



Tweede Kamer commissie voor VWS

Postbus 20018

2500 EA DEN HAAG

E: cie.vws@tweedekamer.nl

Datum: 5 oktober 2023

Kenmerk: 23-044/SM

Onderwerp: inbreng Kamerdebat IZA 11 oktober 2023

Contact: Simone Melis, 06-82828030 / simone.melis@wijzijnmind.nl.

Geachte Kamerleden,

Op 11 oktober a.s. vindt het commissiedebat plaats over het Integraal Zorgakkoord (IZA). Met deze brief levert MIND inbreng voor dit debat. Na enkele algemene reflecties geven we onze opmerkingen weer in de structuur van de IZA-thema's zoals die in het akkoord zijn opgenomen (zie het [IZA rapport](#)).

Algemene opmerkingen

MIND ziet dat veel maatregelen en acties worden genomen in het kader van het IZA, ook voor de ggz. Dit is nodig, gezien de urgente vraagstukken in de ggz rondom toegankelijkheid en wachttijden, kansen en risico's rondom digitalisering en data-gebruik, kwaliteit van zorg, de ontwikkeling van de pijler 'informele zorg' naast die van 'formele zorg' en de noodzaak tot versterkte regionale samenwerking. Op ieder van deze onderwerpen is de inbreng van cliënten, patiënten en naasten in de ggz onmisbaar om te komen tot écht passende, waarde(n)volle zorg en ondersteuning, waarbij de mens centraal staat.

Zoals u waarschijnlijk weet, heeft MIND destijds besloten om het IZA niet te ondertekenen. De passages rondom gegevensverzameling en –deling, het verlagen van de vergoeding van ongecontracteerde zorg (waardoor de vrije artskeuze verdwijnt) en de onduidelijke positie en financiering in het IZA van sociaal domeinpartners, maakten dat MIND zich destijds niet achter het totaalpakket kon scharen. Dat neemt niet weg dat we tegelijkertijd constructief meewerken aan andere onderdelen van het IZA, zoals het versterken en uitbreiden van laagdrempelige ggz-steunpunten in de wijk. Ook maken we ons sterk voor ggz e-communities, waarmee online lotgenotencontact een impuls krijgt.

De vraag waar het uiteindelijk voor ons om draait is: leiden de IZA-activiteiten nu tot verbetering van de ggz voor de mensen om wie het gaat? Is de kwaliteit van zorg toegenomen, zijn de wachtlijsten gedaald, is de transparantie vergroot? En vindt in de spreekkamer een gelijkwaardig gesprek plaats tussen de zorgprofessional en de cliënt, waarbij sprake is van een gezamenlijk gedragen besluit over de behandeling? De beantwoording van deze aspecten vormt de toetssteen om te kunnen beoordelen of dit akkoord een succes is.



A. Passende zorg: waardegedreven – samen met de patiënt, pakket en kwaliteit

MIND vindt het belangrijk dat voor ggz-cliënten een evenwichtig pakket is samengesteld waarmee waardegedreven passende zorg kan worden geboden. Dat deze aansluit op de publieke kwaliteitsstandaarden die het veld gezamenlijk heeft vastgelegd bij Akwa: de [GGZ Standaarden](#). En dat de vraag van de cliënt en zijn naaste voorop staat, uitgaande van het sociaal model. Dit betekent dat de client vanuit zijn eigen context samen met de zorgverlener bepaalt wat nodig is voor herstel en verbetering van kwaliteit van leven. Hierbij zijn zelfregie en zelfmanagement belangrijke waarden. Zo beslissen zij ook samen uit welke domeinen zorg en/of ondersteuning nodig is.

MIND benadrukt dat de ervaringskennis van cliënten, de klinische relevantie en effectiviteit van interventies vanuit cliëntperspectief gelijkwaardig zijn aan het professioneel oordeel en de wetenschap als maatstaf voor bewezen effectieve zorg betaald vanuit de ZVW. En dat de uitkomstinformatie hiervan ook transparant wordt gemaakt als basis voor keuze-informatie in samen beslissen in de triade. Daarnaast is dit ook belangrijk voor het leren en verbeteren van professionals.

