

Rapportage dataset cruciale ggz

In opdracht van Ministerie van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Directie Curatieve zorg

Uw kenmerk: 201865006.025.574

Ons kenmerk: A2500033722

31 oktober 2025



Inhoudsopgave

Management samenvatting	3
Inleiding	6
Methodologie	10
Analyse	14
• Analysekamer	15
• Beoordelingsmatrix	17
• Geprioriteerde informatiebehoeften	20
• Dataverzameling en -ontsluiting	25
Conclusie	30
Appendix	34

1.

Management samenvatting

Management samenvatting

Introductie

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn naar aanleiding van signalen rondom voorgenomen sluitingen van cruciale zorg afspraken gemaakt om zicht en grip te krijgen op de cruciale ggz. Het doel van deze afspraken is zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van landelijk en (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de cliënt. In de afgelopen maanden hebben betrokken partijen¹ met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) gesproken over de wijze waarop het gesprek rondom de cruciale ggz moet worden ingevuld om de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor patiënten met een cruciale zorgvraag – zorg voor mensen met de zwaarste en meeste ingewikkelde zorgvragen – beter te borgen. In dit kader is er behoefte aan het ontwikkelen van een **uniforme minimale dataset** die partijen ondersteunt bij het maken van regionale en landelijke afspraken over de cruciale ggz.

VWS heeft KPMG gevraagd een onderzoek uit te voeren naar welke informatiebehoeften er bestaan in de regio rondom zorgvraag en -aanbod in de cruciale ggz. In samenspraak met het veld is in de informatiebehoefte kaart gebracht, waarna is verkend of en waar de onderliggende data en informatie beschikbaar zijn. De resultaten van deze verkenningen presenteren we, samen met concrete handvatten voor de regio om de data daadwerkelijk te gaan verzamelen ontsluiten, in dit rapport.

Aanpak

In dit onderzoek is de informatiebehoefte in de regio onderzocht op basis van documentstudie, interviews met experts en twee werkgroepen met vertegenwoordigers uit de regio. Op basis hiervan is verder gespecificeerd welke data of informatie minimaal nodig is voor het creëren van een uniforme dataset die de regio ondersteunt in de dialoog om zorgvraag en -aanbod in de cruciale ggz aan elkaar te kunnen verbinden. De opgehaalde informatie uit het onderzoek vormt een opzet voor een uniforme minimale dataset. De dataset richt zich op het in kaart brengen van vraag en aanbod (binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw)), door het benutten van zowel kwalitatieve als kwantitatieve data.

Opzet voor een uniforme minimale dataset

Het product beschreven in dit rapport is een opzet voor een dataset die kan worden gebruikt door partijen in de regio om het gesprek over de zorgvraag en het zorgaanbod omtrent cruciale ggz te ondersteunen. De dataset geeft een eerste inzicht welke informatie nodig is om zorg voor mensen met de zwaarste en meeste ingewikkelde zorgvragen beter te borgen. De opzet geeft hierbij de eerste handvatten voor het gesprek over hoe de zorgvraag en het zorgaanbod beter aan elkaar verbonden kunnen worden én hoe de dataset daadwerkelijk opgesteld kan worden. In gesprek met elkaar dient deze dataset verrijkt en geïnterpreteerd te worden.



© 2025 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

Noot: (1) De partijen zijn MIND, de Nederlandse ggz, de Nederlandse Federatie van Universitair medisch centra (NFU), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Zorginstituut, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN); (2) [Handreiking cruciale ggz](#); (3) [Psychische problematiek | Regiobeeld](#)

Conclusie

Uit het onderzoek blijkt dat er geen volledig passende opzet te vormen is voor een minimale dataset die uniform inzetbaar is in elke regio en voor elke zorgvorm² binnen de cruciale ggz.

1. **De gevraagde data en informatie zijn niet beschikbaar.** De data en informatie die regio's idealiter gebruiken bij het voeren van het gesprek over cruciale ggz zijn grotendeels niet (openbaar) beschikbaar of niet bestaan.
2. **De beschikbare data en informatie zijn niet specifiek genoeg.** De data en informatie die wel beschikbaar zijn, zijn onvoldoende specifiek voor de cruciale ggz.
3. **Het verzamelen en ontsluiten van data en informatie vraagt zorgvuldig onderzoek in het kader van privacy en mededinging,** waardoor het creëren van de dataset een tijdrovend proces is. Mogelijk is hier een Trusted Third Party voor nodig.

Het is belangrijk dat de regio blijft werken met beschikbare data. Hoewel deze niet specifiek zijn voor de cruciale ggz, vormen ze een waardevolle basis voor het gesprek. Voor een effectieve aanpak zijn naast data inzicht ook een duidelijk toeleidingsproces en heldere randvoorwaarden noodzakelijk. Diverse initiatieven lopen momenteel om dit te realiseren.

Aanbevelingen

De regio kan aan de slag met het verzamelen en ontsluiten van openbaar beschikbare data. Ook kan de voorbereiding voor het ontsluiten van moeilijker beschikbare data gestart worden. In dit kader zijn drie adviezen geformuleerd:

1. **Korte termijn:** Ontsluit data en/of informatie die reeds beschikbaar zijn en van grote toegevoegde waarde zijn voor het regionale gesprek. Deze data zijn te vinden bij o.a. CBS, het Regiobeeld Psychische Problematiek³, in het Zorgprestatiemodel en bij zorgaanbieders en kunnen worden ontsloten op basis van uitvraag of door openbaar beschikbare bronnen te raadplegen. Zie hiervoor het stappenplan op pagina 28.
2. **Middellange termijn:** Ontsluit data en/of informatie die nog niet beschikbaar zijn, maar wel van grote toegevoegde waarde zijn voor het gesprek. Ga in gesprek met zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten uit de regio (data-beherende organisaties) over hoe deze data kunnen worden ontsloten. Zie hiervoor het stappenplan op pagina 29.
3. **Lange termijn:** Ontwikkel de dataset verder op basis van de eigen context in de regio. De opzet die u vindt in deze rapportage (p. 5) is net als de definitie van cruciale ggz van dynamische aard en aan verandering onderhevig.² De opzet is daarom een eerste inzicht voor een dataset die het gesprek in de regio kan ondersteunen en geen uitputtend overzicht. Het is van belang de dataset waar nodig uit te breiden met aanvullende data/informatie punten, zodat de dataset aansluit op de context van de knelpunten die worden ervaren in de eigen regio.

De minimale informatiebehoefte die nodig is ter ondersteuning van de regionale dialoog vormt de opzet voor de dataset

In de informatiebehoefte rondom zorgvraag en -aanbod kunnen worden onderverdeeld in brede en specifieke informatie

Het onderzoek laat zien dat voor zowel de zorgvraag als het zorgaanbod een onderscheid in brede en specifieke informatie te maken is in de informatiebehoefte die bestaat ter ondersteuning van het regionale gesprek. De brede informatiebehoefte (zie tabellen 1 en 3) betreft informatie op geaggregeerd niveau en ondersteunt de regio door een eerste beeld te schetsen van welke groep(-sgrootte) vraag heeft naar cruciale ggz. Daarnaast ondersteunt het de regio door in kaart te brengen hoe en wie deze zorgvraag kan beantwoorden in termen van aanbod van capaciteit (aantal plekken) en compatibiliteit (aantal *passende* plekken). De specifieke informatiebehoefte (zie tabellen 2 en 4) betreft informatie op individueel niveau en ondersteunt de regio door enerzijds inzichtelijk te maken welke personen met de zwaarste zorgvraag vastlopen in de regio

Tabel 1. Brede (op geaggregeerd niveau) informatiebehoefte rondom de zorgvraag naar cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde
Algemene demografische gegevens	Openbaar beschikbaar	CBS, RPP	Gemiddeld
SES-score	Openbaar beschikbaar	CBS, RPP	Gemiddeld
Actuele wachtlijsten: aantal mensen op de wachtlijst	Onbeschikbaar, slechts retrospectief	- / NZa	Gemiddeld
Aantal zorgmachtigingen en crisismaatregelen 'Wet verplichte ggz'	Op landelijk niveau beschikbaar	Ketenmonitor wvggz	Gemiddeld

Tabel 2. Specifieke (op individueel niveau) informatiebehoefte rondom de zorgvraag naar cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde
Zorgzwaarte van genuttigde zorg	Mogelijk beschikbaar	NZa (ZPM)	Significant
Afwijzingen bij ggz-aanbieders: waarom worden personen afgewezen?	Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant
Behandelgeschiedenis van de cliënt	Beschikbaar in dossier van cliënt	Zorgaanbieder(s)	Significant
Aantal mensen met zorgbemiddeling	Mogelijk beschikbaar bij zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars	Gemiddeld

en anderzijds door in kaart te brengen bij welke (type) zorgaanbieders het aanbod vastloopt voor deze personen en waarom.

Beschikbaarheid en toegevoegde waarde van de minimale opzet

Hoewel sommige datapunten in de opzet momenteel nog niet (volledig) beschikbaar zijn, zijn ze toch opgenomen vanwege hun significante toegevoegde waarde voor het regionale gesprek. Door deze informatiebehoefte als uitgangspunt te nemen, kunnen regio's beter inzicht krijgen in de aard en omvang van de zorgvraag naar cruciale ggz. Dit maakt het mogelijk om het beschikbare zorgaanbod gericht af te stemmen op de daadwerkelijke behoefte. Een goed gevoerd gesprek op basis van deze dataset draagt er uiteindelijk aan bij dat mensen met de zwaarste zorgvraag geholpen kunnen blijven worden.

Tabel 3. Brede (op geaggregeerd niveau) informatiebehoefte rondom het zorgaanbod van cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde
Zorgaanbod (top-down)	Beschikbaar bij ZINL en Vektis	Zorgaanbieder	Significant
Zorgaanbod (bottom-up)	Data bestaan bij aanbieders, maar zijn nog niet eenduidig beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant
Overig zorgaanbod	Data bestaan bij aanbieders, maar zijn nog niet eenduidig beschikbaar	Zorgaanbieder, gemeenten, zorgkantoren	Significant
Zorgcapaciteit: het aantal beschikbare plekken bij aanbieders	Beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant

Tabel 4. Specifieke (op individueel niveau) informatiebehoefte rondom het zorgaanbod van cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde
Verstopingen in het aanbod	Data bestaan deels, maar zijn nog niet eenduidig beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant
Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (top-down)	De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar	ZPM-data, combinatie AGB-codes en postcodes	Significant
Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (bottom-up)	Data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant
Ex- en inclusiecriteria	Data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant

2.

Inleiding

Een uniforme dataset helpt regio's bij het in balans brengen van vraag en aanbod binnen de cruciale ggz

Het ontwikkelen van een uniforme dataset helpt bij het borgen van de toegankelijkheid van de cruciale ggz

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn naar aanleiding van signalen rondom voorgenomen sluitingen van cruciale zorg afspraken gemaakt om zicht en grip te krijgen op de cruciale ggz. Het doel van deze afspraken is zicht te krijgen op de benodigde capaciteit, voorzieningen en infrastructuur van landelijk en (boven)regionaal cruciaal zorgaanbod, passend bij de zorgvraag van de cliënt. Betrokken partijen¹ werken sindsdien aan dit gezamenlijke doel. Om zicht te krijgen op de inhoud van de cruciale ggz zijn er de afgelopen periode een aantal onderzoeken uitgevoerd², waaronder de handreiking cruciale ggz, inventarisatie van het aanbod van cruciale ggz door HHM, onderzoek naar de vraag naar cruciale ggz (bovenregionaal/landelijk) door KPMG, een gespreksleidraad cruciale ggz als hulpmiddel voor de contractering van 2026 en een onderzoek naar een onderbouwing van regionale cruciale ggz voor Acute en Outreachende zorg door Trimbos (lopend). Daarnaast zijn er twee kamerbrieven uitgekomen over de voortgang van de aanpak cruciale ggz met de randvoorwaarden voor het realiseren van het aanbod.³ Tenslotte werkt het Zorginstituut samen met betrokken partijen om knelpunten in de regio te inventariseren en op te lossen.⁴

In de afgelopen periode hebben de betrokken partijen met het ministerie van VWS gesproken over de wijze waarop het gesprek rondom de cruciale ggz moet worden ingevuld om de toegankelijkheid van het zorgaanbod voor patiënten met een cruciale zorgvraag – zorg voor mensen met de zwaarste en meeste ingewikkelde zorgvragen – beter te borgen. Om dit te kunnen doen, willen de landelijke partijen de 38 IZA-regio's ondersteunen bij gesprek over welk aanbod nodig is op basis van de zorgvraag in de regio zoals benadrukt in de kamerbrief van 4 april 2025³. Daarnaast willen zij dat eventuele knelpunten zoveel mogelijk binnen de regio zelf worden opgelost. Dit omdat de regionale partijen de inwoners, de cliënten, het aanbod en de context van de regio's en buurregio's vaak het beste kennen. Enkel daar waar de regio de knelpunten niet zelf kan oplossen, ondersteunt een landelijke tafel om de regionale zorgvraag en –aanbod aan elkaar te verbinden en hierover een advies uit te brengen⁴.

In dit kader is er behoefte aan het ontwikkelen van een uniforme minimale dataset die partijen ondersteunt bij het maken van regionale en landelijke afspraken over de cruciale ggz. VWS heeft KPMG gevraagd een onderzoek uit te voeren en te komen tot inzicht in:

1. de in te vullen informatiebehoefte op basis van beschikbare databronnen en een advies hoe deze data ontsloten kan worden (deelproduct 1);
2. de resterende informatiebehoefte na deelproduct 1 en een advies hoe deze ingevuld en ontsloten kan worden. Hierbij wordt ook inzichtelijk gemaakt wat de consequenties zijn bij het verzamelen van deze data per partij en welke doorlooptijd dit vraagt.

De dataset richt zich op het in kaart brengen van vraag en aanbod binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarbij rekening wordt gehouden met vraag en aanbod buiten de Zvw.

