

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [redacted]@minvws.nl

Datum
6 april 2020

Aantal pagina's
2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	6 april 2020 14:00-16.00
Vergaderplaats	Digitaal, ZOOM

1. Opening en mededelingen - 14.00-14.10

-BO datum: 14 mei

2. Vaststellen agenda - 14.10-14.15

3. Verslag en actiepunten 9 maart - 14.15-14.20

4. Corona in relatie tot het HLA - 14.20-14.30

VWS bespreekt graag de huidige crisissituatie in relatie tot het HLA.

5. Onderwerpen ter besluitvorming - 14.30-15.10

- Voorbereiding komend BO

- Visie en contourennota en contractering (NVVP)
- Beeldvorming ggz in relatie tot de visie en WVGZ (V&VN).
- Voorstel Akwa rom 3 en 4 (ZN)
- Stimuleren contracteren en wetsvoorstel (LVVP)
- Plan hoogcomplexe zorg (ZN)
- Bekostiging consultatie en coördinatie (VNG en ZN).
- Startnotitie over hoe we het HLA projectmatig aanpakken en wat prioriteit is (VWS en [redacted]).

6. Onderwerpen ter discussie/stand van zaken – 15.10-15.35

- ANW diensten

Toelichting: GGZ NL en NvvP

- ZonMw Kaderafspraken/subsidie op projecten

Toelichting: ██████████, voorbereiding DO 6 mei

-Generieke module diagnostiek

Toelichting: Akwa

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

7. Acties, besluiten en opdrachten – 15.35-15.50

8. Rondvraag en afsluiting – 15.50-16.00

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

11 mei 2020

Aantal pagina's

3

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	11 mei 2020 14:00-16.00
Vergaderplaats	Digitaal via webex: Vergaderingsnummer (toegangscodes): [redacted] Wachtwoord voor vergadering: [redacted]

1. Opening en mededelingen - 14.00-14.10

2. Vaststellen agenda - 14.10-14.15

3. Verslag en actiepunten - 14.15-14.20
Verslag, actielijst en besluitenlijst – versie per 1 mei 2020

4. Mededelingen -14.20-14.30

-Rekenkamer rapport

-Plan hoogcomplexiteit zorg

Ter besluitvorming:

5. Aanvraag voor gehele pakket kwaliteitsschelden - 14.30-14.45

*-We bespreken de budgettaire consequenties van de projecten, zie de bijlage hier
over. Aanvullende informatie over de projecten is online te vinden (door de
procesbegeleider ook rondgestuurd). De werkgroepen hebben intern in de
organisaties deze plannen afgestemd.*

6. Governance LWKS**-14.45-15.00**

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Het DO HLA GGZ wordt gevraagd om in te stemmen met het in de bijlage beschreven voorstel ten aanzien van de governance van de LWKS op de punten:

- vertegenwoordiging;
- opstellen werkplan/agenda;
- voorbereiding besluiten;
- besluitvorming, stemverhouding en escalatie;

Datum
2 september 2019

Specifieke aandacht in de besluitvorming in het DO HLA GGZ wordt gevraagd voor de volgende punten:

1. Vertegenwoordiging in de LWKS, partijen aan tafel en de stemverhouding. Dit betreft specifiek de aanwezigheid van P3NL en NIP. In het voorstel zijn beide nog aanwezig en hebben een rol en stem in de uitwerking. LVVP en NVVP zien dit als een dubbele vertegenwoordiging. Binnen de LWKS is hier geen overeenstemming over en de LWKS kan hierover ook geen finaal besluit nemen. Daarom de vraag aan het DO HLA hierover een uitspraak te doen. Bij akkoord van het DO HLA op het huidige voorstel zitten P3NL en NIP beide in de LWKS en hebben beide een volwaardige stem in de besluitvorming
2. Voor een goede governance is een duidelijke rolverdeling van belang. Het NIP vindt dat paragraaf 2.4 vertegenwoordiging, te vrijblijvend is geformuleerd. Het voorstel is om dit aan te vullen met een indringende inspanningsverplichting door partijen.
3. Vertegenwoordiging in de LWKS waar Zorgverzekeraars Nederland geen onderdeel meer is van de actieve participanten. Er zijn wel voorzieningen voor de bijdrage van ZN in het proces en in de tripartiete indiening. Het DO HLA wordt gevraagd dit te bevestigen.
4. De zorg van MIND over hun rol in het proces en de beperkte invloed in de stemverhoudingen. Er is voor ieder één ongewogen stem. Dit is toegelicht in het document.

**7. Vervolg resultaten en conclusies werkgroep
bekostiging consultatie coördinatie****-15.00-15.15**

Hoe willen de leden van het HLA GGZ verder met de resultaten en conclusies van de werkgroep (zie de bijlage)? Het advies van de werkgroep is om de resultaten en conclusies van de werkgroep mee te nemen in het traject rond de contourennota.

Willen de partijen:

1. Uitkomst/advies overnemen en zo voorleggen aan BO HLA, of
2. Een procesvoorstel (gaan) formuleren voor alsnog verkennen 'opentrekken' van dit dossier. Zo ja, wat hebben partijen nodig om dit vraagstuk verder te brengen?

Ter discussie:

8. Prioriteitenplan**-15.15-15.30**

Zie de twee bijlagen, [REDACTED] bespreekt deze graag met het DO.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

9. Zorgprestatiemodel

-15.30-15.45

VWS is door het programmamanagement van het programma Zorgprestatiemodel geïnformeerd over de zorgen van de bestuurlijke programmacommissie over de invloed van de coronacrisis op de (voortgang van de) uitvoering van het programma. Het programma zal nu voor juli het uitgewerkte model opleveren (was begin mei).

VWS dringt erop aan om aan te blijven koersen op 2022 als invoeringsjaar voor de nieuwe bekostiging ggz, cf. de afspraak in het HLA. Gelet op deze afspraak en de te verwachten voordelen van de nieuwe bekostiging voor de doelstellingen van het HLA, roept VWS partijen op om er alles aan te blijven doen om dat mogelijk te maken.

Als de geplande kabinetsbesluitvorming niet meer zoals gepland begin juli 2020 kan plaatsvinden hecht VWS eraan dat de kabinetsbesluitvorming zo spoedig mogelijk daarna kan plaatsvinden. VWS vraagt partijen om zich ervoor in te spannen dit mogelijk te maken.

In elk geval is het nodig dat bij de contractering voor 2021 rekening wordt gehouden met de mogelijkheid van een positief kabinetsbesluit over invoering van de nieuwe bekostiging per 2022 en met de effecten daarvan op de schadelast 2021. Die effecten op de schadelast 2021 zijn er i.v.m. de harde afsluiting van DBC's per 31/12/2021 die partijen vooralsnog voor ogen staat.

Datum
2 september 2019

10. Suïcidepreventie

-15.45-15.55

Tijdens het DO in maart heeft 113 suïcidepreventie een presentatie gegeven. Toen is afgesproken dat de HLA partijen aan de slag zouden gaan met dit thema. VWS doet graag een korte ronde om bij de deelnemers na te gaan wat zij willen gaan doen naar aanleiding van de presentatie.

11. Rondvraag en afsluiting

-15.55-16.00

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

14 mei 2020

Aantal pagina's

2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Agenda

Betreft	Bestuurlijk overleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	14 mei 2020 14:30-16.30
Vergaderplaats	Digitaal

Vergaderingsnummer (toegangscode): [redacted]

Wachtwoord voor vergadering: [redacted]

1. Opening en mededelingen

-Stand van zaken traject 'visie zorglandschap ggz' vanuit VWS

**2. Verslagen BO 17 december 2019 (verslag HLA en verslag
administratieve lasten)****3. Ter bespreking: invloed coronacrisis op voortgang HLA GGZ.**

De coronacrisis heeft invloed op de capaciteit en mogelijkheden van deelnemers aan het HLA GGZ. Sommige onderdelen van het HLA worden rechtstreeks geraakt door de invloed van de coronamaatregelen/-crisis. Het DO HLA spreekt op 11 mei over mogelijke prioritering van onderwerpen, in het licht van de coronacrisis.

4. Ter informatie: plan hoogcomplexere zorg

Toelichting stand van zaken uitwerking 'plan hoogcomplexere zorg', door indienende partijen ZN en GGZ NL, incl. wijze waarop samenwerking met VNG hierin zal worden vormgegeven.

**5. Ter besluitvorming: procesgerichte verantwoording in 2019 over
gepast gebruik**

Ggz-aanbieders hebben in de werkgroep Administratieve lasten en correct declareren begin dit jaar het verzoek gedaan om duidelijkheid te geven over het jaar 2019 ten aanzien van procesgericht verantwoord over gepast gebruik (zie bijgevoegd memo).

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Kunt u instemmen om ook over het jaar 2019 de overgangsregeling voor procesgericht verantwoord toe te staan onder dezelfde voorwaarden zoals eerder gebruikt voor 2017 en 2018?

Datum
24 september 2019

6. Ter informatie: transparantie van Kwaliteit

Het voorstel voor de verkenning voor scenario's van transparantie in de ggz is op 9 maart jl. besproken in het Directeuren Overleg HLA (zie de twee bijlagen). Het DO HLA heeft hierbij aangegeven dat zij verwacht dat het uitvoeren van het voorstel zal bijdragen aan verdere inrichting van gedragen transparantie van kwaliteit in de ggz. Het DO HLA heeft verzocht het voorstel ter bekrachtiging voor te leggen aan het BO HLA.

7. Ter bespreking: ROM doel 3 en 4

Toelichting ZN.

ZN stelt het BO de vraag hoe we tot gezamenlijke afspraken komen tussen leveranciers (aanbieders) en ontvangers (patiënten en zorgverzekeraars) van kwaliteitsdata in de ggz, die op draagvlak op de sector kunnen rekenen, die uitvoerbaar zijn én die ook daadwerkelijk planmatig uitgevoerd en gerealiseerd worden op een afgesproken datum.

8. Ter bespreking: Stimuleren contracteren en wetsvoorstel

VWS licht de stand van zaken rondom het wetsvoorstel toe. Daarbij is ruimte voor vragen vanuit partijen.

9. Ter bespreking: Vervolg resultaten en conclusies werkgroep bekostiging consultatie coördinatie

Op 11 mei wordt tijdens het directeurenoverleg gesproken over hoe verder te gaan met de resultaten en conclusies van de werkgroep (zie de bijlage). De uitkomsten van dit overleg worden tijdens dit BO besproken.

10. Ter informatie: Stand van zaken ANW diensten

Korte toelichting van de bijlagen (brochure medische staf en notitie ANW diensten) door GGZ NL en NVvP.

11. Rondvraag/Wvttk

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M. [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

15 juni 2020

Aantal pagina's

2

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

agenda

Betreft Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd 15 juni 2020 14:00-16.00
Vergaderplaats Digitaal via webex:

Vergaderingsnummer (toegangscode): [redacted]

Wachtwoord voor vergadering: [redacted]

- | | |
|--|----------------------|
| 1. Opening en mededelingen | - 14.00-14.10 |
| 2. Vaststellen agenda | - 14.10-14.15 |
| 3. Verslag en actiepunten | - 14.15-14.20 |
| <i>Verslag, actielijst en besluitenlijst</i> | |
| 4. Mededelingen | -14.20-14.30 |
| 5. Presentatie IGJ | -14.30-14.55 |

[redacted] presenteert de bevindingen in zes regio's bij het toezicht op de samenwerking rondom de chronisch psychiatrische patiënten. Mogelijk werkt de coronacrisis als een katalysator voor de regionale samenwerking. De aanbevelingen van de IGJ over deze samenwerking en de daarbij behorende randvoorwaarden kunnen wellicht behulpzaam zijn.

Ter besluitvorming:

- | | |
|------------------------------|---------------------|
| 6. Zorgprestatiemodel | -14.55-15.05 |
|------------------------------|---------------------|

Zie verslag vorige DO. VWS dringt er bij partijen op aan om een maximale inspanning te doen om kabinetsbesluitvorming in augustus en zorgvuldige invoering van de nieuwe ggz-bekostiging per 2022 mogelijk te maken. Afgesproken is dit onderwerp voor het DO van juni hoog op de agenda te plaatsen.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

Ter discussie:

7. Uitvoeringsdocument HLA -15.05-15.25

Toelichting [REDACTED].

Tijdens het BO is afgesproken dat er in het volgende BO een stuk zal liggen waarin aangegeven wordt of op onderdelen vertraging is ten gevolge van corona, met onderbouwing. Voor de zomer wordt dit document opgeleverd en in principe digitaal met elkaar gedeeld.

Daarnaast is afgesproken dat per thema één trekker aangewezen wordt. Deze trekker zal dan qua proces het initiatief nemen en is niet individueel verantwoordelijk voor de inhoud.

8. Onderzoek naar F-ACT -15.25-15.35

In een bestuurlijk overleg tussen de staatssecretaris van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is de wens ontstaan om de feiten rondom F-ACT-teams in beeld te brengen met als doel om inzicht te verschaffen in de wijze waarop de zorg en ondersteuning aan mensen met EPA in de wijk verbeterd kan worden. HHM heeft onderzoek naar de vraag "Hoe wordt in Nederland de financiering en organisatie van F-ACT en vergelijkbare vormen van (ambulante) geïntegreerde behandeling en begeleiding lokaal vormgegeven?"

9. Monitor contractering ggz -15.35-15.45

Verbeteren contractering: aanbevelingen uit de Monitor contractering ggz 2020.

Bespreekpunten:

- Concrete resultaatafspraken over de inhoud van contracten
- Implementatie van kwaliteitsstandaarden

10. Verkenning scenario's kwaliteitstransparantie -15.45-15.55

SiRM heeft de eerste fase van de verkenning afgerond (zie tussentijds verslag in de bijlage), waarbij ze zorgaanbieders en zorgprofessionals hebben geïnterviewd over hun ideeën en scenario's van kwaliteitstransparantie. [REDACTED], partner bij SiRM, zal in een korte presentatie de resultaten van de eerste fase delen met het DO HLA.

11. Rondvraag en afsluiting -15.55-16.00



Van: GGZNL en ZN
Aan: BO HLA GGZ
Onderwerp: stand van zaken GMAP
Datum: 26 maart 2019

Afgelopen periode is in opdracht van Akwa en onder begeleiding van Sirm hard gewerkt aan het SMART formuleren van de normen uit de GMAP en het doorrekenen van de financiële en personele consequenties van de GMAP. De aangescherpte normen liggen nu voor bij de achterbannen van de betrokken branchepartijen. Sirm heeft een financiële analyse gemaakt waaruit blijkt dat:

- We in NL nu ongeveer € 100 mln. aan acute GGZ uitgeven in de eerste 3 dagen
- Daar in de contracteeronde van 2019 een bedrag van € 18 mln. aan toegevoegd is
- Er nog een aanvullend bedrag van (volgens GGZNL minimaal) € 8 mln. nodig is om de normen uit de GMAP te realiseren (niet alle normen zijn in de berekening meegenomen)
- Er voor uitvoering voor de GMAP daarmee (volgens GGZNL minimaal) € 126 mln. nodig is

Maandag 1 april laten partijen aan Akwa weten of ze kunnen instemmen met het tripartiet indienen van de GMAP bij het Zorginstituut, met verzoek een BIA uit te voeren op deze zorgstandaard, op te leveren voor 1 juni 2019. Voor ZN geldt dat, als er maandag 1 april, geen unanieme steun vanuit de leden wordt uitgesproken, interne bespreking over deze situatie plaatsvindt op 18 april. Voor GGZ Nederland geldt dat een snelle start van de BIA van groot belang is. Mogelijk is er immers nog een aanvullende uitvraag nodig, en dat vraagt tijd van de achterban. Daarom in alle gevallen het verzoek om de NZa op 1 april te laten starten. Tijdens het directeurenoverleg bij Akwa op donderdag 21 maart is door het Zorginstituut het volgende aangegeven:

- het indienen van een zorgstandaard door partijen bij het Zorginstituut en het inschrijven van de zorgstandaard in het Register door het Zorginstituut twee verschillende dingen zijn.
- Het indienen van de GMAP gebeurt per 1 april. Inschrijven in het Register door het Zorginstituut kan echter alleen maar als er ook een implementatieplan is ingediend door partijen.
- Het indienen van het implementatieplan gebeurt niet per 1 april, maar per 1 juni. Dan is ook de BIA (die over GMAP en budgetmodel gaat) bekend.
- Het Zorginstituut heeft contact opgenomen met de NZa en de NZa neemt – op verzoek van partijen – het budgetmodel ook mee in de BIA-procedure
- Finale besluitvorming, op basis van alle informatie, gebeurt naar verluidt op maandag 3 juni in een al gepland DO HLA GGZ
- Daarna besluiten de Raden van Bestuur van ZINL en NZa voor 1 juli tot inschrijving in het Register en het invoeren van het budgetmodel

GGZNL en ZN hechten eraan dat bij alle partijen helderheid bestaat over het standpunt dat er met bovenstaande procedure per 1 april dus nog geen onvoorwaardelijk en definitieve instemming gegeven wordt aan de GMAP, dat gebeurt pas per 1 juni. Doordat het Zorginstituut pas na indiening van implementatieplan kan overgaan tot inschrijving en doordat de BIA op 1 juni wordt opgeleverd door NZa en Zorginstituut wordt voldoende geborgd dat alle partijen een integraal en finaal besluit nemen op basis van alle relevante informatie.

Vraag aan het BO

Stemmen alle partijen in met bovenstaande procedure en daarmee met een integrale, finale besluitvorming over inschrijving van de GMAP in het Register door het Zorginstituut en invoering van het budgetmodel op maandag 3 juni? Als deze besluitvorming positief is, geven ZINL en NZa hier invulling aan voor 1 juli 2019.

1.

Budget-nr	Omschrijving	Jaar	Budget	Status_aanvraag	Datum-be	Hoofdaan	Projectleider	Financier
1	Kwaliteitsstatuut GGZ (LWKS)	2020	€ 150.000	Goedgekeurd DO		GGZ NL		ZonMw
2	Kwaliteitsstatuut GGZ (LWKS) over uit 2019	2020	€ 92.000	Goedgekeurd DO		GGZ NL		ZN
3	Terugdringen Wachtijden GGZ over uit 2019	2020	€ 198.000	Goedgekeurd DO		ZN		ZN
4	Ondersteuning patiëntenorganisatie (MIND)	2020	€ 500.000	Bekend DO		MIND		ZonMw
5	Veldnorm beroepenstructuur	2020	€ 210.000	Bekend DO				ZonMw
6	Ondersteuning aanpak Wachtijden GGZ	2020	€ 495.000	Bekend DO				ZonMw
7	Implementatie Zorgprestatie model	2020	€ 480.000	Bekend DO				ZonMw

Concept begroting project MIND 2019-2020

ACTIVITEIT	Eenheid	Aantal	prijs per eenheid	Totaal 2019	Eenheid	Aantal	prijs per eenheid	Totaal 2020	TOTAAL
Totaal:				€ 325.966				€ 674.019	€ 999.985
Activiteit A: Personele kosten (tbv uitvoering activiteit B)			10.1.c	€ 205.401			10.1.c	€ 420.469	€ 625.870
projectleider	uren	176	€	€ 10.1.c	uren	352	€ 10.1.c		
projectmedewerker	uren	1.816	€	€	uren	3.633	€		
communicatie	uren	154	€	€	uren	297	€		
administratieve ondersteuning	uren	132	€	€	uren	254	€		
Accountantkosten	controle	-	€	€	controle	1	€		
Activiteit B: Materiele kosten en overig				€ 120.565				€ 253.550	€ 374.115
Activiteit B1: MIND THEORY OF ACTION			10.1.c	€ 10.1.c			10.1.c	€ 19.550	€ 40.100
1.1 Uitwerken Theory of Action - adviseur/begeleider	uren derden	44	€	€	uren derden	44	€ 10.1.c		
1.1 Uitwerken Theory of Action - heisessie (1x)	zaalhuur & catering	1	€	€	zaalhuur & catering	-	€		
1.1 Uitwerken Theory of Action - heisessie achterban	reiskosten	40	€	€	reiskosten	-	€		
1.1 Uitwerken Theory of Action - input achterban	uren derden	80	€	€	uren derden	80	€		
1.1 Uitwerken Theory of Action - werkgroep (5x ca 6p)	vacatiegelden	12	€	€	vacatiegelden	18	€		
1.1 Uitwerken Theory of Action - werkgroep (5x ca 6p)	reiskosten	12	€	€	reiskosten	18	€		
1.2 Opstellen communicatieplan - input achterban	uren derden	20	€	€	uren derden	10	€		
1.2 Opstellen communicatieplan - focusgroep (3x ca 10p)	vacatiegelden	10	€	€	vacatiegelden	20	€		
1.2 Opstellen communicatieplan - focusgroep (3x ca 10p)	reiskosten	10	€	€	reiskosten	20	€		
1.3 Evalueren en appassen ToC - uren achterban	uren derden	-	€	€	uren derden	20	€		
1.3 Evalueren en appassen ToC - focusgroep (2x ca 6p)	vacatiegelden	-	€	€	vacatiegelden	12	€		
1.3 Evalueren en appassen ToC - focusgroep (2x ca 6p)	reiskosten	-	€	€	reiskosten	12	€		
Communicatie omtrent Theory of Action	materiële kosten	1	€	€	materiële kosten	3	€		
Activiteit B2: MIND IN BEWEGING				€ 21.555				€ 45.505	€ 67.060
MIND IN BEWEGING: ondersteuning van beweging (achterban)	uren derden	64	€ 10.1.c	€ 10.1.c	uren derden	128	€ 10.1.c		
2.1 Beweging MIND versterken: landelijke/regionale bijeenkomsten op thema	zaalhuur & catering	1	€	€	zaalhuur & catering	3	€		
2.1 Landelijke/regionale themabijeenkomsten spreker/vrz (4 in totaal, 20 p)	uren derden	6	€	€	uren derden	18	€		
2.1 Landelijke/regionale thema bijeenkomsten organisatie door achterban	uren derden	20	€	€	uren derden	60	€		
2.1 Ontmoetingsdagen (4 per jaar, tussen organisaties (op regio of thema), 25p)	zaalhuur & catering	2	€	€	zaalhuur & catering	4	€		
2.1 Ontmoetingsdagen (4 per jaar, tussen organisaties (op regio of thema), 25p)	uren derden	8	€	€	uren derden	24	€		
2.1 Ontmoetingsdagen (4 per jaar, tussen organisaties (op regio of thema), 25p)	reiskosten	25	€	€	reiskosten	75	€		
2.2 Opzetten pool van supporters: workshop ontwikkelen en geven (2-3x pj, 15-20p)	uren derden	10	€	€	uren derden	10	€		
2.2 Opzetten pool van supporters: workshop ontwikkelen en geven (2-3x pj, 15-20p)	reiskosten	20	€	€	reiskosten	40	€		
2.2 Opzetten pool van supporters: advies van SSzS (mbt pool, workshop, etc.)	uren derden	16	€	€	uren derden	32	€		
2.2 Opzetten pool van MIND supporters: AVG proof registratiesysteem	materiële kosten	1	€	€	materiële kosten	0	€		
2.2 Opzetten pool van MIND supporters: bijeenkomst (interview) 1xpj, 40p)	catering	1	€	€	catering	1	€		
2.2 Opzetten pool van MIND supporters: bijeenkomst (interview) 1xpj, 40p)	reiskosten	40	€	€	reiskosten	40	€		
2.2 Vinden en aantrekken van BN'ers om een ambassadeursrol op zich te nemen	uren derden	20	€	€	uren derden	30	€		
2.3 MIND Cafés en politieke cafés: uren achterban borgingsplan	uren derden	0	€	€	uren derden	40	€		
2.3 MIND Cafés en politieke cafés: materialen (kennis en werving)	materiële kosten	0	€	€	materiële kosten	4	€		
Communicatie MIND IN BEWEGING	materiële kosten	2	€	€	materiële kosten	4	€		

10.2.e, tenzij anders vermeld

Doc. 67

Activiteit B3: MIND PREVENTIE EN VOORLICHTING		€	37.150		€	109.910	€	147.060
3.1 Doorontwikkeling digitale platform strippenkaart techniek	strippenkaart	10.1.c		strippenkaart	2	€	10.1.c	
3.1 Doorontwikkeling digitale platform focusgroep achterban (3x ca 8p)	vacatiegelden			vacatiegelden	16	€		
3.1 Doorontwikkeling digitale platform focusgroep achterban (3x ca 8p)	reiskosten			reiskosten	16	€		
3.2 Time Out event locatie	locatie			locatie	1	€		
3.2 Time Out event catering	catering			catering	1	€		
3.2 Time Out event inhuur derden (BN-er, theater, etc.)	uren derden			uren derden	30	€		
3.2 Time Out event reiskosten vrijwilligers	reiskosten			reiskosten	36	€		
3.2 Time Out event filmmaker	filmmaken			filmmaken	1	€		
3.2 Time Out event overige aankleding (en koerier)	diversen			diversen	1	€		
3.2 Time Out event communicatiemiddelen deelnemers werven	comm materiaal			comm materiaal	1	€		
3.2 Time Out event opmaak, drukkosten en verzend (flyers, posters)	comm materiaal			comm materiaal	1	€		
3.3 MIND Young Studio communicatie	materieel			materieel	0,6	€		
3.3 MIND Young Studio licenties	licenties			licenties	3	€		
3.3 MIND Young Studio extern adviseur	uren derden			uren derden	120	€		
3.3 MIND Young Studio productie (Edit suites, geluid, art work, etc.)	materieel			materieel	0,7	€		
3.3 MIND Young Studio jong creatief talent (3 periodes van 4 maanden met 5 stagiaires per periode)	stagevergoeding/mnd			stagevergoeding/mnd	40	€		
3.3 MIND Young Studio studio	huur			huur	1	€		
3.3 MIND Young Studio mediakosten	eenheden			eenheden	0,6	€		
3.3 MIND Young Studio onderzoek naar bereik	uren			uren	50	€		
3.4 Publieksdag Open MIND bijdrage huur en catering	huur & catering			huur & catering	1	€		
3.4 Open MIND dag bijdrage huur stands achterban	huur			huur	10	€		
3.4 Open MIND dag organisatie (achterban uren)	uren derden			uren derden	50	€		
3.4 Open MIND dag communicatiematerialen	materialen			materialen	1	€		
3.4 Open MIND dag reiskosten vrijwilligers	reiskosten			reiskosten	60	€		
3.5 Familiedag bijdrage huur en catering (ca 275 bezoekers)	huur & catering			huur & catering	1	€		
3.5 Familiedag organisatie (achterban uren)	uren derden			uren derden	44	€		
3.5 Familiedag organisatie communicatiematerialen	materialen			materialen	1	€		
3.5 Familiedag reiskosten vrijwilligers	reiskosten			reiskosten	50	€		
Activiteit B4: MIND EXPERT CENTER		€	21.185		€	47.370	€	68.555
Achterban projectgroepleden (2 a 3 achterban)	uren derden	10.1.c		uren derden	220	€	10.1.c	
Achterban projectgroepleden werving & planning opleidingen	reiskosten			reiskosten	60	€		
Bijeenkomsten achterban (informatie, werving, etc., 20p, 3x)	reiskosten			reiskosten	40	€		
4.1 Werkgroep MIND Academy - 4 bijeenkomsten per jaar a 10 personen a €50	vacatie*p*b			vacatie*p*b	40	€		
4.1 Werkgroep MIND Academy - 4 bijeenkomsten per jaar a 10 personen a €25	reiskosten			reiskosten	40	€		
4.3 Trainingen door PGOsupport (5 dagdelen, 3x, 7p/training)	training			training	2	€		
4.3 Trainingen bij PGOsupport (5 dagdelen, 3x, 7p/training)	reiskosten			reiskosten	14	€		
4.3 Intervisie ervaringsdeskundige trainers (1 dagdeel, 3x, 10p/intervisie)	vacatie*p*b			vacatie*p*b	20	€		
4.3 Intervisie ervaringsdeskundige trainers (1 dagdeel, 3x, 10p/intervisie)	reiskosten			reiskosten	20	€		
4.4 Ontwikkelen modules	uren derden			uren derden	48	€		
4.4 Audiovisuele middelen voor scholing/training aan zorgprofessionals	materieel			materieel	2	€		
4.4 Techniek website voor ondersteuningsaanbod trainers	strippenkaart			strippenkaart	0,75	€		
4.4 Drukwerk voor ondersteuningstoolkit	materieel			materieel	2	€		
4.5 Stakeholderbijeenkomst 1x, 50p, dagdeel	zaalhuur & catering			zaalhuur & catering	1	€		

10.2.e, tenzij anders vermeld

Doc. 67

Activiteit B5: MIND FAMILIEMIND-ED EN HERSTELMIND-ED				€	20.125	€	31.215	€	51.340
Projectteam (3p - achterban) pilots Familiemind-ed, uren	uren derden	100	€	10.1.c		uren derden	81	€	10.1.c
Projectteam (3p) pilots Familiemind-ed, reiskosten	reiskosten	9	€			reiskosten	6	€	
5.1 Juridische toets criteria en scoringsmethodiek kwaliteitsmerk	uren derden	-	€			uren derden	10	€	
5.1 Beoordelingsteam (2p, 10 uren/audit)	uren derden	20	€			uren derden		€	
5.1 Auditteam (3p, 24 uren pp, 1 pilot 2019)	uren derden	72	€			uren derden	-	€	
5.1 Auditteam (3p, 24 uren pp, 1 pilot 2019)	reiskosten	3	€			reiskosten	-	€	
5.1 Wervingsmateriaal pool beoordelaars/auditors	materieel	1	€			materieel	1	€	
5.1 Trainingen (2x, 10p) trainer 10 uren per training incl voorbereiding	uren derden	10	€			uren derden	10	€	
5.1 Trainingen (2x, 10p), reiskosten deelnemers	reiskosten	10	€			reiskosten	10	€	
5.1 Ontwikkelen herbeoordeling (3 jaarlijks), 2p x 8 uren projectteam	uren derden		€			uren derden	16	€	
5.2 Communicatie voor werving afdelingen (congressen, interne evenementen, etc.)	materieel	-	€			materieel	3	€	
Projectteam herstelmind-ed - uren projectteam (3p)	uren derden		€			uren derden	84	€	
5.3 Focusgroep herstelmind-ed - doorontwikkelen/verbreding familiemind-ed (2x, 8p)	vacatie*p*b	-	€			vacatie*p*b	16	€	
5.3 Focusgroep herstelmind-ed - doorontwikkelen/verbreding familiemind-ed (2x, 8p)	reiskosten	-	€			reiskosten	16	€	
5.3 Pilot herstelmind-ed (beoordeling 2p 10 uren & audit, 3p, 24 uren: 1 pilot 2020)	uren derden	-	€			uren derden	92	€	
5.3 Pilot herstelmind-ed (beoordeling 2p 10 uren & audit, 3p, 24 uren: 1 pilot 2020)	reiskosten	-	€			reiskosten	3	€	
5.4 Workshop familieraden en cliëntenraden m.b.t. familie- en herstelmind-ed	materieel	1	€			materieel	1	€	
5.4 Workshop m.b.t. familie- en herstelmind-ed (proj team lid - achterban)	uren derden	3	€			uren derden	3	€	
5.4 Workshop m.b.t. familie- en herstelmind-ed (proj team lid - achterban)	reiskosten	1	€			reiskosten	1	€	

Gehanteerde uurtarieven voor projecten intern		2019	2020	Alle bedragen zijn inclusief BTW
Senior projectmedewerker (projectleider)	€	10.1.c		
Projectmedewerker	€			
Communicatie	€			
Secretariële ondersteuning	€			
Extern (overig)				
Adviseur	€			
Medewerkers extern	€			
Achterban, lidorganisaties project medewerkers	€			
Achterban, lidorganisaties project medewerkers	€			

Financiële paragraaf programma zorgprestatie model Voorstel afspraken 2019

Zorgmarkten verzorgt het programmamanagement en de programma-ondersteuning voor het programma zorgprestatie model ggz en fz. Dit programma beslaat de periode 1 juni 2019 t/m 31 december 2021. Wij maken nu afspraken voor het jaar 2019. Voor 2020 en 2021 is wel een begroting opgenomen, maar afspraken hierover worden gemaakt in combinatie met een evaluatie in respectievelijk november 2019 en november 2020. Tijdens deze evaluatie zal ook besproken worden of de begroting 2020 en 2021 nog aanpassing behoeft. Hieronder zijn de kosten opgenomen voor het programma-management en de programma-ondersteuning in 2019. Wij gaan uit van een inzet van het team van 25 weken (1 juni - 31 december 2019, minus 4 vakantieweken). Dit betreft een inzet van 3 dagen per week

voor [redacted], 1,5 dag per week voor [redacted] en 3 dagen per week voor [redacted]. De inzet van [redacted] is 4 dagen voor heel 2019.

De inzet van het programmamanagement en de programma-ondersteuning brengen wij in rekening als aanneemsom. Deze zal in 7 gelijke delen maandelijks achteraf worden gefactureerd. Zorgmarkten brengt geen bureaunkosten, reiskosten, telefoonkosten of overige kosten in rekening voor deze inzet. Het betreft een all-in tarief. Bedragen voor communicatie en faciliteiten betreffen inschattingen. Deze kosten worden op basis van werkelijke kosten 1 op 1 doorberekend.

Programmamanagement en programmaondersteuning - aanneemsom

	Dagen/week	Prijs/dag	Aantal weken	Prijs
Inzet programmamanager - [redacted]		10.1.g		
Inzet reguleringsexpert/jurist - [redacted]				
Inzet programmaondersteuner - [redacted]				
Inzet voorzitter bestuurlijke commissie - [redacted]				
				Anneemsom (excl. btw) € 10.1.g
				Anneemsom (incl. 21% btw) € 10.1.g

Communicatie en faciliteiten - werkelijk gemaakte kosten - inschatting

Vormgeving documenten, toelichtende infographics, overig informatiemateriaal	€	10.1.g
Ontwikkelkosten website www.zorgprestatie model.nl en nieuwsbrieffunctionaliteit	€	
Onderhoud en beheer website	€	
Locatiekosten heidagen	€	
Voorlichting en informatiebijeenkomsten	€	
		Inschatting (excl. btw) € 10.1.g
		Inschatting (incl. 21% btw) €

Programmamanagement en programmaondersteuning - begroting per jaar


ZORGMARKTEN
 Consultancy en interim-management

Investeringsprogramma Actieplan Wachtlijden juli 2019 - december 2020

Alle bedragen incl. BTW

		juli-dec 2019	jan-dec 2020
Baten			
Restant 2019 Kwaliteitsgelden		€ 259.567	€ 88.642
Kwaliteitsgelden (aanvullend)			€ 405.000
Totaal baten		€ 259.567	€ 493.642
Kosten	Wat	Schatting half jaar	Hoeveel?
Versnellen	Inzet gedetacheerden t.b.v. Vers	€ 10.1 c	10.1 c
	Inzet adviseurs t.b.v. Versnelling:	€	
Vertellen	Inzet redacteur/adviseur	€	
	Inzet webbeheerder	€	
	Inzet videowerk		
	Werkconferentie najaar 2019	€	
	3e congres april 2020		
Verdiepen	Vervolgstappen t.b.v. eetstoornissen, aandacht- en gedragsstoorn	€	
	In kaart brengen stavaza wachtlijdsbegeleiding		
	In kaart brengen stavaza casusaanpak		
Contracteren			
Monitoren	Inzet Vektis	€	
Onvoorzien	7,50%	€	
Totaal baten		€ 170.925	€ 493.425
Resultaat		€ 88.642	€ 217

Begroting dd.
25 september

Cashflow, ex btw, uit
Kwaliteitsgelden

Bijgestelde
begroting (Q1
2019)

Excl btw

Verschil
t.o.v. 25
sept '18

Bouwsteen	Traject	Voorstel dd. 24 sept	Vervolgstappen	Benodigd 2018	2019	2019	Benodigd 2018	2019
Prioriteren, optimaliseren, innoveren	Vacatiegelden	We reserveren middelen (vacatiegelden + reiskosten) t.b.v. deelname cliëntengroeperingen aan RT's: Max 10.1 € (o.b.v. 20 regio's met EUR 10.1 € per regio) (AKKOORD)	MIND 10.1 € zet dit intern bij MIND in gang	10.1 €				
Casusaanpak	Casusaanpak	We gunnen de opdracht aan Arteria t.w.v. 10.1 € en reserveren aanvullend 10.1 € voor mogelijk meerwerk vanwege de gesignaleerde aandachtspunten (aanpak komt mogelijk instrumenteel over en acceptatie in het veld vraagt daarom mogelijk extra inzet). Inzet van dit meerwerk budget vindt plaats onder discretie van de gedelegeerd opdrachtgever (MIND) (AKKOORD)	MIND bereidt de communicatie van de gunning aan Arteria voor en bespreekt de aandachtspunten. MIND bereidt de communicatie aan de niet-gegunde partijen voor. GGZ NL verzorgt de formele communicatie					
Wachttijdbegeleiding, overbruggingszorg en zorgbemiddeling	Wachttijdbegeleiding	We gunnen de opdracht aan SIRM t.w.v. 10.1 € o ex btw. (AKKOORD)	NIP bereidt de communicatie van de gunning aan SIRM voor en bespreekt de aandachtspunten. NIP bereidt de communicatie aan de niet-gegunde partijen voor. GGZ NL verzorgt de formele communicatie					
Wachttijden in contractering		n.v.t.						
Inzet ervaringsdeskundigheid	Ervaringsdeskundigheid	In Stuurgroep dd. 10 sept reeds overeengekomen hier 10.1 € voor te reserveren.	MIND en GGZ NL organiseren vervolg met VVE					
Versterken wachtlijstondersteuning		n.v.t.						
Intensivering aanpak voor specifieke cliëntgroepen	Specifieke cliëntgroepen	We gunnen de opdracht aan HHM t.w.v. 10.1 € o ex btw en reserveren aanvullend 10.1 € voor mogelijk meerwerk vanwege de gesignaleerde aandachtspunten (nu nog onvoldoende inhoudelijke inbreng voorzien) (AKKOORD)	MIND bereidt de communicatie van de gunning aan HHM voor en bespreekt de aandachtspunten. MIND bereidt de communicatie aan de niet-gegunde partijen voor. GGZ NL verzorgt de formele communicatie					
Kwartaalrapportages	Inzet Vektis	In de Stuurgroep dd. 10 sept is reeds akkoord gegeven op blok 4 t.w.v. 10.1 € ex btw met dekking uit de kwaliteitsgelden	GGZ NL reageert op de mail van Vektis van 14 september					
	Inzet Vektis	We accorderen de kosten voor blok 1 en blok 5 uit de offerte van Vektis dd. 23 augustus 2018 (NIET AKKOORD) Toelichting op NIET AKKOORD: We vragen Vektis om een offerte uit te brengen voor slechtst het onderdeel regionale hotspotrapportage. We reserveren daarvoor 10.1 € ex btw. De overige onderdelen uit blok 1 en 5 laten we zitten vanuit het principes "met 20% van de informatie 80% kunnen sturen" en "als stuurgroep zijn we geen toezichthouder, als de NZa niet meer nodig heeft dan ze nu krijgt, dan wij ook niet".	ZN en MeerGGZ gaan met Vektis in gesprek					
Communicatie-aanpak en congres	Communicatie	In de Stuurgroep dd. 10 sept is reeds akkoord gegeven op een reservering van 10.1 € ex btw voor de communicatiekosten	N.v.t.					
	Congres	We reserveren o.b.v. de offertes een totaalbedrag van 10.1 € ex btw (10.1 € voor organisatie, 10.1 € voor locatie/catering, 10.1 € voor bijkomende kosten zoals dagvoorzitter en evt. sprekers waarvoor een vergoeding geëigend is). De inhoudelijke coördinatie door 10.1 € is gedekt via het 10 september overeengekomen budget. (AKKOORD)	ZN bereidt de communicatie van de gunning aan WVS Congres voor. GGZ NL verzorgt de formele communicatie					
Relatiemanagement								
Sturing & evaluatie								
Budgetbewaking			Nader te bespreken in Stuurgroep, omdat we geen subsidieaanvraag meer doen					
Totalen (ex btw)				€ 328.110	€ 144.655	€ 183.455	€ 334.924	€ 136.219
Totalen (incl btw)				€ 397.013	€ 175.033	€ 221.981	€ 405.258	€ 164.825
							€ 240.433	€ -8.245

Beschikbaar 2019	€	500.000
------------------	---	---------

Vrije ruimte	€	259.567
--------------	---	---------



Notitie Financiering hoogspecialistische ggz

Van: NVvP, NIP, P3NL, VN&N, MIND, GGZ Nederland

Ter bespreking

Er is al enige tijd overleg met diverse partijen zoals VWS, NZa, MIND, Zorgverzekeraars Nederland, de beroepsverenigingen en GGZ Nederland over de bekostigingsproblematiek van de hoogspecialistische ggz. Het voorstel is om te zoeken naar een duurzame en structurele oplossing, analoog aan de somatische zorg, om de infrastructuur van hoogspecialistische ggz te financieren met een regeling zodat dit voor alle patiënten die dit nodig hebben beschikbaar is en blijft.

