op die manier is het mogelijk om de resultaten te vergelijken: welk reïntegratiebedrijf haalt de beste resultaten met welke doelgroep? De reïntegratiebedrijven hebben een gevarieerde aanpak: zo werkt het ene bedrijf het liefst met groepen en een ander bedrijf hanteert juist een strikt individuele aanpak. Inmiddels komt het voor dat de verschillende bedrijven zelfs cliënten aan elkaar geven, omdat bijvoorbeeld de groepsgewijze aanpak niet werkt en de cliënt bij het collega-reïntegratiebedrijf beter geholpen is, omdat men daar nu juist een individuele aanpak heeft.*

Hoewel precieze gegevens over de geslaagde plaatsingen niet bekend zijn, is door de geïnterviewden aangegeven dat veel werkgevers afhoudend zijn wat betreft de aanname van een Rea-geïndiceerde. Eén van de reïntegratiebedrijven merkte op dat de Rea door de laatste wijzigingen erg ingewikkeld is geworden voor de werkgevers en niet op een simpele wijze is uit te leggen. Daarnaast is het eenvoudigweg lastig om een plek bij een werkgever te vinden: veel van de Rea-geïndiceerden zijn, ook zonder dat zij een arbeidshandicap hebben, moeilijk te plaatsen, omdat zij vaak over een lage opleiding beschikken, weinig werkervaring hebben, de taal niet spreken en ook weinig motivatie hebben.

Ook het feit dat het UWV lange wachttijden kent voordat zij werkplekbezoeken uitvoeren die nodig zijn om te beoordelen of de gevraagde aanpassing nodig en gewenst is, wordt door een aantal geïnterviewden als een knelpunt ervaren. Soms haken potentiële werkgevers hierdoor af. Eén van de reïntegratiebedrijven overweegt dit soort problemen op te lossen door de aanpassing gewoon zelf te betalen.

Ten slotte wordt van de kant van de CWI's aangegeven dat zij worden geconfronteerd met reïntegratiebedrijven die de lokale markt niet kennen. Juist voor deze moeilijke groep cliënten zijn een goed netwerk en goede contacten noodzakelijk om mensen met een arbeidshandicap te kunnen plaatsen.

Ook voor de Rea-kandidaten lijkt te gelden dat aanbod en vraag naar arbeid elkaar niet dekken. In de interviews is aangegeven dat er een grote behoefte is aan kleine deeltijdbanen voor eenvoudig, weinig belastend werk, omdat dat voor een groot deel van de doelgroep het maximaal haalbare is. Dergelijke banen zijn nagenoeg niet te vinden in de reguliere markt.

### 6.4.3 Vrijwilligheid Rea

Het feit dat de Rea vrijwillig is, zorgt ervoor dat in de praktijk niet veel cliënten afhaken. In geval cliënten zich dreigen terug te trekken, wordt door gemeenten dwingend gewezen op de goede mogelijkheden van deze wet en dat, indien men geen gebruik wenst te maken van de voorziening, betrokkene geacht wordt zelf zo spoedig mogelijk werk te vinden, een en ander met toepassing van het sanctieregime.

## 6.5 Samenloop WAO

Cliënten kunnen voor een deel een WAO-uitkering hebben, met een aanvulling vanuit de bijstand of loaw. Het UWV is verantwoordelijk voor de reïntegratie van deze cliënten. Het merendeel van de gemeenten (80%) heeft geen afspraken met het UWV over de reïntegratie van gezamenlijke cliënten. Bij 16% van de gemeenten zijn hierover wel afspraken gemaakt. Deze zijn veelal incidenteel en hebben betrekking op de verdeling van de verantwoordelijkheden dan wel financiën voor het traject. Een aantal gemeenten geeft aan dat men nog bezig is met de ontwikkeling van afspraken met het UWV. Ook is opgemerkt dat afspraken maken met het UWV nu net een knelpunt is, vanwege onwil en/of traagheid van die partij.

Alle geïnterviewden zijn van mening dat de aanpak van samenloopgevallen niet goed geregeld is. Zodra een cliënt een WAO-uitkering heeft ter hoogte van maar 1, dient de reïntegratie door het UWV te gebeuren. Deze organisatie pakt dat volgens de gemeenten niet goed op. Het UWV beschouwt de cliënt nog te veel als werknemer en heeft te weinig oog voor de vaak complexe problemen die de arbeidsongeschiktheid met zich meebrengt. Soms heeft de gemeente een

passend traject op het oog, maar kan de betrokkene dit niet via het UWV krijgen, omdat het UWV bij andere reïntegratiebedrijven andersoortige projecten inkoop.

*Eén gemeente gaf tijdens het interview aan dat zij ook mensen met een gedeeltelijke WAO-uitkering meenemen in de reïntegratieactiviteiten. De hieraan verbonden kosten, betalen ze gewoon uit het eigen budget, dit is efficiënter dat eindeloos veel energie te steken in het trachten afspraken te maken met het UWV.*

## 6.6 Conclusies

In deze paragraaf formuleren we de conclusies over het verloop van het proces van activering en reïntegratie van cliënten met medische belemmeringen.

### **CWI-processen**

In de werkprocessen die bij het CWI plaatsvinden, is het grootste knelpunt het feit dat het CWI moet wachten met het definitief vaststellen van een fase en reïntegratieadvies totdat de uitslag van het medisch onderzoek bekend is. Hier kan door diverse oorzaken veel tijd mee gemoeid zijn. Daarnaast zijn de medische adviezen niet altijd bruikbaar om alsnog tot een goede fasering en reïntegratieadvies te komen. Ook ontbreekt een duidelijke medische poortwachterrol en zicht op de mogelijkheden om hierin te voorzien.

### **Informatievoorziening**

Bij de gemeentelijke uitvoering is er gebrek aan inzicht in de omvang en kenmerken van de groep die te kampen heeft met medische belemmeringen, alsmede de vorderingen die reïntegratiebedrijven ten aanzien van deze groep maken. Veel gemeenten hebben daardoor feitelijk geen grip op het verloop van activerings- en reïntegratieprocessen.

