

FAQ inventarisatie cruciale ggz n.a.v. kick-off op 16-02-2023

De verantwoordelijkheid voor de inventarisatie van cruciale ggz

- *V1: Is er een verplichting voor de kerninstelling op regiobeeld en regioplan als zorgverzekeraar aan zet is?*
A: Het opstellen van het in het IZA beschreven regiobeeld en regioplan en het in kaart brengen van cruciale ggz zijn twee processen die parallel aan elkaar lopen. Hierbij vormt de informatie over cruciale ggz input voor het regiobeeld. Voor het opstellen van de regiobeelden nemen de zorgverzekeraars het initiatief. De kerninstellingen zijn een belangrijke partner in de totstandkoming van het regiobeeld.
- *V2: Is de verantwoordelijkheid voor inventariseren van de cruciale ggz al bekend?*
A: De kerninstelling neemt het initiatief tot het uitnodigen van ggz aanbieders in de regio. Hierbij is het aan partijen in de regio om te bepalen of er gestart wordt vanuit Zwv kader (smalle insteek voor cruciale ggz) of direct een brede insteek wordt gekozen waarbij ook partners vanuit de Wmo, Wlz en Jeugdwet worden uitgenodigd uit de zorgkantorregio.
- *V3: de werkdefinitie van Cruciale ggz gaat uit van zorg met een hoogcomplexere vraag en een hoog logistiek aanbod. Waar wordt hoogcomplexere vraag en laag logistiek aanbod geïnventariseerd?*
A: Doelstelling van het gehele proces van inventariseren is om het zorgaanbod regionaal en bovenregionaal in beeld te brengen en zo de toegang tot de zorg te borgen. Vanuit het perspectief van de patiënt kan elke zorgvraag waarvoor er te weinig zorgaanbod bestaat als cruciaal bestempeld worden. Wanneer wij echter naar de bestaande problematiek in de regio's kijken zien wij dat de grootste kwetsbaarheid ligt bij de zorg met een hoge logistieke en inhoudelijke complexiteit. De omvang van de zorgvraag is relatief beperkt terwijl de benodigde expertise voor de behandeling groot is. Wanneer een behandelaar en/of behandelafdeling in de regio zou verdwijnen kan dit zorgaanbod binnen een redelijke termijn niet door een collega zorgaanbieder overgenomen worden. Dit maakt dit aanbod dan kwetsbaar in de organisatie en financiering. Om deze reden is in de onderhandelingen rond het IZA besloten om de definitie van cruciale zorg vorm te geven rond deze aspecten. Voor de zorg die logistiek en/of inhoudelijk minder complex is zijn er in de regel meer alternatieve opties in de regio. Dit maakt dat deze zorg binnen een redelijke termijn makkelijker over te dragen is aan een andere behandelaar en/of afdeling. Hierbij willen we benadrukken dat deze zorg hiermee niet minder belangrijk is. Het gehele zorgaanbod is van groot maatschappelijk belang. In dit kader dient de inventarisatie van de cruciale ggz dan ook niet als waardeoordeel gezien te worden.
- *V4: hoe worden brancheverenigingen geïnformeerd.*
A: De brancheverenigingen zijn al geïnformeerd door VWS (IZA communicatie).