Dit voorstel wordt door een groot aantal branchepartijen ondersteund en door hen ingebracht in het Hoofdpijnenakkoord GGZ (namens o.a. NVvP, GGZ Nederland, NIP, P3NL, VN&N en MIND). Het directeurenoverleg HLA adviseert u om de in deze notitie geschetste route voor de korte en lange termijn in de komende tijd verder uit te werken.

Vraag aan het BO:

Op korte termijn een verkenning te doen naar een regeling voor structurele bekostiging van de infrastructuur van hoogspecialistische ggz:

- Een structurele, duurzame oplossing analoog aan de BBAZ regeling, zodat de hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per 2022 van kracht moeten zijn en onderdeel uitmaken van een nieuw HLA.
- Overgangsregeling van 2020-2022: Ten laste van het makro kader ggz een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van VWS door een onafhankelijke partij worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz.

Leeswijzer:

Eerst wordt het voorstel voor bekostiging hoogspecialistische ggz nader uitgewerkt. Dan leest u wat hoogspecialistische ggz kan betekenen voor de doelen uit het Hoofdpijnenakkoord. Tenslotte is de probleemdefinitie meer in detail uitgewerkt en wordt de analogie gezocht met de MSZ. In de bijlage worden als toelichting de TOPGGZ-criteria vergeleken met de BBAZ-criteria.

1. Voorstel bekostiging hoogspecialistische ggz

Het voorstel is om een structurele bijdrage te koppelen aan een **afdeling**[†] die aantoonbaar hoogspecialistische zorg levert voor een **specifieke doelgroep**. Bij de certificering voor het TOPGGz keurmerk wordt een afdeling iedere vier jaar opnieuw beoordeeld en ook tussentijds moeten zij blijven voldoen aan de criteria. Zij zijn transparant over wat zij in vier jaar opleveren en wat hun resultaten en effecten zijn. Veel van deze afdelingen voeren inmiddels al jarenlang deze taken uit, zonder dat hier passende bekostiging tegenover staat. Het recent teruggeven van keurmerken (vanwege financiële problemen) geeft aan hoe nijpend de situatie is.

a. Raming van de benodigde kosten

De benodigde bijdrage is geschat op ca € 250.000 per afdeling per jaar. Deze eerste voorlopige schatting betreft de infrastructurele kosten die nodig zijn om ervoor te zorgen dat alle topklinische taken uitgevoerd kunnen worden conform de criteria voor hoogspecialistische ggz.

Ieder jaar wordt er door de Stichting Topklinische GGz een analyse gedaan van de **concentratie en spreiding** van de TOPGGz-afdelingen en hun specialisaties over het land. Zo worden lacunes qua doelgroepen in kaart gebracht en gekeken of er sprake is van een overconcentratie.

Uitgangspunt hierbij is de schatting dat **5 %** van alle patiënten die in zorg zijn in de ggz een hoogspecialistische zorgvraag heeft. Bij de laatste analyse (september 2019) bleek het aantal patiënten dat in zorg is bij TOPGGz-afdelingen slechts **2%** is. Op dit moment zijn er 46 afdelingen met een TOPGGz-keurmerk. Een net uitgevoerde inventarisatie onder *alle* ggz-instellingen leert dat dit aantal de komende jaren (tot en met 2023) zal groeien naar 55 à 58 afdelingen, waardoor er een betere spreiding over het land komt en lacunes worden opgevuld. Er vallen daarnaast ook afdelingen af die niet meer voldoen aan de criteria of omdat afdelingen worden samengevoegd of bijv. door fusie of overname. **Een eerste raming van de totale kosten variëren van : € 11.5 mln (2020) oplopend tot maximaal € 14.5 mln (2023).**

b. Voorstel Governance:

- Vastgesteld zou moeten worden welke *onafhankelijke organisatie* de bijdragen zouden kunnen toebedelen. Gedacht kan worden aan ZonMw of een stichting als TOP-opleidingsplaatsen.
- Er zou een *onafhankelijk commissie* kunnen worden ingesteld die toeziet op de voor de ggz gewenste concentratie en spreiding van hoogspecialistische afdelingen. Die commissie kan zowel een initiërende rol hebben (opvullen lacunes) als het afremmen van overconcentratie. Zij zouden een aanwijzing kunnen geven aan de *certificeerder* om de criteria indien nodig te verzwaren of anderszins aan te passen. Ook om te voorkomen dat het beschikbare budget niet verder verdund wordt dan gepland en zo effectief mogelijk besteed kan worden. Tevens zouden zij een lange termijn plan kunnen maken voor de ontwikkeling een *optimale* concentratie en spreiding van hoogspecialistische ggz. Deze commissie zou ook specifieke voorwaarden kunnen stellen aan de toekenning van de bijdrage, bijvoorbeeld het in kaart brengen wat zij elke vier jaar bereiken en ontwikkelen.
- De verantwoording kan primair worden gekoppeld aan het TOPGGz-Keurmerk en/of een variant waarbij eveneens aantoonbaar aan de criteria voor hoogspecialistische ggz wordt voldaan. De Stichting Topklinische GGz is op dit moment de *certificeerder* van het TOPGGz-keurmerk die zorgdraagt voor een professionele en transparante toetsing. Deze rol zouden zij kunnen blijven uitvoeren gezien de uitgebreide ervaring die zij hiermee inmiddels hebben opgedaan en de hoge mate van professionaliteit die deze certificering kenmerkt.

2. Hoogspecialistische ggz en het Hoofdlijnenakkoord

Refererend aan het vigerende **Hoofdlijnenakkoord** dat loopt van 2019 t/m 2022 en de Agenda voor Gepast gebruik en Transparantie vervult de hoogspecialistische ggz een belangrijke rol in het realiseren van een aantal doelstellingen hieruit:

- **Zorg op de juiste plek en het terugdringen/ voorkomen van wachtlijsten:** hoogspecialistische afdelingen bieden een flexibel pakket en ze hebben allemaal een landelijke functie; ze kunnen een eenmalige *second opinion* uitvoeren of consultatie en advies geven aan de behandelaar/verwijzer, zodat patiënten toch kunnen profiteren van deze hoogspecialistische kennis zonder er naar verwezen te worden. Dit zijn belangrijke functies om wachtlijsten te voorkomen of te beperken. Patiënten kunnen soms tijdelijk naar een dergelijke

[†] Hiermee wordt bedoeld: de gevisiteerde eenheid. Dit kan ook een zorglijn, team, programma of samenwerkingsverband zijn. De TOPGGz-criteria stellen duidelijke eisen aan wat deze eenheid kan zijn.



afdeling om te profiteren van een innovatieve behandeling of hoogspecialistische diagnostiek. De door deze afdelingen, samen met het IMTA (Erasmus Universiteit) ontwikkelde en gevalideerde Decision Tools (<https://www.topggz.nl/decision-tools-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plaats>) helpen om de meest geschikte behandelsetting te kiezen (matched care), zodat de kans dat de patiënt op de juiste plek terecht komt met het beste resultaat het grootst is, maar ook alleen hoogspecialistische zorg te bieden aan patiënten die dat echt nodig hebben. Daarnaast verspreiden deze afdelingen aantoonbaar hun kennis aan vakgenoten, zodat ook elders men hier gebruik van kan maken. Dat betekent voor het wachtlijstprobleem dat zo steeds meer afdelingen door deze kennisverspreiding ook zelf in staat worden gesteld meer gespecialiseerde zorg te bieden (eventueel met behulp van de consultatiefunctie van TOPGGZ-afdelingen). Ten slotte zijn innovaties er altijd op gericht om zo vroeg mogelijk ernstige symptomen of een chronisch beloop te signaleren dan wel te voorkomen of een perspectief te bieden bij situaties waar sprake is van zeer ernstige en complexe problemen en waarbij eerdere specialistische ggz niet geholpen heeft. Afdelingen ontwikkelen intensieve, maar vaak zeer compacte en effectieve behandelingen, zoals bijv. bij persoonlijkheidsstoornissen of bij PTSS, om de wachtlijstproblemen te verminderen en doorstroom te bevorderen.

- **De professional en de problematiek van de arbeidsmarkt:** veel ggz-instellingen zetten het TOPGGZ-keurmerk in als een middel voor een goed werkgeverschap. Het motiveert professionals om (betere) kwaliteit van zorg te verbeteren, het sluit aan bij ambitie en het blijkt dat bij verschillende instellingen die dit onderzocht hebben de arbeidstevredenheid op een TOPGGZ-afdeling significant hoger is dan op andere afdelingen. Deze afdelingen tonen zich aantrekkelijk in het aantrekken en vooral behouden van gemotiveerde en gedreven professionals (er is een hoge 'blijf-factor'). Juist door de combinatie van patiëntenzorg en onderzoek, innovatie en kennisverspreiding wordt voor hen een aantrekkelijk werkklimaat gecreëerd, waarvan de uitkomsten direct ten goede komen aan de patiënt.
- **Kwaliteit van zorg:** hoogspecialistische ggz draagt actief bij aan het verbeteren van kwaliteit van zorg. Zij participeren in richtlijncommissies, doen onderzoek naar oorzaak en beloop van aandoeningen, ontwikkelen innovaties en verspreiden kennis hierover naar het veld.
- **Gepast gebruik en transparantie:** de afdelingen met het TOPGGZ-keurmerk maken allemaal conform een uniform sjabloon inzichtelijk wie deze hoogspecialistische zorg in Nederland leveren voor welke doelgroep, hoe zij hun resultaten en effecten meten en vooral wat zij bereiken en hoe zij hun uitkomsten verbeteren. Zodat patiënten en verwijzers hier optimaal zicht op krijgen en een beroep op kunnen doen.

3. Probleemdefinitie bekostiging hoogspecialistische ggz:

Om de kwaliteit en effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg te blijven ontwikkelen is hoogspecialistische ggz van groot belang. Zowel voor de individuele patiënt en diens naasten, de ontwikkeling van het vakgebied, als voor de maatschappij als geheel. Dit vraagt om een structurele bekostiging net zoals dat in de somatiek ook is geregeld. Binnen afdelingen die hoogspecialistische ggz bieden wordt aantoonbaar immers al jarenlang geïnvesteerd in kennisontwikkeling, experimenteren, innoveren, patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek en kennisoverdracht. De afgelopen 13 jaar is er hard gewerkt aan het (door)ontwikkelen van een keurmerk voor deze hoogspecialistische ggz, om zo objectief mogelijk vast te stellen aan welke onderscheidende criteria zij voldoen en in welke doelgroepen zij gespecialiseerd zijn. Dit heeft op dit moment geleid tot een 46-tal TOPGGZ-afdelingen met specialisaties over alle doelgroepen en door het hele land. De toetsing wordt uitgevoerd door een landelijke commissie met een onafhankelijk voorzitter. Alle gecertificeerde afdelingen presenteren hun zorgaanbod en hun resultaten en effecten op transparante wijze op www.topggz.nl zodat dit zowel voor patiënten en naasten, als voor verwijzers en het veld goed te vinden is!

In tegenstelling tot de somatische zorg is er voor deze koplopers, die de topklinische/ hoogspecialistische taken in de ggz uitvoeren, geen duurzame bekostiging geregeld.

De afgelopen jaren hebben instellingen deze afdelingen minimaal financieel kunnen ondersteunen bij deze taken, maar alle bezuinigingsrondes hebben er toe geleid dat hier geen geld meer voor is. Daarom moeten er op korte termijn oplossingen komen voor deze afdelingen, om te voorkomen dat zij hun hoogspecialistische functie moeten ontmantelen.



Een deel van de kosten voor hoogspecialistische patiëntenzorg wordt gefinancierd middels de budgetten uit o.a. de ZVW, door goede tariefafspraken te maken voor de DBC's, door de (vernieuwde) bekostiging van medische vervolgoopleidingen en door het binnenhalen van onderzoekssubsidies.

Er zijn echter kosten voor de infrastructuur voor de hoogspecialistische GGZ waarvoor geen dekking bestaat.

Om de problematiek uiteen te rafelen maken we onderscheid in a. de individuele patiëntenzorg die duurder is in de hoogspecialistische ggz en b. de infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van de hoogspecialistische/topklinische functies.

a. Individuele patiëntenzorg in de hoogspecialistische ggz is duurder:

- Hogere loonkosten door de inzet van experts uit het veld die hoger worden ingeschaald dan gemiddeld
- Er wordt permanent geïnvesteerd in het deskundigheidsniveau van medewerkers om hen bekwaam te maken en houden om complexe problematiek te diagnosticeren en behandelen. Dit resulteert in hogere kosten dan gemiddeld voor de scholing van nieuwe medewerkers en bijscholing van medewerkers in onder andere toepassing van nieuwe protocollen, van innovaties en het delen van kennis over nieuwe wetenschappelijke inzichten.
- Inzet van arbeidsintensieve diagnostiek en behandeling van patiënten met ernstige en complexe problemen. Behandeling is vaak een mix van interventies. Naast individuele behandeling en groepsbehandeling is vaak ook intensieve individuele begeleiding nodig. Gericht op de verschillende comorbiditeit, om toch te kunnen profiteren van geprotocolleerde behandeling, het risico op decompensatie te monitoren. Daarmee beïnvloeden deze trajecten de contractafspraken die veelal zijn gemaakt op basis van gemiddelde kosten per cliënt voor de gehele organisatie
- De huidige dbc systematiek is gebaseerd op een functiemix. Door de inzet van meer psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten dan gemiddeld is de functiemix anders en duurder. Bij het zorgtype second opinion is dit bij uitstek een probleem, omdat hier enkel de duurdere beroepen worden ingezet. Dit is een probleem in de dbc systematiek die uitgaat van een gemiddelde functiemix. Met het zorgprestatie model wordt dit probleem opgelost.

b. Kosten voor de infrastructuur voor structurele kennisontwikkeling, experimenteren en innoveren van het veld worden niet vergoed vanuit de dbc's

- Structurele kosten die zijn gemoeid met de *infrastructuur* om te innoveren en gedegen wetenschappelijk patiëntgebonden onderzoek te doen. Het gaat hier om de inzet en bekostiging van hoogleraren, onderzoekers, projectleiders, data-analisten, licenties en fondsenwerving. Het gaat hierbij dus niet om de kosten van het onderzoek zelf. Hiervoor wordt weliswaar een beroep gedaan op fondsen en derde geldstromen, maar met de kanteekening dat dit geen structurele oplossing is en kwetsbaar is. Zo is de kans op subsidies vaak erg klein en wordt er bij de meeste onderzoeken nog een bijdrage van de instelling zelf gevraagd. Bijvoorbeeld de inzet van onderzoeksverpleegkundigen, training van hulpverleners, een eigen financiële bijdrage etc.
- Bij stagnerende behandeling op zoek te gaan naar *alternatieven* door literatuuronderzoek of collega's buiten de eigen organisatie (landelijk en/of internationaal) te raadplegen met als doel te leren van de casuïstiek en hiermee het perspectief op een succesvolle behandeling te vergroten.
- *Kennisverspreiding*: Het is essentieel dat de ontwikkelde kennis ten goede komt aan het hele vakgebied, zodat dit bijdraagt aan de verbetering van de totale ggz-zorg. Het gaat om:
 - **Consultatie en advies** aan ggz-behandelaren, zowel in de zorgketen, als ook landelijk, soms ook aan specialisten in de somatische zorg of aan huisartsen
 - **Kennis delen** en ontwikkelen door o.a.
 - Bijdragen aan- en organisatie van symposia, congressen en nascholing
 - Publiceren in wetenschappelijke tijdschriften en leerboeken
 - Participeren in opleidingen voor de relevante BIG beroepen
 - Deelname aan de commissies die de Zorgstandaarden ontwikkelen en actualiseren en participatie in kenniscentra en samenwerkingsverbanden



4. Analogie met de Medisch Specialistische Zorg

In de Medisch Specialistische Zorg is er voor de bekostiging van hoogspecialistische en topklinische taken sprake van de **BBAZ-regeling** (**B**eschikbaarheids **B**ijdrage **A**cademische **Z**org). Deze is specifiek bestemd voor academische ziekenhuizen en het AvL ziekenhuis. Het betreft een beleidsregel die wordt uitgevoerd door de NZA. Het budget is onderdeel van het financiële makro kader MSZ. Met deze beschikbaarheidsbijdrage wordt de topreferente patiëntenzorg én de bijbehorende infrastructuur, de kenniscomponent, en de ontwikkeling & innovatie die nodig is voor het behandelen van deze topreferente patiënten bekostigd.

In bijlage I is een vergelijking gemaakt tussen de certificeringscriteria van TOPGGZ en de toelatingscriteria voor de BBAZ, waaruit blijkt dat deze zeer vergelijkbaar zijn.

Ook geldt voor algemene ziekenhuizen de regeling **Toegepaste Topklinische Zorg en Onderzoek (TTZO)** waar specialistische topklinische zorg gecombineerd met toegepast klinisch wetenschappelijk onderzoek en onderwijs (de topklinische functie) een tijdelijke subsidie –via ZonMw- kan krijgen, als wordt voldaan aan strenge criteria.

De ggz heeft op vergelijkbare wijze ook dergelijke koplopers die ook via structurele kennisontwikkeling, experimenteren en innoveren een belangrijke bijdrage leveren aan duurzame en breed inzetbare verbeteringen in de ggz. Zij hebben zich gespecialiseerd in hoogspecialistische diagnostiek en behandeling van een specifieke patiëntengroepen die vanwege (zeer) ernstige, complexe, en soms zeldzame aandoeningen onvoldoende baat hebben bij reguliere specialistische ggz. Deze groep is vaak ten einde raad en al jarenlang op zoek naar een perspectief op herstel. Naast hoogspecialistische patiëntenzorg, dragen de afdelingen bij aan de ontwikkeling van het vakgebied van de ggz door innovatie, onderzoek en kennisoverdracht.

Hier heeft de maatschappij als geheel profijt van!!

Samengevat:

Het BO wordt gevraagd op korte termijn een verkenning te doen naar een regeling voor structurele bekostiging van de infrastructuur van hoogspecialistische ggz:

- Een structurele, duurzame oplossing analoog aan de BBAZ regeling, zodat de hoogspecialistische functies op lange termijn stevig geborgd worden. Implementatie zou per 2022 van kracht moeten zijn en onderdeel uitmaken van een nieuw HLA.
- Overgangsregeling van 2020-2022: Ten laste van het makro kader ggz een overgangsregeling instellen, waarbij de middelen via een subsidieregeling van VWS door een onafhankelijke partij worden verdeeld over de afdelingen die aantoonbaar voldoen aan de gestelde criteria voor hoogspecialistische ggz. Deze overgangsregeling is nodig om de tussenliggende periode te overbruggen om te voorkomen dat afdelingen hun hoogspecialistische taken niet meer uit kunnen voeren.

Bijlage I: Vergelijking beoordelingscriteria BBAZ en TOPGGz

Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz
Toegangscriteria	1 Van het totaal aantal patiënten van een Nederlandse zorgaanbieder is op jaarbasis minimaal 35% een topreferente patiënt, waarbij een topreferente patiënt voldoet aan de labelsystematiek die is ontwikkeld in het ROBIJN traject én	Criterium 2: de afdeling moet aantonen dat tenminste 50% van de patiënten een hsggz zorgvraag heeft (onderbouwd met een wetenschappelijk gevalideerde Decision Tool of overtuigende instroomcriteria).
	2 Er is sprake van een bestuurlijk formeel samenwerkingsverband met een Nederlands Instituut voor fundamenteel wetenschappelijk onderzoek of een Nederlandse geneeskunde faculteit. Dit samenwerkingsverband wordt ook aanwezig geacht indien beide functies in één organisatie zijn ondergebracht én	Criterium 8: de afdeling moet aantonen dat er minimaal 1 hoogleraar verbonden is aan de afdeling en er minimaal 1 formeel samenwerkingsverband met een universiteit of UMC is.
	3 Zorgaanbieders moeten voldoen aan de kenmerken uit de huidige definitie van de topreferente functie - Kennisinfrastructuur: topreferente zorg vraagt om een multidisciplinaire infrastructuur, waarin fundamenteel, translationeel en toegepast medisch wetenschappelijk onderzoek gecombineerd wordt met specialistische patiëntenzorg. - Vernieuwend: de intensieve samenwerking binnen de topreferente functie zorgt voor zinvolle kruisbestuiving tussen patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Zo ontstaat een innovatieve aanpak van aandoeningen waarbij men nu nog met lege handen staat. - Multidisciplinair: binnen de topreferente functie werken vaak meerdere disciplines samen, ook bij de aanpak van complicaties. - Continuïteit: de topreferente functie vereist continuïteit van zorg, ook als een medewerker die in deze functie gespecialiseerd is, de organisatie verlaat.	Criterium 1d: de afdeling moet aantonen/beschrijven waaruit hun hoogspecialistische behandelaanbod bestaat (voorbij de richtlijn) Criterium 1g: de afdeling moet aantonen dat het multidisciplinair behandelt (overzicht van zorginhoudelijke medewerkers). Criterium 9: de afdeling moet aantonen dat er structureel patiëntgebonden onderzoek wordt gedaan. Criterium 5: de afdeling moet aantonen tenminste 2 innovaties te bieden, die ook onderzocht worden op effectiviteit Criterium 4: de afdeling moet beschikken over tenminste 1 boegbeeld (landelijk erkend expert) die tenminste 16 uur beschikbaar is voor patiëntenzorg
Topreferente patiënten	De ROBIJN labelsystematiek	
	1 Patiënten met een hoge behandelintensiteit ; het betreft patiënten in een fase in het ziekteproces die vereist dat veel intensiever dan gebruikelijk moet worden behandeld.	Criterium 1d: de afdeling moet aantonen/beschrijven waaruit hun hoogspecialistische behandelaanbod bestaat (voorbij de richtlijn) Criterium 1g: de afdeling moet aantonen dat het multidisciplinair behandelt (overzicht van zorginhoudelijke medewerkers) Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en multimorbiditeit)
	2 Patiënten voor wie de zorg nauw verweven is met het wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van zorginnovaties bij de	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder

Beoordelingscriteria	BBAZ	TOPGGz
	betreffende zorgaanbieder.	in zorg en sprake van multimorbiditeit)
	3 Patiënten die een uniek zorgaanbod nodig hebben vanwege de complexiteit van de zorgvraag of de benodigde infrastructuur.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit of therapieresistentie)
	4 Patiënten die multispecialistische zorg nodig hebben, gedefinieerd als zorg waarvoor tenminste drie poortspecialismen nauw met elkaar moeten samenwerken.	
	5 Patiënten die een complexe ingreep nodig hebben; operaties die gemiddeld op jaarbasis voor minder dan 1 op 100.000 patiënten worden gedaan.	
	6 Patiënten met een zeldzame diagnose die gemiddeld op jaarbasis bij minder dan 1 op de 100.000 mensen wordt gesteld.	
	7 Patiënten die door medisch specialisten worden doorverwezen (tertiaire verwijzing). Patiënten die zorg nodig hebben die in een algemeen ziekenhuis niet wordt aangeboden kunnen altijd worden doorverwezen naar een gespecialiseerde zorgaanbieder.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
	8 Multimorbide patiënten, jonger dan 50 jaar, die meer dan drie aandoeningen tegelijkertijd hebben. Bij de verschillende behandelingen moet steeds rekening worden gehouden met de effecten op de andere aandoeningen. Dat maakt de behandeling soms zeer complex.	Criterium 2: de afdeling moet aantonen patiënten met ernstige complexe problematiek te behandelen (vaak eerder in zorg en sprake van multimorbiditeit)
O&I kostencategorieën	1 innovatie, onder andere gekoppeld aan de innovatiekalender van VWS (sustainable health);	Criterium 5: de afdeling moet aantonen tenminste 2 innovaties te bieden, die ook onderzocht worden op effectiviteit
	2 ongedekte investeringen ten bate van innovatieve apparatuur en IT;	
	3 (nog) niet vergoede zorg (nog geen DBC);	
	4 randvoorwaardelijke voorzieningen in verband met klinisch onderzoek (niet elders of anders vergoed);	Criterium 7: de afdeling moet aantonen over tenminste 2 gepromoveerde onderzoekers te beschikken Criterium 8: de afdeling moet aantonen dat er minimaal 1 hoogleraar verbonden is aan de afdeling en er minimaal 1 formeel samenwerkingsverband met een universiteit of UMC is.
	5 beschikbaarheid kennis en voorzieningen bij rampen, infecties en epidemieën;	
	6 kennisdeling en consultatie (regio, 1e en 2e lijn, public health);	Criterium 3: De afdeling moet aantonen en illustreren dat zij hoogspecialistische consultatie & advies en Second opinions bieden Criterium 11: de afdeling moet aantonen haar kennis over te dragen, waaronder participatie in richtlijncommissies, bijdragen aan vakboeken, congressen etc.



	7	ontwikkeling kwaliteitsbeleid, richtlijnen en normeringen;	Criterium II: de afdeling moet aantonen haar kennis over te dragen; waaronder participatie in richtlijncommissies, bijdragen aan vakboeken, congressen etc.
	8	databankfunctie en big data ontwikkeling.	

Kwadrant samenhang HLA-onderwerpen**Vragen aan het BO:**

De vragen aan het BO luiden:

1. kennis te nemen van de notitie over de projectmatige samenhang tussen een aantal onderwerpen uit het hoofdlijnenakkoord;
2. in te stemmen met verdere uitwerking van het thema taakherschikking langs onderstaande lijn;
3. het DO te mandateren hiervoor externe deskundigheid in te schakelen;

Context:

Het DO stelt vast dat de volgende onderwerpen uit het HLA bij de verdere uitwerking sterk met elkaar samenhangen:

1. beroepsstructuur / discussie over taakherschikking
2. bekostiging
3. contractering
4. kwaliteitsstatuut

Deze onderwerpen en projecten vormen als het ware een kwadrant waarbinnen de zorg aan de patiënt centraal staat. Alle acties vanuit het HLA om dat te bevorderen vragen een helder inzicht in hoe wij de taakverdeling tussen professionals zien. In elk dossier is dat een belangrijk onderwerp. Vanuit het DO stellen we derhalve voor om daar nu mee aan de slag te gaan. Hierbij hebben we de overtuiging dat dit vervolgens input kan zijn voor een aantal thema's zoals die in het HLA worden genoemd. Denk aan beperken administratieve lasten, goede bekostiging met heldere contractering, eenduidige en passende beroepenstructuur, veldnormen en standaarden (inclusief kwaliteitsstatuut).

Ter informatie projectvoorstel 'Verduidelijking beroepenstructuur psychologische en pedagogische beroepen'.

Contouren voor een plan van aanpak:

- Startsessie professionals: voorbereiding is vergelijken van lijsten met competenties en kijken of er één taal gemaakt kan worden. In de sessie bespreken van deze lijst en indien mogelijk vaststellen.
- Startsessie veldpartijen: waar moet een competentiemodel aan voldoen? Met tenminste ZN, GGZNL.
- Tweede sessie met professionals het zorgveld indelen, b.v. in patientgroepen maar kan ook settings of echelons zijn. En aantal patientreizen formuleren. Vervolgens nagaan waar in de patientreizen welke competenties nodig zijn.
- Derde sessie met professionals en patiënten de reizen naast elkaar leggen en evt overlap benoemen en bepalen wat geclusterd kan worden: ontstaan van een model.
- Vierde sessie: presenteren model aan andere veldpartijen (ZN, GGZNL) en toets of het model voldoende meerwaarde heeft voor de genoemde doelen.
- Vijfde sessie: aanpassen van het model waar nodig.
- Consultatieronde.
- Besluitvorming in BO HLA.

Bij de verdere uitwerking van het plan van aanpak en het daadwerkelijk uitvoeren daarvan is begeleiding door externe deskundige partij noodzakelijk.

De orthopedagoog-generalist als regiebehandelaar in de ggz

Er zijn wachtlijsten in de zorg; ook en met name voor specifieke cliëntgroepen: mensen met een licht verstandelijke beperking die kampen met psychische problemen, volwassenen die moeten leren omgaan met een beperking die zich vaak al in de kindertijd voordoet, zoals autisme en adhd en jongeren die 18 jaar worden en gedurende hun behandeling onder de Zorgverzekeringswet gaan vallen. Ook gaat een cliëntgroep die voorheen onder de Wet langdurige zorg viel onder de Zorgverzekeringswet vallen. De politiek maakt zich zorgen over de wachtlijsten en stelde daarom onlangs 100 extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen beschikbaar. Dat is een goede zaak, maar gaat pas over een paar jaar soelaas bieden. Intussen zouden orthopedagogen-generalist, nu zij vanaf 1 januari zijn opgenomen in de Wet BIG ook ruimte kunnen bieden door als regiebehandelaar te gaan functioneren.

Echter, het proces om hen op te nemen in het model Kwaliteitsstatuut stagneert.

De commissie Meurs vond in 2015 dat deze beroepsgroep bij uitstek geschikt als regiebehandelaar. Zouden zij over een BIG-registratie beschikken, dan zouden zij aan alle criteria voldoen, zo stelde de commissie. Veldpartijen ontwikkelden het Model Kwaliteitsstatuut en stelden ook een experimenteerartikel in voor nieuwe beroepsgroepen. In de Toelichting van dit model Kwaliteitsstatuut is opgenomen dat de orthopedagoog-generalist, indien BIG-geregistreerd, voldoet aan de voorwaarden om regiebehandelaar te zijn conform dit model. Partijen verklaarden recentelijk dat de orthopedagoog-generalist zich ook via dit experimenteerartikel zou moeten bewijzen. De NVO acht dat onnodig, gezien het advies van de commissie Meurs en gezien het feit dat de beroepsgroep tot 2017 door vrijwel alle zorgverzekeraars als hoofdbehandelaar in de ggz werd vergoed. Belangrijker is echter dat dit onuitvoerbaar is, omdat het experimenteerartikel (nog steeds) niet is belegd.

Onlangs gaf de Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie uit eigener beweging aan de opleiding open te stellen voor de beroepsgroep omdat daar belangstelling voor was. Het niet kunnen fungeren als regiebehandelaar doet hen echter aarzelen. De NVO heeft diverse concrete voorbeelden van leden die solliciteren bij instellingen voor (jeugd)ggz, maar niet worden aangenomen omdat zij voor de cliëntgroep 18+ geen regiebehandelaar kunnen zijn. Het ZiNL heeft doorzettingsmacht, maar zal niet vóór mei 2020 een beslissing kunnen nemen en dan is, gezien de inkoopprocedures van de zorgverzekeraars, alweer een jaar voorbij waarin de beroepsgroep kan worden ingezet.

Veldpartijen zijn in de positie om, ter wille van deze maatschappelijke situatie, op bestuurlijk niveau een besluit te nemen om de regiebehandelaar vanaf 1 januari 2020 als regiebehandelaar op te nemen in het Model Kwaliteitsstatuut. Wat weerhoudt hen daarvan?

Casuïstiek op cliëntniveau, niveau van de professional en op organisatieniveau***In de jeugdhulp:***

Jongeren vallen, als zij onder de 18 zijn, onder de Jeugdwet en daar is de gemeente de financier/zorginkoper. De Jeugdwet kent het begrip regiebehandelaar niet (hoewel gemeenten het soms wel hanteren) en gemeenten kunnen zorg door orthopedagogen-generalist 'gewoon' inkopen (mits zij SKJ-geregistreerd zijn). Als een jongere 18 jaar wordt, valt hij onder de Zorgverzekeringswet. Dan kan een orthopedagoog-generalist niet als regiebehandelaar de behandeling continueren. Dat betekent dat een jongere én zijn gezin -bij orthopedagogen is de relatie met ouders altijd een essentieel onderdeel van begeleiding of behandeling- van zorgverlener moet veranderen, met alle

consequenties van dien (verhaal opnieuw vertellen, relatie met behandelaar opnieuw opbouwen, etc.). Zeker voor bepaalde cliënten is dat heel belastend en zelfs risicovol.

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat ernstige schade bij jongeren (zoals breinontwikkeling, maar ook uithuisplaatsing) kan worden voorkomen of verminderd door het gezin als geheel te behandelen, soms zelfs tijdelijk op te nemen ([redacted] promoveert erop en kan er prachtig over vertellen, [redacted] (bestuurder Accare, bestuurslid ggz-nl) heeft er zijn missie van gemaakt om dit uit te dragen. Het gaat hier typisch om werk van orthopedagogen-generalist. Maar die mogen als regiebehandelaar de ouders niet behandelen.

Wat we zien bij professionals is dat die in instellingen voor ggz, die zowel 18- als 18+ behandelen niet worden aangenomen, terwijl ze optimaal gekwalificeerd zijn, omdat ze geen regiebehandelaar onder de Zvw kunnen zijn. De NVO heeft hiervan recente concrete voorbeelden. Organisaties voor jeugd-ggz, zoals Molendrift en Accare die zéér 'orthopedagoog-generalist-minded' zijn en die veel belang hechten aan scholing en ontwikkeling, laten hun professionals daarom - en omdat die bekostigd wordt - de opleiding gz-psycholoog doen terwijl ze liever voor de opleiding OG hadden gekozen.

Aansluiting gehandicaptenzorg-ggz

Omdat het bij (licht) verstandelijk beperkten gaat om situaties die vaak vergelijkbaar zijn met jongeren -ze verkeren in een afhankelijkheidsrelatie en die is voor hen essentieel om zich optimaal te ontwikkelen- zijn verhoudingsgewijs veel orthopedagogen-generalist werkzaam in de gehandicaptenzorg of op raakvlakken verstandelijke beperking en ggz. Op 1 januari gaat een cohort dat voorheen onder de Wet langdurige zorg viel, vallen onder de Zvw. Daar ontstaat hetzelfde vraagstuk als in de jeugdhulp: als zij overgaan, kan hun begeleider/behandelaar niet vanzelfsprekend regiebehandelaar zijn. Dus ook hier de situatie: opnieuw je verhaal vertellen, opnieuw een relatie opbouwen en voor de behandelaar: tijd en energie investeren om iemand en zijn al dan niet professionele opvoeders te leren kennen en te kunnen begeleiden en behandelen.

In de ggz bestaat een wachtlijst voor licht verstandelijk beperkten met een psychische problematiek. Dat is niet zo vreemd, want gz-psychologen zijn hier vanuit hun opleiding niet op toegerust. Orthopedagogen-generalist hebben expertise als het gaat om het verklaren van wat 'moeilijk verstaanbaar gedrag' heet en in coördinatie van diverse professionals die nodig zijn om situaties als deze te kunnen analyseren en behandelen. Maar zij kunnen niet worden ingezet als regiebehandelaar.

Juist omdat orthopedagogen-generalist primair gericht zijn op cliënten die zich in een ontwikkelings-, opvoedings- en afhankelijkheidssituatie bevinden, krijgen zij in hun werk veel te maken met leer- en gedragsproblemen zoals dyslexie, autisme en adhd. Die vraagstukken doen zich echter ook bij volwassenen voor, soms nog niet gediagnosticeerd. Ze zijn dan ook bij uitstek in staat om ook volwassenen met die problematiek te behandelen en te begeleiden. Maar opnieuw, niet als regiebehandelaar.

Organisaties	Activiteiten	Week 10	Week 11	Week 12	Week 13	Week 14	Week 15	Week 16	Week 17	Week 18	Week 19	Week 20	Week 21	Week 22	Week 23	
AKWA	Werk sessie	8/3														
	Stuurgroep		14/3													
	Informeel delen stukken tbv BO 26/3?			20/3?												
	Indienen GMAP Zorginstituut					1/4										
Partijen (GGZNL, ZN, MIND)	Opstellen handreiking implementatie										6/5-10/5	13/5-17/5	20/5-24/5	27/5-1/6		
	p.m. besluitvormingsproces partijen															
ZIN	Besluitvorming voldoen toetsingskader en meerkosten															
	Schriftelijke ronde Kwal.raad															
	Mogelijk aanvullende vragen veldpartijen over financiële implicaties en handhaafbaarheid (IGJ?) check															
	Besluitvorming tot verzoek budget impact analyse (BIA) ja/nee/verzoek NZa															
	Ontvangst BIA															
	Uitkomsten BIA delen/stukken												24/5			
													25/5			

	verspreiden onder alle betrokkenen Overleg partijen/delen uitkomsten BIA met partijen en VWS (informeel) Besluitvorming inschrijving register													3/6 14.00-16.00 Directeurenoverleg Hoofdpijnen akk	RvB Na politieke steun (na 20/6)
NZA	Plan van aanpak BIA (intern) Plan van aanpak afstemmen (extern) Aanvullende vragenlijst opstellen Gegevensuitvraag bij aanbieders Berekening adhv budgetformulieren Interne afstemming NZa Aanbieding ZIN Beleidsregel, nadere regels, budgetformulier en	4/3-8/3	11/3-15/3	18/3-22/3	25/3-29/3	1/4 - 5/4	8/4-12/4	15/4-19/4	22/4-26/4	29/4-3/5	6/5-10/5	13/5-17/5	20/5-24/5		1 augustus

	tariefbeschikking publiceren															
VWS	Interne voorbereiding VWS BO (stukken GMAP Zorginstituut/Akwa)			20/3?												
	Bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakk (extra: ZIN. Akwa en NZa)				26/3 9.00-10.30											
	Directeurenoverleg (uitkomsten BIA agenderen)														3/6	
	Afstemmingsmomenten															
	Bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord															20/6 12.30 - 14.00

Medische staf in de ggz

Stappenplan voor Raden van Bestuur en HR-directeuren

Een medische staf in de ggz...waarom eigenlijk?

In de cao ggz 2019 – 2021 is vastgelegd dat elke ggz-instelling die gespecialiseerde ggz levert een georganiseerde vorm van inspraak organiseert voor medisch specialisten. Dit noemen we ook wel een 'medische staf'. De specifieke cao-tekst vindt u [hier](#).

Achter deze afspraak zit een gedachte. GGZ Nederland en de andere sociale partners die betrokken zijn bij de cao ggz vinden het belangrijk dat de inspraak en betrokkenheid van medisch specialisten in instellingen wordt vergroot. Een goed georganiseerde medische staf is een professionele gesprekspartner voor de Raad van Bestuur en kan helpen bij het vereenvoudigen en creëren van meer draagvlak voor besluitvorming.

Doorbreek de negatieve spiraal



We vinden het belangrijk dat psychiaters behouden blijven voor ggz-instellingen. We zien de afgelopen tijd namelijk een forse uitstroom van psychiaters naar het ZZP-schap. Een van de gevolgen hierbij is dat het aantal beschikbare psychiaters voor het leveren van 7x24-uurs psychiatrie daalt. Uit onderzoek weten we dat de uitstroom vooral komt vanwege bureaucratie, hoge werkdruk en het gevoel 'niet gehoord en gezien te worden'. Hierdoor ontstaat een negatieve spiraal die van invloed is op de werkdruk en kwaliteit van zorg.

Een medische staf kan helpen bij het doorbreken van de negatieve spiraal. Mits goed georganiseerd. Hieronder vindt u een stappenplan dat kan helpen. Daarnaast is er als bijlage een 'concept-stafreglement' toegevoegd.