### **Trajecten**

Een belangrijk knelpunt voor gemeenten is dat het arsenaal van trajectmogelijkheden toch nog geen optimale mogelijkheden biedt voor deze groep cliënten. Trajecten op het terrein van zorg en welzijn zijn vaak moeilijk te realiseren vanwege de botsende principes waarop deze werksoorten zijn gebaseerd. Met name in de grotere gemeenten is dit een niet onaanzienlijk probleem.

Indien men een cliënt eindelijk zo ver heeft dat hij elders hulp gaat zoeken, wordt men zeer regelmatig geconfronteerd met wachtlijsten en iedereen weet dat het voor een succesvolle reïntegratie catastrofaal is als er niet direct, vlot achter elkaar, afspraken kunnen worden gemaakt en acties ondernomen kunnen worden.

Gemeenten hebben behoefte aan meer 'vrije ruimte' om zelf een aanbod te creëren, omdat reïntegratiebedrijven een te weinig passend en gevarieerd aanbod hebben voor deze doelgroep. Weliswaar zeggen de reïntegratiebedrijven dat ze alles kunnen leveren en overall ervaring mee hebben, de praktijk wijst uit dat dit niet altijd zo is.

Voor een bepaalde groep gemeenten is de onzekerheid rond de verplichtingen van zorg- en activeringstrajecten een knelpunt. Zij weten niet of en hoe zij verplichtingen moeten opleggen en of en hoe gesanctioneerd kan/moet worden.

Sommige gemeenten ervaren het 'dwangmatig' op traject plaatsen van cliënten als een knelpunt. Zij willen de mogelijkheid hebben om bepaalde cliënten, die geen zicht op reële reïntegratie hebben, al ouder zijn en verder geen specifieke problematiek hebben, voor onbepaalde tijd met rust te laten.

### **De Rea**

Knelpunten in de Rea zijn toch het feit dat gemeenten de wet niet altijd goed begrijpen, en het feit dat gemeenten eigenlijk geen directe grip hebben op de inzet van de Rea, omdat het reïntegratiebedrijf en het UWV daar direct bemoeienis mee hebben.

Een knelpunt is ook hier de ontbrekende informatie om de Rea op zijn werking en effect te kunnen beoordelen. Verder constateren gemeenten en CWT's dat reïntegratiebedrijven niet altijd voldoende kennis hebben van de lokale arbeidsmarkt om de Rea te laten slagen, werkgevers niet altijd voldoende meewerken aan een plaatsing en de procedures bij het UWV daar ook niet aan bijdragen. Het uiteindelijk effect van de Rea wordt laag ingeschat, vooral vanwege het ontbreken van passend werk voor deze doelgroep.

### **Samenloopgevallen**

Gemeenten vinden de inzet van het UWV voor de samenloopgevallen tekortschieten: er wordt weinig actie ondernomen en het UWV beschikt niet over het meest adequate trajectaanbod. Gemeenten willen graag de verantwoordelijkheid voor deze categorie cliënten, omdat zij denken het juiste aanbod wel te kunnen bieden.

### **Reïntegratie**

De laatste jaren wordt het steeds meer gebruikelijk om te gaan werken met streefcijfers. We hebben gevraagd of gemeenten streefcijfers hanteren voor de reïntegratie van cliënten met medische belemmeringen. Uit de enquête blijkt dat een vijfde van de gemeenten inderdaad met streefcijfers werkt; het gaat dan vooral om in te zetten Rea-trajecten. Uit de interviews blijkt dat, waar men al met streefcijfers werkt, deze niet al te hoog worden gesteld, omdat men zich bewust is van het feit dat deze groep nauwelijks te reïntegreren is. Bij reïntegratie denken gemeenten dan eigenlijk alleen aan mogelijkheden binnen de gesubsidieerde arbeid (WIW) en in een enkel geval aan reïntegratie in het kader van de Rea. Met de aangekondigde bezuinigingen van de WIW zien gemeenten een belangrijke mogelijkheid voor reïntegratie verdwijnen.

# SAMENVATTING EN CONCLUSIES



*Ter beantwoording van de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 2 geven wij in dit hoofdstuk de conclusies van de bevindingen van het onderzoek.*

## 7.1 Algemene conclusie

De (meeste) onderzochte gemeenten zijn zorgvuldig bij de aanpak van bijstandsccliënten met medische belemmeringen. Het verrichten van medisch onderzoek in de vorm van een keuring of een medisch-arbeidskundig onderzoek, is standaardprocedure. Ook ontheffingen van arbeidsverplichtingen worden gebaseerd op medisch onderzoek en gelden in principe voor de periode die door de medicus wordt aangegeven.

Cliënten met medische belemmeringen worden door gemeenten niet als een specifieke doelgroep behandeld. Gemeenten hanteren een maatwerk aanpak: op grond van een individuele diagnose worden trajecten uitgestippeld. Dat geldt ook voor mensen die (tijdelijk) worden ontheven van arbeidsverplichtingen. Het is dus niet zo dat gemeenten met specifieke groepen, zoals deze, niets doen.

Vanuit het oogpunt van reïntegratie is het grote punt van zorg, dat mensen met medische belemmeringen vaak meerdere problemen hebben, zoals: lang uit het arbeidsproces, hoge leeftijd, lage scholing, verslavingsproblemen, schuldenproblemen of taalproblemen. Vaak gaat het ook om psychische belemmeringen, die vanwege de achterliggende problematiek niet eenvoudig op te lossen zijn. De uitstroombansen zijn voor deze groep dan ook minimaal, vraag en aanbod van arbeidskrachten passen hier niet op elkaar. Ook de toepassing van de Rea biedt (in de meeste sectoren) weinig reëel perspectief op daadwerkelijke plaatsing op een werkplek. Als werkgevers keuzemogelijkheden hebben, kiezen ze voor risicominimalisatie, snelle procedures en zo min mogelijk administratieve rompslomp: iets waar de Rea niet in voorziet.

