

Verantwoordingsdocument

Selectieve Inkoop Ernstige Persoonlijkheidsstoornissen 2021



Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Toelichting selectief inkoopbeleid | 3 |
| 1.1 | Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling | 3 |
| 1.2 | Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra | 4 |
| 1.3 | Algemeen kader selectief inkoopbeleid GGZ | 4 |
| 1.4 | Categorie-indeling selectief inkoopbeleid | 5 |
| 1.5 | Afbakening van doelgroepen en DBC's | 5 |
| 2 | Indicatoren en selectie | 6 |
| 2.1 | Kwaliteitsindicatoren | 7 |
| 2.2 | Structuurindicatoren | 11 |
| 2.3 | Patiëntervaringen | 12 |
| 2.4 | Samenvatting indicatoren | 13 |
| 3 | Dynamisch model | 16 |
| | Bijlage 1: Vragenlijst | 17 |
| | Literatuurverwijzingen | 22 |
| | Disclaimer | 23 |

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 2021 voort op het selectieve inkoopbeleid van de afgelopen jaren. In dit document vertellen wij alles over ons selectieve inkoopmodel 2021 voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Ook dit jaar hebben wij voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen geen nieuwe uitvraag gedaan. Dit jaar bezinnen wij ons op ons selectief inkoopbeleid, mede met het oog op de introductie van de nieuwe productstructuur voor de GGZ. 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 2021 voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen toegelicht. In dit inleidende hoofdstuk 1 leest u over de algemene ontwikkelingen in ons selectieve inkoopbeleid. In hoofdstuk 2 worden de geselecteerde kwaliteitsindicatoren uitgewerkt. In hoofdstuk 3 staat hoe CZ groep omgaat met nieuwe prestaties en gegevens gedurende het jaar. En u leest hoe CZ groep het selectieve inkoopbeleid in de toekomst nog verder wil ontwikkelen richting een meer waardegedreven aanpak.

1.1 Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling

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

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ groep, bij voorkeur samen met de wetenschappelijke verenigingen, 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 waardegerichte zorginkoop of (aanvullend) selectief inkoopbeleid wenselijk is en op welke manier. Zo hebben we vorig jaar onze visie op de verbetering van de kwaliteit van de zorg voor mensen met blaas- of nierkanker gepubliceerd. Voor meer informatie over onze visie op kwaliteit kunt terecht op

onze website¹. Tevens bekijken we hoe we de huidige selectieve inkoop verder kunnen doorontwikkelen. Een voorbeeld daarvan is de inkoop van bariatrische zorg, die is doorontwikkeld naar een meer waardegedreven aanpak. Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ groep geen aanvullend selectief inkoopbeleid (meer) voeren. Wij blijven wel de kwaliteits-indicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft.

1.2 Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra

Startende aanbieders

Nieuwe aanbieders, dat wil zeggen aanbieders die in 2019 of 2020 geen overeenkomst hadden met CZ groep voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, kunnen bij CZ groep vragen om een beoordeling in het kader van de selectieve inkoop. Om voor een aanvullend contract voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen te komen, dient de zorgaanbieder echter eerst ten minste één jaar een basiscontract met CZ groep te hebben. Daarna kunnen zorgaanbieders een aanvraag doen voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Na ontvangst van hun gegevens, is een tweede toets of CZ groep het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. 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. 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.

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 tijdspad 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.

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 waardegedreven zorginkoop. Uitgangspunt hierbij is het inkopen van zorg die zoveel mogelijk waarde toevoegt voor de patiënt. Het gaat om zorg die op de juiste plek door de juiste zorgaanbieder geleverd wordt, die aansluit bij de behoeften van de patiënt, en dat alles tegen acceptabele kosten. Het generieke model is in eerste instantie uitgewerkt voor de ziekenhuiszorg en wordt sinds een aantal jaar ook toegepast in de GGZ.