De regionale informatiebehoeften als basis voor de dataset

De doelgroep die cruciale ggz nodig heeft is lastig te definiëren en daardoor ook lastig uit data te halen. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van relevante inzichten rondom cruciale ggz, brengen we zowel de vraagkant als de aanbodkant van de zorg in beeld. De zorgvraag kan uit verschillende onderdelen bestaan. Er zijn mensen die al in zorg zijn, waarvan de zorgvraag duidelijk is. Ook zijn er mensen op de wachtlijst en mensen die zorg nodig hebben maar deze vermijden of een zorgvraag hebben die nog niet wordt bediend. Het zorgaanbod richt zich op de aanbieders van zorg en ondersteuning. De regionale aanbieders kennen de specifieke behoeften en context van hun regio het best en kunnen daarom bepalen welke informatie nodig is voor effectieve gesprekken over cruciale ggz.

In samenspraak met vertegenwoordigers uit de regio brengen we de informatiebehoefte(n) in kaart. Het is van belang om hier ook het perspectief van aanbieders die het bovenregionale aspect van cruciale ggz leveren te betrekken. Op basis van deze verkenning brengen we de beschikbaarheid van data in kaart. Hierbij hanteren we de zes zorgvormen van de cruciale ggz zoals gedefinieerd in de gespreksleidraad cruciale ggz.² Daarnaast betrekken we landelijke partijen en experts om overkoepelend inzichten en de mogelijkheden rondom data en de beschikbaarheid daarvan in kaart te brengen.

Noot: (1) De partijen zijn MIND, de Nederlandse ggz, de Nederlandse Federatie van Universitair medisch centra (NFU), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het Zorginstituut, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN); (2) Handreiking cruciale ggz [1], rapport HHM Inventarisatie aanbod cruciale ggz [2], rapport KPMG Onderzoek vraag cruciale ggz [3], gespreksleidraad cruciale ggz [4] en regionale demografische gegevens (regiobeeld.nl); (3) Kamerbrief 21 december 2023 [5] Kamerbrief 4 april 2024 [6]; (4) Toegankelijke cruciale ggz | Werkagenda | Zorginstituut Nederland.

Juridische context, definitie van cruciale ggz en de knelpunten in de regio vragen om een continue dialoog

Uitgangspunten voor de dataset

1. Juridische randvoorwaarden en uitgangspunten

Bij de ontwikkeling van de dataset zijn een aantal randvoorwaarden en uitgangspunten van belang, zoals de beschikbaarheid van de data, de administratieve last die het beschikbaar maken van de data met zich mee brengt, het niveau waarop data beschikbaar is en de aansluiting bij de wettelijke kaders. Zo is het bijvoorbeeld essentieel dat de te ontwikkelen dataset binnen de bestaande kaders voor privacy en mededinging past. Op basis van de aandachtspunten voor het ontwerp van de dataset, ontwikkelen we een analysekader voor de beoordeling van de dataset.

Om de dataset juridisch verantwoord te kunnen ontwikkelen en delen, moet deze voldoen aan de AVG, UAVG en Wegiz, met nadruk op doelbinding, dataminimalisatie, rechtmatigheid, interoperabiliteit en beveiliging volgens NEN-normen. Zo kan data veilig worden ontsloten. De dataset moet ook binnen de Mededingingswet blijven, wat transparantie en toegankelijkheid voor stakeholders vereist, zonder de concurrentiepositie te schaden. In dit rapport besteden we aandacht aan hoe de regio om kan gaan met deze juridische aandachtspunten.

2. Als definitie van cruciale ggz hanteren we de werkdefinitie uit de handreiking cruciale ggz

De definitie van cruciale ggz die wordt aangehouden in deze rapportage en het volledige onderzoek is de **werkdefinitie** van cruciale ggz uit de handreiking cruciale ggz (2023) en is gedefinieerd als: *“ggz met een hoge logistieke (zorgaanbod) en inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is.”*¹

In het rapport staan de zes zorgvormen van de cruciale ggz centraal bij het maken van de opzet voor een dataset. De zes zorgvormen zijn gedefinieerd door SiRM in de gespreksleidraad cruciale ggz.² Deze zes zorgvormen zijn: acute ggz, beveiligde ggz, hoog-specialistische ggz in ggz en in ziekenhuis, outreachende zorg en klinische zorg.

3. ‘Cruciale zorg is een dynamisch begrip en aan verandering onderhevig’¹

Wat als cruciale ggz wordt beschouwd is niet eenduidig. Het wordt mede bepaald door regionale en landelijke omstandigheden, actuele kennis en heersende opvattingen over gezondheid en

ziekte. Daarom is het essentieel om hierover voortdurend het gesprek aan te gaan in de regio. De handreiking cruciale ggz benadrukt het belang van deze dialoog tussen betrokken partijen om gezamenlijk te bepalen welke zorg als cruciaal moet worden beschouwd en hoe deze het best georganiseerd kan worden. De te vormen dataset is daarmee dus ook niet een statisch of eenduidig concept, maar dient als dynamisch middel om het gesprek over wat cruciale ggz is en hoe cruciale ggz moet worden georganiseerd te ondersteunen.

Aanpassing van de vraagstelling doordat ambitie en praktijk te ver uiteen liggen

Op basis van gesprekken met de regio en een verkenning van de data is gebleken dat het ingewikkeld is om een concrete dataset rondom de cruciale ggz vorm te geven. Dit heeft een aantal redenen:

1. De knelpunten in de cruciale ggz zijn onvoldoende concreet

De minimale dataset over de cruciale ggz dient opgesteld te worden op basis van de behoeften van de regio. Oftewel: welke informatiebehoeften hebben de regio's bij het in balans brengen van vraag en aanbod van de cruciale ggz? Hiervoor is het van belang om in kaart te brengen welke knelpunten worden ervaren in het effectief organiseren van vraag en aanbod in de cruciale ggz. Aan de hand van de antwoorden op de eerder genoemde vraag en de ervaren knelpunten zou een concrete dataset opgesteld worden die de regio's ondersteunt bij het voeren van het gesprek over vraag en aanbod van cruciale ggz.

Binnen het project beschreven in dit rapport is, in aanvulling op een eerdere verkenning van ZINL, een verkenning naar knelpunten uitgevoerd door een werkgroep bestaande uit een breed scala van stelselpartijen, verzekeraars en aanbieders. Ook hier zijn weinig concrete handvatten voor het ontwerp van de dataset naar voren gekomen. Genoemde knelpunten waren vaak te algemeen en veelal breder dan cruciale ggz. De regio's in Nederland blijken nog onvoldoende inzicht te hebben in waar het stukt in de cruciale ggz-keten en wat er benodigd is om deze knelpunten cijfermatig te onderbouwen én uiteindelijk het hoofd te bieden.

Het belangrijk om hierbij te vermelden dat de regio's de urgentie voelen om het gesprek over vraag en aanbod op basis van data te voeren. Op dit moment levert het verzamelen van de beschikbare data en informatie echter meer administratieve lasten op dan dat het bijdraagt aan het gesprek.

Noot: (1) [Handreiking cruciale ggz](#); (2) [Gespreksleidraad cruciale ggz SiRM \(2024\)](#)

Aanpassing van de vraagstelling doordat ambitie en praktijk momenteel te ver uiteen liggen

2. Er zijn weinig data beschikbaar

Tijdens dit onderzoek heeft KPMG een verkenning gedaan naar de beschikbaarheid van data die iets zeggen over de vraag en het aanbod van cruciale ggz. De conclusie is dat er weinig data en informatie beschikbaar zijn over de cruciale ggz. Dit komt voornamelijk door de complexiteit en diversiteit van de doelgroep. Cliënten binnen deze categorie hebben vaak domein-overstijgende problematiek, een onvoorspelbaar zorgverloop en multifactorieel lijden. Vaak is de tijd die zij in cruciaal zorgaanbod doorbrengen ook van beperkte duur. Het zorgpad dat een cliënt doorloopt is zelden volledig cruciaal. Bovendien is het begrip 'cruciale ggz' dynamisch en niet eenduidig gedefinieerd. Al deze factoren maken dat de doelgroep lastig te distilleren is uit de data.

Daarnaast is veel data over het zorggebruik van deze doelgroep in beheer bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om deze data breed te mogen verzamelen, is doelbinding nodig en dient uitvoerig aandacht besteed te worden aan juiste omgang met privacy- en mededingingsgevoeligheden. Al met al zijn de beschikbare data dus vaak niet beschikbaar, dit komt veel omdat data niet specifiek genoeg zijn om iets te kunnen zeggen over vraag en aanbod rondom de cruciale ggz.

3. Vertraging tussen wens en praktijk

Ook is er sprake van een vertraging tussen de wens en de praktijk. Dit sluit aan op de bovengenoemde punten. Wanneer een regio bepaald heeft welke data benodigd zijn om de ervaren knelpunten te onderbouwen, zijn deze data niet direct beschikbaar voor gebruik. De doorlooptijd van het creëren van een dataset kan erg lang zijn. Dit is afhankelijk van hoe beschikbaar de data zijn. Wanneer er gebruik gemaakt wordt van al beschikbare data, zoals bijvoorbeeld het Regiobeeld Psychische Problematiek, kan er vrij snel een set gemaakt worden. Wanneer hier echter informatie over bijvoorbeeld het zorggebruik op basis van het ZPM in de regio toegevoegd moet worden, wordt het direct een complex proces, zoals ook bij het tweede punt beschreven. Deze data is bijvoorbeeld deels beschikbaar bij de verschillende aanbieders in de regio of bij de verschillende betrokken verzekeraars. Geen van de individuele partijen heeft echter een actueel totaalbeeld. Tevens kan afbakening van de regio complicerend in zijn in de definitie van de dataset.

Hierin speelt ook de afweging rondom specificiteit van de data mee. Beschikbare data is niet

specifiek gemaakt voor de cruciale ggz. Dat brengt de vraag met zich mee of de data wel relevant genoeg zijn. Het specifiek creëren van data(sets) rondom de cruciale ggz vraagt daarom om extra tijd.

Samengevat zijn er meerdere factoren die voor vertraging tussen het uitspreken van de wens van de regio en het daadwerkelijk in de praktijk brengen van die wens zitten. Dit maakt het proces van het ontwerpen van een concrete dataset ingewikkeld.

Dit rapport legt het brede fundament voor welke specifieke data en informatiebronnen helpend kunnen zijn voor het regionale gesprek over zorgvraag en zorgaanbod

In overleg met de begeleidingscommissie is de vraagstelling voor dit rapport aangescherpt naar:

1. inzicht in de informatiebehoefte en waar de onderliggende data en informatie beschikbaar zijn (deelproduct 1);
2. randvoorwaarden voor het verzamelen van de geprioriteerde informatiebehoefte met een focus op de juridische context (deelproduct 2/eindrapport).

Dit rapport geeft daarmee inzicht in welke data- en informatiebronnen kunnen worden gebruikt voor het creëren van een regionale dataset. Aangezien er voor het ontsluiten van (persoonlijke) gegevens moet kunnen worden onderbouwd waarom dit noodzakelijk is, is het van groot belang in kaart te brengen wat de huidige knelpunten in de regio zijn welke de data mogelijk zou ondersteunen. Ook moet kunnen worden beargumenteerd waarom de verschillende data en informatie dit probleem volledig of gedeeltelijk zou oplossen. Ook biedt dit document verschillende handvatten voor de regio die zij kunnen aangrijpen bij het verzamelen en ontsluiten van data.

3.

Methodologie

Samen met experts uit de regio onderzoeken we de mogelijke informatiebehoefte rondom de cruciale ggz

Voor dit onderzoek is een gefaseerde aanpak gehanteerd om een inzicht te verkrijgen in de informatiebehoefte van de regio omtrent de zorgvraag en het zorgaanbod in de cruciale ggz. Hiertoe hebben we een documentstudie uitgevoerd, meegelopen in een regio, twee werkgroepen opgesteld en verdiepende gesprekken gevoerd met experts. De tijdlijn van fase 1 van het onderzoek is onderaan de pagina weergegeven. Op deze pagina lichten we de aanpak verder toe.

In het onderzoek speelt betrokkenheid van de regio een centrale rol

Om een goed begrip te krijgen van de informatiebehoefte en de beschikbare kwalitatieve en kwantitatieve databronnen, is eerst een documentstudie uitgevoerd. Verschillende publieke rapporten¹⁻⁵ en databronnen zijn hiervoor geraadpleegd, zoals informatie over wachttijden binnen de ggz vanuit de NZa en ZPM-data vanuit het Zorginstituut/Vektis. Ook is de beschikbaarheid van kwalitatieve en kwantitatieve informatie/data bij overige partijen, zoals MIND en aanbieders onderzocht.

Parallel aan de documentstudie zijn we aangesloten bij een regiotafel over vraag en aanbod van de cruciale ggz. Het doel van deze meeloopronde was te achterhalen hoe zij zorgvraag en -aanbod van cruciale ggz in beeld brengen en welke data de regiotafels hierbij raadplegen. Na het aansluiten bij de regiotafel is er tijdens een vervolgesprek extra informatie verzameld over de wijze van samenwerking in de regio. De opgehaalde informatie is meegenomen in het ontwerp van de opzet van de dataset.