Stap 1: Inventariseer

- Ga in gesprek met uw medisch specialisten en inventariseer gezamenlijk de behoefte aan inspraak
- Maak inzichtelijk welke georganiseerde organen er nu eventueel al binnen uw instelling zijn. Denk hierbij aan de centrale cliëntenraad, de ondernemingsraad en/of verpleegkundige adviesraden
- Betrek de 'Governancecode Zorg' bij de inspraak. Een van de zeven principes van de Governancecode is 'het scheppen van randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden' (zie kader)

Stap 2: Draagvlak en toegevoegde waarde

- Bepaal de toegevoegde waarde van een medische staf voor de instellingen – hoe helpt het de Raad van Bestuur maar ook de medische staf verder?
- Zorg voor draagvlak binnen de eigen instelling: inspraak is nu eenmaal veel effectiever wanneer het draagvlak groot is, partijen elkaar vertrouwen en daadwerkelijk zorgen voor meerwaarde

Binnen ggz-instelling Reinier van Arkel bestaat al enige tijd een inspraakorgaan voor medisch specialisten.

Daarnaast is hij vanuit GGZ Nederland onder meer als voorzitter van de werkgeversdelegatie intensief betrokken bij de cao-onderhandelingen. "Wij vinden het belangrijk dat we onze medisch specialisten goed betrekken bij onze instelling. Niet alleen omdat er inhoudelijk goed mee wordt gedacht maar ook als kritische sparring-partner. De cao-afpraak moet helpen om de betrokkenheid van medisch specialisten bij instellingen te vergroten. We willen dat deze groep behouden blijft voor de instellingen en niet dat mensen opstappen. Ik ben ervan overtuigd dat goed georganiseerde inspraak uiteindelijk ook de kwaliteit van zorg vergroot. En dat is toch waar we het allemaal uiteindelijk voor doen".

Stap 3: Bepaal de vorm

- Zoek naar de juiste vorm voor de medische staf. Welke disciplines nemen deel? Hoe groot moet de medische staf zijn?
- Bepaal of ook andere beroepsgroepen (anders dan 'medisch specialisten') onderdeel kunnen zijn van het georganiseerde orgaan (zie kader)

Stap 4: Faciliteer

- Maak afspraken over de faciliteiten voor de medische staf (tijdsbesteding, vergaderruimte, administratieve ondersteuning) en leg dit vast

Stap 5: Strafreglement

- Stel gespreksonderwerpen, vorm van inspraak, bevoegdheden en faciliteiten vast via een stafreglement (zie de bijlage voor een voorbeeld)

Stap 6: Evalueer en stel waar nodig bij

- Blijf evalueren en stel bij. Zoek gezamenlijk naar een vorm die past bij de instelling

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ut eu arcu velit. Proin pharetra ac ligula sit amet posuere. Mauris feugiat suscipit nunc, sit amet faucibus turpis gravida nec. Nulla ac nulla id ipsum posuere lobortis. Morbi euismod odio at nulla commodo interdum. Pellentesque sollicitudin ultricies aliquet. Aenean sed lorem quis enim rhoncus sodales. Integer viverra, eros at accumsan pharetra, lectus diam imperdiet sem, et hendrerit nunc libero vitae nisi. Sed nibh nisl, maximus ac mollis eget, ornare ac orci. Aenean massa massa, egetas consequat condimentum sed, maximus in nibh. Nam imperdiet pharetra odio vitae convallis. Etiam fermentum quis eros sed volutpat. Cras porttitor lacus eu velit sollicitudin, ut interdum magna pharetra. Donec eu dolor dolor. Morbi malesuada gravida urna ac convallis. Pellentesque turpis ex, iaculis vel mi eu, tempus facilisis augue.

Governancecode Zorg

In- en externe belanghebbenden moeten invloed uit kunnen oefenen op de zorg, dienstverlening en de koers van de zorgorganisatie.

Medezeggenschap van cliënten (cliëntenraad) en hun verwanten en van medewerkers (OR), en advisering en beïnvloeding door professionals is van groot belang voor de koersbepaling van de zorgorganisatie, het bewaken van de maatschappelijke doelstelling van de organisatie en het delen van waarden en normen. Medezeggenschap ligt in het verlengde van het primair proces.

De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de inrichting van de medezeggenschap van de zorgorganisatie. Daarbij gelden vanzelfsprekend de wettelijke kaders voor cliënten- en ondernemingsraden.

De variatie die te vinden is in de medezeggenschapspraktijk maakt echter duidelijk dat de wettelijke regeling van medezeggenschap via een vertegenwoordigend orgaan een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is. Een te eenzijdige nadruk op de formele vormvereisten kan leiden tot een ritualisering van de medezeggenschap en laat kansen onbenut voor andere vormen van medezeggenschap. Deze code ondersteunt het benutten van deze kansen.

‘medische staf alleen voor psychiaters’?

Welke disciplines vallen nu precies onder het begrip ‘medisch specialisten’? Mogen er ook andere disciplines worden betrokken?

Onder ‘medisch specialisten’ worden primair de specialisten verstaan die als ‘medisch specialist’ ingeschreven staan in het register van de RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten). Zie hiervoor ook [artikel 4 van hoofdstuk 11](#) in de cao.

In de cao staat dat voor deze groep een medische staf georganiseerd moet worden. Vanuit de praktijk weten we dat soms ook andere beroepsgroepen aanhaken bij een medische staf – bijvoorbeeld omdat er al een georganiseerd orgaan was. Veelal gebeurt dit in goed overleg. Het kan per instellingen schelen of hier wel of geen behoefte aan is. Volgens de cao is het niet verplicht om andere beroepsgroepen mee te nemen – het kan wel van meerwaarde zijn om een breder draagvlak te creëren.

Taakopdracht beleidsevaluaties 'de juiste zorg op de juiste plek'**Aanleiding**

In 2018 is de pilot lerend evalueren gestart bij VWS. De evaluatie van de Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) is onderdeel van deze pilot. In 2019 t/m 2022 zal hiervoor een ex durante evaluatie plaatsvinden en in 2022 de ex post evaluatie. Het doel van de evaluaties is om de voortgang en de transformatie naar de JZOJP zo goed mogelijk inzichtelijk te maken op regionaal niveau, zodat mensen gaan ervaren dat de zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte. Maar ook om inzicht te krijgen op landelijk niveau, gezien de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden 2019-2022, om zo nodig het beleid tussentijds bij te sturen.

Context

Op 6 april 2018 is het rapport van de Taskforce 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' naar de Tweede Kamer verzonden. Het rapport biedt een perspectief met concrete bouwstenen voor de sector om de beweging naar de JZOJP op gang te brengen. Daarnaast worden er vele initiatieven beschreven waaruit blijkt dat de beweging naar de JZOJP echt mogelijk is en ook al plaatsvindt. Het is primair een beweging van het veld en de regio, vanwege de verschillen in trends en ontwikkelingen in regio's. VWS biedt het veld handvatten om de beweging te verbreden en versterken. Het gaat hierbij om interventies zoals het organiseren van regionale bijeenkomsten, het beschikbaar stellen van praktijkverhalen en door middel van een voucherregeling (een financiële impuls) voor procesondersteuning bij samenwerking en bij het opstellen van het gedeelde regionale beeld. Er is bestuurlijk commitment met de zorgsector over de beweging naar de JZOJP door middel van de vier hoofdlijnenakkoorden (GGZ, MSZ, Wijkverpleging en Huisartsenzorg).

Doelstelling van de transformatie

Om de beweging van de JZOJP tot stand te brengen wordt gewerkt aan onderstaande doelen:

- Het voorkomen van (duurdere) zorg.
- Verplaatsen van zorg (zoveel mogelijk dichterbij huis en indien nodig geconcentreerd wat verder weg)
- Het vervangen van zorg (door andere zorg zoals eHealth).

Dit leidt ertoe dat mensen zelf en met behulp van hun directe omgeving meer geholpen zijn bij het dagelijks functioneren. Hiernaast staan gezondheid en het functioneren van het individu meer op de voorgrond en wordt er minder gedacht vanuit de beperkingen van ziekte.

Afbakening

Een transformatie komt niet in één dag van de grond. Voor een beweging zoals de JZOJP is tijd nodig. Er dient aandacht te zijn voor de aanwezigheid van zichtbaar leiderschap, een visie en vertrouwen. Dit helpt om de beweging beter van de grond te laten komen. De beweging wordt vervolgens zichtbaar in de manier waarop zorg wordt verplaatst, voorkomen en vervangen. Uiteindelijk kan dit leiden tot zorg en ondersteuning die beter aansluit op de behoeften van mensen. Aangezien het gaat om een beweging die reeds in gang is gezet en een beweging is in de regio's zal het niet eenvoudig zijn om een duidelijk causaal verband aan te tonen tussen landelijke interventies en het effect.

Wij onderscheiden drie niveaus van mogelijke indicatoren:

- Bij *randvoorwaarden* en *proces* gaat het erom welke inspanning op regionaal- en landelijk niveau wordt verricht om de beweging te (gaan) realiseren. Voorbeelden zijn of er zichtbaar leiderschap is, of professionals elkaar kennen en vertrouwen, of er een gedeeld beeld en een gedragen visie is, etc.
- Bij *prestaties* gaat het erom welke veranderingen in de praktijk tot stand komen. Voorbeelden zijn substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, meer inzet op preventie, andere manieren om zorg te organiseren en de financiële gevolgen daarvan, etc.
- Bij *uitkomsten* gaat het om de mate waarin de beoogde effecten worden bereikt. Sluit de zorg inderdaad beter aan op de behoefte van mensen?

De ex durante evaluatie richt zich in eerste instantie op de randvoorwaardelijke en procesindicatoren en nog niet op de uitkomsten van de beweging. Welke inspanningen worden er verricht? Wat wordt landelijk gedaan om regio's hierin te faciliteren? Met reflecterende gesprekken kan een duiding gegeven worden van deze indicatoren. Dit zal ook leiden tot narratieven en verhalen waarin de beweging te volgen is. Daarnaast brengt, indien mogelijk, de ex durante evaluatie geleidelijk de prestaties in beeld. Zien we inderdaad dat zorg wordt verplaatst? Hoe wordt zorg anders georganiseerd? Het zal niet mogelijk zijn direct een volledig beeld te schetsen van de prestaties. De beweging heeft ten slotte tijd nodig. Het is een ontwikkelproces: het eerste rapport zal een paar ontwikkelingen uitlichten, waarna het beeld van jaar op jaar wordt uitgebreid passend bij de ontwikkelingen in de praktijk.

In de ex post evaluatie wordt de transformatie naar de JZOJP op alle niveaus inzichtelijk gemaakt. Waar het tijdens de ex durante evaluatie ging om procesindicatoren en een voorlopig beeld van het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg, wordt nu ook met uitkomstindicatoren gewerkt. Zowel landelijk als regionaal wordt gekeken of acties hebben bijgedragen aan de gewenste doelen en vervolgens leiden tot het gewenste effect, in de zin dat mensen ook echt merken dat de zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte. Het gaat hierbij niet alleen om een rapport met harde kwantitatieve data maar ook om een rapportage met narratieven en een beeldende omschrijving van de uitkomsten en effecten. Goed om hierbij op te merken is dat mogelijk vele aspecten invloed hebben (gehad) op de beweging naar de JZOJP en het aantonen van directe causaal verbanden daardoor gering zal zijn.

Leervragen

De hoofdvraag van deze beleidsevaluatie is:

In hoeverre draagt de beweging 'de juiste zorg op de juiste plek' bij aan het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg en vervangen van zorg en wordt daarmee het effect bereikt dat mensen ervaren dat de zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte?

Deelvragen betreffen:

Landelijk

- Waar staat de beweging? Wat is nog nodig?

- Op welke wijze hebben de veldpartijen, conform de HLA-afspraken, bijgedragen aan de realisatie van de transformatie?
- Op welke wijze hebben de VWS-interventies hieraan bijgedragen?
- Wat hebben partijen van elkaar en van VWS nodig?
- Is er aanleiding om de ingezette acties door VWS aan te passen?

Regionaal

- Wat gebeurt er in de regio's en welke verschillen zijn er?
- Wat zijn de belangrijkste succes- en faalfactoren?
- Hoe worden ervaringen uitgewisseld tussen regio's en wat kunnen regio's van elkaar leren?
- Hoe doeltreffend en doelmatig is de aanpak van een regio?

Methodiek

De methode van de evaluatie naar de JZOJP dient rekening te houden met het verschil in focus van de ex durante en de ex post evaluatie en oog te hebben voor zowel de regionale als landelijke aanpak (handvatten geboden door VWS en hoofdlijnakoorden) in beide evaluaties. Hierdoor zal naar verwachting een combinatie van verschillende methodes nodig zijn. Zo is het belangrijk om op regionaal niveau aandacht te hebben voor de mogelijke verschillen in regio's. Wat in de ene regio werkt, hoeft niet automatisch in een andere regio ook van toepassing te zijn. Ieder regio dient in zijn eigen context bekeken te worden. Gedacht kan worden aan een methode zoals realistisch evalueren. Hierbij wordt rekening gehouden met die context en wordt als het ware gekeken naar wat werkt, voor wie, onder welke omstandigheden. Daarnaast is actie-leren een methodiek die goed aansluit bij wat we nu al doen. Want partijen zijn zowel landelijk als regionaal direct betrokken bij het proces (beweging JZOJP). De kern van actie-leren is dat er wordt geleerd vanuit ervaringen, reflecteren, verdiepen en experimenteren.

Een extern bureau zal worden gevraagd een methodiek te ontwikkelen die recht doet aan de onderzoeksvragen voor deze evaluaties. Er wordt gebruikt gemaakt van reeds beschikbare informatie aanwezig bij kennisinstituten. Hierbij kan het kennisplatform JZOJP ook een rol spelen. Er wordt verwacht dat zowel informatie wordt verkregen vanuit kwantitatieve als kwalitatieve methoden. Op deze manier kan zo goed mogelijk de transformatie inzichtelijk worden gemaakt. Bij het opstellen van zowel de proces- als uitkomstindicatoren is het belangrijk dat dit in samenhang met partijen in het veld gebeurt waarbij ook oog is voor de diversiteit in de regio. De vormgeving van de evaluatie dient immers recht te doen aan de context waarbinnen het voorgenomen beleid een effect moet sorteren.

Procesaanpak en eindresultaat

Zoals in de methode al aan de orde komt, wordt een extern bureau aangesteld om zowel het plan van aanpak als de evaluatie op te zetten/uit te voeren. Belangrijk is dat gedurende het traject van de evaluaties zorgpartijen en patiënten betrokken zijn. Het bureau zal gevraagd worden te werken met tussentijdse rapportages. De inzichten die hierbij worden opgedaan kunnen tijdens de ex durante evaluatie gebruikt worden om indien nodig het beleid regionaal of landelijk bij te sturen.

Daarnaast zal een onafhankelijke voorzitter aangesteld worden om deze evaluatie te begeleiden waarbij relevante partijen zijn vertegenwoordigd in een begeleidingscommissie. Dit resulteert in onafhankelijk uitgevoerde en breed gedragen evaluaties naar de voortgang en de transformatie naar de JZOJP met daarin aanbevelingen voor verbeteringen van beleid. Daarbij geeft het de verschillende regio's inzicht in

10.2.e, tenzij anders vermeld

Doc. 75

hoe ze van elkaar kunnen leren en op regionaal niveau kunnen bijsturen. Landelijk geeft het richting om beleid eventueel aan te kunnen passen en uiteindelijk te verbeteren.

Planning

Start ex durante evaluatie	Q2- 2019
Doorloop ex durante evaluatie	Q3- 2019 t/m 2022
1 ^e tussentijdse rapportage	Q4-2019
2 ^e tussentijdse rapportage	Q3-2020
3 ^e tussentijdse rapportage	Q3-2021
4 ^e tussentijdse rapportage	Q3-2022
Ex post evaluatie	2022-2023

Toetsingscommissie experimenteerruimte Kwaliteitsstatuut*Aard agendering:*

Ter besluitvorming

Aanleiding:

Bij het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is een bijlage opgenomen genaamd Protocol gecontroleerde experimenteerruimte. Hierin wordt de procedure voor experimentele toelating tot het regiebehandelaarschap beschreven. De experimenteerruimte biedt de mogelijkheid om af te wijken van het Model Kwaliteitsstatuut ggz en te experimenteren met de inzet van professionals als regiebehandelaar, ondanks dat dit beroep binnen het huidige Model Kwaliteitsstatuut ggz de rol van regiebehandelaar niet mag vervullen. Het doel van de experimenteerruimte is om op gecontroleerde wijze innovaties mogelijk te maken en ervaring op te doen. Indien het experiment succesvol is, is het mogelijk dat op basis van de resultaten het Model Kwaliteitsstatuut ggz aangepast wordt: met andere woorden dat het betreffende beroep opgenomen wordt in de lijst met beroepen die de rol van regiebehandelaar mogen vervullen. De beoordeling van toelating van een experiment wordt belegd bij een onafhankelijke commissie: de Toetsingscommissie Experimenteerruimte. Op verzoek van de Landelijke werkgroep Kwaliteitsstatuut heeft Akwa GGZ een voorstel opgesteld voor de inrichting van de onafhankelijke toetsingscommissie experimenteerruimte.

Ter besluitvorming:

De Landelijke werkgroep kan zich vinden in de voorliggend voorstel en legt deze graag ter accordering voor aan het DO HLA met daarbij wel de volgende opmerking: De Landelijke werkgroep Kwaliteitsstatuut GGZ wil tijdelijk en als tussenstap de rol van opdrachtgever vervullen, maar vindt dit voor de langere termijn vanuit governance-oogpunt niet zuiver. Het DO HLA wordt gevraagd dit te bekrachtigen.

Tussenevaluatie Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019

Regionale aanpak wachttijden in de GGZ: van analyse naar gerichte actie

1. Inleiding

In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg wacht een groot aantal mensen op behandeling, vooral in de gespecialiseerde GGZ. Daarom is in de zomer van 2017 het Actieplan Wachttijden GGZ aangeboden aan de Tweede Kamer. Afgelopen zomer is daar een vervolg op gekomen met het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden 2018-2019 (hierna: Actieplan Vervolgaanpak), ondertekend door branchepartijen in de GGZ¹.

Gezamenlijk willen we de aanhoudende wachttijden voor alle doelgroepen in de GGZ en verslavingszorg binnen de Treeknormen krijgen. Per regio verschilt het aantal wachtenden maar ook per type stoornis. Het Actieplan Wachttijden is ondersteunend aan de verantwoordelijkheid van aanbieders en zorgverzekeraars om de wachttijden terug te dringen tot onder de Treeknorm.

Wachttijden zijn niet alleen een probleem van de GGZ in de zorgverzekeringswet. Ook op andere plaatsen in de zorg zijn er lange wachttijden. Een gebrek aan medewerkers speelt daarin frequent ook een rol.

Naast het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden 2018-2019 zijn ook de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord GGZ, dat in juli 2018 gesloten werd, een stevige impuls voor de aanpak van de wachttijden. Die afspraken hebben betrekking op de volgende onderwerpen: 'vergroten capaciteit opleidingen', 'verminderen regeldruk', 'evaluatie van het kwaliteitsstatuut' en de 'samenhang van ggz met het sociaal domein'.

In deze tussenevaluatie van de landelijke Stuurgroep Wachttijden kijken we terug op het afgelopen half jaar en geven we aan wat de vervolgacties zijn tot 1 juli 2019.

2. Terugblik op het afgelopen half jaar

De kern van het Actieplan Vervolgaanpak is een regionale aanpak, want cliënten die dringend wachten op geestelijke gezondheidszorg zijn het beste geholpen met maatwerk in de regio.

Daarom heeft de Stuurgroep 31 regio's gefaciliteerd en gestimuleerd om in Regionale Taskforces (verder afgekort als RT's) vanuit een gezamenlijke knelpuntenanalyse tot oplossingen te komen. In bijlage 2 leest u per regio wat de inzichten en oplossingen zijn. De ondersteuning wordt nu waar mogelijk gefaseerd afgebouwd, zodat de RT's zelfstandig aan oplossingen kunnen werken. In enkele andere regio's voeren we juist de druk op om de RT's van start te laten gaan of te versnellen. Iedere RT heeft een contactpersoon uit de landelijke Stuurgroep.

Status per 18 dec. 2018	Geen RT nodig / samenvoegen met andere regio	RT nog niet gestart	RT gestart, met ondersteuning	RT draait zelfstandig
Aantal regio's	6 + 2	2	13	8

¹ Branchepartijen die het actieplan vervolgaanpak wachttijden 2018-2019 hebben ondertekend zijn: GGZ Nederland, MeerGGZ, MIND en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De LVVP, NVvP, V&VN, NIP en P3NL hebben zich achter de vervolgaanpak geschaard.

Daarnaast hebben wij geïnvesteerd in verdiepende trajecten, transparantie en communicatie. In bijlage 1 leest u meer over de voortgang en de inzichten.

Verdiepende trajecten	We laten vier onderwerpen uitwerken door gespecialiseerde bureaus. Het gaat om 1) lange wachttijden voor specifieke cliëntgroepen, 2) casusaanpak en mogelijkheden voor doorzettingsmacht (voor complexe casuïstiek), 3) vormen van wachttijdbegeleiding en 4) de inzet van ervaringsdeskundigen in het kader van de wachttijdproblematiek. Begin 2^e kwartaal van 2019 verwachten we de eerste uitkomsten, die we zullen gebruiken om de RT's te ondersteunen.
Transparantie	Met een kwartaalrapportage van Vektis krijgen we inzicht in de wachttijden per regio en per hoofddiagnosegroep (hotspotrapportage, zie ook bijlage 3). Vanaf 1-1-2019 krijgen alle regio's elk kwartaal de beschikking over een regionale hotspotrapportage, die inzicht geeft in de wachttijden per hoofddiagnosegroep naar aanbieder. Zo kunnen zij gericht sturen op het terugdringen van de hoogste wachttijden.²
Communicatie	De tweewekelijkse nieuwsupdate Actieplan Vervolgaanpak (gekoppeld aan de site www.wegvandewachttijst.nl) wordt verspreid onder ongeveer 600 geïnteresseerden. Hierin staan goede voorbeelden uit de praktijk, blogs van positieve denkers en het laatste nieuws rond het Actieplan.

3. Recente cijfers wachttijden

Uit de NZa [informatiekaart wachttijden GGZ](#) van december 2018 blijkt dat bij zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ de gemiddelde *aanmeldwachttijd* nog steeds te hoog is.

Voor de *totale gemiddelde wachttijd* in de gespecialiseerde GGZ (G-GGZ) vallen vier hoofddiagnosegroepen op: met name voor aandachtstekortstoornissen³, angststoornissen, pervasieve stoornissen (autisme) en persoonlijkheidsstoornissen zijn de gemiddelde wachttijden lang.

Voor eetstoornissen en bipolaire- en overige stemmingsstoornissen zijn de *aanmeldwachttijden* te lang, maar valt de *totale gemiddelde wachttijd* binnen de Treeknorm.

De *totale gemiddelde wachttijden* voor de basis GGZ (GB-GGZ) blijven binnen de Treeknorm⁴. Waar *landelijk gemiddelde wachttijden* binnen de Treeknorm vallen, gebeurt het nog wel vaak dat regionaal of binnen een instelling of bij een vrijgevestigde aanbieder, de Treeknormen worden overschreden. Meer inzicht hierin vindt u in het overzicht per regio in bijlage 3.

² In november is de website kiezenindeggz.nl gelanceerd die patiënten en verwijzers inzicht geeft in wachttijden per zorgaanbieder en hoofddiagnose.

³ Deze patiëntengroep van aandachtstekortstoornissen groep is niet opgenomen in het verdiepende traject 'lange wachttijden voor specifieke cliëntgroepen', omdat bij de opdrachtverstrekking van dit verdiepende traject de wachttijd voor deze patiëntengroep nog binnen de Treeknorm viel.

⁴ De Treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijd. Voor de basis-GGZ (GB-GGZ) en de gespecialiseerd GGZ (G-GGZ) ligt die op 4 weken voor de aanmeldwachttijd en op 14 weken voor de totale wachttijd.

Jaarlijks starten ongeveer 290.000 nieuwe behandeltrajecten – initiële DBC's - in de gespecialiseerde GGZ, verdeeld over verschillende diagnosegroepen en trajecten waarbij de diagnose nog niet bekend is. Dit is exclusief de crisis-DBC's. Op basis van deze jaarlijkse instroom en de gemiddelde wachttijden heeft Vektis een schatting gemaakt van het aantal wachtenden. GGZ Nederland en MeerGGZ hebben, ter vergelijking, het actueel aantal wachtenden bij hun leden uitgevraagd.

Het aantal wachtenden in de gespecialiseerde GGZ ligt naar verwachting tussen de 47.000 (met input van actuele aantallen wachtenden) en 56.000 mensen (uitkomsten van het model). Het model lijkt dus een overschatting van 14% te geven voor het aantal wachtenden, mogelijk door dubbeltellingen van mensen met DBC's bij verschillende diagnosegroepen, of door andere oorzaken.

Voor de verschillende diagnosegroepen zijn er zowel bij instellingen als bij vrijgevestigden veel zorgaanbieders (tussen de 65 en 75%, afhankelijk van de diagnosegroep) die aangeven een wachttijd te hebben van 14 weken of korter (de Treeknorm). Dat betekent dat patiënten die lang zouden moeten wachten soms sneller terecht kunnen bij andere aanbieders.

Antwoord op de vraag hoeveel mensen langer dan 14 weken wacht is nog niet te geven. Dit aantal is lastiger modelmatig te schatten en cijfers uit de praktijk ter validatie zijn nog niet voorhanden. Dit werken we de komende tijd uit.

Samengevat is het beeld als volgt (zie bijlage 3 voor een toelichting en een beeld per regio).

Hoofddiagnosegroep G-GGZ	Aanmeldwachttijd (Treeknorm 4 weken)	Totale wachttijd (Treeknorm 14 weken)	Schatting aantal wachtenden
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	8	14	2.500- 2.900
Angststoornissen	8	14	8.300- 9.400
Bipolair en overige stemmingsstoornissen	8	13	1.000-1.200
Eetstoornissen	8	13	800- 900
Persoonlijkheidsstoornissen	11	20	7.300-8.300
Pervasieve stoornissen	11	20	2.000-2.300

Cijfers uit de NZa informatiekaart (wachttijden oktober 2018) - gebaseerd op data Vektis - december 2018). Schatting aantal wachtenden is modelmatige schatting (Vektis). Voor een uitgebreid overzicht van de wachttijden per hoofddiagnosegroep en per regio (op basis van cijfers van Vektis) verwijzen we u naar bijlage 3.

4. Concrete plannen per regio

Alle inkoopende- en uitvoerende partijen in de regio zijn eigenaar van (onderdelen van-) het wachttijdprobleem. Een aantal regio's slaagt er behoorlijk in om de wachttijden binnen de Treeknormen te brengen en te houden. We stimuleren hen om daarmee door te gaan.

Aan alle regio's wordt gevraagd informatie van de goede voorbeelden die in de regio worden uitgevoerd (zowel in regionaal verband als bij individuele instellingen) te delen op het congres (11-4), via de nieuwsbrief van wegvandewachtlijst.nl en op de website van wegvandewachtlijst.nl. In de informatie van goede voorbeelden wordt aangegeven voor welk

probleem het beste voorbeeld een oplossing biedt. En wanneer, met welke samenwerkende partijen die oplossing in de regio is bereikt. En wat het (verwachte) effect op de bekorting van de wachttijd is (geweest).

De 21 regio's met de langste wachttijden zullen hun plan van aanpak openbaar maken. Het betreft de regio's waar de wachttijden voor minimaal drie van de zes hoofddiagnoses die de NZa identificeert te lang zijn. Op deze manier wordt voor cliënten, verwijzers en andere betrokkenen niet alleen transparant wat de wachttijden zijn, maar ook wat ondernomen wordt om ze terug te dringen. Bovendien ontstaat zo landelijk inzicht in de voortgang van de aanpak wachttijden en kunnen regio's elkaar inspireren en van elkaar leren.

In hun plan van aanpak gaan regio's in op de belangrijkste uitdagingen: kortere wachttijden voor de geïdentificeerde hoofddiagnosegroepen; snelle, goede triage en korte wachttijd tot het eerste gesprek; oplossingen bij complexe casuïstiek. Waar partijen gezamenlijk geschillen knelpunten constateren die op regionaal niveau onoplosbaar zijn gebleken worden deze benoemd. Regio's kiezen zelf hoe zij in hun plan van aanpak verbinding leggen met andere regionale ontwikkelingen en plannen. Het is de verantwoordelijkheid van iedere regio om de urgente wachttijdproblematiek snel aan te pakken en tegelijk de samenhang met andere beleidsontwikkelingen te bewaken.

De landelijke stuurgroep zal de regio's ondersteunen door hen feedback te geven op de plannen van aanpak en gericht, te verwijzen naar goede voorbeelden elders en naar de uitkomsten van de verdiepende trajecten. Op deze manier leggen we de focus op die regio's waar het grootste risico op te lang wachten zich voordoet en proberen we via de weg van inspiratie, goede voorbeelden en transparantie ook deze regio's een dalende lijn te laten ontwikkelen op het punt van de wachttijden. Dit ontslaat andere regio's natuurlijk niet van hun plicht om ook daar de wachttijden minimaal onder de treeknorm te brengen en maximaal terug te dringen.

Uit de Vektis cijfers van november 2018 (zie ook bijlage 3) blijkt dat het gaat om de volgende regio's:

De 5 regio's met gemiddeld de hoogste wachttijden	Regio's die op 3 of meer van de 6 door de NZa geïdentificeerde hoofddiagnosegroepen boven de Treeknorm scoren
1. Flevoland, 2. Midden-Holland 3. Haaglanden 4. Arnhem 5. Zuid-Limburg	6. Nijmegen, 7. Groningen 8. Utrecht 9. Rotterdam 10. Drenthe 11. Amsterdam 12. Midden-Brabant 13. 't Gooi 14. Midden-IJssel 15. Noordoost-Brabant 16. Apeldoorn/Zutphen e.o. 17. Zuid-Hollandse Eilanden 18. Zwolle 19. Westland Schieland en Delfland 20. Twente 21. Zaanstreek-Waterland

5. Overige acties

De Stuurgroep wil in 2019 met deze nieuwe acties een meer gerichte stap zetten (met de focus op een aantal aandoeningen en regio's) om de wachttijden in de GGZ daadwerkelijk te reduceren. Daarbij merken we op dat, naast de inzet van de aanbieders, verzekeraars en gemeenten (en hun onderlinge regionale samenwerking), de te verwachten resultaten ook sterk beïnvloed kunnen worden door een tekort aan personeel (arbeidsmarkt), de regeldruk en de samenhang met het sociaal domein. Het aanpakken/oplossen van deze laatste drie elementen vergt een langere adem dan het intensiveren van de inzet en de samenwerking.

Aanvullende sturing door wethouders en raden van bestuur van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is nodig om de wachttijden nadrukkelijker te betrekken bij de in- en verkoopafspraken. Iedere patiënt die langer dan noodzakelijk en verantwoord moet wachten op geestelijke gezondheidszorg, is er immers één te veel. Momenteel is nog onvoldoende bekend op welke wijze en hoe expliciet de wachttijdproblematiek in de contractering besproken wordt. De NZa-monitor contractering die in het tweede kwartaal van 2019 verwacht wordt zal hier meer duidelijkheid over geven. Dit zal mogelijk leiden tot aanvullende acties vanuit de Stuurgroep Wachttijden.

De Stuurgroep coördineert en faciliteert dit proces landelijk onder meer door middel van hotspotrapportages per regio op basis van data van Vektis. Daarnaast organiseert de Stuurgroep oplossingsgerichte werkconferenties (in maart 2019) rond de top 6 hoofddiagnosegroepen. De (voorlopige) uitkomsten van de vier verdiepende trajecten (zie bijlage 1) worden hierbij betrokken.

Op 11 april 2019 vindt het congres '*Meer grip op wachttijden in de GGZ*' plaats, waar net als vorig jaar de staatssecretaris bij aanwezig zal zijn. Kennis delen, elkaar inspireren en leren van een ander staan bij dit congres voorop.

Dat is ook het doel van de tweewekelijkse nieuwsupdate die via de aan het Actieplan Vervolgaanpak gekoppelde site www.wegvandewachtlijst.nl wordt verspreid, met hierin goede voorbeelden uit de praktijk, blogs van positieve denkers en het laatste nieuws rond het Actieplan.

6. Tot slot

Met deze tussenevaluatie hebben partijen laten zien welke stappen er afgelopen periode ondernomen zijn en welke acties er in de tweede helft van de looptijd van het Actieplan Vervolgaanpak (januari-juli 2019) volgen. Begin juli volgt het eindverslag over de resultaten van het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ.

In deze tussenevaluatie ligt de nadruk op de ontwikkeling van RT's en het verbeteren van onderlinge samenwerking in de regio om verkorting van wachttijden te realiseren. Partijen benadrukken hierbij dat, naast de regionale samenwerking en de in- en verkoop van behandeling, een andere belangrijke bijdrage van de individuele aanbieders (instellingen en vrijevestigden) zelf komt c.q. zal moeten komen. Zoals eerdere projecten bij o.a. GGZ Noord-Holland Noord, Dimence en GGNet hebben laten zien is veel te bereiken met het aanpakken van de instroom, door- en uitstroom, als ook het zelfkritisch evalueren van diagnostiek en behandeling bij onvoldoende behandelresultaat. Dit is en blijft een eigen verantwoordelijkheid van aanbieders (instellingen en vrijevestigden) zelf en kan niet worden opgelost met het verbeteren van de regionale samenwerking.

Bijlage 1 – Inhoud Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019

De kern van het Actieplan Vervolgaanpak Wachttijden GGZ 2018-2019 is gebaseerd op 4 pijlers. Onderstaand leest u de voortgang hierop en de verbinding met de genummerde actiepunten uit het plan. Een aantal actiepunten (7 en 10 t/m 12) worden uitgewerkt aan de tafels van het HLA. De actiepunten 8.1 (ontwikkeling eHealth modules voor wachttijdbegeleiding) en 8.2 (nascholingsmodules voor wachttijdbegeleiding) zijn vanwege financiële en procesmatige redenen nog niet opgepakt. Aan alle andere actiepunten wordt hierna gerefereerd.

1. Regionaal maatwerk

Het doel van de regionale taskforce (verder afgekort als RT) is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in samenwerking met elkaar en met cliënt- en familievertegenwoordigers oorzaken van de wachttijdproblematiek achterhalen en oplossingen vinden, focus aanbrengen en tot uitvoering overgaan. Het bijeenbrengen van veel partijen blijkt in de praktijk al een deel van de winst te zijn. De RT's hebben een eigen agenda bepaald op basis van de grootste problemen in de regio. Op die manier kan via de taskforces regionaal maatwerk worden geleverd, zowel in de analyse als in de aanpak.

Daarna zijn er vervolgstappen gedefinieerd om de knelpunten op te lossen. In de regionale overleggen blijkt focus aanbrengen en prioritering van groot belang. Het regionale overleg wordt, waar mogelijk, gekoppeld aan bestaande initiatieven in de regio rondom wachttijd. (geen nieuwe overleggen als er ergens bij aangehaakt kan worden). In de RT's nemen alle ketenpartijen deel, zoals huisartsen, zorgverzekeraars, GGZ aanbieders (instellingen en vrijevestigden), cliëntvertegenwoordigers en gemeenten (relatie met actiepunten 1, 3b en 4).

2. Transparantie*Kwartaalrapportages per regio*

De Stuurgroep Wachttijden stuurt via de kwartaalrapportages (ook wel hotspotrapportages genoemd) op de cijfers van de gemiddelde wachttijd per regio, per aanbieder binnen die regio en per type doelgroep cliënten. De hotspotrapportages worden vanaf december 2018 ook op de website www.wegvandewachtlijst.nl geplaatst (relatie met actiepunt 13a).

Nadere Regeling transparantie GGZ van de NZa

De regeling verplicht alle aanbieders (instellingen en vrijevestigden) om wachttijdinformatie op hun website te plaatsen en om deze informatie door te leveren aan Vektis. Vektis op haar beurt levert deze informatie door aan de keuzewebsite www.kiezenindeggz.nl. De NZa heeft eind december een informatiekaart wachttijden GGZ gestuurd aan VWS. De transparantieregeling wordt in januari 2019 door de NZa geëvalueerd.

Keuze informatie

Op 8 november is de keuzewebsite www.kiezenindeggz.nl gelanceerd, een initiatief van MIND en Zorgverzekeraars Nederland. Er is gewerkt aan een koppeling tussen de wachttijdgegevens binnen Vektis en die van de site [kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl). Daarmee hebben potentiële cliënten direct zicht op de wachttijden die aangeleverd zijn. Dit motiveert zorgaanbieders ook om wachttijden op de eigen website en de doorlevering aan Vektis actueel te houden.

3. Samenwerking in- en verkoop tussen zorgaanbieders en verzekeraars / contractering / bijcontractering

Momenteel is nog onvoldoende bekend op welke wijze en hoe expliciet de wachttijdproblematiek in de contractering besproken wordt. De NZa-monitor contractering die in het 2^e kwartaal 2019 verwacht wordt zal hier meer duidelijkheid over geven.

Uit de voorlopige signalen die de stuurgroep ontvangt over contractering en wachttijden komt een divers beeld naar voren. De mate van vertrouwen tussen zorgaanbieder en verzekeraar speelt een rol. Afspraken over het terugdringen van wachttijden worden zeker niet altijd gemaakt. Sommige aanbieders en verzekeraars willen daar ook geen concrete afspraken over maken. Een kwantitatief beeld van afspraken die wel gemaakt zijn ontbreekt, omdat het marktgevoelige informatie betreft.

Onderwerpen in de contractering die raken aan de wachttijdproblematiek zijn in ieder geval:

- Afspraken over omzetplafonds en bijcontractering. Vooral bij vrijgevestigden gaat het daarbij ook om planning en communicatie: problemen met omzetplafonds worden te laat gemeld of de periode voor bijcontractering wordt vanuit het perspectief van vrijgevestigden te vroeg in het jaar afgesloten.
- Het spanningsveld tussen afspraken over gemiddelde prijs per patiënt en afspraken over terugdringen wachttijden voor cliëntgroepen met een zware zorgvraag

Contractering kan een belangrijk instrument zijn om de wachttijden terug te dringen. De stuurgroep zal het monitorrapport van de NZa dat in het tweede kwartaal van 2019 verwacht wordt daarom zorgvuldig bestuderen en kort daarna beslissen over mogelijke acties op dit punt.

4. Verdiepende trajecten

De vier verdiepende trajecten zijn in het najaar van 2018 opgestart. De resultaten van de verdiepende trajecten worden in april 2019 besproken op het landelijke congres wachttijden en spoedig daarna definitief gemaakt. De landelijke Stuurgroep zal deze resultaten actief verspreiden. De resultaten van de inventarisatie van de inzet van ervaringsdeskundigen worden al in januari 2019 verwacht.

- **Onderzoek lange wachttijden specifieke cliëntgroepen:** Speciale aandacht is er in het actieplan voor cliëntgroepen die met extra lange wachttijden te maken hebben (autisme, licht verstandelijke beperking, persoonlijkheidsstoornissen en trauma). De landelijke Stuurgroep startte hiervoor in oktober een deelaanpak onder leiding van bureau HHM. Dit traject moet helpen om te achterhalen waarom de wachttijden juist bij deze groepen zo lang zijn en wat eraan gedaan kan worden (relatie met de actiepunten 1.1 t/m 1.4 en 9).
- **Casusaanpak:** Arteria Consulting helpt de landelijke Stuurgroep Wachttijden met de aanpak van complexe casuïstiek. In deze deelaanpak wordt in een aantal regio's in kaart gebracht hoe zij bij complexe zorgvragen tot samenwerking, regie en doorzettingsmacht komen. De focus ligt op regio's die al een goede werkwijze hebben ontwikkeld. Vervolgens wordt met andere regio's gekeken naar de mogelijkheden en toepasbaarheid van de uitkomsten op hun regio. Dit traject moet ertoe leiden dat regio's tot afspraken komen over samenwerking, regie en doorzettingsmacht. (relatie met de actiepunten 1.1 en 1.3, 1.4, 2).
- **Wachttijdbegeleiding:** Vanaf het moment van aanmelden tot de start van de behandeling wachten cliënten op zorg en ondersteuning. Op veel plekken in Nederland zijn allerlei initiatieven om deze wachttijd draaglijk te maken en om ook in

de gaten te houden of de situatie van cliënten niet verslechtert. EHealth, wachttijdgroepen of begeleiding door ervaringsdeskundigen zijn daar een voorbeeld van. Toch levert dat soort innovaties veel vragen op bij professionals en aanbieders: wat mag wel, wat mag niet? Hoe kan ik zoiets bij mij op gang brengen? En de cliënt zit soms met de vraag: bij wie kan ik terecht met mijn zorgen en vragen zolang ik nog op de wachtlijst sta? Onderzoeksbureau SIRM ondersteunt de Stuurgroep Wachttijden bij het in kaart brengen van praktijkvoorbeelden van wachttijdbegeleiding en stelt een plan van aanpak op voor opschaling van de succesvolle voorbeelden naar landelijk niveau. Bovendien worden de juridische, organisatorische en financiële verantwoordelijkheden bij de inzet van verschillende vormen van wachttijdbegeleiding verduidelijkt (relatie met de actiepunten 1.2, 3a wachttijdbegeleiding).

