

Verantwoordingsdocument Selectief Inkoopbeleid 2018

Beste zorg bij
ernstige eetstoornissen

Beste zorg bij ernstige
persoonlijkheidsstoornissen

CZ, april 2017 ←



Inhoudsopgave

1.	Toelichting selectief inkoopbeleid	4
1.1	<i>Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling</i>	4
1.2	<i>Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra</i>	5
1.3	<i>Algemeen kader selectief inkoopbeleid GGZ</i>	6
1.4	<i>Categorie-indeling selectief inkoopbeleid</i>	6
1.5	<i>Afbakening van doelgroepen en dbc's</i>	7
2.	Indicatoren en selectie	8
2.1	<i>Kwaliteitsindicatoren</i>	9
2.1.1	Behandelplanning	9
2.1.2	Diagnostiek	10
2.1.3	Indicatiestelling	12
2.1.4	Zorgprogramma	12
2.1.5	Evidence based behandelingen	13
2.1.6	Somatische screening	15
2.1.7	Suïcidepreventie	16
2.1.8	Routine Outcome Monitoring	16
2.1.9	Training en supervisie	17
2.2	<i>Structuurindicatoren</i>	18
2.2.1	Multidisciplinair team	18
2.2.2	Volume	19
2.3	<i>Patiëntervaringen</i>	20
2.3.1	Familievertrouwenspersoon	20
2.3.2	Ervaringsdeskundige	20
2.4	<i>Samenvatting indicatoren</i>	21
3.	Niet meegenomen indicatoren en vervallen indicatoren	28
4.	Dynamisch model	31
	Bijlage 1: Vragenlijst	32
	Disclaimer	56
	Literatuurverwijzingen	57

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 het beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. CZ groep bouwt in 2018 voort op het selectieve inkoopbeleid (van ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen) van de afgelopen jaren. In dit document vertelt CZ groep alles over ons selectieve inkoopmodel 2018 voor de behandeling van deze twee aandoeningen, en de wijze waarop wij dit selectieve inkoopbeleid de komende jaren willen doorontwikkelen.

In 2014 heeft CZ groep voor het eerst de zorg voor ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen selectief ingekocht. Alleen zorgaanbieders die voldoen aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep, krijgen een contract voor de betreffende behandeling.

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 document wordt het selectieve inkoopmodel 2018 voor zowel ernstige eetstoornissen als voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen toegelicht. We hebben gekozen voor één verantwoordingsdocument vanwege de grote mate van overlap in de gebruikte indicatoren. 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 vindt u een toelichting op de wel onderzochte, maar uiteindelijk niet meegenomen indicatoren. In hoofdstuk 4 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

Sinds het eerste initiatief van CZ groep in 2010 om borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen selectief in te kopen, is er veel gebeurd. Enerzijds heeft de ontwikkeling van normen van de beroepsgroep een versnelling doorgemaakt en anderzijds 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 (zie: www.minimumkwaliteitsnormen.nl).

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, patiëntenorganisaties 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 aanvullend selectief inkoopbeleid wenselijk is en op welke manier. Tevens bekijken we hoe we de selectieve inkoop verder kunnen doorontwikkelen. Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ groep geen aanvullend selectief inkoopbeleid voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft.

1.2 Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra

Startende aanbieders

Ook nieuwe aanbieders, dat wil zeggen aanbieders die in 2016 of 2017 geen GGZ overeenkomst met CZ groep hadden, kunnen bij CZ groep vragen om een beoordeling in het kader van de Selectieve Inkoop. Na ontvangst van hun gegevens, is een eerste toets of CZ groep het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ groep die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van het 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.

Vaak kan een startende aanbieder (nog) niet direct voldoen aan alle gestelde criteria. Indien en voor zover vanuit het oogpunt van de zorginkoop voor CZ groep wenselijk, bestaan er mogelijkheden voor de startende aanbieder om (gefaseerd) op basis van individuele afspraken te gaan voldoen aan de kwaliteitscriteria. Ook maken we afspraken over het tijdpad en mogelijk over aanvullende criteria. Uiteraard zal de aanbieder wel al meteen aan een aantal minimale kwaliteitscriteria moeten voldoen. Dit zijn met name een aantal proces- en structuurcriteria. Hierbij gaat het dan om een "voorlopige toelating" waarbij onder voorwaarden binnen een bepaalde tijd aan de kwaliteitseisen dient te worden voldaan.

Niet gecontracteerde aanbieders

CZ groep sluit in principe alleen een overeenkomst af voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen met aanbieders die in 2016 en 2017 een contract met ons hadden. **Mocht u van mening zijn dat u om gegronde redenen toch in aanmerking komt voor een contract in 2018, dan kunt u contact met ons opnemen. Wij hebben dan informatie van u nodig om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen. Een eerste toets is of CZ groep het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ groep die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij hebben dan onder meer antwoorden van u nodig op onze vragenlijst selectieve inkoop en wellicht nog wat aanvullende informatie.**

Zorgaanbod buitenland

Buitenlandse aanbieders blijven vooralsnog buiten beschouwing.

1.3 Algemeen kader selectief inkoopbeleid GGZ

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 waarde gedreven 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.

Tenslotte publiceren wij de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden. Het is cruciaal dat dan alle informatie volledig is en klopt. Daarom vragen wij iedere aanbieder in een bestuursverklaring of de aangeleverde informatie naar waarheid is ingevuld. CZ groep beoordeelt alleen aanbieders die deze bestuursverklaring hebben ingevuld en ondertekend. Als dit niet het geval is, kan de aanbieder niet in aanmerking komen voor een contract. Als CZ groep op enig moment constateert dat de aangeleverde gegevens niet juist zijn, kan dit gevolgen hebben voor de contractering van de aanbieder.

1.4 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

Het bovenstaande proces leidt uiteindelijk tot de onderstaande categorie-indeling voor de selectieve inkoop van ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen.

Categorie 1: Beste zorg

Zorgaanbieders die volgens de kwaliteitskaders van CZ groep voor deze zorg als beste scoren, worden als voorkeuraanbieder 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 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 de CZ groep normen voor goede zorg. Deze zorgaanbieders worden door CZ groep niet meer voor deze zorg gecontracteerd.

Zorgaanbieders die deze behandeling niet (meer) uitvoeren worden niet getoond op onze website (www.cz.nl/zorgvinden).

1.5 Afbakening van doelgroepen en dbc's

Het selectieve inkoopbeleid beperkt zich vooralsnog tot de specialistische behandeling van ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Op basis van onderstaande criteria zijn de doelgroepen afgebakend.

Hoofddiagnose

In de eerste plaats moet er sprake zijn van een hoofddiagnose persoonlijkheidsstoornis of 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 neventdiagnose 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 tweedelijns GGZ voor dezelfde diagnose.

DBC's

Voor de operationalisering van bovenstaande is vooralsnog uitgegaan van DBC's voor eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen groter dan 3000 minuten. Hierna spreken we in het verantwoordingsdocument over ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen.

2. 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.

De ontwikkeling van veldnormen in de GGZ loopt achter op die in de medisch specialistische zorg. Ook op het gebied van kwaliteitsindicatoren en bijbehorende data is de GGZ nog niet zo ver. Dit beeld wordt ook internationaal herkend. De behandeling van ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen vormt hierop geen uitzondering.

CZ groep heeft een kwaliteitsuitvraag gedaan met als doel de transparantie in de behandeling van deze gespecialiseerde GGZ te bevorderen. In 2014 zijn deze data gebruikt als kwaliteitsbenchmark, zodat de zorgaanbieders zich konden toetsen aan de benchmark. In 2015 is deze zorg voor het eerst selectief ingekocht. In de jaren daarna is het selectieve inkoopbeleid voortgezet.

Net als bij de start van selectieve inkoop van borstkankerzorg in 2010, probeert CZ groep op deze manier de ontwikkeling van veldnormen in de GGZ op gang te brengen. Zo wordt een kwaliteitsimpuls gegeven aan de behandeling van ernstige eet- en persoonlijkheidsstoornissen.

Het is dan ook logisch dat CZ groep zich op dit moment met name richt op het gebruiken van algemene kwaliteits- en structuurindicatoren. In 2017 zullen we nader onderzoeken of en zo ja welke uitkomstindicatoren beschikbaar en geschikt zijn. Tevens zullen we onderzoeken of de koppeling met kosten van zorg kunnen maken. Tot slot zullen we onderzoeken hoe ons selectieve inkoopbeleid GGZ zich verhoudt tot de introductie van de nieuwe productstructuur.

CZ groep heeft bij de doorontwikkeling van haar selectieve inkoopbeleid met diverse relevante marktpartijen 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.

De geselecteerde indicatoren zijn onder te verdelen in de volgende categorieën (waarbij de volgorde de vragenlijst volgt):

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

(Zie kader volgende pagina)

De volgende selectie van indicatoren is hieruit ontstaan:

Kwaliteitsindicatoren

1. Behandelplanning
 - a. Aanwezigheid behandelplan
 - b. Tijdigheid opstellen behandelplan
 - c. Evaluatie van het behandelplan
2. Evidence Based Diagnostiek
3. Indicatiestelling
4. Zorgprogramma
 - a. Aanwezigheid van een volledig zorgprogramma
 - b. Gebruik van het zorgprogramma
5. Evidence Based Behandelingen
6. Somatische screening
7. Suïcide preventiebeleid
8. Routine Outcome Monitoring
9. Training en supervisie

Structuurindicatoren

10. Multidisciplinair team (MDT):
 - a. Aanwezigheid van een specifiek MDT voor eetstoornissen/ persoonlijkheidsstoornissen
 - b. Samenstelling van het MDT
11. Volume

Patiëntervaringen

12. Familievertrouwenspersoon
13. Ervaringsdeskundige

2.1 Kwaliteitsindicatoren

In totaal zijn er in dit selectieve inkoopbeleid negen kwaliteitsnormen opgenomen die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.

