

DOSSIER

# Integraal Zorgakkoord



Dit najaar sloten dertien partijen in de zorg met de overheid het Integraal Zorgakkoord (IZA), waaronder de Federatie Medisch Specialisten. Maar hoe vertalen de afspraken in dit 115 pagina's tellend akkoord zich naar de weerbarstige werkvloer van zorgprofessionals? Hoe helpt het akkoord de beste zorg aan patiënten te leveren, en wat vergt het van medisch specialisten?

TEKST FRED HERMSEN, JOB DE KRUIFF  
BEELD MANON VAN DER ZWAAL

Voormalig Federatiebestuurslid Robert Sie beschouwt het Integraal Zorgakkoord als keerpunt

# ‘Dit is geen contract, maar het eerste hoofdstuk van een groot verhaal’

Robert Sie blikte na zijn afscheid als bestuurder van de Federatie Medisch Specialisten terug op een drukke tijd. Naast zijn werk als anesthesioloog had hij als Federatiebestuurslid eerst zijn handen vol aan de hoofdlijnenakkoorden, daarna aan de corona-richtlijnen en het afgelopen jaar aan onderhandelingen over het Integraal Zorgakkoord (IZA). Een vraaggesprek over de betekenis van het IZA voor de medische zorg.

‘**D**e vier hoofdlijnenakkoorden vanaf 2012 zijn financieel gezien voor de meeste sectoren best geslaagd’, blikte Robert Sie, anesthesioloog en gespecialiseerd in health finance, terug. ‘Je kunt ze zien als contracten met diverse zorgsectoren.’ Als bestuurslid met de portefeuille Beroepsbelangen was hij betrokken bij alle hoofdlijnenakkoorden: ‘Het Centraal Planbureau (CPB) beraamde immers dat de zorgkosten jaarlijks intrinsiek met zo’n 2,5 procent zouden stijgen. Door de akkoorden kregen we het voor elkaar die stijging af te buigen, vorig jaar was er zelfs 0 procent stijging.’ Nederland nam volgens de Organisation for Economic Co-operation and



Development (OECD) in 2018 wereldwijd de elfde plek in als het gaat om zorgkosten, met de ziekenhuiskosten op plek 17. 'Dat is dus een stuk beter dan de media ons doen geloven.'

### Kaders van de Zorgverzekeringswet

Toch werd duidelijk dat de hoofdlijnenakkoorden op termijn geen antwoord zouden bieden op de stijgende zorgkosten. 'De nadruk in de akkoorden lag op de cure-kant, terwijl juist de care-kant, zeg maar de verpleeghuiszorg en gehandicapenzorg relatief kostbaar is. In de hoofdlijnenakkoorden zochten we bovendien naar deeloplossingen voor afgescheiden sectoren. Afspraken over de juiste zorg op de juiste plek kwamen daardoor nooit goed van de grond.' In het coalitieakkoord van het huidige kabinet stond niet voor niets dat een integrale aanpak nodig was. Ernst Kuipers heeft die handschoen na zijn aantreden voortvarend opgepakt.'

Ook al geeft het IZA financiële kaders, hij ziet deze overeenkomst niet als een contract. 'Het is eerder het eerste hoofdstuk van een groot verhaal, met passende zorg als leidmotief.' In de ogen van de anesthesioloog is passende zorg een brede doorontwikkeling van juiste zorg op de juiste plek en samen beslissen. Door de bredere insteek van passende zorg nemen ook gezonde leefstijl en preventie een prominente plek in binnen het IZA, en is daarom het sociaal domein betrokken als IZA-partij. Ook krijgen huisart-

sen betere mogelijkheden om door te verwijzen naar instellingen als de ggz. Sie plaatst hier wel gelijk een kanttekening bij: 'Het IZA blijft net als de hoofdlijnenakkoorden beperkt tot de kaders van de Zorgverzekeringswet. Er worden dus geen bindende afspraken gemaakt over zaken die vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Nogmaals, IZA is het eerste hoofdstuk in een grotere verhaallijn.'

