

Handreiking cruciale ggz

Samen werken aan gezonde zorg



Inhoud

De Handreiking cruciale ggz	3
1. Waarom een inventarisatie van cruciale ggz – wat wordt hiermee beoogd	3
2. De bedoeling van de Handreiking – dynamisch proces – werk in ontwikkeling	6
3. Voorstel voor aanpak – afpellen, trechters en faseren	7
4. Welke dilemma's – onderweg in de (boven-)regionale / landelijke gesprekken	8
5. Procesafspraken voor vervolg	9
BIJLAGEN	10
A. Werkmodel om cruciale ggz te inventariseren	10
B. Tekst Integraal Zorg Akkoord, bijlage D, pagina 60-62	13
C. Benaderde partijen – reactie op hoofdlijn geleverd	15
D. Lijst van afkortingen	15

De Handreiking cruciale ggz

De Handreiking cruciale ggz moet gelezen en gebruikt worden als werkdocument met suggesties en kaders voor het goede gesprek en de inventarisatie van cruciale ggz met behulp van het werkmodel (bijlage a). De Handreiking biedt ondersteuning om de dialoog op gang te brengen (verkenning en verdieping) tussen cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en financiers om de (boven-)regionale- en landelijke cruciale ggz in kaart te brengen. De Handreiking is ondersteunend aan het opstellen van de in IZA overeengekomen zorgbrede regiobeelden (pagina 44-45 van het IZA). De Handreiking cruciale zorg maakt voor het onderdeel ggz inzichtelijk welke zorg speciale aandacht vraagt bij het in kaart brengen van de zorgbehoefte en het zorgaanbod in de regio.

De Handreiking is in december 2022 opgesteld door de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland, met betrokkenheid van NFU, NVZ, MIND, Platform MEERGGZ, LVVP, de Stichting Topklinische GGz en beroepsverenigingen. De aanleiding voor het opstellen van de Handreiking is de afspraak in het Integraal Zorg Akkoord over het inzicht in en borgen van voldoende (boven-)regionale capaciteit, voorzieningen en infrastructuur voor cruciale ggz (pagina 60-62 van het IZA).

1. Waarom een inventarisatie van cruciale ggz¹ – wat wordt hiermee beoogd

Een van de opgaven uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) is dat er voldoende capaciteit aan cruciale ggz in Nederland is geborgd. 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 ambulante 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).
Einde citaat IZA, pag. 61.

Cruciale ggz is ggz voor de mensen met de meest complexe hulpvraag. Zij zijn afgelopen jaren verder in de knel gekomen en die ontwikkeling moeten we keren. Cruciale zorg moet ook in de toekomst beschikbaar blijven binnen de verzekerde zorg. Het veld moet zelf bepalen waarin geïnvesteerd moet worden.

Voor cliënten/patiënten is het belangrijk te weten waar bepaalde zorg aangeboden wordt. Voor verwijzers is dit belangrijke informatie in hun verwijspatronen. Voor zorgaanbieders is het van belang om van elkaar te weten wie welk zorgaanbod biedt en hoe een specialistische zorgaanbod via netwerken in verbinding staat tot het regionale aanbod. Juist gegeven de (toenemende) schaarste van ggz capaciteit voor de zwaarste doelgroepen patiënten. Voor de in- en verkoop van ggz is het belangrijk dat er met de samenhang van regionale- en het bovenregionaal/landelijk aanbod rekening wordt gehouden. De in- en verkoop zelf is aan contractpartijen (aanbieders en zorgverzekeraars). Voor zorgverzekeraars is deze informatie belangrijk om de toegankelijkheid te borgen en daarmee hun zorgplicht in te kunnen vullen voor de meest kwetsbare doelgroepen in de ggz.

¹ Waar we hier schrijven over ggz wordt bedoeld op geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, forensische zorg en jeugd ggz (van 0 – 100+ jaar).

Over het 'waarom van cruciale ggz en het belang van het goede gesprek' zijn ter illustratie enkele uitspraken uit de praktijk toegevoegd:

- **Cruciale zorg is een dynamisch begrip en aan verandering onderhevig.** 'Wat nu cruciaal is hoeft dat in de (nabije toekomst) niet meer te zijn. Neem als voorbeeld het bovenregionale aanbod voor kinderen en jongeren met eetstoornissen. Er is inmiddels een ambulante aanbod ontwikkeld ook voor deze groep jongeren met een hele complexe vraag. Dit maakt dat een aanbod wat vorig jaar als cruciaal geoordeeld zou zijn nu 'gemist' kan worden'.
- 'In de discussie komen we erop uit dat wat cruciaal is niet zo eenduidig is. Bepaalde voorzieningen zijn noodzakelijk en relevant. Echter de benodigde capaciteit daarvoor, wordt ook bepaald in **de context van de regio**. Een goede ambulante samenwerking in de veiligheidsketen rond mensen met complexe hulpvragen leidt bijvoorbeeld tot minder behoefte aan klinische capaciteit. Preventie van dwang (het hebben van een woning, daginvulling, waardevolle relaties etc) is cruciaal om een dwangopname te voorkomen'.
- 'Er zijn in het afgelopen jaar in het land een aantal voorzieningen gesloten. Dit gebeurde vanuit bijvoorbeeld financiële- of personele problemen die in ogen van sommige patiëntengroepen en professionals niet gesloten hadden moeten worden. Het riep reacties op of het **verantwoord was dat dit aanbod wegviel uit de keten**'.
- 'Wat is het beeld vanuit de sector ten aanzien van **concentratie en spreiding** van voorzieningen. Deze discussie speelt ook in de somatische zorg (SEH, spreiding ziekenhuizen, jeugdhartcentra etc)'.
- 'Wat ook belangrijk is in de discussie over cruciale zorg is de actuele discussie in de ggz over de definiëring van **mentale gezondheid**, preventie en domeinoverstijgende samenwerking. Het uitsluitend conceptualiseren van geestelijke gezondheid in termen van stoornissen, slecht functionerende hersenen/cognitie, evidence based richtlijnen en stoornis specifieke specialistische zorgpaden verliest steun. Mentale gezondheid kan niet meer worden losgezien van kwaliteit van leven, zingeving, meedoen in de samenleving en dagelijks functioneren en de behoefte aan zelfregie. De hoge prevalentie aan psychische lijden vraagt bovendien om een publieke aanpak naast de individuele aanpak (Jim van Os 2022 november - Tijdschrift voor Psychiatrie). Floortje Scheepers benadrukt dat menselijk gedrag te complex is, te dynamisch en te veranderlijk om het binnen lineaire processen te kunnen vatten en ze pleit voor het loslaten van model-denken. Breed in het land wordt gezocht samen met niet - ggz partijen naar nieuwe oplossingen. Denk o.a. aan GEM in Doetinchem en Deventer, de ggz teams van GGZ Noord Holland Noord, de beter leven teams in Drenthe, Blauwe Zorg in Zuid-Limburg, het Mentale Gezondheidscentrum van GGZ Breburg'.
- 'Wat cruciaal is, is **tijdelijk van aard**, wordt bepaald mede in de context van de regio en het land, de huidige stand van kennis en de opvattingen over ziekte en gezondheid. Het is belangrijk het gesprek /de dialoog aan te gaan'.

De opgave is om, met behulp van een werkdefinitie van cruciale ggz, de inventarisatie uit bijlage a. in te vullen. Eerst in de regio. Daarna bovenregionaal / landelijk. Op die manier komt een overzicht tot stand van cruciale ggz én waar er witte vlekken zijn (wel vraag, maar geen aanbod).

In deze Handreiking wordt de volgende beschrijving als **werkdefinitie** voor cruciale ggz² 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 hoogcomplexe 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).

De inhoud van de patiëntenzorg is altijd leidend bij de af- en overwegingen voor cruciale ggz. De interventies staan beschreven in de richtlijnen en kwaliteitsstandaarden. De daarin genoemde interventies kennen verschillende (preferente) leveringsvormen die in bepaalde settings worden toegepast. Die toepassing is echter ook aan verandering onderhevig (door maatschappelijke opvattingen, onderzoek en innovatie, krapte aan personeel, schaarste aan geld). Het gesprek over cruciale zorg is daarom zeker niet eenmalig, maar juist dynamisch. De Handreiking geeft aanknopingspunten voor dat gesprek.

² Het begrip cruciale zorg bestaat reeds in het kader de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). In het WMG kader gaat het vooral om spoedzorg, zoals ambulance vervoer, geboortezorg, crisisopvang GGZ en SEH posten. De insteek van het IZA is ruimer dan het begrip cruciale zorg uit de WMG.

2. De bedoeling van de Handreiking – dynamisch proces – werk in ontwikkeling

De Handreiking moet behulpzaam zijn om het gesprek tussen cliëntenorganisaties, aanbieders en financiers aan te gaan, de verwachtingen over en weer te verduidelijken, de (boven-) regionale / landelijke capaciteit aan cruciale ggz in kaart te brengen en zo overzicht te creëren over wát (welk ggz aanbod) er waar (in welk deel van het land) wordt geboden of nodig is. De inhoud van de voorliggende Handreiking sluit aan bij de IZA afspraken die gemaakt zijn over het opstellen van zorgbrede regiobeelden. Het zorgbrede regiobeeld geeft inzicht in enerzijds de prognoses van en ontwikkelingen in de zorgbehoefte en andere relevante informatie over de bevolking van de regio en anderzijds de capaciteit en prestaties van zorg, welzijn en ondersteuning in de regio. De toenemende druk op de toegankelijkheid van zorg door het verschil tussen de (verwachte) zorgvraag en het (verwachte) zorgaanbod is daarbij het grootste punt van aandacht. Op basis van de feitelijke weergave geven partijen duiding aan het regiobeeld. Partijen hebben in het IZA afgesproken om voor het opstellen van het regiobeeld de schaal van de zorgkantoorregio te hanteren. Op basis van het regiobeeld worden door de regionale zorgpartijen “regioplannen” opgesteld.