B. Regionale samenwerking; algemeen

C. Regionale samenwerking; acute zorg

D. Regionale samenwerking; concentratie en spreiding

We nemen B t/m D samen in onze inbreng hieronder.

Regioplannen: niet zonder de inwoners, patiënten en cliënten echt te betrekken bij het opstellen en toetsen ervan

Alle zorgkantoorregio's moeten (op basis van regiobeelden) uiterlijk 1 januari 2024 een duidelijk regioplan hebben opgesteld met daarin de belangrijkste veranderopgaven voor de komende jaren. Dat is zo afgesproken in het IZA.

In haar rapport 'Van regiobeeld naar regioplan' van 21 september jl. maakt de NZa de volgende opmerking over de noodzaak van het betrekken van alle stakeholders om verder te komen:

"Het is juist de regionale dialoog over de knelpunten en verandermogelijkheden die de regio's verder kan helpen. Een dialoog tussen zorginkopers en zorgbestuurders, maar óók met inwoners, zorggebruikers en professionals."

En dat is ook de afspraak in het IZA, pagina 45.

"Het opstellen/herijken van regiobeelden en regioplannen gebeurt gezamenlijk door een afvaardiging van relevante zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Vervolgens toetsen deze partijen het bij hun achterban, waaronder informele zorg, patiëntvertegenwoordigers (o.a. cliëntenraden), zorgprofessionals, andere medewerkers en gemeenteraden. Op deze manier wordt het perspectief van de gehele zorgketen geborgd, inclusief gemeentelijk domein en patiëntperspectief."

Volgens onze analyse van de gepubliceerde regiobeelden is in slechts de helft van de regio's dit perspectief gelijkwaardig betrokken geweest, dus hier ligt nog een flinke uitdaging.



Van regiobeelden naar regioplannen

Dezelfde analyse laat zien dat in 75% van de regiobeelden het versterken van de mentale gezondheid als een knelpunt is benoemd en in 60% van de regiobeelden het versterken van sociale kracht, met inbegrip van het aanpakken van eenzaamheid, als belangrijk is aangemerkt.

Maar in slechts in 1 op de 8 regiobeelden is er enige informatie beschikbaar over algemene, voorliggende voorzieningen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), laagdrempelig sociaal werk, informele zorg, of collectieve preventie. En in minder dan 10 procent van de regiobeelden is er beperkte informatie beschikbaar over burger- en patiëntinitiatieven, zoals zelfregiegroepen.

Adviezen

We geven aan de regionale coördinerende zorgverzekeraar en gemeente de volgende adviezen:

- Zorg ervoor dat in alle regio's een sterke collectieve inwoner-/cliëntvertegenwoordiging betrokken is bij het opstellen van de plannen.
- Betrek diverse stakeholders, waaronder zelfregie- en herstelorganisaties, bewonersinitiatieven, dorpshuizen, laagdrempelige inlopen voor jongeren en jongerenwerk, en lokale/regionale sociaal werkorganisaties.
- Maak de kernwaarden, zoals ontmoeting, welkom voelen, onderlinge steun, betekenisvol zijn voor elkaar, netwerk en vangnet hebben, zorgen delen, zelfregie en herstel, leidend in plaats van ze te versnipperen over verschillende kostenposten. Door deze waarden centraal te stellen, kunnen we de beweging naar de voorkant effectief vormgeven.
- Zorg ervoor dat data over het aanbod 'in de voorkant' door en voor inwoners toegankelijk zijn en geïntegreerd worden. MIND kan een aantal relevante bronnen verschaffen, zoals de MIND Atlas.