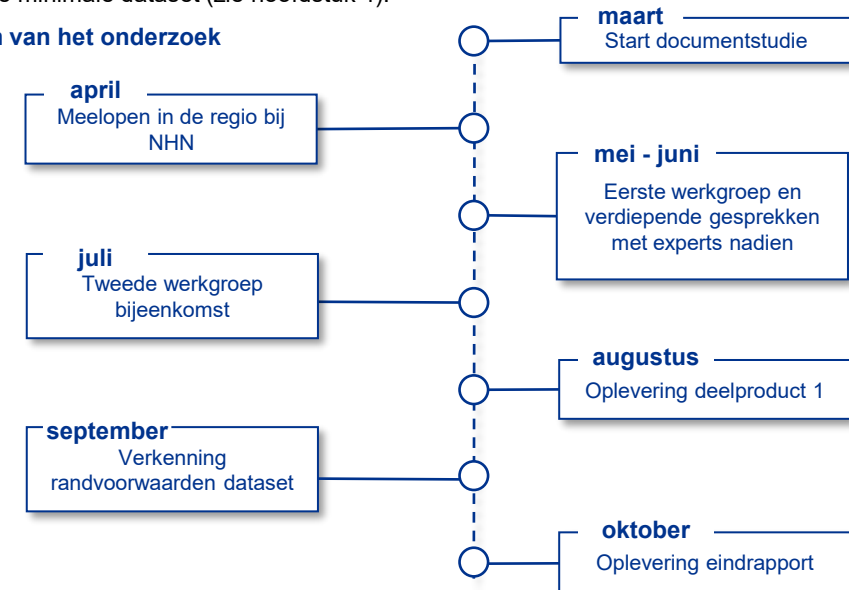
De bijeenkomsten met de werkgroep hebben de basis van de informatiebehoefte gevormd

In totaal kwamen wij tweemaal bijeen met de vertegenwoordiging van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars uit de regio tijdens fase 1 van het onderzoek. Bij deze bijeenkomsten waren ook de partijen van de begeleidingsgroep (deNLggz, ZN, MIND, ZIN, VWS) aanwezig. Tijdens het eerste deel van de werkgroep is met de deelnemers van de werkgroep besproken welke informatie nodig is om zowel regionale als landelijke inzichten te kunnen creëren over de cruciale ggz. Dit noemen we de 'informatiebehoefte'. Tijdens het tweede deel van de werkgroep is ingegaan op welke data binnen de informatiebehoefte momenteel al beschikbaar zijn, zowel kwalitatief als kwantitatief. Tevens hebben wij onze gesprekspartners gevraagd, waar nodig, documentatie ter onderbouwing van of in aanvulling op de besproken informatiebehoefte met ons te delen.

De inzichten vanuit de eerste werkgroep zijn op basis van het analysekader uitgewerkt en beoordeeld middels de beoordelingsmatrix, zoals beschreven op pagina 12 (zie appendix p.34-53 voor de uitgewerkte analysekaders). Hierbij werd ook gekeken naar het benodigde detailniveau. Denk hierbij aan de geografische grootte (landelijk, regionaal, lokaal), het detailniveau of doelgroepniveau (diagnosegroep/zorgvorm). De uitwerking van het analysekader en de beoordelingsmatrix hebben we getoetst met onze juridisch expert.

Tijdens een tweede werkgroep bijeenkomst hebben we eerst doelgroepen en plekken in de zorgketen (in-, door- en uitstroom) in kaart gebracht waar mogelijk knelpunten in de keten worden ervaren door de regio. Op basis van deze input hebben we in het tweede deel van de werkgroep de informatiebehoeften uit de eerste werkgroep verder geprioriteerd, om te komen tot een opzet voor de minimale dataset (zie hoofdstuk 4).

Tijdlijn van het onderzoek



Noot: Handreiking cruciale ggz [1], rapport HHM Inventarisatie aanbod cruciale ggz [2], rapport KPMG Onderzoek vraag cruciale ggz [3], Kamerbrief 4 april 2024 [4], gespreksleidraad cruciale ggz [5] en regionale demografische gegevens (regiobeeld.nl).

Aan de hand van een analysekader en een beoordelingsmatrix is prioritering aangebracht in de beschikbare data en informatie

Deze pagina beschrijft de werkwijze van het beoordelen van de bronnen. In het volgende hoofdstuk worden de beschikbare bronnen in kaart gebracht en beoordeeld. Vervolgens worden de informatiebehoeften geprioriteerd op basis van de toegevoegde waarde van de bron aan het regionale gesprek. In hoofdstuk vijf geven we een advies over welke informatie en data wanneer moeten worden opgenomen in de dataset.

Informatie-behoefte	Algemene kenmerken					Verwachte bijdrage van de bron aan data-gedreven dialoog				Verwachte werkbaarheid van de bron				
	Wat is de bron van (een deel van) de gezochte informatie?	Is deze informatie kwalitatief of kwantitatief van aard?	Welke zorgvorm betreft de informatie?	Zijn deze data beschikbaar?	Welk detailniveau van de informatie is nodig of gewenst?	Bevat deze bron landelijke inzichten?	Bevat deze bron regionale inzichten?	Zijn de data of informatie in deze bron bewerkbaar?	Zijn de data of informatie uit deze bron betrouwbaar?	Wat is de toegevoegde waarde van deze informatie aan de dialoog?	Wat is de administratieve last voor het verzamelen van deze data?	Wat zijn de risico's rondom wettelijke kaders van deze data?	Wat is de doorlooptijd van de data-verzameling voor deze data?	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten

Het analysekader geeft inzicht in de prioriteit van het opnemen van bepaalde bronnen in de dataset

Op basis van de documentstudie en de uitgangspunten van de onderzoeksvraag is het bovenstaande analysekader opgesteld. Dit kader vormt de leidraad van het onderzoek waarlangs we de informatiebehoefte met een aantal criteria concretiseren en evalueren. De criteria zijn onder twee hoofdcriteria geschaard. Deze hoofdcriteria zijn:

- 1) De verwachte bijdrage van de bron aan de data-gedreven dialoog en;
- 2) De verwachte werkbaarheid van de bron, deze bestaat o.a. uit de beschikbaarheid en de benodigde inspanning van de dataverzameling.

Om op basis van deze hoofdcriteria een beoordeling te kunnen geven, werkten we verschillende subcriteria uit. Binnen de verwachte bijdrage van de bron aan de data-gedreven dialoog wordt gekeken naar welke inzichten de bron bevat (regionaal en/of landelijk), de mate waarin de data bewerkbaar zijn, de mate waarin de data betrouwbaar zijn en de toegevoegde waarde van de data aan de data-gedreven regionale dialoog. De verwachte werkbaarheid van de bron baseerden we op de administratieve last en de doorlooptijd van het verzamelen van data, de inspanning die daarbij nodig is van de leverancier en (technische) uitdagingen bij het combineren en ontsluiten van de data, waarbij privacy en wettelijke randvoorwaarden een grote rol spelen.

De criteria zijn voor alle genoemde bronnen binnen de informatiebehoefte ingevuld. Door de evaluatie aan de hand van een standaard set aan criteria uit te voeren, waarborgen we dat alle bronnen op dezelfde wijze worden geëvalueerd. Uiteindelijk heeft het uitwerken van het analysekader ons in staat gesteld de matrix zoals hiernaast weergegeven te vullen. De plaatsing van de bronnen in de kwadranten van de matrix geeft inzicht in de prioriteit van het opnemen van bepaalde bronnen in de dataset. Tijdens de tweede werkgroep bijeenkomst hebben we de matrix gevalideerd en de informatiebehoefte geprioriteerd.

Score van het scenario op de beoordelingselementen:

- Lage score
- Hoge score



De 'werkbaarheid van de bron' bestaat o.a. uit de **beschikbaarheid en de benodigde inspanning** van de bron. Oftewel: is het mogelijk om deze bron efficiënt te gebruiken voor de data-gedreven dialoog?

In fase twee is onderzoek gedaan naar de (juridische) haalbaarheid van het verzamelen van de geprioriteerde informatiebehoefte

Fase twee van het onderzoek stond in het teken van het verder verkennen van de randvoorwaarden en haalbaarheid van het verzamelen van de geprioriteerde informatiebehoefte. Hiervoor heeft KPMG gesprekken gevoerd met experts in privacy- en mededingingswetgeving van een team van KPMG dat zich specialiseert in Tech Law & Privacy. Op basis van deze gesprekken en een documentstudie zijn de volgende vragen beantwoord:

1. Mogen de data in de geprioriteerde bronnen ontsloten worden voor de dataset cruciale ggz, rekening houdende met privacy- en mededingingswetgeving?
2. Welke partij kan/moet deze verzameling en bewerking van data op zich nemen?
3. Hoe kan het vervolg na dit onderzoek eruit zien rondom dataverzameling- en bewerking in de cruciale ggz vanuit het perspectief van de regio?

De resultaten van deze verdere verkenning zijn weergegeven vanaf pagina 26.

4.

Analyse



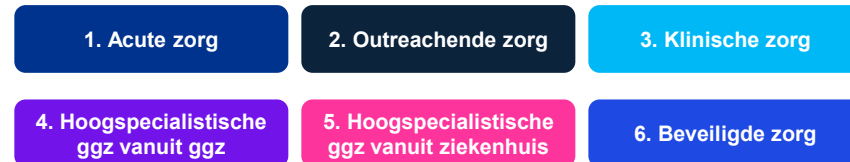
Analysekader

Met het analysekader brengen wij de toegevoegde waarde en beoogde inspanning van de dataverzameling in kaart

Op deze pagina lichten we een aantal onderliggende principes van het analysekader uit. Deze informatie is van belang om het analysekader te kunnen lezen. De uitgewerkte analysekaders zijn te vinden op pagina's 34-53.

We verkennen de toepasbaarheid van data en informatie op zes cruciale ggz zorgvormen

De cruciale ggz is verdeeld over zes zorgvormen, zoals onderstaand weergegeven. Deze zorgvormen hebben we genummerd. Deze nummers zijn weergegeven in de analysekaders in de kolom 'zorgvorm' voor de informatiebehoeften omtrent het zorgaanbod. Deze nummering geeft aan op welke zorgvorm de informatiebehoefte van toepassing is. Dit kunnen er meerdere zijn.



Per zorgvorm is de context anders en wordt daarmee om andere detailniveaus van data en informatie gevraagd. Voor bepaalde zorgvormen is beschikbaarheid van regionale data en informatie heel relevant. Voor zorgvormen die meer landelijk georganiseerd zijn, zijn juist bovenregionale data relevanter.

We beoordelen de beschikbaarheid van data en informatie op drie niveaus

Openbaar beschikbaar betekent dat de data of informatie op dit moment inzichtelijk zijn op een openbare plek. **Gedeeltelijk beschikbaar** houdt in dat de data en informatie bestaan, maar niet openbaar beschikbaar zijn. Denk hierbij aan data van zorgaanbieders, gemeenten of zorgverzekeraars. **Niet beschikbaar** betekent dat de data niet bestaan. Het inzichtelijk maken van deze data vraagt om een nieuwe registratie en/of verzameling van data. In het analysekader is de beschikbaarheid weergegeven in de kolom 'beschikbaarheid' aan de hand van drie symbolen. Hierbij beoordelen we de beschikbaarheid middels drie iconen die hieronder zijn weergegeven:



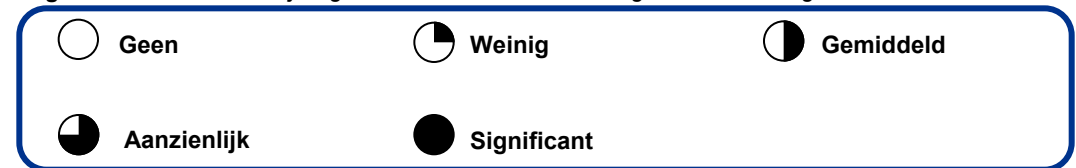
We beargumenteren de administratieve last vanuit het perspectief van leverancier

In het analysekader kijken we naar de verwachte administratieve last komend bij het verzamelen van de benodigde data en informatie. Deze last beargumenteren we vanuit het perspectief van de leverancier van de data en/of informatie.

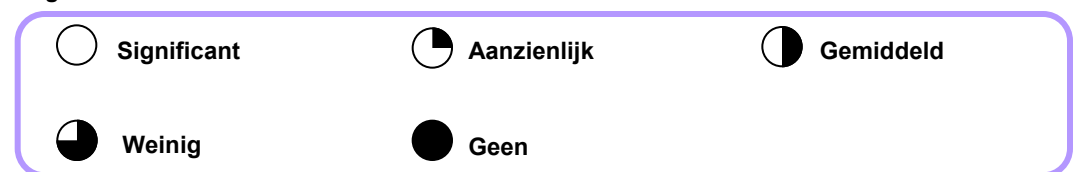
We beargumenteren de technische uitdagingen vanuit het perspectief van beheerder

In het analysekader kijken we naar de verwachte technische uitdaging bij het verzamelen en/of ontsluiten van de data en informatie in de dataset. Deze uitdagingen beargumenteren we vanuit de later te bepalen data-beherende partij. In fase twee adviseren we over de landingsplek van de dataset en daarmee ook over de wijze waarop en door wie de dataset beheerd kan worden.

Legenda 1: Verwachte bijdrage van de bron aan de data-gedreven dialoog



Legenda 2: Verwachte werkbaarheid van de bron



Beoordelingsmatrix

Binnen de informatiebehoefte over de zorgvraag is relatief veel data en informatie beschikbaar

Op basis van de beschikbare data, kan een beeld geschetst worden van de populatie

Aan de hand van de op dit moment openbaar beschikbare data kan een beeld geschetst worden van het risicoprofiel van de populatie. Door bijvoorbeeld naar verschillende demografische gegevens, informatie over de sociaaleconomische status en de aantallen meldingen van overlast veroorzaakt door een persoon met verward gedrag te kijken, kan een eerste beeld geschetst worden van de mate waarin in een regio psychische problematiek voorkomt. Er is echter minder data informatie (openbaar) beschikbaar over (redenen voor) verwijzingen en medische achtergronden van cliënten. Juist deze informatie is benodigd om een accuraat beeld te vormen van of cliënten daadwerkelijk in zullen gaan stromen in de cruciale ggz, of dat de hulpvraag opgelost kan worden in de reguliere ggz.

#	Informatiebehoefte
1	Algemene demografische gegevens
2	SES-score
3	Informatie over verloop jeugd
4	Hulpvraag
5	Zorgzwaarte van genuttigde zorg
6	Onvervulde zorgvraag
7	Aantal meldingen overlast door een persoon met verward gedrag
8	Aantal meldingen overlast door een persoon zonder dak of thuis
9	Aantal meldingen van suicides en/of suicidaliteit
10	Verwijzingen van de huisarts: aantallen
11	Verwijzingen van de huisarts: inhoud verwijzing naar de ggz
12	Afwijzingen bij ggz-aanbieders: waarom worden mensen afgewezen?
13	Behandelgeschiedenis van de cliënt
14	Diagnostische gegevens
15	Aantal mensen met LVB
16	Actuele wachtlijsten: aantal mensen op de wachtlijst
17	Actuele wachttijden: tijd dat cliënten moeten wachten op intake / diagnostiek / behandeling
18	Aantal mensen met zorgbemiddeling
19	Aantal zorgmachtigingen en crisismaatregelen 'Wet verplichte ggz'
20	Zorggebruik

Tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst* valideerden we de bevindingen en prioriteerden de deelnemers bij welk stuk van de informatiebehoefte de prioriteit bij het verzamelen van data moet komen te liggen. Deze geprioriteerde informatiebehoefte rondom zorgvraag is te lezen op pagina 21. De verdeling van de informatiebehoeften in de beoordelingsmatrix is gebaseerd op een beoordeling op basis van de werkbaarheid van de bron en de verwachte bijdrage van de bron aan de data-gedreven dialoog (zie voor het volledige overzicht p.35-42).



