Onderzoek naar de bovenregionale en landelijke vraag naar cruciale ggz

Plan van aanpak

Voorstel Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Verdere verspreiding niet toegestaan

Triangulatie van data zorgt voor inzicht in het aantal mensen dat jaarlijks cruciale ggz nodig heeft in bovenregionale of landelijke context

Om te bepalen hoeveel mensen jaarlijks cruciale ggz nodig hebben in een bovenregionale of landelijke context, zien wij drie afbakeningsvraagstukken: 1) doelgroep, 2) regionaal versus bovenregionaal/landelijk en 3) definitie van cruciale ggz. We stellen daarom voor om gebruik te maken van verschillende invalshoeken op basis van diverse bronnen en deze bij elkaar te brengen. Door zowel vanuit het perspectief van vraag als aanbod te kijken creëren we scherpte in de aantallen. Ook voorkomen we hiermee dat het aanbod teveel een proxy wordt voor de vraag, aangezien aanbod vaak ook vraag creëert.

1) Doelgroep

Om het aantal mensen te bepalen dat jaarlijks cruciale ggz nodig heeft, kijken we eerst naar de zorgvraag. De basis hiervoor zijn de verschillende doelgroepen binnen de ggz. Afbakening van doelgroep in de ggz is altijd punt van discussie, aangezien er verschillende invalshoeken kunnen worden gekozen, bijvoorbeeld op basis van diagnose, ernst van de aandoening, etc. Gezien het vraagstuk rondom cruciale capaciteit stellen wij voor om enerzijds te kijken naar de vraag vanuit diagnosegroepen, aangezien een (groot) deel van de cruciale capaciteit ook op die manier is ingericht. Hoogspecialistische zorg met een TOPGGz keurmerk [2] is bijvoorbeeld ingericht op diagnosegroepen, zoals angststoornissen, trauma en autisme. Daarnaast weten we dat er met name een ‘complexe’ groep zorgvragers is die behoefte heeft aan cruciale ggz. Deze doelgroep is vaak minder diagnose gebonden, omdat er sprake is van multi-morbiditeit. Vanuit het oogpunt van de zorgvraag verdiepen we in dit kader ook op het aantal mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) vraag in de ggz. Deze doelgroep is ook apart beschreven in de zorgstandaarden [3]. Voor deze doelgroepen onderzoeken we de jaarprevalentie door middel van deskresearch en expert opinie. Aangezien slechts een klein deel behoefte aan cruciale ggz onderzoeken we vervolgens nader, onder andere op basis van zorgstandaarden [4] en expert opinie, hoe groot naar verwachting de omvang van deze groep is.

2) Bovenregionaal/landelijk aanbod

Het aantal aanbieders dat bovenregionale/landelijke zorg biedt in Nederland is beperkt. Dit betreft vooral de integrale ggz aanbieders en specialistische aanbieders, zoals ‘De Viersprong’ voor persoonlijkheidsstoornissen. Binnen de zorgkantoorregio’s (op regionaal niveau) is over het algemeen tenminste één grote integrale aanbieder aanwezig. Het reguliere aanbod van deze aanbieders, zoals acute zorg, FACT teams of opname klinieken, valt daarmee gezien het regionale karakter buiten scope van deze opdracht. Deze aanbieders beschikken daarnaast vaak over bovenregionale capaciteit, zoals specifieke klinieken voor eetstoornissen, een psychiatrische universitaire kliniek (PUK) of beveiligde opname capaciteiten. Hierin is onder andere een relatie met de hoogspecialistische zorg vanuit TOPGGz [5] en ook specifieke (veelal) klinische capaciteiten. In dit kader gaan we middels de vragenlijst bij integrale en specialistische aanbieders van Zvw zorg het aantal mensen na dat in 2022 zorg heeft gebruikt op een bovenregionale afdeling en het aantal wachtenden voor die afdeling. Ook gaan we hierin na welk aanbod volgens hen ontbreekt en halen we informatie op ter duiding. Hierbij maken we gebruik van/sluiten we aan bij het lopende onderzoek vanuit de Nederlandse ggz. Als dit bijvoorbeeld al gezorgd heeft voor een concreet overzicht van afdelingen, dan kunnen we dat meenemen als startpunt van de vragenlijst.