2.1.1 Behandelplanning

In algemene zin, maar zeker ook bij de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen en/of ernstige eetstoornissen, is een goede inrichting van de behandelplanning essentieel. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject is een 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 multidisciplinaire richtlijnen Eetstoornissenⁱ en Persoonlijkheidsstoornissenⁱⁱ, waarin gesteld wordt dat het behandelplan één van de fasen in het totale zorgproces is, waarin doel, duur, frequentie van de behandeling en de evaluatiemomenten helder omschreven moeten worden. Tevens geeft de richtlijn aan dat het behandelplan samen met de patiënt opgesteld moet worden.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Op een drietal punten wordt de behandelplanning meegenomen in de categorie-indeling:

A. % patiënten met een behandelplan

Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan op te stellen. Om in categorie 2 (goede zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 80% van de patiënten een behandelplan op te stellen. Als een aanbieder voor minder dan 80% maar voor meer dan 70% van de patiënten een behandelplan heeft opgesteld, komt de aanbieder in categorie 3 (kan beter). Indien bij minder dan 70% van de patiënten een behandelplan is opgesteld, komt de zorgaanbieder in categorie 3 (kan beter) terecht.

CZ groep is van mening dat voor alle zorg een behandelplan met duidelijke behandeldoelen opgesteld moet zijn. Voor 2016 is gekozen voor een absoluut minimum van 70% van de patiënten om nog voor een overeenkomst in aanmerking te kunnen komen. CZ groep is van plan om dit percentage de komende jaren te verhogen.

B. % patiënten met een behandelplan binnen zes weken

Daarnaast vindt CZ groep het belangrijk dat dit behandelplan binnen een redelijke termijn wordt opgesteld. Als de zorgaanbieder voor minder dan 60% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan opstelt, komt deze in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep). Indien de zorgaanbieder voor meer dan 60% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan opstelt, komt deze in categorie 3 (kan beter) terecht. Om in categorie 2 (goede zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder ten minste voor 70% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan op te stellen. Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, tot slot, dient de zorgaanbieder ten minste voor 80% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan op te stellen.

C. Evaluatie van het behandelplan

Tot slot dient er een cyclische bespreking/evaluatie van vorderingen en/of stagnaties op behandeldoelen en het behandelproces plaats te vinden. Hierbij is een frequentie van minimaal eens per zes weken bij een klinische behandeling en minimaal eens per drie maanden bij een poliklinische behandeling vereist. Aanbieders die dit bij minimaal 90% van de cliënten doen komen in categorie 1 (beste zorg) terecht. Aanbieders die dit bij minimaal 75% van de cliënten doen komen in categorie 2 (goede zorg) terecht. Aanbieders die dit bij minder dan 75% van de cliënten doen, komen in categorie 3 (kan beter) terecht.

Naar aanleiding van een consultatieronde met veldpartijen en de bevindingen van vorig jaar is deze norm aangescherpt ten opzichte van 2015. In 2015 gold dat een evaluatie van minimaal eens per drie maanden bij een klinische behandeling en minimaal eens per zes maanden bij een poliklinische behandeling voldoende was om in categorie 1 of 2 terecht te komen.

2.1.2 Diagnostiek

Bij de diagnostiek dient gebruik gemaakt te worden van gevalideerde (semi)-gestructureerde interviews c.q. vragenlijsten. Met behulp van semigestructureerde interviews kan betrekkelijk snel tot een redelijk betrouwbare diagnostische classificatie 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.

Deze indicator is nieuw toegevoegd op basis van de consultatieronde met marktpartijen.

Persoonlijkheidsstoornissen

(Semi-)gestructureerde interviews die gebruikt kunnen worden voor de diagnostisering van alle persoonlijkheidsstoornissen zijn de volgende:

- de Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (**SCID-II**).
- de International Personality Disorder Examination (**IPDE**).
- de Structured Interview for DSM Personality Disorders (**SIDP-IV**).

Verder zijn er nog enkele semi-gestructureerde interviews beschikbaar die gericht zijn op een van de specifieke DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. Dit zijn de volgende:

- Hare's Psychopathie Checklist-REvised (**PCL-R**): voor een specifieke, ernstige subgroep binnen de categorie antisociale persoonlijkheidsstoornis.
- Diagnostic interview for Borderline patients (**DIB**): om de diagnose scherper af te grenzen met andere persoonlijkheidsstoornissen.
- Borderline Disorder Severity Index (**BPDSI**): om de ernst van de manifestaties van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis vast te stellen.

Als voorbeeld van geschikte zelfrapportagelijsten bij persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden genoemd de Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (**PDQ-4+**), de Assessment of Personality Diagnostic Questionnaire DSM-IV versie (**ADP-IV**), de Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (**VKP**) en de The Severity Indices of Personality Problems (**SIPP**). Deze zelfrapportage vragenlijsten kunnen worden toegepast als screener, maar niet als enige diagnostisch instrument.

Eetstoornissen

(Semi-)gestructureerde interviews die gebruikt kunnen worden voor de diagnostisering van eetstoornissen zijn de volgende:

- Eating disorder examination (**EDE**).
- Longitudinal interview follow-up examination (**LIFE**).
- Body dysmorphic disorder examination (**BDDE**): onderzoekt specifiek de verstoorde lichaamsbeleving.

Als voorbeeld van geschikte zelfrapportagelijsten bij eetstoornissen kunnen worden genoemd de Eating disorder examination questionnaire (**EDE-Q**), de Eating disorder evaluation scale (**EDES**: NB kan ook worden gebruikt als gestructureerd interview) en de Eating disorder inventory (**EDI**). Zelfrapportagelijsten zijn in het algemeen bedoeld om te screenen op de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen en niet zozeer om de juiste classificatie mee te bepalen c.q. diagnoses te stellen.

In het Nederlands taalgebied zijn drie lijsten beschikbaar. Bij het diagnosticeren van een verstoorde lichaamsbeleving kan bij voorkeur gebruik worden gemaakt van de Lichaamsattitudevragenlijst (**LAV**) en de Body cathexis scale (**BCS**).

De Anorectic behavior observation scale (**ABOS**) is een tamelijk eenvoudige vragenlijst die kan worden gebruikt als screeningsinstrument.

CZ groep vindt dat als van (een aantal van) bovenstaande (semi)-gestructureerde interviews gebruik wordt gemaakt er in ieder geval de basis is gelegd voor evidence based diagnostiek. Maakt men geen gebruik van gevalideerde semigestructureerde interviews (of niet gevalideerde semigestructureerde interviews) dan komt men in categorie 3 (kan beter). Geeft een aanbieder aan dat hij gebruik maakt van evidence based diagnostiek door middel van (semi)-gestructureerde vragenlijsten, en maakt de aanbieder gebruik van minimaal één van bovengenoemde (semi)-gestructureerde vragenlijsten, dan komt deze aanbieder in categorie 1 (beste zorg). Als de aanbieder aangeeft dat hij gebruik maakt van evidence based diagnostiek door middel van (semi)-gestructureerde vragenlijsten, en maakt de aanbieder gebruik van screeningsinstrumenten of zelfrapportagelijsten, maar niet van de genoemde (semi)-gestructureerde interviews komt deze in categorie 2 (goede zorg).

2.1.3 Indicatiestelling

Het is belangrijk dat binnen een redelijke termijn met de patiënt een terugkoppeling plaatsvindt over de indicatiestelling. Vragen als 'Is deze conform de verwijzing', 'Is deze aangepast', 'Is er comorbiditeit vastgesteld' etc. worden hierbij beantwoord. Ook vindt er bij de intake nog nadere diagnostiek plaats. De terugkoppeling op de indicatiestelling biedt dan ook de mogelijkheid om te toetsen of de juiste behandeling wordt voorgesteld op de juiste plaats.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

CZ groep vindt dat binnen zes weken na start van de intake deze terugkoppeling plaats moet hebben gevonden bij ten minste 90% van de patiënten. Dit is het minimale percentage om in categorie 1 (beste zorg) te komen. Om in categorie 2 te komen dient bij minimaal 80% van de patiënten een terugkoppeling plaatsgevonden te hebben binnen zes weken na start van de intake. Als dit bij minder dan 80% van de patiënten gebeurt, komt de aanbieder in categorie 3 terecht.

2.1.4 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 en persoonlijkheidsstoornissen in zorgprogramma's is georganiseerd en baseert dit standpunt onder meer op de eerder genoemde multidisciplinaire richtlijnen. Deze richtlijnen bevelen aan om bij de specialistische diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (in de tweede en derde

lijn) zorgprogramma's voor mensen met persoonlijkheidsproblemen te ontwikkelen ten behoeve van transparantie van het behandelingsaanbod. Ook draagt het bij aan de (verbetering van de) kwaliteit van de behandeling.

CZ groep vindt het dus van belang dat er een zorgprogramma beschikbaar is, dat opgesteld is conform de multidisciplinaire richtlijn. Dat wil zeggen dat in het zorgplan¹ de volgende aspecten zijn opgenomen:

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

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Het zorgprogramma wordt op twee punten meegenomen in de categorie-indeling:

A. Aanwezigheid zorgprogramma

Om voor categorie 1 (beste zorg) in aanmerking te komen dient in ieder geval met het zorgprogramma te worden gewerkt en dient het zorgprogramma alle hierboven beschreven elementen bevatten. Aanbieders die 8 of 9 van de tien omschreven elementen opgenomen hebben in hun zorgprogramma komen in aanmerking voor categorie 2 (goede zorg). Als aanbieders wel werken met een zorgprogramma, maar minder dan 8 van de omschreven elementen opgenomen hebben in het zorgprogramma komen ze terecht in categorie 3 (kan beter). Hierbij dienen aanbieders wel minimaal het aanbod van bewezen effectieve behandelingen te hebben opgenomen.

B. Gebruik zorgprogramma

Als een zorgaanbieder bij ten minste 90% van de patiënten de behandeling via gestructureerde zorgprogrammering inzet, komt deze in categorie 1 (beste zorg) terecht en bij tenminste 80% van de patiënten in categorie 2 (goede zorg). Bij inzet bij meer dan 50%, maar minder dan 80% van de patiënten komt de zorgaanbieder in de categorie kan beter (3) terecht. Als dit bij minder dan 50% van de patiënten via gestructureerde zorgprogrammering gebeurt, komt men in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep).