Hoewel exacte cijfers niet te geven zijn, gaat het om een, naar verhouding, grote groep mensen in de bijstand. Gemeenten gaven aan sceptisch te zijn over de kansen van deze groep: hier en daar lukt het nog om mensen geplaatst te krijgen, maar dat gaat om incidenten. Met de afname van het aantal gesubsidieerde arbeidsplaatsen zal het nog lastiger worden om mensen uit deze groep uit de bijstand te laten uitstromen, menen gemeenten en CWT's. Vaak is sociale activering en maatschappelijke participatie het maximaal haalbare. Geïnterviewde gemeenten waarschuwen ervoor dat de indruk niet moet worden gewekt dat, als iedereen nu maar eenmaal op een traject zit, er ook mogelijkheden zijn om uit de bijstand uit te stromen. Het al of niet 'op traject zetten' van cliënten die geen arbeidsmarktperspectief hebben, zou bekeken moeten worden vanuit de meerwaarde voor de cliënt, zeggen sommige gemeenten. Dan gaat het in eerste instantie niet om uitstroom naar de arbeidsmarkt, maar om de zelfredzaamheid, gezondheid en het welzijn van de cliënt te verbeteren. Overigens kan dit in een aantal gevallen uiteindelijk wel leiden tot uitstroom naar de arbeidsmarkt. Sociale diensten moeten wat het zorgaspect betreft, het arsenaal van mogelijkheden nog verder uitbreiden naar de sectoren zorg en welzijn. Ook de samenwerking met welzijnsorganisaties kan verbeterd worden, erkennen de gemeenten.

## 7.2 Het proces rond het vaststellen van medische belemmeringen en ontheffingen

Het onderzoek geeft het beeld dat gemeenten zorgvuldige procedures hanteren. Hoewel deze vaak niet zijn uitgeschreven, zijn er wel degelijk interne procedureafspraken.

In grote lijnen is het proces als volgt: indien een cliënt aangeeft medische belemmeringen te hebben, wordt deze doorgestuurd voor een medisch belastbaarheids- of medisch-arbeidskundig onderzoek. Dit kan ook direct een Rea-toets zijn.

Soms hebben gemeenten een sociaal-medisch of medisch vooronderzoek ingelast in de vorm van een Arbo-keuring of een GGD-keuring. Dit wordt gedaan in gevallen waarin snel uitsluitel verkregen moet worden over arbeidsgeschiktheid, zoals bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid (door bijvoorbeeld ziekte), bij terminale gevallen en bij simulanten.

Het onderzoek laat een beeld zien waaruit blijkt dat gemeenten ontheffingen zorgvuldig toepassen. In principe ligt aan alle ontheffingen een medisch advies ten grondslag, dat tevens aangeeft wat de duur van de arbeidsongeschiktheid is. Voor heronderzoek wordt deze periode aangehouden.

Wat betreft de procesgang zijn er wel substantiële verbeteringen aan te brengen.

### 7.2.1 Verbetering procesgang CWI - GSD

Dat geldt in de eerste plaats voor de procedure in het voortraject bij de taakverdeling tussen het CWI en de GSD. Dossiers gaan vaak heen en weer tussen CWI en GSD, omdat het CWI het reïntegratieadvies pas kan opstellen als de GSD voor een medisch onderzoeksrapport heeft gezorgd. Hierdoor ontstaan wachttijden, of het CWI kan zijn werk niet afmaken omdat de GSD de zaak niet teruglegt bij het CWI om het reïntegratieadvies af te maken. Voor een deel kan dit probleem worden opgelost in het kader van de nieuwe werkprocessen van het CWI, waarbij arbeidsgehandicapten als klantprofiel worden onderscheiden. Gemeenten kunnen in dit kader afspraken maken over de voor de cliënt effectiefste en efficiëntste werkwijze met betrekking tot de gang van zaken rond medische onderzoeken, kwinten en reïntegratieadviezen, waarbij bijvoorbeeld tevens afspraken gemaakt kunnen worden over de invulling van een medische poortwachterrol (snelle keuring teneinde op korte termijn helderheid te krijgen over de aard van de medische belemmeringen).

### 7.2.2 De cliënt centraal

Een ander probleem is dat de cliënt in de hele SUWI-keten zijn eigen dossier niet kan meenemen; dit dossier is en blijft eigendom van de kolom. Een cliënt die is afgeschat en van de WAO instroomt in de Abw en een cliënt met een maximale WW-uitkering, moeten via de U-bocht van het CWI. Het CWI en vervolgens de GSD leggen opnieuw een dossier aan en doen daarvoor vaak opnieuw alle noodzakelijke onderzoeken.

### 7.2.3 Strakkere contracten medisch onderzoek

Ten slotte is er het probleem van de wachttijden voor medisch onderzoek: in sommige gevallen lopen die op tot acht à negen maanden. Hoe langer het duurt voor er helderheid is omtrent de fasering en het op te stellen trajectplan, hoe moeilijker het wordt om de cliënt te bemiddelen. Gemeenten zouden dit probleem van de lange wachttijden op kunnen lossen door afspraken te maken dan wel contracten te sluiten met de keuringsinstanties en met het CWI; die afspraken zouden in de SNO kunnen worden vastgelegd.

## 7.3 Verplichtingen

Bijstandsgerechtigden dienen aan een aantal verplichtingen te voldoen teneinde voor bijstand in aanmerking te komen en deze te behouden. De belangrijkste verplichtingen hebben betrekking op de aanvaarding van arbeid (bijvoorbeeld de sollicitatieplicht). Indien iemand vanwege medische of sociale problemen (vooralsnog) niet aan deze verplichtingen kan voldoen, volgt er een vrijstelling. De verplichtingen rond arbeidsdeelname zijn algemeen geformuleerd. Deze verplichtingen passen niet goed meer op de hedendaagse aanpak (maatwerk) van de sociale diensten, gecombineerd met de groep cliënten waar het om gaat. Individuele trajecten bevatten individuele afspraken en verplichtingen. Bij mensen met medische belemmeringen gaat het dan vaak om afspraken rond zorg en activering; de algemene verplichtingen uit artikel 113 van de wet, zijn dan veelal niet aan de orde. Op enig moment kan aan het eind van een traject sprake zijn van de arbeidsbemiddelingsfase, dan pas zijn deze verplichtingen aan de orde.