### Organische beweging

En ook al is dit een nieuwe verhaallijn, toch draagt het IZA sporen uit het verleden met zich mee: 'Het is niet voor niets dat de voorgenomen concentratie van hoogcomplexere zorg gaat over oncologie en hart- en vaatchirurgie. Juist op die gebieden was vanuit het veld al concentratie gaande, inclusief volumennormen. Het lijkt dus alsof minister Kuipers met dit stokpaardje een knuppel in het hoederhok gooit, maar als je goed kijkt vervolgt hij een weg die al eerder was ingeslagen.' En dat geldt eigenlijk voor de volle breedte: al sinds de eeuwwisseling is er een consolidatieslag gaande in de ziekenhuiswereld. Bij iedere fusie zijn volgens Sie wel portfoliokeuzes gemaakt. 'Zo is bij de fusie van het Rijnland Ziekenhuis met het Diaconessenhuis Leiden de complexere zorg en de ic geconcentreerd op locatie Leiderdorp, en is binnen de

## 'Zorgprofessionals zijn de operationele leiders van deze transitie'

samenwerking tussen Alrijne Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis gekozen om schildklierchirurgie te concentreren binnen het Groene Hart Ziekenhuis.' Revolutionair is die concentratie op zichzelf dus niet, de versnelling en verdieping ervan zijn dat wel. 'We zullen nu concrete plannen moeten maken, voortbordurend op de organische beweging die al gaande is, en al doende kritisch blijven onderzoeken waar maatregelen de kwaliteit en doelmatigheid vergroten, en waar het middel slechts een doel dreigt te worden.' Minister Kuipers spreekt van een olietanker die gekeerd moet worden, Robert Sie heeft het over een overgang naar systeemdenken, en noemt dat een ingrijpende paradigmaverschuiving. 'We zullen de hele zorgketen integraal in oenschouw moeten nemen. En hoewel we dat niet gewend zijn, heeft de coronatijd ons wel al geleerd dat de keten net zo sterk is als de zwakste schakel.'

### Leven niet maakbaar

De paradigmaverschuiving speelt op alle niveaus. 'Ooit was de zorg gericht op overleven, later werd dat zo lang mogelijk leven, nu gaan we richting een zo goed mogelijk leven. De maatschappij moet daarbij accepteren dat het leven niet maakbaar is en dat medici niet alles kunnen genezen. Onze focus zal meer en meer komen te liggen op de kwaliteit van leven.' Hij denkt als voorbeeld aan oncologische therapie. 'Al leidt een behandeling niet altijd tot genezing, het kan toch een zorgtraject van hoge kwaliteit zijn.'

De overheid zal moeten werken volgens het principe van Health in All Policies, oftewel: de gezondheid van burgers moet in alle politiek en op alle departementen een expliciete toetssteen worden. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zullen, zo vervolgt Sie zijn opsomming, de klassieke Tayloriaanse, Angelsaksische manier van besturing moeten ombuigen naar het Rijnlands model. Dus: we nemen afscheid van onderlinge concurrentie, het sturen op volumeafspraken en de kostenverlaging in deelprocessen, en gaan op weg naar integrale waardecreatie op basis van vertrouwen en samenwerking. 'De wetgever zal voor deze omslag de juridische kaders moeten bieden. De NZa denkt al actief na over andere bekostigingsmodellen.'

### Nulletjes en eentjes

Zo ontstaan er na het IZA vanzelf nieuwe hoofdstukken, voorziet hij, voorbij de grenzen van de Zorgverzekeringswet. 'Uiteindelijk moeten we échte integraliteit omarmen, allemaal. Anders blijft het dweilen met de kraan open.' Zorgpro-

