

Inventarisatie aanbod cruciale ggz

Een eerste beeld op basis van input
vanuit de regio's

Auteurs

Patrick Jansen
Peter Bakker

Opdrachtgever
Kenmerk

Anouk van der Veen
de Nederlandse ggz
PB/23/1132/cgiza

Publicatiedatum

14 september 2023
© Bureau HHM



Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Aanleiding: Integraal Zorg Akkoord	3
1.2	Inzicht in het cruciale ggz aanbod	4
1.3	Ondersteuningsvraag	4
2.	Werkwijze inventarisatie en aanpak verwerking resultaten	5
2.1	Werkwijze inventarisatie cruciale ggz	5
2.2	Aanpak begeleiding inventarisatie door HHM	6
3.	Resultaten	7
3.1	Inventarisatie door regio's	7
3.2	Analysekader	10
3.3	Toepassen analysekader op resultaten inventarisatie	11
3.4	Reacties op inventarisatie en analysekader	12
4.	Advies voor vervolg	13
4.1	Per regio een check uitvoeren op de digitale kaart	13
4.2	Toepassen analysekader in de praktijk	13
4.3	Afstemmen met IZA-partijen	14

1. Inleiding

In dit hoofdstuk schetsen we de aanleiding van de inventarisatie en de ondersteuningsvraag van de Nederlandse ggz.

1.1 Aanleiding: Integraal Zorg Akkoord

Om de toekomst van de zorg in Nederland kwalitatief, betaalbaar en bereikbaar te houden, is in het najaar van 2022 het Integraal Zorg Akkoord (IZA) gesloten. Ondertekenaars zijn het Ministerie van VWS en tal van (branche-) organisaties in de zorg, waaronder Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Federatie Medisch Specialisten (waaronder de NVvP) en de Nederlandse ggz.

Voor de ggz (inclusief de verslavingszorg) zijn, naast de uitwerking van de meer algemene doelen als passende ondersteuning en regionale samenwerking op onderdelen van de ggz, vier specifieke uitkomstdoelen in het IZA opgenomen. Die hebben betrekking op:

- terugdringen van wachttijden,
- inrichten van laagdrempelige regionale en digitale steunpunten,
- ontwikkelen van digitale vormen van zorg,
- inzicht krijgen in het cruciale ggz-aanbod, per regio en landelijk.

Deze rapportage heeft betrekking op dit laatste uitkomstdoel, inzicht krijgen in het cruciale ggz aanbod. Dit inzicht is nodig voor het gesprek over concentratie en spreiding van cruciale zorg. Want in het IZA is (op p. 61) opgenomen dat: *Voor de (boven-)regionale en landelijke noodzakelijke geachte capaciteit worden afspraken gemaakt, zodat:*

- *patiënten die een complexe zorgvraag hebben, kunnen blijven rekenen op goede en passende zorg,*
- *op regionaal niveau voldoende cruciaal klinisch en ambulant aanbod beschikbaar is,*
- *op landelijk niveau de hoog specialistische zorg voldoende beschikbaar is, doelmatig georganiseerd wordt en voldoende verspreid over het land,*
- *kennis en kunde voor behandeling van dergelijke aandoeningen behouden blijft en breed beschikbaar zijn (ook voor professionals van andere instellingen).*

1.2 Inzicht in het cruciale ggz aanbod

Om inzicht in het cruciale ggz aanbod te verkrijgen hebben IZA partijen in januari 2023 de Handreiking cruciale ggz vastgesteld. Die handreiking bevat een werkdefinitie van cruciale ggz, een model om cruciale ggz te inventariseren en een werkagenda met procesafspraken voor de inventarisatie van het aanbod. Daarin is aangegeven dat de ggz-kerninstellingen medio mei 2023 een eerste regionale inventarisatie opleveren van cruciale ggz met continuïteitsproblemen en medio juni 2023 een inventarisatie van het aanbod dat regionaal en bovenregionaal/landelijk als cruciaal wordt gezien.