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

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

Indicatoren die niet met bestaande registraties worden uitgevraagd, maar wel cruciaal zijn voor het selectief inkoopbeleid, neemt CZ groep op in een vragenlijst die we rechtstreeks uitzetten bij de aanbieders. CZ groep verwerkt daarna alle gegevens. Voordat deze definitief zijn, verifiëren alle aanbieders de scores op de gebruikte indicatoren in een hoor/wederhoorprocedure. Ten slotte publiceren wij de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden. Het is cruciaal dat dan alle informatie volledig is en klopt. Daarom vragen wij iedere aanbieder in een bestuursverklaring of de aangeleverde informatie naar waarheid is ingevuld.

CZ groep beoordeelt alleen aanbieders die deze

¹ <https://www.cz.nl/zorgaanbieder/zorginkoopbeleid/visie-op-kwaliteit>

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.

Omdat we voor de selectieve inkoop van ernstige persoonlijkheidsstoornissen geen nieuwe uitvraag doen, is bovenstaande algemene procedure niet van toepassing. De informatie die op onze website is gepubliceerd is afkomstig van de eerdere uitvraag.

1.4 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

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

Categorie 1: Beste zorg

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

Categorie 2: Goede zorg

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

Categorie 3: Kan Beter

Zorgaanbieders die wel gecontracteerd worden, maar waar volgens de kwaliteitskaders van CZ groep voor deze zorg de randvoorwaarden voor goede zorg nog niet goed genoeg zijn en verbetering behoeven. 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/zorgvinder). Indien zorgaanbieders besluiten zich terug te trekken, dienen zij zich af te melden via inkoop.sggz.instellingen@cz.nl. De zorgaanbieder zal dan niet langer op de Zorgvinder getoond worden als aanbieder van ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

1.5 Afbakening van doelgroepen en DBC's

Het selectieve inkoopbeleid beperkt zich vooralsnog tot de specialistische behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Op basis van onderstaande criteria is de doelgroep afgebakend.

Hoofddiagnose

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

Zorgvraagzwaarte en zorgzwaarte

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

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

- 1 Een nevendiagnose uit een andere hoofddiagnosegroep;
- 2 GAF score ≤ 50 ;
- 3 Complicerende factor(en) op as 3 en 4;
- 4 In de afgelopen vijf jaar een behandeling in de gespecialiseerde GGZ voor dezelfde diagnose.

DBC's

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

Indicatoren en selectie

De zorgaanbieders worden ingedeeld in vier categorieën. De indeling wordt bepaald door elk van de aanbieders 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 behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen en die volgens CZ groep inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg.

CZ groep heeft gedurende drie jaar 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. Net als bij de start van selectieve inkoop van borstkankerzorg, probeert CZ groep op deze manier de ontwikkeling van veldnormen in de GGZ op gang te brengen. Zo beogen wij een kwaliteitsimpuls te geven aan de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. De ontwikkeling van veldnormen in de GGZ loopt namelijk achter op die in de medisch specialistische zorg. Ook op het gebied van kwaliteitsindicatoren en bijbehorende data is de GGZ nog niet zo ver. Sterker nog, met de discussie rondom privacy is de aanlevering van uitkomstinformatie zelfs verstoord geraakt en is een stap terug gedaan. Kwaliteitsinformatie over de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen vormt hierop geen uitzondering. Wij maken ons daar zorgen over. Wij hechten derhalve grote waarde aan het behoud van ons selectieve inkoopbeleid, ook al gaat het daarbij om proces- en structuurinformatie en (vooralsnog) niet om uitkomstinformatie.

We zitten echter niet stil. Vorig jaar hebben we werksessies georganiseerd om met patiënten en deskundigen uit het veld na te denken over de doorontwikkeling van de selectieve inkoop. Dit heeft voor de selectieve inkoop van

ernstige eetstoornissen geleid tot een nieuwe vragenlijst voor de selectieve inkoop 2020. Voor de selectieve inkoop van ernstige persoonlijkheidsstoornissen hebben de werksessies niet geleid tot concrete handvatten voor aanpassing van de vragenlijst. Wel is expliciet uitgesproken dat de selectieve inkoop zich niet zo moeten beperken tot borderline persoonlijkheidsstoornissen, maar een brede insteek zou moeten houden. In de tweede helft van dit jaar zullen we verder onderzoeken op welke wijze we dit beleid kunnen doorontwikkelen. We nemen de introductie van de nieuwe productstructuur in de GGZ vanzelfsprekend mee bij de invulling hiervan. Voor het huidige selectieve inkoopbeleid zijn de geselecteerde indicatoren onder te verdelen in de volgende categorieën (waarbij de volgorde de vragenlijst volgt):