## Totstandkoming Integraal Zorgakkoord

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) moet er nu en in de toekomst voor zorgen dat de zorg zowel toegankelijk, betaalbaar als van hoge kwaliteit blijft. Vanaf juni 2022 hebben veertien zorgpartijen hiervoor aan de onderhandelingstafels plaatsgenomen, ieder met eigen belangen en vanuit een eigen krachtenveld. De uiteenlopende zienswijzen leidden tot een intensieve periode van onderhandelen. De Federatie hield hierbij continu vast aan het uitgangspunt dat zorgprofessionals geholpen en gefaciliteerd moeten worden. Voorafgaand aan en tijdens de onderhandelingen zocht de Federatie afstemming met vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen. Zij hebben de onderhandelaars doorlopend gevoed met hun inzichten en hun zorgen. Dit heeft tot aanpassingen in de afspraken geleid, en beïnvloedde de tekst van het akkoord. Begin september kregen de wetenschappelijke verenigingen het definitieve document ter beoordeling voorgelegd, waarna in een speciaal daarvoor bijeengeroepen Algemene Vergadering is gestemd over de vraag of de Federatie kon gaan instemmen met het IZA. Tijdens deze vergadering hebben 32 voorzitters namens hun wetenschappelijke verenigingen een stem kunnen uitbrengen. Dertig wetenschappelijke verenigingen stemden voor en twee verenigingen onthielden zich van stemming. Medio september tekenden dertien partijen het IZA: de Federatie Medisch Specialisten, ActiZ, de Nederlandse ggz, InEen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft (vooralsnog) als enige partij niet ingestemd met het akkoord.



professionals ziet hij als operationele leiders van deze transitie, die weten immers het beste hoe efficiënte zorgkwaliteit op de ziekenhuisvloer tot stand moet komen. Ook medisch specialisten staan daarom voor een paradigmaverschuiving. 'Bijvoorbeeld als het gaat om digitale zorg. Samen met de patiënt overleggen medisch specialisten wanneer dit kan, en wanneer toch echt een-op-eencontact noodzakelijk is. Want dat blijft nodig, je kunt niet simpelweg aan medisch specialisten vragen of ze minder fysieke tijd aan hun patiënten willen besteden. Je wilt als dokter geen signalen missen, met mogelijk onaanvaardbare gevolgen. Passende zorg mag nooit doorslaan in een doel op zich, we moeten voorkomen dat we de zorg benaderen als nulletjes en eentjes, als goed of fout.' Gevraagd naar een voorbeeld van dat laatste: 'Voor sommige vijftigplussers kan een kijkoperatie in een knie veel betekenen voor hun kwaliteit van leven, ook al stelt de richtlijn dat dit weinig waarde toevoegt.'

Hij heeft goede hoop dat het Zorginstituut dergelijke nuances aanbrengt in richtlijnen voor passende zorg en dat dat in samenspel met medisch specialisten gebeurt. Dat samenspel stelt ook eisen aan medisch specialisten: 'Wij koppelen de medische praktijk aan de wetenschappelijke stand van zaken. Onze inzichten en

## ‘Passende zorg mag nooit omslaan in een doel op zich’

ervaringen komen samen in zorgevaluaties die we moeten delen met het Zorginstituut, de evaluaties zullen dus van hoge kwaliteit en uniformiteit moeten zijn. Vervolgens moeten we ons met alle opgebouwde kennis en richtlijnen altijd afvragen: Welke zorg voegt werkelijk waarde toe voor de patiënt?’

### Omgekeerde Pyramide van Sie

De voormalig bestuurder heeft niet alleen ideeën over het zorgaanbod, maar ook over de zorgvraag. Met een brede lach presenteert hij een term die andere partijen in het IZA van hem hebben overgenomen: de Omgekeerde Pyramide van Sie. ‘Patiënten gaan in die omgekeerde pyramide als het ware door een trechter voordat ze op ons spreekuur verschijnen. De bovenste brede laag is de overheid, daar moeten de juiste kaders worden vastgesteld: hoe stimuleren we een gezonde leefstijl en wie heeft recht op welke zorg? Daaronder moet het sociaal domein zijn werk doen: niet elke vraag om zorg is ook een zorgvraag. Denk aan zaken als leefstijl, preventie, armoedebestrijding en jeugdhulp. Als we daar effectief zijn, vermindert dat de zorgvraag. Hierna moet de eerstelijns passende zorg kunnen bieden, om pas in laatste instantie - via het smalste deel van de trechter - patiënten naar ziekenhuizen door te verwijzen.’ Op deze manier wordt volgens Sie de zorgvraag beteugeld, ook als de dubbele vergrijzing toeneemt en minder medisch personeel meer moet klaarspelen. Hij benadrukt dat medisch specialisten zelf ook een handje kunnen toesteken in de eerste lijn: ‘Met flankerend beleid, bijvoorbeeld consultaties op afstand, versterk je het oplossend vermogen van de huisarts.’