Figuur 1. Ingevulde beoordelingsmatrix van de informatiebehoefte rondom de zorgvraag naar cruciale ggz

Werkbaarheid van de bron

De 'werkbaarheid van de bron' bestaat o.a. uit de **beschikbaarheid** en **bewerkbaarheid** van de bron. Oftewel: is het mogelijk om deze bron efficiënt te gebruiken voor de data-gedreven dialoog?

Data en informatie over het zorgaanbod bestaan, maar zijn niet openbaar beschikbaar

Cijfers en duiding van het zorgaanbod zijn beschikbaar in het ZPM en bij aanbieders

De werkgroep heeft een uitgebreide informatiebehoefte binnen het zorgaanbod geformuleerd. De praktijk leert dat bijna de volledige informatie bestaat uit data en informatie die af te leiden zijn vanuit de ZPM-data en/of beschikbaar zijn bij aanbieders. Dit betekent dat het creëren van regionale en landelijke inzichten over het zorgaanbod in de cruciale ggz vraagt om specifieke dataverzameling en – bewerking. Tijdens de tweede werkgroepbijeenkomst* valideerden we deze bevindingen en prioriteerden de deelnemers bij welk stuk van de informatiebehoefte de prioriteit bij het verzamelen van data moet komen te liggen. Deze geprioriteerde informatiebehoefte rondom zorgaanbod is te lezen op pagina 22. De verdeling van de informatiebehoefte in de beoordelingsmatrix is gebaseerd op een beoordeling op basis van de werkbaarheid van de bron en de verwachte bijdrage van de bron aan de data-gedreven dialoog (zie voor het volledige overzicht Appendix p.43-53).

#	Informatiebehoefte
1	Zorgaanbod (top-down)
2	Zorgaanbod (bottom-up)
3	Aanbod onder druk
4	Verstopingen in het aanbod
5	Overig zorgaanbod
6	Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (top-down)
7	Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (bottom-up)
8	Samenwerkingsverbanden in cruciale ggz
9	Behandelduur (top-down)
10	Behandelduur (bottom-up)
11	Behandelresultaten
12	Beroepen van professionals in de zorg (top-down)
13	Beroepen van professionals in de zorg (bottom-up)
14	Ex- en inclusiecriteria
15	Opnamecriteria
16	Zorg-capaciteit: Het aantal beschikbare plekken bij aanbieders



Figuur 2. Ingevulde beoordelingsmatrix van de informatiebehoefte rondom het zorgaanbod van cruciale ggz

Werkbaarheid van de bron

De 'werkbaarheid van de bron' bestaat o.a. uit de **beschikbaarheid en bewerkbaarheid** van de bron. Oftewel: is het mogelijk om deze bron efficiënt te gebruiken voor de data-gedreven dialoog?

*In overleg met de begeleidingscommissie van deze opdracht is op basis van voortschrijdend inzicht de prioritering lichtelijk aangepast ten opzichte van de prioritering van de werkgroep.

Geprioriteerde informatiebehoeften

Overzicht met de geprioriteerde informatiebehoefte van de regio over de zorgvraag rondom cruciale ggz¹

Tijdens de eerste bijeenkomst is de werkgroep gekomen tot een lijst met mogelijke informatiebehoeften ter beantwoording van de vraag, “welke informatie over de zorgvraag in de regio is nodig en helpend voor het regionale gesprek”. Vanuit de documentenstudie en de input van de leden van de werkgroep kwamen wij tot een 'long-list' van informatiebehoeften die de regio mogelijk konden ondersteunen in het regionale gesprek over de zorgvraag naar cruciale ggz. Deze behoeften zijn uitgewerkt via het analysekader en de beoordelingsmatrix zoals beschreven op pagina 12 (zie ook Appendix p. 35-42). Tijdens de tweede werkgroep is een prioritering aangebracht in deze 'long-list' om te komen tot een short-list van welke data en informatie *minimaal* nodig zijn rondom zorgvraag naar cruciale ggz voor de opzet van een dataset (zie tabel 1 en 2). Deze short-list is gebaseerd op de toegevoegde waarde en de werkbaarheid van de bron.

Het onderzoek toont aan dat voor zowel de zorgvraag als het zorgaanbod een onderscheid is in brede en specifieke informatiebehoeften. De 'brede' informatiebehoefte (zie tabel 1) betreft informatie op geaggregeerd niveau en ondersteunt de regio door een eerste beeld te schetsen van welke groep(-sgrootte) vraag heeft naar cruciale ggz. De 'specifieke' informatiebehoefte (zie tabel 2) betreft informatie op individueel niveau van cliënt en/of aanbieder en ondersteunt de regio door een voorlopig overzicht te geven over welke personen met de zwaarste zorgvraag vastlopen in de regio.

Tabel 1. Brede (op geaggregeerd niveau) informatiebehoefte rondom de zorgvraag naar cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde	Werkbaarheid ²
Algemene demografische gegevens	Informatie over hoe de populatie van een bepaalde regio opgebouwd is.	Openbaar beschikbaar	CBS, RPP	Gemiddeld	Goed werkbaar
SES-score	Informatie over de SES-score in een bepaalde regio.	Openbaar beschikbaar	CBS, RPP	Gemiddeld	Goed werkbaar
Actuele wachtlijsten: aantal mensen op de wachtlijst	Actuele data over het aantal mensen op de wachtlijst bij zorgaanbieders.	Onbeschikbaar, slechts retrospectief	- / NZa	Gemiddeld	Slecht werkbaar
Aantal zorgmachtigingen en crisismaatregelen 'Wet verplichte ggz'	Data over het aantal zorgmachtigingen binnen de 'wet verplichte ggz'.	Op landelijk niveau beschikbaar	Ketenmonitor wvggz	Gemiddeld	Goed werkbaar

Tabel 2. Specifieke (op individueel niveau) informatiebehoefte rondom de zorgvraag naar cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde	Werkbaarheid ²
Zorgzwaarte van genuttigde zorg	Data over de zorgzwaarte van zorg die de cliënt eerder heeft ontvangen.	Mogelijk beschikbaar	NZa (ZPM)	Significant	Gemiddeld werkbaar
Afwijzingen bij ggz-aanbieders: waarom worden personen afgewezen?	Informatie over de redenen waarom cliënten niet worden toegelaten bij aanbieders.	Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant	Slecht werkbaar
Behandelgeschiedenis van de cliënt	Informatie over behandelingen die de cliënt al eerder heeft ontvangen.	Beschikbaar in dossier van cliënt	Zorgaanbieder(s)	Significant	Slecht werkbaar
Aantal mensen met zorgbemiddeling	Data over het aantal mensen dat gebruik maakt van zorgbemiddeling van zorgverzekeraars bij het vinden van de juiste zorg in de (cruciale) ggz.	Mogelijk beschikbaar bij zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars	Gemiddeld	Slecht tot gemiddeld werkbaar

De geprioriteerde informatiebehoefte rondom zorgvraag zijn mogelijk op verschillende manier te ontsluiten

Naast het identificeren van de informatiebehoefte die minimaal nodig zijn om het gesprek in de regio rondom zorgvraag goed te kunnen voeren, is na afloop van de werkgroep uiteen gezet of, hoe en door wie de geïdentificeerde informatiebehoefte ontsloten kunnen en moeten worden. In de tabellen hieronder staan de bevindingen beschreven. Bij een aantal informatiebehoefte is het van belang dat de wijze van ontsluiting op geanonimiseerde of geaggregeerde manier kan worden gedaan. Daarnaast is het bij sommige informatiebehoefte ook van belang welke partij de data ontsluit, aangezien er een duidelijke doelbinding moet zijn en privacy en mededinging niet in het geding moeten komen door het ontsluiten van deze data.

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Mogen de data ontsloten worden?	Door wie moeten de data worden ontsloten?*
Algemene demografische gegevens	Informatie over hoe de populatie van een bepaalde regio opgebouwd is.	Openbaar beschikbaar	CBS, RPP	Ja, openbaar beschikbaar	De data kunnen direct ontsloten worden door betrokken partijen in de regio
SES-score	Informatie over de SES-score in een bepaalde regio.	Openbaar beschikbaar	CBS, RPP	Ja, openbaar beschikbaar	De data kunnen direct ontsloten worden door betrokken partijen in de regio
Actuele wachtlijsten: aantal mensen op de wachtlijst	Actuele data over het aantal mensen op de wachtlijst bij zorgaanbieders.	Onbeschikbaar, slechts retrospectief	- / NZa	Nee, tenzij zorgaanbieders expliciet toestemming geven of er een wettelijke grondslag is. Retrospectieve data zijn mogelijk wel bruikbaar	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Aantal zorgmachtigingen en crisismaatregelen 'Wet verplichte ggz'	Data over het aantal zorgmachtigingen binnen de 'wet verplichte ggz'.	Op landelijk niveau beschikbaar	Ketenmonitor wvggz	Ja, mits geaggregeerd en niet herleidbaar tot individuen	De data kunnen mogelijk direct ontsloten worden door betrokken partijen

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Mogen de data ontsloten worden?	Door wie moeten de data worden ontsloten?*
Zorgzwaarte van genuttigde zorg	Data over de zorgzwaarte van zorg die de cliënt eerder heeft ontvangen.	Mogelijk beschikbaar	NZa (ZPM)	Nee, tenzij deze data geanonimiseerd kan worden en ontsluiting met duidelijke doelbinding plaatsvindt	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Afwijzingen bij ggz-aanbieders: waarom worden personen afgewezen?	Informatie over de redenen waarom cliënten niet worden toegelaten bij aanbieders.	Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar	Zorgaanbieder	Mogelijk, mits onderbouwd toe welke reden en geanonimiseerd	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Behandelgeschiedenis van de cliënt	Informatie over behandelingen die de cliënt al eerder heeft ontvangen.	Beschikbaar in dossier van cliënt	Zorgaanbieder(s)	Nee, alleen onder strikte voorwaarden. Data moeten volledig geanonimiseerd zijn en een duidelijke doelbinding hebben	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Aantal mensen met zorgbemiddeling	Data over het aantal mensen dat gebruik maakt van zorgbemiddeling van zorgverzekeraars bij het vinden van de juiste zorg in de (cruciale) ggz.	Mogelijk beschikbaar bij zorgverzekeraars	Zorgverzekeraars	Mogelijk, mits onderbouwd toe welke reden en geanonimiseerd	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP

*Zie ook pagina 25.

Overzicht met de geprioriteerde informatiebehoefte van de regio over het zorgaanbod rondom cruciale ggz¹

De werkgroep heeft tijdens de eerste bijeenkomst een lijst geformuleerd met mogelijke informatiebehoeften ter beantwoording van de vraag, “welke informatie over het zorgaanbod is nodig in de regio en helpend is voor het regionale gesprek.” Vanuit de documentenstudie en de input van de leden van de werkgroep kwamen wij tot een ‘long-list’ van informatiebehoeften die de regio mogelijk konden ondersteunen in het regionale gesprek over de zorgvraag naar cruciale ggz. Deze behoeften zijn uitgewerkt via het analysekader en de beoordelingsmatrix zoals beschreven op pagina 12 (zie ook Appendix p. 43-53). Tijdens de tweede werkgroep is een prioritering aangebracht in deze ‘long-list’ om te komen tot een short-list van welke data en informatie *minimaal* nodig zijn rondom zorgaanbod van cruciale ggz voor de opzet van een dataset (zie tabel 3 en 4). Deze short-list is gebaseerd op de toegevoegde waarde en de werkbaarheid van de bron.

Net als bij de informatiebehoeften rondom zorgvraag is ook bij het zorgaanbod het onderscheid te maken tussen enerzijds brede en anderzijds specifieke informatiebehoeften. De ‘brede’ informatiebehoefte ondersteunt de regio door in kaart te brengen hoe en wie de zorgvraag kan beantwoorden in termen van aanbod van capaciteit (aantal plekken) en compatibiliteit (aantal *passende* plekken). De ‘specifieke’ informatiebehoefte helpt bij het creëren van een eerste overzicht waar, waarom en bij wie het vastloopt in het zorgaanbod voor mensen met een cruciale zorgvraag.