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

De volgende selectie van indicatoren is hieruit ontstaan:

Kwaliteitsindicatoren

- 1 Behandelpanning
 - 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 Suicide preventiebeleid

- 8 Routine Outcome Monitoring
- 9 Training en supervisie

Structuurindicatoren

- 10 Multidisciplinair team (MDT):
 - a Aanwezigheid van een specifiek MDT voor 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 Behandelpanning

In algemene zin, maar zeker ook bij de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, is een goede inrichting van de behandelpanning 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 richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 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 behandelpanning 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).

CZ groep is van mening dat voor alle zorg een behandelplan met duidelijke behandeldoelen opgesteld moet zijn. We hebben gekozen voor een absoluut minimum van 70% van de patiënten om nog voor een overeenkomst in aanmerking te kunnen komen. Daarom stellen wij dat indien bij minder dan 70% van de patiënten een behandelplan is opgesteld, de zorgaanbieder in categorie 4 (voldoet niet) terecht komt.

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 patiënten doen komen in categorie 1 (beste zorg) terecht. Aanbieders die dit bij minimaal 75% van de patiënten doen komen in categorie 2 (goede zorg) terecht. Aanbieders die dit bij minder dan 75% van de patiënten doen, komen in categorie 3 (kan beter) terecht.

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.

(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 borderline-persoonlijkheidsstoornis vast te stellen.

Als voorbeeld van geschikte zelfrapportage lijsten 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.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Bij de diagnostiek dient gebruik gemaakt te worden van gevalideerde (semi)-gestructureerde interviews c.q. vragenlijsten. Als een aanbieder hier geen gebruik van maakt, komt de zorgaanbieder in categorie 3 (kan beter).

Maakt de zorgaanbieder gebruik van screenings-instrumenten of zelfrapportage lijsten, dan komt deze in categorie 2 (goede zorg). Maakt de zorgaanbieder gebruik van (semi-)gestructureerde interviews, dan komt deze in categorie 1 (beste 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. 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 ernstige 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 zorgprogramma² 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 te bevatten. Aanbieders die acht of negen 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 acht 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. Als een zorgaanbieder niet werkt met een zorgprogramma, of als het aanbod van bewezen effectieve behandelingen niet is opgenomen in het zorgprogramma, dan voldoet de zorgaanbieder niet aan onze kwaliteitsnormen en komt deze niet in aanmerking voor een overeenkomst voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen (categorie 4, voldoet niet).

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

Voor het bereiken van een optimaal behandelresultaat is het noodzakelijk dat men gebruik maakt van evidence based behandelingen. Ook voor de doelmatigheid is het noodzakelijk om van evidence based behandelingen gebruik te maken. Voor evidence based behandelingen is namelijk aangetoond dat ze ook daadwerkelijk effectief zijn (c.q. kunnen zijn, want niet bij iedereen slaat de behandeling aan).

De volgende evidence based behandelingen kunnen worden toegepast 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. Dat men 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 één 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.

² 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.

CZ groep vindt dan ook dat men bij persoonlijkheidsstoornissen ten minste meerdere van de hierboven genoemde 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.

Aanbieders die **geen** van de hierboven genoemde 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. De uitvoering van de eerste somatische screening dient enerzijds gericht te zijn op alle aandoeningen die invloed kunnen hebben op het psychiatrisch toestandbeeld en eventueel diagnostisch uitgesloten moeten worden en anderzijds op alle te verwachten complicaties van eventuele farmacotherapie. CZ groep is daarom van mening dat 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 persoonlijkheidsstoornis (zowel ambulante als klinisch), is er in onze optiek sprake van een ernstig kwaliteitsprobleem.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

CZ groep vindt het dus noodzakelijk dat er standaard een somatische screening wordt uitgevoerd. Als een zorgaanbieder voor persoonlijkheidsstoornissen niet standaard een somatische screening uitvoert, komt deze in categorie 3 (kan beter) terecht.