1.3 Ondersteuningsvraag

De Nederlandse ggz heeft bureau HHM gevraagd om begeleiding bij de inventarisatie zodat de volgende resultaten worden bereikt:

- 1) Er is een definitie van 'cruciale ggz'.
- 2) Er is een landelijk overzicht van het aanbod van cruciale ggz.
- 3) Dit aanbod is gevisualiseerd op een landkaart.

2. Werkwijze inventarisatie en aanpak verwerking resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de werkwijze waarop het cruciale ggz aanbod is geïnventariseerd in de regio's en schetsen we de aanpak die wij hebben gehanteerd om de regionale input te verwerken, te analyseren en te ordenen.

2.1 Werkwijze inventarisatie cruciale ggz

Om partijen te faciliteren bij het inventariseren van cruciale ggz, is een handreiking opgesteld. De handreiking bevat een werkdefinitie van cruciale ggz en een werkmodel om de cruciale ggz te inventariseren.

Werkdefinitie voor cruciale ggz¹

Ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.

Belangrijke elementen hierin zijn:

- *Het omvat zorg waarvoor geldt dat de beschikbaarheid in Nederland vanuit de richtlijnen en zorg voor hoogcomplexere problematiek, waarvoor richtlijn-behandeling niet leidt tot het beoogde resultaat, als essentieel voor een groep cliënten wordt gezien.*
- *Het aanbod onvoldoende kan worden geborgd vanwege schaarste aan expertise of volume.*
- *Zonder desbetreffende zorg zouden desbetreffende cliënten die zorg niet kunnen krijgen en onvoldoende mate van herstel kunnen bereiken.*
- *De zorg is essentieel voor de cliënt zonder gelijkwaardig alternatief.*
- *Dergelijke zorg is ook niet snel te organiseren/te vervangen/over te nemen door een andere aanbieder bij wegvallen van een bestaand behandelaanbod.*

Inventarisatie cruciale ggz in twee stappen

De inventarisatie van cruciale ggz is in twee stappen uitgevoerd:

- De eerste inventarisatie is verricht om zicht te krijgen op cruciale ggz met continuïteitsproblemen. Dit betreft ggz met zwaarwegende risico's waarbij zorg of benodigde fysieke locaties binnen een periode van enkele maanden niet meer bestaan zonder een (financiële) ingreep. Alle ggz-

¹ Handreiking cruciale ggz, p.5.

kerninstellingen hebben deze inventarisatie uitgevoerd en de resultaten medio mei 2023 aangeleverd aan de Nederlandse ggz.

- Vervolgens is de tweede inventarisatie verricht om zicht te krijgen op het aanbod dat regionaal en bovenregionaal/landelijk als cruciaal wordt gezien. Deze inventarisatie is door de kerninstellingen in de zorgkantoorregio's gedaan aan de hand van de werkdefinitie en het werkmodel uit de handreiking cruciale ggz.

De conclusie van de inventarisatie van *cruciale ggz met continuïteitsproblemen* (uit de brief van de Nederlandse ggz aan ZN; dd. 17 mei 2023) is als volgt:

- Mensen met complexe zorgvragen moeten ook de komende jaren kunnen rekenen op kwalitatief goede en toegankelijke zorg, zo staat in het IZA. Uit de eerste inventarisatie in ons land blijkt dat dit een zeer noodzakelijke oproep is. De situatie is juist op die voorzieningen zorgelijk, en staat onder zware druk. Uit de inventarisatie wordt duidelijk dat de betrokken organisaties alles op alles zetten om de zorg voor de meest kwetsbare mensen in ons land te blijven leveren. Het is noodzakelijk dat de financiers via de contractering daaraan bijdragen en cruciale ggz gelijkgericht inkopen.
- Er is grote personele krapte, waardoor niet op alle momenten cruciale ggz gegarandeerd kan worden.
- Er zijn nu geen sluitingsplannen van cruciale ggz op de korte termijn (2023-2024)

Als tweede stap van de inventarisatie is onder leiding van de ggz-kerninstellingen het aanbod dat regionaal en bovenregionaal/landelijk als cruciaal wordt gezien geïnventariseerd met behulp van het werkmodel uit de handreiking. Het werkmodel is een matrix met op de X-as de terminologie uit het zorgprestatie-model (de verschillende settings) en op de Y-as een onderscheid in:

- ggz waarbij meerdere gelijkwaardige aanbieders dit in de lokale-/regionale context aanbieden,
- ggz waarbij één of enkele aanbieders dit in de zorgkantoorregio aanbieden,
- ggz waarbij enkele aanbieders dit bovenregionaal/landelijk aanbieden.