2.1.5 Evidence based behandelingen

¹ Het zorgprogramma is uitgevraagd in meerdere vragen, namelijk vraag 16 t/m 24. Als een aanbieder aangeeft bij vraag 16 en 17 geen zorgprogramma te hebben, resp. geen aanbod van bewezen effectieve behandelingen te hebben, scoort de aanbieder automatisch "nee" op deze indicator. Achter de overige vragen komt dan automatisch "n.v.t." te staan.

Voor het bereiken van een zo optimaal mogelijk behandelingsresultaat 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 daadwerkelijk effectief zijn (c.q. kunnen zijn want niet bij iedereen slaat behandeling aan).

Voor de behandeling van (ernstige) eetstoornissen zijn minder evidence based interventies beschikbaar dan voor de behandeling van (ernstige) persoonlijkheidsstoornissen.

De volgende evidence based behandelingen kunnen worden toegepast voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen:

- Dialectische gedragstherapie (**DGT**);
- Schemagerichte Therapie (**SGT**);
- Transference focused psychotherapy (**TFP**);
- Mentalization based therapy (**MBT**).

Opgemerkt moet worden dat de evidence met name geldt voor de borderline persoonlijkheidsstoornis.

De volgende evidence based behandelingen kunnen worden toegepast voor de behandeling van eetstoornissen zijn:

- 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 gedragstherapie omdat hiermee positieve effecten sneller worden bereikt.

Dat men met name bij persoonlijkheidsstoornissen de beschikking heeft en gebruik kan maken van meerdere evidence based behandelingen is van belang omdat niet iedere patiënt met een ernstige persoonlijkheidsstoornis in aanmerking komt of geschikt is voor dezelfde behandeling. Indien men maar 1 bepaalde behandeling tot zijn beschikking heeft dan kan dus ook niet altijd bij iedere patiënt de meest effectieve behandeling worden gegarandeerd en ingezet. Hierbij is het dus ook van belang dat er regelmatig geëvalueerd wordt met de patiënt om te zien of het behandelplan nog adequaat is.

CZ groep vindt dan ook dat bij persoonlijkheidsstoornissen men ten minste meerdere evidence based behandelingen aan moet kunnen bieden om in aanmerking te komen voor categorie 2 (goede zorg) of categorie 1 (beste zorg). Hierbij hanteert CZ groep het criterium dat aanbieders die minimaal drie evidence based behandelingen kunnen bieden in aanmerking komen voor categorie 1 (beste zorg) en aanbieders die 2 evidence based behandelingen kunnen bieden in aanmerking komen voor categorie 2 (goede zorg). Aanbieders die maar 1 evidence based behandeling aan kunnen bieden komen in categorie 3 (kan beter) terecht .

Voor eetstoornissen geldt dat aanbieders ten minste cognitieve gedragstherapie aan moeten kunnen bieden en toepassen. Hier maken we verder geen onderscheid meer op basis van het aantal behandelingen.

Aanbieders die **geen** evidence based behandelingen aanbieden komen in categorie 4 (voldoet niet) terecht. Zij komen niet in aanmerking voor een contract.

2.1.6 Somatische screening

Psychische stoornissen gaan 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. Mede naar aanleiding van een IGZ rapportⁱⁱⁱ heeft GGZ Nederland in 2001 de kwaliteitsnormen somatische zorg in de GGZ vastgesteld^{iv}. Hierin staat dat alle GGZ-instellingen een visie en beleid moeten hebben op somatische zorg, met aandacht voor onder andere (somatische) comorbiditeit. Het instellingsbeleid dient aan te sluiten bij de landelijke kwaliteitsnormen en onderdeel uit te maken van het kwaliteitsmanagementsysteem van de instelling. Op dit moment vormt (screening van) somatische comorbiditeit een van de speerpunten van het landelijke patiëntveiligheidsprogramma voor de GGZ. De uitvoering van de eerste somatische screening dient enerzijds gericht te zijn op alle aandoeningen die invloed kunnen hebben op het psychiatrisch toestandsbeeld en eventueel diagnostisch uitgesloten moeten worden en anderzijds op alle te verwachten complicaties van eventuele farmacotherapie. In de multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen wordt expliciet gesteld dat behandelende teams in gespecialiseerde eetstoorniscentra in staat moeten zijn op de somatische complicaties van de eetstoornis te anticiperen, deze te diagnosticeren en zo nodig te behandelen. Hiervoor is regelmatige controle van de patiënt noodzakelijk. In de multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen wordt niet gesproken over het belang van somatische screening. CZ groep is evenwel van mening dat ook bij deze doelgroep – mede gelet op het bovenstaande – standaard een somatische screening van patiënten noodzakelijk is. Een slechte staat van voeding en zelfverzorging kan ook de psychische stoornis in stand houden of verergeren. Indien somatische screening niet standaard plaatsvindt bij alle patiënten met een ernstige eetstoornis en met een ernstige persoonlijkheidsstoornis (zowel ambulante als klinische), is er in de optiek van CZ groep sprake van een ernstig kwaliteitsprobleem.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

CZ groep vindt het dus noodzakelijk dat er standaard een somatische screening wordt uitgevoerd. Maar gezien de expliciete aandacht voor de somatische screening in de richtlijn eetstoornissen beoordeelt CZ groep dit in 2018 nog verschillend voor de twee aandoeningen:

1. Een zorgaanbieder komt **voor eetstoornissen** in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep) als deze niet standaard een somatische screening bij klinische patiënten uitvoert.
2. Als een zorgaanbieder **voor persoonlijkheidsstoornissen** niet standaard een somatische screening uitvoert, komt deze in categorie 3 (kan beter). Zoals in het verantwoordingsdocument in 2015 aangegeven is deze indicator zwaarder gaan wegen vanwege het belang dat CZ groep hecht aan de somatische screening.

2.1.7 Suïcidepreventie

Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïcidaliteit. Dit geldt zeker voor patiënten in gespecialiseerde behandelcentra voor eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. 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. Voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag bestaat sinds vorig jaar een richtlijn^v. 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.

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 suïcidebeleid. Aanbieders die (pogingen tot) suïcide niet evalueren en niet meenemen bij de doorontwikkeling van hun suïcidebeleid komen in categorie 3 (kan beter) terecht.

2.1.8 Routine Outcome Monitoring

Routine Outcome Monitoring (ROM) is een methodiek waarbij regelmatig metingen gedaan worden naar de gezondheidstoestand van patiënten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling. ROM dient vier doelen: behandelen, leren, verantwoorden en onderzoeken. Met betrekking tot het behandelen geldt dat wetenschappelijk onderzoek positieve effecten laat zien van ROM op de diagnostiek en behandeling en op de communicatie tussen patiënt en behandelaar^{vi}. Op basis van een bestuurlijk akkoord tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGZ Nederland is in 2011 de Stichting Kwaliteitsbenchmark GGZ (SBG) opgericht om het kwaliteitsbenchmarken van de prestaties van GGZ-aanbieders op landelijke schaal mogelijk te maken. Zorgaanbieders leveren maandelijks gegevens aan bij SBG en kunnen hun eigen "prestaties" (ROM-respons en gemiddelde uitkomst van de behandeling) vergelijken met het landelijk gemiddelde voor deelpopulaties van hun patiëntenbestand. Deze spiegelinformatie maakt het hulpverleners en management mogelijk om zichzelf en elkaar gericht te bevragen en op basis hiervan te leren. Daarnaast kan ROM op termijn worden gebruikt voor externe verantwoording.

Ingevolge het bestuurlijk akkoord dient vanaf 2015 voor 50% van de patiënten begin- en eindmetingen te worden aangeleverd. De aangeleverde responspercentages blijven echter al enkele jaren achter bij de geformuleerde doelstellingen. CZ groep vindt ROM echter zo belangrijk, dat zij de

routinematige uitvoering ervan rekt tot de belangrijkste normen voor kwalitatief hoogwaardige zorg. In haar inkoopbeleid wil zij voorlopig dan ook sturen op het aanleveren van voldoende gegevens aan SBG conform de landelijke afspraken.

Daarnaast wil CZ groep in haar selectieve inkoopbeleid ook de uitkomsten van zorg mee gaan wegen. CZ groep wil hiervoor gebruik maken van de delta T score die de SBG presenteert per aanbieder en per patiëntengroep. De delta T geeft inzicht in de effectiviteit van de behandeling. Tot nu toe heeft CZ groep nog geen conclusies verbonden aan de benchmarkgegevens in het algemeen en de delta-t in het bijzonder. Dit jaar onderzoeken wij of de delta-t, mede in relatie tot de kosten, meegewogen kan worden in het zorginkoopbeleid 2019.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Voor de selectieve inkoop geldt dat de zorgaanbieders voldoende ROM gegevens moeten aanleveren.

1. Als een zorgaanbieder minimaal een responspercentage heeft van 30% (geldige eindmeting) komt deze in aanmerking voor categorie 1 (beste zorg)
2. Aanbieders met een responspercentage tussen de 20% en 30% komen in aanmerking voor categorie 2 (goede zorg).
3. Als een zorgaanbieder geen ROM gegevens verzamelt of een responspercentage heeft van minder dan 20% komt deze aanbieder in categorie 3 (kan beter) terecht.

Hierbij maken we de kanttekening dat nog niet alle aanbieders gegevens kunnen aanleveren bij de SBG, wat inhoudt dat CZ groep niet van alle aanbieders het responspercentage kan inzien. CZ groep houdt hier rekening mee bij de beoordeling van deze indicator.

2.1.9 Training en supervisie

Behandelingen voor complexe eetstoornissen of complexe persoonlijkheidsstoornissen vereisen een hoge mate van expertise en specialisatie. Diverse specialistische behandelprogramma's zoals schematherapie en mentalization based treatment voor persoonlijkheidsstoornissen of specialistische behandelingen 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 TOPGGz 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. Op dit moment slechts twee voor eetstoornissen en twee voor persoonlijkheidsstoornissen. 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 kwaliteitsuitvraag van CZ groep richt zich ook op andere aspecten van de zorgverlening. Waar het TOPGGz 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 TOPGGz keurmerk is derhalve geen garantie voor de categorie 'beste zorg' en vice versa.