Sie besluit met een advies aan zijn vakgenoten: ‘Zorg dat je aanhaakt bij het regionaal overleg om onderdeel te worden van de regiovisies, de bepaling van leidende thema’s en de concrete planvorming die nu op de agenda staan. En lees vooral het Kader Passende zorg dat het Zorginstituut heeft opgesteld. Daarin vind je de nodige handvatten op welke wijze de medisch-specialistische zorg in de komende jaren vormgegeven moet worden.’

COLUMN  
MARCEL VERHEIJ



## ‘Oncologen beseffen echt wel dat er iets moet gebeuren’

‘Wij kunnen niet wachten om met het Integraal Zorgakkoord (IZA) aan de slag te gaan, en inventariseren al welke behandelingen als eerste kunnen worden geëvalueerd in relatie tot verdere concentratie binnen netwerksamenwerking. Er zijn al positieve ervaringen met concentratie. Bij maag- en slokdarmingrepen bijvoorbeeld steeg de kwaliteit toen we van overal-een-beetje naar hoogvolume zorg gingen. Je moet alleen zorgvuldig kijken op welke schaal en in welk tempo je het doet. Oncologen beseffen echt wel dat er iets moet gebeuren. Daarom willen we eerst simulaties uitvoeren. Op basis van reële getallen willen we zien wat de impact van verdere centralisatie zou zijn. Want het heeft enorme organisatorische en financiële consequenties als een ziekenhuis een deel van het werk moet afstaan of overnemen. En er zijn meer aspecten: de toegankelijkheid, de opleidings- en onderzoekskant. Eigenlijk moet je eerst kijken wat optimale oncologische zorg is, en daar rolt dan het optimale volume uit.

Aanvankelijk stond er in het IZA een volumenorm van honderd voor alle chirurgische ingrepen, zonder onderbouwing. Terwijl je behandelingen hebt die in heel Nederland niet eens honderd keer per jaar plaatsvinden. Nu staat er een richtinggevende norm in van vijftig tot honderd oncologische interventies, met de mogelijkheid van maatwerk. Voor ons is heel belangrijk dat we straks als professionals aan tafel zitten om dat verder uit te werken. Ons eigen normeringsdocument moet daarbij de basis zijn. Maar we zitten niet voor niets aan een ronde tafel; we gaan alle expertise gebruiken om tot het beste resultaat te komen.’



**Marcel Verheij**  
Voorzitter van het platform Oncologie - SONCOS

## Twee medisch specialisten beantwoorden dezelfde vragen over het Integraal Zorgakkoord

### ‘Aandacht voor de kwetsbare multimorbide patiënt’

**Esther Cornegé, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en als klinisch geriater werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis**

#### **Hoe heb je je achterban betrokken bij de voortgang, en hoe kijk je daarop terug?**

‘Leden wisten dat we bezig waren met het Integraal Zorgakkoord (IZA), maar inhoudelijk konden we niets delen. Wij kregen op twee momenten de gelegenheid om input te geven. De eerste keer binnen 24 uur en later hadden we 72 uur – van vrijdag tot maandag. Het ging bovendien om vertrouwelijke stukken. Afstemmen met alle leden ging dus helaas niet, dat deed ik alleen binnen het bestuur. Maar zodra het akkoord er lag, heb ik in een mail met een uitgebreide uitleg de leden op de hoogte gebracht. Daar kreeg ik spontaan heel positieve reacties op, met complimenten voor de aanpak en de inhoud.’