2.2 Aanpak begeleiding inventarisatie door HHM

Bureau HHM heeft de input (van de tweede stap) vanuit alle regio's verwerkt en geanalyseerd om tot een eerste duiding van cruciale ggz te komen. We hebben een analysekader ('bril') ontwikkeld om de (vormvrije) input vanuit de regio's te ordenen. We hebben aan kerninstellingen, de opdrachtgever, ZN, VWS en de NVvP feedback gevraagd op conceptversies van het analysekader en op die manier het kader aangescherpt.

De eerste uitkomsten van de verwerking hebben we gepresenteerd tijdens een bijeenkomst op 6 juli 2023. In deze bijeenkomst (met circa 70 deelnemers) hebben we verkend hoe we het analysekader verder kunnen aanscherpen/verduidelijken om de cruciale ggz beter te kunnen duiden.

Het toepassen van het analysekader op de inventarisatie leidt tot een eerste (voorlopig) beeld van de (mogelijk) cruciale ggz. Het voorlopige overzicht hebben we gevisualiseerd op een (interactieve) landkaart. Dit overzicht wordt in juli-september 2023 geverifieerd bij de aanlevers van op volledigheid.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we de uitkomst van de verwerking van de regionale inventarisaties van cruciale ggz. Daarnaast gaan we na in hoeverre het beeld dat uit de regionale input naar voren komt, aansluit bij het analysekader dat we hebben ontwikkeld.

3.1 Inventarisatie door regio's

Alle kerninstellingen hebben, in afstemming met hun partners in de regio, met behulp van de werkdefinitie uit de handreiking cruciale ggz, en een focus op de Zvw, geïnventariseerd welk aanbod als cruciaal wordt gezien. De manier waarop ze daarover hebben gerapporteerd was niet voor-gestructureerd, maar vormvrij.

De bundeling van al die input geeft een rijk en gevarieerd beeld. We lezen dat in de regio's is gediscussieerd over de (werk)definitie van cruciale ggz en de wijze waarop die definitie geïnterpreteerd moet worden. Dat leidt ook tot gesprekken over de afbakening van cruciale ggz.

We zien verder dat de inventarisatie van het cruciale ggz aanbod veelal is uitgevoerd aan de hand van het werkmodel (uit de Handreiking cruciale ggz).

Bij het verwerken en analyseren van de input uit de regio's is nog een aantal zaken opgevallen die van belang zijn voor de verdere duiding van cruciale ggz:

- Zo zijn niet altijd alle regionale aanbieders betrokken geweest bij de inventarisatie. Soms zijn niet alle aanbieders benaderd, maar enkel de instellingen of aanbieders van complexere zorg. Daarnaast komt het voor dat niet alle aanbieders (tijdig) hebben gereageerd. Het beeld kan dan dus incompleet zijn.
- In vrijwel elke regio is gebruik gemaakt van (een vorm van) het werkmodel uit de handreiking om het aanbod te ordenen. Echter, circa één derde van de regio's heeft geen afbakening gemaakt van welk deel van het aanbod tot de cruciale ggz behoort. Bijvoorbeeld omdat de regionale partijen tot de conclusie kwamen dat de werkdefinitie nog onvoldoende is uitgekristalliseerd om een objectieveerbare afbakening te maken.
- In een aantal regio's die het cruciale ggz aanbod hebben geïnventariseerd, is de inventarisatie de optelsom van wat afzonderlijke aanbieders (ieder met een eigen beeld van wat cruciale ggz is) hebben aangeleverd.