De Handreiking cruciale zorg maakt voor het onderdeel ggz inzichtelijk welke zorg speciale aandacht vraagt bij het in kaart brengen van de zorgbehoefte en het zorgaanbod in de regio. Een volledig zorgbreed regiobeeld wordt pas gecreëerd als de hele zorg in kaart wordt gebracht. Dus niet alleen cruciale zorg maar ook niet cruciale zorg. Conform het IZA wordt in deze handreiking gesproken over cruciale zorg. Regionaal wordt in overleg bepaald hoe breed dit wordt uitgelegd teneinde de goede discussie te kunnen voeren over het gewenste (volledige) regiobeeld. De Handreiking cruciale ggz³ gaat in op het gesprek dat gevoerd moet worden voor de zwaarste / meest complexe zorg die, door allerlei factoren, onder druk staat.

³ De Handreiking cruciale ggz gaat over alle ggz. Regionaal: zoals die door meerdere aanbieders in een regio wordt aangeboden. In de regio is het belangrijk om elkaars aanbod te kennen. De inventarisatie zoals in deze handreiking staat richt zich vooral op het bovenregionale en landelijke aanbod. Er kunnen wel regionaal tekorten ontstaan (schaars zorgaanbod), maar op dit onderdeel zijn al procesafspraken met elkaar gemaakt in regionaal verband en monitoren we de voortgang via de NZa wachttijd cijfers en de landelijke stuurgroep toegankelijkheid en wachttijden. Het betreft een regionale discussie waarin de individuele partijen het gesprek over de toegankelijkheid van de zorg voeren, aangestuurd/gevoerd door een regionale tafel.

Juist voor de mensen met de meest complexe zorgvragen en ontoereikende steunsystemen is de toegang tot ggz van groot belang.

De focus in de Handreiking ligt op (schaarse) ggz capaciteit die vaak een complexe -logistieke- infrastructuur kent, die (boven-)regionaal of landelijk door één of enkele aanbieders wordt geboden en waar het risico van witte vlekken in het aanbod ontstaat als die capaciteit wegvalt (ook omdat dat type zorg niet eenvoudig en snel te vervangen is). De focus ligt in deze Handreiking op ggz voor doelgroepen waarbij spreiding en concentratie een belangrijke rol speelt (kwetsbaar zorgaanbod).

Een van de vragen bij cruciale ggz is: wát is het effect op de korte en langere termijn op de kwaliteit en toegankelijkheid van de ggz als dit aanbod sluit? Of wat is het effect als er een bepaald aanbod wordt gemist? Cruciale ggz is geen statisch gegeven. Het zal niet altijd mogelijk zijn om al het specialistische zorgaanbod in de directe omgeving van de patiënt te organiseren. Vanuit overwegingen van kwaliteit en betaalbaarheid zullen sommige vormen van zorg geconcentreerd moeten worden op enkele plekken in het land en zal de patiënt dus te maken hebben met reisafstand. Naast reisafstand, zijn beschikbaarheid van expertise, volume en doelmatigheid ook aspecten die meegewogen moeten worden in de vormgeving van cruciale zorg. Deze elementen vormen gesprekspunten over spreiding en beschikbaarheid van zorg.

De Handreiking levert hiermee voor de ggz een ondersteunende bijdrage in de totstandkoming van de zorgbrede regiobeelden en plannen. Hierbij wordt ook voor het onderdeel ggz aangesloten op de algemene inhoudelijke en procesmatige criteria zoals deze zijn geformuleerd voor het regiobeeld en de regioplannen.

3. Voorstel voor aanpak – afpellen, trechters en faseren

Het gesprek over wat regionaal-, bovenregionaal- of landelijk het cruciale ggz aanbod is, moet zorgvuldig met elkaar (ggz aanbieders, landelijk werkende ggz aanbieders, cliëntenorganisaties, beroepsverenigingen en financiers) gevoerd worden. Kerninstellingen starten dit gesprek in 2023 in de zorgkantoorregio's. Het is belangrijk om met elkaar aan de slag te gaan met het invullen van het werkmodel (zie bijlage A) om zo te komen tot een overzicht van cruciale ggz. Het is juist de exercitie in de zorgkantoorregio's tussen partijen die leidt tot een betere Handreiking en een van onderop opgebouwd landelijk overzicht van cruciale ggz. Op basis van de overzichten van de 31 zorgkantoorregio's wordt een landelijk overzicht gemaakt.

