



ILLUSTRATIE: HEIN DE KORT VOOR HET FINANCIËLE DAGBLAD

## Complexe vragen van burgers en patiënten beantwoord je niet met strakke regels



Pauline Meurs is hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Reageer via [expert@fd.nl](mailto:expert@fd.nl).



De laatste twintig jaar zijn in Nederland veel wetswijzigingen doorgevoerd om het aantal arbeidsongeschikten te verminderen en de toegang naar werk te versterken. Een van de gevolgen van deze wijzigingen is dat vaker gecontroleerd moet worden of mensen echt arbeidsongeschikt zijn. Daarom is er veel behoefte aan kennis en expertise van verzekeringsartsen. Zij bepalen immers of het voor een patiënt nog mogelijk is om te werken en wat voor werk dat zou kunnen zijn. Anders dan vroeger is het tegenwoordig veel beter mogelijk om met een chronische aandoening te blijven werken. En met het verlengen van het arbeidzame leven is er meer vraag naar passend werk op gevorderde leeftijd.

Een verzekeringsarts valt binnen het domein van de sociale geneeskunde. Hij of zij bepaalt aan de hand van lichamelijk onderzoek, gesprekken

met de patiënt en diagnoses van eerder betrokken specialisten of iemand nog geschikt is om werk te verrichten en wat voor type werk dat zou kunnen zijn. Dit alles klinkt hoopvol en getuigt van een goede samenleving met oog voor het belang van werk voor een goede gezondheid, maar ook voor het belang van (financiële) steun als werken niet meer tot de mogelijkheden behoort.

De ervaringen in de praktijk van zowel patiënten als artsen laten ook een andere kant van deze mooie medaille zien. Artsen hebben de opdracht het toetsen en keuren van patiënten via een ingewikkeld systeem van regels uit te voeren. Het probleem is echter dat de meerderheid van de patiënten niet past binnen de regels van dat dichtgetimmerde systeem. De regels zijn bovendien behoorlijk ingewikkeld, waardoor een beslissing van een arts ook niet altijd passend te krijgen is. Het gevolg is dat het voor de betrokkenen vaak onbegrijpelijk wordt hoe een beslissing uitvalt. Dit heeft vaak woede en onbegrip bij de patiënt tot gevolg, wat vervolgens nog meer uitleg vergt en verdere frustratie tot gevolg heeft.

### BREDER VRAAGSTUK

Het voorbeeld van de verzekeringsartsen en het verstikkende systeem van allerlei regels staat model voor een veel breder vraagstuk binnen de zorg. De regelgeving wordt steeds ingewikkelder met meer controle en toetsmomenten en is steeds minder toegesneden op de vragen en problemen van burgers die met deze regelingen te maken hebben. Het lijkt er daarbij ook op dat de regels van de verzorgingsstaat gemodelleerd worden naar een burger die in essentie niet zou willen meewerken, die de kantjes ervanaf zou lopen, die wellicht

zelfs zou frauderen en die in elk geval door de overheid moet worden kortgehouden. Dat zien we in de regels rond de schuldhulpverlening, in de regels rond het persoonsgebonden budget, maar bijvoorbeeld ook in de regels rond de toeslagen voor de kinderopvang, wat de afgelopen periode voor zoveel ophef heeft gezorgd.

Dit uitgangspunt van de overheid dat de burger niet zou willen meewerken heeft ten minste twee gevolgen: de regels worden defensief en bij de uitvoering van de regels gaat men van lieverlee niet meer uit van de goede wil van de burger, maar juist van kwade bedoelingen van de betreffende burger of patiënt. En ook al wil je als zorgprofessional niet in dit uitgangspunt meegaan — het tast immers je professionaliteit aan — het gebeurt toch.

### WEINIG MAATWERK

De professionals die deze regels moeten uitvoeren worden immers beoordeeld naar de rechtmatige toepassing van de regels. 'Geen willekeur' is het adagium, uitzonderingen zijn niet mogelijk. Iedereen moet gelijk worden behandeld, ook al kunnen de verschillen tussen burgers of patiënten groot zijn. Zelfs het invoeren van voorzichtig maatwerk lukt nauwelijks, omdat de financiële verantwoording dan te ingewikkeld wordt, maar ook omdat maatwerk andere vaardigheden vraagt.

Een klein voorbeeld ter illustratie: bij het keukentafelgesprek — dat nodig is om in aanmerking te komen voor ondersteuning in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) — is het de bedoeling dat een vertegenwoordiger van de gemeente persoonlijk bij de aanvrager thuis langs gaat om ter plaatse in gesprek te

gaan en te bezien wat nodig is. Dit zou maatwerk moeten zijn. Maar voor de zekerheid is er toch een 'zelfredzaamheidsmatrix' ontwikkeld waarop kan worden aangegeven wat mensen nog wel kunnen en wat niet. De uiteindelijke score op deze matrix bepaalt of er steun wordt verleend of toch niet. Een hulpmiddel wordt zo een beslissboom, waaruit elke vorm van maatwerk verdwenen is. En zo krijgen we steeds meer ingewikkelde regelingen om ronde vragen vierkant op te lossen. Met alle tragische gevolgen van dien, zoals we ook bij de kinderopvangtoeslagenaffaire zagen.

Is er een uitweg mogelijk? Voor veel professionals wel. Zij verlaten de instellingen in de zorg en kiezen veel vaker voor een eigen praktijk als zzp'er. Dat gebeurt bij verzekeringsartsen, maar bijvoorbeeld ook bij psychiaters, verpleegkundigen, of Wmo-begeleiders. Zij kiezen voor een adviesrol, een expertrol, of voor de vrijheid hun eigen *workload* te bepalen. 'Ik wil graag alleen met mijn vak bezig zijn' of 'ik wil minder vergaderen' of 'de regels breken me op', het zijn allemaal valide redenen om een andere keuze te maken.

De huidige frustratie bij veel burgers en de grote uitstroom van goede professionals uit de zorg moeten voor de overheid duidelijke signalen zijn om werk te gaan maken van regels die met aanzien des persoons worden toegepast en waarbij rechtvaardigheid, en niet rechtmatigheid, het besliscriterium moet worden. Dan worden de uitvoeringsorganisaties ook voor mensen met complexe vragen toegankelijk en krijgen zorgprofessionals voldoende mandaat om passende beslissingen te nemen. Wie weet, willen de zzp'ers dan ook weer meedoen.

**Veel professionals verlaten de zorginstellingen en kiezen voor een praktijk als zzp'er**