In andere regio's is er wel met een gezamenlijk gedeelde definitie en interpretatie gewerkt.

- Daar waar er met een gezamenlijk gedeelde definitie en interpretatie is gewerkt, zien we dat:
 - de definitie en interpretatie verschilt tussen regio's,
 - de definitie en interpretatie soms meer en soms minder expliciet is uitgewerkt.
- Verder zien we grote variatie in het niveau waarop het aanbod is geïnventariseerd (bijvoorbeeld een medium care opnameafdeling versus afdeling x voor doelgroep y bij aanbieder z).

Kortom, de inventarisatie levert een rijk en gevarieerd beeld op en de werk-definitie uit de handreiking laat kennelijk ruimte voor interpretatie.

Naast de variatie zien we ook overeenkomsten in wat door regio's als cruciaal ggz aanbod wordt aangemerkt. Er komt een aantal clusters van zorgvormen naar voren die door de meeste regio's in ieder geval tot de cruciale ggz worden gerekend. Het gaat om de volgende zorgvormen:

- *Acute zorg:* betreft (vanuit de ggz) de zorg van de crisisdiensten, acute dagbehandeling en acute thuisbehandeling. Dit moet aanwezig zijn in de regio vanwege het acute karakter van de hulpvraag en de complexiteit van de infrastructuur. De aard en ernst van de zorgvraag maken acuut handelen noodzakelijk.
- *Beveiligde zorg:* betreft beveiligde (opname) faciliteiten. Dit is cruciale zorg vanwege het beveiligingsaspect en de complexe, langdurige zorgvraag. Zodra aanspraak wordt gemaakt op beveiligde ggz is sprake van een gevaarscriterium waarbij risicogedrag van de cliënt leidt tot grote kans op schade voor zichzelf of de omgeving.
- *Klinische zorg:* betreft de klinische zorg vanuit de PZZ, PUK en de ggz klinieken. Het betreft complexe zorgvragen met veel wisselingen in intensiteit. Het vraagt veel capaciteit en verschillende disciplines/expertises om de zorg te leveren vanuit een klinische (fysieke)

infrastructuur. Klinische zorg wordt alleen ingezet als er geen (ambulant) alternatief meer beschikbaar is en/of de cliënt een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving waarvoor constante nabijheid of toezicht is geboden.

- *Outreachinge zorg:* deze zorgvorm (voor de EPA-doelgroep) is cruciaal, omdat het complexe zorg betreft die veel samenwerking vergt in het lokale netwerk. Er is vaak per regio maar één ggz-aanbieder aanwezig die deze zorg biedt. De EPA doelgroep heeft een lange periode behandeling en ondersteuning nodig, vanwege een voortdurende kwetsbare zelf-regulatie. Herstel vindt plaats maar bij het wegvallen van de zorg en ondersteuning gaat het met de gezondheid van de cliënt snel slechter.
- *Hoogspecialistisch vanuit ggz:* dit is cruciale zorg vanwege de noodzakelijkheid tot een dekkend aanbod aan hoogspecialistische voorzieningen met een bovenregionale/landelijke functie. De complexiteit van de hulpvraag en daarbij behorende expertise kan niet als losstaand aanbod vorm krijgen, maar past bij het aanbod van de instellingen. Het gaat om cliënten met complexe ernstige, en/of zeldzame psychische aandoeningen voor wie een reguliere ggz behandeling onvoldoende resultaat heeft geboden of naar verwachting zal bieden. Vaak is sprake van complexe comorbiditeit van psychische aandoeningen waarbij voorliggende behandelingen geen uitkomst hebben geboden.
- *Hoogspecialistisch vanuit ziekenhuizen:* ziekenhuizen en UMC's vervullen op hun MPU units vaak een bovenregionale functie vanuit hoogcomplexe zorg. De complexiteit van de hulpvraag en daarbij behorende expertise kan niet als losstaand aanbod vorm krijgen, maar past bij het integrale aanbod van de ziekenhuizen. Het gaat om cliënten met complexe ernstige, en/of zeldzame psychische aandoeningen voor wie een reguliere ggz behandeling onvoldoende resultaat heeft geboden of naar verwachting zal bieden. Vaak is sprake van complexe comorbiditeit van psychische aandoeningen of een combinatie met een somatische

aandoening waarbij voorliggende behandelingen geen uitkomst hebben geboden.