- *V5: Wie beoordeelt de cruciale waarde die organisaties aangeven te zijn, welke wegingsfactoren spelen hierbij een rol?*
A: Met elkaar in de regio moet worden besproken welke zorg daar (boven-)regionaal cruciaal is. In de handreiking staan daar suggesties voor, waaronder een werkdefinitie van cruciale ggz. Er zijn nog geen wegingsfactoren. Die kunnen gedestilleerd worden uit de inventarisaties (eerst inventariseren, dan duiden, dan komen tot een definitieve definitie).
- *V6: Als jeugdaanbieder met maar klein percentage jongeren 18 plus maar wel verspreid over grote regio, hoe moeten wij de afstemming aanpakken?*
A: Neem hierover contact op met de kerninstelling.
- *V7: Hoe worden niet gecontracteerde partijen aangehaakt?*
A: Het in kaart brengen van cruciale ggz heeft geen relatie met het wel of niet gecontracteerd zijn.
- *V8: Is overwogen om aan te sluiten bij de regio's van de wachttijdenaanpak?*
A: Het is dezelfde regio indeling.
- *V9: Hoe verhoudt zich dit proces t.o.v. impactvolle transformaties. Iza aanvragen?*
A: De focus ligt eerst op de inventarisatie. Wanneer uit het regionale gesprek blijkt dat voor het borgen van de continuïteit grootschalige en diepgaande veranderingen in het zorgaanbod nodig zijn, kan bekeken worden of de inzet van transformatiemiddelen een behulpzame bijdrage kunnen leveren.
- *V10: Het betrekken van de eerstelijnszorg is een puzzel. Hoe kijken jullie hiernaar?*
A: Je kan de eerstelijns partijen uitnodigen voor een regiobijeenkomst over cruciale ggz.
- *V11: het IZA is ook door gemeenten getekend maar geldt dit dan alleen voor de Wmo (18 plus). Wat met 18 min?*
A: antwoord volgt.

Planning

- *V1: In de handreiking is een planning opgenomen. Hoe hard is deze planning?*
A: HARD. Er is een deadline voor het aanleveren van cruciale ggz met een continuïteitsprobleem voor dit jaar (deadline is 15 mei, aanleveren via de kerninstelling aan de Nederlandse ggz). Voor de gehele inventarisatie is de deadline 15 juni via de kerninstelling aan de Nederlandse ggz.
- *V2: Met welk doel wordt geïnventariseerd.*
A: Inventarisatie van cruciale zorg is niet alleen input voor regiobeeld en regioplan maar ook voor de inkoop 2024 en 2025. Zo kan deze inventarisatie ondersteunend zijn bij de zorginkoop en bij het in kaart brengen van randvoorwaarden voor cruciale voorzieningen die onder druk staan; denk bv aan personele problemen. Verder kan deze inventarisatie gezien worden als eerste stap in een langer proces van het verder uitwerken en definiëren van het begrip cruciale zorg. We willen graag een iteratief proces waarbij dit de eerste stappen zijn om de cruciale ggz in beeld te brengen.
- *V3: In veel regio's blijven de vrijgevestigden achter qua participatie. Hoe hen meer te betrekken/ rol LVVP?*
A: De contacten hierover lopen vanuit VWS en vanuit de IZA ondertekenaars. Je kan de vrijgevestigden uitnodigen voor een regionale bijeenkomst over cruciale ggz. Dan is het aan hen of ze komen of niet.
- *V4: Hoe verhoudt de planning van het regiobeeld zich tot die van cruciale ggz?*
A: Zoals eerder vermeld is, zijn het parallel lopende processen.

- *V5: Hoe wordt de afstemming met het totaaloverzicht, van alle groepen qua vraag en aanbod, vormgegeven? Dit om waterbedeffecten te voorkomen.*
A: Dit moeten we in de duidingsbijeenkomsten meenemen, die georganiseerd worden als de inventarisaties binnen zijn gekomen.
- *V6: Hoe worden professionals bij het gesprek in de regio betrokken?*
A: Dit loopt via de zorgorganisaties waar zij bij in dienst zijn. Landelijk worden de beroepsverenigingen voor de duidingsbijeenkomsten uitgenodigd.
- *V7: wat zijn de landelijke afspraken over financiering van de uren die we hier in moeten stoppen in de regio? Is hier een leidraad voor qua te verwachten tijdbesteding wat we kunnen meenemen in de IZA-aanvragen?*
A: In het IZA is hier niet iets specifiek hierover afgesproken, anders dan dat iedereen vanuit het belang van toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare mensen, een bijdrage levert aan dit proces.