#### **Welk aspect van het akkoord is goed nieuws voor jouw vakgenoten?**

‘De nadruk op passende zorg, samen beslissen en ook advanced care-planning. Wij doen dat al, wij zijn als klinisch gerieters al gewend om met de patiënt af te stemmen tot hoever we met een behandeling gaan. Het is goed als die benadering ook vanzelfsprekender wordt wanneer een oudere patiënt op een andere afdeling of op de eerste hulp belandt.’

#### **Wat vergt het van je vakgenoten om dat te laten slagen?**

‘Wij willen betrokken worden bij de afwegingen wat passende zorg is. En door de vergrijzing zullen daarnaast meer gerieters nodig zijn om de kwetsbare oudere patiënten

van goede passende zorg te blijven voorzien. Eigenlijk vergt het dus simpelweg extra werk. Nu ben ik op zich niet bang voor een grote uitdaging, maar ik maak me wel zorgen om de werkdruk.’

#### **Wat vergt het van andere partijen?**

‘Om de ziekenhuizen te ontlasten is betere samenwerking in de keten nodig, en ondersteuning daarbij. Je merkt dat het goed werkt op een plek waar je zaken kunt doen met één grote verpleeghuis- en thuiszorgorganisatie. In mijn regio moet ik soms wel zeven instellingen langs als ik een bed voor een patiënt zoek.’

#### **Wat baart je zorgen in het akkoord en waarom?**

‘Ten eerste de nadruk op ict-oplossingen. Digitalisering is voor onze populatie naar mijn idee geen oplossing. Ik ken nog geen e-tools waarvan is aangetoond dat ze kosteneffectief zijn, en ik ben in de praktijk net zoveel tijd kwijt met een digitaal consult. En ten tweede de focus op concentratie van zorg. Het moet niet zo zijn dat een oudere met multimorbiditeit straks voor elke aandoening ergens anders heen moet.’

#### **Wat zijn nu de uitdagingen voor de wetenschappelijke vereniging?**

‘Het IZA is niet dichtgetimmerd. Wij blijven aandacht vragen voor de kwetsbare multimorbide patiënt en wijzen op diens belangen, zoals de bereikbaarheid van de zorg. Voor veel ziekten is er een patiëntenvereniging, maar niet voor multimorbiditeit. Wij voelen ons mede daardoor enorm verantwoordelijk voor de kwetsbare oudere, die vaak niet voor zichzelf kan opkomen.’



# ‘Wie neemt de regie bij regionale samenwerking?’

**Anouk Giesberts, secretaris Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en als orthopedisch chirurg werkzaam in het Máxima MC**

## **Hoe heb je je achterban betrokken bij de voortgang, en hoe kijk je daarop terug?**

‘Het bestuur kreeg onder embargo een conceptversie van het akkoord. Er viel dus niet veel te delen met de achterban. De reactietijd was bovendien erg kort, een ledenraadpleging zou niet haalbaar geweest zijn.’

## **Welk aspect van het IZA is goed nieuws voor jouw vakgenoten?**

‘Het belang van de patiënt is geborgd en er is een duidelijke aanzet om meer te gaan samenwerken op regioniveau. Met het strategische plan had de NOV die beweging al ingezet. Er is een beweegalliantie die zich onder meer richt op preventie, met diverse beweegzorgspecialismen.’

## **Wat vergt het van je vakgenoten om dat te laten slagen?**

‘Draagvlak voor passende zorg vergt dat medisch specialisten hun passie kunnen volgen. De een wil alleen werken in het ziekenhuis, de ander zoekt een maatschappelijke rol of wil meedenken met de eerstelijns- en anderhalvelijnszorg. Die ruimte moet er zijn. En als je de samenwerking aangaat, wil je ook makkelijk in gesprek kunnen met relevante collega's elders. Mijn advies aan vakgroep-voorzitters: sluit eens aan bij het voorzittersoverleg dat de NOV organiseert. Daar leer je nuttige gesprekspartners in jouw regio kennen. Daarnaast zou er meer aandacht voor management en teamwork in de opleidingen moeten komen; de toekomst vergt veel competenties op het gebied van samenwerken. En: als we

actiever met de eerste en anderhalve lijn meedenken, krijgen we meer invloed op de instroom in de ziekenhuizen, dus op de drukte.’