In verschillende regio's wordt aangegeven dat men twijfelt of poliklinische zorg ook (deels) als cruciaal moet worden aangemerkt.

Plotten cruciale ggz in werkmodel

Wanneer we de bovengenoemde 'cruciale ggz' zorgvormen zouden plotten in het werkmodel uit de handreiking cruciale ggz, ontstaat het beeld in de afbeelding hiernaast. Het blauw gemarkeerde deel vormt globaal de afbakening van wat de meeste regio's tot de cruciale ggz rekenen. De rondjes symboliseren vormen van cruciaal zorgaanbod. Zo is niet al het aanbod binnen het blauwe vlak als cruciaal aan te merken; en cruciaal ggz aanbod kan ook buiten het blauwe vlak voorkomen (zoals bepaalde vormen van poliklinisch aanbod).

Aanbod/vormen van zorg in termen van het ZPM	Alle ggz zorg wordt door meerdere aanbieders geboden	Ggz zorg wordt binnen zorgkantoorregio geboden door één of enkele aanbieders	Ggz zorg wordt bovenregionaal of landelijk door enkele aanbieders geboden
Setting 1 ZPM, ambulante zorg, vrijgevestigden			
Setting 2 ZPM, ambulante zorg, monodisciplinair			
Setting 3 ZPM, ambulante zorg, multidisciplinair			
Setting 4 ZPM, Outreachinge ggz en verslavingszorg			
Setting 5 ZPM, Klinisch (ggz en verslavingszorg)			
Setting 6 ZPM, Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg			
Setting 7 ZPM, Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg			
Setting 8 ZPM, Hoog specialistisch (ambulant en klinisch door ggz en verslavingszorg)			

3.2 Analyse kader

Het verwerken en analyseren van de informatie die de regio's hebben aangeleverd, leidt tot een globale afbakening en kenschets van wat de meeste regio's in ieder geval tot het cruciale ggz aanbod rekenen. De regio's hebben hiervoor een eigen invulling toegepast van hoe de werkdefinitie uit de handreiking geïnterpreteerd moet worden. Voor het ontwikkelen van een analysekader om de cruciale ggz te kunnen duiden, hebben wij de werkdefinitie uit de handreiking als vertrekpunt genomen. Daar is de volgende beschrijving als werkdefinitie gebruikt:

Ggz met een hoge logistiek (zorgaanbod) en een inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij cliënten/patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.

Belangrijke elementen hierin zijn:

- *Het omvat zorg waarvoor geldt dat*
 - *de beschikbaarheid in Nederland vanuit de richtlijnen, en*
 - *zorg voor hoog complexe problematiek waarvoor richtlijnbehandeling niet leidt tot het beoogde resultaat,**als essentieel voor een groep cliënten wordt gezien.*
- *Het aanbod onvoldoende kan worden geborgd vanwege schaarste aan expertise of volume.*
- *Zonder desbetreffende zorg zouden desbetreffende cliënten die zorg niet kunnen krijgen en onvoldoende mate van herstel kunnen bereiken.*
- *De zorg is essentieel voor de cliënt zonder gelijkwaardig alternatief.*
- *Dergelijke zorg is ook niet snel te organiseren/te vervangen/over te nemen door een andere aanbieder bij wegvallen van een bestaand behandelaanbod.*

Uit de werkdefinitie in de handreiking ontleen we vier variabelen/kernfactoren die bepalen of sprake is van cruciale zorg:

- het gaat om zorg met een hoge inhoudelijke complexiteit,
- het zorgaanbod kent een hoog complexe logistiek,

- het gaat om essentiële zorg, die
- bij wegvallen moeilijk te vervangen/(her)organiseren is door een andere aanbieder.

Hieronder hebben we per factor enkele indicatoren opgenomen.