- **Inzet ervaringsdeskundigen:** De Vereniging van Ervaringsdeskundigen voert voor de Stuurgroep Wachttijden een inventarisatie uit om vast te stellen op welke wijze organisaties in het kader van wachtlijstbeheer bewust ervaringsdeskundigen inzetten. Ze brengen initiatieven in kaart waar ervaringsdeskundigen (mede) ingezet worden om de wachttijd terug te dringen (dus inzet voor wachtenden voor een behandeling in de GGZ of verslavingszorg). Daarnaast kijken ze naar initiatieven waar ervaringsdeskundigen ondersteuning bieden bij herstel, zodat cliënten weer grip krijgen op hun eigen leven en eerder kunnen uitstromen uit de gespecialiseerde GGZ of verslavingszorg. Ook verzekeraars gaan de stand van wetenschap en praktijk van de interventies die ervaringsdeskundigen plegen te bieden, in kaart brengen. Zo ontstaat duidelijkheid over de doelmatige inzet van ervaringsdeskundigen. In het Hoofdlijnenakkoord GGZ is afgesproken om meer gebruik te maken van ervaringsdeskundigen, die een belangrijke rol kunnen spelen bij het overbruggen van wachttijden. In 2019 wordt een bekostigingsexperiment uitgevoerd waarin de beroepen die het meeste bijdragen aan het verkorten van de wachttijden declarabel worden (relatie met actiepunt 6).

Bijlage 2: Stand van zaken aanpak wachttijden per regio/regionale taskforce**Welke Regionale Taskforces zijn gestart**

In de 1e tranche van de aanpak wachttijden (begin 2018) zijn 8 Regionale Taskforces (verder afgekort als RT) van start gegaan. De RT's omvatten het gebied van een zorgkantorregio. De 8 die in de 1e tranche zijn gestart zijn: Groningen, Friesland, Utrecht, Zuid-Holland Noord, West-Brabant, Midden-Brabant, Noord- en Midden Limburg en Zuid-Limburg. De RT in West-Brabant wordt mogelijk gesplitst in een westelijk deel en een oostelijk deel van West-Brabant. Ook Utrecht hanteert 2 subregio's: Utrecht Midden-West en Eemland.

In de 2e tranche zijn er vanaf de zomer 13 nieuwe RT's opgestart, wat het totaal op 21 RT's brengt. Het gaat om: Apeldoorn/Zutphen, Arnhem, Flevoland, Kennemerland, Midden-Holland, Midden-IJssel, Waardenland, Zaanstreek/Waterland, Zuid-Hollandse eilanden, Zuidoost Brabant, Zeeland, Amsterdam en Zwolle.

De opzet en opstart van de RT's was in eerste instantie in handen van KPMG. Doel is dat alle RT's zelfstandig verder gaan, met daarbij een aanspreekpunt vanuit de Stuurgroep. De begeleiding door KPMG wordt nu uitgefaseerd.

Op 2 plekken is het idee om de regio's samen te voegen met de RT's die al lopen. De RT van Amsterdam en Kennemerland (met de regio Amstelland/Meerlanden) en de RT Arnhem (met de regio Nijmegen). Hier zal begin 2019 een knoop over worden doorgehakt.

In 2 regio's vinden de 1^e bijeenkomsten begin 2019 plaats. Het betreft: Haaglanden en Rotterdam.

Bij 6 regio's is wel contact geweest vanuit de landelijke Stuurgroep Wachttijden, maar is geen RT wachttijden gestart omdat er toen geen directe aanleiding voor was. De wachttijden kwamen niet boven de Treeknormen uit, of er was al een regionaal overleg waar de wachttijden aan de orde kwamen. Het gaat hier om de regio's: Drenthe, Noord-Holland Noord, 't Gooi, Twente, Westlandland-Schieland-Delfland, Noordoost Brabant. Ook voor deze regio's zal er vanuit de stuurgroep een 'vinger aan de pols' worden gehouden over de wachttijden in die regio en de gezamenlijke verantwoordelijkheid om binnen de Treeknormen te blijven in die regio.

Wat zijn de aandachtspunten van de RT's

De RT's hebben bij de start van hun RT een knelpuntenanalyse gemaakt en op basis daarvan de 3 belangrijkste punten (voor die regio) er uitgelicht waar de focus op gelegd wordt om gezamenlijk aan te werken. In de knelpuntenanalyse is steeds dieper ingezoomd op de knelpunten die liggen op instellingsniveau, op regionaal niveau en op landelijk niveau. Bij het inzoomen komen (soms per regio verschillende) knelpunten naar boven: onvoldoende integraliteit in het aanbod, capaciteitsproblemen, onvoldoende kennis van elkaars aanbod, stokkende uitstroom, langere wachttijden voor mensen met een complexe zorgvraag in de GGZ, geen afspraken over wachttijdoeverbrugging, suboptimale inzet van wijkteams en problemen in de aansluiting tussen klinische faciliteiten en woonvormen. De RT komt met de knelpuntenanalyse tot de kern van het probleem, dat ze individueel of gezamenlijk op moeten lossen.

De knelpunten per regio zijn te clusteren naar:

- *Signaleringsfunctie en preventie* onvoldoende belegd bij huisartsen/POH GGZ, soms onvoldoende capaciteit bij de POH GGZ.
- Problemen in de verwijzing naar de juiste plek (*triage en intake*).
- Problemen in het *behandelaanbod en uitstroom*.

Binnen de RT's maakt men samen afspraken over oplossingen voor deze knelpunten.

Thema's die de RT's over hun eigen functioneren bespreken (in relatie tot de cijfers over de wachttijden) zijn:

- Stabiliteit van de RT (continuïteit afspraken, concrete acties)
- Samenstelling van de RT (juiste partijen, juiste mensen)
- Mandaat van de (leden binnen de) RT
- Resultaten van de RT
- Succesfactoren/belemmeringen in samenwerking binnen de regio

Bijlage 3: Cijfers wachttijden per regio en hoofddiagnosegroep (bron: Vektis) en toelichting schattingsmethodiek Vektis.

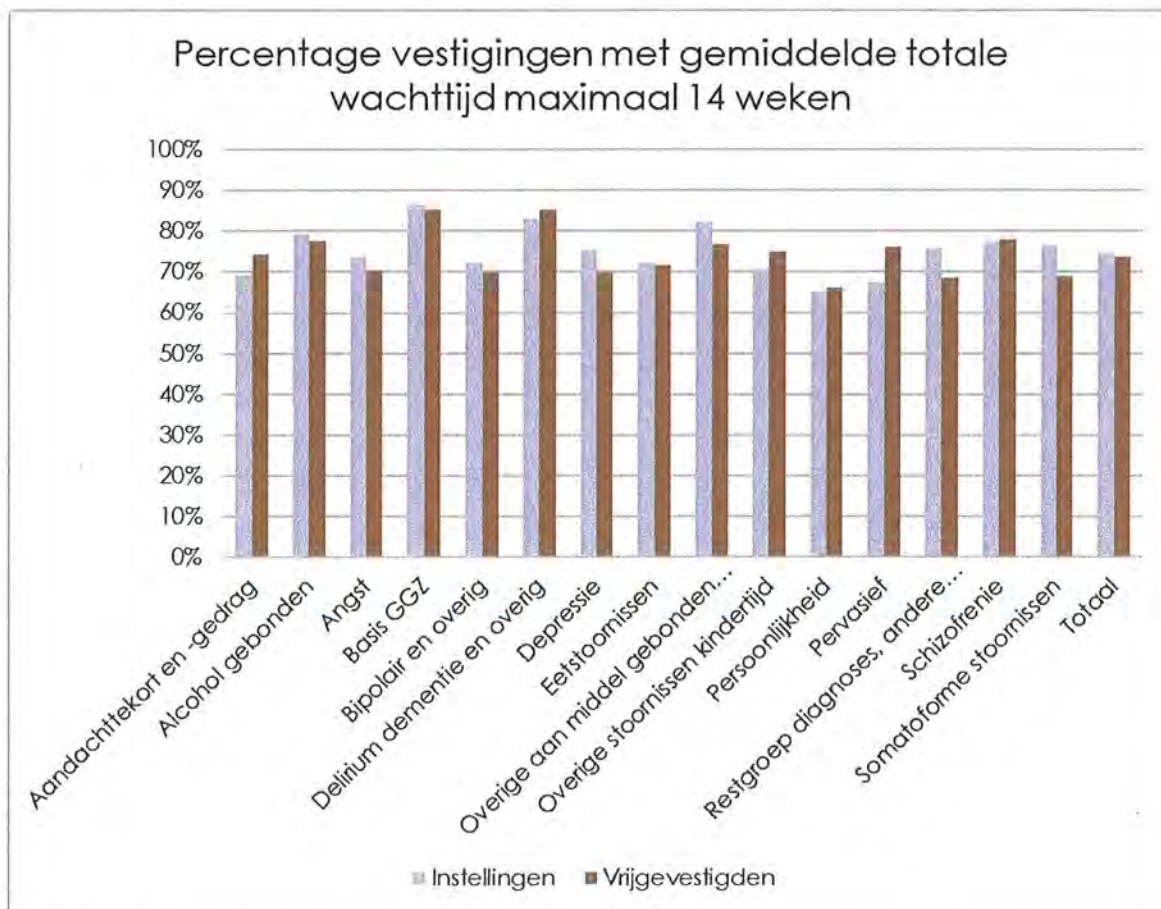
Diverse overzichten van cijfers, per regio en diagnosegroep, aantallen wachtenden boven/binnen de Treeknorm en aantal wachtenden per hoofddiagnosegroep. Daarnaast een toelichting op de schattingsmethodiek van Vektis.

1.Hotspotrapportage: cijfers per regio én hoofddiagnosegroep

Som van aannem- en behandelwachtijd samen	Persoonlijkheid	Pervasioel	Aandachtstrek en -gedrag	Restgroep diagnost. andere aandoeningen	Angst	Bipolaire en overig	Eetstoornissen	Overige stoornissen kinderj	Depressie	Schizofrenie	Alcohol gebonden	Somatoforme stoornissen	Overige aan middel gebonden stoornissen	Delirium dementie en overig	Basal GGZ
FLYVOLD	31,7	38,0	25,2	14,0	18,2	24,3		20,3	13,7	29,1	10,4	9,0	10,6	21,0	10,4
MIDDELLAND	18,4	30,3	14,2	15,9	14,4	17,9	6,0	20,2	14,1	22,2	21,2	14,2	7,0	17,0	11,6
HAAGLANDEN	18,2	17,3	17,9	17,2	16,5	17,2	14,8	14,6	16,6	17,9	18,1	15,6	18,1	17,2	11,4
ARNHEM	25,9	30,7	18,5	16,4	16,1	18,3	11,1	31,5	12,3	9,8	6,5	13,5	6,2	11,5	8,2
ZUID-LIMBURG	21,4	28,1	23,8	16,1	17,3	15,7	9,4	12,0	14,8	17,6	12,8	10,0	13,0	8,6	10,8
NUMEGEN	23,9	19,6	15,3	20,1	15,9	15,1	20,4	13,6	14,0	13,8	7,8	9,1	7,3	4,0	7,9
GRONINGEN	14,8	17,5	20,3	22,8	17,6	13,2	14,7	18,2	14,2	8,8	6,9	18,8	5,7	13,0	12,0
UTRECHT	22,6	11,9	10,3	17,1	12,8	22,3	18,9	9,7	12,0	10,4	18,9	16,0	14,8	12,3	7,1
ROTTERDAM	20,6	15,8	12,7	19,2	10,2	9,3	10,2	20,1	10,0	13,5	14,4	6,0	16,8	8,5	7,0
DRENTHE	17,4	18,7	12,8	15,2	17,2	10,9	17,8	6,8	13,7	25,1	8,5	8,8	8,7	13,2	9,1
Landelijk totaal	18,3	17,4	14,8	14,4	13,7	13,5	13,4	12,0	12,5	12,1	12,7	10,6	11,1	11,4	8,3
AMSTERDAM	24,9	23,3	12,3	14,8	14,2	13,9	15,9	12,7	13,5	13,6	7,7	8,2	7,1	6,9	6,3
MIDDELLAND	21,8	15,3	11,3	12,3	13,1	20,1	19,0	13,6	12,2	10,8	7,9	12,7	8,0	7,2	8,2
T GOOI	14,1	22,0	13,3	16,4	12,1	15,7	12,9	14,0	12,9	15,4	8,4	8,2	8,2	9,0	6,8
MIDDELLAND	15,7	18,1	17,7	10,1	14,5	8,1	40,0	10,0	14,3	6,1	5,8	10,5	6,5	9,0	6,2
NOORDOOST BRABANT	19,3	20,3	15,4	11,2	14,0	10,7	6,2	5,3	13,6	9,0	21,2	8,9	19,8	8,7	7,4
APELDOORN/ZUTPHEN E.O.	19,7	21,2	22,0	13,3	13,3	14,8	22,1		11,3	6,4	7,3	9,6	7,7	10,4	9,8
WEST-BRABANT	22,8	16,0	8,1	11,2	13,1	8,9	11,4	11,0	13,2	8,3	14,2	7,5	14,6	9,5	12,4
ZUID-HOLLANDSE EILANDEN	21,8	5,3	17,7	11,2	17,7	16,2	19,8	7,3	14,2	2,0	11,1	12,5	2,0	5,9	9,4
ZWOLLE	18,8	14,4	9,4	14,3	10,9	14,1	9,2	13,9	11,4	14,3	9,0	10,7	5,0	10,7	7,4
FRIESLAND	11,0	12,0	9,8	10,2	10,6	8,4	11,9	7,7	7,9	27,3	9,3	7,7	9,4	8,7	7,7
WAARDENLAND	10,9	16,8	10,4	10,6	8,8	6,6	13,6	8,0	8,1	10,1	17,0	6,6	16,6	4,0	7,6
WESTLAND SCHIELAND EN DELFLAND	17,0	10,9	13,8	11,4	11,7	6,9	15,0	7,7	10,9	6,9	3,8	9,9	9,0	6,0	8,0
ZUIDOOST-BRABANT	14,6	22,4	9,0	9,6	10,9	5,0	9,7	11,2	10,9	0,9	12,0	6,9	12,5	8,3	6,8
TWENTE	14,3	18,0	15,1	6,8	10,7	7,5	9,4	5,9	8,7	13,6	6,8	6,5	7,8	8,7	8,2
ZEELAND	9,4	11,8	10,2	8,1	10,2	8,0	8,0	6,0	9,7	10,2	13,2	5,4	15,1	17,0	6,4
ZAANSTREEK/WATERLAND	13,5	13,3	17,3	12,8	14,7	11,7			13,9	4,2	5,7	7,7	3,4	1,0	15,4
NOORD HOLLAND NOORD	11,7	11,3	12,1	11,2	11,9	10,9	10,9	11,0	11,7	11,0	3,2	11,2	4,2	0,1	7,5
ZUID-HOLLAND NOORD	11,7	15,4	10,7	9,3	10,8	10,2	5,9	13,8	7,5	8,0	4,8	7,6	4,9	5,6	6,5
KENNEMERLAND	8,8	21,5	8,4	9,4	8,1	7,2	7,6	6,6	7,3	8,1	7,6	7,3	8,1	7,8	7,6
AMSTELAND EN DE MEERLANDEN	16,1	3,2	13,3	12,9	10,2	14,8	7,5	9,0	11,6	6,6		7,1	0,0	5,8	9,6
NOORD-LIMBURG	13,9	9,2	8,3	11,8	10,7	6,3	12,9	9,0	5,8	3,9	6,1	5,1	6,5	3,6	7,5

Totale wachttijd per patiëntengroep per regio in weken (bron Vektis, november 2018). De totale gemiddelde wachttijd is hiervoor gewogen op basis van het aantal afgesloten declaraties in de afgelopen 12 maanden.

2. Percentage van vestigingen van zorgaanbieders met wachttijden onder de Treeknorm



Inzicht in het percentage vestigingen van zorgaanbieders waar de totale wachttijd maximaal 14 weken is (Treknorm), naar diagnosegroep binnen de gespecialiseerde ggz en naar basis ggz, uitgesplitst naar instellingen en vrijgevestigden. Bron: Vektis -cijfers over november 2018 - berekend via de vestigingen van zorgaanbieders.

3. Methode schatting van het aantal wachtenden in de ggz.

De schatting maakt gebruik van de een wiskundig verband uit de wachtrijtheorie: het gemiddelde aantal wachtenden in een wachtrij = het gemiddelde aantal mensen per week dat aan de wachtrij wordt toegevoegd x de gemiddelde wachttijd in weken (stelling van Little).

De stelling gaat uit van een situatie die min of meer stabiel is. In de praktijk zullen er dus afwijkingen zijn, bijvoorbeeld door vakantieperioden.

Bepaling landelijke cijfers van het aantal wachtenden – per patiëntgroep

Het gemiddelde aantal mensen per week dat aan de wachtlijst wordt toegevoegd is bepaald door het aantal mensen dat in 2016 een initiële DBC heeft gehad te delen door 52 weken. Mensen met vervolg DBC's zijn niet meegeteld hier.

Voor de basis GGZ hebben we het aantal mensen met een prestatie in de basis ggz in 2016 gedeeld door 52 weken, en daarvan 76% genomen (dit is het percentage dat geen zorg had in de basis ggz of specialistische ggz in het voorafgaande jaar).

De gemiddelde wachttijd in weken is door Vektis berekend per patiëntgroep, gebaseerd op de aangeleverde wachttijden van zorgaanbieders, waarbij rekening is gehouden met het aantal patiënten dat door de zorgaanbieder is behandeld in de groep.

Daarbij is de aanmeldwachttijd en behandelwachttijd opgeteld tot een totale wachttijd.

Aanname wachttijd voor diagnostiek en behandeling kort:

Voor deze twee groepen mensen wordt geen specifieke wachttijdinformatie opgevraagd. Vektis heeft voor deze groepen als optimistische aanname gedaan dat deze mensen een korte wachttijd hebben (gelijk aan de wachttijden in de basis GGZ).

Sommige mensen hebben meerdere DBC's voor verschillende diagnosegroepen, of bijvoorbeeld diagnostiek, in een jaar. In het model hebben deze mensen meerdere keren een wachttijd.

Bepaling cijfers van het aantal vestigingen dat maximaal 14 weken wachttijd heeft – per patiëntgroep

De gemiddelde wachttijd in weken is door de zorgaanbieder per vestiging per patiëntgroep aangeleverd. De aanmeldwachttijd en behandelwachttijd zijn opgeteld tot een totale wachttijd. Als de wachttijd groter is dan 14 weken, worden de wachtenden geteld als "langer dan 14 weken". Als de wachttijd 14 weken of minder is, dan worden de wachtenden geteld als "14 weken of minder".

Als de vestiging geen patiënten heeft gehad in de wachttijd-periode voor aanmelding of behandeling voor de betreffende patiëntengroep, dan is de totale wachttijd niet compleet en zijn deze vestigingen niet meegenomen in de noemer. Deze vestigingen behandelen meestal een klein aantal patiënten en daardoor slechts een klein potentieel om patiënten naar te verwijzen.

Kwaliteitsgelden GGZ 2017 (premie)	Begroting	Biggestelde begroting (1/9)	Uitgaven tot 31/12
	INKOMSTEN	INKOMSTEN	INKOMSTEN
Restant uit 2016	417.000	417.000	417.000
Bijdragen zorgverzekeraars	5.000.000	5.000.000	5.000.000
Totaal inkomsten	5.417.000	5.417.000	5.417.000
	UITGAVEN	UITGAVEN	UITGAVEN
0. Algemene uitgaven			
Projectondersteuning	100.000	100.000	100.000
Communicatie agenda	70.000	70.000	70.000
1. De patiënt volgt regie			
Ondersteuning patientenorganisaties	500.000	500.000	500.000
2. Inzetten op kwaliteit en doelmatigheid			
Zorgstandaarden (inclusief implementatie)	3.000.000	3.000.000	3.000.000
Non-waigeregelden (SVR)	797.000	797.000	797.000
Onderhoud kwaliteitsstatuut	100.000	100.000	100.000
Preventie en vroeger interventie	10.000	10.000	10.000
3. Doorzame en herkenbare bekostiging			
Piloten en training nieuwe productstructuur	385.000	385.000	385.000
4. Wetenschappelijk onderzoek			
5. Overige projectvoorstellen			
Stichting E-health en kopertaal	160.000	160.000	160.000
Ondersteuning keuze-onderzoekende website	100.000	100.000	100.000
Experimenten integraal aanbod	80.000	80.000	80.000
Aanvulling preventie en vroeger interventie	25.000	25.000	25.000
Aanvulling HAP - acute GGZ	60.000	60.000	60.000
Ondersteuning aanpak wachttijden	0	0	0
Kosten NVVP voor zorgwaagwaarde traject 2016	0	0	0
Nog niet verstrekt	30.000	30.000	30.000
Totaal uitgaven	5.417.000	5.417.000	5.025.303
Overhevelen naar 2018			391.697

Omschrijving mutatie

Bedrag

Begroting 2017
 werkdagen 8 uren
 14 uren, 16 uren
 werkdagen jan 2017
 GGZ doorlooptijd kosten jan/feb 2017
 toelichting beoordeling, helpdesk, koppelen
 INFINET okt 2016 insom LNDM
 INFINET nov 2016 insom LNDM
 INFINET nov 2016 LNDM act
 SVR restant budget 2016 realisatie
 SVR voorschot begroting 2017
 11 uren, 20 uren
 januari 2017
 rapport investeren in preventieve GGZ
 VSU 38 uren, februari 2017 imp. GGZ
 28 uren, 16 uren
 MEDIQ fase 4-opdracht 2016-GGZ Kwaliteit
 imp. GGZ Kwaliteitsstatuut maart 2017
 5x kwaliteitsgelden GGZ maart 2017
 CAPCONS 1000 uren april 2017
 RIND GGZ HONOS+ voortvinding etc
 VSU 31 uren april 2017 GGZ kwaliteits
 CAPCONS alleen btw rest is betaald
 VSU mei 2017 42 uren april GGZ kwaliteits
 VSU werk 1 juni 2017 31 uren
 CAPCONS juni 17 20uren
 MEDIQ registratie 17 toelichting Q1 heladen
 KWAGGZ toekomst GGZ 2012
 50 projectovername agenda GGZ
 CAPCONS 20uren 14 uren
 Hosting website 2017
 MEDIQ GGZ kwaliteitsgelden Q2 2017
 INR doorontw. product structuur GGZ
 LANCZ voorschot Meit 2017
 INR doorontw. product struct. GGZ-aug 2
 MEDIQ GGZ kwaliteitsgelden Q3 2017
 GGZ agenda GGZ maart/september 2017
 VSU 22 uren september 2017
 GGZ stichting kopertaal
 VSU 22 uren juli-aug 2017
 uren workshop GGZ 28sept 17
 NVP gemakke kosten door Cap Consulting
 15 dagen voorlichting GGZ
 INR structuur GGZ uren september 2017
 INR 2e lin ICT ondersteuning okt 2017
 INR 2e lin helpdesk/afdeling okt 2017
 VSU 1000 oktober 2017 GGZ
 RIND training HONOS+ Sando onderdient D
 85000 prog. mgmt. AGUT
 KPMG ring lastforcewaacht GGZ
 11000 110000 november 2017
 InfinitiCare
 de virtuele projectmanager
 de virtuele projectmanager
 KPMG
 InfinitiCare
 InfinitiCare

TOTAAL UITGAVEN

5.025.303



Kwaliteitsbegiden GGZ 2018 (premie)	Begroting	Uitgaven tot 31/12
	INKOMSTEN	INKOMSTEN
Begroting 2018	290.000	290.000
Bijdragen zorgverzekeraars	6.000.000	6.000.000
Totaal inkomsten	6.390.000	6.390.000
	UITGAVEN	UITGAVEN
0. Algemene uitgaven		
Projectondersteuning	150.000	150.000
Communicatie agenda	50.000	30.492
1. De patiënt voert regie		
Ondersteuning patiëntenvoorgansaten	500.000	300.000
2. Inzetten op kwaliteit en doelmatigheid		
Zorgstandaarden (inclusief implementatie)	3.000.000	2.000.000
Rom vrijgevestigden (SVR)	650.000	643.252
Onderhoud kwaliteitsstatuut	150.000	100.000
3. Duurzame en herkenbare bekostiging		
Ploets en training nieuwe productstructuur	1.200.000	39.765
4. Overige projectvoorzetten		
Ondersteuning keuze-ondersteunende website	100.000	0
Experimenten integraal aanbod	80.000	0
Aanvulling preventie en vroege interventie	25.000	0
Aansluiting HAP - acute GGZ	60.000	0
Ondersteuning aanpak wachtlijden	425.000	0
Totaal uitgaven	6.390.000	4.880.000

Overhevelen naar 2019 **1.510.000**

Crediteur	Factuurdatum	Totaalbedrag
GGZ brug AGGT - een dec. 2018	31-12-2018	100.000
MIDIQ beheer/factuur/hulpdesk Q4 2018	31-12-2018	100.000
VEK rapp. EN stuur. wachtlijst GGZ	31-12-2018	100.000
VEK wachtlijst GGZ voorstuurgroep Q4	31-12-2018	100.000
MIDIQ Ontwikkeling	21-12-2018	100.000
WVS congres weg met wachtlijst 12 apr. 19	18-12-2018	100.000
SGZ wachtlijden GGZ in deregio	17-12-2018	100.000
Vereniging van ervaringsdeskundigen	13-12-2018	100.000
GGZ vergadering 26 nov. 2018	10-12-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	7-12-2018	100.000
Punt Communicatie	02-12-2018	100.000
GGZ Nederland	04-12-2018	100.000
MediQuest	03-01-2018	100.000
Punt Communicatie	05-11-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-11-2018	100.000
MediQuest	18-10-2018	100.000
Punt Communicatie	04-10-2018	100.000
Punt Communicatie	04-10-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-10-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-09-2018	100.000
Significant BV	21-08-2018	100.000
Landelijk Platform GGZ	19-07-2018	100.000
MediQuest	12-07-2018	100.000
Anna Stienstra Media	03-07-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	02-07-2018	100.000
Significant BV	18-06-2018	100.000
Anna Stienstra Media	06-06-2018	100.000
KPMG	03-06-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-06-2018	100.000
KPMG	16-05-2018	100.000
InfiniCare	11-05-2018	100.000
InfiniCare	11-05-2018	100.000
Anna Stienstra Media	01-05-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-05-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-05-2018	100.000
Significant BV	25-04-2018	100.000
MediQuest	17-04-2018	100.000
Anna Stienstra Media	03-04-2018	100.000
KPMG	03-04-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	03-04-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	26-03-2018	100.000
KPMG	26-03-2018	100.000
Significant BV	15-03-2018	100.000
St. Vrijgevestigden GGZ	13-03-2018	100.000
InfiniCare	07-03-2018	100.000
InfiniCare	05-03-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	02-03-2018	100.000
St. Vrijgevestigden RDMen	01-03-2018	100.000
Anna Stienstra Media	01-03-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	01-03-2018	100.000
Significant BV	22-02-2018	100.000
Centrale Rine Groep BV	14-02-2018	100.000
GGZ Nederland	05-02-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	31-01-2018	100.000
De Graaf Beleidsadvies	29-01-2018	100.000
St. Vrijgevestigden RDMen	02-01-2018	100.000
TOTAAL		4.879.242

Projectondersteuning	communicatie	SVR	KV	NPS	wachtlijden	ROM	ROM
19.928	8.325	482.814	75.844	9.200	1.000	1.000	1.000
1.114	4.478	160.938	75.844	5.094	1.000	1.000	1.000
5.396	1.549	5.394	5.394	5.094	1.000	1.000	1.000
6.000	7.744	1.514	1.514	5.094	1.000	1.000	1.000
6.498	6.195	1.514	1.514	15.282	1.000	1.000	1.000
7.449		84.320			1.000	1.000	1.000
4.750		24.772			1.000	1.000	1.000
3.000		25.000			1.000	1.000	1.000
650.000		21.322			1.000	1.000	1.000
150.000		10.417			1.000	1.000	1.000
500.000		18			1.000	1.000	1.000
3.000.000		4.631			1.000	1.000	1.000
650.000		10			1.000	1.000	1.000
150.000		10.417			1.000	1.000	1.000
1.200.000		10.417			1.000	1.000	1.000
100.000		10.417			1.000	1.000	1.000
80.000		10.417			1.000	1.000	1.000
25.000		10.417			1.000	1.000	1.000
60.000		10.417			1.000	1.000	1.000
425.000		10.417			1.000	1.000	1.000
TOTAAL	30.492	643.752	138.208	39.765	426.017	500.000	2.000.000

[illegible]

Creditor	Factuurdatum	Totaalbedrag
Innovation	16-05-2019	30.15
SiRM Healthcare BV	10-05-2019	
tBureau	05-05-2019	
tBureau	04-05-2019	
Punt Communicatie	03-05-2019	
tBureau	01-05-2019	
MediQuest	29-04-2019	
MediQuest	29-03-2019	
WVS congres	25-04-2019	
VvED	24-04-2019	
Lexenzo	22-04-2019	
Dyzlo Film	17-04-2019	
One Meeting BV	16-04-2019	
VEKTIS	16-04-2019	
VEKTIS	16-04-2019	
Bureau & Maas	12-04-2019	
Kuilenbrouwer Woorden Die Werken	12-04-2019	
One Meeting BV	11-04-2019	
Punt Communicatie	01-04-2019	
GGZ Nederland	19-03-2019	
Akwa GGZ	12-03-2019	
Punt Communicatie	10-03-2019	
InEen	15-02-2019	
tBureau	03-02-2019	
Punt Communicatie	02-02-2019	
Significant BV	17-12-2018	

10.2.e, tenzij anders vermeld

Doc. 78

Kwaliteitsgelden GGZ 2020

Begroting

INKOMSTEN	
Restant uit 2019	500.000
Bijdragen zorgverzekeraars (HLA GGZ)	7.400.000
Eenmalige bijdrage uit AKWA GGZ	0
Totaal inkomsten	7.900.000

nog niet verdeeld + projectondersteuning 2019

UITGAVEN	
0. Algemene uitgaven	
Projectondersteuning	0
1. De patiënt voert regie	
Ondersteuning patiëntenorganisaties	500.000
2. Inzetten op kwaliteit en doelmatigheid	
Operationele kosten Akwa GGZ	6.000.000
Ontwikkeling + onderhoud kwaliteitsstatuut	150.000
Veldnorm beroepenstructuur	210.000
3. Duurzame en herkenbare bekostiging	
Programma implementatie zorgprestatie model	480.000
4. Overige projectvoorstellen	
Ondersteuning keuze-ondersteunende website	0
Ondersteuning aanpak wachttijden	460.000
Totaal uitgaven	7.800.000
<i>nog niet verdeeld</i>	<i>100.000</i>

Overhevelen naar 2021

Voortgang HLA op onderdelen

Punten aangeleverd door P3NL, GGZ NL en MIND

1. Bekostigingsexperiment

Tijdens het DO HLA van 20 mei jl. is opnieuw gesproken over het voorstel van GGZ NL, ZN, NZa, NIP en P3NL. De resterende vragen zijn sinds dit overleg onderling besproken. Het bekostigingsexperiment staat voor het overleg van 3 juni ter besluitvorming op de agenda.

2. Deelname VNG aan HLA

Dit betreft bijvoorbeeld de afspraken over zaken waarbij de gemeente de primaire financier is: bekostiging van mantelzorgondersteuning, respijtoorzieningen, psycho-educatie, regionale cliënt-initiatieven als herstelacademies en zelfregiecentra etc. Belemmeringen in financiering tussen domeinen zijn nog niet weggenomen: consultatiefunctie, overgang 18-/18+. Over beide vindt overleg plaats met partijen. De stand van zaken met betrekking tot de deelname van de VNG aan het HLA staat voor dit overleg op de agenda.

3. Bekostigingsstructuur

Advies op hoofdlijnen over nieuwe bekostiging is ondersteund, er is nog veel werk te doen.
Kostprijsonderzoek loopt.

4. Kwaliteit(ssstandaarden)

Transparantie over kwaliteit wordt op meerdere plaatsen genoemd, zowel in relatie tot het kwaliteitsstatuut als tot de kwaliteitsstandaarden en indicatoren. Aandacht voor voortgang op transparantie.
GGZ Nederland heeft inschrijving zorgstandaarden geaccordeerd. Brief met overtuigingen en uitgangspunten die leidend zijn voor onze leden bij het gebruik en de implementatie van de kwaliteitsstandaarden aan HLA-partijen verzonden.
GMAP: Op 20 juni BO besluitvorming over invoering generieke module acute psychiatrie en bekostiging obv beschikbaarheid

5. Aanpak wachtlijsten

Stuurgroep wachttijden stimuleert regio's en voert uit conform afspraken met de staatssecretaris.
Professionals/ instellingen in de regio en financiers maken steeds vaker afspraken over (de juiste voorwaarden voor) instroom, doorstroom en uitstroom.
Aandacht nodig voor randvoorwaarden op arbeidsmarkt, regeldruk, VNG deelname en financiering tussen domeinen.

6. Verminderen regeldruk

Rapportage taskforce gepast gebruik is opgeleverd. Op rechtmatigheid over aanpassing kwaliteitsstatuut tbv taakherschikking en administratieve lastenverlichting loopt nog, concreet resultaat nodig. Actieplan Ontregel de zorg wordt uitgevoerd.

Voor professionals nog niet merkbaar minder regeldruk, GGZ Nederland ontwikkelt plan voor specifieke knelpunten rondom regiebehandelaar, verwijzen, tijdschrijven en uniforme informatie-uitwisseling.

7. Verbetering arbeidsmarkt

GGZ NL heeft met NVvP intentieverklaring afgesproken voor voldoende inzet professionals in anw- en crisisdiensten en werkplezier.
Met V&VN en NVvP wordt dit geconcretiseerd in een plan van aanpak.
Vertaling OVA in gecontracteerde prijzen heeft deels plaatsgevonden.
Er wordt met sociale partners gesproken over een nieuwe cao. Aantrekkelijk werkgeverschap staat centraal in inzet GGZ NL

20 miljoen aan extra opleidingsgelden 2019 is verdeeld, subsidie-aanvraag extra opleiding verslavingsarts is ingediend, toekenning van deze subsidieplaatsen is gerealiseerd.
Structureel extra opleidingsplaatsen via Capaciteitsorgaan en TOP Opleidingen zijn toegezegd, nog geen inzicht in financiering daarvan.
Kostendekkende beschikbaarheidsbijdrage voor opleidingen is onderdeel kostprijsonderzoek.
Verhoging stagefonds nodig passend bij extra stages.

8. Regionale structuur voor belangenbehartiging door ervaringsdeskundigen in de regio

Regionale structuur noodzakelijk om een actieve betrokkenheid van ervaringsdeskundigen (en wel op inhoudelijk passend niveau) in de belangenbehartiging in de regio waar te maken.

9. Stimuleren contractering

In het HLA zijn de afspraken rond contractering expliciet gekoppeld aan gevallen van aantoonbaar ondoelmatige zorg. Context het stimuleren van contractering. Relatie met conceptwetsvoorstel.

10. Samenhang

Hierbij gaat het om alle lopende trajecten in de ggz, zowel binnen het HLA als daarbuiten. Noodzaak tot integrale blik, en een integrale aanpak. Dit betreft bijvoorbeeld de samenhang met het programma Zorg voor de jeugd, Personen met verward gedrag en de Meerjarenagenda BW/MO. Het HLA is bij uitstek het punt waarop alles in de ggz samen zou moeten komen.

11. Beroepenstructuur

Na de besluitvorming binnen het BO en de nadere bespreking binnen het DO is de tweede fase van het project beroepenstructuur psychologische en pedagogische beroepen van start gegaan. De stuurgroep is bijeen geweest en heeft een aangepaste planning gemaakt en een nadere invulling van het plan van aanpak. Zij wordt hierbij ondersteund door SiRM. Met de LVVP en MIND worden conform de toezegging in het BO

van 29 maart jl. afspraken gemaakt over de wijze waarop zij aangehaakt worden binnen het project. Er is een externe voorzitter aangezocht voor de bestuurlijke overleggen binnen het project en het voorzitten van de adviesgroep met alle belanghebbende partijen. Zo snel als mogelijk zal ter informatie aan het DO HLA een aangepast plan van aanpak en bijbehorende begroting worden neergelegd.

12. Veldnorm

In het verlengde van het bekostigingsexperiment is gesproken over het ontwikkelen van een veldnorm. P3NL is bereid om het initiatief te nemen namens de HLA-partijen om hier mee aan de slag te gaan. N.a.v. de bespreking in het DO HLA van 6 maart jl. is er contact opgenomen met zowel de NZa als Akwa inzake de governance van het project 'ontwikkelen veldnorm'. De verwachting is dat op korte termijn een aanvulling inzake de governance op de uitgangspunten voor de ontwikkeling van de veldnorm (experiment bekostiging) kan worden aangeleverd.