2.2 Structuurindicatoren

De kwaliteit van de specialistische behandeling voor patiënten met eetstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen 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. Er zijn twee indicatoren benoemd die, volgens CZ groep, inzicht geven in de mate waarin een zorgaanbieder zich gespecialiseerd heeft in de behandeling van de desbetreffende doelgroep. Deze indicatoren gaan in op de aanwezigheid en het functioneren van multidisciplinaire teams, en het volume.

2.2.1 Multidisciplinair team

De Stuurgroep Eetstoornissen Nederland heeft in 1998 een advies^{vii} 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. Voor de specialistische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen geldt hetzelfde. In de Britse richtlijn voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis^{viii} wordt dit expliciet benoemd: "Mental health trusts should develop multidisciplinary specialist teams and/or services for people with personality disorders. These teams should have specific expertise in the diagnosis and management of borderline personality disorder (...)"

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 psycholo(o)g(en), psychotherapeut(en) en/of gz-psycholo(o)g(en), vaktherapeut(en) en/of sociotherapeut(en) en/of sociaal psychiatrisch verpleegkundige(n) en/of verpleegkundige specialist(en).

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Zorgaanbieders die niet over een multidisciplinair samengesteld team (MDT) beschikken, komen in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep). Vrijgevestigde zorgaanbieders dienen ten minste deel te nemen aan een extern multidisciplinair samenwerkingsverband.

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

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

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

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

Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, verwacht CZ groep dat het MDT voor persoonlijkheidsstoornissen ten minste uit de volgende disciplines bestaat:

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

Om in categorie 1 (Beste zorg) terecht te komen, verwacht CZ groep dat het MDT voor eetstoornissen ten minste uit de volgende disciplines bestaat:

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

2.2.2 Volume

In de GGZ beschikken we vooralsnog niet over specifieke volumenor­men. Echter, CZ groep is van mening dat een zeker volume noodzakelijk is om ervaring met deze specialistische behandeling te verkrijgen en te behouden. In een ronde tafel sessie heeft CZ groep met verschillende aanbieders gesproken over het mogelijk toepassen van een volumenor­men. Hieruit kwam naar voren dat volume wel een rol speelt bij de behandeling van ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen maar dat de volumenor­men **niet** gebaseerd kan zijn op **alleen** het aantal DBC's > 3.000 minuten voor deze beide doelgroepen. Aangegeven is dat bij het uitwerken van een volumenor­men in ieder geval gekeken moet worden naar de volgende aspecten:

- Totale ervaring inclusief behandeling van patiënten < 3.000 minuten met een (ernstige) eet- of persoonlijkheidsstoornis
- Volume per locatie
- Volume per behandelteam
- Volume per behandelaar
- Volume per cliëntengroep
- Ontwikkeling van programma's om patiënten steeds korter te behandelen.

Op basis van de verkregen inzichten heeft CZ groep besloten om de volumenor­men die zij vorig jaar hanteerde (minimum van 12 DBC's > 3.000 minuten voor categorie 1 (beste zorg)) te laten vervallen. CZ groep werkt het komende jaar aan de doorontwikkeling van haar selectieve inkoopbeleid waarbij tevens gekeken wordt naar de wijze waarop de volumenor­men kan worden geoperationaliseerd.

2.3 Patiëntervaringen

Naast kwaliteits- en structuurindicatoren, zijn ook patiëntervaringen erg belangrijk bij het beoordelen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een zorgaanbieder komt in aanmerking voor categorie 1 (beste zorg) op het moment dat bij een patiënt alle disciplines, die het beste de zorgvraag van de patiënt kunnen beantwoorden, ingezet kunnen worden. Dat betekent niet dat deze disciplines (bijvoorbeeld familie­vertrouwenspersoon, ervaringsdeskundige) bij elke behandeling daadwerkelijk betrokken dienen te zijn, maar dat een zorgaanbieder alle disciplines, die het beste de zorgvraag van de cliënt 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 vooralsnog twee indicatoren opgenomen die inzicht geven in de patiëntervaringen van de behandeling van ernstige eet- en persoonlijkheidsstoornissen.

2.3.1 Familie­vertrouwenspersoon

Het is van belang dat elke zorgaanbieder beschikt over een familie­vertrouwenspersoon. Deze hoeft niet specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen of eetstoornissen betrokken te zijn. Het is belangrijk dat de onafhankelijkheid van de familie­vertrouwenspersoon is gewaarborgd.

2.3.2 Ervaringsdeskundige

De LPGGZ heeft aangegeven het belangrijk te vinden dat een ervaringsdeskundige betrokken is bij de behandeling.

CZ groep vindt dat zorgaanbieders een ervaringsdeskundige beschikbaar moeten hebben voor de behandeling van patiënten met ernstige eet- en persoonlijkheidsstoornissen, zodat indien naar de mening van behandelaar en patiënt de inzet ervan wenselijk wordt geacht dit ook mogelijk is.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Om in aanmerking te komen voor categorie 1 (beste zorg) dient de zorgaanbieder beide disciplines in te kunnen zetten bij de behandeling. Een zorgaanbieder komt in categorie 2 (goede zorg) als ten minste één van de disciplines in kan worden gezet.

2.4 Samenvatting indicatoren

Om het onderscheid in beste zorg, goede zorg, kan beter en voldoet niet te maken heeft CZ groep een mix van randvoorwaarden, kwaliteitsnormen en verbeter signalen vastgesteld. De randvoorwaarden bepalen of een aanbieder voldoet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep en dus in aanmerking komt voor een contract voor deze zorg. Op basis van de kwaliteitsnormen en verbeter signalen wordt de categorie-indeling gevuld.

De randvoorwaarden en de verbeter signalen worden hieronder nog extra toegelicht. Daarnaast wordt de precieze beoordeling per indicator voor zowel de randvoorwaarden, de verbeter signalen als de kwaliteitsnormen nog toegelicht in de tabel met de categorie-indeling die onderaan deze paragraaf is opgenomen.

Toelichting randvoorwaarden

CZ groep heeft een set van randvoorwaarden vastgesteld. Indien een aanbieder niet aan deze randvoorwaarden voldoet, komt de aanbieder in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep) en wordt de aanbieder niet gecontracteerd voor de behandeling van ernstige eetstoornissen en/of ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

Randvoorwaarden

1. Percentage patiënten met een behandelplan (minimum is 70%)
2. Percentage patiënten dat binnen zes weken na intake een behandelplan heeft (minimum is 60%)
3. Aanwezigheid van een zorgprogramma
4. Inhoud van het zorgprogramma (minimaal een beschrijving van het aanbod van bewezen effectieve behandelingen)
5. Percentage patiënten dat zorg aangeboden krijgt via gestructureerde zorgprogrammering (minimum is 50%)
6. Minder dan 60% van de patiënten heeft binnen zes weken na intake een behandelplan.
7. Aanwezigheid van een operationeel suïcidepreventiebeleid
8. Aanbod van evidence based behandelingen
9. Aanwezigheid van een Multi disciplinair team
10. Volume (minimum aantal behandelingen is 1)

Toelichting Verbetersignalen

De verbeter signalen zijn gebaseerd op zes indicatoren. Deze set van zes indicatoren wordt gezamenlijk beoordeeld. Als een aanbieder niet aan de CZ groep-norm van 'beste' of 'goede' zorg van een specifieke indicator voldoet, krijgt het ziekenhuis een verbeter signaal. Bij maximaal twee verbeter signalen komt de aanbieder in aanmerking voor categorie 1 (beste zorg). Bij drie tot vier verbeter signalen komt de aanbieder in aanmerking voor categorie 2 (goede zorg). Heeft het ziekenhuis meer dan vier verbeter signalen dan komt deze in categorie 3 (kan beter)

Verbetersignalen

1. Evaluatie van klinische patiënten. Verbetersignaal als voor minder dan 90% van de klinische patiënten minimaal eens per 6 weken een evaluatie van het behandelplan plaatsvindt.
2. Evaluatie ambulante patiënten. Verbetersignaal als voor minder dan 90% van de ambulante patiënten minimaal eens per 3 maanden een evaluatie van het behandelplan plaatsvindt.
3. Zorgprogramma. Verbetersignaal als er geen overzicht van het aanbod van effectieve behandelingen is opgenomen in het zorgprogramma.
4. Routine Outcome Monitoring. Verbetersignaal als minder dan 30% van de patiënten voor de populatie Volwassenen cure Persoonlijkheid (bij ernstige persoonlijkheidsstoornis) en Eetstoornis (bij ernstige eetstoornis) hebben deelgenomen aan de meting.
5. Training, supervisie en intervisie. Verbetersignaal als er geen systeem voor training, supervisie en intervisie aanwezig is.
6. *Alleen bij persoonlijkheidsstoornissen: Somatische screening.* Verbetersignaal als niet alle patiënten somatisch worden gescreend.

Voorbeeld categorie-indeling

1. Een aanbieder heeft geen MDO of gebruikt bij minder dan 30% van de patiënten een behandelplan. Deze aanbieder krijgt de score 'voldoet niet'.
2. Een aanbieder heeft voor alle indicatoren, behalve ambulante evaluatie, een beoordeling van 'goed' of 'beste'. Voor ambulante evaluatie scoort hij 'kan beter'. Dit houdt in dat hij in principe ingedeeld wordt in de categorie 'kan beter'. Omdat de indicator ambulante evaluatie echter een verbeterindicator betreft en de aanbieder alle andere indicatoren op goede of beste zorg heeft staan, heeft deze score geen negatief effect en wordt de beoordeling gebaseerd op de score op de andere indicatoren. In dit geval komt de aanbieder dus in categorie 2 (goede zorg).

De vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

Let op: de verbeterignalen zijn aangeduid met een *

Categorie 1: Beste zorg

Voldoet aan alle kwaliteitsindicatoren, dit betekent:

1. Behandelplanning
 - a. Ten minste 90% van de patiënten heeft een behandelplan.
 - b. Ten minste 80% van de patiënten heeft binnen zes weken na intake een behandelplan.
 - c. Voor ten minste 90% van de klinische patiënten vindt minimaal eens per 6 weken een evaluatie van het behandelplan plaats*
 - d. Voor ten minste 90% van de ambulante patiënten vindt minimaal eens per 3 maanden een evaluatie van het behandelplan plaats.*
2. Indicatiestelling
 - a. Minstens 90% van de patiënten krijgt binnen zes weken na de intake een terugkoppeling van de indicatiestelling.
3. Zorgprogramma
 - a. Er is een zorgprogramma aanwezig.
 - b. Het zorgprogramma bevat alle omschreven elementen.*
 - c. Bij minstens 90% van de patiënten wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering ingezet.
4. Somatische screening
 - a. Er wordt standaard een somatische screening uitgevoerd bij alle patiënten (zowel bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen als bij ernstige eetstoornissen). *voor persoonlijkheidsstoornissen
5. Suïcidepreventiebeleid
 - a. Er is een operationeel suïcidepreventiebeleid.
 - b. Na een (poging tot) suïcide vindt standaard een procesevaluatie plaats EN een (poging tot) suïcide wordt geëvalueerd in een specifiek daarvoor bedoeld overleg.
6. Routine Outcome Monitoring*
 - a. Deelname SBG & respons percentage van tenminste 30% voor de populatie Volwassenen cure Persoonlijkheid (bij ernstige persoonlijkheidsstoornis) en Eetstoornis (bij ernstige eetstoornis)
7. Training*
 - a. Er is een systeem voor training, supervisie en intervisie aanwezig.
8. Evidence based diagnostiek
 - a. De diagnose van patiënten wordt gesteld op basis van evidence based diagnostiek waarbij (semi-)gestructureerde interviews zijn gebruikt
9. Evidence based behandelingen
 - a. Persoonlijkheidsstoornissen: Er zijn minimaal 3 evidence based behandelingen beschikbaar waaruit een keuze kan worden gemaakt
 - b. Eetstoornissen: De aanbieder kan CGT inzetten als behandeling

en

Voldoet aan alle structuurindicatoren, dit betekent:

10. Multidisciplinair team (MDT)
 - a. Er is een specifiek MDT voor eetstoornissen/ persoonlijkheidsstoornissen;
 - b. Het MDT bestaat minimaal uit:
 - psychiater en klinisch psycholoog;
 - psychotherapeut en/of GZ-psycholoog;
 - vaktherapeut en/of sociotherapeut en/of sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist.
 - Somatisch arts (alleen bij ernstige eetstoornissen)
 - Diëtist (alleen bij ernstige eetstoornissen)

en

Voldoet aan alle patiëntervaringsindicatoren, dit betekent:

11. Familiebeleid en ervaringsdeskundige
 - a) Er is zowel een familievertouwenspersoon als een ervaringsdeskundige(n) beschikbaar.

Categorie 2: Goede zorg

Voldoet aan de volgende kwaliteitsindicatoren, dit betekent:

1. Behandelplanning
 - a. Ten minste 80% van de patiënten heeft een behandelplan.
 - b. Ten minste 70% van de patiënten heeft binnen zes weken na intake een behandelplan.
 - c. Voor ten minste 75% van de klinische patiënten vindt minimaal eens per 6 weken een evaluatie van het behandelplan plaats*
 - c. Voor ten minste 75% van de ambulante patiënten vindt minimaal eens per 3 maanden een evaluatie van het behandelplan plaats.*
2. Indicatiestelling
 - a. Minstens 80% van de patiënten krijgt binnen zes weken na de intake een terugkoppeling van de indicatiestelling.
3. Zorgprogramma
 - a. Er is een zorgprogramma aanwezig.
 - b. Het zorgprogramma bevat ten minste acht van de tien omschreven elementen.*
 - c. Bij minstens 80% van de patiënten wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering ingezet.
4. Somatische screening
 - a. Er wordt standaard een somatische screening uitgevoerd bij alle patiënten (zowel bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen als bij ernstige eetstoornissen). *voor persoonlijkheidsstoornissen
5. Suïcidepreventiebeleid
 - a. Er is een operationeel suïcidepreventiebeleid.
 - b. Na een (poging tot) suïcide vindt standaard een procesevaluatie plaats EN een (poging tot) suïcide wordt geëvalueerd in een specifiek daarvoor bedoeld overleg.
6. Routine Outcome Monitoring*
 - a. Deelname SBG & respons percentage van tenminste 20% voor de populatie Volwassenen cure Persoonlijkheid (bij ernstige persoonlijkheidsstoornis) en Eetstoornis (bij ernstige eetstoornis).
7. Training*
 - a. Er is een systeem voor training, supervisie en intervisie aanwezig.

8. Evidence based diagnostiek
- a. De diagnose van patiënten wordt gesteld op basis van evidence based diagnostiek waarbij screeningsinstrumenten of zelfrapportagevragenlijsten zijn gebruikt
9. Evidence based behandelingen:
- a. Persoonlijkheidsstoornissen: Er zijn minimaal 2 evidence based behandelingen beschikbaar waaruit een keuze kan worden gemaakt
 - b. Eetstoornissen: De aanbieder kan CGT inzetten als behandeling
- en

Voldoet aan de volgende structuurindicatoren, dit betekent:

10. Multidisciplinair team (MDT)
- a. Er is een specifiek MDT voor eetstoornissen/ persoonlijkheidsstoornissen;
 - b. Het MDT bestaat minimaal uit:
 - psychiater en/of klinisch psycholoog;
 - psychotherapeut en/of GZ-psycholoog;
 - vaktherapeut en/of sociotherapeut en/of sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist.
 - Somatisch arts (alleen bij ernstige eetstoornissen)

NB Voor eetstoornissen geldt dat zowel een psychiater als een klinisch psycholoog deelneemt aan het MDT.

en

Voldoet aan ten minste één van de twee patiëntervaringsindicatoren, dit betekent:

11. Familiebeleid en ervaringsdeskundige
- a. Een familievertrouwenspersoon is beschikbaar en/ of een ervaringsdeskundige(n) is beschikbaar.

Categorie 3: Kan beter

Voldoet aan de volgende kwaliteitsindicatoren, dit betekent:

1. Behandelplanning
 - a. Ten minste 70% van de patiënten heeft een behandelplan.
 - b. Ten minste 60% van de patiënten heeft binnen zes weken na intake een behandelplan.
 - c. Voor minder dan 75% van de klinische patiënten vindt minimaal eens per 6 weken een evaluatie van het behandelplan plaats*
 - d. Voor minder dan 75% van de ambulante patiënten vindt minimaal eens per 3 maanden een evaluatie van het behandelplan plaats*
2. Indicatiestelling
 - a. Bij minder dan 80% van de patiënten krijgt binnen zes weken na de intake een terugkoppeling van de indicatiestelling
3. Zorgprogramma
 - a. Er is een zorgprogramma aanwezig.
 - b. Het zorgprogramma bevat ten minste een overzicht van het aanbod van effectieve behandelingen.*
 - c. Bij minstens 50% van de patiënten wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering ingezet.
4. Somatische screening
 - a. Er wordt standaard een somatische screening uitgevoerd bij alle patiënten (bij ernstige eetstoornissen). *voor persoonlijkheidsstoornissen

5. Suïcidepreventiebeleid
 - a. Er is een operationeel suïcidepreventiebeleid.
6. Routine Outcome Monitoring*
 - a. Deelname SBG & respons percentage van minder dan 20% voor de populatie Volwassenen cure Persoonlijkheid (bij ernstige persoonlijkheidsstoornis) en Eetstoornis (bij ernstige eetstoornis).
7. Training*
 - a. Er is geen systeem voor training, supervisie en intervisie aanwezig
8. Evidence based diagnostiek
 - a. De diagnose van patiënten wordt niet gesteld op basis van evidence based diagnostiek waarbij semi-gestructureerde vragenlijsten of screeningsinstrumenten of zelfrapportagevragenlijsten zijn gebruikt
9. Evidence based behandelingen
 - a. Persoonlijkheidsstoornissen: Er is minimaal 1 evidence based behandelingen beschikbaar waaruit een keuze kan worden gemaakt
 - b. Eetstoornissen: De aanbieder kan CGT inzetten als behandeling

En

Voldoet aan de volgende structuurindicatoren, dit betekent:

10. Multidisciplinair team (MDT)
 - a. Er is een specifiek MDT voor eetstoornissen/ persoonlijkheidsstoornissen aanwezig.

En voldoet niet aan ten minste één van de twee patiëntervaringsindicatoren, dit betekent:

11. Familiebeleid en ervaringsdeskundige
 - a. Er is geen familievertrouwenspersoon of een ervaringsdeskundige(n) is beschikbaar.

Categorie 4: Voldoet niet

Voldoet niet aan één of meer van de kwaliteitsindicatoren, dit betekent:

1. Behandelplanning
 - a. Minder dan 70% van de patiënten heeft een behandelplan.
 - b. Minder dan 60% van de patiënten heeft binnen zes weken na intake een behandelplan.
2. Zorgprogramma
 - a. Er is geen zorgprogramma aanwezig.
 - b. Een overzicht van het aanbod van bewezen effectieve behandelingen maakt geen deel uit van het zorgprogramma.
 - c. Bij minder dan 50% van de patiënten wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering ingezet.
3. Somatische screening alleen bij eetstoornissen
 - a. Er wordt geen standaard somatische screening uitgevoerd bij alle patiënten met ernstige eetstoornissen.
4. Suïcidepreventiebeleid
 - a. Er is geen operationeel suïcidepreventiebeleid.

5. Evidence based behandelingen
 - a. Er worden geen evidence based behandelingen aangeboden (dit betreft CGT bij ernstige eetstoornissen)

en/of

Voldoet niet aan één of meer van de structuurindicatoren, dit betekent:

6. Multidisciplinair team (MDT)
 - a. Er is geen specifiek MDT voor eetstoornissen/ persoonlijkheidsstoornissen aanwezig.
7. Volume
 - a. Er zijn geen behandelingen in de betreffende doelgroep uitgevoerd in 2013.