Gemeenten willen meer mogelijkheden om zorg, activering en een medisch onderzoek daadwerkelijk als verplichting in een trajectplan op te kunnen nemen en sommige gemeenten pleiten ervoor ook dit in een algemeen verplichtingenartikel op te nemen. Voorbeelden die daarbij worden genoemd zijn verplichtingen in het kader van hulp bij problemen (een verplichting om naar het Riagg of het Algemeen Maatschappelijk Werk te gaan). Dit druist in tegen de privacy van personen. Nu wordt daar in de praktijk verschillend mee omgegaan, waarbij 'strakke' gemeenten weten dat er niet altijd een juridische basis is.

## 7.4 Uitstroom

Vanwege het goede economische tij is het gelukt om de laatste jaren het percentage mensen met een bijstandsuitkering aanzienlijk te laten dalen. Teneinde gemeenten in de gelegenheid te stellen optimaal gebruik te maken van het goede economische tij, hebben het ministerie van SZW en de VNG afspraken gemaakt over een verdere uitstroom uit de bijstand (de Agenda voor de Toekomst). Deze algemene afspraken zijn nader geconcretiseerd in individuele (uitstroom)afspraken tussen gemeenten en het ministerie. Ook in het kader van de Europese werkgelegenheidsagenda zijn afspraken gemaakt. Zo is onder meer afgesproken dat iedereen die werkloos wordt, binnen 12 maanden een reïntegratietraject krijgt aangeboden.

Een groot aantal gemeenten geeft in het onderzoek aan, dat voor het merendeel van het huidige bestand in de Abw en gegeven de economische situatie, uitstroom een moeilijk te realiseren doel is.

Voor cliënten met medische belemmeringen, vaak met meervoudige problematiek, is het hervinden van zelfredzaamheid vaak al een hoog gegrepen einddoel. Dat wil niet zeggen dat gemeenten niets doen met deze groep cliënten, maar zij willen het enthousiasme rond de

uitkomsten van deze aanpak duidelijk temperen.

Een enkele gemeente heeft zelfs aangegeven dat ook onder ogen moet worden gezien dat voor bepaalde cliënten een traject geen enkele toegevoegde waarde heeft, integendeel: trajecten kunnen een frustrerend effect hebben als de suggestie van herintrede wordt gewekt, terwijl daar geen sprake van kan zijn. Zolang een cliënt zelfredzaam is, geen problematiek heeft en daarnaast geen reële kans op de arbeidsmarkt heeft, moeten gemeenten kunnen besluiten tot een “rustplan” van onbepaalde duur, aldus die gemeenten.

Ten slotte hebben meerdere gemeenten in de interviews aangegeven behoefte te hebben aan meer ‘vrije ruimte’ voor de ontwikkeling van trajecten voor deze doelgroep: de huidige reïntegratiebedrijven voorzien daar niet in, aldus deze gemeenten.

## **7.5 Uitbreiding mogelijkheden zorg en welzijn: ontschotting, de cliënt centraal**

Een aantal gemeenten heeft aangegeven dat het arsenaal van reïntegratiemogelijkheden zo’n beetje is uitgeput. Voor degenen met medische belemmeringen kan het aanbod van trajecten zorg en welzijn nog wel worden uitgebreid. Dan gaat het in de eerste plaats om het vergemakkelijken van de toegang tot het reguliere aanbod, zowel wat betreft het oplossen van de wachtlijstproblematiek als het oplossen van het toelatingscriterium van motivatie. Een wachtlijst verdraagt zich niet met een procesgerichte benadering die de sociale diensten met trajecten nastreeft. Het criterium motivatie is inderdaad een noodzakelijke voorwaarde voor succes, maar de sociale diensten verwachten van de betreffende instellingen ook een bijdrage in het ‘over de drempel’ helpen van de cliënt. Daarnaast zouden de gemeenten graag mogelijkheden krijgen om ook dit soort activiteiten te verplichten.

In het kader van de sociale activering is de afstemming tussen zorg, welzijn en sociale zaken al vaker aan de orde geweest. De praktijk wijst uit dat ook hier de samenwerking verbeterd kan worden en de hulpverlening geïntegreerd zou worden op een dusdanige manier dat de cliënt meer centraal komt te staan.

Een tweede mogelijkheid voor het uitbreiden van het aanbod wordt gezocht in nieuwe methodieken. Gemeenten richten zich bijvoorbeeld op manieren om ‘ziektebeleving’ aan te pakken, via sport of via een meer psychologische invalshoek. Daarnaast zien we in de praktijk projecten en experimenten om de zeer moeilijke groepen van verslaafden en zwervers te bereiken. Gemeenten zouden hiervoor meer ‘vrije ruimte’ binnen het reïntegratiebudget willen hebben, teneinde tot een echte maatwerkaanpak over te kunnen gaan.

## **7.6 Resultaten meten**

Er zijn nog weinig gegevens over de resultaten van trajecten van cliënten met medische belemmeringen of een arbeidshandicap. Gemeenten beschikken over gegevens op het niveau van de individuele cliënt, maar overzichten op hogere niveaus ontbreken doorgaans. Er is derhalve onvoldoende zicht op de efficiency en de effectiviteit van de reïntegratie-inspanningen.

Wil men de resultaten van de trajecten voor deze categorie cliënten meten, dan zal er nagedacht moeten worden over een valide maat: een maat die past bij het doel van het traject.

Reïntegratie in de zin van duurzame uitstroom naar werk is lang niet altijd aan de orde. Een meetbare, transparante maat voor andersoortige trajecten zal lastig te operationaliseren zijn. Een maat voor succes zal dan eerder gezocht moeten worden in verbeterde redzaamheid en welbevinden van de cliënt.

