

Verantwoordingsdocument

Selectief inkoopbeleid bij ernstige eetstoornissen 2023



Inhoudsopgave

1	Toelichting selectief inkoopbeleid	3
1.1	Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling	3
1.2	Algemeen kader selectief inkoopbeleid GGZ	3
1.3	Categorie-indeling selectief inkoopbeleid	4
1.4	Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra	4
1.5	Afbakening van doelgroepen	5
2	Indicatoren en selectie	6
2.1	Kwaliteitsindicatoren	7
2.2	Structuurindicatoren	11
2.3	Patiëntervaringen	13
3	Dynamisch model	15
	Literatuurverwijzingen	16

Hoofdstuk 1

Toelichting selectief inkoopbeleid

CZ groep doet alles voor betere zorg. Het goed, betaalbaar en beschikbaar houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Waarbij we in het bijzonder het verschil willen maken voor onze verzekerden. We geloven met heel ons hart dat zorg beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. Twee jaar geleden hebben wij in ons inkoopbeleid voor 2021 de prestaties van ernstige eetstoornissen opnieuw bekeken en aangescherpt. Het beleid voor de behandeling van ernstige eetstoornissen beschreven wij in een apart document. Dit document bouwt daar op voort.

Door selectief in te kopen, probeert CZ groep bij (complexe) zorg te sturen op spreiding en concentratie daarvan. Hierdoor kunnen zorgaanbieders zich toeleggen op waar ze goed in zijn en zaken afstoten waar andere zorgaanbieders beter in zijn. Door te sturen op kwaliteit wordt de zorg beter en houden we die betaalbaar.

In dit inleidende hoofdstuk 1 leest u over de algemene ontwikkelingen in ons selectieve inkoopbeleid. In hoofdstuk 2 worden de geselecteerde kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. In hoofdstuk 3 staat hoe CZ groep omgaat met nieuwe prestaties en gegevens gedurende het jaar. En u leest hoe CZ groep het selectieve inkoopbeleid in de toekomst nog verder wil ontwikkelen.

1.1 Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling

Een kleine tien jaar geleden is CZ groep gestart met de selectieve inkoop van borstkankerzorg. Dat heeft in de eerste plaats geleid tot een versnelling in de ontwikkeling van normen van de beroepsgroep en daarnaast wordt de inkoop op de minimumnormen van de beroepsgroep landelijk vormgegeven op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland. De zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken dat er geen zorg wordt ingekocht die niet voldoet aan de minimumnormen.

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ groep, bij voorkeur samen met de wetenschappelijke verenigingen, patiënten-

organisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ groep kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. Dit doen we alleen als we zien dat er extra kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

Dit betekent dat CZ groep jaarlijks evalueert en opnieuw beoordeelt voor welke aandoeningen/ behandelingen waardegerichte zorginkoop of (aanvullend) selectief inkoopbeleid wenselijk is en op welke manier. Voor meer informatie over onze visie op kwaliteit kunt u terecht op onze website¹. Tevens bekijken we hoe we de huidige selectieve inkoop verder kunnen doorontwikkelen. Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ groep geen aanvullend selectief inkoopbeleid (meer) voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft.

1.2 Algemeen kader selectief inkoopbeleid GGZ

Met het oog op een aanscherping van ons selectieve inkoopbeleid hebben wij twee jaar geleden een nieuwe uitvraag gedaan. Daarvoor zijn alle zorgaanbieders met een overeenkomst voor ernstige eetstoornissen

¹ www.cz.nl/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid/visie-op-kwaliteit

aangeschreven met het verzoek een nieuwe vragenlijst in te vullen. Op basis van de hoor-en wederhoorfase hebben wij het beleid voor het jaar daarop nader toegelicht. Voor 2023 bouwen wij hierop voort, derhalve hebben wij geen nieuwe vragenlijst uitgezet.

Het selectief inkoopbeleid van CZ groep betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorg die zich voor selectieve inkoop leent. Selectieve inkoop is een inkoopinstrument dat past in onze waardegedreven zorginkoop. Uitgangspunt hierbij is het inkopen van zorg die zoveel mogelijk waarde toevoegt voor de patiënt. Het gaat om zorg die op de juiste plek door de juiste zorgaanbieder geleverd wordt, die aansluit bij de behoeften van de patiënt, en dat alles tegen acceptabele kosten. Het generieke model is in eerste instantie uitgewerkt voor de ziekenhuiszorg en wordt nu ook toegepast in de GGZ.

Voor iedere aandoening volgt een waardering van de prestaties op basis van:

- 1 Kwaliteitsinformatie;
- 2 Wachtijd informatie (waar beschikbaar en toepasbaar);
- 3 Patiëntervaringen (waar beschikbaar en toepasbaar).

Indicatoren die niet met bestaande registraties worden uitgevraagd, maar wel cruciaal zijn voor het selectief inkoopbeleid, neemt CZ groep op in een vragenlijst die we rechtstreeks uitzetten bij de aanbieders. CZ groep verwerkt daarna alle gegevens. Voordat deze definitief zijn, verifiëren alle aanbieders de scores op de gebruikte indicatoren in een hoor-/wederhoorprocedure.

Ten slotte publiceren wij de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden. Het is cruciaal dat dan alle informatie volledig is en klopt.

Daarom behoudt CZ zich het recht voor om een aanvullende bestuursverklaring aan te vragen.

1.3 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

Het bovenstaand proces leidt uiteindelijk tot de hiernaast genoemde categorie-indeling voor de selectieve inkoop van ernstige eetstoornissen. De indeling is gebaseerd op de laagste score voor de kwaliteitsindicatoren. Dit betekent dat als een zorgaanbieder op bijna alle indicatoren 'beste zorg' scoort, maar op één punt 'kan beter', de zorgaanbieder in de categorie 'kan beter' valt.

Categorie 1: Beste zorg

Zorgaanbieders die volgens de kwaliteitskaders van CZ groep voor deze zorg als beste scoren, worden als voorkeursaanbieder bestempeld: deze 'beste' zorgaanbieders op het gebied van de gekozen aandoening, worden aanbevolen door CZ groep.

Categorie 2: Goede zorg

Zorgaanbieders die volgens de kwaliteitskaders van CZ groep voor deze zorg goed scoren worden als 'goed' bestempeld in de keuze-ondersteunende informatie van CZ groep.