Zorgactiviteit		Soort	Selecteerbaar	Mag direct	Mag indirect	Mag relatief	Mag groep
za_2	Diagnostiek	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_2.1	Intake, Diagnostiek en Advisering nav intake en/of diagnostiek, onderzoek en risicotaxatie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3	Behandeling	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_3.1	Communicatief behandelcontact met patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3.2	Farmacotherapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3.3	Fysische therapie	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3.4	Vaktherapie met patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3.5	Fysiotherapie met patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3.6	Ergotherapie met patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_3.7	Behandelcontact zonder patiënt met systeem van patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_4	Begeleiding	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_4.1	Geneeskundige begeleiding	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_4.1.1	Geneeskundige begeleiding met patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_4.2	Ondersteunende begeleiding tijdens verblijf met overnachting	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_4.2.1	Ondersteunende begeleiding patiënt tijdens verblijf met overnachting	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_4.2.2	Begeleidingscontact zonder patiënt met systeem van patiënt	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_5	Verpleging	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_5.1	Verpleging	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_6	Crisiscontact	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_6.1	Crisiscontact	Tijdschrijven	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
za_7	Algemeen indirecte tijd	Tijdschrijven	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_7.1	Pre-intake, zorgcoördinatie, extern overleg derden, verslaglegging algemeen, dossierstudie, regelen toeken	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
za_7.2	No-show	Tijdschrijven	Ja	Nee	Nee	Ja	Nee
za_7.3	Interne patiëntbespreking (MDO)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
za_7.4.1	Activiteiten ivm juridische procedures	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja
za_7.4.2	Activiteiten ivm juridische procedures (fz)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
za_7.5	Extern overleg derden (fz)	Tijdschrijven	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
za_8	Verblijf		Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8	Deelprestaties verblijf GGZ (24 uren verblijf)	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.01	Deelprestatie verblijf GGZ A (Lichte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.02	Deelprestatie verblijf GGZ B (Beperkte verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.03	Deelprestatie verblijf GGZ C (Matige verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.04	Deelprestatie verblijf GGZ D (Gemiddelde verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.05	Deelprestatie verblijf GGZ E (Intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.06	Deelprestatie verblijf GGZ F (Extra intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.07	Deelprestatie verblijf GGZ G (Zeer intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.08	Deelprestatie verblijf GGZ H (High Intensive Care)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.8.09	Verblijf met rechtvaardigingsgrond	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.9	Verblijf zonder overnachting	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.10	Verblijf crisis binnen budget	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.10.4	Verblijf crisis binnen budget D (gemiddelde verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.10.5	Verblijf crisis binnen budget E (intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.10.6	Verblijf crisis binnen budget F (extra intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.10.7	Verblijf crisis binnen budget G (zeer intensieve verzorgingsgraad)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.10.8	Verblijf crisis binnen budget H (high intensieve care)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11	Deelprestaties verblijf GGZ (24 uren verblijf)	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.1	Deelprestatie verblijf GGZ A2 (Lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.2	Deelprestatie verblijf GGZ B2 (Beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.3	Deelprestatie verblijf GGZ C2 (Matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.4	Deelprestatie verblijf GGZ D2 (Gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.5	Deelprestatie verblijf GGZ E2 (Intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.6	Deelprestatie verblijf GGZ F2 (Extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.11.7	Deelprestatie verblijf GGZ G2 (Zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 2)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12	Deelprestaties verblijf GGZ (24 uren verblijf)	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.1	Deelprestatie verblijf GGZ A3 (Lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.2	Deelprestatie verblijf GGZ B3 (Beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.3	Deelprestatie verblijf GGZ C3 (Matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.4	Deelprestatie verblijf GGZ D3 (Gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.5	Deelprestatie verblijf GGZ E3 (Intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.6	Deelprestatie verblijf GGZ F3 (Extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.12.7	Deelprestatie verblijf GGZ G3 (Zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau 3)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee

za_8.5	Verblijf forensisch	Verblijfsdag	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.20	Verblijfssoort A1 (lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.21	Verblijfssoort A2 (lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.22	Verblijfssoort A3 (lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.23	Verblijfssoort A4 (lichte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.24	Verblijfssoort B1 (beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.25	Verblijfssoort B2 (beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.26	Verblijfssoort B3 (beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.27	Verblijfssoort B4 (beperkte verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.28	Verblijfssoort C1 (matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.29	Verblijfssoort C2 (matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.30	Verblijfssoort C3 (matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.31	Verblijfssoort C4 (matige verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.32	Verblijfssoort D1 (gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.33	Verblijfssoort D2 (gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.34	Verblijfssoort D3 (gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.35	Verblijfssoort D4 (gemiddelde verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.36	Verblijfssoort E1 (intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.37	Verblijfssoort E2 (intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.38	Verblijfssoort E3 (intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.39	Verblijfssoort E4 (intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.40	Verblijfssoort F1 (extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.41	Verblijfssoort F2 (extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.42	Verblijfssoort F3 (extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.43	Verblijfssoort F4 (extra intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.44	Verblijfssoort G1 (zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau laag)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.45	Verblijfssoort G2 (zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau gemiddeld)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.46	Verblijfssoort G3 (zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.47	Verblijfssoort G4 (zeer intensieve verzorgingsgraad, beveiligingsniveau zeer hoog)	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_8.5.7	No show klinisch	Verblijfsdag	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_9	Dagbesteding (per uur)	Dagbesteding	nee	nee	nee	nee	nee
za_9.1	Dagbesteding (per uur)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_9.2	Dagbesteding (beveiligingsniveau laag)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_9.3	Dagbesteding (beveiligingsniveau midden, hoog, zeer, hoog)	Dagbesteding	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10	Verrichtingen	Verrichting	nee	nee	nee	nee	nee
za_10.1	Verrichting - Electroconvulsie therapie	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10.2	Verrichting - Ambulante methadon (medicijn, registratie per maand)	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10.4	Fpt-forensisch psychiatrisch toezicht	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10.5	SGLVG+	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10.6	Toeslag folk gebarentaal/communicatiespecialist	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10.7	Toeslag - Oorlogsgerefeerd psychotrauma	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee
za_10.8	Voorbereiding zorgmachtiging	Verrichting	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee

[REDACTED], 25 februari 2019

Naar een kwaliteitskompas voor de langdurige GGz; projectvoorstel

Inleiding: waarom een kwaliteitskompas?

De ontwikkeling van een kwaliteitskader voor de langdurige ggz is een wens die al enige tijd zowel bij GGz Nederland als bij MIND sterk leeft. Hierbij wordt gedacht aan een 'kwaliteitskompas', dat primair als wegwijzer voor cliënten en professionals moet fungeren, en dat uiteindelijk ook door andere belangstellenden via een digitale portal te raadplegen valt.

De groep cliënten waarvoor het kwaliteitskompas betekenis moet krijgen, kunnen we vooralsnog als volgt omschrijven. Het gaat om mensen met ernstige en langdurige psychische aandoeningen. Zij moeten te allen tijde een beroep kunnen doen op goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling. Echter, hun behoeften hebben zelden alleen betrekking op het werkterrein van de ggz. Vaker gaat het om universele thema's als geaccepteerd worden als persoon, sociale relaties en deelname aan het maatschappelijk verkeer. Zij hebben dezelfde levenswensen als andere burgers, maar verkeren doorgaans in een nadelige positie om hun wensen te realiseren. Zo zijn er forse achterstanden in lichamelijke gezondheid, behandeling, veiligheid, inkomen, arbeid en relaties. De helft zegt meer ondersteuning te willen om deel te kunnen nemen aan de samenleving. Kortom: het aanbod van behandeling, begeleiding en ondersteuning moet mensen met ernstige psychische aandoeningen helpen hun mogelijkheden tot herstel en burgerschap optimaal te benutten. Vaak zal een combinatie van zorg en ondersteuning vanuit verschillende sectoren nodig zijn, met inbreng van verschillende disciplines, en vanuit meerdere wettelijke kaders (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014).

Met behulp van het beoogde kwaliteitskompas moeten deze cliënten hun weg naar een passend zorg- en ondersteuningsaanbod gemakkelijker kunnen vinden en zullen professionele hulpverleners beschikken over een actueel referentiekader voor hun dagelijks werk. Met zo'n kwaliteitskompas in de hand wordt het bovendien gemakkelijker om met stakeholders op lokaal, regionaal en landelijk niveau te overleggen. Het vertrekpunt daarbij dient immers inhoudelijk van aard te zijn, namelijk de zorg- en ondersteuningsvraag van de cliënt in relatie tot het beschikbare behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod. Pas daarna kan, mede op basis van zorginhoudelijke overwegingen, over de organisatie, bekostiging en tarieven van zorg worden gesproken.

Vanwege een aantal actuele beleidsontwikkelingen op dit zorgterrein is de ontwikkeling van een kwaliteitskompas extra urgent geworden. Denk aan de recente aandacht van de Inspectie Gezondheidszorg voor het toezicht op de kwaliteit van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en van de intersectorale zorgnetwerken die daarvoor nodig zijn (IG, 2019). Denk ook aan ontwikkelingen rondom de toegang tot de Wet Langdurige zorg (Wlz), het kostprijsonderzoek met betrekking tot de Wlz en de ZZP zorgprofielen die in opdracht van het ministerie van VWS worden ontwikkeld. Tegen deze achtergrond adviseerden de NZa en het ZIN om tot een kwaliteitskader voor de langdurige ggz te komen.

Dientengevolge zijn in het voorjaar van 2018 gesprekken gevoerd met cliënten, leden en bestuurders in de ggz. Daaruit bleek dat men tevreden is over de

kennisontwikkeling inzake kwaliteitszorg in de langdurige GGz: op landelijk niveau is er veel onderzoek gedaan naar, en kennis gebundeld over, goede langdurige GGz. Denk aan de tot stand gekomen zorgstandaarden en generieke modules over kwaliteitszorg in de ggz, waaronder de generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA) (Netwerk Kwaliteits Ontwikkeling, 2017). Hiermee is veel valide materiaal beschikbaar gekomen om op de werkvloer mee aan de slag te gaan. Ook zijn er op lokaal en regionaal niveau nieuwe interventies uitgetoetst. Deze interventies waren in veel gevallen gebaseerd op wetenschappelijke kennis, maar vaak ook op professionele kennis of ervaringskennis, of op een combinatie van deze drie kennisbronnen. Meestal staat hierbij het persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met een psychische aandoening centraal, al dan niet in combinatie met andere problematiek. Cliënten en hun naastbetrokkenen hebben bovendien meer zeggenschap in hun behandeling, begeleiding en ondersteuning gekregen. Zonder hun inspraak, zo is de gedachte, kan er onvoldoende kwaliteit worden geleverd en is de motivatie om zich te committeren met behandeling, begeleiding of ondersteuning geringer.

Wat echter ontbreekt is een compleet overzicht van alle beschikbare bewezen effectieve interventies en andere *best practices* in de langdurige zorg. Dat wrekt zich bij zorgaanbieders die immers hierop worden bevraagd door met name de zorgverzekeraars, de gemeenten en het ministerie van VWS. De vraag wat de beste behandeling, begeleiding of ondersteuning in een bepaalde situatie is, is voor hen dan ook vaak lastig te beantwoorden. Het beoogde kwaliteitskompas moet in deze lacune gaan voorzien. In dit projectvoorstel wordt beschreven hoe we dit kwaliteitskompas tot stand willen brengen. Maar eerst beschrijven we in hoofdlijnen wat we ons, in de omschrijving van de opdrachtgevers, bij het beoogde kwaliteitskompas moeten voorstellen.

Het kwaliteitskompas: globale beschrijving en uitgangspunten

In de visie van GGz Nederland en MIND moet het beoogde kwaliteitskompas lijken op een apothekerskast met een grote hoeveelheid laatjes. Op de horizontale as zijn de verschillende herstelfasen en -perspectieven afgezet, op de verticale as worden de diverse levensdomeinen als 'mentaal welbevinden', 'sociaal maatschappelijke participatie', 'lichamelijk welbevinden', 'kwaliteit van leven' en 'zingeving' (gebaseerd op het begrip positieve gezondheid van Machteld Huber) geplaatst. In de laatjes zitten relevante interventies op een bepaald levensdomein in een bepaalde fase van herstel. Om het geheel overzichtelijk te houden, hoeft deze verzameling niet uitputtend te zijn. De interventies zijn gestoeld op wetenschappelijke-, praktijk- en ervaringskennis en *family competence*. Het is aan de cliënt, zijn naasten en professionals om te bepalen welke laatjes op een gegeven moment geopend worden en of er op andere momenten meer laatjes open moeten of weer dicht kunnen.

Idealiter is het zorgaanbod hierbij modulair opgebouwd, waardoor flexibel op- en afschalen van zorg mogelijk wordt. Bijvoorbeeld naar aanleiding van een tijdelijke terugval, waardoor meer veiligheid en bescherming gewenst is. Of aan het inzetten van extra interventie om het sociaal isolement van cliënten te helpen opheffen. Er is veel materiaal ontwikkeld om de laatjes te vullen. Het maakt overigens niet uit waar een cliënt precies verblijft, of dat nu op een klinische verblijfsafdeling, in het beschermd wonen of thuis met ambulante zorg, het gaat immers om zijn of haar herstel. Uitgangspunten voor het kwaliteitskompas zijn:

- Het kompas is niet normerend of dwingend, maar waarborgt de keuzevrijheid voor behandeling, begeleiding en ondersteuning door cliënten en professionals. Zodoende ontstaat maatwerk, want iedere cliënt verdient zijn of haar eigen herstelproces.
- Het kompas leunt op de principes van 'positieve gezondheid' (de zeven dimensies van Machteld Huber), is waarden-gedreven en is, vertrekkend vanuit de *patient journey*, niet beschreven in problemen maar in herstelterminologie.
- Het is een kompas voor de hele langdurige ggz (inclusief hetgeen hiervoor vanuit het sociale domein wordt ingebracht), ongeacht het stelsel of de financieringsstroom.
- Het kompas houdt rekening met wat al ontwikkeld is en kan bijvoorbeeld *best practices* bevatten. Zo kan er gebruik worden gemaakt van de zorgstandaarden en generieke modules die binnen het Zvw-kader ontwikkeld zijn voor de ggz, en ook van zorgstandaarden voor, onder andere, psychotische- of depressieve stoornissen. Hierin is al veel 'herstel' opgenomen.
- Het kompas houdt rekening met relevante ontwikkelingen in de langdurige ggz (zoals beschreven in het plan van aanpak Over de Brug, de zorgprofielen ZZP, de toegang tot de Wlz).
- Het kompas houdt rekening met huidige kaders voor ambulante zorg, beschermd wonen en opvang.
- Het kompas is voor iedereen herkenbaar en qua taal toegankelijk zowel voor cliënten als voor professionals (geen vakjargon vanuit de ggz). Dit vraagt de nodige tijdsinvestering, zowel voor het schrijven van het kompas als voor het creëren van draagvlak en het betrekken van leden en andere partijen.
- In het kompas is per herstelfase zorgaanbod opgenomen dat appelleert aan de verschillende perspectieven van cliënt, familielid/naastbetrokkenen en hulpverlener.

Doelstelling en beoogd resultaat

Centrale doelstelling van dit project is de ontwikkeling van een landelijk kwaliteitskompas voor de langdurige ggz-zorg in brede zin, waarmee inzichtelijk wordt gemaakt welke zorgkwaliteit per individuele cliënt, en in welke situaties of fase van herstel, geleverd kan en moet worden. Het kwaliteitskompas draagt eraan bij dat de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod in de langdurige ggz wordt verbeterd. Het kompas dient concrete aanknopingspunten te bieden om cliënten te begeleiden bij hun klinisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel.

Het beoogde resultaat van dit project is:

- een uitontwikkeld kwaliteitskompas dat voldoet aan de hiervoor beschreven uitgangspunten;
- dat draagvlak heeft bij zowel MIND als de leden van GGZ Nederland/Federatie Opvang/RIBW Alliantie en andere stakeholders;
- en dat (digitaal) ter beschikking van het hele werkveld komt.

Plan van aanpak op hoofdlijnen

Het project dat moet leiden tot het gewenste kwaliteitskompas zal in een vijftal fasen worden uitgevoerd¹: eerste fase: voorbereiding; tweede fase: ontwerp op de tekentafel;

¹ Deze fasering van activiteiten is geïnspireerd op de richtlijnen van de Britse Medical Research Council voor de ontwikkeling van complexe interventies. Zie hiervoor: Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I,

derde fase: ontwikkeling prototype; vierde fase: eindversie. Hieronder wordt in hoofdlijnen beschreven welke activiteiten in genoemde fasen zullen plaatsvinden.

Nota bene: alle genoemde activiteiten zullen in nauwe samenspraak met de in te stellen projectgroep worden uitgevoerd.

Eerste fase: voorbereiding

Deze fase omvat de *fine tuning* van de opdracht, het opstellen van een conceptueel kader, een search naar goede voorbeelden en het maken van nadere afspraken over de projectuitvoering.

- Allereerst is *fine tuning* met betrekking tot de opdracht noodzakelijk: komen de wederzijdse verwachtingen overeen? Daartoe zal overleg plaatsvinden tussen opdrachtgever, opdrachtnemer en andere stakeholders. Zo moet duidelijk worden of het kwaliteitskompas ofwel alleen 'het ideale zorgaanbod' beschrijft, ofwel alleen het lokaal voorhanden zorgaanbod, ofwel beide in hun onderlinge verhouding. Ook moeten we verhelderen over welk geografisch gebied het kwaliteitskompas uitspraken doet: een gemeente, een wijk, een (sub)regio? En wat is precies de groep mensen waarop het kwaliteitskompas is gericht: de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) zoals in Over de brug (2014) is omschreven, een beperktere groep of juist een bredere groep (in verband met preventie van chroniciteit)?
- In aansluiting hierop dient een conceptueel kader voor het kwaliteitskompas te worden opgesteld: wat zijn uitgangspunten, elementen en contexten van 'goede zorg' (behandeling, begeleiding en ondersteuning) voor mensen met (ernstige en langdurige) psychische aandoeningen? En welke beslissingshulp is er nodig om persoonlijke ondersteuningsbehoeften te bepalen en het daarbij passende zorgaanbod te kiezen? Daartoe zal een gerichte literatuurverkenning worden uitgevoerd.
- Voorts wordt verkend of elders in de wereld vergelijkbare varianten van het beoogde kwaliteitskompas bestaan, en hoe bruikbaar deze varianten voor de Nederlandse context zijn. Hiertoe wordt in de (grijze internet-)literatuur een search gedaan.
- Onderdeel van de voorbereiding vormt de raadpleging van experts (focusgroepen met cliënten, ervaringsdeskundigen, professionals uit ggz en sociaal domein).
- Tot slot worden in deze voorbereidingsfase nadere afspraken gemaakt over de projectinrichting (o.a. de projectgroep² en de stuurgroep³), de samenstelling van het projectteam, de wijze waarop het project zal worden uitgevoerd en hoe zal worden samengewerkt met de diverse betrokkenen en belanghebbenden.

Deze voorbereidende fase wordt afgesloten met een Programma van Eisen (PvE), een projectstructuur en een -planning.

Tweede fase: Ontwerp op de tekentafel

In deze fase wordt een eerste ontwerp van het kwaliteitskompas gemaakt. In deze fase staat het verkrijgen van uitgewerkte oplossingen centraal. Brainstorm- en creatieve sessies zijn

Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. Br Med J. 2008;337(7676):5.

² In de notitie 'Kwaliteitskompas langdurige ggz' van GGZ Nederland staat over de projectgroep vermeld: In de projectgroep zitten patiënten, familie en professionals die weten hoe goede herstellende zorg eruit ziet en die kennis hebben van landelijke ontwikkelingen die hieraan raken, zoals de ontwikkeling van de Zvw zorgstandaarden als psychotische- of depressieve stoornissen. In de projectgroep zitten ook onderzoekers.

³ Over de stuurgroep staat in voornoemde notitie vermeld: De stuurgroep bestaat uit enkele bestuurders en een vertegenwoordiging van de leden de branches en MIND.

noodzakelijk voor de vertaling van het PvE naar een of enkele ontwerpen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de informatie uit de voorbereidende fase en wordt ook de vertaling naar het onderwerp voorgelegd aan de experts en projectgroep. Betrokkenheid van vormgevers/ontwerpers is in dit stadium essentieel. Deze fase mondt uit in een keuze voor een ontwerp (hoe gaat het kwaliteitskompas eruitzien?), dat uitgangspunt zal zijn voor de volgende fase. Deze fase wordt afgerond met een uitgewerkt ontwerp en een bevestiging van het bestaande PvE dan wel een (beargumenteerde) aanpassing daarvan.

Derde fase: Ontwikkeling prototype.

In deze fase wordt het ontwerp van het kwaliteitskompas vertaald naar een prototype. Voor deze fase wordt een bouwteam en een gebruikers test-team samengesteld. In het bouwteam zijn software ontwikkelaars, vormgevers, inhoudelijke experts/penvoerders en gebruikers betrokken. Na de ontwikkeling van het prototype volgt een eerste empirische test.

- Daartoe zullen pilots worden georganiseerd in diverse settings van de (langdurige) ggz;
- Denk hierbij aan het beschermd en begeleid wonen, de maatschappelijke opvang, FACT-teams, APZ-afdelingen voor langdurig verblijf, poliklinieken sggz en in de eerstelijns ggz;
- In deze pilotfase zullen zowel cliënten als (hun) hulpverleners concrete ervaringen met het kwaliteitskompas opdoen;
- en zal hen gevraagd worden om de verschillende deelaspecten (zowel inhoudelijk als qua vorm) van dit kompas te evalueren.

Deze fase wordt afgerond met een evaluatie van de testfase en een geaccordeerd verbeterplan.

Vierde fase: eindversie gereed maken

Het prototype wordt in deze projectfase aangepast en ontwikkeld tot het definitieve product. Ook in deze fase worden diverse groepen experts en belanghebbenden geraadpleegd. Tevens worden een gebruiksaanwijzing en andere hulpmiddelen ontwikkeld. Ook zal informatiemateriaal over het kompas worden gemaakt.

Deze fase wordt afgesloten met de lancering van het kwaliteitskompas. Voor deze gelegenheid kan een evenement zoals een symposium georganiseerd worden.

Doorlooptijd en fasering van het project

De doorlooptijd van het gehele project is 18 maanden. Willen we groepen belanghebbenden voldoende tijd geven om de tussentijdse- en de eindversie van het kwaliteitskompas goed te beoordelen, moet de doorlooptijd van het project niet te krap worden gepland.

Tijdsplanning voor de verschillende projectfasen:

Maand 1 - 4:	Eerste fase: Voorbereiding
Maand 5 - 8:	Tweede fase: Tekentafelontwerp
Maand 9 - 14:	Derde fase: ontwikkeling prototype en <i>piloting</i> in diverse setting
Maand 15 - 18:	Vierde fase: definitieve versie kwaliteitskompas en lancering ervan.

Personele bezetting

Het projectteam zal bestaan uit een wetenschappelijk medewerker van Phrenos in deeltijd (0,6 fte), ondersteund door een projectleider (senior wetenschappelijk medewerker: 0,1 fte).

Daarnaast wordt een ontwikkelteam samengesteld dat bestaat uit de parttime inzet van een (extern te betrekken) vormgever/ontwikkelaar, communicatiemedewerker / penvoerder en een softwareontwikkelaar.

Kostenbegroting

	jaar 1 (12 mnd.)	jaar 2 (6 mnd.)	totaal
Begrotingsvoorstel kwaliteitskompas			
Projectteam			
Projectleider, 4 u p/w			
Projectmedewerker (medior), 24 uur p/w			
<i>subtotaal</i>			
Ontwikkelteam (extern), indicatief:			
Communicatie / penvoerder 20-25 dgn.			
Ontwerper/vormgever 10-15 dgn.			
Software ontwikkelaar 25-30 dgn			
<i>subtotaal</i>			
Organisatiekosten			
Representatie en vacatievergoedingen			
Reis- en andere onkostenvergoedingen			
Facilitaire kosten (catering, reproductie, calls etc.)			
Accountantskosten; PM			
<i>subtotaal</i>			
Totale kosten			

10.1.c

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Datum
6 mei 2019

Kenmerk

Zaaknummer

nota

(ter informatie)

Taakopdracht evaluaties JZOJP

1 Aanleiding voor deze nota

In de hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 is afgesproken dat de voortgang van de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) inzichtelijk wordt gemaakt in de zin dat mensen echt merken dat zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte om te functioneren. Om uitvoering te geven aan deze afspraak is aansluiting gezocht bij de pilot 'lerend evalueren' bij VWS. Dit is een traject met als doel werkende weg het inzicht in de kwaliteit van het beleid en het effect hiervan op de samenleving te verbeteren. Een eerste stap hierin is het opstellen van een taakopdracht. Hierin wordt in grote lijnen aangegeven wat de bedoeling van de evaluatie is. In een volgende fase zal vervolgens een plan van aanpak worden opgesteld. Als ondertekenaars van deze afspraak om de transformatie naar de JZOJP inzichtelijk te maken, wordt hierbij de taakopdracht aan u voorgelegd. Planning is om na bespreking in de bestuurlijke overleggen de taakopdracht naar de Tweede Kamer te sturen.

2 Kern van de taakopdracht

De evaluatie van JZOJP zal bestaan uit een ex durante en ex post evaluatie. Bij het opstellen van de taakopdracht is rekening gehouden met het feit dat voor een beweging zoals die naar de JZOJP tijd nodig is. Daarom is het idee om de ex durante evaluatie te starten met het krijgen van inzicht in randvoorwaardelijke indicatoren (kan de beweging plaatsvinden), gevolgd door prestatie indicatoren (voorkomen, verplaatsen en vervangen), om tot slot bij de ex post evaluatie ook daadwerkelijk over uitkomstindicatoren te kunnen spreken.

Daarnaast zit er een spanning in het feit dat de pilot lerend evalueren gaat over het beleid van VWS, terwijl JZOJP juist gaat over een beweging in het veld. Daarom is gekozen om de evaluatie zowel landelijke als regionaal in te steken.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team C

Kenmerk

Daarom zijn de uitgangspunten van de evaluatie als volgt:

- JZOJP is een beweging die in de regio's moet plaatsvinden. Landelijke partijen bieden handvatten om de beweging te verbreden en versterken. Belangrijk is om in de evaluatie oog te hebben voor zowel de regionale als landelijke aanpak.
- De context is in elke regio anders. Daarom is het van belang dat de evaluatie ruimte biedt om aandacht te hebben voor de mogelijke verschillen in regio's. Wat in de ene regio werkt, hoeft niet automatisch in een andere regio ook van toepassing te zijn.
- Er is een verschil in focus in de ex durante evaluatie en ex post evaluatie, want een transformatie komt niet in één dag van de grond. Voor een beweging zoals de JZOJP is tijd nodig.
- De evaluatie is geen vink lijstje. Doel is om te leren en gaande weg bij te sturen. Daarom moeten rapportages niet alleen bestaan uit kwantitatieve data maar ook uit een rapportage met narratieven en een beeldende omschrijving van de uitkomsten en effecten.

3 Proces na de taakopdracht

Nadat de taakopdracht naar de Tweede Kamer is gestuurd, zal een plan van aanpak moeten worden opgesteld. Het plan van aanpak is een diepgaande uitwerking van de taakopdracht. Er wordt een begeleidingscommissie ingericht met een onafhankelijk voorzitter. Een afgevaardigde van elk hoofdlijnenakkoord wordt gevraagd om aan deze commissie deel te nemen. Deze commissie zal na het versturen van de taakopdracht aan de Kamer worden opgericht zodat zij betrokken kunnen worden bij het opstellen van het plan van aanpak.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Datum
6 mei 2019

Kenmerk

Zaaknummer

nota

(ter informatie)

Taakopdracht evaluaties JZOJP

1 Aanleiding voor deze nota

In de hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 is afgesproken dat de voortgang van de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) inzichtelijk wordt gemaakt in de zin dat mensen echt merken dat zorg en ondersteuning beter aansluit op hun behoefte om te functioneren. Om uitvoering te geven aan deze afspraak is aansluiting gezocht bij de pilot 'lerend evalueren' bij VWS. Dit is een traject met als doel werkende weg het inzicht in de kwaliteit van het beleid en het effect hiervan op de samenleving te verbeteren. Een eerste stap hierin is het opstellen van een taakopdracht. Hierin wordt in grote lijnen aangegeven wat de bedoeling van de evaluatie is. In een volgende fase zal vervolgens een plan van aanpak worden opgesteld. Als ondertekenaars van deze afspraak om de transformatie naar de JZOJP inzichtelijk te maken, wordt hierbij de taakopdracht aan u voorgelegd. Planning is om na bespreking in de bestuurlijke overleggen de taakopdracht naar de Tweede Kamer te sturen.

2 Kern van de taakopdracht

De evaluatie van JZOJP zal bestaan uit een ex durante en ex post evaluatie. Bij het opstellen van de taakopdracht is rekening gehouden met het feit dat voor een beweging zoals die naar de JZOJP tijd nodig is. Daarom is het idee om de ex durante evaluatie te starten met het krijgen van inzicht in randvoorwaardelijke indicatoren (kan de beweging plaatsvinden), gevolgd door prestatie indicatoren (voorkomen, verplaatsen en vervangen), om tot slot bij de ex post evaluatie ook daadwerkelijk over uitkomstindicatoren te kunnen spreken.

Daarnaast zit er een spanning in het feit dat de pilot lerend evalueren gaat over het beleid van VWS, terwijl JZOJP juist gaat over een beweging in het veld. Daarom is gekozen om de evaluatie zowel landelijke als regionaal in te steken.

Daarom zijn de uitgangspunten van de evaluatie als volgt:

- JZOJP is een beweging die in de regio's moet plaatsvinden. Landelijke partijen bieden handvatten om de beweging te verbreden en versterken. Belangrijk is om in de evaluatie oog te hebben voor zowel de regionale als landelijke aanpak.
- De context is in elke regio anders. Daarom is het van belang dat de evaluatie ruimte biedt om aandacht te hebben voor de mogelijke verschillen in regio's. Wat in de ene regio werkt, hoeft niet automatisch in een andere regio ook van toepassing te zijn.
- Er is een verschil in focus in de ex durante evaluatie en ex post evaluatie, want een transformatie komt niet in één dag van de grond. Voor een beweging zoals de JZOJP is tijd nodig.
- De evaluatie is geen vink lijstje. Doel is om te leren en gaande weg bij te sturen. Daarom moeten rapportages niet alleen bestaan uit kwantitatieve data maar ook uit een rapportage met narratieven en een beeldende omschrijving van de uitkomsten en effecten.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team C

Kenmerk

3 Proces na de taakopdracht

Nadat de taakopdracht naar de Tweede Kamer is gestuurd, zal een plan van aanpak moeten worden opgesteld. Het plan van aanpak is een diepgaande uitwerking van de taakopdracht. Er wordt een begeleidingscommissie ingericht met een onafhankelijk voorzitter. Een afgevaardigde van elk hoofdlijnenakkoord wordt gevraagd om aan deze commissie deel te nemen. Deze commissie zal na het versturen van de taakopdracht aan de Kamer worden opgericht zodat zij betrokken kunnen worden bij het opstellen van het plan van aanpak.



Aan het directeurenoverleg HLA ggz

T.a.v. dhr. [REDACTED]
Zorgverzekeraars Nederland

Datum

28 juni 2019

Contactpersoon

[REDACTED]

Onderwerp:

Verzoek m.b.t. de ontwikkeling van een domeinoverstijgend kwaliteitskompas voor herstelgerichte zorg in de langdurige ggz

Bijlage(n)

Projectvoorstel Kenniscentrum Phrenos

Doorkiesnummer

[REDACTED]

Ons kenmerk

GGZN/FO/RIBW/gdun/280619/2019

Vraag aan het directeurenoverleg HLA ggz:

Gaat u ermee akkoord als we, in lijn met de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord ggz voor de periode 2019 – 2022, de kwaliteitsgelden inzetten voor de ontwikkeling van een domeinoverstijgend kwaliteitskompas voor herstelgerichte zorg in de langdurige ggz, dat rekening houdt met zowel kwaliteitseisen in de Zvw, de Wmo als de Wlz, en als zodanig te gebruiken is door cliënten, hun naasten, professionals en andere belangstellenden als bestuurders en diverse stakeholders bij verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren?

Waarom een kwaliteitskompas voor de langdurige ggz nodig is

Al enige tijd leeft de wens bij GGZ Nederland, de RIBW Alliantie, Federatie Opvang en MIND Landelijk Platform Psychische gezondheid om een kwaliteitskader voor de langdurige ggz te ontwikkelen. Hierbij wordt gedacht aan een 'kwaliteitskompas', dat in de eerste instantie als wegwijzer voor cliënten, hun naasten en professionals moet fungeren, maar in tweede instantie ook door andere belangstellenden via een digitale portal te raadplegen valt. Alle multidisciplinaire richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules in de ggz ten spijt, een kwaliteitskompas voor herstelgerichte zorg dat aansluit op diverse cliëntprofielen in de langdurige ggz ontbreekt ontbreekt op dit moment. In vergelijking met de gehandicaptenzorg en ouderenzorg loopt de langdurige ggz hierop achter.

Er zijn nog een paar andere ontwikkelingen van invloed op de vraag naar zo'n kwaliteitskompas. In het HLA ggz is bijvoorbeeld afgesproken dat de ggz en partners in het sociaal domein meer en beter met elkaar moeten gaan samenwerken. Daarnaast zal de range aan mogelijkheden voor behandeling, begeleiding en ondersteuning in de langdurige ggz over de grenzen van de wettelijke domeinen heen toenemen, als per 2021 de toegang tot de Wlz voor de ggz wordt opengesteld. Tot slot vragen steeds meer stakeholders en instituties aan

ggz-zorgaanbieders wat de beste zorg op een gegeven moment is, en door wie die zorg geleverd zou moeten worden. Tot nu toe moeten we het antwoord op die vraag vaak schuldig blijven.

Voor wie het kwaliteitskompas bedoeld is

De groep cliënten die het kwaliteitskompas gaan gebruiken zijn mensen met ernstige psychische aandoeningen. Zij moeten te allen tijde een beroep kunnen doen op goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling. Echter, hun behoeften hebben zelden alleen betrekking op het werkterrein van de ggz. Vaker gaat het om universele thema's als geaccepteerd worden als persoon, sociale relaties en deelname aan het maatschappelijk verkeer, samengevat om het opbouwen van een zinvol bestaan. Zij hebben dezelfde levenswensen als andere burgers, maar verkeren doorgaans in een nadeliger positie om die wensen te realiseren. Zo zijn er vaak forse achterstanden in lichamelijke gezondheid, behandeling, veiligheid, inkomen, arbeid en relaties. De helft zegt meer ondersteuning te willen om deel te kunnen nemen aan de samenleving. Kortom: het aanbod van behandeling, begeleiding en ondersteuning moet mensen met ernstige psychische aandoeningen helpen hun mogelijkheden tot herstel en burgerschap optimaal te benutten.

Herstelgerichte langdurige ggz is domeinoverstijgende integrale netwerkzorg

Vaak zal een combinatie van zorg en ondersteuning vanuit verschillende sectoren nodig zijn, met inbreng van verschillende disciplines, en vanuit meerdere wettelijke kaders. Goede herstelgerichte zorg is bij uitstek keten- en/of netwerkzorg en laat zich doorgaans niet vangen binnen één wettelijk domein of financieel kader. Daarom is het de wens van alle betrokken partijen om een domeinoverstijgend kwaliteitskompas te ontwikkelen, dat rekening houdt met de kwaliteitseisen t.a.v. herstelgerichte zorg in de langdurige ggz in zowel de Zvw (2^e en 3^e jaar verblijf lggz), de Wmo (beschermd en begeleid zelfstandig wonen en maatschappelijke opvang) als de Wlz (langdurig intensief verblijf en beschermd wonen), en daarom ook gebruik maakt van reeds ontwikkeld materiaal binnen die domeinen, dat aantoonbaar werkt. Het komt daarmee tegemoet aan diverse afspraken over domeinoverstijgende integrale netwerkzorg in het HLA ggz. Bovendien werken cliënten, hun naasten en professionals samen dan met één en hetzelfde kompas, hetgeen de kwaliteit van het zorgaanbod bij het herstel van alle groepen cliënten in de langdurige ggz verhoogt.

Verschil kwaliteitskompas langdurige ggz en andere kwaliteitskaders of –instrumenten

Waarin verschilt het kwaliteitskompas voor de langdurige ggz met bijvoorbeeld de zorgstandaarden en/of generieke modules in de Zvw? Het kompas is te raadplegen als 'verzamelstaat' van de beste zorg per levensdomein en sluit als zodanig aan op diverse fasen

en dimensies van herstel. Het gaat daarbij veel minder om de psychische aandoening an sich, maar veel meer om de impact ervan op het dagelijks leven en het unieke persoonsgebonden herstelproces van de cliënt zelf. Het kwaliteitskompas is hierbij een overzichtelijk geordend en gerangschikt referentiekader en verwijst dus ook naar diverse zorgstandaarden en/of generieke modules, maar dan als onderdeel van een veel groter geheel aan passende interventies.

Goede zorg in de langdurige ggz dient dus aan te sluiten bij de drie dimensies van herstel: naast symptomatisch herstel (waarvoor goede medisch-psychiatrische, psychologische en verpleegkundige behandeling en het leren van zelfmanagement en voorkomen van symptomen belangrijk zijn) gaat het evenzeer om maatschappelijk herstel (waarvoor rehabilitatie en stigmabestrijding moeten worden ingezet) en persoonlijk herstel (primair van het individu met de aandoening zelf; zelfhulpgroepen en herstelwerkgroepen zijn hierbij van het grootste belang, maar ook herstel ondersteunende behandel- en rehabilitatie-interventies kunnen hieraan bijdragen).

Gegeven de circulariteit tussen psychische kwetsbaarheid, het functioneren en gebeurtenissen in het dagelijks leven van mensen met een ernstig psychische aandoening, beïnvloeden deze drie dimensies van herstel elkaar voortdurend. Goede behandeling, begeleiding en ondersteuning bevordert herstel, empowerment en participatie en bestrijdt maatschappelijke stigmatisering. Niet alleen veiligheid bieden staat hoog in het vaandel, maar ook het nemen van verantwoorde risico's. Dit vergt investeren in een vertrouwde en stimulerende werkrelatie met de cliënt.

Daarnaast dienen familieleden en andere naasten als samenwerkingspartners te worden beschouwd; waar nodig ontvangen zij zelf ondersteuning in hun rol.

Het is aan de cliënt zelf om met behulp van het kwaliteitskompas en in overleg met zijn naasten en de professionals een keuze te maken uit het best passende zorgaanbod. In die zin blijven de keuzevrijheid van cliënten en het noodzakelijke maatwerk gewaarborgd en wordt een keurslijf voorkomen.

Waar we nu staan en wat ons nog te doen staat

In 2018 hebben we verkennende gesprekken gevoerd over het nut en de noodzaak van een kwaliteitskompas voor de langdurige ggz met o.a. cliënt- en familievertegenwoordigers, professionals en bestuurders van zorgaanbieders in de ggz, beschermd wonen en de maatschappelijke opvang, kennisnetwerken en –centra. Daarna is met een aantal experts op het gebied van herstelgerichte zorg en positieve gezondheid nog een verdiepingsslag gemaakt op de onderhavige materie.

Tegelijkertijd zijn hierover gesprekken gevoerd met het ministerie van VWS, het ZiN, ZN (de zorgkantoren), de VNG, diverse beroepsverenigingen en andere stakeholders als het CIZ. Gegeven alle ontwikkelingen in de langdurige ggz op dit moment, zien de meeste

stakeholders het belang in van een nieuw domeinoverstijgend kwaliteitskompas voor de langdurige ggz. Wel hecht men aan inschrijving van het kompas in een kwaliteitsregister op een nader te bepalen moment en de betrokkenheid van diverse stakeholders hierbij.

Vervolgens is aan kenniscentrum Phrenos gevraagd om een projectvoorstel uit te werken voor de ontwikkeling van het kwaliteitskompas (zie de bijlage). Uit het voorstel blijkt dat Phrenos anderhalf jaar nodig heeft om in vier fasen een prototype van het kompas uit te werken en te testen in de praktijk, inclusief de te ontwikkelen software voor de portal van het kompas. De kosten van het totale project zijn begroot op € 167.400,00. In het geval dat Phrenos de opdrachtnemer wordt, zullen GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en Federatie Opvang gezamenlijk opdrachtgever zijn.

Uit gesprekken met de ministeries van VWS, BZK en met ZoNMw blijkt dat we voor dit project geen subsidie kunnen krijgen. De voornaamste reden voor de ministeries is het domeinoverstijgende karakter van het project, waardoor het niet goed past binnen de domeineigen Zvw-, Wmo- en/of Wlz-subsidies. Hetzelfde geldt voor inpassing in de programma's van ZoNMw, zoals Beleid en Strategie, die meer gericht zijn op de ontwikkeling van zorg bij zorgorganisaties zelf.

Vraag aan het directeurenoverleg HLA ggz:

Gaat u ermee akkoord als we, in lijn met de afspraken in het Hoofdpijnenakkoord ggz voor de periode 2019 – 2022, de kwaliteitsgelden inzetten voor de ontwikkeling van een domeinoverstijgend kwaliteitskompas voor herstelgerichte zorg in de langdurige ggz, dat rekening houdt met zowel kwaliteitseisen in de Zvw, de Wmo als de Wlz, en als zodanig te gebruiken is door cliënten, hun naasten, professionals en andere belangstellenden als bestuurders en diverse stakeholders bij verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren?