Ondersteuning door landelijke IZA-werkgroepen aan de regio's

Het is belangrijk dat de regio's tijdig worden voorzien van kennis en informatie om hun plannen te verrijken. Zodat zij daadwerkelijk in de plannen kunnen beschrijven dát en hoe zij de beweging naar de voorkant gaan maken. We moeten dus niet pas in 2024 komen met voeding voor de regio's. Relevante landelijke IZA-werkgroepen in dit verband zijn onder meer 'Landelijk dekkend netwerk laagdrempelige steunpunten zoals zelfregie- en herstelorganisaties' en 'Landelijk dekkend netwerk digitale lotgenotengroepen (e-communities)'.

Vragen aan de minister

De komende maanden is het van essentieel belang om de collectieve inwoner-, patiënt- en cliëntvertegenwoordiging te versterken, leidende waarden voor inwoners te omarmen, diverse stakeholders te betrekken, en landelijke IZA-werkgroepen te ondersteunen. Hierdoor kunnen we bijdragen aan toegankelijke en betaalbare zorg en de sociale basis versterken.

- Wilt u de minister vragen er scherp op toe te zien dat de collectieve inwoner-, patiënt- en cliëntvertegenwoordiging bij het opstellen en toetsen accuraat geborgd is?
- Wilt u de minister vragen om half november de stand van zaken aan u te rapporteren?



F. Samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz

Wachlijsten

Ondanks allerlei goedbedoelde initiatieven van verschillende partijen zijn de wachlijsten in de ggz nog steeds schrikbarend lang. Blijkbaar is de weg die nu bewandeld wordt niet de juiste. Er liggen echter nog onbenutte mogelijkheden:

- Een transparant en eerlijk contracteerproces tussen zorgverzekeraars en aanbieders. Veel aanbieders voelen zich nu onder druk gezet tijdens de contractering en kunnen in de loop van het jaar verzekerden van bepaalde zorgverzekeraars niet meer in behandeling nemen in verband met knellende omzetplafonds. Ook moeten zorgverzekeraars zich beter gaan houden aan de zorgplicht. De NZA zou hier steviger op moeten controleren en handhaven.
- Vraag en aanbod lijkt op dit moment niet op elkaar aan te sluiten. Wellicht kan er meer ruimte gecreëerd worden in behandelaanbod door een verschuiving binnen het aanbod te laten plaatsvinden: meer behandelplekken voor mensen met complexe problematiek, minder plekken voor mensen met lichte problematiek die wellicht ook bij de POH-GGZ, een zelfregiecentrum of digitale zorg een passend aanbod kunnen vinden.

MIND vraagt de minister dan ook bovenstaande mogelijkheden te onderzoeken.

Landelijk dekkend netwerk van zelfregie- en herstelcentra

Een goed functionerende sociale basis zorgt ervoor dat mensen waarschijnlijk minder specialistische ggz nodig hebben. De beweging naar de voorkant veronderstelt ook investeringen om in de sociale basis een breed aanbod te hebben dat aansluit bij de behoefte van mensen met psychiatrische problemen. In mei heeft het lid Mohandis (PvdA) initiatief genomen voor een [motie](#) (nr. 25424-659, 16 mei 2023) om kracht bij te zetten op de IZA-afspraken om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van zelfregie- en herstelcentra (ZHC's). Deze motie, unaniem door de Tweede Kamer aangenomen, wijst erop dat laagdrempelige steunpunten zoals ZHC's, ervoor zorgen dat mensen laagdrempelig en dicht bij huis in hun eigen omgeving aan herstel kunnen werken. De regering werd verzocht om voor de begrotingsbehandeling voor 2024 met een plan en bijbehorende financiering voor deze laagdrempelige steunpunten te komen.

Er is sprake van een gestage groei aan ZHC's in het land (van 36 in 2016 naar 120 anno nu). Om een landelijk dekkend netwerk te realiseren zal dit aantal nog veel verder moeten uitgroeien (naar ongeveer 500 ZHC's met een gezamenlijk bereik van rond de 325.000 kwetsbare inwoners). Dit vraagt om versnelling van de groei en om ruimere financiën om deze ontwikkeling mogelijk te maken.

MIND heeft naar aanleiding hiervan de volgende vragen aan de minister:

- Wanneer kan de Kamer het plan van aanpak verwachten?
- Is de minister bereid om meer te investeren in het verstevigen van de sociale basis zodat hopelijk minder mensen de specialistische ggz nodig hebben?