Categorie 3: Kan Beter

Zorgaanbieders waar volgens de kwaliteitskaders van CZ groep voor deze zorg de randvoorwaarden voor goede zorg (nog) niet goed genoeg zijn. Dit wordt als 'kan beter' in de keuze-ondersteunende informatie van CZ groep aangegeven.

Categorie 4: Voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen van CZ groep

Zorgaanbieders die volgens de kwaliteitskaders van CZ groep te ver achterblijven bij onze normen voor goede zorg. Deze zorgaanbieders worden door CZ groep niet meer voor deze zorg gecontracteerd.

1.4 Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra

Aanbieders die in aanmerking kunnen komen voor overeenkomst selectieve inkoop

Nieuwe aanbieders, dat wil zeggen aanbieders die in 2022 of 2023 geen overeenkomst hebben/hadden met CZ groep voor de behandeling van ernstige eetstoornissen, kunnen bij CZ groep vragen om een beoordeling in het kader van de selectieve inkoop. Om voor een aanvullend contract voor de behandeling van ernstige eetstoornissen in aanmerking te komen, dient de zorgaanbieder echter eerst ten minste één jaar een zorgovereenkomst met CZ groep te hebben. Daarna kunnen zorgaanbieders een aanvraag doen voor de behandeling van ernstige eetstoornissen. Na ontvangst van hun gegevens, is een tweede toets of CZ groep het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Dit doen wij op basis van onze gegevens over de wachtlijsten in de betreffende regio (websites zorgaanbieders, wachtlijstinformatie van Vektis, gesprekken met bestaande zorgaanbieders en signalen van ons

Zorgteam). Als CZ groep die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van dit verantwoordingsdocument. Wij hebben hiervoor o.a. de antwoorden op onze vragenlijst selectieve inkoop nodig en mogelijk nog aanvullende informatie. CZ groep publiceert de gegevens van alle beoordeelde aanbieders, ongeacht of CZ groep met hen een contract afsluit voor de aandoeningen/ behandelingen waar selectief op wordt ingekocht. Dit wil zeggen dat zodra een aanbieder om een beoordeling vraagt in het kader van de selectieve inkoop, het resultaat van deze kwaliteitsbeoordeling op de website van CZ groep zal worden gepubliceerd. Ook aanbieders die niet gecontracteerd worden, maar wel beoordeeld zijn, worden getoond op de website van CZ groep.

Zorgaanbod buitenland

Buitenlandse aanbieders en zorg die in het buitenland geleverd wordt, blijven vooralsnog buiten beschouwing.

1.5 Afbakening van doelgroepen

Dit verantwoordingsdocument beperkt zich tot de specialistische behandeling van ernstige eetstoornissen. Op basis van onderstaande criteria zijn de doelgroepen afgebakend.

Hoofddiagnose

In de eerste plaats moet er sprake zijn van een hoofddiagnose eetstoornis.

Zorgvraagzwaarte en zorgzwaarte

Het specialistische karakter van de behandeling wordt vervolgens gekenmerkt door een combinatie van een relatief hoge zorgvraagzwaarte en een relatief hoge zorgzwaarte.

Hoewel voor de zorgvraagzwaarte op dit moment nog geen harde criteria zijn vastgesteld, spreekt CZ groep van een relatief hoge zorgvraagzwaarte indien minimaal aan twee van de volgende criteria wordt voldaan:

- 1 Een nevendiagnose uit een andere hoofddiagnosegroep;
 - 2 GAF score ≤ 50 ;
 - 3 Complicerende factor(en) op as 3 en 4;
 - 4 In de afgelopen vijf jaar een behandeling in de gespecialiseerde GGZ voor dezelfde diagnose.
 - 5 De doelgroep past bij categorie C of D van het LKS (Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz). Daarbij gaat het om situaties met hoogcomplexiteit en een hoogcomplex zorgaanbod.
- Denk aan ernstig ontregelde cliënten waarbij opname

noodzakelijk kan zijn, waarbij gezamenlijk in een multidisciplinair team iteratief gezocht moet worden naar de best passende interventies en waarbij regelmatig bijgestuurd moet worden. Ook langer durende onvrijwillige of verplichte zorg kan hieronder vallen.

Ter verduidelijking: Onder hoogcomplexiteit verstaan we: vaak ernstige psychische problemen, waarbij het niet direct duidelijk is welke behandeling of begeleiding nodig is. Vaak spelen er meerdere psychische problemen, al dan niet met somatische of psychosociale multimorbiditeit.

Onder hoogcomplex zorgaanbod verstaan we: interventies die van dynamische aard zijn, waarbij het beloop niet goed voorspelbaar is. Vaak gaat het om multidisciplinaire interventies van langere duur, die met elkaar interacteren en die voortdurend een adaptief leervermogen vergen. Opname kan daarbij noodzakelijk zijn.

Indicatoren en selectie

De zorgaanbieders worden ingedeeld in vier categorieën. De indeling wordt bepaald door elk van de aanbieders opeenvolgend te toetsen aan de hieronder genoemde indicatoren. Het gevolg hiervan is dat alleen aanbieders die aan alle criteria voldoen in de categorie ‘beste zorg’ vallen.

In dit hoofdstuk worden de indicatoren beschreven die zijn opgenomen in het selectieve inkoopbeleid voor de GGZ en die volgens CZ groep inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Net als bij de start van selectieve inkoop van borstkankerzorg, probeert CZ groep op deze manier de ontwikkeling van veldnormen in de GGZ op gang te brengen. Zo beogen wij een kwaliteitsimpuls te geven aan de behandeling van ernstige eetstoornissen. De ontwikkeling van veldnormen in de GGZ loopt namelijk achter op die in de medisch specialistische zorg. Ook op het gebied van (transparantie van) kwaliteitsindicatoren en bijbehorende data is de GGZ nog niet zo ver. Wij maken ons daar zorgen over. Wij hechten derhalve grote waarde aan het behoud van ons selectieve inkoopbeleid, ook al gaat het daarbij om proces- en structuurinformatie en (vooralsnog) niet om uitkomst informatie.