Wat verstaan we onder cruciale zorg? (definitie)

- *V1: Hoe voorkomen we een 'overlabeling' van hoogcomplexiteit zorg?*
A: Dat moeten we ook meenemen in de duidingsbijeenkomsten van mei en juni 2023.
- *V2: Er lijkt meer en betere uitleg nodig rond het begrip cruciale zorg voor het publieke domein. Is dat mogelijk?*
A: Na de inventarisatie en de duidingsbijeenkomsten willen we werken aan het vaststellen van de definitie van cruciale ggz. Dit is niet met één inventarisatie rond. Het advies is om tot die tijd gebruik te maken van de werkdefinitie uit de handreiking.
- *V3: Ik ben heel erg benieuwd naar het onderscheid tussen cruciale zorg en "gewone" zorg. Zo kan ik bepalen waar wij als verslavingszorginstelling moeten aansluiten.*
A: Neem contact op met de kerninstelling en bespreek gezamenlijk het aanbod.
- *V4: Wat wordt bedoeld met hoge of lage zorglogistiek?*
A: Denk aan ingewikkeld te organiseren zorg, (multidisciplinair team, noodzaak van afstemming met andere teams, zorg na kantooruren etc) of eenvoudig te organiseren zorg.
- *V5: betekent cruciale zorg ook dat er niet meer dan één of enkele aanbieders van de betreffende zorg is binnen één en dezelfde regio?*
A: Dit aspect speelt mee. Als die ene aanbieder met dat aanbod er niet zou zijn, wat gaat er dan mis? Is er dan een vergelijkbaar – gelijkwaardig aanbod voor cliënten.
- *V6: Hoe staat cruciale ggz in verhouding tot IZA? Ook met betrekking tot regioverdeling.*
A: De IZA tekst is leidend. In het IZA staat dat de zorgkantoorregio leidend is als organisatorische eenheid van inventarisatie.
- *V7: Is er een duidelijke afbakening beschreven wat onder cruciale zorg verstaan wordt.*
A: In de handreiking staat een werkdefinitie. In de IZA teksten ook. Ná de inventarisatie wordt de definitie vastgesteld.
- *V8: wat is de rol van TOPGGz?*
A: Het aanbod van TopGGz loopt mee in deze inventarisatie.
- *V9: Als aan de voorkant de definitie niet helder is, wordt het dan niet 'appels met peren vergelijken' en dus aan de achterkant opnieuw moet aanpassen?*
A: Het is juist de bedoeling om de definitie pas ná de inventarisatie aan te scherpen. Gebruik tot die tijd de werkdefinitie die staat opgenomen in de handreiking.
- *V10: Nemen we de zorgvraagzwaarte en ziekte-schadelast mee voor het definiëren van cruciale zorg?*

A: Dit betreft de zorgvraag en wat daar mogelijk voor aanbod bij past. Het is een belangrijke vraag, maar het valt buiten de scope van deze FAQ, die over het aanbod gaat.

- *V11: Ik zou ervoor willen pleiten de geleverde zorg in kaart te brengen en de wachtlijst (onvervulde behoefte) en niet de zorgvraagtypering (ligt privacy-technisch onder vuur).*

A: Het is een belangrijke vraag, maar het valt buiten de scope van deze FAQ, die over het aanbod gaat.

- *V12: sommige gestopte zorg is niet per definitie cruciaal.* Kan ook een verouderde vorm van zorg zijn.

A: Het is een belangrijke vraag, maar het valt buiten de scope van deze FAQ.

Regiobeeld en regioplannen

- *V1: Valt gedwongen zorg (met beveiligingsniveau 2 en 3) ook onder het regiobeeld?*

A: Het is een belangrijke vraag, maar het valt buiten de scope van deze FAQ.