## 7.7 De Rea integreren en vereenvoudigen

De Rea wordt beschouwd als een goed instrument, maar de gemeenten vinden dat de Rea niet altijd goed 'past' op de populatie 'bijstandcliënten met medische beperkingen'. Naar het zich laat aanzien is maar een klein deel van deze groep cliënten met deze regeling geholpen. Dit heeft te maken met het feit dat deze groep cliënten met meer dan alleen maar medische problemen te maken heeft, problemen die ook door de Rea niet opgelost kunnen worden.

Overigens constateren we dat de Rea voor de gemeenten wel op afstand staat, mogelijk veroorzaakt door het feit dat zij er in de uitvoering nauwelijks bemoeienis mee hebben. Het is overigens wel zorgelijk dat gemeenten geen inzicht hebben in de werking van de Rea. Het gaat hierbij om vragen als de aantallen die als arbeidsgehandicapt conform de Rea worden beoordeeld, wat de redenen zijn waarom cliënten daarbuiten vallen en wat de slaagpercentages zijn van de inzet van Rea-instrumenten. Inzicht in de redenen waarom de bijstandcliënten vaak niet geholpen zijn met de Rea, ontbreekt bij een aantal gemeenten. Het is onbekend of dat ligt aan bijvoorbeeld een te lichtvaardige indicatiestelling, een ineffektieve aanpak door reïntegratiebedrijven, gebrek aan motivatie bij cliënten of door terughoudendheid bij werkgevers. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat volgens hen de Rea voor werkgevers niet meer zo aantrekkelijk is, hetgeen veroorzaakt wordt door lange procedures (wachttijden bij het UWV) en bureaucratische rompslomp. Daarom zien gemeenten de Rea-mogelijkheden liever in een totale reïntegratiewet opgenomen, waarvoor zij zelf de verantwoordelijkheid hebben.

## 7.8 Samenloop WAO'ers

De gemeenten beoordelen de afhankelijkheid van het UWV voor de reïntegratie van cliënten met een gedeeltelijke WAO-uitkering negatief vanwege het uitblijven van de aanpak van samenloopgevallen. Verder is de kritiek dat het UWV geen aanbod heeft dat past voor deze categorie. De gemeenten hebben aangegeven graag mogelijkheden te krijgen om deze cliënten onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten te brengen, hetzij de totale categorie, hetzij bijvoorbeeld naar mate van arbeidsgeschiktheid.

## 7.9 Behoud van gesubsidieerde arbeid

Voor cliënten met medische belemmeringen is gesubsidieerde arbeid vaak nog de enige mogelijkheid om te reïntegreren. Gemeenten en CWI's pleiten dan ook voor behoud van deze arbeidsplaatsen.

# BIJLAGE I: GEHANTEERDE ENQUÊTE

# Cliënten met medische beperkingen in de bijstand

Gemeentenaam:

Ingevuld door dhr/mw:

Telefoon:

## **Graag terugsturen vóór 23 september 2002**

Inlichtingen bij:

Mevrouw Anke Ruijge (tel. 070 373 8449)

De heer Martijn Schut (tel. 070 73 8691)

Mevrouw Yvet Bommeljé (tel. 070 373 8370)

SGBO

Onderzoeks- en Adviesbureau van de  
Vereniging van Nederlandse Gemeenten  
Antwoordnummer 2224  
2501 VB Den Haag

Enquête 3456 verstuurd op 4 september 2002

## **Toelichting**

De Raad voor Werk en Inkomen (RWI) is een adviesorgaan van de minister van SZW waarin sociale partners en gemeenten zijn vertegenwoordigd. In opdracht van de Raad doet SGBO, Onderzoeks- en Adviesbureau van de VNG, onderzoek naar cliënten met medische beperkingen in de bijstand.

### **Doel onderzoek**

De RWI stelt zich ten doel adviezen te ontwikkelen die er toe kunnen leiden dat de gemeenten hun dienstverlening voor deze categorie bijstandsgerechtigden kunnen verbeteren. De RWI wil daarom graag inzicht in de wijze waarop gemeenten activering en reïntegratie van cliënten met een medische beperking aanpakken. Het gaat hierbij vooral om de procedures rond ontheffingen van arbeidsverplichtingen, medische keuringen, medisch-arbeidskundige onderzoeken, het inrichten van trajecten en de toepassing van Rea-instrumenten. Daarnaast wil de RWI van de gemeenten weten wat de mogelijkheden zijn voor deze groep en wat de specifieke knelpunten zijn bij activering en reïntegratie.

### **Opzet onderzoek**

Het onderzoek verloopt in drie stappen.

Stap 1 is een enquête onder het GSD-panel. De enquête moet een algemeen beeld geven van de wijze waarop gemeenten cliënten met medische beperkingen benaderen.

Stap 2 bestaat uit interviews met enkele gemeenten waar we nader ingaan op de mogelijkheden en belemmeringen om de dienstverlening voor deze groep adequaat vorm te geven.

Stap 3 bestaat uit interviews met enkele CWI's, relevante medische en medisch-arbeidskundige instanties en cliëntenorganisaties.

De rapportage over het onderzoek wordt eind dit jaar opgeleverd.

### **Invullen van de enquête**

De enquête bevat zoveel mogelijk vragen met gesloten antwoordcategorieën, wat het voor u gemakkelijker maakt om in te vullen. Aan de andere kant is het onderwerp nogal ingewikkeld, waardoor het voor kan komen dat de antwoordcategorieën niet passend zijn. Wij willen u in die gevallen verzoeken om dat aan te geven en gewoon teksten bij te schrijven. Daarvoor is ook aan het eind van elk hoofdstuk ruimte gereserveerd.

U wordt ook verzocht om notities, werkinstructies ed. die betrekking hebben op het onderwerp, met de ingevulde enquête mee te sturen. Bij de betreffende vragen kunt u naar de bijgevoegde stukken verwijzen.