CZ groep heeft bij de doorontwikkeling van haar selectieve inkoopbeleid met diverse relevante marktpartijen (zorgaanbieders en vertegenwoordigers van patiënten) gesproken. Hierbij is ook de vragenlijst aan de orde geweest. De vragenlijst is echter ontwikkeld door CZ groep en CZ groep is dan ook verantwoordelijk voor de inhoud van de vragenlijst. Het komende jaar zullen wij ons beleid verder doorontwikkelen, binnen de mogelijkheden die het nieuwe zorgprestatie model biedt. De geselecteerde indicatoren zijn onder te verdelen in de volgende categorieën (waarbij de volgorde de vragenlijst volgt):

- 1 Kwaliteitsindicatoren;
- 2 Structuurindicatoren;
- 3 Patiëntervaringen.

De volgende selectie van indicatoren is hieruit ontstaan:

Kwaliteitsindicatoren

- 1 Evidence Based Diagnostiek
 - a Gebruik van (semi-)gestructureerde interviews en meetinstrumenten voor de evidence based diagnostiek
 - b Lichamelijk onderzoek en aanvullende gegevens voor diagnostiek
- 2 Indicatiestelling en behandelplanning
- 3 (Inhoud) Zorgprogramma en Evidence Based Behandelingen
- 4 Deskundigheid
 - a Specifieke deskundigheid behandelaren
 - b Behandeling comorbiditeit
- 5 Suïcide preventiebeleid
 - a Operationeel suïcidepreventiebeleid
 - b Procesevaluatie

Structuurindicatoren

- 6 Multidisciplinair team (MDT):
 - a Aanwezigheid van een specifiek MDT voor eetstoornissen
 - b Samenstelling van het MDT
- 7 Training en supervisie

Patiëntervaringen

- 8 Familiebeleid
- 9 Ervaringsdeskundige

2.1 Kwaliteitsindicatoren

Hieronder lichten wij de kwaliteitsnormen toe die wij voor ons selectieve inkoopbeleid van ernstige eetstoornissen hanteren.

2.1.1 Evidence based diagnostiek

Vragenlijsten

Bij de diagnostiek wordt gebruik gemaakt van gevalideerde (semi-)gestructureerde interviews c.q. vragenlijsten. Met behulp van semigestructureerde interviews kan betrekkelijk snel tot een redelijk betrouwbare diagnose worden gekomen. Semigestructureerde interviews hebben dan ook zeker de voorkeur ten opzichte van een enkelvoudig klinisch interview. Zelfrapportage instrumenten kunnen worden toegepast als screener, maar zijn niet te prefereren als diagnostisch instrument.

- Van de (semi-)gestructureerde interviews die gebruikt kunnen worden voor de diagnosticering van eetstoornissen, wordt de Eating Disorder Examination (EDE) beschouwd als de gouden standaard. De Eating Disorder Inventory (EDI)-3 kan worden gebruikt om een uitgebreider beeld van de eetstoornis te verkrijgen.
- Voor het meten van de kwaliteit van leven als gevolg van een eetstoornis kan men gebruik maken van de Eating Disorders Quality of Life Questionnaire (EDQol).
- Bij het diagnosticeren van een verstoord lichaamsbeleving wordt (bij voorkeur gebruik) gemaakt van de Lichaamsattitudevragenlijst (LAV) of de Body Cathexis Scale (BCS).

Hoewel (nog) niet meegenomen in onze vragenlijst (en dus ook niet gebruikt bij de indeling in de betreffende categorieën) kunnen ook onderstaande vragenlijsten zinvol zijn bij de diagnostiek van eetstoornissen.

- Een geschikte zelfinvulvragenlijst bij eetstoornissen is de Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).
- Naast een verstoord lichaamsbeleving kan er ook sprake zijn van een verstoord bewegingsgedrag. Wanneer er sprake is van te weinig bewegen of juist overmatig (vooral in geval van bewegingsdrang bij ondergewicht) bewegen, kan een bewegingsanamnese zinvol zijn. De Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ) en de Exercise Dependence Questionnaire (EDQ) zijn hiervoor geschikt. Beide meten overmatig bewegen.

- Met de Reasons for Exercise Inventory (REI) kan de motivatie om te bewegen worden gemeten.
- De Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS) is een tamelijk eenvoudige vragenlijst die kan worden gebruikt als screeningsinstrument.

Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek dient altijd plaats te vinden. Het is een vast onderdeel van de diagnostiek. Psychische stoornissen gaan namelijk regelmatig gepaard met lichamelijke klachten en ziekten. Het is daarnaast bekend dat de lichamelijke gezondheidstoestand van patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis vaak slecht is. Specifieke somatische screening en goede somatische zorg leveren gezondheidswinst op en kunnen onbedoelde schade voorkomen. Vitale parameters zoals pols, bloeddruk, temperatuur etc. moeten uiteraard altijd gemeten worden. Verder moet ook aandacht worden besteed aan de voedingstoestand, huid (o.a. kleur), nagels, haren, schildklier, buik, hart, tanden, secundaire geslachtskenmerken, spierkracht, gevoel etc. Het spreekt voor zich dat het, gezien de doelgroep, van belang is om regelmatig het gewicht en de groeigegevens te bepalen. Let ook op of er sprake is van vrijwillig of juist onvrijwillig gewichtsverlies.

Naast een onderzoek van de vitale parameters moet er bij patiënten met een (vermoeden van een) eetstoornis een laboratoriumonderzoek plaatsvinden en minstens één keer een aanvullend laboratoriumonderzoek. Hierbij valt te denken aan glucose, albumine, hemoglobine, creatinine, natrium, kalium, bicarbonaat, ASAT, ALAT etc. Dit omdat klachten door de metabole complicaties van een eetstoornis afwezig kunnen zijn of niet gemeld kunnen worden. Eenmaal vastgestelde biochemische afwijkingen moeten worden opgevolgd om een verbetering of verslechtering vast te kunnen stellen. Een herhaling van het laboratoriumonderzoek wordt ook geadviseerd bij toenemend gewichtsverlies, grote gewichtsschommelingen en een toename van purgerend gedrag. Zo kan men het optreden van metabole complicaties opsporen.