Onderstaande uitwerking wijkt enigszins af van de opzet zoals beschreven in het IZA. Bij de uitwerking van dit werkdocument is door partijen geconstateerd dat er meer tijd nodig is om voor het opstellen van een integrale lijst van wat cruciale ggz is en om deze zorg herkenbaar te maken vanuit de systemen (verkennen mogelijkheden om cruciale zorg zichtbaar te maken vanuit het declaratiesysteem). Dit betekent echter niet dat hiermee de geformuleerde doelen naar achteren geschoven worden. Op basis van onderstaande uitwerking zullen veldpartijen een duidelijke bijdrage leveren aan het borgen van de continuïteit van het cruciale zorgaanbod.

Afpellen

Aanbieders, financiers en cliëntenorganisaties bespreken in de regio gezamenlijk wat de verwachtingen over en weer zijn. Dit gesprek kan ook onderdeel zijn van de gesprekken over de sectoren heen voor het opstellen van het regioplan. Stel de goede vragen, zoals:

- Heb ik een ggz aanbod voor een bijzondere doelgroep cliënten?
- Wat typeert het bijzondere van dit zorgaanbod?
- Hebben we kengetallen over volume?
- Als wij dit aanbod niet zouden hebben, wat gaat er dan mis?
- Zijn er alternatieven?
- Kunnen we onderscheid maken in de knelpunten om zo meer zicht te krijgen op de achtergrond van de eventuele problematiek:
 - Financieel (te lage tarieven en/of contractafspraken)
 - Personeel (arbeidsmarkt-problematiek)
 - Infrastructureel (moet er ergens bedden bij of zelfs afdelingen bijgebouwd worden)

Trechters / prioriteit 2023/2024 ligt op borgen continuïteit cruciaal zorgaanbod

Aanbieders, financiers en cliëntenorganisaties maken in 2023 en 2024 inzichtelijk welke cruciale zorgvormen (boven-) regionaal kampen met uitdagingen op het gebied van continuïteit van zorg. Per zorgkantoorregio wordt het werkmodel gevuld. Deze overzichten worden landelijk gebundeld en voorgelegd aan de achterbannen van de verenigingen van aanbieders, cliëntenorganisaties en verzekeraars voor een verdere duiding (herkennen we dit overzicht, zijn we het met elkaar eens dat deze zorgvormen op het overzicht van cruciale zorg horen, hoe kunnen we de continuïteit van deze zorg het beste oppakken (regionaal/ bovenregionaal/landelijk).

Faseren

De bevindingen en (waar een regio al langer in gesprek was / of al mogelijkheden ziet om uitkomsten van dit traject te rubriceren in het model van bijlage a.) in zorgkantoorregio's wordt voor 1 juli 2023 al meegegeven (en anders voor 1 juli 2024) ten behoeve van het overleg en de in- en verkoop van de jaren daarna. Een dergelijke aanpak is ook gevolgd bij het in kaart brengen van de problemen in de jeugdzorg en leverde een meer gerichte 'actielijst' op.

4. Welke dilemma's – onderweg in de (boven-)regionale / landelijke gesprekken

Bij de uitwerking van dit werkdocument hebben partijen geconstateerd dat het voor nu nog niet voor alle onderdelen van de ggz mogelijk is om tot een compleet overzicht te komen van zorg dat we kunnen aanmerken als cruciale zorg. Onderstaande dilemma's vragen een nadere bespreking en onderzoek vanuit de praktijk waarvoor tijd nodig is.

Dilemma's:

- Welke criteria gebruiken we voor regionaal aanbod of juist voor bovenregionaal of landelijk aanbod?
- Verkennen we in de regio eerst alleen de Zvw of ook al andere financieringsvormen?
- Kunnen we via de zorgvraagtypering meer zicht krijgen op de zorgvraag en via de consultprestaties op het benodigde zorgaanbod? Kunnen we deze aspecten objectief en transparant maken zodat het gesprek over cruciale zorg (en ook de landelijke terugkoppeling richting VWS en politiek) ook op basis van feiten gevoerd kan worden (in plaats van 'signalen').
- Op welke wijze kunnen alle leefgebieden binnen de medische-, verpleegkundig - en sociale expertise een stevige plek krijgen binnen het toekomstig zorgaanbod?
- Kunnen de settings klinisch en hoog gespecialiseerde ggz gekoppeld worden aan een concrete zorgvraag en behandelaanbod? Wat zijn nu de verschillende groepen binnen deze gremia (inclusief inclusie- en exclusiecriteria) en wat is nu het benodigde cruciale zorgaanbod dat deze groepen nodig hebben? Deze onderdelen van het inventarisatiemodel zullen inhoudelijk beter uitgewerkt moeten worden. Het verder typeren van de klinische en hooggespecialiseerde zorg is een complex vraagstuk. Het is niet realistisch om dit op korte termijn te verwachten. Voor nu zullen we dan ook waarschijnlijk niet verder kunnen komen dan het maken van procesafspraken voor het vervolg.