- *V2: Regiobeelden gaan verschillen, wordt er een kader gecreëerd om toch een zo breed mogelijk beeld te krijgen? Je doet het toch samen tenslotte.*

A: Ja. We verwijzen hiervoor naar de criteriasets voor de regiobeelden.

- *V3: Publiceert RIVM de basisdataset sowieso of moeten we wachten tot verzekeraar initiatief neemt?*

A: het RIVM publiceert sowieso.

Hoe kan het behandelaanbod in omvang geïnventariseerd / uitgedrukt worden?

Naar aanleiding van bovenstaande vraag is onderstaande input door de deelnemers aan de informatiebijeenkomst meegegeven aan de landelijke partijen. De gegeven suggesties worden ter info en ter inspiratie gedeeld in deze Q&A en zullen meegenomen worden in het verdere proces.

Onderstaande suggesties worden gegeven:

- Via aantal patiënten en aantal behandelaren.
- Inventarisatie via financieringsstromen? Zvw (ZPM), Wmo, Wlz, Jeugdwet en Fz (justitie).
Per regio?
- Met behulp van Vektis data.
- Op basis van data die in bezit is van de NZa.
- Topreferente ggz: overzicht aanbieders (PUK, TOPGGz).
- Zoek eerst naar de voor de hand liggende cruciale zorg waar weinig discussie over bestaat. Daar elkaar vinden en een werkwijze ontwikkelen. Dan de piramide afzakken langs de as van de inhoud en patiëntperspectief.
- En ook als de werkmodellen voor langdurige zorg, jeugd en WMO nog niet bekend zijn.
- Via Regionale Taskforce / regionaal transfermechanisme wachtlijsten.
- Eerst regionaal > projectteam gegevens ophalen. Daarna landelijk > input op gezamenlijke platform zetten.
- Vanuit regiobeeld NZa?

- Voor cruciale zorg is beschikbaarheid ook een belangrijke waarde. Cruciale zorg is meer aanbodgericht dan vraaggericht te bepalen.

Suggesties over inrichten van het proces in uw regio

Naar aanleiding van bovenstaande vraag is onderstaande input door de deelnemers aan de informatiebijeenkomst meegeven aan de landelijke partijen. De gegeven suggesties worden ter info en ter inspiratie gedeeld in deze Q&A en zullen meegenomen worden in het verdere proces.

- Beginnen met visie vorming en discussie intern en extern
- Aansluiten bij IZA overleg, via Taskforce wachttijden of ander bestaand overleg
- Zoek je gebruikelijke samenwerkingspartner op, focus op onbetwiste zorg, maak het niet te moeilijk in eerste instantie en durf ook een beetje kleur te bekennen
- Gezamenlijk eerst doelstellingen helder
- Streven naar uniforme aanpak en rapportage met andere kerninstelling in de regio
- Benut ook het transfermechanisme van de aanpak wachttijden
- Via bestuurlijk overleg
- Aanpak zoals project hoofdzaak werk
- Aansluiten bij bestaande tafels in de regio.
- Met kleine groep die met complexe doelgroep te maken heeft beginnen. Opzet maken en dan breder bespreken
- Gesprekken inplannen met stakeholders en verzekeraars
- Aansluiten bij regiobeeld initiatief
- Betrekken behandelaren en cliëntenraad

Format om gesprek in de regio op gang te brengen

Ter inspiratie voor het voeren van het gesprek over het ggz aanbod in de regio, leest u hieronder een format om het gesprek in de regio op gang te brengen. Het inventarisatiemodel zoals dat ook in de bijlage a. van de Handreiking cruciale ggz is opgenomen vindt u in een aparte bijlage.

	Hoog (vraagt het aanbod een ingewikkelde organisatie qua schaarse kennis / complexe overlegstructuren / dure gebouwen)		
Organiseren	Laag (is het zorgaanbod eenvoudig te organiseren)		
		Laag	Hoog
		Complexiteit zorgvraag	