Ook een ECG maakt eventueel deel uit van het lichamelijk onderzoek. Het gaat immers om een kwetsbare groep met een verhoogd risico op (ernstige) lichamelijke klachten. Te vaak bleek uit de antwoorden op de vragenlijst dat de zorgaanbieder ervan uitgaat dat het voldoende is dat de huisarts deze gegevens aanlevert

bij zijn verwijzing. CZ groep vindt de borging van een gedegen lichamelijk onderzoek hiermee onvoldoende. De afhankelijkheid van de gegevens van een huisarts is te groot bij deze patiëntengroep. Zeker als de huisarts deze gegevens niet aanlevert, of vanwege de complexiteit niet alle benodigde gegevens beschikbaar heeft en aanlevert. Daarnaast is een opvolging van het lichamelijk onderzoek soms nodig. Terugverwijzen naar de huisarts tijdens een lopende behandeling en er automatisch van uitgaan dat de juiste gegevens in het GGZ-dossier van de cliënt belanden (inclusief een juiste interpretatie), is een te kwetsbaar proces. Hiermee willen we niet zeggen dat de zorgaanbieder voor ernstige eetstoornissen zélf de lichamelijke problematiek moet gaan behandelen. Wij vinden wél dat de zorgaanbieder deze moet kunnen signaleren, doorverwijzen en opvolgen. Daarom vinden wij het belangrijk dat het lichamelijk onderzoek plaatsvindt in de instelling zelf, bij voorkeur door een somatisch arts of in ieder geval door een arts die bevoegd en bekwaam is. Hij moet met regelmaat deze onderzoeken toepassen bij deze specifieke doelgroep en dit kunnen aantonen (door vastlegging in het dossier). Deze arts kan een psychiater zijn, maar als hij ook de behandelend arts is, kan dit mogelijk een contra-indicatie zijn om lichamelijk onderzoek te verrichten.

Heeft een zorgaanbieder niet zelf een (somatisch) arts in dienst? Of maakt de instelling gebruik van de verwijzend huisarts voor de gegevens van het lichamelijk onderzoek (inclusief de interpretatie hiervan en de opname in het eigen dossier)? Dan zien wij graag een contractuele afspraak tussen de betreffende zorgaanbieder en een somatisch arts, een ziekenhuis of een huisarts voor de levering van het somatisch onderzoek voor cliënten met een ernstige eetstoornis. Daarmee zijn er altijd actuele gegevens over het lichamelijk onderzoek in het dossier beschikbaar, passend bij de ernstige eetstoornis.

Tot slot is het van belang om ook de naasten te betrekken bij de diagnostiek (en de behandeling). Naasten kunnen namelijk belangrijke informatie geven die behulpzaam is bij de diagnostiek.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Vragenlijsten

CZ groep vindt dat voor goede evidence based diagnostiek in ieder geval van de EDE of de EDI-3 gebruik gemaakt moet worden. Als een aanbieder hier niet aan voldoet, dan komt men in categorie 4 (voldoet niet aan

minimale kwaliteitsnormen van CZ groep). Geeft een aanbieder aan dat hij gebruik maakt van de EDE of de EDI-3, dan komt deze aanbieder in categorie 3 (kan beter). Indien men aanvullend gebruik maakt van ten minste 1 van de 3 genoemde andere vragenlijsten (EDQol, LAV of BCS) dan komt men in categorie 2 (goede zorg). En indien men naast de EDE of de EDI-3 gebruik maakt van (een van) de hierboven genoemde vragenlijsten voor verstoorde lichaamsbeleving (LAV of BCS) én de EDQol dan komt men in categorie 1 (beste zorg).

Lichamelijk onderzoek

Indien er geen lichamelijk onderzoek plaatsvindt én er daarnaast minder dan twee van de volgende drie onderzoeken (aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek; gewicht en groeigegevens; input van naasten) uitgevoerd worden, komt men in categorie 4. Wanneer wel lichamelijk onderzoek én ten minste twee van de volgende drie onderzoeken (aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek; gewicht en groeigegevens; input van naasten) uitgevoerd worden, komt men in categorie 3 (kan beter).

Indien men naast lichamelijk onderzoek tevens aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek én gewicht en groeigegevens én input van naasten meeneemt, komt men in categorie 1 (beste zorg).

2.1.2 Indicatiestelling en Behandelplanning

Het is belangrijk dat binnen een redelijke termijn met de patiënt een terugkoppeling plaatsvindt over de indicatiestelling en de behandelplanning. Vragen als ‘Is deze conform de verwijzing’, ‘Is deze aangepast’, ‘Is er comorbiditeit vastgesteld’ etc. worden hierbij beantwoord. De terugkoppeling op de indicatiestelling en de behandelplanning biedt dan ook de mogelijkheid om te toetsen of de juiste behandeling wordt voorgesteld op de juiste plaats.

In algemene zin, maar zeker ook bij de behandeling van patiënten met ernstige eetstoornissen, is een goede inrichting van de behandelplanning essentieel. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject is een individueel behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische bespreking/evaluatie daarvan met de patiënt van cruciaal belang voor een patiëntgeoriënteerde, effectieve en efficiënte behandeling. Dit is in lijn met de Zorgstandaard Eetstoornissen waarin gesteld wordt dat het individuele behandelplan één van de fasen in het totale zorgproces is, waarin doel, duur, frequentie van de behandeling en de evaluatie-

momenten helder omschreven moeten worden. Tevens geeft de Zorgstandaard aan dat het behandelplan samen met de patiënt opgesteld moet worden.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 95% van de patiënten een individueel behandelplan op te stellen en dient binnen zes weken na de intake een terugkoppeling hierover te hebben plaatsgevonden met de patiënt. Om in categorie 2 (goede zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan op te stellen en dient binnen zes weken na de intake een terugkoppeling hierover te hebben plaatsgevonden met de patiënt. Als een aanbieder voor minder dan 90% maar voor meer dan 80% van de patiënten een individueel behandelplan heeft opgesteld en tevens binnen zes weken na de intake dit heeft teruggekoppeld aan de patiënt, komt de aanbieder in categorie 3 (kan beter). Indien bij minder dan 80% van de patiënten een individueel behandelplan is opgesteld, komt de zorgaanbieder in categorie 4 (voldoet niet) terecht.