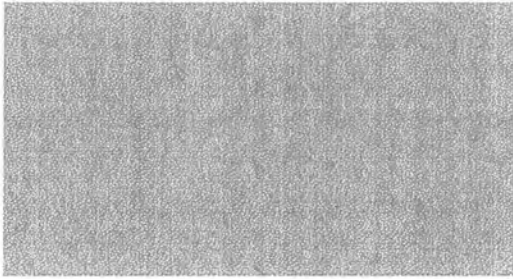
Met vriendelijke groet,



A.P.B.M. van Tuijn
voorzitter RIBW Alliantie



drs. J.P. Laurier
voorzitter Federatie Opvang



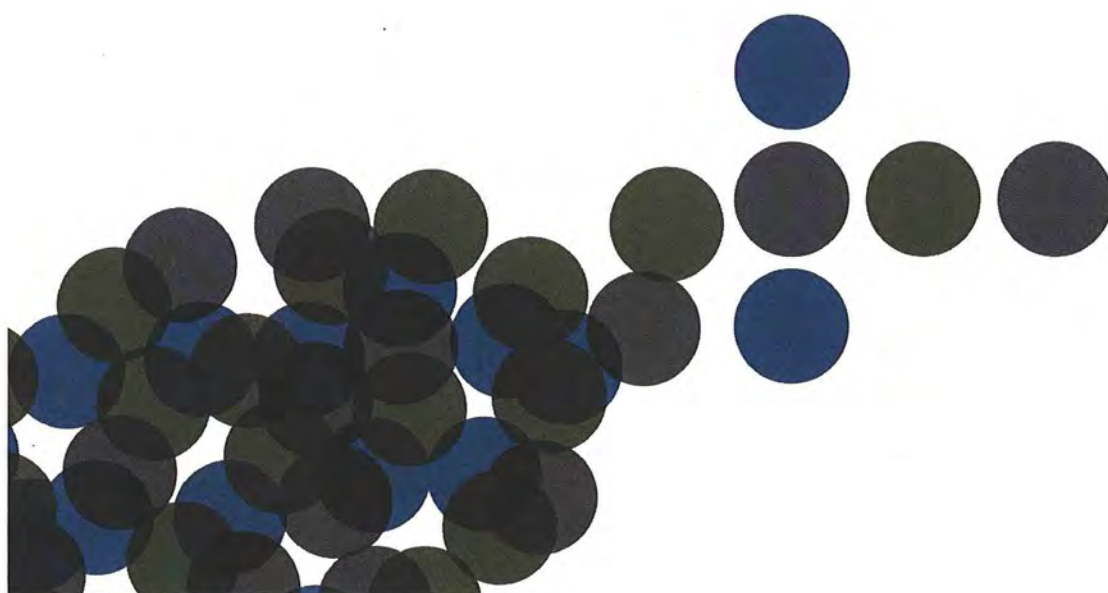
mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters
directeur GGZ Nederland



ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Projectvoorstel

Onderzoek naar zorg voor EPA-patiënten



Inhoud

1.	Onderzoeksopzet	3
1.1	Onderzoeksvraag	3
1.2	Onderzoeksaanpak	4
1.3	Vorbereiding	4
1.4	Gegevensverzameling	6
1.5	Rapportage	7
2.	Plaanning en risico's	8
2.1	Planning	8
2.2	Risico's	8

Auteur(s)



Kenmerk Publicatiedatum

NK/19/1365/ofact
15 oktober 2019

© Bureau HHM

1. Onderzoeksofzet

1.1 Onderzoeksvraag

In een formeel bestuurlijk overleg tussen de staatssecretaris van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is afgesproken dat gemeenten en verzekeraars de feiten rondom F-ACT-teams in beeld brengen om gezamenlijk te komen tot acties om de inzet van F-ACT waar nodig verder te versterken. De wens voor dit onderzoek komt voort uit de beleving onder gemeenten, aanbieders en zorgverzekeraars dat de mogelijkheid van F-ACT onvoldoende worden benut. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

Hoe wordt in Nederland de financiering en organisatie van F-ACT (en vergelijkbare vormen van geïntegreerde behandeling en begeleiding) lokaal vormgegeven?

Specifieke onderzoeksvragen waarop u een antwoord wilt zijn:

1. Welke verschillende manieren en methodieken (waaronder F-ACT) zijn er?
2. Welke verschijningsvormen van deze manieren en methodieken (waaronder F-ACT) zijn er?
3. Hoe worden deze verschillende methodieken en verschijningsvormen van methodieken georganiseerd en gefinancierd?
4. Kwantitatief: waar wordt het toegepast, een indicatie van de aantallen teams, aantallen patiënten, voorkomen van de verschillende organisatie- en financieringsvormen, omvang van de verschillende cliëntgroepen, et cetera?
5. Welke meningen/belevingen zijn er onder de verschillende financiers en aanbieders over verantwoordelijkheidsverdeling, organisatie en financiering en wat vinden zij dat beter of anders kan/ moet?
6. Welke knelpunten worden ervaren, welke ideeën zijn er over de oorzaken van deze knelpunten en welke suggesties voor verbetering worden gedaan?

U wilt met het onderzoek zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie verzamelen.

Resultaat

Doel van het onderzoek is inzicht verschaffen in de wijze waarop de zorg en ondersteuning aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) in de wijk verbeterd kan worden. Het onderzoek biedt inzicht in de knelpunten en aandachtspunten die nodig zijn om de financiering en organisatie van deze zorg te verbeteren. Het uiteindelijke doel is het verbeteren van de zorg en de ondersteuning aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de wijk gericht op herstel. Met de uitkomsten van dit onderzoek kunnen gemeenten en zorgverzekeraars tot acties komen om de inzet van (geïntegreerde) ambulante behandeling en begeleiding van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening waar nodig te versterken.

Visie

"Het is typisch Henk". Hij is een vriendelijke, lieve en behulpzame jongen zegt zijn kleine kring van vertrouwelingen. Maar zonder hulp gaat het mis. Henk behoort tot een groep personen met een ernstige psychische aandoening waarvan er in Nederland 250.000 tot 300.000 zijn. Tussen de 10 en 20.000 hebben te maken met acute zorgnood. Door een combinatie van problemen is het vinden van passende hulp lastig. Deze mensen zijn sterk afhankelijk van naasten en van zorg- en hulpverleners die nauw met elkaar moeten samenwerken. Van Henk hoeft het allemaal niet meer; "ik loop al achttien jaar in de psychiatrie. Steeds weer een andere behandelaar en steeds weer een ander stempeltje". "Ik ben extreem wantrouwend, ik heb altijd het idee dat mensen op iets uit zijn". Henk krijgt hulp en bij zijn begeleiders voelt hij zich op zijn gemak. De wijkagent gaat regelmatig bij hem langs om een oogje in het zeil te houden. Toch blijft het niet lang rustig; 'de gemeente wilde de afspraken herzien, er moest een nieuw plan voor mij komen.' De gemeente zet in op intensieve behandeling i.p.v. begeleiding op advies van de zorgprofessionals uit de Veiligheidskamer. De hulp die Henk krijgt moet worden stopgezet. De nieuwe hulp komt niet meer op gang: "met hun behandelteam voelde ik geen klik, dat werkt niet, zij hadden andere plannen met mij", zegt hij. Een constructie van met een ambulant begeleider die hem thuis zou gaan bezoeken komt niet van de grond. Henk is alle hulp kwijt en heeft problemen met de toegang tot zijn medicijnen. Henk voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd en op 29 maart barst de bom...

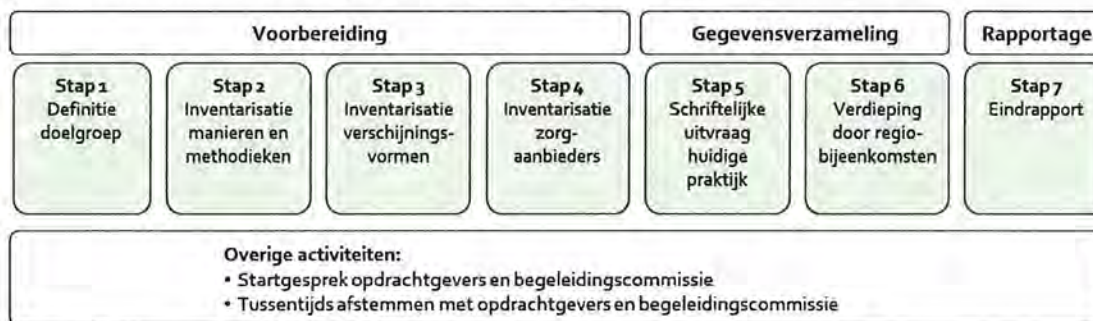
Voorgaande beschrijving is een verkorte weergave uit een actuele reportage in de Stentor van 31-08-2019. Voorliggende onderzoeksrapport is geschreven voor mensen zoals Henk.

Naar onze opvatting en vanwege onze brede ervaring in het veld vinden we de onderzoeksvragen zeer relevant. Volwassenen met ernstige psychische aandoeningen hebben dezelfde levenswensen als andere burgers, maar verkeren doorgaans in een nadelige positie om deze te realiseren. We zijn van mening dat goede zorg en begeleiding toegankelijk en bereikbaar moeten zijn, ook voor alle mensen met ernstige psychische aandoeningen, zodat zij kunnen herstellen en als volwaardige burgers aan de samenleving kunnen deelnemen. Dit kan alleen slagen als alle betrokken partijen (ggz-aanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties) de handen ineenslaan. Daarom is ons voorstel bij dit onderzoek om integraal te kijken naar de samenwerking binnen de gehele GGZ-keten (waar F-ACT een onderdeel van vormt) waarbij we specifiek aandacht besteden aan de wijze waarop de informatie-uitwisseling verloopt (uit ervaring weten we dat dit een belangrijk aspect is als onderdeel van de organisatie).

1.2 Onderzoeksrapport

In dit hoofdstuk beschrijven we de drie fases van onze aanpak: voorbereiding, onderzoek en rapportage. Deze aanpak is gebaseerd op onze brede ervaring met de doelgroep en andere onderzoeken in de GGZ.

De aanpak en bijbehorende activiteiten zijn weergegeven in figuur 3. In de volgende paragrafen werken we deze puntsgewijs uit. Tussen de stappen wordt weergegeven wanneer en hoe we de contactmomenten met de begeleidingscommissie uitvoeren.



Figuur 1: Aanpak in fasen

1.3 Voorbereiding

We starten het traject met een gesprek met VNG, ZN en VWS. Tijdens dit gesprek bespreken we de aanpak en scherpen deze aan als dat nodig is. Tevens ontvangen we graag nadere informatie over ontwikkelingen of trajecten die voor voorliggende onderzoek van belang zijn (zoals genoemd in de offerteaanvraag: een verkennend traject rond toekomstige monitoring van zorg en ondersteuning voor mensen met psychische en psychosociale problematiek). Tijdens dit startoverleg willen we ook bespreken welke partijen deelnemen aan de begeleidingscommissie. Ons voorstel is om – naast VWS, VNG en ZN – de volgende partijen hiervoor uit te nodigen (tussen haakjes is aangegeven vanuit welke expertise): MIND (cliënten), Zorginstituut (kwaliteit), FACT-Nederland (methodiek/organisatie), GGZ-Nederland (methodiek/organisatie) en Federatie Opvang/RIBW Alliantie. Het voorstel is om ook de landelijke vereniging POH-GGZ (methodiek/organisatie) op te nemen omdat huisartsenpartijen een belangrijke verwijzer zijn naar F-ACT. Tijdens het startgesprek komen we met u tot een definitieve samenstelling van de begeleidingscommissie.

Na het startgesprek willen we graag zo spoedig mogelijk de bijeenkomst van de begeleidingscommissie laten plaatsvinden. Met de leden van deze commissie bespreken we de door ons voorgestelde aanpak, inventariseren we welke relevante bronnen zij kennen en beschikbaar kunnen stellen en vragen we om gegevens van contactpersonen die we willen benaderen bij de

verschillende onderzoekstappen. Hierbij gaat het om zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens.

Ter voorbereiding op de eerste bijeenkomst van de begeleidingscommissie nemen we contact op met onder andere ZonMw, Trimbosinstituut en Kenniscentrum Phrenos om na te gaan of zij over (voorlopige) inzichten beschikken op het gebied van geïntegreerde behandeling of begeleiding en benut kunnen worden voor het onderzoek. Hierbij bestuderen we ook de inventarisaties die reeds zijn gedaan voor de aanpak 'personen met verward gedrag'. Vervolgens gaan we aan de slag met de vier voorbereidingsstappen. De tijdsinvestering voor deze stappen is ruim genomen vanwege de grote diversiteit die rondom EPA en F-ACT bestaat. Als de stappen 1 t/m 4 niet voldoende worden uitgelicht lopen we het risico dat we op het einde appels met peren vergelijken. Dit gaat ten koste van de betrouwbaarheid van de uitkomsten van het onderzoek. In het kader van 'liever vooraf investeren in plaats van achteraf herstellen' komen we tot de volgende stappen in de voorbereidingsfase. Tot slot spreken we in de voorbereiding af op welke manier en in welke frequentie wij met u als opdrachtgever afstemmen over de voortgang. Wij stellen voor om eens per twee weken telefonisch contact te hebben met u als opdrachtgever en in ieder geval voorafgaand aan communicatiemomenten (begeleidingsgroep en gegeven uitvraag).

Stap 1 Definitie van de doelgroep

In de literatuur wordt de doelgroep op verschillende manieren aangeduid en is de scheidingslijn tussen verschillende doelgroepen vaak dun. Onze ervaring heeft geleerd dat deze stap van groot belang is om achteraf onduidelijkheid te voorkomen. Op basis van literatuuronderzoek (zie bronnen in offerteaanvraag), onze ervaring in de praktijk en enkele telefonische gesprekken met experts komen we tot een eerste omschrijving van de doelgroep zodat duidelijk is op welke groep we ons onderzoek gaan richten. Daarbij kijken we ook of het zinvol is om onderscheid te maken naar doelgroepen, zoals LVB, verslaving en overgang 18-/18+.

Resultaat: heldere omschrijving van de doelgroep, ter voorbereiding op stap 2

Stap 2 Inventarisatie verschillende manieren en methodieken (theorieën)

In deze stap verzamelen, verwerken en analyseren we de beschikbare informatie en data die genoemd staan in de offerteaanvraag (pagina 6 en 7) en zijn aangedragen door de leden van de begeleidingscommissie. Daarnaast leggen we contact met mensen uit ons netwerk, Trimbos instituut, GGZ-instellingen en Kenniscentrum Phrenos. Naast (F)ACT en IHT kennen wij onder andere de variaties FIT (Flexibel Interventie Team) en VIP (vroegtijdig Interventie Psychoses)-teams. We werken volgens de sneeuwbalmethodiek. Dat wil zeggen dat we verwijzingen naar nieuwe informatie blijven onderzoeken, tot we alleen nog reeds bekende informatie tegenkomen. Dit is een beproefde onderzoeksmethode bij het breed in beeld brengen van een onderwerp. In deze fase onderzoeken we welke variaties van methodieken passen binnen de scope van het onderzoek, gegeven de definitie zoals geformuleerd in stap 1.

Resultaat: inhoudelijk overzicht van relevante methodieken, antwoord op subvraag 1.

Stap 3 Inventarisatie verschillende verschijningsvormen

Landelijk zijn er verschillen in samenstelling en financiering van FACT-teams. Teams bestaan altijd uit behandelaren (psychiaters, psychologen), sociaalpsychiatrische verpleegkundigen en begeleiders met expertise op gebied van wonen en werken. Sommige ambulante (FACT/ GGZ) teams maken integraal gebruik van de Sociale Wijkteams, anderen delen enkel informatie met elkaar. Ook is inzet van ervaringsdeskundigen in FACT-teams gebruikelijk, maar nog lang niet overal praktisch. Tevens kennen we voorbeelden van organisaties die inmiddels de FACT-teams hebben vervangen door een GGZ-team, dit zijn interessante partijen om mee in gesprek te gaan om te duiden waarom zij hebben gekozen voor deze overgang. In deze stap verzamelen, verwerken en analyseren we daarom de beschikbare informatie en data, van alle methodieken die we in stap 2 gevonden hebben (F-ACT en anderen). We gebruiken hiervoor de bronnen die genoemd staan in de offerteaanvraag, of aangedragen zijn door de leden van de begeleidingscommissie. Daarnaast benaderen we circa 5-8 zorgverzekeraars en gemeenten verspreid door Nederland met de vraag welke verschijnings- en financieringsvormen zij kennen.

Hiermee komen we tot een eerste beeld van de verscheidenheid van vormen en financiering die er in Nederland zijn.

Resultaat: inzicht in relevante aspecten van diverse verschijningsvormen, antwoord op subvraag 2.

Stap 4 Inventarisatie zorgaanbieders

Voordat we gegevens gaan verzamelen in het veld, inventariseren we welke zorgaanbieders we gaan benaderen. Op basis van de informatie uit de voorgaande stappen en in overleg met de leden van begeleidingscommissie komen we tot een landelijk overzicht van zorgaanbieders (inclusief contactgegevens) die zowel begeleiding als behandeling bieden aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de wijk. We bekijken of het mogelijk is om deze aanbieders in te delen naar de volgende groepen (deze indeling kan nog veranderen op basis van de bevindingen tijdens het onderzoek):

- Aanbieders in stedelijke en rurale gebieden,
- Aanbieders die zowel de 18- als 18+doelgroep bedienen,
- Aanbieders die behandeling en begeleiding bieden aan mensen met een ernstig psychiatrische aandoening in combinatie met een lichtverstandelijke beperking.
- Aanbieders die beschermd wonen bieden aan cliënten met EPA.

Resultaat: overzicht van zorgaanbieders, inclusief contactgegevens, ter voorbereiding op stap 5

Aan het eind van de voorbereidingsfase vindt een tussentijdse bijeenkomst plaats met met de begeleidingscommissie. Tijdens deze bijeenkomst bespreken we de resultaten van de eerste vier stappen en komen we eventueel tot aanscherpingen van de omschrijvingen en overzichten. Tevens bespreken we tijdens deze bijeenkomst de vragenlijst die we in stap 5 willen uitzetten en de opzet van de bijeenkomsten in stap 6 (welke partijen we uitnodigen en welke werkvormen we gebruiken).

1.4 Gegevensverzameling

Stap 5 Schriftelijke uitvraag huidige praktijk

Als duidelijk is wat we verstaan onder de EPA- doelgroep, de methodieken in kaart zijn gebracht en de verschijningsvormen helder zijn, gaan we via een digitale vragenlijst (web-applicatie) gegevens verzamelen bij zorgaanbieders. In deze stap inventariseren we de huidige praktijk en financiering aan de hand van een beperkt aantal concrete vragen (gericht op het beantwoorden van de onderzoeksvragen). Deze vragen zijn afgestemd op hetgeen in de praktijk voorkomt (gebaseerd op de resultaten van voorgaande stappen). Het gaat hierbij om zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie. We denken bijvoorbeeld aan vragen over de methodiek van begeleiden/ behandelen, manier van financieren, betrokken partijen, governance (organisatievorm), aantal teams en aantal cliënten en voorbeelden van behaalde resultaten. Voor de verspreiding van de vragenlijst gebruiken we de lijst met zorgaanbieders die we in stap 4 hebben samengesteld. Aan het eind van de vragenlijst melden we dat de resultaten van deze vragenlijst worden besproken tijdens enkele regionale bijeenkomsten waarvoor de zorgaanbieders zich kunnen aanmelden.

Resultaat: eerste landelijk beeld van methodieken, verschijningsvormen, belevingen en knelpunten, antwoord op subvraag 3 en 4, indicatie voor subvraag 5 en 6.

Stap 6 Verdieping door regiobijeenkomsten

Om de resultaten van de voorgaande stappen inhoudelijk goed te kunnen bespreken organiseren we drie regiobijeenkomsten. Voor deze bijeenkomsten nodigen wij naast de zorgaanbieders de volgende partijen uit: cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten, Zorginstituut Nederland, NZa, F-ACT Nederland, Kenniscentrum Phrenos, Trimbos Instituut en de Landelijke vereniging POH-GGz (leden van de begeleidingscommissie kunnen hier ook aan deelnemen).

De reden dat we voor deze aanpak kiezen is dat we op deze manier verwachten de kwalitatieve onderzoeksvragen goed te kunnen beantwoorden. De enquête geeft een representatief beeld waardoor we tijdens de bijeenkomsten de inhoudelijke verdieping in kunnen gaan en meer kunnen

inzoomen op de meningen, belevingen en knelpunten. Tevens biedt deze werkwijze de concrete mogelijkheid aan gemeenten en zorgverzekeraars om gezamenlijk tot acties te komen om de inzet van ambulante begeleiding en behandeling te verbeteren.

Om meer gevoel te krijgen bij de daadwerkelijke uitvoering zoomen we in deze bijeenkomsten verder in op de huidige praktijk. We willen graag meegenomen worden in de complexe problematiek waar professionals ieder dag mee te maken hebben. Welke tips en ideeën kunnen zij ons meegeven? Zien we hierin regionale verschillen? Wat wordt gemist, wat werkt? We gebruiken de werkvorm "Obstakels, weg ermee!" Dit is een werkvorm waarbij (hardnekkige) belemmerende overtuigingen, die daardoor obstakels vormen, worden uitgedaagd en omgebogen. In deze sessie bespreken we onder andere de volgende onderwerpen:

1. Het regiobeeld van de huidige praktijk en wat hierin nog gemist wordt;
2. De resultaten en knelpunten die we hebben opgehaald ten aanzien van de inrichting en de financiering van de zorg en wat hierin nog gemist wordt;
3. Knelpunten voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening voor de jongeren in de overgang 18- en 18+;
4. Knelpunten voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in combinatie met een lichtverstandelijke beperking;
5. Ophalen van good practice, wat werkt er?
6. Met welke oplossing zijn gemeenten en verzekeraars geholpen als het gaat om verantwoordelijkheden voor de financiering?
7. Hoe kan de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening het beste ingericht worden, welke aanbevelingen, ideeën en suggesties hebben de aanwezigen?

Resultaat: beeld van meningen, belevingen en knelpunten bij de in de praktijk voorkomende methodieken, verschijningsvormen en financieringsvormen, antwoord op subvraag 5 en 6, mogelijke oplossingsrichtingen

1.5 Rapportage

Stap 7 Eindrapport

De geanalyseerde bevindingen presenteren we in de vorm van bondige rapportage met een infographic. Aan de hand van een visualisatie geven we een landelijk beeld van de bevindingen. Geen lange teksten maar in beeld overzichtelijk de uitkomsten van het onderzoek. Hierin laten we de omvang van de doelgroep zien, de verschillende verschijningsvormen van de diverse behandelen begeleidingsvormen en de wijze van financiering door heel Nederland. Als voorbeeld willen we verwijzen naar de infographic van de Evaluatie Sociale Teams Bronckhorst. Deze sturen we eerst naar de contactpersonen van VNG, ZN en VWS en hierna bespreken we de uitkomsten met de begeleidingscommissie. Op basis van de besprekingen scherpen we het concepteindrapport verder aan. Het bondige eindrapport inclusief aanbevelingen en de infographic bespreken we nogmaals met de begeleidingscommissie. Zo nodig hebben we in deze fase nog contact (telefonisch en per mail) met de opdrachtgever voor afstemming over het eindresultaat.

2. Planning en risico's

2.1 Planning

De hiervoor beschreven werkzaamheden voeren we uit volgens onderstaande planning tussen 1 oktober en 31 januari. Het eindrapport wordt uiterlijk op 31 januari opgeleverd en de conceptrapportage uiterlijk 1 januari.

Activiteiten:	Maand:	Okt	Nov	Dec	Jan
1	Startgesprek met VWS, VNG en ZN				
2	Stap 1: Definitie van de doelgroep				
3	Stap 2: Inventarisatie manier en methodieken				
4	Stap 3: Inventarisatie verschillende verschijningsvormen				
5	Stap 4: Inventarisatie zorgaanbieders				
6	Bespreking begeleidingscommissie				
7	Stap 5: Schriftelijke uitvraag huidige praktijk				
8	Stap 6: Verdieping middels regio bijeenkomsten				
9	Stap 7: Eindrapportage				
10	Bespreking begeleidingscommissie				
11	Projectmanagement en tussentijdse afstemming met VWS				

2.2 Risico's

We zien in dit onderzoek de volgende risico's waarop we maatregelen hebben getroffen:

- **Risico:** De beoogde begeleidingscommissie kan niet op korte termijn bijeenkomen.
Maatregel: In afstemming met de opdrachtgever wordt ofwel besloten dat de begeleidingscommissie in onvolledige samenstelling bijeenkomt, ofwel per mail wordt geraadpleegd.
- **Risico:** Er is onvoldoende medewerking van de partijen waardoor de informatie niet op tijd wordt verzameld.
Maatregel: Gedurende het onderzoek heeft de projectleider elke twee weken (telefonisch) contact met de opdrachtgever over de voortgang van het onderzoek. Indien nodig worden maatregelen getroffen zodat de voortgang niet in gevaar komt en volgens planning de resultaten worden opgeleverd.
- **Risico:** Er is onduidelijkheid over definities waardoor geen uniforme informatie wordt verzameld en geen goed beeld ontstaat van de doelgroep, methodieken en verschijningsvormen.
Maatregel: Om dit te voorkomen besteden we veel tijd aan de definities en stellen we in overleg met de partijen die de gegevens moeten vragen de vragenlijst op.
- **Risico:** Partijen zijn niet bereid om mee te werken aan het onderzoek.
Maatregel: We betrekken zowel op landelijk niveau (begeleidingscommissie) als in (regiobijeenkomsten) de relevante partijen in de voorbereidings-, onderzoeks- en rapportagefase. Dit doen we om te zorgen voor draagvlak gedurende al deze fases, tegen zo min mogelijk belasting bij de betrokken partijen.
- **Risico:** Partijen (gemeenten, verzekeraars, aanbieders etc.) leveren geen of onjuiste gegevens aan.
Maatregel: We zorgen voor een heldere gegevensuitvraag met uniforme definities en monitoren de gegevensaanlevering. Daarnaast krijgen partijen de mogelijkheid om de gegevens in hun eigen opmaak aan te leveren ('custom fit' in plaats van 'one size fits all'). Indien nodig nemen we telefonisch contact op om te zorgen dat de we de gegevens kunnen gebruiken voor het onderzoek.



[Redacted]
[Redacted]
[Redacted]

7 november 2019

Onderwerp: offerte programmamanager HLA GGZ

Geachte heer [Redacted],

Hierbij stuur ik je graag mijn beknopte offerte toe voor de rol van programmamanager in het kader van het Hoofdlijnen Akkoord ggz (HLA). Ik baseer mij hierbij op de Opdrachtschrijving en het plezierige telefoongesprek dat wij vanochtend met elkaar hadden. Mocht daar behoefte aan zijn dan licht ik een en ander uiteraard graag toe in een persoonlijk gesprek met jou en eventueel andere afgevaardigden van het DO.

1. 'Wat ga je doen?' en 'Wat neem je mee?'

De uitwerking onder deze twee vragen uit de opdrachtschrijving mij komt bekend voor uit de tijd dat ik met partijen sprak over de uitvoering van de Agenda voor Gepast Gebruik. Inmiddels is er het Hoofdlijnen Akkoord ggz. Mooi en goed om te horen is dat, nu het gaat om het Hoofdlijnen Akkoord ggz, ook VWS, de RIBW's, Gemeenten e.a. vol meedoen.

Ik meen dat mijn ervaring (binnen het GGZ, in de Zorg in brede zin en daarbuiten), mijn competenties en netwerk uitstekend passen bij jullie vraag. Voor verdere toelichting hierop verwijst ik graag naar bijgevoegd C.V. Dat geeft een totaalbeeld voor degene uit het DO die mij nog niet kennen. Onder het kopje 'Voorbeelden van adviesprojecten' (bladzijde 2 en 3) vind je de meeste directe aanknopingspunten.

2. Aandachtspunten

Ik heb hieronder een aantal aandachtspunten benoemd, die van belang zijn voor de programmamanager om in het vizier te hebben. Het gaat daarbij om het leggen van accenten in de rol van programmamanager én om de prioriteiten in de eerste periode.

Voorstel met betrekking tot de te leggen accenten:

Jij hebt aangegeven dat er binnen de beschreven rol een aantal **basisaccenten** liggen. Het gaat dan onder meer om het verkrijgen van overzicht over de thema's en de daarbinnen lopende projecten, het zicht krijgen en houden op de raakvlakken en om monitoren van de voortgang. Dit laatste ook in relatie tot de overkoepelende ambitie van het HLA zoals geschetst in de inleiding van het akkoord. Daarnaast zullen er **flexibele accenten** zijn die 'meebewegen met de tijd'. Het lijkt goed om per half jaar met betrekking tot de flexibele accenten te kijken waar de programmamanager zich intensief en minder intensief op richt: het programma is niet statisch en dat wat extra aandacht behoeft, is dat daarmee ook niet.

[Redacted]

KvK: 69130442, Rekening: NL26 INGB 0007 7926 29, BTW-nummer: 132242643B01

Afspraken over de precieze focus in welke periode zullen we maken in goede samenspraak met het DO en het programmamanager van VWS. Belangrijk daarbij is ook af te spreken wat de rol van programmamanager **niet** is, bijvoorbeeld het overnemen van de leiding van een van de projecten binnen een thema, het voorzitten van het BO en DO, etc. Ik ben ervan overtuigd dat het tot een vloeiende samenwerking op alle niveaus zal leiden.

Voorstel prioriteiten eerste periode: binnen en buiten

1. Binnen: Basis op orde

Het fundament: de basisgereedheidskist. Als die er is, hebben we daar gedurende het gehele programma plezier van. Het gaat dan om een wijze waarop verbanden gemakkelijk gelegd kunnen worden tussen projecten en thema's, de vorm om te monitoren, etc.

Programma-ritme: voor het goed functioneren van een langdurig programma is het hebben van een ritme heel belangrijk. Ik heb begrepen dat het BO eenmaal per kwartaal bij elkaar bijeenkomt en het DO eenmaal per 6 weken. Ik ga ervan uit dat dit staat en ook is ingepland. Zo niet dan zullen we dat zo snel mogelijk ook voor heel 2020 gaan doen.

Variatie moet: binnen een langdurig programma bestaat het risico op 'sleur'. Om dat te voorkomen is variatie nodig, met name voor het DO. Dat kan op verschillende manieren, in werkvormen, in rolwisselingen, etc. Dat leidt ook tot de nodige luchtigheid die het aangenaam maken om met elkaar in het DO te vertoeven.

2. Buiten: Externe communicatie:

Structurele externe communicatie: In de rolbeschrijving van de programmamanager komt de externe communicatie over de voortgang niet voor. Wellicht is dat al goed belegd. Zo niet dan is mij voorstel ook hier expliciet aandacht aan te besteden. Het helpt ook om de overall ambitie van het HLA in beeld te houden.

Jaarlijks HLA-event: mijn voorstel is om jaarlijks, ook als onderdeel van het programma-ritme, extern de voortgang uit te dragen in de vorm van een congres of event (bij voorkeur voor de zomer). Het presenteren van de voortgang op een groot event, helpt gedurende het jaar om iedereen 'bij de les te houden', voortgang te boeken en verantwoordelijkheid te nemen voor dat stukje waar hij of zij de hand voor heeft opgestoken. Daarbij is het een krachtig communicatiemiddel: het bieden van transparantie over de voortgang enerzijds en reflectie van relatieve buitenstaanders anderzijds. Het is een mooi middel om nog meer mensen te involveren.

Wellicht is hier al in voorzien: zo niet dan zou ik dit graag met het DO bespreken.

3. Inzet

Ik heb begrepen dat jullie het liefst zien dat de programmamanager per direct aan de slag gaat voor 20 tot 24 uur per week met in principe een doorlooptijd tot en met 31 december 2022.

- Ik vind het een uitdaging om me weer eens voor langere tijd aan de ggz te committeren.
- Hoeveel uur per week precies nodig zijn, laat zich moeilijk precies inschatten op dit moment. Mijn voorstel is om vooralsnog uit te gaan van *gemiddeld* 20 uur per week. Gezien de nauwe samenwerking met het programmamanager van VWS ga ik ervan uit dat vanuit het projectteam ook praktische ondersteuning wordt geboden (zoals plannen van afspraken, organiseren locaties, etc. etc.).
- Mijn tarief voor deze opdracht is € 10.100 per dag, inclusief reiskosten, exclusief btw.
- Gezien andere lopende verplichtingen kan ik wel op korte termijn starten maar niet garanderen dat ik 20 uur per week beschikbaar heb. Vanaf 1 januari 2020 is dat wel het geval.

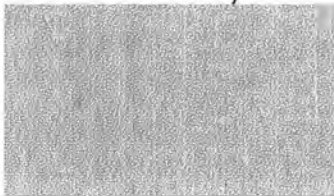
4. Tot slot

- Op deze offerte zijn de ARVODI 2018 voorwaarden van toepassing met uitzondering van artikel 21.3: gezien de aard van de opdracht accepteer ik geen aansprakelijkheid.
- Daar de opdracht direct start is deze offerte twee weken geldig tot 21 november 2019.
- Als je je kunt vinden in deze offerte ontvang ik graag van jou ter bevestiging voor 21 november een ondertekende versie van deze offerte per mail retour. Daarmee accepteer je het voorstel en verplicht je partijen vertegenwoordigd in het DO HLA ggz mijn facturen te voldoen.

Mocht je nog vragen hebben, laat het dan vooral weten.

Ik hoor graag van je.

Met hartelijke groet,



Voor akkoord:

Namens DO HLA ggz
Marnix de Romph, directeur P3NL

Bijlage: Curriculum Vitae



Besluit inzake aantrekken programmanager t.b.v. HLA ggz

Op verzoek van het DO HLA hebben ondergetekenden offertes aangevraagd voor het aantrekken van programmaondersteuning bij de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord ggz (HLA ggz). DE tekst die gebruikt is bij de offerte-uitvraag is bijgevoegd. Hiervoor hebben we in totaal vier partijen benaderd. Dat zijn:

1. [REDACTED] namens De Graaf strategie & beleidsadvies BV
2. [REDACTED] namens Puijk organisatie advies BV
3. [REDACTED] namens MvA Consultancy BV
4. [REDACTED] namens tBureau BV

De eerste twee hebben aangegeven de opdracht interessant te vinden, maar waren voor de gevraagde omvang en looptijd niet (volledig) beschikbaar. Zij hebben uiteindelijk geen offerte ingediend, maar aangegeven graag beschikbaar te zijn voor (deel)projecten. De andere twee hebben wel een offerte ingediend. Beide offertes zijn bijgevoegd.

Beoordeling van de offertes

Beide partijen kunnen per 1 januari 2020 beginnen. Ook hebben beide ervaring met de sector en zijn ze goed ingevoerd in het veld. Ze kennen de complexiteit er van en achten we in staat om aan de opdracht op een goede manier in te vullen.

Voor MvA Consultancy BV geldt dat de toegevoegde waarde door ons vooral wordt gezien in de vertaling van strategische doelen naar projecten en het op koers houden van partijen bij de uitvoering.

Voor tBureau BV geldt dat we hiervan verwachten dat de toegevoegde waarde vooral zit op het ondersteunen van het DO HLA bij het aansturen van de projecten op tactisch en operationeel vlak.

Financiële kaders

10.1.c [REDACTED]

Advies / gevraagd besluit

Om die reden adviseren we het DO HLA het volgende te besluiten:

- Ga in gesprek met tBureau BV om tot een opdrachtverstrekking te komen. Hierbij moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de aansturing van de lopende projecten en deze opdracht. Verder willen we per jaar een afspraak maken over de ureninzet. In 2020 zijn er 24 uur per week nodig. Voor aanvang van 2021, maken we nadere afspraken voor dat jaar inzake de benodigde ureninzet. Dat doen we ook voor 2022. De minimale inzet die gevraagd wordt is gemiddeld 8 uur per week. De maximale inzet is 24 uur per week. NB: als ontbindende voorwaarde moet worden afgesproken dat mocht het HLA onverhoopt niet conform de afspraken worden uitgevoerd of zelfs worden gestaakt, dan is dat een reden om de overeenkomst met tBureau BV te ontbinden.
- Ga in gesprek met MvA Consultancy BV om te polsen of zij beschikbaar is om tenminste een keer per jaar voorafgaand aan een BO HLA, met het DO HLA in gesprek te gaan voor het herijken / toetsen van de strategische koers. Doel hiervan is om scherp te blijven op de ambities uit het HLA ggz samengevat met 'Juiste zorg op de juiste plaats'.

- Geef voor het voeren van deze gesprekken mandaat aan ondergetekenden. Vervolgens zal via P3NL een subsidieaanvraag worden ingediend bij VWS om de kosten voor de inzet van de programmaondersteuning te financieren.

Noortje Sax (directeur NVVP) en Marnix de Romph (directeur P3NL)
22 november 2019

Besluit inzake aantrekken programmanager t.b.v. HLA ggz

Op verzoek van het DO HLA hebben ondergetekenden offertes aangevraagd voor het aantrekken van programmaondersteuning bij de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord ggz (HLA ggz). DE tekst die gebruikt is bij de offerte-uitvraag is bijgevoegd. Hiervoor hebben we in totaal vier partijen benaderd. Dat zijn:

1. [REDACTED] namens De Graaf strategie & beleidsadvies BV
2. [REDACTED] namens Puijk organisatie advies BV
3. [REDACTED] namens MvA Consutancy BV
4. [REDACTED] namens tBureau BV

De eerste twee hebben aangegeven de opdracht interessant te vinden, maar waren voor de gevraagde omvang en looptijd niet (volledig) beschikbaar. Zij hebben uiteindelijk geen offerte ingediend, maar aangegeven graag beschikbaar te zijn voor (deel)projecten. De andere twee hebben wel een offerte ingediend. Beide offertes zijn bijgevoegd.

Beoordeling van de offertes

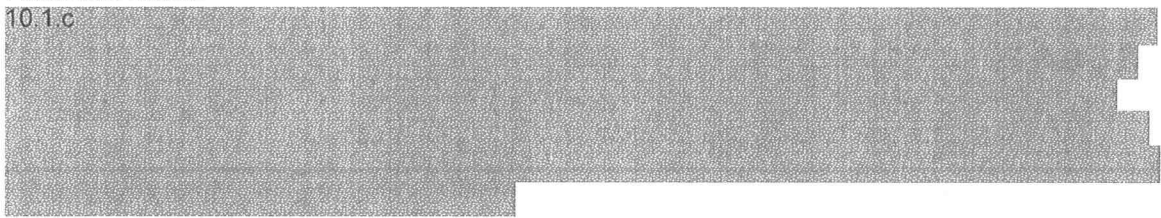
Beide partijen kunnen per 1 januari 2020 beginnen. Ook hebben beide ervaring met de sector en zijn ze goed ingevoerd in het veld. Ze kennen de complexiteit er van en achten we in staat om aan de opdracht op een goede manier in te vullen.

Voor MvA Consutancy BV geldt dat de toegevoegde waarde door ons vooral wordt gezien in de vertaling van strategische doelen naar projecten en het op koers houden van partijen bij de uitvoering.

Voor tBureau BV geldt dat we hiervan verwachten dat de toegevoegde waarde vooral zit op het ondersteunen van het DO HLA bij het aansturen van de projecten op tactisch en operationeel vlak.

Financiële kaders

10.1.c

*Advies / gevraagd besluit*

Om die reden adviseren we het DO HLA het volgende te besluiten:

- Ga in gesprek met tBureau BV om tot een opdrachtverstrekking te komen. Hierbij moeten duidelijke afspraken gemaakt worden over de aansturing van de lopende projecten en deze opdracht. Verder willen we per jaar een afspraak maken over de ureninzet. In 2020 zijn er 24 uur per week nodig. Voor aanvang van 2021, maken we nadere afspraken voor dat jaar inzake de benodigde ureninzet. Dat doen we ook voor 2022. De minimale inzet die gevraagd wordt is gemiddeld 8 uur per week. De maximale inzet is 24 uur per week. NB: als ontbindende voorwaarde moet worden afgesproken dat mocht het HLA onverhoopt niet conform de afspraken worden uitgevoerd of zelfs worden gestaakt, dan is dat een reden om de overeenkomst met tBureau BV te ontbinden.
- Ga in gesprek met MvA Consutancy BV om te polsen of zij beschikbaar is om tenminste een keer per jaar voorafgaand aan een BO HLA, met het DO HLA in gesprek te gaan voor het herijken / toetsen van de strategische koers. Doel hiervan is om scherp te blijven op de ambities uit het HLA ggz samengevat met 'Juiste zorg op de juiste plaats'.