Tabel 3. Brede (op geaggregeerd niveau) informatiebehoefte rondom het zorgaanbod van cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde	Werkbaarheid
Zorgaanbod (top-down)	Het gebruik binnen de ‘settings’, ‘verblijfsprestaties’ en bepaalde ‘overige prestaties’ in het ZPM geven een beeld van welk aanbod aan ggz aanwezig is. Dit kan door aantallen cliënten en prestaties inzichtelijk te maken. Dit is nog niet gespecificeerd naar cruciale ggz.	Beschikbaar bij ZINL en Vektis	Zorgaanbieder	Significant	Gemiddeld werkbaar
Zorgaanbod (bottom-up)	Door bottom-up bij zorgaanbieders informatie uit te vragen over het zorgaanbod (bv. Het aantal HIC plekken, aantal (beveiligde) bedden), kan een accuraat beeld geschetst worden van het zorgaanbod in een regio.	Data bestaan bij aanbieders, maar zijn nog niet beschikbaar en/of eenduidig gedefinieerd	Zorgaanbieder	Significant	Gemiddeld werkbaar
Overig zorgaanbod	Een cliënt komt via een keten de cruciale ggz binnen en verlaat deze ook vaak via de keten. Hierbij kijken we naar zorg- en ondersteuningsaanbod buiten de Zvw. We denken hierbij aan voorzieningen in het sociaal domein en bijvoorbeeld woonzorg.	Data bestaan bij aanbieders, maar zijn nog niet beschikbaar en/of eenduidig gedefinieerd	Zorgaanbieder, gemeenten, zorgkantoren	Significant	Slecht werkbaar
Zorgcapaciteit: Het aantal beschikbare plekken bij aanbieders	Aanbieders hebben informatie over hun capaciteit (aantal beschikbare plekken).	Beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant	Gemiddeld werkbaar

Tabel 4. Specifieke (op individueel niveau) informatiebehoefte rondom het zorgaanbod van cruciale ggz

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Toegevoegde waarde	Werkbaarheid
Verstopingen in het aanbod	Het gaat hier om informatie over bv. het aantal wachtenden voor een geschikte uitstroomlocatie van cruciale ggz-voorzieningen.	Data bestaan bij aanbieders, maar zijn nog niet (eenduidig) beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant	Gemiddeld werkbaar
Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (top-down)	Op basis van ZPM-data kan dit inzicht gecreëerd worden. Door op basis van een combinatie van AGB-codes en postcodes van cliënten koppelingen te maken tussen cliënten en aanbieders, kunnen adherentiegebieden in kaart gebracht worden.	De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar	ZPM-data, combinatie AGB-codes en postcodes	Significant	Gemiddeld werkbaar
Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (bottom-up)	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders weten waar hun cliënten wonen en kunnen dat in kaart brengen. Op basis van deze data kunnen witte vlekken worden geïdentificeerd.	Data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant	Gemiddeld werkbaar
Ex- en inclusiecriteria	Aanbieders hebben informatie over welke cliënten ze wel/niet toelaten tot zorg.	Data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar	Zorgaanbieder	Significant	Gemiddeld werkbaar

De geprioriteerde informatiebehoefte rondom zorgaanbod zijn mogelijk op verschillende manieren te ontsluiten

Naast het identificeren van de informatiebehoeften die minimaal nodig zijn om het gesprek in de regio rondom zorgvraag goed te kunnen voeren, is na afloop van de werkgroep uiteen gezet of, hoe en door wie de geïdentificeerde informatiebehoeften ontsloten kunnen en moeten worden. In de tabellen hieronder staan de bevindingen beschreven. Bij een aantal informatiebehoeften is het van belang dat de wijze van ontsluiting op geanonimiseerde of geaggregeerde manier kan worden gedaan. Daarnaast is het bij sommige informatiebehoeften ook van belang welke partij de data ontsluit, aangezien er een duidelijke doelbinding moet zijn en privacy en mededinging niet in het geding moeten komen door het ontsluiten van deze data. Op pagina 23 worden deze aspecten in meer detail besproken.

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Mogen de data ontsloten worden?*	Door wie moeten de data worden ontsloten?*
Zorgaanbod (top-down)	Het gebruik binnen de 'settings', 'verblijfsprestaties' en bepaalde 'overige prestaties' in het ZPM geven een beeld van welk aanbod aan ggz aanwezig is. Dit kan door aantallen cliënten en prestaties inzichtelijk te maken. Dit is nog niet gespecificeerd naar cruciale ggz.	Beschikbaar bij ZINL en Vektis	Zorgaanbieder	Ja, mits er een onderbouwing gegeven wordt met welk doel deze data ontsloten dienen te worden.	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Zorgaanbod (bottom-up)	Door bottom-up bij zorgaanbieders informatie uit te vragen over het zorgaanbod (bv. Het aantal HIC plekken, aantal (beveiligde) bedden), kan een accuraat beeld geschetst worden van het zorgaanbod in een regio.	Data bestaan deels, maar zijn nog niet (eenduidig) beschikbaar	Zorgaanbieder	Ja, deze data bestaan en zijn niet herleidbaar tot persoonsgegevens. Kunnen doorgaans in geaggregeerde vorm gedeeld worden.	Kan door de betrokken partijen zelf worden ontsloten – operationele gegevens niet herleidbaar tot personen
Overig zorgaanbod	Een cliënt komt via een keten de cruciale ggz binnen en verlaat deze ook vaak via de keten. Hierbij kijken we naar zorg- en ondersteuningsaanbod buiten de Zvw. We denken hierbij aan voorzieningen in het sociaal domein en bijvoorbeeld woonzorg.	Data bestaan deels, maar zijn nog niet (eenduidig) beschikbaar	Zorgaanbieder, gemeenten, zorgkantoren	Ja, deze data bestaan maar zijn verspreid over verschillende domeinen wat eenduidige ontsluiting van de data lastig maakt.	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Zorg-capaciteit: Het aantal beschikbare plekken bij aanbieders	Aanbieders hebben informatie over hun capaciteit (aantal beschikbare plekken).	Beschikbaar	Zorgaanbieder	Ja, deze data bestaan en zijn niet herleidbaar tot persoonsgegevens. Kunnen doorgaans in geaggregeerde vorm gedeeld worden.	Kan door de betrokken partijen zelf worden ontsloten – operationele gegevens niet herleidbaar tot personen

Informatiebehoefte	Beschrijving	Beschikbaarheid	Locatie/bron	Mogen de data ontsloten worden?*	Door wie moeten de data worden ontsloten?*
Verstopingen in het aanbod	Het gaat hier om informatie over bv. het aantal wachtenden voor een geschikte uitstroomlocatie van cruciale ggz-voorzieningen.	Data bestaan deels, maar zijn nog niet (eenduidig) beschikbaar	Zorgaanbieder	Beperkt toegestaan, bevat mogelijk indirect herleidbare informatie.	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (top-down)	Op basis van ZPM-data kan dit inzicht gecreëerd worden. Door op basis van een combinatie van AGB-codes en postcodes van cliënten koppelingen te maken tussen cliënten en aanbieders, kunnen adherentiegebieden in kaart gebracht worden.	De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar	ZPM-data, combinatie AGB-codes en postcodes	Alleen onder bepaalde voorwaarden, aangezien de koppeling van AGB en postcodes kan leiden tot herleidbaarheid van een individu.	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (bottom-up)	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders weten waar hun cliënten wonen en kunnen dat in kaart brengen. Op basis van deze data kunnen witte vlekken worden geïdentificeerd.	Data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar	Zorgaanbieder	Alleen onder bepaalde voorwaarden, ontsluiting vereist aggregatie en waar nodig toestemming van betrokkenen.	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP
Ex- en inclusiecriteria	Aanbieders hebben informatie over welke cliënten ze wel/niet toelaten tot zorg.	Data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar	Zorgaanbieder	Nee, tenzij deze data geanonimiseerd kan worden en ontsluiting met duidelijke doelbinding plaatsvindt	Niet eenduidig – mogelijk door betrokken partijen zelf, mogelijk door een TTP

*Zie ook pagina 25.

Dataverzameling en - ontsluiting

Om de geprioriteerde data in een dataset te kunnen ontsluiten, is aandacht voor verschillende zaken benodigd

Om de data uiteindelijk daadwerkelijk te kunnen ontsluiten, is aandacht voor verschillende zaken benodigd. Om de juiste aandachtspunten helder in kaart te brengen, zijn drie vragen opgesteld en beantwoord.

1. Mogen de data in de geprioriteerde bronnen ontsloten worden voor de dataset cruciale ggz, rekening houdend met privacy- en mededingingswetgeving?

Het gebruiken van openbaar beschikbare data voor de dataset cruciale ggz levert geen problemen op. Denk hierbij aan data van het CBS, zoals weergegeven in het [Regiobeeld Psychische Problematiek](#). Deze data kunnen gemakkelijk verzameld en ontsloten worden.

Het ontsluiten van data die oorspronkelijk voor andere dan openbare doeleinden is verzameld, vereist een zorgvuldige juridische toetsing. Deze juridische toetsing is van belang bij data die op dit moment niet openbaar beschikbaar is, zoals bijvoorbeeld de ZPM-data. De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) stelt dat persoonsgegevens alleen mogen worden verwerkt indien er een wettelijke grondslag bestaat (art. 6 AVG), en – bij bijzondere persoonsgegevens – een aanvullende uitzonderingsgrond (art. 9 AVG). Dit betekent dat per dataset moet worden vastgesteld:

- Of sprake is van ‘verdere verwerking’ en of deze verenigbaar is met het oorspronkelijke doel (art. 6 lid 4 AVG). Hierbij spelen factoren als de context van verzameling, aard van de gegevens, gevolgen voor betrokkenen en de aanwezigheid van waarborgen een rol.
- Of er geldige toestemming is verkregen, inclusief de mogelijkheid tot intrekking, en of deze toestemming ook voldoet aan vereisten rondom het beroepsgeheim (art. 7:457 BW) en de Wabpz.
- Of de verwerking noodzakelijk, proportioneel en gerechtvaardigd is (art. 5 AVG).
- Of betrokkenen adequaat zijn geïnformeerd (art. 13 en 14 AVG), en welke organisatie deze informatieplicht draagt.
- Of de gegevens technisch en organisatorisch voldoende beveiligd zijn (art. 32 AVG), conform NEN-normen zoals NEN 7510, 7512 en 7513.
- Gezien de grootschalige verwerking van gegevens van kwetsbare groepen in het geval van de cruciale ggz is het uitvoeren van een Data Protection Impact Assessment (DPIA) verplicht.

Daarnaast moet worden beoordeeld of de verwerking verenigbaar is met het mededingingsrecht. Per onderdeel van de beoogde dataset moet worden vastgesteld of deze concurrentiegevoelige informatie bevat. Dit betreft niet alleen het type data (prijzen, volumes, marktaandelen, zorgvraag), maar ook de partijen waarmee deze gedeeld wordt. Om schending van het kartelverbod (art. 6

Mw) te voorkomen, moet samenwerking schriftelijk worden onderbouwd conform de richtlijnen van de ACM, met een duidelijke motivering van noodzaak en proportionaliteit.

2. Welke partij kan/moet deze verzameling en bewerking van data op zich nemen?

Op dit moment is deze vraag nog lastig te beantwoorden, aangezien er nog geen eigenaar van de dataset aangewezen is. Dit heeft alles te maken met het nog onbekende niveau van dataverzameling en –ontsluiting. Het is nog onbekend of de dataset op landelijk of regionaal niveau opgesteld gaat worden. Wanneer er op regionaal niveau een dataset opgesteld gaat worden, zou een regionale kerninstelling een logische keuze voor een eigenaar van de dataset zijn. Wanneer er gekozen wordt op landelijk niveau een dataset op te stellen, kan het verstandig zijn om een Trusted Third Party (TTP) aan te wijzen als eigenaar. Deze keuze is echter ook afhankelijk van de keuze of de dataset openbaar ontsloten gaat worden. Aanbieders kunnen op laagdrempelig niveau informatie met elkaar bekijken, zonder dit openbaar te delen. Dit verkleint het risico m.b.t. privacy- en mededingingsgevoeligheden, waardoor de noodzaak voor een TTP lager kan zijn.

Afhankelijk van de beschikbaarheid van de data, de locatie van de data en de mogelijkheid tot anonimisering of pseudoanonimisering van de data zijn verschillende partijen (beter) geschikt om de data ontsluiting uit te voeren. Voor openbaar beschikbare data kunnen betrokken partijen vaak zelf de data ontsluiten. Dit is bijvoorbeeld het geval voor SES-scores of algemene demografische gegevens. Voor gevoelige data - data die persoonsgegevens op individueel niveau en andere gevoelige details over zorgzwaarte, genuttigde zorg e.d. bevat - is een Trusted Third Party mogelijk beter geschikt om de data te ontsluiten.

Het is juridisch in ieder geval zeer relevant om vast te stellen welke partij als verwerkingsverantwoordelijke optreedt, en of er sprake is van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dit bepaalt namelijk wie het doel en de middelen van de verwerking vaststelt. Zowel het anonimiseren als aggregeren van data kwalificeert als verwerking onder de AVG. Dat maakt dat iemand de verantwoordelijkheid voor deze bewerking dient te nemen.

Indien een zorginstelling deze rol op zich neemt, moet worden vastgesteld of er een rechtmatige grondslag bestaat voor het ontvangen en verwerken van de gegevens. Bij inschakeling van een Trusted Third Party (TTP) geldt hetzelfde: wie verstrekt de opdracht, met wie wordt het contract gesloten, en hoe wordt voldaan aan de informatiebeveiligingsvereisten?

Daarnaast moeten de juiste overeenkomsten worden afgesloten, zoals verwerkersovereenkomsten (art. 28 AVG) en overeenkomsten bij gezamenlijke verantwoordelijkheid (art. 26 AVG).

Concrete stappenplannen om de data te verzamelen en ontsluiten in de dataset voor de eigenaar van de dataset

3. Hoe kan het vervolg na dit onderzoek eruit zien rondom dataverzameling- en bewerking in de cruciale ggz vanuit het perspectief van de regio?

Om de regio een aantal concrete handvaten mee te geven voor de toekomst, werken we een aantal stappenplannen uit om tot een concrete dataset te komen. Deze stappenplannen verschillen van elkaar op basis van de beschikbaarheid van de onderliggende data. We geven een stappenplan mee voor de volgende typen data:

- Openbaar beschikbare data
- Bestaande, maar niet openbaar beschikbare data

Tijdens de verkenning in de regio is ook gesproken over data die niet bestaan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de totale zorgvraag. Deze bestaat uit het aantal cliënten in zorg, het aantal cliënten op de wachtlijst én een groep die buiten beeld blijft. Om écht goed inzicht te krijgen in de totale zorgvraag naar cruciale ggz, moet ook die laatste groep in beeld gebracht worden. Een ander voorbeeld van data die niet bestaan, maar wel zeer relevant zijn, gaat over het 'aanbod onder druk' door bijvoorbeeld personeelstekorten of financiële problematiek. Voor de hiervoor genoemde data zijn nieuwe registraties en/of onderzoeken nodig. Wij nemen dit type data dan ook niet mee in de uitwerking van de stappenplannen.

In de stappenplannen geven we aan welke onderdelen van de geprioriteerde informatiebehoefte onder welk type data vallen.

Wij adviseren de regio's om te beginnen met het voeren van het gesprek op basis van de reeds beschikbare data. Ondanks dat deze data niet volledig specifiek zijn voor de cruciale ggz, bieden deze data een goed startpunt voor het gesprek. Op basis van dit eerste gesprek kan namelijk een beeld gevormd worden van welke data en informatie die mogelijk nu nog niet beschikbaar zijn, in de toekomst een bijdragen kunnen leveren aan het gesprek. Hiermee wordt de informatiebehoefte concreet en kan de regio in kaart brengen welke data en informatie wanneer, hoe en door wie verzameld moeten worden.