Wij zijn van mening dat voor iedere patiënt met een ernstige eetstoornis binnen zes weken na de intake een individueel behandelplan met duidelijke behandeldoelen opgesteld moet zijn. We hebben gekozen voor een absoluut minimum van 80% van de patiënten om nog voor een overeenkomst in aanmerking te kunnen komen. Dit individuele behandelplan moet regelmatig worden geëvalueerd om terugval, verslechtering of toename van gedrag dat tot verdere verslechtering aanleiding kan geven, tijdig te onderkennen, inclusief de daarvoor benodigde acties.

2.1.3 Zorgprogramma

Een zorgprogramma is een systematisch omschreven, volledig en geïntegreerd zorgaanbod voor een groep patiënten (doelgroep) met een vergelijkbare hulpvraag of zorgbehoefte. In alle eenvoud betekent zorgprogrammeren dat behandelaars samen afspreken welke zorg ze het beste vinden voor hun patiënten en hoe ze die willen gaan leveren, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen en randvoorwaarden die daaraan vanuit de omgeving (patiënten, overheid, zorgverzekeraars, beroepsgroepen, zorginstelling) worden gesteld. Zorgprogrammering is van belang om vraaggericht, transparant, doeltreffend en doelmatig te werken, voor samenwerking binnen en buiten de GGZ en voor planning en financiering. Een zorgprogramma maakt

het zorgaanbod inzichtelijk en expliciet. CZ groep beschouwt het als vanzelfsprekend dat specialistische zorg voor eetstoornissen in zorgprogramma's is georganiseerd. Wij vinden het van belang dat er een zorgprogramma beschikbaar is, dat opgesteld is conform de multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden. Dat wil zeggen dat in het zorgprogramma² de volgende aspecten zijn opgenomen:

- I Aanbod van bewezen effectieve behandelingen;
- II In- en exclusiecriteria;
- III Uitstroomcriteria;
- IV Opschaalcriteria;
- V Traject voor de behandeling;
- VI Traject tijdens de behandeling;
- VII Traject na de behandeling;
- VIII Ketenzorg;
- IX Systeembehandeling.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Het zorgprogramma wordt op de volgende wijze meegenomen in de categorie-indeling:

Om voor categorie 1 (beste zorg) in aanmerking te komen dient in ieder geval met het zorgprogramma te worden gewerkt én dient het zorgprogramma aantoonbaar alle hierboven beschreven elementen te bevatten. Aanbieders die 8 van de 9 omschreven elementen opgenomen hebben in hun zorgprogramma, komen in aanmerking voor categorie 2 (goede zorg). Als aanbieders wel werken met een zorgprogramma en aantoonbaar 7 van de 9 omschreven elementen opgenomen hebben in het zorgprogramma, komt men terecht in categorie 3 (kan beter). Indien men minder dan 7 van de elementen heeft opgenomen, komt men in categorie 4 terecht (voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen van CZ groep).

Evidence based behandelingen

Voor het bereiken van een zo optimaal mogelijk behandelresultaat is het noodzakelijk dat men gebruik maakt van evidence based behandelingen. Ook voor de doelmatigheid is het noodzakelijk om van evidence based behandelingen gebruik te maken. Voor evidence based behandelingen is namelijk aangetoond dat ze ook

² Het zorgprogramma is uitgevraagd in vraag 01.04.11. Als een aanbieder bij deze vraag aangeeft geen zorgprogramma te hebben, scoort de aanbieder automatisch “nee” op deze indicator. Achter de overige vragen komt dan automatisch “n.v.t.” te staan.

daadwerkelijk effectief zijn (c.q. kunnen zijn, want niet bij iedereen slaat behandeling aan).

Voor de volgende evidence based behandelingen worden toegepast voor de behandeling van eetstoornissen:

- Cognitieve gedragstherapie (CGT);
- Interpersoonlijke therapie (IPT).

Bij eetstoornissen hangt het van de specifieke eetstoornis af welke andere aspecten een (belangrijke) rol spelen bij de behandeling. Zo is het bij patiënten met anorexia naast cognitieve gedragstherapie, ook erg belangrijk om somatische aspecten mee te nemen bij de behandeling (zoals gewicht, hypoglykemieën etc.). Bij boulimia en de eetbuistoornis zijn zowel cognitieve gedragstherapie als interpersoonlijke therapie evidence based. De voorkeur gaat uit naar cognitieve gedrags-therapie, omdat hiermee positieve effecten sneller worden bereikt. Voor eetstoornissen wordt ook wel gebruik gemaakt van CBT-E (Enhanced Cognitive Behaviour Therapy), een op maat gemaakte vorm van cognitieve therapie voor eetstoornis psychopathologie. Voor eetstoornissen geldt dat aanbieders ten minste cognitieve gedragstherapie aan moeten kunnen bieden en toepassen. Het bieden van evidence based behandelingen wordt geborgd in de zorgovereenkomst.

2.1.4 Specifieke deskundigheid

Daarnaast vindt CZ het erg belangrijk dat er ook behandelaars zijn met specifieke deskundigheid wat betreft de diagnostiek en behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis. Dit is met name bedoeld om de continuïteit van zorg te allen tijde te kunnen waarborgen.

Wij vinden het daarnaast belangrijk dat de zorg-aanbieder ook voldoende toegerust is om comorbide lichamelijke ziektes / complicaties en comorbide psychopathologie te behandelen. Als de praktijk/ instelling hier zelf niet toe in staat is heeft de praktijk/ instelling hier afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere praktijk/ instelling.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Indien er minder dan twee behandelaren met specifieke deskundigheid ten aanzien van diagnostiek en behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis werkzaam zijn, komt men in categorie 4 (voldoet niet).

Indien de praktijk/ instelling niet voldoende toegerust is om comorbide lichamelijke ziektes/ complicaties en comorbide psychopathologie te behandelen, komt de zorgaanbieder in categorie 4 (voldoet niet).

CZ vindt namelijk dat voor categorie 1 (beste zorg) aanbieders psychiatrische comorbiditeit en wat medisch gezien passend is aan lichamelijke comorbiditeit, geïntegreerd moeten behandelen. Indien een aanbieder hiervoor aan horizontale verwijzingen doet, dienen hier minimaal samenwerkingsafspraken voor te zijn gemaakt voor categorie 2 (goede zorg).