3) Definitie cruciale ggz

In ons onderzoek maken we verder gebruik van het werkmodel uit de handreiking ‘Cruciale ggz’ [6]. Hierbij gaan uit van de setting van het zorgprestatiemodel (ZPM) [7] in combinatie met het aanbod dat bovenregionaal/landelijk wordt aangeboden (zie punt 2). Hiermee komen we op drie settingen uit het ZPM: klinisch (5), forensische en beveiligde zorg – klinische zorg (6)[1] en hoogspecialistisch (8). Dit vormt de kern van de data-uitvraag middels de vragenlijst bij de aanbieders. Hierin nemen we ook de toets mee of het daadwerkelijke cruciale ggz betreft en waarom.

Indien nodig kunnen we vanuit declaratiedata van Vektis het aantal individuen vaststellen die in 2022 Zvw zorg hebben ontvangen in één van deze settingen. Dit is echter minder specifiek, aangezien in sommige regio’s een bepaalde afdeling/kliniek een regionale functie heeft en in andere regio’s een bovenregionale of zelf landelijke functie (denk aan een KIB of HIC in combinatie met somatiek). Wij stellen daarom voor om in eerste instantie data van de aanbieders te gebruiken.

Triangulatie

De inzichten rondom vraag en aanbod worden samengebracht in een analysemodel dat inzichtelijk maakt hoeveel mensen jaarlijks in landelijke of bovenregionale context zorg nodig hebben op het niveau van de regio/individuele aanbieder, uitgesplitst naar verschillende diagnoses. Invulling van het model biedt handvatten bij het monitoren van trends en ontwikkelingen in het veld. Op pagina 5 wordt ter illustratie een voorbeeld van een dergelijk model weergegeven.

1) In de setting ‘Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg’ wordt zowel forensische zorg als beveiligde ggz wordt geleverd. Dit betekent dat er raakvlakken zijn met de Wet forensische zorg (Wfz). In het startgesprek nemen we dit mee in de scoping en uitwerking van de uitvraag.

Verdere verspreiding niet toegestaan

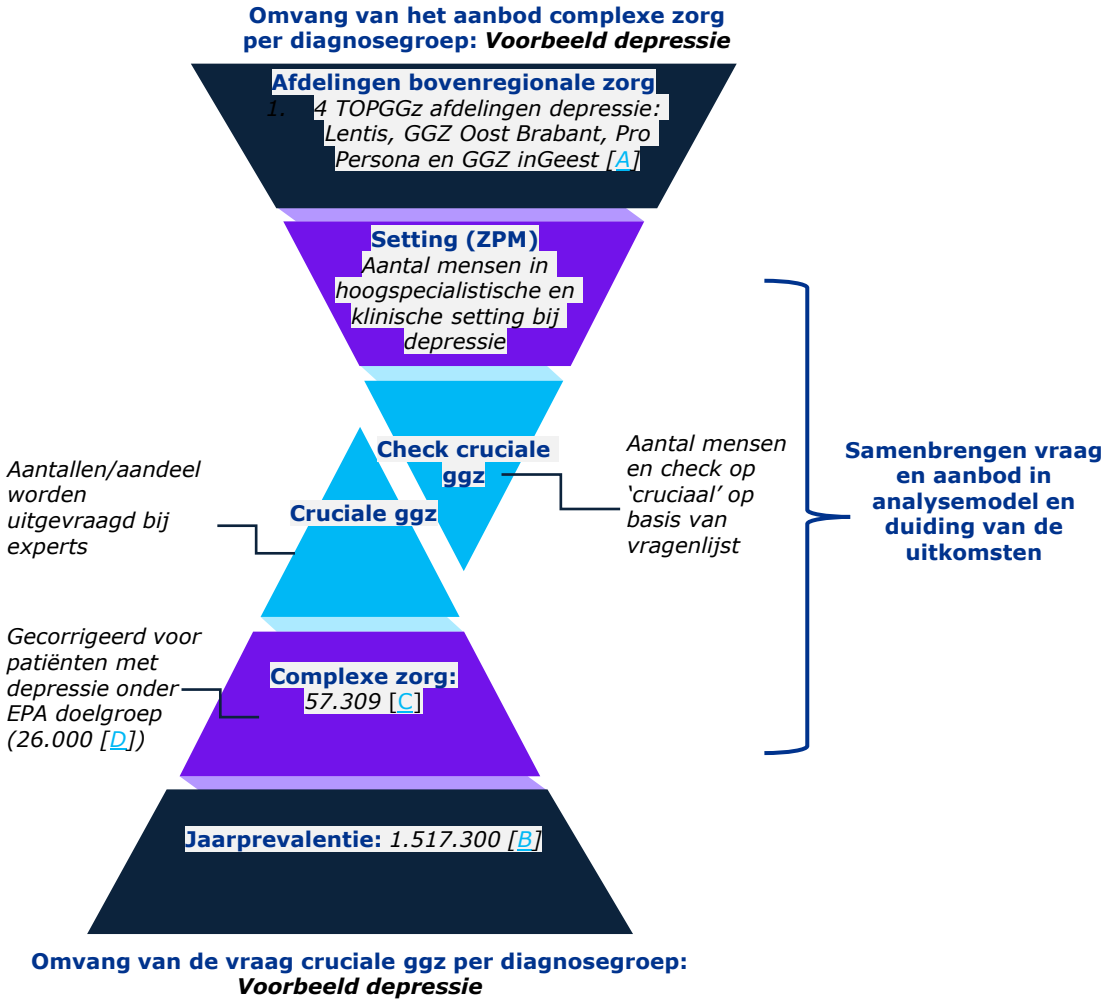
Inzichten rondom vraag en aanbod worden samengebracht in een analysemodel