Het is belangrijk om te vermelden dat we geen onderscheid maken op basis van op welk geografische niveau (landelijk/regionaal) de data verzameld en ontsloten wordt. In de praktijk heeft deze keuze impact op wat een logische partij is om de eigenaar van de dataset te zijn. Wij spreken in de stappenplannen over 'eigenaar'.

Sluit aan bij bestaande initiatieven om dubbel werk te voorkomen en van elkaar te leren

Cruciale en niet-cruciale ggz zijn nauw met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar continu. Dit maakt het voor partijen lastig om specifieke knelpunten te benoemen, waardoor discussies snel algemeen worden en alles belangrijk lijkt. Voor een effectieve aanpak van cruciale ggz in een regio zijn naast inzicht in data, ook een duidelijk toeleidingsproces en heldere randvoorwaarden essentieel. Momenteel lopen diverse initiatieven om dit te realiseren. Een versterkt en goed gepositioneerd transfermechanisme, met duidelijke afspraken tussen regionale partijen, vormt een centrale schakel tussen zorgvraag en zorgaanbod. Door het verzamelen en benutten van data uit het toeleidingsproces kan de zorgvraag objectiever worden vastgesteld en beter afgestemd worden op het beschikbare aanbod. Dit kan daarmee leiden tot een efficiëntere toewijzing van zorg, het afbuigen van niet-cruciale zorgvragen en het optimaliseren van de capaciteit in de (cruciale) ggz.

Er lopen in Nederland veel initiatieven rondom de toeleiding (cruciale) ggz, zoals de mentale gezondheidsnetwerken (MGN) en het mentaal schakelpunt rondom wachtlijsten. Het beter voorspellen van wachtlijsten en de verwachte zorgvraag van cliënten op basis van de verzamelde data zijn hier onderdeel van. Deze trajecten moeten leiden tot een betere herleidbaarheid van cliënten die cruciale ggz behoeven. Ook dienen de datapunten voortkomend uit deze trajecten bij te dragen aan de voorspelbaarheid van de zorgvraag van deze doelgroep.. Al deze initiatieven dragen op hun eigen manier bij aan het oplossen van knelpunten in de cruciale ggz. Waar mogelijk is het voor regio's waardevol om aan te sluiten en bij te dragen aan deze lopende initiatieven. Hiermee wordt dubbel werk voorkomen en wordt men beter in staat van elkaar te leren.

Stappenplan 1: Openbaar beschikbare data

Wat is 'openbaar beschikbare data'?

Openbaar beschikbare data verwijst naar gegevens die zonder restricties toegankelijk zijn voor derden, bijvoorbeeld via websites, rapporten of databestanden van publieke instellingen zoals het CBS, de NZa, Vektis, Zorginstituut Nederland of Akwa GGZ. Veel van deze data zijn al beschikbaar via het [Regiobeeld Psychische Problematiek](#). De gebruiker kan hier ook zelf de gewenste regio-indeling selecteren.

Deze data mogen verzameld, bewerkt en ontsloten worden in een toekomstige dataset over de cruciale ggz.

Welke data uit de geprioriteerde informatiebehoefte vallen onder 'openbaar beschikbare data'?

- Algemene demografische gegevens
- SES-score
- Retrospectieve wachtlijsten, in de toekomst ook prospectieve wachtlijsten
- Aantal zorgmachtigingen en crisismaatregelen 'Wet verplichte ggz'

Rechts hiervan weergeven we stapsgewijs hoe de eigenaar tot een dataset kan komen.

Stap	Actie
 Bepaal de informatiebehoefte van de beoogde gebruikers	Breng in kaart welke data nodig zijn voor de regionale dialoog over cruciale ggz, bijvoorbeeld demografie, SES-score, wachtlijsten en zorgmachtigingen, op basis van het analysekader in dit rapport. Voer daarnaast ook het gesprek met de beoogde gebruikers van de dataset. Uiteindelijk moet de dataset aan hun wensen voldoen.
 Classificeer de beschikbaarheid van data	Onderzoek welke data openbaar beschikbaar zijn via bronnen zoals CBS, RPP en andere bronnen. Categoriseer deze bronnen vervolgens als volledig, deels of niet beschikbaar.
 Verifieer juridische en technische randvoorwaarden	Toets of het verzamelen en ontsluiten van de openbaar beschikbare data juridisch en technisch verantwoord is volgens AVG, UAVG en mededingingswetgeving, met aandacht voor doelbinding, dataminimalisatie en interoperabiliteit. Zie hiervoor pagina 26 in dit rapport.
 Verzamel en bewerk de data	Organiseer het ophalen van data uit de geïdentificeerde bronnen en bewerk deze zodat ze passen bij bijvoorbeeld het gekozen regionale niveau van de dataset.
 Ontsluit de data in de dataset	Structureer de verzamelde data in een uniforme dataset, documenteer metadata zoals bron en definities en geef transparantie over wat wel en niet beschikbaar is.
 Communiceer en onderhoud	Deel de dataset met relevante partijen, stel een updatecyclus in en onderhoud contact met bronhouders om actualiteit en draagvlak te waarborgen.

Stappenplan 2: Bestaande, maar niet openbaar beschikbare data

Wat is 'bestaande, maar niet openbaar beschikbare data'?

'Bestaande, maar niet openbaar beschikbare data' verwijst naar gegevens die al wel bestaan binnen organisaties zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders of overheidsinstanties, maar die niet vrij toegankelijk zijn voor derden. Deze data zijn vaak:

- Privacygevoelig (bijvoorbeeld behandelgeschiedenis of afwijzingen bij ggz-aanbieders).
- Mededingingsgevoelig (zoals marktverhoudingen of zorgbemiddelingsdata).
- Doelgebonden verzameld (dus niet zomaar herbruikbaar voor andere doeleinden).

Welke data uit de geprioriteerde informatiebehoefte vallen onder 'bestaande, maar niet openbaar beschikbare data'?

- Zorgzwaarte van genuttigde zorg
- Afwijzingen bij ggz-aanbieders: waarom worden personen afgewezen?
- Behandelgeschiedenis van de cliënt
- Aantal mensen met zorgbemiddeling
- Zorgaanbod (top-down)
- Zorgaanbod (bottom-up)
- Overig zorgaanbod
- Zorg-capaciteit: Het aantal beschikbare plekken bij aanbieders
- Verstoppingen in het aanbod
- Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (top-down)
- Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (bottom-up)
- Ex- en inclusiecriteria

Rechts hiervan weergegeven we stapsgewijs hoe de eigenaar tot een dataset kan komen. Let wel, dit proces kan zeer tijdrovend zijn. De toetsing van de juridische kaders en het uiteindelijk verzamelen en ontsluiten van de data zijn zeer tijdsintensieve processen.

Stap	Actie
 Bepaal de informatiebehoefte van de beoogde gebruikers	Breng in kaart welke bestaande, niet openbaar beschikbare data nodig zijn voor de dataset, zoals zorgzwaarte, behandelgeschiedenis, afwijzingen bij ggz-aanbieders, en zorgbemiddelingsdata. Gebruik het analysekader uit dit rapport. Voer daarnaast ook het gesprek met de beoogde gebruikers van de dataset. Uiteindelijk moet de dataset aan hun wensen voldoen.
 Classificeer de beschikbaarheid van data	Achterhaal bij welke partijen (zorgverzekeraars, aanbieders, stelselpartijen enz.) de data zich bevinden en of deze technisch en juridisch beschikbaar zijn voor ontsluiting.
 Toets de juridische kaders	Toets of het verzamelen en ontsluiten van de openbaar beschikbare data juridisch en technisch verantwoord is volgens AVG, UAVG en mededingingswetgeving, met aandacht voor doelbinding, dataminimalisatie en interoperabiliteit. Ook is het uitvoeren van een DPIA hoogstwaarschijnlijk verplicht. Zie hiervoor pagina 26 in dit rapport. Deze stap is erg belangrijk bij niet openbaar beschikbare data.
 Maak afspraken met de databeheerders	Ga in gesprek met data-eigenaren over voorwaarden voor delen, zoals contractuele afspraken, pseudonimisering, en technische formats. Leg afspraken vast in een verwerkersovereenkomst of samenwerkingsovereenkomst.
 Verzamel en bewerk de data	Organiseer het ophalen van data uit de geïdentificeerde bronnen via veilige kanalen en bewerk deze zodat ze passen bij bijvoorbeeld het gekozen regionale niveau van de dataset.
 Ontsluit de data in de dataset	Structureer de verzamelde data in een uniforme dataset, documenteer metadata zoals bron en definities en geef transparantie over wat wel en niet beschikbaar is.
 Communiceer en onderhoud	Deel de dataset met relevante partijen, stel een updatecyclus in en onderhoud contact met bronhouders om actualiteit en draagvlak te waarborgen.

5.

Conclusie

Over de zorgvraag is een eerste beeld te vormen, terwijl over het zorgaanbod weinig data beschikbaar is

Er is een eerste beeld te vormen van de verwachte zorgvraag voor cruciale ggz

Op basis van de beschikbare data en informatie over de verwachte zorgvraag is een eerste beeld te vormen van deze verwachte zorgvraag. Door verschillende bronnen te combineren is een beeld te creëren van hoe populaties eruit zien. Wetenschap leert ons dat er meerdere variabelen samenhangen met psychische problematiek. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het bestaan van schuldenproblematiek en de SES-score. Dit betekent niet dat iedereen met schuldenproblematiek automatisch ook psychische problematiek ervaart. We weten echter wel dat populaties waar veel schuldenproblematiek plaatsvindt, ook vaak hoge(re) maten van psychische problematiek ervaren.¹ Door een selectie van deze indicatoren samen te bekijken, kan een eerste beeld gevormd worden. In het [Regiobeeld Psychische Problematiek](#) zijn veel van deze indicatoren in verschillende regio-indelingen openbaar beschikbaar en daarmee geschikt om een eerste beeld op te baseren. Dit beeld kan vervolgens besproken en verrijkt worden tijdens de data-gedreven dialoog.

Een risico is dat de nu beschikbare data en informatie niet toegespitst zijn op de cruciale ggz. De beschikbare data en informatie schetsen een beeld van hoe de populatie in een bepaalde regio eruit ziet. Op basis van dit beeld kan een inschatting gemaakt worden van hoezeer een populatie gevoelig is voor psychische problematiek. Om deze inschatting vervolgens te verdiepen naar een schatting van de vraag naar specifieke cruciale ggz voorzieningen, is op dit moment nog niet mogelijk. Om de accuraatheid van deze inschatting wat te vergroten, is het van belang helder te definiëren wanneer we spreken van een **cruciale** zorgvraag naar ggz (en dus ook wanneer niet). Het is daarom van belang dat informatie zoals zorgzwaarte, reden van afwijzingen en behandelgeschiedenis van de cliënt inzichtelijk worden gemaakt als opzet voor een minimale dataset. Deze indicatoren kunnen helpen bij het voorspellen van de mate waarin een zorgvraag van een persoon cruciaal is of gaat worden.

Desalniettemin adviseren wij regio's om de beschikbare data over de zorgvraag, al dan niet specifiek voor de cruciale ggz, te gebruiken als startpunt voor het gesprek. Het gesprek over deze data kan leiden tot een concreter beeld van welke data aanvullend nodig zijn.

Het zorgaanbod is vooralsnog moeilijk inzichtelijk te maken

De werkgroep heeft tijdens de eerste bijeenkomst een brede informatiebehoefte over het zorgaanbod in kaart gebracht. Deze behoefte is breder dan alleen data en informatie over welke cruciale ggz voorzieningen waar en in welke hoeveelheden die aanwezig is. De werkgroep is ook op zoek naar informatie over bijvoorbeeld de effectiviteit van het zorgaanbod, in- en exclusiecriteria van het aanbod en waar dit aanbod onder druk staat. Daarnaast is de werkgroep

ook op zoek naar informatie over bepaald zorgaanbod buiten de cruciale ggz. Denk hierbij aan woonzorg-voorzieningen waarnaar mensen vanuit de cruciale ggz doorstromen. De ervaring leert dat delen van het aanbod in cruciale ggz 'verstopt' zitten omdat er geen juiste doorstroomvoorzieningen beschikbaar zijn.

De data en informatie waar de werkgroep behoefte aan heeft, zijn op dit moment niet beschikbaar. Grote delen van deze data en informatie zijn af te leiden uit de declaratiedata van het ZPM en/of beschikbaar bij zorgaanbieders. Deze informatie is echter door gebrek aan juiste definities nog niet toe te spitsten tot cruciale ggz. Dit maakt dat op dit moment nog geen regionaal en/of landelijk beeld te vormen is van het aanbod.

Tijdens de tweede bijeenkomst heeft de werkgroep geprioriteerd welke informatiebehoefte de grootste bijdrage leveren aan de data-gedreven dialoog over het aanbod cruciale ggz. De data en informatie die kunnen worden gebruikt als opzet voor een minimale dataset gaan over inzicht in zorgaanbod zowel binnen de cruciale ggz, als het aanbod en capaciteit bij andere zorgaanbieders buiten de cruciale ggz. Los van inzicht in de *capaciteit* (hoeveel plekken beschikbaar) bij zorgaanbieders is ook de *comptabiliteit* (hoeveel passende plekken) van belang.

Risico's met betrekking tot wettelijke kaders zijn aanwezig

Over het algemeen geldt dat met de informatiebehoefte rondom zorgvraag met name privacy-risico's en met informatiebehoefte zorgaanbod eerder mededingingsrechtelijke risico's gepaard gaan. De tot nu toe opgehaalde informatiebehoefte rondom zorgvraag bestaat voor een groot deel uit data en informatie die op geaggregeerd niveau beschikbaar zijn óf op geaggregeerd niveau beschikbaar gesteld kunnen (en zo mogelijk moeten) worden. De hieruit voortvloeiende privacy-risico's zijn beperkt. Tegelijkertijd zijn er ook een aantal waarvoor geldt dat de mogelijkheid tot aggregatie ontbreekt, terwijl het risico – nu het (indirect) herleidbare gezondheidsgegevens betreft – significant is. Indirecte herleidbaarheid speelt onder meer bij kleine gemeenten of kleine aantallen patiënten, waarbij het (al dan niet i.c.m. met andere gegevens uit de dataset) mogelijk wordt om die gegevens indirect aan een individu te koppelen. Dit geldt dus ook voor openbare bronnen. In sommige gevallen wordt hier al rekening mee gehouden. Als het zorggebruik in kleine gemeenten lager ligt dan 10 cliënten/behandelingen, dan kiezen Vektis en ZINL er bijvoorbeeld voor om voor die gemeenten geen data aan te leveren. Een ander aandachtspunt is het doel waarvoor de data in eerste instantie werd verzameld. Indien deze niet verenigbaar is met het oorspronkelijke doel (doelbinding), dan is hiertoe een nieuwe grondslag zoals toestemming vereist. Bij het daadwerkelijk verzamelen en ontsluiten van de data is per onderdeel van de dataset een uitgebreide verkenning naar de juridische implicaties benodigd.