Indicatoren hoge inhoudelijke complexiteit

- a. Meervoudige (vervlochten) en complexe problematiek (dubbel psychisch en/of psychiatrisch + somatisch/(L)VB/zintuiglijke beperking).

Indicatoren hoog complexe logistiek

- a. Ketenzorg/netwerkgz (complexe overlegstructuren, intern en extern).
- b. Multidisciplinaire zorg.

Indicatoren essentiële zorg

- a. Zonder de specifieke zorg kunnen de cliënten onvoldoende mate van herstel bereiken.
- b. De zorg is essentieel voor de cliënt zonder gelijkwaardig alternatief.
- c. Met dreiging op ernstig gevaar voor lichamelijke schade en/of overlijden bij (tijdelijk) niet leveren van zorg.

Indicatoren moeilijk vervangbaar aanbod

- a. Schaarste/gebundelde kennis en expertise; veelal in samenhang met een laag volume.
- b. De zorg is niet snel te organiseren/te vervangen/over te nemen door een andere aanbieder bij wegvallen van een bestaand behandelaanbod. Dit is ook aan de orde wanneer de zorg met kennis van en in samenhang met de lokale context geboden moet worden.
- c. Specifieke bouwkundige eisen/specifieke apparatuur en/of infrastructuur.

We verwachten dat dit analysekader kan helpen bij het verduidelijken/aanscherpen van wat tot het cruciale ggz aanbod behoort. Aan de andere kant

realiseren we ons dat we hiermee niet alle discussie (zowel landelijk als regionaal) over wat cruciale ggz is kunnen beslechten. Zo is in deze inventarisatie bijvoorbeeld de vraagkant nog onderbelicht; vanuit die invalshoek zou je – gezien de huidige omvang van de wachtlijsten in de ggz – al het aanbod als cruciaal kunnen bestempelen.

3.3 Toepassen analysekader op resultaten inventarisatie

In de tabel hiernaast hebben we per zorgvorm enkele voorbeelden van het zorgaanbod langs de 'lat' van het analysekader gelegd. Naar aanleiding van een aangenomen motie in Tweede Kamer zijn de kolommen 'Specialistische ggz' en 'Basis ggz' toegevoegd. In de kolom 'Cruciale ggz (vooralsnog)' hebben we een eerste duiding gegeven van de vraag of de kernfactoren in voldoende mate aanwezig zijn om het aanbod als cruciaal te kunnen bestempelen. We hebben de ontvangen gegevens tevens verwerkt in een digitale 'Overzichtskaart mogelijke cruciale ggz' met een landelijk en regionaal overzicht van het ggz-aanbod dat mogelijk cruciaal is. Gezien de opmerkingen in paragraaf 3.1 is dit overzicht niet compleet en geeft het een eerste beeld.

Het toepassen van het analysekader op enkele voorbeelden uit de resultaten van de inventarisatie (tabel 1) en de digitale kaart laten zien dat veel van het als cruciale ggz geïnventariseerde aanbod, ook als cruciaal geduid zou kunnen worden bij het toepassen van het analysekader. Daarnaast roept het een aantal vragen/discussiepunten op waarmee we het analysekader verder kunnen verrijken, zoals:

- Wat zijn doorslaggevende kernfactoren en indicatoren om bepaald aanbod als cruciaal aan te merken?
- Waar liggen grenzen tussen bijvoorbeeld:
 - Hoge inhoudelijke complexiteit vs. reguliere inhoudelijke complexiteit
 - Hoog complexe logistiek vs. reguliere complexe logistiek.

- Wanneer is sprake van essentiële zorg zonder gelijkwaardig alternatief?
- Wanneer is aanbod moeilijk te vervangen?

Tevens is (de omvang van) de vraag een factor waar rekening mee moet worden gehouden om (de omvang van) het cruciale ggz aanbod te bepalen.