### **Gehanteerde begrippen**

Om goed aan te geven over wie we het nu precies hebben hanteren we in de vragen de volgende begrippen:

- cliënt met medische beperkingen: dit zijn alle bijstandsccliënten < 65 jaar waarbij het CWI en/ of de GSD op de een of andere manier medische (inclusief psychische) beperkingen heeft signaleerd.
- cliënt met medische belemmeringen: dit zijn bijstandsccliënten die geheel of gedeeltelijk zijn ontheven van een of meerdere arbeidsverplichtingen op grond van medische belemmeringen cf. art. 107 Abw.
- cliënt met een arbeidshandicap: dit zijn cliënten waarbij een arbeidshandicap is vastgesteld op grond van de Rea.

Wij weten dat beantwoording van de vragenlijst beslag legt op uw tijd. Wij willen u toch vragen deze vragenlijst met eventuele bijlagen (in bijgevoegde antwoordenvolp) ingevuld retour te zenden, **vóór 23 september 2002**.

Wij verzoeken u de vragen te beantwoorden op basis van de meest actuele stand van zaken. Getallen mogen geschat worden.

## **1 Signaleren medische beperkingen door CWI**

- 1. Voor nieuwe cliënten stelt het CWI een reïntegratieadvies op. Het CWI moet bij cliënten met medische klachten de gehele kansmeter aflopen en pas vervolgens de fasering bepalen om te voorkomen dat cliënten te snel in fase 4 worden ingedeeld. Heeft uw dienst specifieke afspraken met het CWI gemaakt over de wijze waarop het CWI deze vaststelling precies doet en hoe het CWI voor deze groep het reïntegratieadvies opstelt?**
  - 1 Nee
  - 2 Ja, namelijk: svp. relevante passage uit de Service Niveau Overeenkomst (SNO) of anderszins op papier gezette afspraak naar ons opsturen
- 2. Indien (potentiële) cliënten bij het CWI aangeven medische beperkingen te hebben, wordt bij het CWI dan toch de gehele kansmeter doorlopen?**
  - 1 Nee / niet altijd
  - 2 Ja, altijd

3. **Bent u tevreden over de reïntegratieadviezen van het CWI bij cliënten met medische beperkingen?**
- 1 Nee, omdat:
  - 2 Neutraal
  - 3 Ja

**Toelichting en opmerkingen bij de vragen uit dit hoofdstuk 1:**

## **2 Vaststellen medische beperkingen GSD**

4. **Heeft uw dienst werkinstructies voor de handelwijze bij cliënten met medische beperkingen (hoe om te gaan met signaal van het CWI, de toepassing van keuringen etc.)?**
- 1 Nee
  - 2 Ja (svp. instructies naar ons opsturen)
5. **Bekijkt de GSD, los van het CWI, of er sprake is van medische beperkingen bij een cliënt?**
- 1 Ja, ongeacht wat het CWI heeft vastgesteld, bekijkt de GSD bij alle cliënten zelf of er sprake is van medische beperkingen.
  - 2 De GSD kijkt alleen in die gevallen waarbij het CWI geen medische beperking heeft vastgesteld en gaat in de andere gevallen af op het signaal van het CWI.
  - 3 Nee, de GSD neemt het CWI-signaal over en kijkt niet zelf nog eens naar medische beperkingen (naar vraag 7).
6. **Hoe constateert een GSD-consulent een medische beperking?**
- 1 De GSD-consulent vermoedt dat op basis van eigen inschatting
  - 2 De GSD-consulent hanteert daarvoor een protocol / checklist (svp. protocol naar ons opsturen)
7. **Wordt deze constatering gevolgd door een medische keuring of medisch-arbeidskundig onderzoek om een medische belemmering als grond voor ontheffing art. 107 Abw vast te stellen?**
- 1 Er wordt in geen enkel geval een keuring of onderzoek gedaan, de GSD stelt de medische belemmering in alle gevallen zelf vast (naar vraag 10)
  - 2 Er wordt wel een keuring of onderzoek uitgevoerd, maar niet in alle gevallen, namelijk: (geef aan wanneer wanneer niet):
  - 3 In alle gevallen wordt een keuring of onderzoek uitgevoerd
8. **Zijn dit keuringen (uitsluitend gericht op het vaststellen van medische beperkingen) of zijn dit medisch-arbeidskundige onderzoeken (waarbij precies wordt bekeken wat de cliënt voor type werk wel kan doen en welke aanpassingen van de werkplek nodig zijn)?**
- 1 De GSD laat alleen medische keuring uitvoeren
  - 2 De GSD laat alleen medische-arbeidskundige onderzoeken uitvoeren
  - 3 Afhankelijk van de client wordt een medische keuring en/of een medisch-arbeidskundig onderzoek uitgevoerd (naar vraag 8b).
- 8a. **Indien alleen medische keuring of alleen medisch-arbeidskundig onderzoek: Kunt u een toelichting geven waarom uw dienst voor dit type onderzoek heeft gekozen?**
- 8b. **Indien het type onderzoek afhankelijk is van de client: Kunt u een toelichting geven in welke gevallen voor een medische keuring wordt gekozen en in welke gevallen voor een medisch-arbeidskundig onderzoek?**

9. **Met welke instellingen heeft de GSD hiervoor een contract of afspraken? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- 1 Vrij gevestigde arts
  - 2 Reïntegratiebedrijf
  - 3 Specialist
  - 4 GGD
  - 5 Riagg
  - 6 Arbodienst
  - 7 SW-indicatiecommissie
  - 8 Anders, namelijk:
10. **Welk deel van de bijstandsccliënten heeft naar uw inschatting een medische beperking? (zie definitie Toelichting)**
- 1 \_\_%
  - 2 onbekend
11. **Is in uw dienst sprake van specifieke deskundigheidsbevordering bij medewerkers die te maken hebben met cliënten met medische beperkingen?**
- 1 Nee
  - 2 Ja