De vraag naar cruciale zorg op bovenregionaal en landelijk niveau wordt inzichtelijk gemaakt voor geselecteerde diagnosegroepen, waaronder depressie, ADHD, angst, autisme, bipolair, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotrauma en verslaving, en de doelgroep ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de vraag naar cruciale ggz, gaan we uit van een getrapte benadering. We starten bij de landelijke jaarprevalentie (niveau 1) van elke doelgroep vastgesteld door middel van deskresearch, zoals CBS, Vektis, RIVM, Trimbos, etc. Vervolgens wordt de vraag naar complexe zorg (niveau 2) binnen elke diagnose groep bepaald eveneens op basis van deskresearch, denk onder andere aan zorgstandaarden. Waar dit (maar deels) mogelijk is betrekken we hiervoor ook alvast expert opinie op basis van interviews[1]. Met de experts verdiepen we ook op de vraag welk deel naar verwachting jaarlijkse cruciale ggz betreft (niveau 3) en welke bronnen dit nog verder kunnen onderbouwen.

Daartegenover staat het aanbod van complexe zorg, ook opgesplitst in drie niveaus. Op basis van een vragenlijst raadplegen we integrale en specialistische zorgaanbieders om de achterhalen welke afdelingen bovenregionale zorg verlenen voor de doelgroepen (niveau 1). Hierbij sluiten we maximaal aan op het onderzoek van de Nederlandse ggz naar het aanbod van cruciale ggz. Mochten hier al bepaalde afdelingen bekend zijn, dan richten we de vragen direct op deze afdelingen. In de tweede stap delen we de afdelingen in naar de drie settingen: klinisch, forensische en beveiligde zorg – klinische zorg en hoogspecialistisch (niveau 2). Vooral bij klinisch is er een grijsgebied of zorg bovenregionaal is, daarom nemen we bepaalde (waarschijnlijk) regionale voorzieningen, zoals een HIC of een MPU, aanvullend mee om de scheidslijn per regio scherp te krijgen. Ook is dit inzicht waardevol in vergelijking met de zorgvraag, omdat een deel van de 'complexe' zorgvraag voor de doelgroepen ook op deze afdelingen zorg ontvangt. Tot slot raadplegen we zorgaanbieders in de vragenlijst om te verifiëren of de betreffende zorg daadwerkelijk als cruciale zorg kan worden aangemerkt (niveau 3). Denk aan in- en exclusiecriteria, bijvoorbeeld op basis van de Decision Tools.

In het analysemodel worden de vraag en het aanbod op niveau 2 en niveau 3 samengebracht en worden de resultaten geduid. Hiernaast is wordt een illustratief voorbeeld weergegeven van hoe het model wordt ingevuld voor de diagnose depressie.