3. Niet meegenomen indicatoren en vervallen indicatoren

Naast de indicatoren die opgenomen zijn in de kwaliteitsbenchmark van CZ groep zijn er meerdere criteria die een voorspeller zijn voor de kwaliteit van zorg. Echter vanwege verschillende redenen zijn deze criteria nog niet opgenomen in het selectieve inkoopbeleid van CZ groep. Hieronder wordt voor deze indicatoren aangegeven wat de overwegingen zijn geweest om een criterium op dit moment niet mee te nemen bij de inkoop van specialistische behandelingen bij ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

CZ groep werkt continue aan haar selectieve inkoopmodel waarbij elk jaar gekeken wordt welke verbeterlagen mogelijk zijn. Op basis van de resultaten voor het inkoopjaar 2017 wordt het inkoopmodel doorontwikkeld. Hierbij betreft CZ groep waar mogelijk ook relevante marktpartijen.

Indicator	Reden om de indicator niet mee te nemen
FTE gecertificeerde behandelaren	In de vragenlijst voor de selectieve inkoop 2016 is gevraagd naar een nadere specificatie van het aantal FTE dat in totaal beschikbaar is voor de behandeling van ernstige eetstoornissen en/of ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Deze informatie is gebruikt om zicht te krijgen op de verhouding tussen het aantal aangeboden behandelingen in deze doelgroep en het aantal beschikbare FTE's aan behandelaren. De resultaten lieten zien dat er geen opvallende uitschieters waren (veel behandelaren, weinig behandelingen of weinig behandelaren en veel behandelingen). De ontvangen informatie is echter niet valide genoeg om een classificatie op te baseren.
Rol ervaringsdeskundige	In de vragenlijst is naast de beschikbaarheid van een ervaringsdeskundige ook gevraagd naar de wijze waarop de ervaringsdeskundige wordt ingezet. Deze informatie wordt gebruikt als keuzeinformatie, maar wordt geen oordeel op gebaseerd. De antwoorden en de toelichtingen die gegeven zijn door aanbieders worden gebruikt voor de doorontwikkeling van het selectieve inkoopbeleid.
Ketenverantwoordelijkheid	De kwaliteitsinformatie over ketenverantwoordelijkheid heeft betrekking op het leveren van een <i>actieve</i> bijdrage aan de ontwikkeling van programma's op het gebied van terugvalpreventie, een <i>actieve</i> bijdrage aan de ontwikkeling van instrumenten voor diagnostiek en een <i>actieve</i> bijdrage aan de ontwikkeling van kennis. Op basis van de reactie op de vragen over ketenverantwoordelijkheid hebben wij moeten constateren dat de vragen op niet eenduidige wijze door de zorgaanbieders zijn geïnterpreteerd. Dit betekent dat wij voor 2017 en 2018 hebben besloten om de antwoorden niet mee

	te nemen in de waardering van de zorgaanbieders en indeling in categorieën.
Zorgaanbod	Van belang is dat gespecialiseerde behandelcentra over poliklinische, dagklinische en klinische capaciteit beschikken. Hierbij wordt aangenomen dat capaciteit van een bepaalde omvang noodzakelijk is voor een adequate infrastructuur en diversiteit om optimale behandelresultaten te behalen. Deze indicator is op dit moment nog niet goed te operationaliseren op basis van de uitgevraagde data waardoor deze indicator nog niet is opgenomen.
Aantal formele klachten	Formele klachten bij de klachtencommissie zijn op zichzelf geen teken van gebrekkige kwaliteit. Klachten zijn belangrijk om van te leren. Door een gemaximeerd aantal klachten als criterium te stellen, wordt mogelijk een perverse prikkel geïntroduceerd omdat men mogelijk wordt gestimuleerd om te allen tijde te voorkomen dat een klacht wordt geformaliseerd. De validiteit van de indicator is dus te beperkt.
Ziekteverzuim/ personeelsverloop	Een hoog ziekteverzuim (bijvoorbeeld >5%) en hoog personeelsverloop (bijvoorbeeld >10%) zijn vaak, maar niet altijd, het gevolg van organisatorische en aansturing problemen en in die gevallen gerelateerd aan kwaliteit van zorg. Het is echter ook mogelijk dat ziekteverzuim en personeelsverloop te maken hebben met factoren die buiten de invloedssfeer van de instelling liggen (bijvoorbeeld epidemie, toeval) of juist met een gewenste situatie (bijvoorbeeld reorganisatie). De validiteit van de indicator is dus te beperkt.
Keuzemogelijkheden	Het lijkt vanzelfsprekend dat patiënten standaard worden geïnformeerd over keuzemogelijkheden met kansen op succes en mogelijke bijwerkingen van behandeling (bijvoorbeeld tijdelijke verergering van de symptomen). In de klinische praktijk bestaat naar verwachting de nodige variatie op dit punt (bijvoorbeeld tussen locaties en individuele professionals). Ook in de MDR eetstoornissen wordt gesteld dat het belangrijk is bij het opstellen van het behandelplan de patiënt (en/of wettelijke vertegenwoordiger) zoveel mogelijk keuzes kunnen maken. Op dit moment is deze indicator nog niet geoperationaliseerd.
Vroegtijdige beëindiging van behandeling	Het percentage patiënten dat de behandeling vroegtijdig verlaat, tegen advies (dropout) dan wel gedwongen (pushout), is een belangrijke indicator van kwaliteit. Hoge percentages (bijvoorbeeld hoger dan 20 percent) duiden in de richting van problemen op het gebied van veiligheid, patiëntvriendelijkheid en organisatie. Vroegtijdige beëindiging kan echter niet gemakkelijk uit registraties worden afgeleid. Behandelprogramma's bestaan bovendien veelal uit opeenvolgende (step-up en step-down) onderdelen, waarbij de reden

	van een volgende stap in de behandeling niet betrouwbaar wordt geregistreerd.
Monitoring behandelintegriteit	Dit punt hangt samen met het voorgaande punt. Er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat de behandelintegriteit bij complexe behandelmethoden sterk gerelateerd is aan de veiligheid en effectiviteit. Deze gegevens pleiten voor continue bewaking van behandelintegriteit, bijvoorbeeld met behulp van adherence-metingen op basis van audiotapes en/of videotapes, en waar nodig bijsturing van de behandeling. Slechts weinig instellingen zijn bezig met de ontwikkeling en implementatie van dergelijke systemen. Voordat deze indicator valide is, zullen deze systemen eerst algemeen geaccepteerd moeten worden als 'best practice'.
Doelmatigheid	Doelmatigheid of kosteneffectiviteit is natuurlijk een belangrijke doelstelling. Er zijn op dit moment echter geen standaardmetingen van de kosteneffectiviteit. Gevraagd zou kunnen worden naar aantoonbaar beleid gericht op het bevorderen van de doelmatigheid. Het aantal instellingen dat hiermee bezig is, is echter buitengewoon beperkt, waardoor het criterium nauwelijks onderscheidende waarde heeft op dit moment.
Percentage patiënten dat niet herstelt	Los van de lastige definitie van herstel is deze indicator vooral voor interne evaluatie van belang maar niet geschikt om GGZ instellingen onderling te beoordelen omdat dit gerelateerd moet worden aan de aard, ernst en complexiteit van de instroom en de doelstelling van de behandeling..
Percentage patiënten dat binnen 2 jaar recidiveert	Deze indicator wordt niet standaard gemeten. Daarnaast is het gezien de aard en duur van de behandeling(en) vaak moeilijk te definiëren wanneer de 2 jaar follow-up periode in gaat.
Cliëntenraad	Dit is al geregeld in de contracten zodat aanbieders met een contract al voldoen aan de aanwezigheid van een cliëntenraad.
Sociale steunsysteem	Dit geldt voor de zorg in zijn algemeen en niet specifiek alleen voor deze doelgroep. Deze vraag is niet specifiek genoeg waardoor we geen eenduidige antwoorden krijgen. Er wordt gekeken hoe dit binnen het zorginkoopbeleid kan worden opgenomen
Hoofdbehandelaar	Dit is al geregeld in het contract zodat aanbieders met een contract al voldoen aan deze voorwaarde.

4. Dynamisch model

Het is in principe alleen mogelijk om aanpassingen door te voeren wanneer de scores van de zorgaanbieders op de verschillende indicatoren in de loop van de tijd veranderen. Op het moment dat er nieuwe data beschikbaar zijn gekomen, of als de zorgaanbieder aantoonbaar zijn werkwijze heeft aangepast, kan de zorgaanbieder dit, onderbouwd, aan ons doorgeven. Wij zullen dan waar nodig aanpassingen zo snel mogelijk 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 nu 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.

Bijlage 1: Vragenlijst

Vragenlijst ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Let op: vul de vragenlijst in van boven naar beneden en vul alle gele velden. Indien er een * staat, zie dan tabblad Begrippenlijst voor een nadere toelichting.

Disclaimer: Alle vragen in deze vragenlijst hebben betrekking op de zorgverlener met AGB-code genoemd bij vraag 1. CZ groep merkt op dat aanpassingen door u gemaakt in het format of de vragen van deze vragenlijst leiden tot ongeldigheid van deze vragenlijst.

Vraag	Antwoord	Toelichting	Ingevuld door
Administratie			
1	AGB Zorgverlener		Ingevuld door CZ groep.
2	Naam Zorgverlener		Ingevuld door CZ groep.
3	<p>Wat is de naam van de contactpersoon voor deze uitvraag? De contactpersoon moet CZ groep, indien nodig, aanvullende informatie kunnen verstrekken over de items die CZ groep uitvraagt in de vragenlijst. Dit houdt in dat deze contactpersoon ook aanvullende documenten dient aan te leveren indien CZ groep hier expliciet om vraagt, zoals het zorgprogramma, het suicidepreventiebeleid of afspraken over het multidisciplinair overleg.</p>	Vul de naam van de contactpersoon.	Ingevuld door aanbieder.
4	Wat is het telefoonnummer van deze contactpersoon?	Vul het telefoonnummer van de contactpersoon.	Ingevuld door aanbieder.