2.1.5 Suïcidepreventie

Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïciditeit. Dit geldt zeker voor patiënten in gespecialiseerde behandelcentra voor eetstoornissen. Goede kwaliteit van zorg betekent dat de veiligheid van de patiënt gegarandeerd is. Suïcidepreventie is daarom een belangrijk onderdeel van kwalitatief goede zorg. GGZ-aanbieders kunnen verschillende maatregelen treffen om suïcides en suïcidepogingen terug te dringen en daarmee de patiëntveiligheid te vergroten: risico's inventariseren, het professioneel handelen verbeteren, samenwerken in de keten en leren van suïcides en suïcidepogingen. Er is ook een Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Ten aanzien van ketensamenwerking geldt onder meer dat het suïciderisico van een patiënt stevast besproken moet worden bij iedere interne en externe verwijzing. Het leren van suïcides en suïcidepogingen kan worden bevorderd door het instellen van een suïcide(preventie) commissie op instellingsniveau.

Herstel,- en participatie:

Daar waar aan de ene kant binnen een instelling focus is op risicopreventie en signaleringsbeleid, moet aan de andere kant ook aandacht zijn voor herstel en participatie.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

CZ groep is van mening dat aanbieders aantoonbaar dienen te beschikken over een operationeel suïcidepreventiebeleid gericht op vier doelen:

- 1 Periodieke risico-inventarisatie;
- 2 Bij- en nascholing van medewerkers;
- 3 Ketensamenwerking;
- 4 Leren van suïcides en suïcidepogingen.

Als een zorgaanbieder geen suïcidepreventiebeleid heeft, komt deze in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep). Daarnaast wordt gevraagd op welke wijze de aanbieder (pogingen tot) suïcide evalueert en meeneemt bij de doorontwikkeling van haar suïcidepreventiebeleid. Aanbieders die wel een suïcidepreventiebeleid hebben, maar (pogingen tot) suïcide niet evalueren en niet meenemen bij de doorontwikkeling van hun suïcidepreventiebeleid komen in categorie 3 (kan beter) terecht. Indien men standaard een procesevaluatie uitvoert bij een suïcidepoging die (zo nodig) tot aanpassing van het beleid aanleiding geeft komt men in categorie 1 (beste zorg).

Voldoende aandacht voor herstel, participatie en samenwerkingsafspraken hebben met het sociaal domein in het kader van herstel, vinden we belangrijk in relatie tot onze visie op herstel. Deze indicatoren vragen we nu nieuw uit, als inventarisatie van het beleid voor 2024.

2.2 Structuurindicatoren

De kwaliteit van de specialistische behandeling voor patiënten met ernstige eetstoornissen wordt naast kwaliteitsindicatoren ook bepaald aan de hand van enkele structuurindicatoren. In richtlijnen is opgenomen dat dit type complexe zorg uitgevoerd dient te worden door multidisciplinaire teams die beschikken over uitgebreide klinische ervaring met de doelgroep. We hebben de volgende indicatoren benoemd die, volgens CZ groep, inzicht geven in de mate waarin een zorg-aanbieder zich gespecialiseerd heeft in de behandeling van de desbetreffende doelgroep. Deze indicatoren gaan in op de aanwezigheid en het functioneren van multidisciplinaire teams, en training en supervisie van behandelaren.

2.2.1 Multidisciplinair team

De Stuurgroep Eetstoornissen Nederland heeft in 1998 een advies uitgebracht waarin wordt aangegeven dat behandelteams in gespecialiseerde centra multidisciplinair dienen te zijn samengesteld en dienen te beschikken over een zeer ruime kennis, ervaring en affiniteit met het behandelen van patiënten met een eetstoornis. Deze multidisciplinariteit is vereist om patiënten met eetstoornissen, die vaak kampen met somatische en psychiatrische comorbiditeit, op een veilige en verantwoorde manier te kunnen behandelen vanuit een biopsychosociaal perspectief. Ook in de Zorgstandaard Eetstoornissen wordt gesteld dat behandeling in een samenwerkingsverband nodig is om de kans op herstel zo groot mogelijk te maken. Daarbij dient één professional de regie te hebben op het zorgproces. De samenstelling van een multidisciplinair team (MDT) kan afgeleid worden van de verschillende interventies die in de multidisciplinaire richtlijnen worden genoemd: diagnostiek en indicatiestelling, psychotherapeutische interventies in verschillende settings, psychosociale interventies waaronder verpleegkundige zorg, vaktherapieën, maatschappelijk werk en crisisinterventie, en farmacotherapie. Om deze variëteit van interventies te kunnen bieden dienen instellingen te beschikken over psychiater(s), klinisch psycholoog(en), somatisch arts, psychotherapeut(en) en/of gz-psycholoog(en), vaktherapeut(en) en/of sociotherapeut(en) en/of sociaal psychiatrisch verpleegkundige(n), verpleegkundige specialist(en) en een diëtist.

De somatisch arts wordt hierbij specifiek genoemd als onmisbare professional, juist omdat hij expliciet aandacht heeft voor de somatische component. Daarom vinden wij het belangrijk dat deze borging daadwerkelijk plaatsvindt. Een psychiater is wel een arts, maar hij is niet vanzelfsprekend bekwaam om de somatiek te borgen zoals een somatisch arts dat kan. Wij vinden daarom de psychiater als discipline bij het multidisciplinair team niet voldoende als borging voor de somatische aspecten van de ernstige eetstoornis. Een psychiater kan alleen óók als somatisch arts functioneren als hij bekwaam is voor dit specifieke geneeskundige onderdeel. Deze bekwaamheid blijkt in ieder geval uit de dossiervoering waarin hij onder meer verantwoordelijk is voor het lichamenlijk onderzoek (zie hierboven) voor cliënten met ernstige eetstoornissen. Beschikt de zorgaanbieder niet over een somatisch arts in het multidisciplinaire team, dan kan hij op basis van een

samenwerkingsovereenkomst een externe somatisch arts consulteren voor deze problematiek. In de overeenkomst is vastgelegd hoe de deelname aan het multidisciplinaire team geborgd is.