1) Optioneel kunnen expert interviews vervangen worden door een compacte survey voor experts om breder inzicht op te halen. Dit bespreken we tijdens de startbijeenkomst.

Verdere verspreiding niet toegestaan

De eerste stap op weg naar een visie op concentratie en spreiding van cruciale ggz

	Fase 1 Goede start	Fase 2 Dataverzameling	Fase 3 Analyse en duiding data	Fase 4 Rapportage
Doel	Gezamenlijk vertrekpunt en heldere kaders en uitgangspunten	Multi methode dataverzameling	Ontwikkeling analysemodel en interpreteren van data	Inzicht in zorgvraag en advies voor structurele monitoring
Activiteiten	1. Startgesprek met opdrachtgever: afstemming inhoudelijke en praktische aanpak onderzoek (o.a. uitgangs-punten en dataverzameling). 2. Verkennende expertinterviews (3-5) o.a. netwerken TOPggz en PUK. 3. Definiëren cruciale ggz en kaders onderzoek: 1. doelgroep; 2. boven-regionaal/landelijk aanbod; en 3. cruciale ggz. 4. In kaart brengen van parameters t.b.v. zorgvraag en aanbod, inclusief databronnen. 5. Ontwikkelen vragenlijst zorgaanbieders om zorggebruik van cruciale ggz en wachtlijsten uit te vragen, incl. afstemming met NL GGZ. 6. Bijeenkomst I begeleidingsgroep: gezamenlijke startbijeenkomst.	1. Uitzetten vragenlijst bij integrale en specialistische zorgorganisaties. 2. Deskresearch naar zorgvraag-ontwikkeling o.a. onderzoek Nederlandse ggz, RIVM, Trimbos. 3. Verdiepende expertinterviews (3-5) m.b.t. zorgvraagontwikkeling. 4. Bijeenkomst II: Toetsen eerste inzichten rondom zorgvraag en aanbod cruciale ggz. 5. Ontwikkelen eerste concept van het analysemodel.	1. Uitwerken analysemodel op basis van vraag en aanbod data. 2. Duidingssessies (3-5) met experts om inzichten vanuit vraag en aanbod samen te brengen. 3. Bijeenkomst III: Toetsen eerste uitkomsten bij begeleidingsgroep. 4. Verwerken feedback begeleidingsgroep en aanscherpen analysemodel t.b.v. inzicht in jaarlijkse vraag naar bovenregionale/landelijke cruciale ggz.	1. Uitwerken advies voor het structureel volgen van zorgvraag naar cruciale ggz op basis van het analysemodel. 2. Opstellen conceptrapportage. 3. Bijeenkomst IV: Bespreken advies en conceptrapportage. 4. Verwerken aanpassingen in advies en eindrapportage.
Resultaat	✓ Afgestemd plan van aanpak. ✓ Ingerichte begeleidingsgroep. ✓ Vastgestelde kaders voor het onderzoek. ✓ Inzicht in parameters t.b.v. model ontwikkeling voor monitoring zorgvraag.	✓ Inzicht in zorgvraagontwikkeling cruciale ggz voor verschillende doelgroepen. ✓ Vragenlijst uitgezet. ✓ Eerste concept van analysemodel voor cruciale ggz.	✓ Model met inzicht in zorgvraagontwikkeling van cruciale ggz op landelijk en (boven)regionaal niveau, inclusief data-analyse en interpretatie. ✓ Uitgangspunten voor structurele monitoring cruciale ggz	✓ Een advies t.b.v. het structureel volgen van de zorgvraag trend t.a.v. bovenregionale/landelijke cruciale ggz. ✓ Een eindrapportage met inzicht in het aantal mensen dat jaarlijks cruciale ggz nodig heeft in een bovenregionale/landelijk context.

Project-management

Overleg met opdrachtgever (VWS) – gedurende het proces stemmen wij tweewekelijks af met VWS. Tijdens deze bijeenkomsten geven we een update over stand van zaken en de voortgang van het onderzoek. Tussentijds komt de begeleidingsgroep vier keer bijeen voor 1) vaststellen plan van aanpak en definiëren kaders, 2) toetsen van de eerste inzichten, 3) het toetsen van de uitkomsten en 4) het bespreken van de concept rapportage.