Zoals eerder aangegeven zorgen deze dilemma's er niet voor dat we in de komende periode geen betekenisvolle stappen met elkaar gaan zetten. Gezien de berichten in de media en de zorgen geuit in de Tweede Kamer over de sluiting van afdelingen, zou de verkenning voor 2023 / 2024 (gericht op de inkoop voor 2024 en 2025) gericht moeten worden op de combinatie van cruciale ggz en continuïteit van die zorg. Partijen hebben in dit kader afgesproken dat we ons voor 2023/2024 focussen op aanvullende acties via de regionale of de landelijke tafel als er een dreigend continuïteitsprobleem ontstaat voor cruciale ggz. Hiermee spreken we als IZA partijen uit dat we in afwachting van de verdere uitwerking geen onvoorziene cruciale ggz zullen stoppen.

In de regionale context zijn aanbieders en financiers met elkaar verantwoordelijk voor de ggz voorzieningen in het werkgebied van de zorgkantorregio. Het afstemmen en daardoor inzicht krijgen in wie wat biedt aan ggz in de zorgkantorregio is niet overal al een gebruikelijke werkwijze in de regionale context. Deze stap vergt begrip, bereidheid en tijd.

Afstemming en inzicht krijgen in een bovenregionale- en landelijke context gaat veel verder en is een nog niet eerder gezette stap. Die stap vergt begrip, bereidheid en tijd.

5. Procesafspraken voor vervolg

December 2022: Vaststelling van de Handreiking cruciale ggz. Bekendmaking van de Handreiking en in de oplegger de bedoeling weergeven en de samenhang met het regiobeeld.

Januari 2023: initiatief tot eerste (boven-)regionale gesprek door ggz-kerninstelling. De ggz-kerninstelling werkt hierin samen met de andere ggz aanbieders in de regio, zoals (Universitaire) ziekenhuizen. De inventarisatie start vanuit de inhoud van cruciale ggz.

Februari 2023: Om landelijk afstemming te bereiken op wat we onder cruciale ggz verstaan en hoé dit regionaal, bovenregionaal en landelijk het beste in kaart gebracht kan worden, stellen we voor om in februari 2023 een landelijke meeting met betrokken IZA partijen te organiseren om de aanpak af te spreken. Alleen een inventarisatie van cruciale ggz in de Zvw levert geen volledig beeld op. Deze inventarisatie wordt ook uitgevoerd voor cruciaal aanbod voor jeugd, Wlz én relevante sociaal domein voorzieningen. In de regio wordt afgesproken of dit parallel of volgtijdelijk wordt uitgevoerd. Op basis van het totaaloverzicht en vanuit dit brede, gezamenlijke perspectief worden witte vlekken en andere aandachtspunten benoemd. Waarbij per aandoening/groep de noodzaak van het brede perspectief kan verschillen uiteraard. Bij de verdere duiding worden alle relevante IZA partijen regionaal en landelijk betrokken. Denk hier aan de betrokkenheid van gemeenten bij de duiding in de regio. Voor de landelijke duiding is betrokkenheid van cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen nodig en wenselijk.

Maart-juni 2023: Gesprekken en waar mogelijk ook al een inventarisatie / invulling van de regionale overzichten (zie bijlage A.).

1 juli 2023: De eerste uitkomsten van de inventarisatie omzetten naar een gezamenlijk centraal overzicht van cruciale zorg waarvoor in de zorginkoop 2024 speciale aandacht moet zijn in de individuele contractering.

In de inventarisatie van cruciale ggz loopt ook de setting hoog specialistische ggz mee. Dit vormt mede basis voor de visievorming en het gesprek over concentratie en spreiding.

2e helft 2023 en vanaf 1-1-2024: Herhalen van de stappen zoals voorgaand benoemd.

BIJLAGEN

Bijlage A. Werkmodel om cruciale ggz te inventariseren

Om te bepalen hoe cruciale ggz vanuit het perspectief van de zorgvraag én het zorgaanbod transparant gemaakt kan worden, is een **werkmodel voor Zvw zorg** (18+ tot 100+)⁴ opgenomen in de Handreiking. Regionale en bovenregionale partners gebruiken dit bij hun gesprek over de inventarisatie van wat er aan cruciaal ggz aanbod is.

De indeling van het model gaat op de Y-as uit van de terminologie van het Zorg Prestatie Model (dat maakt het verzamelen van data over zorggebruik mogelijk). Het is de bedoeling dat (boven-)regionaal de ‘vakken’ die er zijn op die kruising tussen de X- as en Y-as worden beschreven (gevuld) met het huidige cruciale ggz aanbod.

Op de X-as wordt voor de inventarisatie van het ggz aanbod onderscheid gemaakt in:

1. Ggz waarbij meerdere gelijkwaardige aanbieders in de lokale-/regionale context dit aanbieden
2. Ggz waarbij één of enkele aanbieders in de zorgkantoorregio dit aanbieden
3. Ggz waarbij enkele aanbieders bovenregionaal / landelijk dit aanbieden

Het werkmodel gaat in op het aanbod⁵ van ggz. Kolom 1 is de reguliere gespecialiseerde ggz lokaal en in de zorgkantoorregio. Kolom 2 en 3 gaan over schaars aanbod dat slechts door één of enkele aanbieders wordt geboden en de vraag groter is dan dat aanbod.