## **Wat vergt het van andere partijen?**

‘Instellingsbesturen moeten echt openstaan voor een nadrukkelijker verdeling: hoogcomplex zorg in academische centra, complexe zorg in topklinische ziekenhuizen en basale en laagcomplex zorg in perifere ziekenhuizen en zbc's.’

## **Wat baart je zorgen in het akkoord en waarom?**

‘Er is geen goed financieringsmodel voor die herindeling in de regio. Van zorgverzekeraars kun je geen primaire focus op kwaliteit verwachten en ziekenhuizen gaan lang niet altijd mee in de onderlinge verdeling van zorg omdat dat betekent dat budgetten verschuiven; die willen houden wat ze hebben. Medisch specialisten hebben geen invloed op die patstelling. De vraag is hierdoor altijd weer bij regionale samenwerking: wie neemt de regie?’

## **Wat zijn nu de uitdagingen voor de wetenschappelijke vereniging?**

‘We blijven regionale samenwerking stimuleren. En er ligt meer op ons bordje. Bij de stapsgewijze opschaling van zorg aan het eind van de tweede coronagolf kregen wij van de minister te horen: de knieën en heupen kunnen wel even wachten. Dat gaf een behoorlijke knauw omdat orthopeden voor veel meer staan: we brengen mensen in beweging, wat cruciaal is voor een gezonde leefstijl. Die rol moeten we nadrukkelijk over de Bühne brengen. Daarnaast is recent veel zorg in de zbc's terechtgekomen, wat voor een andere patiëntenverdeling heeft gezorgd. Je kunt je daarover zorgen maken, maar ik zie dat als een kans om verder te praten over passende verdeling van medische zorg.’



# ‘Goede voornemens zijn zeker belangrijk, maar de praktijk kan weerbarstig zijn’

Voorzitter Niels Mulder van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) voorziet veel gesprekken om de idealen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) te kunnen waarmaken.

**D**e NVvP hecht aan de grote lijnen van het IZA: passende zorg en meer aandacht voor preventie. Minder gelukkig is de vereniging met andere aspecten ervan: de ambitie om de vrije artskenning in te perken, de rol van zorgverzekeraars in de contractering, verplichte diensten en de administratieve lasten. ‘Bovendien’, zegt voorzitter Niels Mulder, ‘leverden eerdere zorgakkoorden niet altijd wat ze beloofden. Onlangs schreef de Raad van State hierover nog een kritisch rapport. Goede voornemens zijn zeker belangrijk, maar de praktijk kan weerbarstig zijn. Vermindering van de administratieve last draaide bijvoorbeeld steeds weer uit op een “paarse krokodil”. Voor administratie die we niet meer gaan doen, zien we nog geen aanpak in het IZA.’

## **Nog steeds 8 procent**

De voorzitter blikt terug: ‘Het akkoord is onder enorme tijdsdruk tot stand gekomen, en kenmerkt zich daardoor deels door te snelle aannames en beeldvorming. Zo wordt gesteld dat de ongecontracteerde zorg is toegenomen. Maar dat geldt niet voor de psychiatrie; daar is die nog steeds maar 8 procent. Ook wordt

**‘In onze situatie draait het om een medisch-sociale aanpak, waarbij andere domeinen en ministeries nodig zijn’**





gezegd dat de kwaliteit van ongecontracteerde zorg een probleem is, terwijl de Landelijke Werkgroep Stimuleren Contractering (LWSC) geen verband ziet tussen contractering en doelmatigheid van zorg. De in het IZA uitgesproken ambitie om het aantal contracten te verhogen draagt dus niet bij aan zorgkwaliteit. Integendeel, we hebben ook psychiaters nodig die werken zonder contract, zodat patiënten kunnen blijven kiezen.'