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Verdere verspreiding niet toegestaan

Fase 1 richt zich op het vaststellen van de kaders voor cruciale ggz, in fase 2 start de dataverzameling

Fase 1: Goede start

1. Startgesprek met opdrachtgever
Bij aanvang van de opdracht vindt er een startgesprek met de opdrachtgever plaats om inhoudelijke en praktische zaken af te stemmen, zoals het vaststellen van een definitief plan van aanpak ("go"), opzet van de dataverzameling en de uitgangspunten van het analysemodel. Daarnaast bespreken we welke documentatie, informatie en databronnen beschikbaar zijn, welke experts betrokken worden voor de interviews en hoe we de ggz aanbieders gaan benaderen. Ook bespreken we de samenstelling van de begeleidingsgroep. Deze bestaat in ieder geval uit de Nederlandse ggz en ZN. Daarnaast worden ook MIND, NVvP, NFU, NIP en V&VN uitgenodigd deel te nemen. De begeleidingsgroep valideert onder andere de onderzoek aanpak en de resultaten. Er worden vier, indien gewenst fysieke, bijeenkomsten gepland.

2. Verkennende expertinterviews (3-5)
Er worden drie tot vijf verkennende interviews ingepland met experts uit netwerken bovenregionale en landelijke cruciale ggz, zoals TOPGGz en PUK en betrokkenen bij de Decision Tools (iMTA/experts). Doel van deze gesprekken is aanvullende inzichten op te halen rondom de drie afbakeningsvraagstukken (doelgroep, bovenregionaal/landelijk en cruciale ggz) en relevante data(bronnen).

3. Definiëren cruciale ggz en kaders onderzoek
Om gedegen en gericht data te verzamelen is het van belang om met heldere kaders en definities te werken. KPMG maakt een eerste opzet voor de kaders van het onderzoek rondom doelgroep, bovenregionaal/landelijk en cruciale ggz, deze worden gevalideerd bij de opdrachtgever.

4. In kaart brengen van parameters t.b.v. zorgvraag en aanbod
Onderdeel van dit traject is het opstellen van een analysemodel waarmee de bovenregionale en landelijke vraag naar cruciale ggz in kaart kan worden gebracht. Tijdens deze stap verkennen we verschillende parameters voor de ontwikkeling van dit model. Hierbij kijken we naar:

1) *Doelgroepen (diagnosegroepen en EPA)*: jaarprevalentie, incidentie, onderverdeling in ernst/complexiteit, gespecialiseerd/klinisch aanbod, etc.
2) *Bovenregionaal/landelijk*: bovenregionale afdelingen, aantal mensen dat in een jaar (2022) hier gebruik van heeft gemaakt; aantal wachtenden, etc.
3) *Cruciale ggz*: afdelingen die op basis van ZPM getypeerd zijn als: klinisch (5), forensische/beveiligde klinische (6) en hoogspecialistische zorg (8). Reden voor cruciaal. Dit koppelen we aan punt 2 hierboven.

5. Ontwikkelen vragenlijst zorgorganisaties
Op basis van de uitkomsten van de eerste stappen stellen we een vragenlijst op om het zorggebruik van cruciale ggz en de wachtlijsten uit te vragen. We vragen zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie uit. Om dubbel werk te voorkomen, stemmen we af met de Nederlandse ggz.

6. Bijeenkomst I begeleidingsgroep: gezamenlijke startbijeenkomst
De eerste bijeenkomst voor de begeleidingsgroep is een startbijeenkomst (circa één uur). Een goede startbijeenkomst is van groot belang voor een succesvolle samenwerking met de begeleidingsgroep. Belangrijkste doel van de eerste bijeenkomst is om de aanpak en kaders vast te stellen. Daarnaast wordt de vragenlijst vastgesteld. De besproken punten en gemaakte afspraken worden na de startbijeenkomst vastgelegd en teruggekoppeld aan de betrokken partijen.