Afdelingen waarvoor is vastgesteld dat zij hoogspecialistische ggz voor patiënten met een hoogcomplexe zorgvraag bieden, worden in de inventarisatie meegenomen. Zowel in regionaal als bovenregionaal en landelijk aanbod.

Zie ook: <https://www.zorgprestatie.nl/shared/content/uploads/2021/10/Handreiking-Hoogspecialistisch-oktober-2021.pdf>.

Door aan de hand van dit model het gesprek met aanbieders en financiers aan te gaan over de vulling van de kolommen (welk zorgaanbod en waar mogelijk ook de capaciteit) ontstaat een beeld van de cruciale ggz per (boven-)regionale context. Voor het bovenregionale / landelijke aanbod moet op landelijk niveau het cruciale ggz aanbod, na inventarisatie en afstemming, worden bekrachtigd.

Als er knelpunten ontstaan op het bovenregionale-/ landelijke cruciale ggz aanbod, wordt landelijk bestuurlijk overleg tussen financiers en zorgaanbieders. Hiervoor kan het (reeds bestaande) landelijk overleg ‘bovenregionale casuïstiektafels hoog complexe ggz’ worden gevraagd. Daar nemen bestuurders van zorgverzekeraars en ggz aanbieders aan deel (komt voort uit het plan van aanpak bovenregionale casuïstiek (Plan is op 10 maart 2020 aangeboden en afgesproken met de Staatssecretaris Blokhuis). Deelname van de NVZ, NFU, beroepsverenigingen en MIND aan deze tafel ligt dan voor de hand.

⁴ De IZA opgave betreft de Zvw zorg. Voor de langdurige zorg, jeugd (18-) en WMO zijn nog geen werkmodellen toegevoegd

⁵ In de (landelijke criteria voor-) regiobeelden zijn het zorggebruik (op basis van declaratiedata) en de zorgvraag opgenomen. In deze notitie wordt niet ingegaan op in- en exclusiecriteria op basis van de zorgvraag.

Parameters 0 - 100+ jaar	Kolom 1: alle ggz wordt door meerdere aanbieders geboden (Basis op orde / lokale context Zorgkantoorregio)	Kolom 2: ggz wordt binnen de zorgkantoorregio geboden door één of enkele aanbieders	Kolom 3: ggz wordt bovenregionaal of landelijk door enkele aanbieders geboden (bovenregionale of landelijke context)
Epidemiologie (prevalentie, zorggebruik)	Veel voorkomende zorgvraag – bereikbaar aanbod van preventie en gespecialiseerde ggz voor cliënten bij meerdere aanbieders. En in samenwerking met HA-SD-GGZ ⁶	Beperkt voorkomende zorgvraag – aanbod geconcentreerd bij één of enkele aanbieders in de regio.	Matig tot zeer weinig voorkomende zorgvraag en vaak zeer complexe problematiek – aanbod is schaars (laag volume) en geconcentreerd bij enkele aanbieders.
Investeringsen	Middel hoog niveau van investeringen in kennis en voorzieningen (o.a. volume om voorziening te draaien).	Middel hoog niveau van investeringen in kennis en voorzieningen (o.a. volume om voorziening te draaien)	Hoog niveau van investeringen in kennis en voorzieningen (o.a. volume om voorziening te draaien)
Aanbod/vormen van zorg in termen van het Zorg Prestatie Model			
Kwaliteitsstatuut sectie II (setting 1 ZPM)	Welk behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden.	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden.
Kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden.	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden.
Kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (ggz en verslavingszorg)	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden. Denk aan: vrijwillige zorg, verplichte zorg, ambulante behandeling bij een (forensisch) beschermd wonen, Consultatieve psychiatrie	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden. Denk aan vrijwillige zorg, verplichte zorg, ambulante behandeling bij (forensisch) beschermd wonen, Consultatieve psychiatrie.	Welk ambulant behandelaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden.
Outreachinge ggz en verslavingszorg	Komt w.s. niet voor (?)	Verschillende vormen: -IHT -VIP teams -FACT teams en FORensisch FACT, die netwerkgericht en ketengericht werken	Komt w.s. niet voor (?)
	Komt w.s. niet voor (?)	Acute psychiatrie (24/7). (hiervoor geldt een ander inkoopproces (budget GMAP). Wél inventariseren, maar in- en verkoop liggen op een andere tafel)	Komt w.s. niet voor (?)
	Komt w.s. niet voor (?)	Levensloopaanpak (hiervoor geldt een ander inkoopproces (mogelijke centrale inkoop DJI). Wél inventariseren, maar in- en verkoop liggen op een andere tafel)	Komt w.s. niet voor (?)