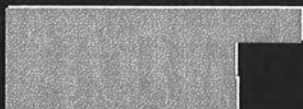
—
Plan van aanpak



> Verduidelijken beroepenstructuur

Project om structuur beroepen in psychologische en pedagogische zorg te verduidelijken

Utrecht, 22 november 2019



Inhoud

1	Beroepsverenigingen nemen initiatief om beroepenstructuur te verduidelijken	3
2	Onduidelijke beroepenstructuur kan leiden tot onnodig psychisch lijden	4
2.1	Verwijzer weet niet altijd welke professional zijn cliënt met psychische problematiek het beste verder kan helpen	4
2.2	Aanvullende registraties bieden onvoldoende houvast voor verwijzers	5
3	Project richt zich op structuur van (post-)academische beroepen	6
3.1	Project richt zich op (post-)academische beroepen	6
3.2	Project richt zich op beroepenstructuur, ook al is dit slechts één oorzaak van (te) late of onjuiste verwijzing	7
4	Op te stellen advies omvat beroepenstructuur en implementatie	7
4.1	Opstellen stip op horizon voor beroepenstructuur	8
4.2	Ontwerpen stappenplan met mijlpalen	9
4.3	Opstellen overzicht clusters cliënten/zorgvragen per beroep	9
4.4	Beschrijven eindproducten in advies aan VWS	10
5	Projectorganisatie borgt inbreng van betrokkenen	10
5.1	Voorzitters van beroepsverenigingen waar advies over gaat, nemen besluit na iedere fase	11
5.2	Aanverwante verenigingen in adviesraad adviseren de stuurgroep gevraagd en ongevraagd	11
5.3	 is voorzitter van stuurgroep en adviesraad, SiRM ondersteunt hem in deze rol	12
6	Bijlage: Overzicht deelnemers aan adviesraad	13

I Beroepsverenigingen nemen initiatief om beroepenstructuur te verduidelijken

De voorzitters van de verenigingen NIP, NVGzP, NVO, NVP, LVVP en P3NL werken graag toe naar een transparante en duurzame beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg. In dit plan van aanpak beschrijven we de probleemanalyse, de afbakening, de aanpak en de projectorganisatie.

Het aantal verschillende titels dat refereert aan psychologische of pedagogische beroepen is groot. De beroepen en professionals vertonen daarnaast veel overlap. De voorzitters van de verenigingen NIP, NVGzP, NVO, NVP, LVVP en P3NL¹ hebben daarom een stuurgroep gevormd, van waaruit zij graag toe werken naar een transparante en duurzame beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg. Het perspectief en belang van de cliënt wordt hierbij centraal gesteld. De voorzitters van de verenigingen hebben  gevraagd om in het project op te treden als onafhankelijk voorzitter. Aan adviesbureau SiRM – Strategies in Regulated Markets – is gevraagd om  hierbij te ondersteunen.

Het initiatief om te werken aan een verduidelijking van de beroepenstructuur werd aangekondigd tijdens een bijeenkomst bij het ministerie van VWS over de opleidings- en beroepenstructuur op 7 maart 2018.² De verenigingen NIP, NVGzP, NVO, NVP en P3NL hebben vervolgens onder begeleiding van SiRM de huidige vraag en het huidige aanbod in de psychologische en pedagogische zorg geïnventariseerd. Uit de inventarisatie kwam een sterke, gedeelde ambitie van de betrokken partijen en personen naar voren: een verduidelijking van de beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg voor cliënten, naasten, verwijzers en professionals. Partijen geven met voorliggend plan van aanpak graag invulling aan deze gedeelde ambitie.

In dit plan van aanpak beschrijven we de volgende onderdelen:

- Probleemanalyse: Het grote aantal verschillende titels dat refereert aan psychologische of pedagogische beroepen leidt uiteindelijk tot onnodig psychisch lijden (Hoofdstuk 2).

¹ Nederlands Instituut van Psychologen; Nederlandse Vereniging van Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen; Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen; Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie; Landelijke Vereniging van Vrijgevestigd Psychologen en Psychotherapeuten;

² Vóór deze datum liepen al diverse trajecten, waarbij één of enkele beroepsverenigingen werken aan een (andere) opname van een beroep in de wet BIG.

- Afbakening: Het project is gericht op de beroepenstructuur, ook al is dit slechts één van de oorzaken die ertoe leiden dat cliënten te laat of niet de juiste zorg ontvangen. Andere oorzaken worden als aanbeveling of randvoorwaarde beschreven in het op te leveren advies (Hoofdstuk 3).
- Aanpak: In het project werken we toe naar een advies voor de beroepenstructuur, een stappenplan met mijlpalen om tot deze structuur te komen en een overzicht van clusters van cliënten/zorgvragen die bij de beroepen terecht kunnen. We beschrijven de eindproducten in een advies dat we opleveren aan de betrokken bewindspersonen bij het ministerie van VWS (Hoofdstuk 4).
- Projectorganisatie: De projectorganisatie bestaat uit een stuurgroep en een adviesraad, met voorzitterschap van [REDACTED] en ondersteuning door SiRM (Hoofdstuk 5).

2 Onduidelijke beroepenstructuur kan leiden tot onnodig psychisch lijden

Een onduidelijke beroepenstructuur in de psychologische en pedagogische zorg kan leiden tot onnodig psychisch lijden. Dit volgde uit de inventarisatie van vraag en aanbod in de psychologische en pedagogische zorg. Verwijzers weten niet altijd welke professional hun cliënt het beste verder kan helpen. Ook de aanvullende registraties die professionals halen om bepaalde interventies toe te kunnen passen, bieden voor verwijzers weinig houvast.

2.1 Verwijzer weet niet altijd welke professional zijn cliënt met psychische problematiek het beste verder kan helpen

Cliënten ervaren onnodig psychisch lijden, doordat ze te laat of niet de juiste zorg ontvangen. Eén van de oorzaken hiervan is dat cliënten, naast en verwijzers³ niet goed weten welke professional de cliënt het beste kan helpen:

³ Binnen het psychologische en pedagogische domein zijn bijvoorbeeld in de jeugdhulp naast de huisarts ook het wijkteam, de jeugdarts, de kinder- en jeugdpsychiater, de kinderarts en de verslavingsarts potentiële verwijzers. Daarnaast kan na de eerste verwijzing doorverwijzing plaatsvinden door de psychologische of pedagogische professional zelf.

- Wanneer een huisarts, een sociaal werker of een andere hulpverlener een cliënt wil doorverwijzen naar een professional die zorg biedt bij psychische problematiek, weet hij vaak niet welke professional de cliënt het beste verder kan helpen.
- Ook psychologen en orthopedagogen zelf (als professionals aangeduid in dit plan van aanpak) weten vaak niet welke professional de cliënt het beste verder kan helpen als zij merken dat zij hun cliënt zelf onvoldoende kunnen helpen en de cliënt verder willen doorverwijzen.

De onduidelijkheid speelt vooral voor cliënten die worden doorverwezen naar de ggz en voor cliënten binnen de jeugdhulp:

- De competenties van de beroepen die werkzaam zijn in de ggz zijn lastig van elkaar te onderscheiden en door dubbelregistraties vervagen de grenzen tussen de beroepen.
- De werkzaamheden en expertises van de verschillende professionals in de jeugdhulp overlappen in veel gevallen, omdat in opleidingen dezelfde theorie en therapieën worden behandeld. Daarnaast kunnen masterpsychologen en masterorthopedagogen dezelfde vervolgoopleidingen volgen, waaronder de opleiding tot gz-psycholoog, OG en kinder- en jeugdpsycholoog NIP. Hierdoor vervagen de grenzen tussen psychologie en orthopedagogiek.

Hoewel de onduidelijkheid tussen beroepen in de ggz en de jeugdhulp het grootst is, speelt in andere sectoren, zoals het onderwijs of de gehandicaptenzorg, dezelfde soort problematiek.

2.2 Aanvullende registraties bieden onvoldoende houvast voor verwijzers

Naast de verschillende beroepsopleidingen is er een groot aanbod aan aanvullende cursussen of vervolgoopleidingen voor professionals om specifieke interventies toe te kunnen passen. Professionals plaatsen vaak zowel hun beroepstitel(s) als deze zogenoemde aanvullende registraties achter hun naam. In sommige gevallen stellen professionals zich alleen maar voor met een aanvullende registratie, waardoor het beroep van de professional niet duidelijk is. De aanvullende registraties bieden ook onvoldoende houvast voor verwijzers, aangezien het vaak nog niet duidelijk is welke interventie de cliënt nodig heeft. Daarnaast is het voor verwijzers vaak lastig te beoordelen wat de waarde van een aanvullende registratie is. Gedegen herregistratie is bijvoorbeeld niet bij alle registers gevraagd.

3 Project richt zich op structuur van (post-)academische beroepen

Het project richt zich op het verduidelijken van de beroepenstructuur van de (post-)academische beroepen, zodat cliënten sneller de juiste zorg kunnen ontvangen. Het project richt zich hierbij op de individuele gezondheidszorg. De onduidelijke beroepenstructuur is slechts één van de oorzaken van een (te) late of onjuiste verwijzing. Andere oorzaken nemen we op als randvoorwaarde of aanbeveling in ons advies.

3.1 Project richt zich op (post-)academische beroepen

Het project richt zich op de individuele gezondheidszorg ofwel de zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt om zijn of haar gezondheid (of de gezondheid van het systeem of de context van de cliënt) te bevorderen of te bewaken.⁴ Het project richt zich níet op het niet-cliëntgebonden aanbod, zoals deskundigheidsbevordering of meer algemene preventieprogramma's. We richten ons op zorg die vergoed wordt vanuit de Zorgverzekeringswet, de Jeugdwet of de Wet langdurige zorg.

In de psychologische en pedagogische zorg zijn veel verschillende beroepen werkzaam, die op verschillende niveaus zijn opgeleid. Ook bekleden zij verschillende functies binnen deze sectoren. Hoewel al deze professionals van waarde zijn voor de zorgverlening aan cliënten met psychische problematiek, is het niet haalbaar al deze beroepsgroepen en functies in dit project mee te nemen. Omdat de meeste onduidelijkheid bij de (post-)academische beroepen wordt ervaren, richt het project zich op deze beroepen:

- Psycholoog (vertegenwoordigd door het NIP)
- Orthopedagoog (vertegenwoordigd door de NVO)
- Orthopedagoog-generalist (vertegenwoordigd door de NVO)
- Kinder- en jeugdpsycholoog NIP (vertegenwoordigd door het NIP)
- Gz-psycholoog (vertegenwoordigd door het NIP en de NVGzP)
- Psychotherapeut (vertegenwoordigd door de NVP)
- Klinisch psycholoog (vertegenwoordigd door het NIP en de NVGzP)
- Klinisch neuropsycholoog (vertegenwoordigd door het NIP en de NVGzP)

⁴ Afleiding van de definitie die volgt vanuit de wet BIG

3.2 Project richt zich op beroepenstructuur, ook al is dit slechts één oorzaak van (te) late of onjuiste verwijzing

De onduidelijke beroepenstructuur is één van de oorzaken, waardoor cliënten (te) laat of niet de juiste zorg ontvangen en onnodig psychisch lijden kunnen ervaren. Daarnaast zijn er nog andere belangrijke oorzaken die hiertoe leiden, zoals het tekort aan gz-psychologen en klinisch psychologen. Ook kan de huidige bekostiging en contractering door zorgverzekeraars en gemeentes tot verkeerde prikkels leiden. Denk aan de prikkel om snel een diagnose te stellen, zodat een zorgproduct voor declaratie aan de zorgverzekeraar geopend kan worden.

Voor het oplossen van niet tijdige of onjuiste zorg is het verduidelijken van de beroepenstructuur niet genoeg, maar dienen de andere oorzaken ook aangepakt te worden. Het risico bestaat dat door onvoldoende oplossen van de andere oorzaken, de beroepenstructuur weer onduidelijker wordt. Denk aan wat zich de afgelopen jaren heeft afgespeeld door het tekort aan gz-psychologen en klinisch psychologen.

4 Op te stellen advies omvat beroepenstructuur en implementatie

We voeren een project in vier fases uit, waarbij de doorlooptijd van oktober 2019 tot en met december 2020 is. We stellen een stip op de horizon vast voor de gewenste beroepenstructuur en lichten toe welke cliënten/zorgvragen bij welk beroep terecht kunnen. In een advies aan de bewindspersonen bij VWS beschrijven we wat nodig is om de gewenste beroepenstructuur te implementeren.

We delen het project in vier fases in (Figuur 1). In fase 1 ontwikkelen we een stip op de horizon voor de beroepenstructuur (§4.1). In fase 2 ontwerpen we een globaal stappenplan met mijlpalen om tot deze gewenste beroepenstructuur te komen (§4.2). In fase 3 stellen we een vanuit cliëntperspectief bezien overzicht van de clusters van cliënten/zorgvragen op die bij de beroepen uit de psychologische en pedagogische beroepenstructuur terecht kunnen (§4.3). In fase 4 beschrijven we de eindproducten in een advies aan de betrokken bewindspersonen bij het ministerie van VWS. Wanneer het advies onderdelen bevat waar andere partijen bevoegdheden over hebben, worden die in de procedure meegenomen (§4.4). De doorlooptijd van het project is van oktober 2019 tot en met december 2020.



Figuur 1. Project bestaat uit vier fases, waarin we werken aan advies voor beroepenstructuur en implementatie hiervan

4.1 Opstellen stip op horizon voor beroepenstructuur

In fase 1 stellen de voorzitters van de verenigingen in de stuurgroep een stip op de horizon op voor de gewenste beroepenstructuur. De voorzitters richten zich hierbij op de beroepenstructuur over circa 10 tot 15 jaar. Dit geeft de voorzitters de vrijheid om vanuit de beroepsinhoud over een duurzame structuur na te denken, zonder teveel belast te zijn met de mogelijke praktische knelpunten ervan, zoals bepaalde overgangsregelingen en financiële consequenties voor de korte termijn.

Onder begeleiding van [] zullen de voorzitters in tenminste 3 vergaderingen met elkaar het gesprek voeren over de gewenste beroepenstructuur. In deze gesprekken is in ieder geval aandacht voor:

- De relatie of het onderscheid tussen de psychologische en orthopedagogische beroepen.
- De positie van de masterpsycholoog ten opzichte van de gz-psycholoog en de positie van de masterorthopedagoog ten opzichte van de orthopedagoog generalist (OG).
- De positie van de kinder- en jeugdpsycholoog (registratie NIP).
- De verhouding van de psychotherapeut (PT) ten opzichte van de klinisch psycholoog (KP).
- De plek van de verschillende werkgebieden in de beroepenstructuur.
- De plek van de verschillende werkwijzen en aanvullende registraties die hiervoor bestaan in de beroepenstructuur.

Bij het opstellen van de stip op de horizon is aandacht voor de andere relevante projecten, zodat het advies voor de gewenste beroepenstructuur in lijn ligt met de andere ontwikkelingen in het veld. Op dit moment gaat het om de volgende projecten of bewegingen:

- Toekomstbestendigheid van de wet BIG (advies RVS)
- Advies van Opleidingsraad over aansluiting van de gz-master opleidingen
- Herziening model kwaliteitsstatuut
- Generieke module Psychotherapie (Ontwikkelagenda)
- Zorgprestatiemodel.

De stip op de horizon wordt voorgelegd aan de adviesraad. De stuurgroep past de stip op de horizon aan op basis van de opmerkingen vanuit de adviesraad en beschrijft de stip op de horizon in een advies. De doorlooptijd van fase 1 is oktober tot en met december 2019.

4.2 Ontwerpen stappenplan met mijlpalen

In fase 2 onderzoeken we er moet gebeuren om de gewenste beroepenstructuur te kunnen implementeren. Hierbij is aandacht voor de volgende onderdelen:

- Opleidingen en overgangsregelingen: We bespreken in de stuurgroep en adviesraad wat de verwachte effecten van de gewenste beroepenstructuur op de opleidingsstructuur zijn en welke overgangsregelingen nodig zullen zijn. Indien nodig, nemen we contact op met hoofdopleiders van de opleidingen om hier meer inzicht in te krijgen.
- Aanvullende registraties: We bespreken in de stuurgroep en adviesraad welke veranderingen in de structuur van (verenigingen voor) aanvullende registraties gewenst zijn. Als belangrijke veranderingen gewenst blijken, zal hierover bilaterale afstemming plaatsvinden met de verenigingen voor aanvullende registraties.
- Wetgeving en bekostiging: We bespreken in de stuurgroep en adviesraad welke aanpassingen in wetgeving en bekostiging nodig zijn om de beroepenstructuur optimaal te laten functioneren. Als belangrijke veranderingen gewenst blijken, zal hierover overleg plaatsvinden met het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en andere relevante partijen.

Per onderdeel beschrijven we een stappenplan voor implementatie met mijlpalen: we beschrijven wat uitdagingen zijn, welke stappen over welke tijdsduur gezet kunnen worden en welke instanties daarbij een rol spelen. Het stappenplan wordt voorgelegd aan de adviesraad en aangepast op basis van de opmerkingen vanuit de adviesraad. De doorlooptijd van fase 2 is november 2019 tot en met januari 2020.

4.3 Opstellen overzicht clusters cliënten/zorgvragen per beroep

In fase 3 stellen we een vanuit cliëntperspectief opgesteld overzicht op van de clusters van cliënten/zorgvragen die bij de beroepen uit de psychologische en pedagogische beroepenstructuur terecht kunnen. Het doel hiervan is om aan verwijzers uit te kunnen leggen welk beroep aan welk type cliënten diagnostiek en interventies kan bieden. Hierbij kan verder worden gebouwd op de informatie uit de inventarisatiefase, die voorafging aan dit project. Bij het opstellen van het overzicht zorgen we voor aansluiting bij de zorgstandaarden en veldnormen.

Bij het opstellen van het overzicht houden we rekening met de mogelijkheden voor taakherschikking tussen de (post-)academische psychologische en orthopedagogische beroepen en de taakherschikking tussen de (post-)academische en hbo-beroepen. Hiervoor stemmen we af met de verenigingen die de hbo-beroepen vertegenwoordigen. Taakherschikking is (soms) gewenst om te zorgen dat de psychologische en pedagogische zorg zo doelmatig mogelijk geleverd wordt.

We leggen het overzicht voor aan cliënten- en naastenvertegenwoordigers en verschillende typen verwijzers in de psychologische en pedagogische zorg. We gaan met hen aan de hand van

casussen na of het overzicht leidt tot meer duidelijkheid en tot betere verwijzingen van de cliënt. Op basis hiervan passen we het overzicht aan. Het aangepaste overzicht wordt voorgelegd aan de adviesraad. De stuurgroep past het overzicht op basis hiervan verder aan. De doorlooptijd van fase 3 is november 2019 tot en met december 2020.

4.4 Beschrijven eindproducten in advies aan VWS

In fase 4 beschrijven we de eindproducten van fase 1 tot en met 3 in een advies aan de betrokken bewindspersonen bij het ministerie van VWS. De onderdelen van het advies waar andere partijen bevoegdheden over hebben, worden ook gericht aan deze partijen. Wanneer een onderdeel van het advies bijvoorbeeld een aanpassing of instelling van een specialisme betreft, wordt een verzoek gedaan aan het College Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog en Psychotherapeut van de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten (FGzPT).

Het advies vanuit de stuurgroep wordt voorgelegd aan de adviesraad en op basis daarvan aangepast. Om te onderstrepen dat het advies een breed gedragen visie beschrijft en dat er commitment is om het te verwezenlijken, vragen we de voorzitters in de stuurgroep het advies te ondertekenen. De doorlooptijd van fase 4 is oktober tot en met december 2020.

5 Projectorganisatie borgt inbreng van betrokkenen

Voor de sturing van het project is een stuurgroep gevormd, waarin de voorzitters van het NIP, de NVGzP, de NVO, de NVP, de LVVP en P3NL deelnemen. Daarnaast is er een adviesraad, waarin de voorzitters of gemandateerde directeurs/medewerkers van aanverwante verenigingen deelnemen. De adviesraad adviseert de stuurgroep gevraagd en ongevraagd. [redacted] is voorzitter van de stuurgroep en adviesraad. Adviesbureau SiRM ondersteunt het project.

De projectorganisatie bestaat uit:

- Een stuurgroep, waarin de voorzitters van het NIP, de NVGzP, de NVO, de NVP, LVVP en P3NL deelnemen. In iedere fase vindt intensief overleg met de voorzitters in de stuurgroep plaats (§5.1).
- Een adviesraad, waarvoor de voorzitters van de aanverwante organisaties uitgenodigd worden. Tijdens iedere fase consulteren we de adviesraad minimaal één keer (§5.2).
- Voorzitterschap van [redacted] en ondersteuning vanuit SiRM (§0).

5.1 Voorzitters van beroepsverenigingen waar advies over gaat, nemen besluit na iedere fase

Voor de sturing van het project is een stuurgroep gevormd, bestaande uit de voorzitters van zes verenigingen:

- De vier beroepsverenigingen die zich richten op de kwaliteit van de psychologische en pedagogische beroepen:
 - NIP: [REDACTED]
 - NVGzP: [REDACTED]
 - NVO: [REDACTED]
 - NVP: [REDACTED]
- De twee verenigingen die naast het NIP de psychologische en/of pedagogische beroepsgroepen vertegenwoordigen in het Bestuurlijk Overleg/Directeuren Overleg Hoofdlijnenakkoord ggz (BO/DO HLA ggz):
 - LVVP: [REDACTED]
 - P3NL: [REDACTED]

De stuurgroep komt eens per 1 à 2 maanden bijeen in een vergadering. Bij deze vergaderingen zijn de voorzitters van alle verenigingen aanwezig. [REDACTED] is onafhankelijk voorzitter. De voorzitters van de zes verenigingen ontwikkelen gezamenlijk een stip op de horizon voor de beroepenstructuur, dragen stappen aan die nodig zijn om tot de gewenste structuur te komen en stellen een voorstel op voor clusters van cliënten/zorgvragen die bij de beroepen terecht kunnen. Zij hebben hierbij aandacht voor de andere ontwikkelingen en projecten in het veld. De LVVP en P3NL zorgen daarnaast voor een verbinding met het BO/DO HLA.

De voorzitters zijn verantwoordelijk voor het nemen van gemandateerde inhoudelijke besluiten tijdens de vergaderingen met de stuurgroep en de ondertekening van het advies. Dit betekent dat we voldoende ruimte bieden in de planning voor consultatie van de achterban van de eigen vereniging. Ten behoeve van opinievorming zullen de voorzitters binnen hun vereniging open zijn over wat besproken is in de vergadering met de stuurgroep. De voorzitters kunnen hierbij besluiten om de directeuren te vragen om taken op te pakken.

In de besluiten die de voorzitters nemen in de stuurgroep laten zij het advies van de adviesraad zwaar meewegen. Het project kan alleen tot een succesvol einde gebracht worden als er breed draagvlak is voor de adviezen bij de betrokken partijen. De voorzitters zorgen ervoor dat zij nadat de stip op de horizon vastgesteld is (einde fase 1) dit gezamenlijke perspectief op de beroepenstructuur uitdragen richting alle betrokkenen. Zij zullen dit doen in samenwerking met de directeuren.

5.2 Aanverwante verenigingen in adviesraad adviseren de stuurgroep gevraagd en ongevraagd

Om een succesvolle implementatie mogelijk te maken, is het van belang dat er veel draagvlak is voor de adviezen bij de betrokken verenigingen. Er is daarom naast de stuurgroep een adviesraad gevormd. De adviesraad bestaat uit de voorzitters van de volgende verenigingen:

- De partijen in het BO/DO Hoofdlijnenakkoord
- De verenigingen van de aanvullende registraties
- De verenigingen die cliënten en verwijzers vertegenwoordigen.

Daarnaast nemen de directeuren van de verenigingen in de stuurgroep deel als toehoorder in de adviesraad.

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de deelnemers aan de adviesraad. De adviesraad wordt minimaal eens per fase geconsulteerd. [REDACTED] zit het overleg met de adviesraad voor. Als in de adviesraad onvoldoende draagvlak blijkt voor het advies vanuit de stuurgroep wordt dit teruggelegd bij de stuurgroep.

5.3 [REDACTED] is voorzitter van stuurgroep en adviesraad, SiRM ondersteunt hem in deze rol

5.3.1 [REDACTED] is voorzitter van de stuurgroep en adviesraad

De stuurgroep heeft [REDACTED] gevraagd als onafhankelijk voorzitter van de stuurgroep en adviesraad. [REDACTED] is daarnaast gevraagd om ook aanspreekpunt te zijn voor de partijen in het BO/DO HLA.

De verenigingen in de stuurgroep spreken al enige jaren in verschillende verbanden, waaronder P3NL, over het verduidelijken van de beroepenstructuur. Tegen dat licht hebben zij [REDACTED] gemandateerd om als onafhankelijk voorzitter besluiten te nemen over het proces om tot de gewenste eindproducten te komen. De voorzitters gaan er hierbij vanuit dat zij tijdens de vergaderingen met de stuurgroep geïnformeerd worden over de processtappen. Daarnaast gaan de voorzitters ervan uit dat zij, indien nodig tussentijds, geraadpleegd worden als er processtappen genomen worden die afwijken van het afgesproken plan van aanpak of de afgesproken doelen of als een conflict dreigt.

5.3.2 SiRM ondersteunt [REDACTED] en de stuurgroep en adviesraad

De stuurgroep heeft adviesbureau SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd om [REDACTED] en daarmee de stuurgroep en adviesraad te ondersteunen als onafhankelijke partij. SiRM richt zich hierbij in opdracht van de stuurgroep op:

- Het analyseren en structureren van ontvangen informatie
- Het uitvoeren van projectmanagementtaken
- Het ondersteunen bij de voorbereiding van de vergaderingen
- Het opstellen van verslagen van vergaderingen met de stuurgroep, adviesraad en andere vergaderingen of werksessies.

In fase 2 ondersteunt SiRM bij het onderzoek naar welke stappen nodig zijn om tot de gewenste beroepenstructuur te komen. In fase 3 ondersteunt SiRM bij het opstellen van clusters van cliënten/zorgvragen die bij gewenste beroepen terecht kunnen. In fase 4 ondersteunt SiRM de voorzitters bij het beschrijven van de eindproducten in een advies aan de betrokken bewindspersonen bij het ministerie van VWS en andere relevante partijen.

Het projectteam van SiRM bestaat uit de teamleden die ook betrokken waren bij de inventarisatie van de huidige vraag en het huidige aanbod in de psychologische en pedagogische zorg:

- [REDACTED], partner bij SiRM
- [REDACTED], senior consultant bij SiRM
- [REDACTED], consultant bij SiRM.

Een beknopt CV van de teamleden van SiRM is te vinden op de website van SiRM: www.sirm.nl.

Voor het project is in totaal vanaf oktober 2019 maximaal € 10.1.c, - exclusief BTW gereserveerd binnen het budget van het HLA ggz. SiRM stelt tussentijdse verantwoordingen en een eindverantwoording op voor het BO/DO HLA over de daadwerkelijke inzet. In deze verantwoordingen wordt de volgende informatie opgenomen:

- Kosten inzet [REDACTED] op basis van facturen aan SiRM
- Kosten inzet SiRM op basis van urenverantwoording
- Kosten voor de organisatie van bijeenkomsten: vergaderruimten, catering en eventuele reiskostenvergoeding en vacatiegelden voor deelnemers aan expertsessies.

6 Bijlage: Overzicht deelnemers aan adviesraad

Partij	Achterban	Naam
ActiZ	Organisaties die ouderenzorg bieden	[REDACTED]
AJN ⁵	Jeugdartsen	[REDACTED]
FGzPt	Gz-psychologen, Klinisch (neuro) psychologen, Psychotherapeuten (opleiding)	[REDACTED]
FGzPt	Opleidingsraad	[REDACTED]
FGzPt	College	[REDACTED]
GGZ NL ⁵	Instellingen in ggz en verslavingszorg	[REDACTED]
Jeugdzorg Nederland	Organisaties die jeugdhulp, jeugdbescherming en/of jeugdreclassering bieden	[REDACTED]
LVMP	Medisch psychologen	[REDACTED]
LV POH-ggz	POH-ggz	[REDACTED]
MIND	Personen met psychische klachten en hun naasten	[REDACTED]
NBTP	Toegepast psychologen (en psychologen in opleiding)	[REDACTED]
NHG	Huisartsen	[REDACTED]

⁵ Vereniging heeft deelname aan adviesraad nog niet bevestigd

NPaV	Nederlandse Psychoanalytische Vereniging	
NVAVG	AVG-artsen	
NVPP	Psychoanalytische psychotherapeuten	
NVRG	Systeemtherapeuten	
NVvP	Psychiaters	
NVVS	Seksuologen	
Stichting EFT-Nederland	EFT-therapeuten (emotionally focused therapy)	
VEN	EMDR-therapeuten	
Vereniging IPT Nederland ⁵	Interpersoonlijke psychotherapeuten	
VERENSO	Specialisten ouderenzorg	
VGct	Cognitieve gedragstherapeuten	
VGN	Organisaties die gehandicaptenzorg bieden	
VKJP	Kinder- en Jeugd-psychotherapeuten	
VNG ⁵	Gemeenten	
VPeP ⁵	Persoonsgerichte psychotherapeuten	
VSt	Schematherapeuten	
VVP	Psychodiagnostisch werkenden	
V&VN	Verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten	

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

verslag

Betreft Bestuurlijk Overleg Administratieve lasten en correct declareren

Vergaderdatum en -tijd 17 december 2019 09:30-10:00 uur

Vergaderplaats Den Haag, Ministerie van VWS, Apollozaal

Aanwezig (NIP), (ZN), (Zilveren Kruis), (P3NL), (GGZ NL), (LVVP), (NVvP), (V&VN), (NZa),

Afwezig NFU, MIND

Kopie aan

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Senior Beleidsmedewerker

T
M
@minvws.nl

Datum
19 december 2019

Aantal pagina's
9

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

1. Opening en mededelingen

Aan de agenda wordt de bespreking van de uitkomsten van het onderzoek naar registratielast op verzoek van V&VN toegevoegd.
De voorzitter heet de extra gasten welkom.

2. Verslag d.d. 24 september 2019

Het verslag wordt vastgesteld.

3. Verminderen AL bij (formele) rechtmatigheidscontroles

VWS leidt het agendapunt in. GGZ NL gaf in het Bestuurlijk Overleg d.d. 29 maart 2019 aan de toen voorgelegde uitwerking van het punt 'vermindering registratielast bij (formele) rechtmatigheidscontroles' uit het Bestuurlijk akkoord ggz 2019 t/m 2022 onvoldoende te vinden. VWS, de NZa en GGZ NL zijn vervolgens om tafel gegaan om te inventariseren hoe we aanvullend uitwerking konden geven aan dit punt uit het Bestuurlijk akkoord. In het Bestuurlijk Overleg d.d. 24 september 2019 is de aanpak afgesproken om, in gezamenlijkheid, onderstaande onderwerpen te onderzoeken met als doel om administratieve lasten bij (formele) rechtmatigheidscontroles te verminderen.

1. Uniformering van de verwijzing;

2. Tijdschrijven m.b.t. MDO door de Regiebehandelaar;
3. Registratie van verblijf;
4. Registreren van indirecte tijd;
5. Administratie van activiteitencodes.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Alle bovengenoemde onderwerpen zijn voor dit Bestuurlijk Overleg voorbereid in een kleiner comité (denktank), bestaande uit GGZ NL, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, de NZa, VWS en ZN (als toehoorder).

Datum
19 december 2019

1. Uniformering van de verwijzing

De LVVP verzoekt om de tekst ten aanzien van een onvolledige verwijzing uit de Afspraken Verwijzing Geestelijke gezondheidszorg van maart 2017 ook te verwerken. VWS geeft aan dat dit ook bedoeling is om te nemen in het boekje met de nieuwe afspraken over de Verwijzing. VWS geeft tevens aan dat dit al op bureauniveau was afgesproken met de LVVP.

In bijlage 3.1 staat in het laatste deel een opsomming en daaronder een zin dat ook de regiebehandelaren hier onderdeel van zijn. V&VN stelt voor om de regiebehandelaar ook in het rijtje bullets op te nemen, zodat het een eenduidig rijtje wordt. VWS geeft aan dat met de notitie onderscheid wordt gemaakt tussen verwijzing en doorverwijzing. Door de regiebehandelaar op te nemen in het rijtje verdwijnt het onderscheid. Afgesproken wordt dat in het te maken boekje met de nieuwe afspraken over de Verwijzing goed wordt bekeken of het helder is wie welke (door)verwijzing kan maken (is inmiddels met de leden van de werkgroep AL ggz afgestemd).

De LVVP vraagt of er ook gedacht is over het laten vallen van de eis dat voor iedere prestatie in de Generalistische basis ggz na een jaar looptijd opnieuw een verwijzing nodig is? Een suggestie is een melding binnen 30 dagen aan de huisarts.

Zilveren Kruis geeft aan dat hierover is nagedacht. De Basis GGZ is in oorsprong bedoeld voor een kortdurende gestructureerde behandeling en er geldt een eenmalige aanspraak. Voor een prestatie Basis Chronisch geldt deze regel niet en mag na een jaar worden doorbehandeld. Afgesproken is om dit punt nogmaals te bekijken (actie ZN).

GGZ NL doet de oproep aan alle leden van het BO ten aanzien van alle vijf de onderwerpen om het nu daadwerkelijk te gaan doen en dat men hoopt op een vervolg.

De leden van het BO gaan akkoord met de nieuwe voorliggende afspraken en de voorgestelde communicatie-aanpak.

2. Tijdschrijven m.b.t. MDO door de Regiebehandelaar
Geen opmerkingen bij de notitie. VWS geeft aan dat in samenwerking met GGZ NL een filmpje zal worden gemaakt over het Advies van de Taskforce Gepast Gebruik. Dit filmpje kan worden gebruikt om ggz-aanbieders hier nogmaals aan te herinneren. De NZa zal in het voorjaar gaan monitoren hoe het met de implementatie van het Advies gaat.
3. Registratie van verblijf
ZN geeft aan dat ten aanzien van het woord *doorgaans* in de definitie ruimte is voor interpretatieverschillen en stelt daarom voor nog één afstemronde met partijen te doorlopen om de definitie aan te scherpen. Dit is inmiddels gebeurd en de definitie luidt nu:

*Een opnameperiode is de periode vanaf de eerste dag van opname tot de datum van ontslag. Verlof valt hier dus binnen.
De grens van 20:00 uur geldt alleen voor de eerste opnamedag. Voor de overige dagen geldt deze grens niet, maar de cliënt moet wel 's nachts (tussen 02:00 uur en 06:00 uur) binnen de instelling verblijven. Indien hiervan wordt afgeweken, bespreken aanbieder en zorgverzekeraar dit in redelijkheid en billijkheid. Als een cliënt zich tegen de verwachting pas in de (vroeg) morgen meldt, kan geen verblijfsdag worden gedeclareerd.*

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
19 december 2019

4. Registreren van indirecte tijd

De leden van het BO gaan akkoord met de voorgestelde (procesmatige) aanpak.

5. Administratie van activiteitencodes

De leden van het BO gaan akkoord met de verkorte activiteitencode-lijst.

De voorzitter (VWS) bedankt de leden van de denktank voor het verrichtte werk en verzoekt partijen breed ruchtbaarheid te geven aan de besluitvorming en de gemaakte afspraken. Daarnaast wordt afgesproken dat regelmatig gemonitord zal worden hoe het gaat met de implementatie van de afspraken. Ook zal het periodiek op de agenda van het BO worden geplaatst.

4. Administratieve lasten vrijgevestigden

- De LVVP geeft aan dat de gemaakte afspraken onder agendapunt 3 slechts zijdelings vrijgevestigden raakt. Veel administratieve lasten worden veroorzaakt door zorgverzekeraars. Er wordt een afspraak gepland om met de LVVP en ZN/ zorgverzekeraars over de budgettering vrijgevestigden te spreken. Waarschijnlijk is het mogelijk, zo geeft ZN aan, om de diversiteit te reduceren op een aantal vlakken.
- VWS leidt het agendapunt over 'keurmerken' in. Tijdens het vorige BO is afgesproken dat VWS en de LVVP op korte termijn samen bekijken wat nodig is om dit punt uit te voeren. Inmiddels heeft VWS een korte analyse gemaakt van de keurmerken en certificeringen waar LVVP-leden mee te maken hebben. Vaak zorgt een keurmerk en/ of certificering voor een hoger tarief, zo blijkt uit navraag bij zorgverzekeraars. Vanuit VWS kunnen we het keurmerk basis ggz niet verbieden. Dit keurmerk gebruiken veel zorgverzekeraars in de contractering. VWS verwacht dat er overlap zit tussen het keurmerk en de certificering van de LVVP en NIP en dat stroomlijning kan plaatsvinden tussen het Model Kwaliteitsstatuut (Akwa), Keurmerk Basis ggz, certificering LVVP en certificering NIP. De LVVP geeft aan dat er geen draagvlak vanuit hen is voor de geplande afspraak d.d. 6 februari 2020 op het Ministerie van VWS met Stichting keurmerk ggz, Akwa, LVVP, ZN/ zorgverzekeraars en NIP en kan worden afgezegd (is gebeurd). De LVVP geeft aan dat het Keurmerk Basis ggz een extra administratieve last betekent voor vrijgevestigden, terwijl de eisen inhoudelijk al gedekt zijn met het Kwaliteitsstatuut en de visitaties van de LVVP en het NIP. Ook het beeld dat je met het Keurmerk een hoger tarief kunt verdienen, doet de werkelijkheid geweld aan, aldus de LVVP: vrijgevestigden hebben te maken met hoge generieke afslagen (soms wel tot 20%) en met het keurmerk kun je een stukje van je afslag terugverdienen. Vrijgevestigden moeten voor het hebben van het keurmerk betalen. De LVVP geeft aan dat zij eerder al een analyse-notitie heeft gemaakt met betrekking tot het Keurmerk. Afgesproken wordt dat de LVVP de notitie met de analyse deelt met de leden van het BO (actie LVVP). Tevens neemt de LVVP dit punt mee in het gesprek met ZN/ zorgverzekeraars over de budgettering vrijgevestigden.

5. Onderzoek V&VN

V&VN licht het onderzoek kort toe. Vooral de uitkomst op de enquêtevragen 8 en 10 laten zien dat de urgentie om regeldruk aan te pakken onverminderd groot is en er werk aan de winkel is. Afsproken wordt om samen met GGZ NL en NIP de voortgang goed te monitoren. Tevens wordt afgesproken waar mogelijk in een volgende enquête een verdiepingsslag in de vraagstelling aan te brengen. ZN geeft aan dat de enquête duidelijker gepositioneerd en geduid kan worden in het vervolg.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
19 december 2019

6. W.v.t.t.k.

WVS geeft aan dat op 17 februari 2020 om 13:00 uur het congres Waardegedreven zorg/ experiment Arkin en Zilveren Kruis is in Amsterdam. De Staatssecretaris zal tijdens het congres een speech geven. De website voor aanmelding is inmiddels live en te bereiken via www.ordz.nl.

7. Sluiting**Verslag BO HLA**

Betreft	Bestuurlijk overleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	17 december 2019 10:00-11.30
Vergaderplaats	VWS, B4.33

We vervolgen het overleg met het BO HLA. Voorafgaand aan het overleg overhandigt GGZ NL het boek "Als het misgaat in je hoofd" aan de staatssecretaris. De schrijver van het boek, Pieter Webeling, is daarbij aanwezig.

1. Opening en mededelingen

-V&VN mist de ontwikkeling van de WVGGZ op de agenda. Ook de NVvP en GGZ NL en de VNG zien het graag op deze agenda. De NVvP geeft aan dat er risico's zitten aan de invoering van de wet.