Er is geen volledig passende opzet voor een minimale dataset te vormen die uniform kan worden ingezet in de regio

Daarnaast vraagt het mededingingsrecht van partijen dat zij (onder andere) geen misbruik maken van hun machtspositie. Dit betekent bijvoorbeeld dat het combineren van (openbare en niet-openbare) data niet tot uitsluiting van concurrenten mag leiden die geen toegang hebben tot dezelfde data. In dit verband is ook niet toegestaan dat een dataset ongewenste markttransparantie met zich meebrengt, bijvoorbeeld doordat tarieven openbaar worden of inzicht in 'productievolumes' per regio wat tot strategisch gedrag van zorgaanbieders kan leiden.

Voor wat betreft de implicaties die dit heeft vanuit privacy alsook mededingingsrechtelijk oogpunt, zijn dit zaken om rekening mee te houden bij de verzameling en ontsluiting van data en informatie.

Op basis van het onderzoek komen wij tot een drietal aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt dat er geen volledig passende opzet te vormen is voor een minimale dataset die uniform inzetbaar is in elke regio en voor elke zorgvorm¹ binnen de cruciale ggz. Dit komt doordat de beschikbare data over de cruciale ggz momenteel (nog) niet uniform, onvoldoende specifiek en bovendien (nog) niet volledig herleidbaar zijn tot uitsluitend de cruciale ggz. Daarom is het belangrijk de dataset te blijven door ontwikkelen op basis van de specifieke knelpunten die worden ervaren door de regio.

Er zijn drie adviezen geformuleerd:

- **Korte termijn:** Ontsluit data en/of informatie die reeds beschikbaar is en van grote toegevoegde waarde is voor het regionale gesprek. Deze data zijn te vinden bij o.a. CBS, het Regiobeeld Psychische Problematiek², in het Zorgprestatieproces en bij zorgaanbieders en kunnen worden ontsloten op basis van uitvraag of door openbaar beschikbare bronnen te raadplegen. Zie het stappenplan op pagina 28.
- **Middellange termijn:** Ontsluit data en/of informatie die nog niet beschikbaar zijn, maar wel van grote toegevoegde waarde zijn voor het gesprek. Ga in gesprek met zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten uit de regio (data-beherende organisaties) over hoe deze data kunnen worden ontsloten. Zie het stappenplan op pagina 29.
- **Lange termijn:** Ontwikkel de dataset verder op basis van de eigen context in de regio. De opzet die u vindt in deze rapportage (p. 5) is net als de definitie van cruciale ggz van dynamische aard en aan verandering onderhevig.² De opzet is daarom een eerste inzicht voor een dataset die het gesprek in de regio kan ondersteunen en geen uitputtend overzicht. Het is van belang de dataset waar nodig uit te breiden met aanvullende data/informatie punten, zodat de dataset aansluit op de context van de knelpunten die worden ervaren in de eigen regio.

De knelpunten in de regio moeten concreet gemaakt worden

Dit rapport geeft inzicht in welke data- en informatiebronnen kunnen worden gebruikt voor het creëren van een (regionale) dataset. Aangezien er voor het ontsluiten van (persoonlijke) gegevens moet kunnen worden onderbouwd waarom dit noodzakelijk is, is het van groot belang in kaart te brengen wat de huidige knelpunten in de regio zijn welke de data mogelijk zou ondersteunen. Ook moet kunnen worden beargumenteerd waarom de verschillende data en informatie dit probleem volledig of gedeeltelijk zou oplossen. Hierom is het van groot belang voor de regio's om in gesprek te gaan over deze knelpunten en de bijbehorende informatiebehoefte. Alleen dan kan een dataset gecreëerd worden die specifiek genoeg is voor de cruciale ggz.

Voor een effectieve aanpak van cruciale ggz in een regio zijn naast inzicht in data, ook een duidelijk toeleidingsproces en heldere randvoorwaarden essentieel. Momenteel lopen diverse initiatieven om dit te realiseren.

Noot: (1) [Handreiking cruciale ggz](#); (2) [Psychische problematiek | Regiobeeld](#); (3) [Toegankelijke cruciale ggz | Werkagenda](#) | [Zorginstituut Nederland](#)



kpmg.com/socialmedia

De in dit document vervatte informatie is van algemene aard en is niet toegespitst op de specifieke omstandigheden van een bepaalde persoon of entiteit. Wij streven ernaar juiste en tijdige informatie te verstrekken. Wij kunnen echter geen garantie geven dat dergelijke informatie op de datum waarop zij wordt ontvangen nog juist is of in de toekomst blijft. Daarom adviseren wij u op grond van deze informatie geen beslissingen te nemen behoudens op grond van advies van deskundigen na een grondig onderzoek van de desbetreffende situatie.

© 2025 KPMG Advisory N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG organisatie.

Document Classification: KPMG Confidential

6.

Appendix

Analysekader met betrekking tot zorgvraag

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (1/7)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
1 Algemene demografische gegevens	Informatie over hoe de populatie van een bepaalde regio opgebouwd is. Beschikbaar via CBS, ontsloten via Regiobeeld Psychische Problematiek	Kwant.	●	Wisselend per indicator: veelal op gemeentelijk niveau	●	◐	●	●	◐	●	◐	◐	◐
2 SES-score	Informatie over de SES-score in een bepaalde regio. Beschikbaar via CBS, ontsloten via Regiobeeld Psychische Problematiek	Kwant.	●	Beschikbaar op gemeente- of zelfs wijkniveau	●	◐	●	●	◐	●	◐	◐	◐
3 Informatie over verloop jeugd (contextueel en individueel)	Informatie over het verloop van de jeugd van cliënten. Deze informatie is niet op geaggregeerd niveau beschikbaar, aangezien dit allen in de dossiers van cliënten te vinden is	Kwal.	○	Wisselend per individu	○ ¹	○ ¹	○	◐	◐	○	○ ²	○	○ ²

¹Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar

²Dit betreft zeer persoonlijke informatie

○ Geen ◐ Weinig ◑ Gemiddeld
◒ Aanzienlijk ● Significant

○ Significant ◐ Aanzienlijk ◑ Gemiddeld
◒ Weinig ● Geen

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (2/7)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
4 Hulpvraag	Informatie over de hulpvragen waarmee cliënten bij de huisarts of zorgaanbieder terecht komen. Deze informatie is mogelijk beschikbaar bij patiëntverenigingen, zorgaanbieders en/of huisartsen, maar is niet geaggregeerd beschikbaar.	Kwal.		Wisselend per bron (huisarts, aanbieder, patiëntvereniging)									
5 Zorgzwaarte van genuttigde zorg	Data over de zorgzwaarte van zorg die de cliënt eerder heeft ontvangen. Deze informatie is te vinden in de ZPM-data, die mogelijk beschikbaar zijn bij de NZa.	Kwant.		Beschikbaar op individueel niveau									

¹Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar

²De ZZT in het ZPM wordt op dit moment niet als betrouwbaar gezien, wat komt door het feit dat deze registratie nog in ontwikkeling is

³Dit betreft zeer persoonlijke informatie

⁴Risico is laag zolang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten

⁵Een bewerking van de ZPM-data is nodig voordat deze inzichten beschikbaar zijn.



Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (3/7)

Informatie-behoefte		Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron				
	Bron/indicator	Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten	
Vraagindicatoren: deze indicatoren vertellen ons iets over de (verwachte) vraag naar cruciale ggz.														
6 Onvervulde zorgvraag	Dit betreft informatie over voor welke doelgroepen en/of aandoeningen te weinig aanbod aanwezig is. Deze informatie is niet op geaggregeerd niveau beschikbaar en is nog geen standaard registratie, maar is mogelijk te verzamelen bij patiëntverenigingen, huisartsen of zorgaanbieders.	Kwal.		Wisselend per bron ¹										
7 Aantal meldingen overlast door een persoon met verward gedrag	Politie, ontsloten via Regiobeeld Psychische Problematiek	Kwant.		Wisselend per indicator: veelal op gemeentelijk niveau										
8 Aantal meldingen overlast door een persoon zonder dak of thuis	Politie, ontsloten via Regiobeeld Psychische Problematiek	Kwant.		Wisselend per indicator: veelal op gemeentelijk niveau										
9 Aantal meldingen van suïcides en/of suïcidaliteit	CBS, ontsloten via CBS en 113	Kwant.		Uit te splitsen naar provincie, leeftijd en geslacht										

¹Aanbieder, patiëntvereniging; ²Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar; ³Dit betreft zeer persoonlijke informatie; ⁴Data zijn openbaar beschikbaar

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (4/7)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd dataverzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
10 Verwijzingen van de huisarts: aantallen	Data over het aantal verwijzingen van de huisarts naar de (cruciale) ggz, deels beschikbaar via Zorgdomein , Nivel	Kwant.	●	Wisselend per bron: verouderde data en/of data op alleen landelijk niveau	◐	○	○	●	◐	●	◐ 3	●	●
11 Verwijzingen van de huisarts: inhoud verwijzing naar de ggz	Informatie over de inhoud van de verwijzingen van de huisarts naar de (cruciale) ggz. Deze data is niet openbaar beschikbaar, maar wordt wel geregistreerd. Data is mogelijk beschikbaar bij huisartsen.	Kwal.	◐	Beschikbaar op individueel niveau	○ 1	○ 1	○	◐	◐	○	○ 2	○	○ 1
12 Afwijzingen bij ggz-aanbieders: waarom worden mensen afgewezen?	Informatie over de redenen waarom cliënten niet worden toegelaten bij aanbieders. Deze informatie is niet op geaggregeerd niveau beschikbaar en betreft ook geen standaard registratie.	Kwal.	○	Beschikbaar op individueel niveau	○ 1	○ 1	○	◐	●	○	○ 2	○	○ 1

¹Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar; ²Dit betreft zeer persoonlijke informatie; ³Data zijn openbaar beschikbaar

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (5/7)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doortlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
13 Behandelgeschiedenis van de cliënt	Informatie over behandelingen die de cliënt al eerder heeft ontvangen. Deze data is beschikbaar in de dossiers van cliënten, maar is niet op geaggregeerd niveau beschikbaar	Kwal.		Beschikbaar op individueel niveau									
14 Diagnostische gegevens	Informatie welke diagnostiek uitgevoerd is bij de cliënt. Deze data is beschikbaar in de dossiers van cliënten, maar is niet op geaggregeerd niveau beschikbaar	Kwal.		Beschikbaar op individueel niveau									
15 Aantal mensen met LVB	Data over de hoeveelheid mensen met LVB in Nederland. Deze informatie is beschikbaar bij het Landelijk Kenniscentrum LVB, via Trimbos	Kwant.		Beschikbaar op landelijk niveau									

¹Niet op geaggregeerd niveau beschikbaar; ²Dit betreft zeer persoonlijke informatie; ³Data zijn openbaar beschikbaar; ⁴Verzameling van regionale data is ingewikkeld; ⁵Landelijke data zijn beschikbaar, regionaal niet

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (6/7)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
16 Actuele wachtlijsten: aantal mensen op de wachtlijst*	Actuele data over het aantal mensen op de wachtlijst bij zorgaanbieders. Op dit moment zijn echter alleen retrospectieve data beschikbaar. Deze data is beschikbaar via de NZa en bij zorgaanbieders**.	Kwant.		Op landelijke niveau/per instelling?									
17 Actuele wachttijden: tijd dat cliënten moeten wachten op intake / diagnostiek / behandeling*	Actuele data over wachttijden bij zorgaanbieders. Op dit moment zijn echter alleen retrospectieve data beschikbaar. Deze data is beschikbaar via de NZa en bij zorgaanbieders**.	Kwant.		Op landelijke niveau/per instelling?									
18 Aantal mensen met zorgbemiddeling	Data over het aantal mensen dat gebruik maakt van zorgbemiddeling van zorgverzekeraars bij het vinden van de juiste zorg in de (cruciale) ggz. De data is mogelijk beschikbaar bij verzekeraars	Kwant.		Op individueel niveau									

*Deze data bestaan tot op heden nog niet. De NLggz is trekker van het initiatief dat de prospectieve data rondom wachtlijsten en wachttijden inzichtelijk wil maken. De NZa wil retrospectieve data inzichtelijker maken, door een nieuwe meetmethode te introduceren;** Deze data worden echter als onbetrouwbaar en onbruikbaar gezien. Het analysekader is daarom gebaseerd op de te ontwikkelen inzichten over actuele wachtlijsten en -tijden. Deze inzichten worden op dit moment in verschillende initiatieven uitgedacht en verzameld.

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgvraag' (7/7)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken			Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
19 Aantal zorgmachtigingen en crisismaatregelen 'Wet verplichte ggz'	Data over het aantal zorgmachtigingen binnen de 'wet verplichte ggz'. Data is op landelijk niveau beschikbaar via de Ketenmonitor Wvvggz in een rapport en een infographic.	Kwant.	●	Informatie op landelijk niveau, uitgesplitst naar maanden	●	○	◐	●	◐	●	◐	●	●
20 Zorggebruik: Het aantal cliënten in cruciale ggz zorg. ¹	Data over het aantal mensen dat gebruik maakt van cruciale ggz bij aanbieders, bijv. aantal bezette bedden bij een aanbieder	Kwant.	◐	Informatie op landelijk en regionaal niveau uitgesplitst naar maanden	◐	◐	●	●	◐	●	◐	●	◐

¹Zorggebruik is een indicator op het snijvlak van zorgvraag en zorgaanbod - voor het overzicht is deze indicator weergegeven bij zorgvraag als datapunt voor hoeveel mensen gebruik maken van cruciale ggz (zowel de zorgvraag als het zorgaanbod zijn breder dan deze indicator alleen).