Mulder ziet net als de opstellers van het IZA heil in het verkennend gesprek met patiënten als middel om de zorgbehoefte te beperken: 'Het klinkt logisch, soms zullen sociale problemen inderdaad zo sterk bijdragen aan mentale problemen, dat je die misschien eerst moet aanpakken. Maar het is nog niet bewezen dat dat ook werkt. En de uitwerking is cruciaal. Krijgen gemeenten de middelen om hun rol te pakken? Gaan huisartsen het akkoord ondertekenen, en minder doorverwijzen? Zullen mentale gezondheidscentra in staat zijn de instroom in de ggz te verminderen?'

### Niet aan de zijlijn

Tijdens de Algemene Vergadering van de Federatie Medisch Specialisten werd begin september gestemd over de vraag of de Federatie zou kunnen instemmen met het IZA. De NVvP heeft zich toen onthouden van stemming. 'We hebben binnen de Federatie alle ruimte gekregen', stelt Mulder. 'En stemonthouding is geen teken van onderlinge verdeeldheid; ons bestuur was unaniem: we onderschrijven de grote lijnen – passende zorg en meer aandacht voor preventie. Maar we hebben dus wel moeite met de

genoemde onzekerheden binnen het IZA. En

die tellen zwaar mee omdat het in onze situatie draait om een medisch-sociale aanpak, waarbij andere domeinen en ministeries nodig zijn. Precies dat is in het verleden lastig gebleken. We blijven nu ook niet aan de zijlijn staan. Integendeel, er zijn veel gesprekken nodig.'

Pas als de psychiaters weten hoe en waar ze straks aan tafel zitten, krijgen ze meer vertrouwen in de uitwerking, geeft de voorzitter aan, 'en kunnen we ons hard maken voor de zaken die we echt belangrijk vinden: uitbreiding van de professionele autonomie, werkplezier, de brug tussen wetenschap en praktijk en een aanpak van cyclisch verbeteren. Daarmee kunnen zorgprofessionals, onder wie de psychiaters, hun werk straks beter doen. We zullen alle leden ondersteunen om dit in hun eigen regio actief op te pakken.'

## De Federatievoorzitter over het Integraal Zorgakkoord

Federatievoorzitter Peter Paul Van Benthem: 'Het eindresultaat is een startpunt van een beweging waarin we de toekomst van ons zorgstelsel samen opnieuw moeten vormgeven. Een aantal kwesties moet nog worden uitgewerkt in gezamenlijke werkagenda's. Het is zaak dat medisch specialisten en andere direct betrokken zorgprofessionals daar nauw bij betrokken zijn. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is immers geen vrijbrief voor verzekeraars of overheid om op de stoel van de dokter te gaan zitten. Dit 115 bladzijden tellende akkoord komt alleen tot leven als alle IZA-partijen de juiste randvoorwaarden voor de ingezette beweging scheppen.



Wij tekenen dus voor dit akkoord omdat we vinden dat de inbreng van alle zorgprofessionals van grote invloed moet zijn bij het aanjagen van die beweging. Ik hecht eraan dat het akkoord wordt omarmd en gedragen door alle bevoegde en betrokken professionals die de zorg overeind houden. Zij beslissen immers samen met de patiënt over de beste zorg, zij staan aan het bed van de patiënt, zij voelen al jaren de grote en toenemende druk op de zorg.

We halen de doelen alleen als de administratieve last en de controledrang afnemen, als de ict-voorzieningen worden geoptimaliseerd, als de tijd voor de patiënt toeneemt en het tekort aan zorgprofessionals wordt teruggedrongen. Dit zijn randvoorwaarden die wij heel helder hebben gesteld. We blijven dit dus aan alle overlegtafels en waar het maar kan herhalen: Ga naast die zorgprofessionals staan; zorg dat zij hun werk goed en met plezier kunnen blijven doen.'