2.1.7 Suïcidepreventie

Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïciditeit. Dit geldt zeker voor patiënten in gespecialiseerde behandelcentra voor 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. De multidisciplinaire richtlijn geeft handvatten voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Ten aanzien van ketensamenwerking geldt onder meer dat het suïciderisico van een patiënt stevast besproken moet worden bij iedere interne en externe verwijzing. Het leren van suïcides en suïcidepogingen kan worden bevorderd door het instellen van een suïcide(preventie) commissie op instellingsniveau.

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 weliswaar een suïcidepreventiebeleid hebben, maar (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, verantwoord worden 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. Wij blijven ROM zien als een belangrijk hulpmiddel bij het vormgeven van de kwaliteitscyclus van de zorgaanbieder. Wij vinden ROM zo belangrijk, dat wij de routinematige uitvoering ervan rekenen tot de belangrijkste normen voor kwalitatief hoogwaardige zorg. In ons inkoopbeleid willen wij voorlopig dan ook blijven sturen op het transparant maken van uitkomst-informatie met het oog op inzicht in de effectiviteit van de behandeling. De landelijke doorontwikkeling van meetinstrumenten ligt nu bij Akwa GGZ. Wij volgen deze ontwikkelingen.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

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

- 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.

2.1.9 Training en supervisie

Behandelingen van ernstige persoonlijkheidsstoornissen vereisen een hoge mate van expertise en specialisatie. Daarvoor is doorgaans aanvullende opleiding en certificering nodig. 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 patiënt-gebonden 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 vier 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 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, onze kwaliteitsuitvraag 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 behandel aanbod, richt CZ groep zich op andere kwaliteitsnormen, zoals structuurnormen en patiënt-ervaringen. 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 ernstige 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

Richtlijnen geven aan 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 persoonlijkheidsstoornis. Deze multidisciplinariteit is vereist om patiënten op een veilige en verantwoorde manier te kunnen behandelen vanuit een biopsychosociaal perspectief. In de Britse richtlijn voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis 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 verpleegkundig specialist(en).

Selectief inkoopbeleid CZ groep

De beschikbaarheid en samenstelling van een multidisciplinair team vinden wij een essentiële randvoorwaarde voor goede kwaliteit zorg. Zorgaanbieders die niet over een multidisciplinair samengesteld team (MDT) beschikken, komen in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep) terecht. 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 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.

2.2.2 Volume

In de GGZ beschikken we vooralsnog niet over specifieke volumenormenten. Echter, CZ groep is van mening dat een zeker volume noodzakelijk is om ervaring met deze specialistische behandeling te verkrijgen en te behouden. Uit gesprekken met veldpartijen kwam naar voren dat volume wel een rol speelt bij de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen, maar dat de volumenorment 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 volumenorment in ieder geval gekeken moet worden naar de volgende aspecten:

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

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 familieverzorgingspersoon, ervaringsdeskundige) bij elke behandeling daadwerkelijk betrokken dienen te zijn, maar dat een zorgaanbieder alle disciplines, die het beste de zorgvraag van de patiënt kunnen beantwoorden, moet kunnen inzetten. De patiënt zal immers als beste zorg die instelling ervaren die deze zorg direct op indicatie van zijn behoefte kan leveren.

CZ groep heeft vooralsnog twee indicatoren opgenomen die inzicht geven in de patiëntervaringen van de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

2.3.1 Familievertrouwenspersoon

Het is van belang dat elke zorgaanbieder beschikt over een familievertrouwenspersoon. Deze hoeft niet specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen 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 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. Zet een zorgaanbieder geen van beide disciplines in, dan komt deze in categorie 3 (kan beter).

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 en kwaliteitsnormen vastgesteld. De randvoorwaarden (ofwel minimale eisen) 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 verbeteringsignalen wordt de categorie-indeling gevuld.

De randvoorwaarden/minimale eisen worden hieronder nog extra toegelicht.

Toelichting randvoorwaarden/ minimale eisen

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 persoonlijkheidsstoornissen.

- 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 Aanwezigheid van een operationeel suïcidepreventiebeleid.
- 7 Aanbod van evidence based behandelingen.
- 8 Aanwezigheid van een multidisciplinair team.
- 9 Volume (minimum aantal behandelingen is 1).