○ Geen ◐ Weinig ◑ Gemiddeld
 ◒ Aanzienlijk ● Significant

○ Significant ◐ Aanzienlijk ◑ Gemiddeld
 ◒ Weinig ● Geen

Analysekader met betrekking tot zorgaanbod

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (1/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
1 Zorgaanbod (ZPM)	Op basis van de ZPM-data is het mogelijk een beeld te schetsen van het aanbod in de regio. Het gebruik binnen de 'settings', 'verblijfsprestaties' en bepaalde 'overige prestaties' in het ZPM geven een beeld van welk aanbod aanwezig is. Dit kan door aantallen cliënten en prestaties inzichtelijk te maken. Data is op te vragen bij ZINL of Vektis en wordt in 2025 openbaar beschikbaar gesteld in het Regiobeeld Psychische Problematiek.	Kwant.	1 t/m 5	 1	Data is zeer gedetailleerd: veel verschillende doorsnedes te creëren en de data is op postcode beschikbaar.						 2	 3	 4	 5

¹De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar;

²Bestaan uit al verplichte registraties voor zorgaanbieders;

³Aangezien de data openbaar beschikbaar gesteld gaan worden via het Regiobeeld Psychische Problematiek (RPP) is het risico laag. Wanneer data op individueel niveau benodigd zijn, kunnen wel risico's ontstaan;

⁴Data worden al verzameld;

⁵Een deel van de benodigde inzichten zal openbaar beschikbaar gesteld worden in het RPP. Aanvullende inzichten kunnen lastiger zijn te ontsluiten, wanneer deze niet in het RPP passen.

 **Geen**
 **Weinig**
 **Gemiddeld**
 **Aanzienlijk**
 **Significant**

 **Significant**
 **Aanzienlijk**
 **Gemiddeld**
 **Weinig**
 **Geen**

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (2/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
2 Zorgaanbod (zorgaanbieders)	Door bottom-up bij zorgaanbieders informatie uit te vragen over het zorgaanbod (bv. Het aantal HIC plekken, aantal (beveiligde) bedden), kan een accuraat beeld geschetst worden van het zorgaanbod in een regio.	Kwant.	1 t/m 6	 1	Data is zeer gedetailleerd: aanbieders weten precies welke capaciteit ze hebben voor welke zorgvorm en onderliggende behandelingen	 2	 3				 4	 5	 6	 7

¹De data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar;

²Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

³Regionaal dekkende data zijn goed te verzamelen bij aanbieders;

⁴Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁵Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten. Het ontsluiten van informatie over het totale aanbod vormt geen risico;

⁶De data bestaan al bij de aanbieders;

⁷Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief.

 **Geen**
 **Weinig**
 **Gemiddeld**
 **Aanzienlijk**
 **Significant**

 **Significant**
 **Aanzienlijk**
 **Gemiddeld**
 **Weinig**
 **Geen**

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (3/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
3 Aanbod onder druk	Door bottom-up bij zorgaanbieders informatie uit te vragen over het zorgaanbod onder druk, kan een accuraat beeld geschetst worden van het zorgaanbod onder druk in een regio. Deze druk kan bijvoorbeeld ontstaan door personeelstekorten of financiële tekorten bij de aanbieder	Beide	1 t/m 6	1	Data is zeer gedetailleerd: aanbieders weten precies welke capaciteit ze hebben voor welke zorgvorm en onderliggende behandelingen	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 Verstoppingen in het aanbod	Deze informatie is alleen beschikbaar bij aanbieders. Het gaat hier om informatie over bijvoorbeeld het aantal wachtenden voor een geschikte uitstroomlocatie van cruciale ggz-voorzieningen.	Kwant.	1 t/m 6	1	Data is zeer gedetailleerd: aanbieders weten welke cliënten wachten op geschikte uit-/doorstroomlocaties	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¹De data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar;

²Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

³Regionaal dekkende data zijn goed te verzamelen bij aanbieders;

⁴Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁵Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten. Het ontsluiten van informatie over het totale aanbod vormt geen risico;

⁶De data bestaan al bij de aanbieders;

⁷Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief;

⁸De data bestaan al bij aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden.



Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (4/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
5 Overig zorgaanbod	Een cliënt komt via een keten de cruciale ggz binnen en verlaat deze ook vaak via de keten. Hierbij kijken we naar zorg- en ondersteuningsaanbod buiten de Zvw. We denken hierbij aan voorzieningen in het sociaal domein en bijvoorbeeld woonzorg. Om de in-, door- en uitstroom van cruciale ggz goed in te regelen, is inzicht in overig zorgaanbod zeer relevant. Deze informatie is aanwezig bij de aanbieder en verantwoordelijke organisaties van deze zorg en ondersteuning. Denk hierbij aan gemeenten, zorgkantoren en zorgaanbieders	Kwant.	n.v.t.	 1	Data zijn zeer gedetailleerd: de te betrekken partijen weten wat hun aanbod is	 2	 3				 4	 5	 6	 7

¹De data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar;

²Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

³Regionaal dekkende data zijn goed te verzamelen bij aanbieders;

⁴Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁵Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten;

⁶De data bestaan al bij de aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden;

⁷Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief.

 **Geen**
 **Weinig**
 **Gemiddeld**
 **Aanzienlijk**
 **Significant**

 **Significant**
 **Aanzienlijk**
 **Gemiddeld**
 **Weinig**
 **Geen**

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (5/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
6 Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (top-down)	Op basis van ZPM-data kan dit inzicht gecreëerd worden. Door op basis van een combinatie van AGB-codes en postcodes van cliënten koppelingen te maken tussen cliënten en aanbieders, kunnen adherentiegebieden in kaart gebracht worden.		1 t/m 6	 1	Data is zeer gedetailleerd: veel verschillende doorsnedes te creëren en de data is op postcode beschikbaar						 5	 7		 10
7 Adherentiegebieden van cruciale ggz-voorzieningen (bottom-up)	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders weten waar hun cliënten wonen en kunnen dat in kaart brengen. Op basis van deze data kunnen witte vlekken worden geïdentificeerd.		1 t/m 6	 2	Data is zeer gedetailleerd: aanbieders weten waar hun cliënten wonen en kunnen hier gedetailleerde analyses over maken	 3	 4				 6	 8	 9	 11

¹De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar;

²De data bestaan maar zijn nog niet beschikbaar;

³Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

⁴Regionaal dekkende data is goed te verzamelen bij aanbieders;

⁵Bestaan uit al verplichte registraties voor zorgaanbieders;

⁶Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁷Risico is laag, aangezien de ZPM-data openbaar beschikbaar gesteld gaat worden, mits daar de juiste redenen voor zijn. Wanneer data op individueel niveau benodigd is, kunnen wel risico's ontstaan;

⁸Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten;

⁹De data bestaan al bij de aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden;

¹⁰Dit inzicht vraagt ingewikkelde analyse van de ZPM-data;

¹¹Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief.



Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (6/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
8 Samenwerkingsverbanden in cruciale ggz	Deze informatie is beschikbaar bij regio-coördinatoren en leden van samenwerkingsverbanden. Dit kunnen aanbieders, gemeenten en andere betrokken partijen zijn.	Kwal.	1 t/m 6	 1	De data kan gedetailleerd zijn, maar dit zal verschillen per regio	 2					 3		 4	

¹De data zijn niet openbaar beschikbaar, maar wel te verzamelen in de regio;

²Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

³Het in kaart brengen van samenwerkingen vraagt geen grote extra administratieve lasten;

⁴Het in kaart brengen van deze samenwerkingen kost in de regio relatief weinig tijd, op landelijke schaal is dit anders.

 **Geen**
  **Weinig**
  **Gemiddeld**
 **Aanzienlijk**
  **Significant**

 **Significant**
  **Aanzienlijk**
  **Gemiddeld**
 **Weinig**
  **Geen**

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (7/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
9 Behandelduur (top-down)	Op basis van ZPM-data kan dit inzicht gecreëerd worden. Door het aantal prestaties per zorgtraject in kaart te brengen, kan de gemiddelde behandelduur voor een bepaalde diagnose of ZZT bepaald worden. Dit kan eventueel nog gekoppeld worden aan een AGB-code		1 t/m 6	 1	Data is zeer gedetailleerd: veel verschillende doorsnedes te creëren						 5	 7		 10
10 Behandelduur (bottom-up)	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders weten hoeveel behandelingen cliënten ontvangen		1 t/m 6	 2	Data is zeer gedetailleerd: aanbieders weten welke behandeling cliënten ontvangen hoe lang de trajecten duren	 3	 4				 6	 8	 9	 11

¹De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar;

²De data bestaan maar zijn nog niet beschikbaar;

³Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

⁴Regionaal dekkende data zijn goed te verzamelen bij aanbieders;

⁵Bestaan uit al verplichte registraties voor zorgaanbieders;

⁶Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁷Risico is laag, aangezien de ZPM-data openbaar beschikbaar gesteld gaat worden, mits daar de juiste redenen voor zijn. Wanneer data op individueel niveau benodigd is, kunnen wel risico's ontstaan;

⁸Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten;

⁹De data bestaan al bij de aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden;

¹⁰Dit inzicht vraagt ingewikkelde analyse van de ZPM-data;

¹¹Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief.



Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (8/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
11 Behandel-resultaten	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders hebben informatie over de uitkomsten van de behandeling, zoals cliëntervaringen en cijfers over recidieven	Beide	1 t/m 6		Data is gedetailleerd: aanbieders weten veel over de resultaten van hun behandelingen									

¹De data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar;

²Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

³Regionaal dekkende data zijn goed te verzamelen bij aanbieders;

⁴De data zijn deels subjectief en daarom nooit volledig betrouwbaar;

⁵Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁶Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten;

⁷De data zijn inzichtelijk voor aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden;

⁸Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief. Op dit moment wordt deze informatie niet uitgewisseld tussen aanbieders en financiers. Reden hiervoor is bestuurlijke gevoeligheid rondom de verschillen in kwaliteit van de informatie, en wat met deze informatie mag worden gedaan.

 **Geen**
 **Weinig**
 **Gemiddeld**
 **Aanzienlijk**
 **Significant**

 **Significant**
 **Aanzienlijk**
 **Gemiddeld**
 **Weinig**
 **Geen**

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (9/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
12 Beroepen van professionals in de zorg (top-down)	Op basis van ZPM-data kan dit inzicht deels gecreëerd worden. In het ZPM worden beroepsniveaus geregistreerd van de behandelaar bij reguliere groepsconsulten.	Kwant.	1 t/m 5	 1	Data is zeer gedetailleerd: veel verschillende doorsnedes te creëren						 5	 7		 10
13 Beroepen van professionals in de zorg (bottom-up)	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders weten wat welk personeel ze hebben voor hun behandelingen	n.v.t.	1 t/m 6	 2	Data is zeer gedetailleerd: aanbieders weten precies welk personeel welke behandeling uitvoert	 3	 4				 6	 8	 9	 11

¹De data zijn beschikbaar bij ZINL en Vektis, maar nog niet openbaar beschikbaar;

²De data bestaan maar zijn nog niet beschikbaar;

³Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

⁴Regionaal dekkende data is goed te verzamelen bij aanbieders;

⁵Bestaan uit al verplichte registraties voor zorgaanbieders;

⁶Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁷Risico is laag, aangezien de ZPM-data openbaar beschikbaar gesteld gaat worden, mits daar de juiste redenen voor zijn. Wanneer data op individueel niveau benodigd zijn, kunnen wel risico's ontstaan;

⁸Risico is laag, zo lang aanbieders geen cliënt-gerelateerde informatie hoeven te ontsluiten;

⁹De data bestaan al bij de aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden;

¹⁰Dit inzicht vraagt analyse van de ZPM-data;

¹¹Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief.

 Significant
  Aanzienlijk
  Gemiddeld

 Weinig
  Geen

 Geen
  Weinig
  Gemiddeld

 Aanzienlijk
  Significant

Ingevuld analysekader voor de informatiebehoefte 'zorgaanbod' (10/10)

Informatie-behoefte	Bron/indicator	Algemene kenmerken				Verwachte bijdrage van de bron					Verwachte werkbaarheid van de bron			
		Kwantitatief of kwalitatief	Zorgvorm	Beschikbaarheid	Detailniveau	Landelijke inzichten	Regionale inzichten	Bewerkbaarheid	Betrouwbaarheid	Toegevoegde waarde aan de dialoog	Administratieve last	Risico's rondom wettelijke kaders	Doorlooptijd data-verzameling	Technische uitdagingen bij verzamelen en/of ontsluiten
14 Ex- en inclusie-criteria	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders hebben informatie over welke cliënten ze wel/niet toelaten tot zorg.	Kwal.	1 t/m 6	 1	De informatie is gedetailleerd	 2	 3				 4		 5	 6
15 Opname-criteria	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders hebben informatie over welke cliënten ze wel/niet toelaten tot de kliniek.	Kwal.	1 t/m 6	 1	De informatie is gedetailleerd	 2	 3				 4		 5	 6
16 Zorg-capaciteit: Het aantal beschikbare plekken bij aanbieders	Deze informatie is beschikbaar bij aanbieders. Aanbieders hebben informatie over hun capaciteit in aantal beschikbare plekken.	Kwant.	1 t/m 6		De informatie is gedetailleerd									

¹De data bestaan, maar zijn nog niet beschikbaar;

²Het creëren van landelijk dekkende informatie via deze bottom-up methode is lastig;

³Regionaal dekkende data zijn goed te verzamelen bij aanbieders;

⁴Voor aanbieders vraagt dit geen extra administratieve handeling, op het aanleveren van de data na;

⁵De data zijn inzichtelijk voor aanbieders, maar moeten nog inzichtelijk gemaakt worden;

⁶Het verzamelen van de data is zeer arbeidsintensief.

 **Significant**
 **Aanzienlijk**
 **Gemiddeld**
 **Weinig**
 **Geen**

 **Geen**
 **Weinig**
 **Gemiddeld**
 **Aanzienlijk**
 **Significant**