- Is de minister ervan op de hoogte dat het huidige ondersteuningsprogramma ‘Regie in de regio’ aan het einde van dit jaar stopt omdat de projectsubsidie stopt, en dat daarmee een zorgvuldig opgebouwde infrastructuur dreigt te verdwijnen?
- Hoeveel geld is de minister bereid te investeren vanuit de transformatiegelden van het IZA om recht te doen aan de IZA-afspraken om voor 2027 een landelijk dekkend netwerk van ZHC’s te realiseren?
- Kan de minister financieel onderbouwen dat het beoogde bedrag voldoende is om de versnelde groei die daarvoor nodig is te bewerkstelligen?
- Hoe ziet de minister de duurzame financiering van deze centra voor zich ná de looptijd van het IZA, aangezien gemeenten noch Rijk tot nu toe duidelijk hebben gemaakt hoe zij dit gaan doen?

I. Digitalisering en gegevensuitwisseling

Gegevensuitwisseling

MIND vindt gegevensuitwisseling belangrijk: de juiste informatie op de juiste plek en het juiste moment. Echter moet daarbij onderscheid worden gemaakt tussen medicatiegegevens en inhoudelijke informatie over de behandeling, de leefsituatie en geschiedenis van mensen. Daarnaast is het van groot belang dat het perspectief van ggz-cliënten wordt meegenomen in beleid rond gegevensuitwisseling. Het risico op zorg mijden is namelijk reëel.

In het plan voor een wetsaanpassing die het mogelijk maakt om binnen de acute zorg "gegevens zonder toestemming beschikbaar te stellen via een elektronisch uitwisselingssysteem, tenzij de patiënt of cliënt bezwaar heeft (opt-out)" moet rekening worden gehouden met de bezwaren van cliënten. Het mag niet zo zijn dat dit plan ter verbetering van kwaliteit van zorg gezondheidsverschillen vergroot ten aanzien van mensen die instituties en instellingen wantrouwen. In plaats van opt out pleit MIND voor een zoveel mogelijk *gelaagd consent*, waarbij de burger de regie houdt over eigen gegevens.

Digitale en hybride zorg

Om de zorg toegankelijk(er) te maken en houden wordt digitale en hybride zorg gezien als een oplossing voor de beperkte capaciteit in de ggz. Echter, hierbij kan niet worden uitgegaan van ‘de gemiddelde burger’. Te vaak wordt uitgegaan van de vanzelfsprekendheid van de ‘ongemarkeerde burger’ (autochtoon, talig, digitaal vaardig, geen beperkingen, voldoende middelen etc.). Voorkom dat de gezondheidskloof wordt vergroot door digitalisering in alle vormen van toepassingen eerst of zelfs alléén te richten op de ‘early adopters’, of in de ggz vaak de ‘lichtere gevallen’. Het IZA richt zich op de monodisciplinaire ggz – terwijl interventies juist de focus zouden moeten hebben op de groepen mensen die deze het meest nodig hebben. Het argument dat deze aanpak zou zorgen voor meer tijd voor de complexere cliënten is niet steekhoudend. Digitale en hybride zorg moet een keuze zijn, die zorgt voor een verbetering in kwaliteit en toegankelijkheid – voor alle cliënten.

Digitale en hybride zorg mag daarom wat ons betreft ook nooit de enige optie zijn. Een cliënt zou, als onderdeel van de eigen regie over het type behandeling dat het beste bij die persoon past, altijd moeten kunnen blijven kiezen tussen digitaal, hybride of helemaal niet digitaal. Immers, de behandeling die op dat moment het beste is voor die persoon draagt het meest effectief en efficiënt bij aan diens herstel.