⁶ Daar waar ggz staat wordt ook bedoeld: verslavingszorg, forensische zorg, jeugd ggz

Parameters 0 - 100+ jaar	Kolom 1: alle ggz wordt door meerdere aanbieders geboden (Basis op orde / lokale context Zorgkantoorregio)	Kolom 2: ggz wordt binnen de zorgkantoorregio geboden door één of enkele aanbieders	Kolom 3: ggz wordt bovenregionaal of landelijk door enkele aanbieders geboden (bovenregionale of landelijke context)
Klinisch (ggz en verslavingszorg) (exclusief forensische en beveiligde zorg).	Voor welke doelgroepen wordt klinische opname met behandeling (exclusief forensische en beveiligde zorg) geboden	Verschillende vormen: -ECT -MPU / PMU -HIC -Opnameafdeling (beveiligingsniveau 1). -Wvggz -PUK -PAAZ	Verschillende vormen: -KIB / LIZ -klinieken voor specifieke aandoeningen (bijv. eetstoornissen) - Gesloten klinieken voor complexe co-morbiditeit waarvoor eventueel somatisch vangnet noodzakelijk - ECT voor combinatie met somatiek - HIC voor combinatie met somatiek - SEH en IC voor auto-intoxicaties / suicide pogingen waarvoor ook (gesloten/crisis)opname mogelijkheden als achterdeur beschikbaar
Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg	Komt w.s. niet voor (?)	Voor welke doelgroepen wordt klinische opname met behandeling in de forensische en beveiligde zorg) geboden Opnameafdeling (beveiligingsniveau 2-3)	Voor welke doelgroepen wordt klinische opname met behandeling in de forensische en beveiligde zorg) geboden Opnameafdeling (beveiligingsniveau 3-4)
Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg	Komt w.s. niet voor (?)	Welk behandelingsaanbod (welke interventies voor welke doelgroepen) wordt in welke vorm (face-to-face, hybride of volledig digitaal) geboden	Komt w.s. niet voor (?)
Hoog specialistisch (ambulant en klinisch met contract) door ggz en verslavingszorg	In de regionale keten, voor die patiënten die onvoldoende baat hebben bij sggz en een aantoonbare hoogspecialistisch zorgvraag hebben	Bovenregionale/ landelijke functie voor alle doelgroepen in het land, wanneer het regionale aanbod onvoldoende soelaas biedt en bij zeldzame problematiek.	Voor welke doelgroepen worden welke vormen van hoog specialistische zorg (met of zonder klinische opname) met behandeling geboden. Denk aan de omvang van de doelgroep en de omvang van het aanbod in de volle breedte. Second opinions voor HS ggz

Bijlage B. Tekst Integraal Zorg Akkoord, bijlage D, pagina 60-62

Inzicht in en borgen van voldoende (boven)regionale capaciteit, voorzieningen en infrastructuur voor cruciale ggz

Doel is om zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van (boven) regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de patiënt. Aan de hand van de regiobeelden waarin de totale behoefte aan zorgvraag wordt weergegeven, bepalen verzekeraars en aanbieders welke onderdelen van het aanbod aan zorg cruciaal is in de regio en borgen partijen dat het noodzakelijke zorgaanbod regionaal en bovenregionaal passend en doelmatig wordt georganiseerd.

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 ambulante 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).

Partijen maken hiertoe de volgende afspraken:

Vorbereidende Fase tot uiterlijk 1 januari 2023:

Om regionaal tot een goed gesprek te komen over het borgen van cruciale ggz-capaciteit is belangrijk dat er een breed gedragen definitie ontwikkeld wordt van het begrip cruciale zorg. Om tot een zorgvuldige invulling van dit begrip te komen wordt er eerst regionaal geïnventariseerd welke capaciteit in de regio als cruciaal wordt beschouwd. Dat kan leiden tot verschillende uitkomsten per regio, gezien het feit dat zowel zorgvraag als zorgaanbod niet gelijk over de regio's verdeeld zijn. Anderzijds vinden partijen het belangrijk om wel een aantal landelijke kaders mee te geven aan de regio's om mee te nemen in de inventarisatie en monitoring, gezien het belang van voldoende capaciteit voor bepaalde zorg. De inventarisatie en monitoring wordt uitgevoerd door de reeds bestaande regiotafels voor de wachttijden.

In deze inventarisatie worden in ieder geval de volgende zorg meegenomen:

- Klinische specialistische ggz (regionaal) in het kader van WVGZ (inclusief eventuele MPU of PAAZ/PUK in regio)
- Eventuele HIC en KIB-voorzieningen
- Klinische en ambulante specialistische ggz: hoog complex-laag volume zorg (voor bijzondere doelgroepen, die regionaal door één of zeer weinig partijen worden aangeboden)
- Beveiligde klinische zorg (niveau 2,3,4)(regionaal en bovenregionaal)
- Bovenregionale ambulante en klinische hoog specialistische zorg
- Bovenstaande is inclusief 18- /18+, jongvolwassenen en volwassenen.