Fase 2: Dataverzameling

1. Uitzetten vragenlijst bij integrale en specialistische zorgorganisaties.
Na de vragenlijst aangescherpt te hebben wordt deze uitgezet bij (een selectie van) integrale en specialistische zorgorganisaties met behulp van KPMG Sofy. Dit platform stelt KPMG in staat om snel en veilig datagedreven processen in te richten met kant-en-klare bouwblokken. Via dit platform kan eenvoudig een data-uitvraag formulier worden ontworpen en vervolgens via een link worden gedeeld met de partijen. Op deze wijze kan er snel én veilig data uitgevraagd worden. De inzichten worden vertaald in een dashboard. De vragenlijst wordt uitgezet bij alle integrale ggz aanbieders en specialistische aanbieders, zoals op het gebied van verslavingszorg, persoonlijkheidsstoornissen en forensische zorgaanbieders.

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Verdere verspreiding niet toegestaan

Fase 1
Fase 2
Fase 3
Fase 4

In fase 3 wordt het analysemodel voor zorgvraagontwikkeling binnen de cruciale ggz verder ontwikkeld en worden de resultaten geduid

2. Deskresearch naar zorgvraagontwikkeling

Om het aantal mensen te bepalen dat jaarlijks cruciale ggz nodig heeft, kijken we eerst naar de zorgvraag. Hiertoe voeren we deskresearch uit. Specifiek kijken we naar de jaarprevalentie en incidentie van verschillende ggz diagnosegroepen (depressie, angst, trauma, persoonlijkheidsstoornissen, etc.) en EPA. Hiertoe zijn verschillende bronnen beschikbaar. Een voorbeeld voor depressie is: vzinfo [8], het CBS [9], het Trimbos [10] en het RIVM [11]. De mate waarin informatie beschikbaar is, verschilt voor de verschillende diagnosegroepen. Vergelijkbare informatie is beschikbaar rondom de EPA doelgroep, bijvoorbeeld uit de zorgstandaarden [3] en Vektis [12]. Uit het rapport van de Algemene Rekenkamer [13] wordt duidelijk dat dit een redelijke stabiele groep is en een deel van hen lang wacht op zorg. Van de jaarprevalentie van een doelgroep heeft echter slechts een klein deel behoefte aan cruciale ggz. Dit proberen we zo goed mogelijk te concretiseren op basis van beschikbare documenten, zoals de zorgstandaarden [14].

3. Verdiepende expertinterviews met betrekking tot zorgvraagontwikkeling

Aanvullend op de deskresearch worden er drie tot vijf verdiepende expertsinterviews afgenomen met betrekking tot de zorgvraagontwikkeling. Doel is te concretiseren rondom het aandeel dat jaarlijks cruciale ggz nodig heeft, hierbij moet ook de overlap tussen diagnosegroepen en EPA worden meegenomen. We kijken hiervoor naar experts vanuit de netwerken TOPGGz en standaarden (via AKWA).

4. Bijeenkomst II: Toetsen eerste inzichten

Tijdens de tweede begeleidingsgroep worden de eerste inzichten rondom de zorgvraag en het zorgaanbod gedeeld. Vanuit hun verschillende achtergronden (aanbieder, verzekeraar, beroepsorganisatie) van de begeleidingsgroep toetsen we de eerste inzichten en verdiepen we deze als eerste stap richting een analyse model. Hierbij kijken we ook of er nog parameters en/of bronnen ontbreken.

5. Ontwikkelen eerste concept van het analysemodel

Aan de hand van de stappen hiervoor wordt het eerste concept van het analysemodel ontwikkeld. Hierin wordt de informatie over zorgvraag en aanbod van cruciale ggz samengebracht op basis van het deskresearch, de interviews en vragenlijst.

Fase 3: Analyse en duiding data

1. Uitwerken analysemodel op basis van vraag en aanbod data

De ontvangen data worden in het model verwerkt waardoor we enerzijds een beeld krijgen van de zorgvraag, zoveel mogelijk concreet gemaakt voor cruciale ggz en anderzijds een beeld krijgen van het huidige bovenregionale/landelijke zorggebruik zoveel mogelijk concreet gemaakt voor cruciale ggz (zie model p.5). Dit doen we voor de verschillende doelgroepen. Daarbij geven we een eerste duiding van de resultaten. Daarnaast nemen we de parameters mee die zorgvraag en aanbod kunnen beïnvloeden, zoals ontwikkelingen in demografie en nieuwe modellen/vormen van zorglevering (bijvoorbeeld zorg kan ambulant in plaats van klinisch aangeboden worden). Dit ten behoeve van de structurele monitoring cruciale ggz. Hierbij nemen we mee dat cruciaal een dynamisch begrip is.