Toegankelijkheid/inclusief design

Inclusiviteit is ook een zorg als het gaat om de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO's). Het IZA stelt als doel dat burgers in 2025 "digitaal toegang tot en de beschikking over hun eigen zorggegevens" hebben. Het blijkt echter dat de huidige PGO's wat betreft gebruiksvriendelijkheid matig tot slecht scoren. Weliswaar zijn de gegevens online beschikbaar, maar een substantieel deel van de testers (geen patiënten) geeft aan de gegevens niet te kunnen bereiken ([Verbeteringen zichtbaar in gebruik PGO's, maar het moet nog beter - PGO](#)). Er is weliswaar een verbetering in vergelijking tot vorig jaar, maar nog onvoldoende in de ogen van MIND. Daarnaast is gebruiksvriendelijkheid nog geen inclusief design. MIND pleit voor primaire aandacht voor inclusief ontwerp, waarbij rekening gehouden wordt met de context van alle burgers, en waarbij in het testen van applicaties speciale aandacht bestaat voor mensen met een beperking. Dit omvat zowel fysieke beperkingen als psychische aandoeningen.

J. Contractering

Omdat MIND het IZA niet heeft ondertekend, mogen we helaas niet deelnemen aan bepaalde thematafels, waaronder de tafel 'contractering'. Terwijl het juist zo belangrijk is om het perspectief van cliënten en naasten in de GGZ hierbij te betrekken. Om tot echt passende zorg te komen, zal de zorg moeten passen bij de zorgvraag van de cliënt. Als zorg niet aansluit op de vraag is de kans groot dat psychische problemen alleen maar verder toenemen met uiteindelijk hogere zorgkosten tot gevolg. Als zorgverzekeraars scherper gaan letten op de inkoop van passende zorg, kunnen zij hierbij niet zonder de kennis en ervaring van cliënten in de ggz. Helaas is dit voor zorgverzekeraars nagenoeg onontgonnen terrein.

- Kunt u de minister vragen om erop toe te zien dat zorgverzekeraars actief het clientperspectief betrekken bij de zorginkoop van ggz-zorg.
- Kunt u de minister vragen om de vrije artskeuze niet in te perken door middel van bijvoorbeeld het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering. De therapeutische relatie tussen cliënt en behandelaar bepaalt in belangrijke mate in de ggz het wel of niet slagen van een behandeling. Als een client niet zelf voor een zorgverlener kan kiezen, omdat er bijvoorbeeld een eigen bijdrage mee gemoeid is of een hogere premie van een restitutiepolis, beperkt dat de mogelijkheid tot het vinden van een passende behandelaar. Zeker in tijden van schaarste zoals nu.

K. Financiën

L. Monitoring

Om te kunnen beoordelen of de IZA-middelen efficiënt en effectief worden aangewend om deze ggz-doelen te bereiken, is adequate monitoring en financiële verantwoording noodzakelijk. Het gaat immers om zo'n €2,8 miljard aan publieke middelen. Wij hebben hierover een aantal vragen op basis van de brief met bijlagen over de voortgang van het IZA, die de ministers en staatssecretaris op 4 oktober jl. naar de Tweede Kamer heeft gestuurd.

Zijn de uitgevoerde projecten van voldoende kwaliteit om uiteindelijk de gewenste resultaten te boeken en de transformatie duurzaam vorm te geven – ook na de looptijd van het IZA? Is momenteel sprake van overbesteding of juist van onderuitputting van de budgetten? Is sprake van een gelijkmatige spreiding van toegekende plannen en financiering over heel Nederland, zodat alle sectoren en regio's de gewenste transformatie kunnen realiseren? Kortom: worden de IZA-middelen



rechtmatig, doelmatig en doeltreffend besteed? Het is voor MIND momenteel niet duidelijk hoe de controle hierop verloopt.

- Kunt u de minister vragen hoe zij de monitoring en het onafhankelijk toezicht hierop heeft geregeld?
- Kan de minister aangeven of hij van mening is dat de Algemene Rekenkamer hier een rol in kan spelen?

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "S.M.W.H. Melis", is written over a light blue horizontal line.

Drs. S.M.W.H. Melis MA
Adjunct-directeur - manager beleid/ belangenbehartiging