WVS geeft aan dat er inderdaad risico's zijn maar dat de wet per 2020 wordt ingevoerd. We zullen er vanaf het begin scherp op zijn of er zaken moeten worden aangepast. We hoeven daar niet mee te wachten tot het moment van de evaluatie. We kunnen het in de BO's agenderen als partijen daar behoefte aan hebben. WVS geeft echter wel aan dat het niet handig/ een risico is om hetzelfde onderwerp om meerdere tafels te agenderen en waarschuwt voor bestuurlijke drukte. Besluitvorming over de WVGGZ vindt plaats in de bestuurlijke ketenraad. De NVvP is benieuwd hoe de infrastructuur voor het signaleren van de problemen eruit komt te zien. WVS geeft aan dat hier in de bestuurlijke ketenraad afspraken

over zijn gemaakt. Namelijk dat de meldingen gemonitord worden en dat dit door de ketenpartners wordt opgepakt. Dit wordt iedere maand met elkaar besproken. VWS stuurt het verslag van de bestuurlijke ketenraad mee met het verslag van dit overleg.

DGCZ van VWS en de NVvP plannen een afspraak om nog over het een en ander te spreken. V&VN sluit daar graag bij aan.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
19 december 2019

-Brief suïcidepreventie in opleidingen

Naar aanleiding van het AO suïcidepreventie en een petitie die aan de staatssecretaris is aangeboden hebben partijen een brief van VWS ontvangen waarin aandacht wordt gevraagd voor de verankering van dit onderwerp in de opleidingen van zorgprofessionals. VWS stelt voor dit in een volgend BO te agenderen.

-Brief lerende cultuur ggz

Voor het AO ggz van 29 januari gaat er een brief van VWS over de lerende cultuur in de ggz naar de Tweede Kamer. Naar aanleiding van het debat rondom Thijs H. heeft VWS een brief toegezegd over hoe de sector ermee omgaat als dingen misgaan. VWS krijgt hiervoor graag op korte termijn (de eerste helft van januari) input van partijen. Verzoek is om het VWS te laten weten als er concrete teksten zijn over hoe dit binnen de eigen organisatie gaat. V&VN en GGZ NL geven aan dat input conform verzoek wordt voorbereid.

De NVvP geeft aan dat het in de framing lijkt alsof er rondom Thijs H veel is misgegaan in de ggz terwijl dit nog niet duidelijk is. VWS geeft aan niet mee te willen gaan in de framing rond incidenten. We zullen ons in de brief daarom ook niet richten op één incident. Input vanuit partijen kan helpen om het beeld goed neer te zetten.

-Uitputting financieel kader ggz

De prognose voor 2019 is € 24 miljoen lager dan het MBI-bedrag voor 2019. De cijfers over 2019 zijn echter op basis van 9% van de declaraties en derhalve nog zeer voorlopig. De onderuitputting is dus niet heel groot meer.

- Contourennota

De contouren van het Nederlandse zorgstelsel voor de toekomst zullen worden geschetst. De vraag naar zorg en maatschappelijke ondersteuning zal de komende tientallen jaren fors toenemen. Tegelijk is er krapte op de arbeidsmarkt en daalt het aantal mantelzorgers. Deze schaarbeweging van stijgende zorgvraag en krapte in het aanbod stelt de zorg voor grote uitdagingen. In de contourennota zullen cijfers worden opgenomen over wat er goed gaat en wat ons te wachten staat. Er worden regiobeelden gemaakt van wat er is en wat er nodig is. Daarnaast worden gesprekken gevoerd met diverse mensen en partijen. In februari/maart komt een stand van zaken brief uit over de contourennota. Voor het zomerreces komt de nota zelf uit, met daarin de nadruk op oplossingsrichtingen.

Op 29 januari van half 12 tot 13 uur zal een gesprek met de bestuurders van de HLA partijen plaatsvinden. Input kan ook daarna nog geleverd worden, maar dan kan VWS het niet meer meenemen in de stand van zaken brief. Het is qua voorbereiding handig om te focussen op de knelpunten. Daarnaast is alle (schriftelijke) input welkom.

2. Verslag BO 24 september

Geen opmerkingen.

3. Voortgang HLA

-Het HLA ggz loopt nu bijna een jaar, het is belangrijk dat HLA partijen met elkaar delen of we op de goede weg zijn. In het BO ligt een notitie voor met een eerste voortgangsoverzicht van het HLA ggz, waarmee de nog aan te stellen procesbegeleider verder kan gaan.

Aan het BO wordt een drietal vragen voorgelegd:

- Zijn we op de goede weg met het HLA?
- Kunt u twee onderdelen benoemen die goed gaan?
- Kunt u twee onderdelen benoemen die niet goed gaan?

Voor de VNG is de ondertekening een hoogtepunt geweest. De VNG voert gesprekken met andere partijen en vraagt aandacht voor de aansluiting met het sociaal domein. De VNG wil een voorstel ontwikkelen voor twee regio's en de aansluiting met het sociaal domein daarin, vertrekkend vanuit cliënt perspectief. In die regio's kan worden gekeken hoe datgene dat goed gaat (maar na pilotfase niet of nauwelijks verder komt doordat de juiste randvoorwaarden ontbreken) verder kan worden gebracht.

_____ geeft namens Valente (per 1 januari) aan dat het jammer zou zijn als de focus van het sociaal domein afgaat. Gemeenten hebben onvoldoende middelen om de grote taken uit te voeren. We moeten kritisch kijken naar steeds verder door decentraliseren. In dat opzicht kunnen we als het gaat om beschermd wonen en maatschappelijke opvang leren van andere sectoren.

MIND sluit erbij aan dat verbinding tussen het zorgdomein en sociaal domein belangrijk is. De doorvoering van het experiment ervaringsdeskundigen is positief. Of het meegenomen wordt in de contractering zal blijken. MIND heeft zorgen over de wachtlijsten. Dit vraagt nog meer inspanning. Ook MIND doet graag mee in de regio en ziet graag regionale steunpunten.

Ineen is blij met de ontwikkeling van de POH ggz. Triage en verwijzing tussen huisarts en ggz loopt nog niet soepel. De wachtlijsten zijn hoog en opschaling naar de ggz gaat nog niet altijd goed. Het is lastig voor huisartsen om de connectie met het sociaal domein goed vorm te geven.

De NvVP is tevreden met het proces rondom de nieuwe bekostiging en invoering van de medische staf in de CAO. De NvVP maakt zich zorgen over of deze dingen die we bespreken er echt toe doen in het kader van de juiste zorg op de juiste plek en het totaaloverzicht. We zeggen veel over het aanbod en weinig over de vraag.

P3NL vraagt zich af of we voldoende overzicht hebben. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek is P3NL tevreden over het feit dat we meer opleiden en over de aandacht voor de beroepenstructuur.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
19 december 2019

P3NL is niet tevreden over het traject rondom het kwaliteitsstatuut. Daarnaast wordt aandacht gevraagd voor het feit dat de orthopedagoog generalist niet als regiebehandelaar is opgenomen in het kwaliteitsstatuut terwijl zij inmiddels BIG geregistreerd zijn.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

De LVVP maakt zich zorgen om de wachtlijsten. Veel van de tafels die we hebben hangen samen en die samenhang is niet altijd goed geborgd. Het proces rondom de nieuwe bekostigingssystematiek loopt goed en het feit dat we aan de slag zijn met de beroepenstructuur is ook positief. De administratieve lasten zijn voor de vrijgevestigden nog steeds hoog en er blijven zorgen over het (stimuleren van) contracteren.

Datum
19 december 2019

ZN geeft aan dat de uitvoering van het HLA ggz in vergelijking tot andere HLA's moeizamer verloopt. We moeten de samenhang nadrukkelijk bewaken en ons afvragen of we de goede dingen doen. Er zijn goede voorbeelden zoals het Arkin experiment. Ook worden steeds vaker meerjarencontracten afgesloten en het is goed dat de samenwerkingsagenda met de VNG loopt. Er zou meer moeten gebeuren op de sturing en het proces, bijvoorbeeld rondom de consultatie en coördinatiefunctie. Dat is nodig om van totale HLA een succes te maken. Leden van ZN merken dat het commitment van individuele aanbieders op financiële afspraken te wensen over laat. Daarnaast hangen veel dingen samen met transparantie op kwaliteit en die laat soms te wensen over. Dat heeft ook zijn weerslag op contractering.

Volgens V&VN zijn we op de goede weg. Er mag meer regie en tempo op de agenda, ook vanuit VWS. Het gaat goed op bekostiging. Er zijn zorgen rondom implementatie van de zorgstandaarden, daar moet meer urgentie op. En de samenhang met het sociale domein moet beter. Het moet concreter hoe we met elkaar bijvoorbeeld rond EPD beter samenwerken. Ook rondom preventie zou meer moeten gebeuren.

Het NIP geeft ook de ingediende zorgstandaarden aan als positief punt. Er zit nu ook beweging in de uitkomstindicatoren. De zorgpunt is hoe we aan patiënten laten merken dat er daadwerkelijk iets gebeurt.

GGZ NL geeft aan dat het systeem onder druk staat. We de onderliggende ontwerpvrage moeten blijven agenderen met name rondom de verbinding met het sociaal domein. Het is goed dat de VNG aan tafel zit. Arbeidsmarkt is een zorg, maar het is goed dat er aan de opleidingskant meer gedaan wordt. Een toevoeging aan alles wat al gezegd is, is dat we onszelf schaalvraag moeten blijven stellen: is het lokaal, regionaal of landelijk. Anders hebben we straks van alles gedaan maar is niemand er beter van geworden.

VWS geeft aan dat het winst is dat we in de wij-vorm praten. Er gaat veel goed maar zijn ook verbeterpunten. We moeten ons steeds de vraag stellen of we nog bezig zijn met de doelen van het HLA. En is alles wel zorg of moet je ook op andere domeinen mensen helpen. Zsm na kerstreces zal een bijeenkomst volgen met bestuurders, om te kijken: doen we de goede dingen om doelen HLA te bewerkstelligen? Een uitnodiging volgt. De vraag of er voldoende regie is moet daar ook aan de orde komen.

V&VN vraagt of het een idee is om dit aan de bijeenkomst rondom de contourennota te koppelen. VWS kijkt of dat mogelijk is, of dat misschien aangesloten kan worden qua tijd.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

4. Stand van zaken Wetsvoorstel contractering

Toelichting VWS.

Datum
19 december 2019

De Raad van State heeft advies uitgebracht. Het wetsvoorstel gaat na het kerstreces naar de TK. Het vloeit voort uit de afspraak in het HLA dat als het aandeel niet-gecontracteerde zorg ondanks de inspanningen niet daalt, verdergaande aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om het onderscheid tussen de vergoeding van niet-gecontracteerde versus gecontracteerde zorg te verhelderen dan wel te versterken.

Er zijn gesprekken geweest met MIND en de LVVP en er zullen nog meer gesprekken volgen onder meer met de NVvP. VWS wil graag dat er draagvlak is voor het wetsvoorstel. VWS neemt alle sectoren onder de loop, en kijkt kritisch naar delen van de ggz. Dat gaat niet van de een op de andere dag. De beloofde extra informatie probeert VWS voor de kerst bij partijen te krijgen.

5. Financiering hoog-specialistische zorg

Er is al enige tijd overleg met diverse partijen zoals VWS, NZa, MIND, Zorgverzekeraars Nederland, de beroepsverenigingen en GGZ Nederland over de bekostigingsproblematiek van de hoogspecialistische ggz. Het voorstel is om te zoeken naar een duurzame en structurele oplossing, analoog aan de somatische zorg, om de infrastructuur van hoogspecialistische ggz te financieren met een regeling zodat dit voor alle patiënten die dit nodig hebben beschikbaar is en blijft. Dit voorstel wordt door een groot aantal branchepartijen ondersteund en door hen ingebracht in het Hoofdpijnenakkoord GGZ (namens o.a. NVvP, GGZ Nederland, NIP, P3NL, VN&N en MIND).

Het directeurenoverleg HLA adviseert het BO om de in deze notitie geschetste route voor de korte en lange termijn in de komende tijd verder uit te werken.

VWS wijst erop dat er een financiële claim onder ligt. GGZ NL geeft aan dat je ook kan nadenken over het vinden van ruimte binnen het kader. Maar het onderzoek is volgens GGZ NL geen claim.

De onderzoeksvraag kan verder uitgewerkt worden maar de uitkomsten moeten we afwegen, het geld kan maar één keer worden uitgegeven. GGZ NL ziet nog een kans om dit voor 2021 mee te nemen, misschien kan het een bijdrage leveren aan de wachtlijsten en andere doelen uit het HLA. Afgesproken wordt dat het voorstel wordt uitgewerkt.

6. Stand van zaken ANW-diensten

Toelichting GGZ Nederland en NVvP

Er zijn regiosessies geweest. Er tekenen zich naar aanleiding daarvan een aantal oplossingsrichtingen af. In de loop van januari komt er een smart plan daarover richting VWS. Het verder ontwikkelen van de medische staven wordt op veel plekken in gang gezet. Soms is er scholing voor mensen die diensten draaien nodig. Waar we over na moeten denken is het beloningsverschil, om het aantrekkelijker te maken om in vaste dienst te komen. Oplossingen zoals taakherschikking en het verplichten van het draaien van diensten worden ook bekeken. Die acties gaan GGZ NL en de NVvP monitoren. Er komt ruim vóór het

AO (29 januari) een gezamenlijke notitie naar VWS, zodat dit nog in een brief voor het debat kan worden meegenomen.

De NVvP geeft aan dat ze niet altijd dezelfde oplossingen zien als GGZ NL maar dat geprobeerd wordt de notitie zoveel mogelijk in gezamenlijkheid op te stellen.

VWS benadrukt dat de regie nu nog hier ligt, en dat we moeten proberen hem hier te houden.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Patiënt en
Zorgordening
Team C

Datum
19 december 2019

7. Rondvraag/Wvttk

-De LVVP geeft aan dat de problemen rondom administratieve lasten samenhangen met de positie van de LVVP richting het wetsvoorstel contracteren. Het gesprek met individuele verzekeraars is daarbij belangrijk. Het BO administratieve lasten wordt samengevoegd met dit BO.

-GGZ NL had een handhavingsverzoek bij de NZa neergelegd rondom de G-map. GGZ NL wil niet dat dat de contractering verstoort dus trekt het verzoek in en heeft afspraken gemaakt om goed te evalueren.

-MIND heeft een dichtbundel voor de HLA partijen, waarvoor dank.

-P3NL stelt de OG aan de orde (zie punt 3 voortgang HLA), VWS wil dit punt in het eerstvolgende DO en BO aan de orde stellen en er dan een knoop over doorhakken.

Geldstroom Verantwoording DO HLA GGZ – CONCEPT i.o.

Organisatie kwaliteitsgelden GGZ 2020-2022

Datum: 10 februari 2020

Door: Programma Management – [REDACTED]

Aan: Directeuren Overleg HLA GGZ

Status: Concept

Inleiding

VWS heeft een jaarbudget van in totaal € 7,4 miljoen toegekend voor de Kwaliteitsgelden GGZ. Van de € 7.400.000,- is jaarlijks € 6.000.000,- toegekend aan Akwa GGZ. Over toekenning van de overige € 1.400.000,- dienen aparte afspraken gemaakt te worden. VWS heeft in 2018 besloten het verstrekken van de Kwaliteitsgelden ggz per 2020 over te hevelen naar ZonMw. Om aanspraak te maken op de gelden dienen diverse stappen doorlopen te worden.

In het Directeuren Overleg HLA heeft Akwa GGZ aangeboden een ondersteunende rol op zich te nemen met betrekking de aanvraag van de gelden. Ter verkenning van deze rol en de praktische uitvoering hiervan heeft Akwa GGZ meermaals met ZonMw gesproken. In de tussentijd heeft het HLA besloten een programmamanager aan te stellen en is deze inmiddels aangesteld. Het is logisch om te stellen dat het coördineren van de aanvraag van kwaliteitsgelden ggz belegd wordt bij deze programmamanager, in plaats van bij Akwa GGZ. In het kader van de overdracht heeft de programma manager afstemming gezocht met Akwa GGZ en P3NL met betrekking tot afhandeling van de financiële stromen en contractering in het kader van het totale programma. Dit betreft dan de afspraken en besteding van de € 1.400.000 jaarlijks budget.

Afspraken voor transparant beheer van de gelden

Het beheer van de Kwaliteitsgelden GGZ namens HLA bestaat uit verschillende onderdelen:

Beleid over subsidiebudget en besluitvorming over aanvraag subsidies.

- Het beheer voor het jaarlijkse totale budget van € 1.400.000,- is belegd bij het DO HLA. Binnen het DO HLA wordt besloten voor welke projecten een subsidieaanvraag bij ZonMw ingediend wordt.
- Deze besluiten worden door de programmamanager opgenomen en gerapporteerd in de begroting. Zonder **expliciete goedkeuring van het DO HLA** kan geen subsidie aanvraag worden ingediend.
- Randvoorwaarden subsidie aanvraag uit het controle protocol van ZonMw (2014) worden toegepast:
 - Er is per project binnen het programma een projectverantwoordelijke **aanvrager** nodig, een instelling / rechtspersoon die het project leidt.
 - De aanvrager dient twee verantwoordingen op te leveren:
 - Model A – Verantwoording van bestedingen
Dit wordt ingericht met ondersteuning van het algemeen dashboard bestedingen van de programmamanager. Daarom zijn er procedures op te stellen voor begroting, contractering en besteding die de programmamanager in staat stellen deze informatie te verzamelen en te rapporteren.
 - Model B – Controle verklaring door de accountant.

Met opmerkingen [REDACTED]: Check hoe we die goedkeuring kunnen vaststellen zonder expliciet steeds een handtekening circus of Projectnet Click parade nodig te hebben.

Met opmerkingen [REDACTED]: DO HLA vraag: wie gaat die worden per project en deze dient een accounts controle te laten uitvoeren! In overleg met ZonMw is vooralsnog besloten dat er geen centrale kassier nodig is als we dit zo regelen. Er is dan ook geen centrale aanvrager per project. Er is wel een kader overeenkomst die door het DO HLA wordt aangegaan met ZonMw.

Dit document zijn die kader afspraken!



Geldstroom Verantwoording DO HLA GGZ – CONCEPT i.o.

- De accountant mag zelf de controle opzetten en uitvoeren en dient te rapporteren binnen de spelregels die in het protocol zijn opgesteld.
- Een subsidie aanvraag dient te voldoen aan de algemene subsidiebepalingen van ZonMw (1 juli 2013). Dit dwingt onder andere af:
 - ZonMw formulier gebruik bij de aanvraag;
 - Rapportage en verantwoording tussentijds.
 - Rapportage en verantwoording bij oplevering van het resultaat.
 - Gebruik van ProjectNet.
 - De aanvraag voor een subsidie kan alleen gedaan worden door in Nederland gevestigde rechtspersonen.

Administratief proces van aanvraag subsidies.

- De Programmamanager dient per project samen met de projectverantwoordelijke aanvrager de subsidieaanvraag in bij ZonMw.
- Deze aanvraag wordt ingediend volgens de procedures en formulieren van ZonMw en omvat een projectbeschrijving, begroting en duidelijkheid over wie de projectverantwoordelijke is en is.
- De projectaanvraag wordt opgestart na goedkeuring door DO HLA van het project en daarbij is eigenaarschap voldoende ingevuld om een projectaanvraag te doen.
- De projectaanvraag valt binnen deze kaderafspraken en kan daarom middels een verkorte procedure en met minder administratieve overhead in het voortraject worden ingediend met verwijzing naar deze kaderafspraken.

Met opmerkingen : Checkpoint: kan Programmamanager de bevestiging zijn van het besluit DO HLA? En daarmee administratieve overhead verminderen? Mag dat? Expliciet opnemen in dit kader?

Met opmerkingen : Let op dat is een nog afzonder op te leveren document.

Besluitvorming ZonMw

- ZonMw besluit op basis van de kaderafspraken of een project definitief gehonoreerd wordt of niet.
- Reeds gemaakte afspraken voor 2020 en de doorloop daarvan in jaren daarna worden gerespecteerd.
- ZonMw koppelt terug aan Programmamanager HLA en desbetreffende projectverantwoordelijke aanvrager.

2/2

Geldstroom en beheer van financiële middelen (€ 1.400.000,- per jaar)

- Ontvangen van subsidie van ZonMw.
- Beheer van ontvangen gelden en betaling van binnengekomen facturen.
- Creëren van financiële overzichten over uitnutting van middelen.
- Bewaking van de geldstroom:
 - ZonMw betaalt de subsidie uit aan de aanvrager.
 - De aanvrager beheert het geld, sluit contracten en betaalt facturen.
 - De aanvrager is verplicht om contractering en besteding af te stemmen met de Programmamanager zodat deze ten allen tijde volledig inzicht heeft en rapportages over verplichtingen en bestedingen kan faciliteren.
 - De programmamanager rapporteert het budget en de bestedingen aan het DO HLA en aan ZonMw.

Met opmerkingen : Omdat geen centrale kassier bestaat in dit kader, is samenwerking en rapportage tussen aanvrager en programma manager van groot belang. Het zicht raakt anders verloren en dat heeft mogelijk direct gevolgen op de subsidie verstrekking.

Tussentijdse voortgangsrapportages aan ZonMw en DO HLA

- Inhoudelijke en financiële update aan DO HLA elk kwartaal.

Met opmerkingen : Frequentie en diepgang nog af te stemmen. Voorstel in volgende punt opgenomen.



Geldstroom Verantwoording DO HLA GGZ – CONCEPT i.o.

- Inhoudelijke en financiële update aan ZonMw conform vereisten in het protocol.
- Samenwerking van projectverantwoordelijken en programmamanager HLA.
- ZonMw verzoekt om een periodieke beschrijving van de voortgang (beschrijvend en budgettair) en tussentijds bij afwijkingen van het plan.

m

Accountantscontrole op besteding van toegekende subsidies per project

- ZonMw stelt eisen aan verantwoording van verkregen subsidies. Dit dient door Projectverantwoordelijken meegenomen te worden in hun eigen accountantscontrole.
- Aan het einde van een project vraagt ZonMw om een beschrijvende en financiële verantwoording inclusief accountantsverklaring.

Met opmerkingen Elke aanvrager moet een accountants verklaring specifiek op het project indienen. (kosten meennemen in de subsidie aanvraag want deze zijn subsidiabel). Leidt dit tot een aanpassing?

Jaarlijkse (eind)rapportage aan DO HLA (en ZonMw)

- Eindrapportage gesubsidieerde projecten.
- Eindrapportage over resterende financiële middelen (resterende middelen blijven beschikbaar voor benutting in volgend jaar).
- Samenwerking van Programmamanager HLA en betrokken projectverantwoordelijken



Van: Monique Rook
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]; @ineen.nl"; @lvvp.info;
; directeuren en bestuurssecretariaat ineen; Directie NIP;
[redacted] zn.nl); [redacted] @lvvp.info);
[redacted] @hsk.nl);
[redacted] @ggznederland.nl); [redacted] @wijzijnmind.nl);
[redacted] @zn.nl); [redacted] @p3nl.nl);
[redacted] @wijzijnmind.nl); Monique Rook; [redacted] @nvvp.net);
[redacted] @VNG.NL); [redacted] @outlook.com);

Onderwerp: FW: verzoek tussentijdse raming en HLA-tafel
Bijlagen: [image003.jpg](#)
[image001.gif](#)
[00238258.pdf](#)

Beste Monique,

Graag willen [redacted] en ik het onderstaande (en bijgaande) agenderen. We zijn vorig jaar, namens het DO HLA (terug te zoeken in één van de verslagen van het overleg neem ik aan) in gesprek gegaan met het capaciteitsorgaan. In bijgaande brief de reactie van het capaciteitsorgaan, die we ook weer mondeling teruggekoppeld hebben in het DO.

In het vorige DO vroeg VWS opnieuw naar 'namens wie' we dit gesprek gevoerd hebben en onderstaand wordt hier ook naar verwezen.

Verzoek is om met elkaar het proces zoals bovenstaand beschreven te bevestigen en het vervolg in gang te zetten (een gezamenlijk verzoek af te geven). En af te spreken wie hierin wat moet communiceren zodat het proces voortgang kan hebben).

Met vriendelijke groet, mede namens [redacted],

Monique Rook

Drs. Monique Rook
Directeur



logo



Van: [redacted]@Capaciteitsorgaan.nl>

Verzonden: donderdag 27 februari 2020 12:17

Aan: [redacted]@ggznederland.nl>

CC: [redacted]@Capaciteitsorgaan.nl>; [redacted]
[redacted]@Capaciteitsorgaan.nl>

Onderwerp: verzoek tussentijdse raming en HLA-tafel

Beste [redacted],

Zoals zojuist met jou en eerder met VWS besproken:

Het is voor het Capaciteitsorgaan mogelijk om de vier genoemde kwaliteitsstandaarden (alcohol, opiaten, psychose, persoonlijkheidsstoornissen) in een tussentijdse raming te betrekken, mits partijen hieraan meewerken en er een door partijen gedragen verzoek ligt. Het verzoek dat GGZN en NIP aan het Capaciteitsorgaan hebben gedaan was niet afgestemd aan de HLA-tafel en dus ook niet namens de HLA-partijen. Het is daarom nodig dat de HLA-partijen een gezamenlijk verzoek doen. De eerste mogelijkheid om dit af te stemmen is de HLA-tafel van 9 maart a.s. VWS ziet graag dat jullie dit onderwerp agenderen voor onderlinge bespreking en besluitvorming. Indien het geagendeerd wordt, zullen wij op 9 maart aanwezig zijn om waar nodig vragen te beantwoorden.

Wij horen graag of jullie inderdaad het verzoek voor een tussentijdse raming agenderen.

Met vriendelijke groet,

format logo CO



Berekent zorgverleners voor de toekomst.

Programmasecretaris (huidige aandachtsgebieden: beroepen GG, PA/VS, mondzorg)

[redacted]@capaciteitsorgaan.nl

Aanwezig maandag tot en met donderdag

Capaciteitsorgaan
Domus Medica
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
www.capaciteitsorgaan.nl



notitie

Directeurenoverleg HLA ggz 6 april

Datum

1 april 2020

Van

[Redacted]

Onderwerp

**Stand van zaken ANW- en crisisdiensten /
7x24-uurs psychiatrie**

Bijlage(n)

concept-brochure GGZ Nederland
Medische Staven

Doorkiesnummer

[Redacted]

Ons kenmerk

Geachte leden van het Directeurenoverleg HLA,

Hierbij treft u een notitie aan met daarin de stand van zaken van de acties rondom de ANW- en crisisdiensten / 7x24-uurs psychiatrie van GGZ Nederland en de NVvP.

Context

De afgelopen tijd is aan verschillende tafels gesproken over het borgen van de 7x24-uurs psychiatrie en in het bijzonder de bezettingsproblematiek bij de ANW- en crisisdiensten. De urgentie is hoog – de kwaliteit van zorg voor een groep kwetsbare patiënten staat onder spanning en de druk op de nu voor deze diensten beschikbare psychiaters is (te) groot. De coronacrisis heeft deze druk alleen nog maar verder doen toenemen. De bezetting moet immers 24 uur per dag geregeld zijn en door alle coronamaatregelen wordt er een enorm extra beroep gedaan op de inzet van professionals.

GGZ Nederland en de NVvP hebben op dit dossier een aantal acties in gang gezet. Twee belangrijke acties zijn: **1)** het maken van een cao-afpraak om de betrokkenheid van psychiaters bij instellingen te vergroten (medische staf) en **2)** het organiseren van een aantal regiobijeenkomsten (eind 2019) om een beter beeld te krijgen van de bezettingsproblematiek en oplossingen vanuit het veld te verzamelen.

De cao-afpraak is gemaakt en wordt uitgevoerd. Mede op basis van de regiobijeenkomsten hebben GGZ Nederland en de NVvP een zestal oplossingsrichtingen benoemd.

6 oplossingsrichtingen

De actuele situatie wordt hieronder per oplossingsrichting geschetst.

- **Richting 1: elke regio een plan van aanpak.** Het is belangrijk dat GGZ Nederland en de NVvP goed in beeld hebben wat de bezettingsbehoefte per regio¹ is en wat het verschil is tussen de huidige en gewenste situatie: over welke aantallen hebben we het? GGZ Nederland heeft onlangs een enquête onder haar leden uitgezet om zicht te krijgen op de bezettingsbehoefte, het verschil tussen 'ist' en 'soll' te achterhalen én mogelijke oplossingen die leden zien in kaart te brengen. Inmiddels is van vrijwel alle regio's input ontvangen. Het eerste beeld is dat er rondom de bezettingsbehoefte regionale verschillen zijn

¹ Regio-indeling acute ggz – 28 regio's



– bij de ene instelling is het verschil tussen de huidige en gewenste situatie groter dan bij de andere. Het percentage extra professionals waar behoefte aan is schommelt tussen de 10 en 25% (overwegend psychiaters maar ook ANIOS / AIOS). Eventueel genoemde oplossingsrichtingen komen goed overeen met de 6 oplossingsrichtingen zoals in deze notitie worden geschetst.

De input van de enquête wordt gekoppeld aan de uitvraag die de NVvP al eerder onder haar leden deed. De planning is om medio april een notitie te hebben waarin de uitkomsten nader zouden worden geduid.

Op basis van de notitie formuleren GGZ Nederland en de NVvP een gezamenlijke ambitie rondom de invulling van de regionale (bezettings)behoefte. Vervolgens zal er per regio een plan van aanpak worden gemaakt om toe te werken naar de (lokaal) gewenste situatie waarbij onder meer de kwantitatieve opgave om regionaal voldoende beschikbare psychiaters te hebben in het plan wordt meegenomen. De medische staven in instellingen worden hierbij betrokken. Partijen willen de plannen in Q3 2020 gereed hebben.

- Richting 2: *verder ontwikkelen en positioneren 'medische staven'*. Het primaire doel van een medische staf is om middels inspraak en betrokkenheid medisch specialisten te behouden voor de instelling en goede zorgkwaliteit te garanderen.

GGZ Nederland legt op dit moment de laatste hand aan een (digitale) brochure met een 'stappenplan'. De laatste input vanuit instellingen wordt verwerkt en de brochure is medio april klaar (het concept van de brochure is ter informatie toegevoegd). Daarnaast wordt waar nodig bestuurlijke kracht geleverd en wordt het belang van een medische staf voortdurend proactief uitgedragen.

De NVvP trekt samen op met de Federatie Medisch Specialist en de LAD. Gezamenlijk ondersteunen zij de medisch specialisten in dienstverband met het oprichten van een medische staf. Ook is een opleiding voor (beginnend) stafleden in ontwikkeling bij de Academie Medisch Specialist. Tevens is een platform voor stafleden opgestart en staat in juni een workshop Medische Staf op het programma.

Het uiteindelijke doel is om, op basis van bovenstaande acties, eind 2020 in elke instelling die gespecialiseerde ggz levert een 'georganiseerde vorm van inspraak' te hebben. Op dit moment heeft circa 40% van instellingen met gespecialiseerde ggz een inspraakorgaan voor medisch specialisten en is het gros van de resterende instellingen ermee bezig. Per kwartaal wordt bekeken hoe groot het percentage is – instellingen die nog geen inspraakorgaan hebben worden benaderd en worden gewezen op bovenstaande hulpmiddelen. Zo werken we toe naar 100%.
- Richting 3: *mitigeren beloningsverschillen*. Om nader te onderzoeken of - en op welke manier- beloning kan bijdragen aan het aantrekkelijker maken van diensten is een werkgroep geformeerd. Deze werkgroep bestaat uit drie vertegenwoordigers van de NVvP en drie van GGZ Nederland en krijgt ondersteuning van een extern adviesbureau. Het inschakelen van een extern bureau is bedoeld om inzichten te genereren en objectiveren en hierover een beknopt advies op te leveren. De werkgroep komt 13 mei voor het eerst bijeen en zorgt voor een reactie op het advies aan partijen in het tweede kwartaal van 2020.
- Richting 4: *nader onderzoeken herschikking van taken*. Taakherschikking binnen de acute ggz heeft vooral als doel om de werkdruk van psychiaters te verlichten en hierdoor de ANW- en crisisdiensten aantrekkelijker te maken. Dit onderwerp speelt breder in het kader van de doorzettingsmacht van het Zorginstituut op het regiebehandelaarschap in het Model kwaliteitsstatuut ggz en wordt door GGZ Nederland en de NVvP daar meegenomen.
- Richting 5: *verplichten van ANW- en crisisdiensten*. Het idee om de ANW- en crisisdiensten te verplichten via de herregistratie is op meerdere tafels geopperd. Ook de staatssecretaris



schreef hierover in zijn brief². De NVvP is via de achterban bezig inzichtelijk te maken wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn rondom het verplichten van de diensten. Deze notitie zou eind maart 2020 gereed zijn maar zal doordat de NVvP zich nu richt op de corona-crisis later beschikbaar zijn.

- Richting 6: *monitoren en bijsturen van richtingen*. De bovenstaande richtingen worden door GGZ Nederland en de NVvP voortdurend gemonitord. Onder meer door periodiek overleg maar ook door in de tweede helft van 2020 opnieuw een aantal regiobijeenkomsten te organiseren.

² Brief 21-11-2019 van ministerie VWS aan Tweede Kamer.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

(Senior) Beleidsmedewerker

M [redacted]
[redacted]@minvws.nl

Datum

6 april 2020

Aantal pagina's

4

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Verslag

Betreft	Directeurenoverleg HLA ggz
Vergaderdatum en -tijd	6 april 2020 14:00-16.00
Vergaderplaats	Digitaal, via ZOOM

Aanwezig:

[redacted] (tBureau)
[redacted] (tBureau)
[redacted] (LVVP)
[redacted] (NIP)
[redacted] (Valente)
[redacted] (ZN)
[redacted] (MIND)
[redacted] (NVvP)
[redacted] (P3NL)
[redacted] (VNG)
[redacted] (GGZ NL)
[redacted] (V&VN)
[redacted] (ZIN)
[redacted] (Akwa)
[redacted] (VWS)
[redacted] (VWS)
[redacted] (VWS)

1. Opening en mededelingen

-Het BO vindt plaats op 14 mei, van 14.30-16.30.

-De LVVP heeft vragen over de brief van ZN over de continuïteitsbijdragen in het kader van de coronacrisis. De brief geldt voor iedereen (dus alle ggz-aanbieders) minus de aanbieders die de acute zorg verlenen, daarvoor komt een aparte regeling waar eerder een ZN-brief over verscheen. Het gaat dus om zowel gecontracteerde als ongecontracteerde zorg. Er is een aanvullende regeling getroffen voor de bevoorschotting van directe contactberoepen. GGZ NL vindt dat er meer instellingen zijn voor wie de regeling zou moeten gelden en gaat daarover in gesprek met ZN,

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

- [REDACTED] (V&VN) schuift nu voor vast aan bij dit overleg in plaats van

2. Vaststellen agenda

3. Verslag en actiepunten 9 maart

-VWS checkt of de presentatie van 113 is rondgestuurd.
-Blz 2 de presentatie 113 waar naar wordt verwezen ging om de suggestie om 113 bij de koepels uite te nodigen, zo zal P3NL dit in haar algemene ledenvergadering mogelijk organiseren, dit komt duidelijker in verslag.
-VWS heeft geen bezwaar tegen een BO door het veld in afwezigheid van de staatssecretaris.
-Blz 5 MIND komt in volgende DO met concreet voorstel over <kiezenindegz>.
-Punt 7 rondvraag VNG consultatiedocument is nu niet geagendeerd, komt later
-Programmamanager en NIP stemmen af over de communicatie naar het Capaciteitsorgaan en hun raming, zodat de reactie van het DO (minus VWS) ook formeel bekrachtigd is.

4. Coronacrisis in relatie tot het HLA

VWS geeft aan dat het goed is om te kijken wat op dit moment zinnig is om te doen, gezien de coronacrisis.

De NVvP heeft een noodplan gemaakt met prioriteiten en onderwerpen die op de langere termijn kunnen worden opgepakt. Dit zouden we ook voor het DO kunnen doen. De programmamanager gaat daarmee aan de slag en in het volgende DO bespreken we dit.

Het ZIN heeft in een brief aandacht voor gevraagd voor het aanleveren van kwaliteitsgegevens tijdens deze crisis. Als daar vragen over zijn kunnen mensen bij ZIN terecht. ZIN deelt de brief met het DO.

MIND stelt voor om vanuit Akwa een gezamenlijke reactie te geven. Het gaat om een formele transparantieplichting waarbij Akwa geen partij is, dus dat wordt lastig.

GGZ NL maakt een conceptreactie en deelt deze met MIND en ZN.

5. Onderwerpen ter besluitvorming

- Voorbereiding komend BO

- Visie en contourennota en contractering (NVvP)

-De NVvP vraagt zich af of we moeten we niet als veld een duidelijkere visie ontwikkelen. Een benen op tafel sessie is nu lastig dus dit moet later in de tijd. VWS zal in het BO wel een stand van zaken op proces van de toegezegde visie zorglandschap ggz geven. Ook het perspectief van het sociaal domein wordt bij de visie betrokken.

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg
Team D

Datum
2 september 2019

- Beeldvorming ggz in relatie tot de visie en Wvggz (V&VN)

-Zal deel uitmaken van het visie-traject (beelden, verwachtingen over ggz).

VWS deelt met DO wat er over contourennota is gedeeld naar TK en gaat ook verder met de visie.

- Voorstel Akwa rom 3 en 4 (ZN)

ZN wil graag procesmatig terugkijken en planmatig vooruitkijken: hoe zorgen we dat we dit de volgende keer niet nog een keer zo doen.

Akwa geeft aan dat we los daarvan nog het agendapunt transparantie op het BO moeten bespreken.

- Stimuleren contracteren en wetsvoorstel (LVVP)

Deze wetsaanpassing gaat door en de LVVP is hier niet tevreden mee. De LVVP gaat zich verzetten tegen het wetsvoorstel van contractering en er komt deze week een brief naar de staatssecretaris. Want contracteren wordt nu onvoldoende gestimuleerd.

- Plan hoogcomplexiteit zorg (ZN)

Op BO kunnen partijen benoemen dat dit loopt. GGZ NL en ZN zijn bezig met document, dat komt deze week en kan misschien op BO agenda. De VNG heeft hier mogelijk aanvullingen op.

- Bekostiging consultatie en coördinatie (VNG en ZN).

Dit kan geagendeerd worden als er een afgestemd memo ligt.

- Startnotitie over hoe we het HLA projectmatig aanpakken en wat prioriteit is (VWS en programmamanager).

Het in het DO besproken document kunnen we in het BO laten bekrachtigen.

- De ANW diensten worden toegevoegd aan de BO agenda, zie de door GGZ NL toegestuurde documenten.

6. Onderwerpen ter discussie/stand van zaken

- ANW diensten

Zie documenten in de bijlage

Ter aanvulling op de notitie: de NVvP kijkt of een extra oproep kan worden gedaan om tijdens de corona-crisis diensten te draaien.

- ZonMw Kaderafspraken/subsidie op projecten

Toelichting: programmamanager, voorbereiding DO 6 mei

█ is met ZonMw in gesprek gegaan. █ bereidt voor de subsidieaanvragen een standaardplan voor. Cruciale vraag is of alles past binnen de beschikbare 1,4

miljoen euro. Dit kan tijdens het volgende DO op 11 mei worden bepaald en dan kan dit punt worden vastgesteld.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Curatieve Zorg
Team D

-Generieke module diagnostiek

Toelichting: Akwa

De voorbereiding is in volle gang. Er is een enquête uitgezet. De bijeenkomsten zouden in april mei en juni zijn, i.v.m. de coronacrisis wordt bekeken wat wel en niet door kan gaan.

Gezien omstandigheden wordt waarschijnlijk de datum van 1 januari niet gehaald.

Datum
2 september 2019

V&VN geeft aan dat uitdaging is voor de achterbannen om hieraan mee te werken i.v.m. de coronacrisis.

7. Acties, besluiten en opdrachten

Acties, besluiten en opdracht worden door de programmamanager met de deelnemers besproken.

8. Rondvraag en afsluiting

-De NZa geeft aan dat de 'monitor contractering ggz' gepubliceerd is.

-[REDACTED] van t Bureau heeft verzoeken gedaan voor interviews om te overleggen over kennismaking/prioriteiten uit het HLA. Fijn als hier tijd voor gemaakt kan worden.

-ZIN wordt graag toegevoegd aan de stukken lijst van de koepeloverleggen op woensdag over corona.