De vragenlijst is opgenomen in bijlage 1. Hieronder volgt een samenvatting van de voorwaarden per categorie.

| | Kwaliteitsnormen | Voldoet niet | Kan Beter | Goede Zorg | Beste Zorg |
|----|---|--|---|---|---|
| 1 | Behandelplan | De zorgaanbieder stelt voor minder dan 70% van de patiënten een behandelplan op. | De zorgaanbieder stelt voor ten minste 70% van de patiënten een behandelplan op. | De zorgaanbieder stelt voor ten minste 80% van de patiënten een behandelplan op. | De zorgaanbieder stelt voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan op. |
| 2 | Termijn behandelplan | De zorgaanbieder stelt voor minder dan 60% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan op. | De zorgaanbieder stelt voor ten minste 60% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan op. | De zorgaanbieder stelt voor ten minste 70% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan op. | De zorgaanbieder stelt voor ten minste 80% van de patiënten binnen zes weken een behandelplan op. |
| 3 | Evaluatie behandelplan | | De zorgaanbieder evalueert het behandelplan voor minder dan 75% van de patiënten minimaal eens per zes weken bij een klinische behandeling en minimaal eens per drie maanden bij een poliklinische behandeling. | De zorgaanbieder evalueert het behandelplan voor ten minste 75% van de patiënten minimaal eens per zes weken bij een klinische behandeling en minimaal eens per drie maanden bij een poliklinische behandeling. | De zorgaanbieder evalueert het behandelplan voor ten minste 90% van de patiënten minimaal eens per zes weken bij een klinische behandeling en minimaal eens per drie maanden bij een poliklinische behandeling. |
| 4 | Terugkoppeling na intake | | Bij minder dan 80% van de patiënten vindt binnen zes weken na start van de intake een terugkoppeling plaats. | Bij ten minste 80% van de patiënten vindt binnen zes weken na start van de intake een terugkoppeling plaats. | Bij ten minste 90% van de patiënten vindt binnen zes weken na start van de intake een terugkoppeling plaats. |
| 5 | Zorgprogramma en evidence based behandelingen | Er wordt niet gewerkt met een zorgprogramma óf het zorgprogramma bevat niet het aanbod van bewezen effectieve behandelingen. | Er wordt gewerkt met een zorgprogramma maar dit bevat minder dan 8 van de 10 beschreven elementen (waaronder ten minste het aanbod van bewezen effectieve behandelingen). | Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar ten minste 8 van de 10 beschreven elementen (waaronder ten minste het aanbod van bewezen effectieve behandelingen). | Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar alle 10 beschreven elementen. |
| 6 | Inzet zorgprogramma | De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij minder dan 50% van de patiënten. | De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij ten minste 50% van de patiënten. | De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij ten minste 80% van de patiënten. | De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij ten minste 90% van de patiënten. |
| 7 | Evidence based behandelingen | De zorgaanbieder biedt géén evidence based behandelingen aan. | De zorgaanbieder kan één evidence based behandeling bieden. | De zorgaanbieder kan twee evidence based behandelingen bieden. | De zorgaanbieder kan ten minste drie evidence based behandelingen bieden. |
| 8 | Evidence based diagnostiek | | De zorgaanbieder maakt geen gebruik van (semi-) gestructureerde vragenlijsten, screeningsinstrumenten en/of zelfrapportagelijsten. | De zorgaanbieder maakt gebruik van screeningsinstrumenten en/of zelfrapportagelijsten. | De zorgaanbieder maakt gebruik van (semi-) gestructureerde vragenlijsten. |
| 9 | Somatische screening | | De zorgaanbieder voert niet standaard een somatische screening uit. | N.v.t. | De zorgaanbieder voert standaard een somatische screening uit. |
| 10 | Suicidepreventiebeleid | Er is geen operationeel suicidepreventiebeleid en er vindt niet standaard een procesevaluatie plaats. | Er is een operationeel suicidepreventiebeleid, maar er vindt niet standaard een procesevaluatie plaats. | N.v.t. | Er is een operationeel suicidepreventiebeleid én er vindt standaard een procesevaluatie plaats. |