2. Duidingssessies met experts

De uitwerkingen van het analysemodel voor de verschillende doelgroepen worden besproken in 3-5 duidingssessies waarbij met inhoudelijke experts, bijvoorbeeld via de netwerken TOPGGz, AKWA en/of eerder betrokken experts bij iMTA, de inzichten worden getoetst en geduid met als doel te komen tot een benadering (met eventuele bandbreedte) van het aantal mensen dat jaarlijks cruciale ggz nodig heeft in bovenregionale of landelijke context. We combineren een aantal doelgroepen in één duidingssessie om brede expertise te betrekken en ook de overlap tussen aandoeningen, denk aan angst/depressie, mee te nemen in de duiding.

3. Bijeenkomst III: Toetsen eerste uitkomsten bij begeleidingsgroep

De uitkomsten van het model en de duiding worden gepresenteerd aan de begeleidingsgroep. De begeleidingsgroep valideert deze uitkomsten en geeft aanscherpingen mee waar nodig. Daar waar de experts vooral een zorginhoudelijke inbreng hebben, heeft de begeleidingsgroep een bredere blik en achtergrond. ZN kan bijvoorbeeld inzichten meenemen vanuit hun contractering van cruciale ggz en de Nederlandse ggz vanuit organisatorische uitdagingen rondom capaciteit.

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Verdere verspreiding niet toegestaan

Fase 1
Fase 2
Fase 3
Fase 4

Fase 4 richt zich op het vormgeven van het definitieve analysemodel inclusief analyse en interpretatie van verkregen data

4. Verwerken feedback begeleidingsgroep

De feedback van de begeleidingsgroep wordt verwerkt in het analysemodel. Op basis van het model en de duiding wordt inzicht verkregen in hoeveel mensen jaarlijks in landelijke of bovenregionale context cruciale ggz nodig hebben, uitgesplitst naar verschillende doelgroepengroep en regio's (en daarmee aanbieders).

Fase 4: Rapportage

1. Uitwerken advies voor het structureel volgen van zorgvraag

In fase 3 hebben we ook parameters opgehaald die zorgvraag en -aanbod kunnen beïnvloeden, zoals ontwikkelingen in demografie en nieuwe modellen/vormen van zorglevering. Deze nemen we samen met het model mee om te komen tot een advies voor het structureel volgen van de zorgvraag naar de cruciale ggz. We verwachten dat dit model enerzijds is in te richten op basis van verschillende databronnen en analyses en dat er anderzijds altijd een kwalitatieve component of duiding aan te pas komt gezien de dynamiek van het vraagstuk.

2. Opstellen conceptrapportage

Aan de hand van de resultaten uit het model stellen wij een conceptrapportage op. Deze bestaat uit:

1) Inzicht in het aantal mensen dat jaarlijks cruciale ggz in landelijke of bovenregionale context nodig heeft. Uitgesplitst op het niveau van de regio en uitgesplitst naar de doelgroepen;
2) Een advies voor het structureel volgen van de trend rondom deze doelgroep;
3) Een overzicht van de inputdata, gehanteerde uitgangspunten en definities die van belang zijn voor het onderzoek en het structureel volgen.

3. Bijeenkomst IV: Bespreken conceptmodel en conceptrapportage

In twee ronden komen we van een concept naar een definitief eindproduct. In de eerste ronde worden het concept model en de conceptrapportage besproken met de opdrachtgever om te borgen dat deze aansluit bij de verwachtingen. De terugkoppeling van de opdrachtgever vindt bij voorkeur schriftelijk plaats. Vervolgens bespreken wij deze middels een (digitaal) overleg. Daarna bieden wij in de tweede ronde de conceptrapportage aan de begeleidingsgroep aan. De concept rapportage bespreken we tijdens de bijeenkomst.