De regiobeelden worden vervolgens landelijk verzameld; daarmee vindt ook een toets plaats op voldoende beschikbaarheid van bovenregionale voorzieningen. Op grond van deze inventarisatie werken zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten (op landelijk niveau) een handreiking uit die door partijen gebruikt kan worden voor a) het maken van afspraken over de cruciale zorg en b) het monitoren van deze afspraken.

In deze handreiking willen partijen de volgende aspecten uitwerken:

- Bepalen wat we verstaan we onder cruciale zorg,
- Bepalen hoe we de cruciale zorg vanuit het perspectief van de zorgvraag én het zorgaanbod transparant kunnen maken.
- Bepalen welke (deel van de) cruciale zorg aangemerkt kan worden als regionale zorg en welk (deel) als bovenregionaal en welke functies zijn alleen landelijk (dus enkelvoudig) beschikbaar.

De handreiking wordt opgesteld en vastgesteld met betrokkenheid van de beroepsverenigingen en MIND.

Uitvoeringsfase regionaal zorgaanbod (vanaf 2023)

- Op basis van de kaders in de handreiking wordt in de vorm van een regiobeeld in kaart gebracht wat de zorgvraag en het zorgaanbod van de cruciale zorg in de regio is. Hierbij is er ruimte voor regionale verschillen op basis van de zorgvraagbehoefte in die regio.
- De twee (waar nodig drie) grootste verzekeraars nemen namens alle verzekeraars deel aan het regionale overleg en gezamenlijk worden de ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod besproken (gemiddelde opnameduur, enz.) en vertaald naar een regiobeeld waarin de gewenste inrichting van het zorglandschap wordt beschreven.
- De uitkomsten van het regionale overleg (vastgelegd in het regiobeeld) worden door de zorgverzekeraars gevolgd in de individuele zorginkoop.
- Deze regiobeelden worden per regio vastgesteld door verzekeraars, aanbieders en gemeenten en landelijk bekend gemaakt.

Uitvoeringsfase boven regionaal en landelijk (uniek voorkomend) zorgaanbod:

- Op basis van de kaders in de handreiking is er een overzicht van het bovenregionale (uniek voorkomende) aanbod en wordt transparant wat de benodigde cruciale GGZ-functies zijn.
- Voor de bespreking van het bovenregionale en landelijk uniek voorkomende zorg dient een landelijke tafel gecreëerd te worden (= aansluiten bij de landelijke stuurgroep wachttijden) om te bepalen wat het noodzakelijke zorgaanbod moet zijn en waar deze het beste georganiseerd moet worden. Deze landelijke tafel wordt geadviseerd door de reeds bestaande acht bovenregionale casuïstiektafels voor hoogcomplexere zorg (mede op basis van de hoeveelheid behandelde casuïstiek door deze tafels). De uitkomsten van dit overleg zullen in ZN-verband door de gezamenlijke zorgverzekeraars besproken worden.
- Bij akkoord zullen de uitkomsten van deze afstemming door verzekeraars vertaald worden naar de individuele inkoop.
- Als er halverwege het jaar een urgente situatie ontstaat door mutaties op de bovenregionale cruciale functies (nadat zowel aanbieders als verzekeraars hun plichten zijn na gekomen), dan wordt dit tijdig besproken op regionaal en/of landelijk niveau.

Bijlage C. Benaderde partijen – reactie op hoofdlijn geleverd

Benaderde partij	Reactie
De Nederlandse ggz	Ja
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)	Ja
MIND	Ja
Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen (NFU)	Ja
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Ja
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NvVP)	Ja
Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ)	Ja
Platform MEERGGZ	Ja
Topklinische ggz	Ja
Vakcommissie ggz van de V&VN	Ja
Zorgverzekeraars Nederland	Ja

Proces

Na verwerking van de reacties zijn de verschil- en aandachtspunten gebundeld in een concept besluit voor het bestuurlijk IZA overleg van 21 december 2022.

Bijlage D. Lijst van afkortingen

Afkorting	Naam organisatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
ECT	Electro Convulsie Therapie
FACT teams	Teams voor Flexibele Assertive Community Treatment
GMAP	Generieke Module Acute Psychiatrie
HA	Huisarts
HIC	High Intensive Care
HS ggz	Hoog Specialistische ggz
IC	Intensive Care
IHT	Intensive Home Treatment
KIB	Klinisch intensieve Behandeling
LIZ	Langdurig Intensieve Behandeling
MPU	Medische Psychiatische Unit
PAAZ	Psychiatische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PMU	Psychiatrisch Medische Unit
PUK	Psychiatische afdeling Universitaire Kliniek
SD	Sociaal Domein
Sggz	Specialistische ggz
VIP teams	Teams voor Vroege Interventie Psychose
Wvvgz	Wet verplichte ggz

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl

januari 2023