Zorgvorm	Hoge inhoudelijke complexiteit	Hoog complexe logistiek	Essentiële zorg	Moeilijk vervangbaar aanbod	Cruciale ggz (vooralsnog)	S-ggz	B-ggz
<i>Acute zorg</i>							
HIC	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
IHT	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
<i>Beveiligde zorg</i>							
KIB	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
LIZ	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
<i>Klinische capaciteit</i>							
Klinische behandeling ggz	ja	ja	ja	ja/nee	ja/nee	ja	nee
Klinische behandeling op PAAZ of PUK	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
<i>Outreachinge zorg</i>							
FACT	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
VIP	ja	ja	ja	ja/nee	ja/nee	ja	nee
<i>Hoogspecialistisch vanuit GGZ</i>							
Hoogspecialistisch aanbod ADHD	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
<i>Hoogspecialistisch vanuit (academische) ziekenhuizen</i>							
Hoogspecialistisch aanbod MPU	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee

Tabel 1. Voorbeeld toepassing analysekader op inventarisatie cruciale ggz medio juni 2023 (aan dit voorbeeld kunnen geen rechten worden ontleend)

De vragen die hiervoor zijn beschreven hebben we aan de orde gesteld tijdens een bijeenkomst op 6 juli 2023 waarin de resultaten van de inventarisatie zijn besproken met circa 70 vertegenwoordigers van ggz kerninstellingen, zorgverzekeraars, bureau-medewerkers van de Nederlandse ggz, ZN, VWS, NFU, NVvP, V&VN, NZa, IGJ, MIND, NIP, P3NL, MEER GGZ en de LVVP. Op basis van de informatie die we tijdens deze bijeenkomst hebben ontvangen hebben we in hoofdstuk 4 een advies voor het vervolg geformuleerd.

3.4 Reacties op inventarisatie en analysekader

Tijdens de bijeenkomst op 6 juli hebben de deelnemers gereageerd op de resultaten van de inventarisatie en suggesties gedaan voor het aanscherpen van het analysekader. Naar aanleiding van de reacties en vragen hebben we één kernfactor kunnen laten vervallen (dit is al verwerkt in paragraaf 3.2). Verder heeft de bijeenkomst geleid tot een bevestiging van de indicatoren om cruciale ggz te duiden. Daarnaast heeft het geleid tot suggesties voor een uniforme toepassing van het kader in de praktijk.

Deelnemers hebben de volgende (aandachts)punten weergegeven:

- Analyse kader laten toetsen bij ggz aanbieders en andere partijen die de zorginhoud goed kennen.
- Criteria cruciale ggz scherper definiëren en werken met eenduidige definities.
- Oog houden voor het doel/de bedoeling van de inventarisatie; de inventarisatie is geen doel op zich.

Als doorslaggevend voor het aanmerken van aanbod als cruciale ggz is genoemd:

- De match tussen vraag en aanbod is van belang om te kunnen bepalen of sprake is van cruciale ggz.
- Als er geen/weinig aanbod resteert bij het wegvallen van bestaand aanbod.
- Als het nadelige effecten heeft voor de cliënt (vastlopen in meerdere levensgebieden, gevaarscriterium, voorkómen van zwaardere problematiek).

- Als de zorg essentieel is vanwege ernst en risico.
- De intensiteit/complexiteit van het behandelaanbod.
- De regionale context (zoals wachtlijsten en beschikbaarheid personeel).

Deelnemers geven aan dat sprake is van (hoog) inhoudelijke complexiteit als:

- Specifieke expertise nodig is, die weinig beschikbaar is en moeilijk is te vervangen.
- Sprake is van multiproblematiek of comorbiditeit.

Hoog complexe logistiek hangt volgens de deelnemers samen met:

- De tijd en de kosten die het vergt om het aanbod te organiseren.
- De reistijd/afstand die de cliënt moet afleggen.
- Als het netwerk van de client betrokken moet worden.

Van essentiële zorg zonder gelijkwaardig alternatief is sprake als:

- Het te lang duurt om een gelijkwaardig alternatief te organiseren.
- Het alternatief onvoldoende aansluit bij de mogelijkheden (waaronder reismogelijkheden) en behoeften van de cliënt.
- De expertise niet meer beschikbaar is.