5	Wat is het e-mailadres van deze contactpersoon?		Vul het emailadres van de contactpersoon.	Ingevuld door aanbieder.
Aantal DBC's jaar T -2				
6	Wilt u in aanmerking komen voor een contract 2018 om behandelingen te leveren in de gespecialiseerde GGZ in enige productgroep persoonlijkheidsstoornissen van 3.000 minuten en meer voor CZ groep - OHRA - Delta Lloyd verzekerden?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
7	Het aantal unieke patiënten binnen uw praktijk/instelling (AGB), verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd, waarvoor in jaar T -2 een DBC persoonlijkheidsstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd volgens de CZ groep administratie.		Vul het aantal <i>unieke</i> patiënten verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren.	Ingevuld door CZ groep.
8	Het aantal unieke patiënten binnen uw praktijk/instelling (AGB), verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd, waarvoor in jaar T -2 een DBC persoonlijkheidsstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd volgens uw eigen administratie.		Vul het aantal <i>unieke</i> patiënten verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. Indien geen DBC's voor CZ groep-OHRA-Delta Lloyd patiënten, vul dan 0.	Ingevuld door aanbieder.
9	Het aantal unieke patiënten, van alle verzekeraars, waarvoor in jaar T -2 een DBC persoonlijkheidsstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd binnen uw praktijk/instelling	0	Vul hieronder het aantal <i>unieke</i> patiënten. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. Voor alle patiënten, dus niet enkel verzekerd bij CZ groep -	Automatisch door de vragenlijst.

(AGB) gespecificeerd naar DSM IV classificatie:		OHRA - Delta Lloyd. Indien geen DBC's vul dan 0.	
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Antisociale persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Borderline persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Theatrale persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Narcistische persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis			Ingevuld door aanbieder.
Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven			Ingevuld door aanbieder.

10	Hoeveel van het totaal aantal patiënten (totaal 0 patiënt(en)) hadden een klinische DBC?			Ingevuld door aanbieder.
11	Hoeveel van het totaal aantal patiënten (totaal 0 patiënt(en)) hadden een ambulante DBC?			Ingevuld door aanbieder.
Intake en behandelplan				
12	Voor hoeveel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, (van de totaal 0 patiënt(en)) was een behandelplan* opgesteld?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
13	Voor hoeveel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, (van de totaal 0 patiënt(en)) was binnen zes weken na de intake, een behandelplan* opgesteld?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
14	Hoeveel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, (van de totaal 0 patiënt(en)) hebben binnen zes weken na de start van de intake een terugkoppeling van de indicatiestelling ontvangen?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.

15	Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer met een klinische DBC (van de totaal patiënt(en)), vindt er minimaal eens per zes weken een evaluatie plaats van het behandelplan met de patiënt?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
16	Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer met een ambulante DBC (van de totaal patiënt(en)), vindt er minimaal eens per 3 maanden een evaluatie plaats van het behandelplan met de patiënt?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
Kwaliteitsnormen				
17	Is de diagnose bij alle patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer (van de totaal 0 patiënt(en)) gesteld op basis van evidence based diagnostiek*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
18	Gebruikt u (semi-) gestructureerde interviews voor de evidence based diagnostiek* bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
19	Welke (semi-) gestructureerde interviews gebruikt u voor de evidence based diagnostiek* bij		Open vraag. Vul de soorten (semi-) gestructureerde interviews.	Ingevuld door aanbieder.

	ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?			
20	Gebruikt u (nog) andere programma's/methodes voor de evidence based diagnostiek behalve (semi-) gestructureerde interviews bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
21	Welke andere programma's/methodes gebruikt u voor evidence based diagnostiek bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Open vraag. Vul de programma's/methodes.	Ingevuld door aanbieder.
22	Heeft u een zorgprogramma* voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
	Zo ja, welke van de onderstaande aspecten zijn opgenomen in elk zorgprogramma voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?			
22a	Evidence based behandelingen*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22b	Exclusiecriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22c	Inclusiecriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

22d	Uitstroomcriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22e	Opschaalcriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22f	Traject voor de behandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22g	Traject tijdens de behandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22h	Traject na de behandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22i	Ketenzorg*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22j	Systeembehandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
23	Voor hoeveel van de patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer (van de totaal 0 patiënt(en)) wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering* ingezet?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
24	Maakt u gebruik van de evidence based behandeling schemagerichte therapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
25	Maakt u gebruik van de evidence based behandeling dialectische gedragstherapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

26	Maakt u gebruik van de evidence based behandeling mentalisation based therapy bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
27	Maakt u gebruik van andere behandelingen bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
28	Welke andere behandelingen gebruikt u bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Open vraag. Vul de andere behandelingen.	Ingevuld door aanbieder.
29	Welke behandeling past u het meest toe bij de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Open vraag. Vul de behandeling die het meest wordt toegepast bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*.	
30	Hoeveel FTE's zijn er totaal beschikbaar voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen* (als behandelaar)?		Vul aantal behandelaren in FTE's.	Ingevuld door aanbieder.
31	Hoeveel FTE's aan gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor schemagerichte therapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul aantal gecertificeerde behandelaren in FTE's.	Ingevuld door aanbieder.
32	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor dialectische gedragstherapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul aantal gecertificeerde behandelaren in FTE's.	Ingevuld door aanbieder.
33	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor mentalisation based therapy bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen*?		Vul aantal gecertificeerde behandelaren in FTE's.	Ingevuld door aanbieder.

34	Voert uw praktijk/instelling (AGB) standaard bij alle cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis*, binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, een somatische screening uit?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
35	Beschikt uw praktijk/instelling (AGB) over een operationeel suïcidepreventiebeleid* conform de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (2012)?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
36	Wordt na een poging tot of een daadwerkelijke suïcide, standaard een procesevaluatie verricht waarvan de uitkomst de basis is tot aanpassing van het beleid?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
37	Worden suïcidepogingen en suïcides geëvalueerd in een specifiek daarvoor bedoeld overleg?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
Structuurnormen				
38	Is er een multidisciplinair team* of extern multidisciplinair samenwerkingsverband* aanwezig in uw praktijk/instelling (AGB) waar casusbespreking van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer plaatsvindt?		Vul een waarde uit het keuzemenu behorende bij deze cel.	Ingevuld door aanbieder.

	Welke van de onderstaande disciplines zijn vertegenwoordigd in elk multidisciplinair team* cq. in het externe multidisciplinaire samenwerkingsverband* waar casusbespreking van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* plaatsvindt?			
38a	Psychiater		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38b	Klinisch psycholoog		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38c	Psychotherapeut		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38d	GZ-psycholoog		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38e	Vaktherapeut		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38f	Sociotherapeut		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38g	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
38h	Verpleegkundig specialist		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
39	Beschikt uw praktijk/instelling (AGB) over een operationeel systeem van continue training, supervisie en intervisie*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

Patiëntervaringen				
40	Maakt uw praktijk/instelling gebruik van ervaringsdeskundige(n)* bij de behandeling van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
	Hoe maakt uw praktijk/instellingen gebruik van een ervaringsdeskundige(n)*?			
40a	De ervaringsdeskundige(n)* heeft zitting in de cliëntenraad. Minimaal 1 lid van de cliëntenraad heeft/had een ernstige persoonlijkheidsstoornis*.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
40b	De ervaringsdeskundige(n)* treedt op als contactpersoon voor familie/cliënten.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
40c	De ervaringsdeskundige(n)* geeft binnen het zorgprogramma* toelichting aan familie/cliënten.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
40d	De ervaringsdeskundige(n)* is HBO gediplomeerd, in dienst bij uw praktijk/instelling en maakt onderdeel uit van het behandelteam.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
40e	Anders, namelijk:		Open vraag. Vul hoe gebruik wordt gemaakt van de ervaringsdeskundige*. Maakt uw praktijk/instelling niet op een andere manier gebruik van de	Ingevuld door aanbieder.

			ervaringsdeskundige(n)*, vul dan Nee.	
41	Beschikt uw praktijk/instelling (AGB) over een familiebeleid* voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
Toelichting				
42	Ruimte voor toelichting. Dit is de laatste "vraag" van de vragenlijst ernstige persoonlijkheidsstoornissen.		Vrij tekstveld.	Ingevuld door aanbieder.

Vragenlijst ernstige eetstoornissen

Let op: vul de vragenlijst in van boven naar beneden en vul alle gele velden. Indien er een * staat, zie dan tabblad Begrippenlijst voor een nadere toelichting.

Disclaimer: Alle vragen in deze vragenlijst hebben betrekking op de zorgverlener met AGB-code genoemd bij vraag 1. CZ groep merkt op dat aanpassingen door u gemaakt in het format of de vragen van deze vragenlijst leiden tot ongeldigheid van deze vragenlijst.