Selectief inkoopbeleid CZ

Bij de selectieve inkoop van de behandeling van ernstige eetstoornissen kijken wij scherp naar de samenstelling van het multidisciplinaire team. Dit multidisciplinair team moet ten minste bestaan uit een psychiater en/of klinisch psycholoog én een somatisch arts zoals hierboven beschreven. Zorgaanbieders die hier niet aan voldoen, komen in categorie 4 (voldoet niet).

Om in categorie 3 (kan beter) terecht te komen, moet het MDT voor eetstoornissen ten minste bestaan uit een psychiater en/of klinisch psycholoog en een somatisch arts. Als een zorgaanbieder niet zelf een somatisch arts in dienst heeft (die volwaardig inzetbaar is voor de behandeling en begeleiding van patiënten met ernstige eetstoornissen en deel uitmaakt van het multidisciplinair team), kan de zorgaanbieder nooit in een hogere categorie dan 'kan beter' terecht komen. De inzet van de somatisch arts (van een derde partij) dient vastgelegd te worden in een overeenkomst. Deze overeenkomst kunnen wij ter toetsing opvragen.

Om in categorie 2 (goede zorg) terecht te komen, stelt CZ groep dat het MDT voor eetstoornissen ten minste uit de volgende disciplines bestaat:

- psychiater én klinisch psycholoog;
- psychotherapeut en/of GZ-psycholoog;
- vaktherapeut en/of sociotherapeut;
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist;
- somatisch arts.

Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, verwachten wij dat het MDT voor eetstoornissen ten minste uit de volgende disciplines bestaat:

- psychiater én klinisch psycholoog;
- psychotherapeut en/of GZ-psycholoog;
- vaktherapeut en/of sociotherapeut;
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist;
- somatisch arts;
- diëtist.

2.2.2 Training en supervisie

Behandelingen voor complexe eetstoornissen vereisen een hoge mate van expertise en specialisatie. Diverse specialistische behandelprogramma's voor eetstoornissen zijn geen standaard onderdeel van de verschillende postdoctorale opleidingen in het kader van de wet BIG. Het uitvoeren van dit type behandelingen vereist doorgaans aanvullende training en certificering. Daarnaast worden continue bijscholing, intervisie en supervisie vaak genoemd als kritische succesfactoren in gespecialiseerde voorzieningen, onder meer in de eerder genoemde richtlijnen.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Zorgaanbieders die niet beschikken over een operationeel systeem voor continue training, supervisie en intervisie van alle (ook ervaren) behandelaars, komen in categorie 3 (kan beter).

Topklinische zorg

In het marktsegment van de specialistische GGZ heeft een klein aantal afdelingen van GGZ-instellingen het TOP GGZ keurmerk verworven. Om hiervoor in aanmerking te komen heeft een uitgebreide beoordeling plaatsgevonden, zowel van de afdeling (namelijk in hoeverre de patiëntenzorg en toegepast patiëntgebonden onderzoek op de afdeling topklinisch van aard is) als van de instelling (namelijk in hoeverre deze in staat is de kwaliteit van de topklinische GGZ-functie(s) op lange termijn te borgen). De selectie is streng en slechts enkele afdelingen hebben het keurmerk al verkregen. Het keurmerk staat garant voor een grote diversiteit van kenmerken die het specialistische karakter van de afdeling aantonen. Zo is bij minstens 50% van de patiënten van de afdeling sprake van een topklinische zorgvraag. Het betreft patiënten met complexe en/of zeldzame aandoening(en), die onvoldoende baat hadden of naar verwachting zullen hebben bij een behandeling in de gespecialiseerde GGZ. Verder verricht de afdeling regelmatig en systematisch second opinions en geeft consultatie en advies over individuele patiëntenzorg buiten de eigen afdeling aan tweedelijns GGZ professionals of daarmee vergelijkbare professionals uit andere sectoren. Daarnaast moet een afdeling voldoen aan verschillende criteria op het gebied van onderzoek, innovatie en kennisoverdracht.

CZ groep ondersteunt de ontwikkeling richting een topklinische GGZ die zich onderscheidt van de rest van

de specialistische GGZ. Echter, de kwaliteituitvraag van CZ groep richt zich ook op andere aspecten van de zorgverlening. Waar het TOP GGZ keurmerk zich meer richt op de onderzoeksfunctie en de specialistische aard van het behandelaanbod, richt CZ groep zich op andere kwaliteitsnormen, zoals structuurnormen en patiëntervaringen. Een TOP GGZ keurmerk is derhalve geen garantie voor de categorie 'beste zorg' en vice versa.

2.3 Patiëntervaringen

Naast kwaliteits- en structuurindicatoren, zijn ook patiëntervaringen erg belangrijk bij het beoordelen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook een familie-vertrouwenspersoon kan een toegevoegde waarde hebben bij het zorgtraject. Dat betekent niet dat deze disciplines bij elke behandeling daadwerkelijk betrokken dienen te zijn, maar dat een zorgaanbieder alle disciplines, die het beste de zorgvraag van de patiënt kunnen beantwoorden, moet kunnen inzetten. De patiënt zal immers als beste zorg die instelling ervaren die deze zorg direct op indicatie van zijn behoefte kan leveren.

CZ groep heeft voorsnog twee aspecten meegenomen die inzicht geven in de patiëntervaringen van de behandeling van ernstige eetstoornissen.

2.3.1 Familiebeleid

Het is van belang dat elke zorgaanbieder beschikt over een familiebeleid. Familiebeleid heeft betrekking op de relatie tussen de GGZ-zorgaanbieder en de familie. Uitgangspunt is immers dat de psychische aandoening niet alleen de patiënt, maar ook zijn naasten/familie raakt. De samenwerking met en ondersteuning van familie en naasten is ook verankerd in een kwaliteitsstandaard (Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek). Deze generieke module erkent de rol van naasten in het herstelproces van de patiënt.

In het familiebeleid wordt vastgelegd op welke voorwaarden en op welke manier de GGZ-zorgaanbieder de familie van de cliënt benadert en betreft om het zorgproces te verbeteren, ook als de cliënt (tijdelijk) geen bemoeienis van zijn familie wenst. Wij vinden dat dit familiebeleid beschikbaar moet zijn én geïmplementeerd en geborgd moet zijn bij de behandeling. Om het familiebeleid transparant te maken, publiceert de zorgaanbieder dit op zijn website.