### 3 Medische beperkingen, ontheffingen en trajecten

12. **Wat gebeurt er met een cliënt waarbij door de GSD medische beperkingen zijn geconstateerd?**
- 1 Per definitie een ontheffing / rustplan
  - 2 Afhankelijk van de mogelijkheden een rustplan of een sociaal activeringsplan of reïntegratieplan
  - 3 Er wordt altijd een reïntegratieplan gericht op arbeidsinpassing opgesteld
13. **Worden cliënten die ontheven zijn van arbeidsverplichtingen op grond van een medische belemmering, later nog eens medisch onderzocht?**
- 1 Ja, allemaal, binnen de termijn van:
  - 2 Niet allemaal, namelijk (geef aan wanneer wel en wanneer niet):
  - 3 Nee, niemand; omdat
14. **In hoeveel procent van de gevallen wordt bij heronderzoek en/of medisch (her)onderzoek de ontheffing omgezet in een arbeidsverplichting? Evt. schatting.**
- 1 \_\_%
  - 2 Onbekend
15. **Kunt u aangeven bij welke soorten van belemmeringen een ontheffing en/of een rustplan eigenlijk een definitieve ontheffing betekent?**
16. **Bij hoeveel procent van de cliënten met een ontheffing op grond van medische belemmeringen betekent dat feitelijk gezien een definitieve ontheffing? Evt. schatting.**
- 1 \_\_%
  - 2 Onbekend

**Toelichting en opmerkingen bij de vragen uit dit hoofdstuk 2 en 3:**

## 4 Rea

17. **Is het voor de medewerkers van uw dienst helder wanneer de Rea kan worden toegepast, wat precies een Rea-instrument is en hoe de toepassing van de Rea zich verhoudt tot de toepassing van instrumenten in het kader van de Abw? Kunt u dit toelichten?**
18. **Heeft uw dienst werkinstructies voor de toepassing van de Rea door de consulenten?**
- 1 Nee
  - 2 Ja (svp exemplaar naar ons opsturen)
19. **Maakt uw dienst gebruik van de mogelijkheden van de Rea?**
- 1 Nee
  - 2 Ja (Naar vraag 20)
- 19a. **Waarom niet? (Naar vraag 26)**
20. **Maakt uw dienst gebruik van de mogelijkheid om medisch-arbeidskundig onderzoek op grond van de Rea te laten verrichten?**
- 1 Nee
  - 2 Ja (naar vraag 20b)
- 20a. **Zo nee: Waarom niet? (Naar vraag 21)**
- 20b. **Zo ja: Hoe selecteert u cliënten voor een medisch-arbeidskundig Rea-onderzoek?**
21. **De gemeente kan zonder deskundigenadvies (Rea-onderzoek) de cliënt in aanmerking laten komen voor Rea-instrumenten indien de cliënt is ontheven van arbeidsverplichtingen op grond van art. 107 Abw. Welk beleid voert uw gemeenten wat dit betreft?**
- 1 Alle cliënten die wij in aanmerking willen laten komen voor Rea-instrumenten laten wij medisch-arbeidskundig onderzoeken,
  - 2 Cliënten met een ontheffing op grond van belemmeringen die al eerder door een deskundige zijn vastgesteld laten wij niet alsnog voor de Rea medisch-arbeidskundig onderzoeken; de overigen wel.
  - 3 Cliënten met een ontheffing op grond van medische belemmeringen (ongeacht wie die heeft vastgesteld) laten wij niet nog eens voor de Rea medisch-arbeidskundig onderzoeken,
22. **De gemeente kan zonder deskundigenadvies (Rea-onderzoek) de cliënt in aanmerking laten komen voor Rea-instrumenten indien aan de cliënt een vervoersvoorziening of rolstoel vanwege WVG is toegekend. Welk beleid voert uw gemeente wat dit betreft?**
- 1 Alle cliënten die wij in aanmerking willen laten komen voor Rea-instrumenten laten wij medisch-arbeidskundig onderzoeken,
  - 2 Sommige cliënten met een rolstoel of vervoersvoorziening laten wij niet alsnog voor de Rea medisch-arbeidskundig onderzoeken; anderen wel,
  - 3 Cliënten met een rolstoel of vervoersvoorziening laten wij niet nog eens voor de Rea medisch-arbeidskundig onderzoeken,

23. Welk deel van de bijstandsccliënten is in uw gemeente arbeidsgehandicapt op grond van de Rea? Evt. schatting.
- 1 \_\_%
  - 2 Onbekend
24. En welk percentage daarvan (van de cliënten die op grond van een Rea-onderzoek arbeidsgehandicapt zijn verklaard) gaat daadwerkelijk gebruik maken van een voorziening op grond van de Rea? Evt. schatting.
- 1 \_\_%
  - 2 Onbekend
25. In welke gevallen leidt een Rea-indicatie niet tot daadwerkelijk gebruik van een Rea-voorziening?
26. Heeft uw gemeente afspraken gemaakt met het UWV over de reïntegratie van WAO-ers die een gedeeltelijke bijstandsuitkering hebben?
- 1 Nee
  - 2 Ja

Ruimte voor toelichting over de aard van deze afspraken met het UWV; stuur zo mogelijk de betreffende afspraken naar ons op:

## 5 Reïntegratie: mogelijkheden en obstakels

27. Heeft uw gemeente streefcijfers voor het aantal te activeren/reïntegreren cliënten met een medische beperking en/of een arbeidshandicap?
- 1 Nee (Naar vraag 29)
  - 2 Ja
28. Welke streefcijfers worden gehanteerd? (aangeven over welke doelgroep het gaat)
29. Welke instrumenten worden ingezet bij de reïntegratie van arbeidsgehandicapten?