Vraag	Antwoord	Toelichting	Ingevuld door
-------	----------	-------------	---------------

Administratie				
1	AGB Zorgverlener			Ingevuld door CZ groep.
2	Naam Zorgverlener			Ingevuld door CZ groep.
3	<p>Wat is de naam van de contactpersoon voor deze uitvraag? De contactpersoon moet CZ groep, indien nodig, aanvullende informatie kunnen verstrekken over de items die CZ groep uitvraagt in de vragenlijst. Dit houdt in dat deze contactpersoon ook aanvullende documenten dient aan te leveren indien CZ groep hier expliciet om vraagt, zoals het zorgprogramma, het suicidepreventiebeleid of afspraken over het multidisciplinair overleg.</p>		Vul de naam van de contactpersoon.	Ingevuld door aanbieder.
4	Wat is het telefoonnummer van deze contactpersoon?		Vul het telefoonnummer van de contactpersoon.	Ingevuld door aanbieder.
5	Wat is het e-mailadres van deze contactpersoon?		Vul het emailadres van de contactpersoon.	Ingevuld door aanbieder.
Aantal DBC's jaar T -2				

6	Wilt u in aanmerking komen voor een contract 2018 om behandelingen te leveren in de gespecialiseerde GGZ in enige productgroep eetstoornissen van 3.000 minuten en meer voor CZ groep - OHRA - Delta Lloyd verzekerden?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
7	Het aantal unieke patiënten binnen uw praktijk/instelling (AGB), verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd, waarvoor in jaar T -2 een DBC eetstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd volgens de CZ groep administratie.		Vul het aantal <i>unieke</i> patiënten verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren.	Ingevuld door CZ groep.
8	Het aantal unieke patiënten binnen uw praktijk/instelling (AGB), verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd, waarvoor in jaar T -2 een DBC eetstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd volgens uw eigen administratie.		Vul het aantal <i>unieke</i> patiënten verzekerd bij CZ groep-OHRA-Delta Lloyd. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. Indien geen DBC's voor CZ groep-OHRA-Delta Lloyd patiënten, vul dan 0.	Ingevuld door aanbieder.
9	Het aantal unieke patiënten, van alle verzekeraars, waarvoor in jaar T -2 een DBC eetstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd binnen uw praktijk/instelling (AGB) gespecificeerd naar DSM IV classificatie:	0	Vul hieronder het aantal <i>unieke</i> patiënten. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. Voor alle patiënten, dus niet enkel verzekerd bij CZ groep - OHRA - Delta Lloyd. Indien geen DBC's vul dan 0.	Automatisch door de vragenlijst.

	Anorexia nervosa			Ingevuld door aanbieder.
	Boulimia nervosa			Ingevuld door aanbieder.
	Eetstoornissen Niet Anderszins Omschreven			Ingevuld door aanbieder.
10	Hoeveel van het totaal aantal patiënten (totaal 0 patiënt(en)) hadden een klinische DBC?			Ingevuld door aanbieder.
11	Hoeveel van het totaal aantal patiënten (totaal 0 patiënt(en)) hadden een ambulante DBC?			Ingevuld door aanbieder.
Intake en behandelplan				
12	Voor hoeveel patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, (van de totaal 0 patiënt(en)) was een behandelplan* opgesteld?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
13	Voor hoeveel patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, (van de totaal 0 patiënt(en)) was binnen zes weken na de intake, een behandelplan* opgesteld?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.

14	Hoeveel patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, (van de totaal 0 patiënt(en)) hebben binnen zes weken na de start van de intake een terugkoppeling van de indicatiestelling ontvangen?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
15	Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer met een klinische DBC (van de totaal patiënt(en)), vindt er minimaal eens per zes weken een evaluatie plaats van het behandelplan met de patiënt?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
16	Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer met een ambulante DBC (van de totaal patiënt(en)), vindt er minimaal eens per 3 maanden een evaluatie plaats van het behandelplan met de patiënt?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
Kwaliteitsnormen				

17	Is de diagnose bij alle patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer (van de totaal 0 patiënt(en)) gesteld op basis van evidence based diagnostiek*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
18	Gebruikt u (semi-) gestructureerde interviews voor de evidence based diagnostiek* bij ernstige eetstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
19	Welke (semi-) gestructureerde interviews gebruikt u voor de evidence based diagnostiek* bij ernstige eetstoornissen*?		Open vraag. Vul de soorten (semi-) gestructureerde interviews.	Ingevuld door aanbieder.
20	Gebruikt u (nog) andere programma's/methodes voor de evidence based diagnostiek behalve (semi-) gestructureerde interviews bij ernstige eetstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
21	Welke andere programma's/methodes gebruikt u voor de evidence based diagnostiek bij ernstige eetstoornissen*?		Open vraag. Vul de programma's/methodes.	Ingevuld door aanbieder.
22	Heeft u een zorgprogramma* voor patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

	Zo ja, welke van de onderstaande aspecten zijn opgenomen in elk zorgprogramma voor patiënten met ernstige eetstoornissen*?			
22a	Evidence based behandelingen*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22b	Exclusiecriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22c	Inclusiecriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22d	Uitstroomcriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22e	Opschaalcriteria*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22f	Traject voor de behandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22g	Traject tijdens de behandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22h	Traject na de behandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22i	Ketenzorg*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
22j	Systeembehandeling*		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

23	Voor hoeveel van de patiënten met ernstige eetstoornissen* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer (van de totaal 0 DBC's) wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering* ingezet?		Vul het aantal patiënten.	Ingevuld door aanbieder.
24	Maakt u gebruik van de evidence based behandeling Cognitieve gedragstherapie bij ernstige eetstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
25	Maakt u gebruik van de evidence based behandeling Interpersoonlijke therapie bij ernstige eetstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
26	Maakt u gebruik van andere behandelingen bij ernstige eetstoornissen*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
27	Welke andere behandelingen gebruikt u bij ernstige eetstoornissen*?		Open vraag. Vul de andere behandelingen.	Ingevuld door aanbieder.
28	Welke behandeling past u het meest toe bij de behandeling van ernstige eetstoornissen*?		Open vraag. Vul de behandeling die het meest wordt toegepast bij ernstige eetstoornissen*.	
29	Hoeveel FTE's zijn er totaal beschikbaar voor de behandeling van ernstige eetstoornissen* (als behandelaar)?		Vul aantal behandelaren in FTE's.	Ingevuld door aanbieder.

30	Voert uw praktijk/instelling (AGB) standaard bij alle cliënten met een ernstige eetstoornis*, binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer, een somatische screening uit?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
31	Beschikt uw praktijk/instelling (AGB) over een operationeel suïcidepreventiebeleid* conform de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (2012)?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
32	Wordt na een poging tot of een daadwerkelijke suïcide, standaard een procesevaluatie verricht waarvan de uitkomst de basis is tot aanpassing van het beleid?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
33	Worden suïcidepogingen en suïcides geëvalueerd in een specifiek daarvoor bedoeld overleg?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
Structuurnormen				
34	Is er een multidisciplinair team* of extern multidisciplinair samenwerkingsverband* aanwezig in uw praktijk/instelling (AGB) waar casusbespreking van patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep		Vul een waarde uit het keuzemenu behorende bij deze cel.	Ingevuld door aanbieder.

	van 3.000 minuten en meer plaatsvindt?			
	Welke van de onderstaande disciplines zijn vertegenwoordigd in elk multidisciplinair team* cq. in het externe multidisciplinaire samenwerkingsverband* waar casusbespreking van patiënten met een ernstige eetstoornis* plaatsvindt?			
34a	Psychiater		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34b	Klinisch psycholoog		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34c	Psychotherapeut		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34d	GZ-psycholoog		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34e	Vaktherapeut		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34f	Sociotherapeut		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34g	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

34h	Verpleegkundig specialist		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34i	Diëtist		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
34j	Somatische arts		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
35	Beschikt uw praktijk/instelling (AGB) over een operationeel systeem van continue training, supervisie en intervisie*?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
Patiëntervaringen				
36	Maakt uw praktijk/instelling gebruik van ervaringsdeskundige(n)* bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
	Hoe maakt uw praktijk/instellingen gebruik van een ervaringsdeskundige(n)*?			
36a	De ervaringsdeskundige(n)* heeft zitting in de cliëntenraad. Minimaal 1 lid van de cliëntenraad heeft/had een ernstige eetstoornis*.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.

36b	De ervaringsdeskundige(n)* treedt op als contactpersoon voor familie/cliënten.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
36c	De ervaringsdeskundige(n)* geeft binnen het zorgprogramma* toelichting aan familie/cliënten.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
36d	De ervaringsdeskundige(n)* is HBO gediplomeerd, in dienst bij uw praktijk/instelling en maakt onderdeel uit van het behandelteam.		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
36e	Anders, namelijk:		Open vraag. Vul hoe gebruik wordt gemaakt van de ervaringsdeskundige*. Maakt uw praktijk/instelling niet op een andere manier gebruik van de ervaringsdeskundige(n)*, vul dan Nee.	Ingevuld door aanbieder.
37	Beschikt uw praktijk/instelling (AGB) over een familiebeleid* voor patiënten met een ernstige eetstoornis* binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?		Vul Ja of Nee.	Ingevuld door aanbieder.
Toelichting				

38

Ruimte voor toelichting.
Dit is de laatste "vraag"
van de vragenlijst
ernstige eetstoornissen.

Vrij tekstveld.

Ingevuld
door
aanbieder.

Disclaimer

CZ groep heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van de toetsen en indicatoren. De criteria en normen die zijn gebruikt, zijn waar mogelijk gebaseerd op de laatste standaarden en inzichten. CZ groep aanvaardt echter geen aansprakelijkheid voor onjuistheden of onvolledigheden van informatie afkomstig van derden, hoewel die informatie wel zoveel mogelijk door CZ groep is gevalideerd. CZ groep aanvaardt derhalve geen aansprakelijkheid voor schade, overlast, ongemak of andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de door CZ groep verstrekte informatie.

Gebruikers kunnen geen rechten ontleen aan de inhoud van de rangschikking. Hoewel de rangschikking na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen, kan CZ groep aan verzekerden geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ groep, April 2017

Literatuurverwijzingen

-
- ⁱ Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGz (2008). Multidisciplinaire richtlijn eetstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- ⁱⁱ Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGz (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- ⁱⁱⁱ Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999). *Somatische zorg in APZ'en*. Den Haag: IGZ.
- ^{iv} GGZ Nederland (2001). Kwaliteitsnormen voor Somatische zorg in de GGZ. Amersfoort: GGZN.
- ^v 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.
- ^{vi} Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Van Vliet, I.M., Van Fenema, E.M., Van der Wee n, & J.A., Zitman, F.G. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 54, 2, 121-128.
- ^{vii} Stuurgroep Eetstoornissen Nederland (1998). *Gespecialiseerde zorg voor patiënten met een eetstoornis: eindrapport*. Stuurgroep Eetstoornissen Nederland
- ^{viii} NICE clinical guideline 78 (2009). Borderline personality disorder: Treatment and management. Available at www.nice.org.uk.