Elke zorgaanbieder moet beschikken over een familiebeleid. Als onderdeel van de patiëntervaringen is 'familiebeleid' opgenomen in de vragenlijst. Het 'beschikken over een familiebeleid' is niet voldoende en vraagt nadere uitwerking, zodat dit ook daadwerkelijk de kwaliteit van de behandeling verhoogt. Familiebeleid heeft betrekking op de relatie tussen de GGZ-zorgaanbieder en de familie. (Handleiding Familiebeleid Platform LPGG). Uitgangspunt is immers dat de psychische aandoening niet alleen de patiënt, maar ook zijn naasten/familie raakt. In het familiebeleid wordt vastgelegd op welke voorwaarden en op welke manier de GGZ-zorgaanbieder de familie van de cliënt benadert en betreft om het zorgproces te verbeteren, ook als de cliënt (tijdelijk) geen bemoeienis van zijn familie wenst. Wij vinden dat dit familiebeleid beschikbaar moet zijn én geïmplementeerd en geborgd moet zijn bij de behandeling. Om het familiebeleid transparant te maken, publiceert de zorgaanbieder dit op zijn website.

De eerder in 2.3.1 genoemde generieke module erkent de rol van naasten in het herstelproces van de patiënt. Wij vinden dat familiebeleid beschikbaar moet zijn én geïmplementeerd en geborgd moet zijn bij de behandeling. Om het familiebeleid transparant te maken, publiceert de zorgaanbieder dit op zijn website.

Selectief inkoopbeleid CZ

Als de zorgaanbieder niet beschikt over familiebeleid, niet makkelijk vindbaar op de website, en de betrokkenheid van de onafhankelijke vertrouwenspersoon niet geborgd is en de familie niet van begin af aan bij de behandeling is betrokken komt de aanbieder in categorie 4 (voldoet niet).

Als de zorgaanbieder beschikt over familiebeleid, dat makkelijk vindbaar is op de website, waarin ten minste de beschikbaarheid van een onafhankelijke vertrouwenspersoon is geborgd, komt de aanbieder in categorie 3 (kan beter).

Als de zorgaanbieder beschikt over familiebeleid, dat makkelijk vindbaar is op de website, waarin ten minste de beschikbaarheid van een onafhankelijke vertrouwenspersoon is geborgd, en de familie van het begin af aan bij de behandeling wordt betrokken komt deze in categorie 1 (beste zorg).

2.3.2 Ervaringsdeskundige

1 Betrokkenheid ervaringsdeskundige

De patiëntenvereniging heeft aangegeven het belangrijk te vinden dat een ervaringsdeskundige betrokken kan worden bij de behandeling. Ook wij zijn die mening toegedaan.

De instelling maakt gebruik van één of meer ervaringsdeskundigen bij de behandeling van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en geeft daar op de volgende manier invulling aan:

- 1 De ervaringsdeskundige(n) heeft zitting in de cliëntenraad. Minimaal 1 lid van de cliëntenraad had een ernstige persoonlijkheidsstoornis.
- 2 De ervaringsdeskundige(n) treedt op als contactpersoon voor familie/cliënten.
- 3 De ervaringsdeskundige(n) geeft binnen het zorgprogramma toelichting aan familie/cliënten.
- 4 De ervaringsdeskundige(n) is in dienst bij uw instelling en maakt onderdeel uit van het behandelteam.

Wij streven naar een goede mix van ervaringsdeskundigen op MBO en HBO niveau. Daarom hebben wij dit uitgevraagd in deze vragenlijst. Mogelijk nemen wij dit volgend jaar mee in onze kwaliteitscriteria.

Selectief inkoopbeleid CZ

Voor de ervaringsdeskundige geldt dat indien men niet de beschikking heeft over een ervaringsdeskundige c.q. ervaringsdeskundigheid en niet voldoet aan de punten een tot en met drie, men in categorie 4 komt (voldoet niet).

Voldoet men aan de minimale eisen en is de ervaringsdeskundige in dienst bij de instelling, komt men in categorie 1 (beste zorg).

Hoofdstuk 3

Dynamisch model

Zorgaanbieders krijgen in juli een terugkoppeling van hun score op de indicatoren die CZ meeneemt in de beoordeling van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben tijdens de hoor-/wederhoorfase de gelegenheid om deze scores te controleren en eventuele onjuistheden door te geven aan CZ.

Na publicatie van de definitieve scores eind augustus is het in principe niet meer mogelijk om aanpassingen door te voeren. Wel kan het zo zijn dat de scores van de zorgaanbieders op de verschillende indicatoren in de loop van de tijd veranderen. CZ hoopt natuurlijk op een continue verbetering van de kwaliteit van zorg aan haar verzekerden. Op het moment dat er nieuwe data beschikbaar komen, of als de zorgaanbieder aantoonbaar zijn werkwijze heeft aangepast, kan de zorgaanbieder dit, onderbouwd, doorgeven aan ons. Wij zullen de aangeleverde documentatie eens per kwartaal beoordelen en waar nodig aanpassingen doorvoeren in onze weergave voor verzekerden. De wijziging geldt niet met terugwerkende kracht, maar gaat in op de eerste dag van het nieuwe kwartaal. Het is daardoor mogelijk dat gedurende een contractjaar de lijst met GGZ aanbieders per categorie op deze momenten wijzigt.

Het is niet mogelijk om na 30-06-2022 nog een vragenlijst in te dienen om in aanmerking te komen voor een beoordeling met betrekking tot de Selectieve Inkoop. De beoordeling van nieuwe aanvragers kan pas voor een volgende contracteringsronde meegewogen worden.

© CZ, Juni 2022

Literatuurverwijzingen

- i Hemert, A.M. van, Kerkhof, A.J.F.M., Keijser, J. de, Verwey, B., Boven, C. van, Hummelen, J.W., Groot, M.H. de, Lucassen, P., Meerdinkveldboom, J., Steendam, M., Stringer, B., Verlinde, A.A., & Glind, G. van de (2012). Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (*Samenvatting*). Utrecht: De Tijdstroom.
- ii Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (1998). *Gespecialiseerde zorg voor patiënten met een eetstoornis: eindrapport*. Stuurgroep Eetstoornissen Nederland.



Zorg die verder gaat