4. Verwerken aanpassingen in finaal model en eindrapportage

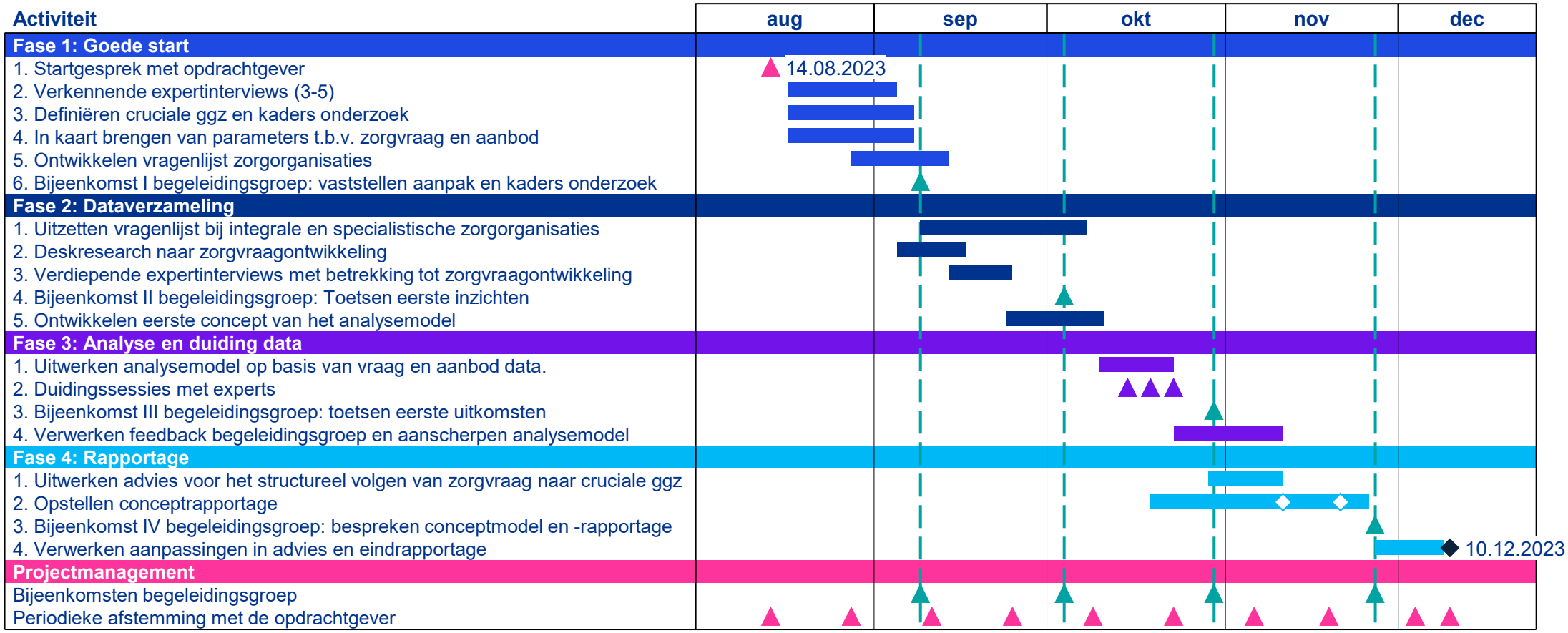
Aan de hand van de terugkoppeling voeren wij de laatste aanpassingen door en leveren wij de definitieve rapportage op aan de opdrachtgever.

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Verdere verspreiding niet toegestaan

Realistische en haalbare planning: in vier maanden inzicht in de bovenregionale en landelijke vraag naar cruciale ggz

De onderstaande planning geeft inzicht in de tijdslijnen per stap van ons plan van aanpak, belangrijke momenten in de opdracht en de periodieke momenten voor afstemming met de opdrachtgever. De definitieve planning stemmen wij af tijdens het startgesprek. De uitwerking van de rapportage wordt uiterlijk medio november in conceptversie opgeleverd. Deze versie wordt aan de hand van input van de opdrachtgever en de begeleidingsgroep herzien en uiterlijk 30 november 2023 opgeleverd.



- Tweewekelijks overleg opdrachtgever
- Bijeenkomsten begeleidingsgroep
- Duidingssessies
- Conceptrapportage
- Definitieve rapportage

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

© 2023 KPMG Advisory N.V. Alle rechten voorbehouden.

Document Classification: KPMG Confidential