Er is sprake van moeilijk vervangbaar aanbod als het bijvoorbeeld gaat om specialistische zorg met een lange opleidingsduur.

Tijdens de bijeenkomst stelden de deelnemers vragen over het vervolg van het proces en gaven zij aan zorgen te hebben over het voortbestaan van het aanbod dat niet als cruciale ggz wordt aangemerkt. Veel deelnemers vragen zich af of 'niet-cruciale' ggz straks nog wel wordt ingekocht of vergoed.

En wat het effect hiervan is voor de gehele keten. Ook is er onduidelijkheid over hoe deze inventarisatie zich verhoudt tot de regiobeelden en regio-plannen die moeten worden opgesteld.

4. Advies voor vervolg

In dit hoofdstuk geven we een advies voor enkele vervolgstappen waarmee het eerste beeld van het cruciale ggz aanbod nader kan worden geconcretiseerd.

Op basis van de inventarisatie en de bevindingen uit de bijeenkomst van 6 juli concluderen wij dat het analysekader naar verwachting voor het grootste deel van het aanbod richting geeft aan de partijen in de regio's om aan te geven wat cruciale ggz is en wat niet. We verwachten dat een verdere (theoretische) aanscherping van het analysekader met criteria het gesprek over het aanbod van cruciale ggz nu niet verder helpt, maar een (praktische) toepassing van het beschreven kader in 2023-2024 wel. Op basis van de ervaringen in de praktijk kunnen vervolgens – indien nodig en wenselijk – eventuele aanpassingen in het analysekader worden gedaan.

De uitgevoerde inventarisatie heeft een eerste beeld van het mogelijke aanbod van cruciale ggz opgeleverd. In deze rapportage is niet ingegaan op de (historische) verschillen tussen regio's in het ggz aanbod. Wij adviseren een aantal vervolgstappen om het beeld te verbeteren.

4.1 Uitvoeren check aangeleverde overzichten cruciale ggz

We adviseren om de regio's in Q3 2023 te vragen om te checken of het aanbod dat de meeste regio's in ieder geval tot het cruciale ggz aanbod rekenen, op regioniveau compleet is geïnventariseerd en op een juiste manier is verwerkt in de Overzichtskaart. Het lijkt ons goed dat de kerninstellingen deze check uitvoeren samen met de regiopartners. Na aanvulling/correctie wordt een nieuwe versie van het kaartje gemaakt.

4.2 Toepassen analysekader in de praktijk

We adviseren om de huidige inventarisatie van cruciale ggz, met het analysekader en bovengenoemde aandachtspunten en suggesties in het achterhoofd, door een aantal regio's (samen met de financiers) in Q4 2023 te laten toetsen op bruikbaarheid en de ervaringen hiermee gezamenlijk te bespreken. Daarin zou ook nader verkend moeten worden of, en zo ja welke, poliklinische zorg (setting ambulante zorg, multidisciplinair) tot het cruciale

ggz aanbod behoort. Op basis van deze 'praktijktoets' kan de werkdefinitie van cruciale ggz worden aangepast en/of kunnen de elementen uit de werkdefinitie scherper worden gedefinieerd. Op die manier ontstaat een tweede (getoetste) versie van de werkdefinitie van wat cruciale ggz is en een tweede verbeterde versie van het analysekader.

4.3 Afstemmen met IZA-partijen

We adviseren dat de Nederlandse ggz deze punten met de IZA-partijen oppakt en verwerkt in een mijlpalenplanning. Met de mijlpalenplanning worden de achterliggende IZA-doelen op het vlak van cruciale ggz geconcretiseerd voor de korte en middellange termijn.

Naar aanleiding van het IZA wordt binnenkort ook de vraag naar cruciale ggz in kaart gebracht. We adviseren de Nederlandse ggz om de uitkomsten van dat onderzoek te combineren met het onderhavige onderzoek, zodat er zicht ontstaat op eventuele 'witte vlekken' in het aanbod. Zorgaanbod en zorgvraag kunnen dan in samenhang worden besproken en uitgewerkt.