		nooit	soms	regelmatig	vaak	altijd
		1	2	3	4	5
WIW-dienstbetrekking	a					
WIW-werkervaringsplaats	b					
I/D-baan	c					
Premiektorting indienstname/herplaatsing	d					
Voorzieningen voor het werken op een proefplaats	e					
Persoonsgebonden reïntegratiebudget (PRB)	f					
Intensieve begeleiding door GSD bij traject	g					
Intensieve begeleiding door reïntegratiebedrijf bij traject	h					
Medische behandeling	i					
WSW	j					
Specifieke projecten voor de doelgroep	k					
Overig, namelijk:	l					

- 30. Welke obstakels ervaart u bij de reïntegratie van arbeidsgehandicapten? (meerdere antwoorden mogelijk)**
- 1 Reïntegratiebedrijven (in onze regio) zijn onvoldoende in staat de arbeidsgehandicapte aan werk te helpen.
  - 2 Onvoldoende kennis bij consulenten sociale dienst over mogelijkheden tot reïntegratie van arbeidsgehandicapte.
  - 3 Afhankelijkheid van het UWV bij toekennen van Rea-instrumenten
  - 4 Keuringsrapporten bieden onvoldoende handvatten/adviezen voor in te zetten trajecten
  - 5 Wachttijden bij keuringsinstanties
  - 6 Er is geen werk voor deze categorie
  - 7 Belemmeringen in regelgeving, namelijk:
  - 8 Overige belemmeringen, namelijk:
  - 9 We ervaren geen belemmeringen
- 31. Hoe kan de reïntegratie van arbeidsgehandicapten succesvol(ler) verlopen, wat moet daarvoor veranderen en wat moet daarvoor verbeterd worden? (bv. ten aanzien van regelgeving, instrumenten, arbeidsmarkt)**
- 32. Wilt u tot slot alle relevante (delen van) documenten van de dienst over dit onderwerp aan ons toesturen?**
- 1 Beleidsnota: beleid cliënten met medische beperkingen, toepassing ontheffing, beleid heronderzoeken ed.
  - 2 Beleidsnota: toepassing Rea
  - 3 Werkinstructies cliënten met medische beperkingen, toepassing keuring en onderzoek, toepassing ontheffing, inhoud heronderzoek
  - 4 Werkinstructies toepassing Rea, onderzoek en instrumenten
  - 5 Contract / afspraken met instanties medische keuring/ medisch - arbeidskundig onderzoek
  - 6 Beleidsverslag, statistische overzichten
  - 7 Afspraken met het CWI (SNO)
  - 8 Afspraken UWV
  - 9 Overig, namelijk:

**Toelichting en opmerkingen bij de vragen uit dit hoofdstuk 4 en 5:**

**Hieronder kunt u opmerkingen maken naar aanleiding van deze vragenlijst.**

**Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête.**

## BIJLAGE II: LIJST VAN GEÏNTERVIEWDE PERSONEN

#### **Gemeenten (in alfabetische volgorde)**

- Amsterdam, de heer J. Roep, beleidsmedewerker bijstand en activering van de sociale dienst Amsterdam en de heer J. Rutten, Rea expertise centrum
- Den Bosch, mevrouw C. van den Hout, afdeling Regie Werk, inkomen en zorg
- Den Haag, mevrouw M. van de Maazen, beleidsmedewerker afdeling WAM en de heer W. Buijze, trajectadviseur van de afdeling Werkkompas
- Dordrecht, de heer R. van der Sluijs, beleidsmedewerker activering en uitstroom
- Eindhoven, de heer W. den Hartog, afdeling operationeel beleid en mevrouw F. van de Ploeg, afdeling strategisch beleid
- Utrecht, mevrouw J. van der Meulen, Dienst maatschappelijke ontwikkeling
- Venlo, mevrouw A. Koch, hoofd Onderhoud van de sociale dienst
- Winterswijk, de heer H. Walhof, beleidsmedewerker Werk en inkomen, en de heer T. van der Zwet, medewerker uitstroom sociale zaken
- Zaanstad, mevrouw P. van de Wolk, beleidsmedewerker en de heer J. van de Valk, deskundige op het gebied van de Rea

#### **CWI's (in alfabetische volgorde)**

- Den Haag, de heer A. Ouwerkerk, senior adviseur
- Utrecht, mevrouw I. van der Moolen, senior adviseur Abw en de heer Y. Altuntas, senior adviseur kwints
- Winterswijk, mevrouw M. Zweerink, adviseur
- Zaanstad, de heer J. Wissink

#### **Reïntegratiebedrijven**

- Argonaut, de heer R. Dekker, adviseur markering en sales
- TMP, mevrouw H. Bakker, regiomanager reïntegratie (telefonische aanvulling door een collega)

#### **Keuringsinstanties**

- GGD Zuidhollandse Eilanden, de heer J. Groot
- Reaned, Arbo- en reïntegratieadviseurs, mevrouw A. Hoogendoorn, arts/directeur en de heer F. Sijmonsbergen, register arbeidsdeskundige HRM-adviseur/directeur

#### **Cliëntenorganisatie**

- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad, de heer P. Ybeles Smit

Daarnaast is er nog incidenteel gebeld met het CWI (hoofdkantoor) in Den Haag en enkele gemeenten teneinde achtergrondinformatie te krijgen.

## Colofon

*Bijstandsccliënten met medische belemmeringen* is een uitgave van de Raad voor Werk en Inkomen.

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode augustus 2002 tot en met januari 2003  
© Raad voor Werk en Inkomen, Den Haag. Niets uit deze uitgave mag op enige manier worden veeveelvoudigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

### **Raad voor Werk en Inkomen**

Oranjestraat 4  
2514 JB Den Haag  
Postbus 16101  
2500 BC Den Haag  
[www.rwi.nl](http://www.rwi.nl)

### **Vormgeving**

Ontwerpbureau Smidswater BNO, Den Haag

### **Verkoop**

Reed Business Information b.v.  
Afdeling klantenadministratie  
Postbus 808  
7000 AV Doetinchem  
Tel: 0314 358 358  
Fax: 0314 349 048  
[klantenservice@reedbusiness.nl](mailto:klantenservice@reedbusiness.nl)

ISBN 90-5901-278-x

Augustus 2003