| Kwaliteitsnormen | Voldoet niet | Kan Beter | Goede Zorg | Beste Zorg |
|--|--|--|---|---|
| 11 Routine Outcome Monitoring | | De zorgaanbieder verzamelt geen ROM-gegevens óf heeft een responspercentage op eindmetingen van minder dan 20%. | De zorgaanbieder heeft een responspercentage op eindmetingen van ten minste 20%. | De zorgaanbieder heeft een responspercentage op eindmetingen van ten minste 30%. |
| 12 Operationeel systeem voor continue training, supervisie en intervisie van alle (ook ervaren) behandelaars | | Men beschikt niet over een operationeel systeem voor continue training, supervisie en intervisie van alle (ook ervaren) behandelaars. | N.v.t. | Er is een operationeel systeem voor continue training, supervisie en intervisie van alle (ook ervaren) behandelaars. |
| 13 Samenstelling multidisciplinair team | Er is geen multidisciplinair team aanwezig. | N.v.t. | Er is een multidisciplinair team aanwezig dat ten minste bestaat uit 1) een klinisch psycholoog en/of psychiater, 2) een psychotherapeut en/of GZ-psycholoog, 3) een vaktherapeut en/of sociotherapeut en/of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist. | Er is een multidisciplinair team aanwezig dat ten minste bestaat uit 1) een klinisch psycholoog en psychiater, 2) een psychotherapeut en/ of GZ-psycholoog, 3) een vaktherapeut en/ of sociotherapeut en/of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/ of verpleegkundig specialist. |
| 14 Patiënt-ervaringen | | Er is geen familievertrouwenspersoon voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en er worden geen ervaringsdeskundigen ingezet bij de behandeling. | Er is een familievertrouwenspersoon voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis of er worden ervaringsdeskundigen ingezet bij de behandeling. | Er is een familievertrouwenspersoon voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en er worden ervaringsdeskundigen ingezet bij de behandeling. |
| 15 Volume | Er zijn geen behandelingen in de betreffende doelgroep uitgevoerd in 2018. | N.v.t. | N.v.t. | In 2018 is er ten minste één behandeling uitgevoerd . |

Dynamisch model

Het is mogelijk dat de scores van de zorgaanbieders op de verschillende indicatoren in de loop van de tijd veranderen. CZ groep hoopt natuurlijk op een continue verbetering van de kwaliteit van zorg aan zijn verzekerden. Op het moment dat er nieuwe data beschikbaar komen, of als de zorgaanbieder aantoonbaar zijn werkwijze heeft aangepast, kan de zorgaanbieder dit, onderbouwd, doorgeven aan ons.

Als de werkwijze aanleiding geeft tot aan lagere categorie-indeling, is de zorgaanbieder verplicht dit door te geven. Wij zullen de aangeleverde documentatie eens per kwartaal beoordelen en waar nodig aanpassingen doorvoeren in onze weergave voor verzekerden. De wijziging geldt niet met terugwerkende kracht, maar gaat in op de eerste dag van het nieuwe kwartaal. Het is daardoor mogelijk dat gedurende een contractjaar de lijst met GGZ aanbieders per categorie op deze momenten wijzigt.

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 | 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 suicide-preventiebeleid of afspraken over het multidisciplinair overleg. | 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 2018 | | | |
| 6 | Wilt u in aanmerking komen voor een contract 2021 om behandelingen te leveren in de gespecialiseerde GGZ in enige productgroep persoonlijkheidsstoornissen van 3.000 minuten en meer voor CZ / OHRA / Nationale Nederlanden verzekerden? | Vul Ja of Nee. | Ingevuld door aanbieder. |
| 7 | Het aantal unieke patiënten binnen uw praktijk/ instelling (AGB), verzekerd bij CZ / OHRA / Nationale Nederlanden, waarvoor in 2018 een DBC persoonlijkheidsstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd volgens de CZ groep administratie. | Vul het aantal unieke patiënten verzekerd bij CZ / OHRA / Nationale Nederlanden. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. | Ingevuld door CZ groep. |

| Vraag | Antwoord | Toelichting | Ingevuld door | |
|-------|--|-------------|--|----------------------------------|
| 8 | Het aantal unieke patiënten binnen uw praktijk/ instelling (AGB), verzekerd bij CZ / OHRA / Nationale Nederlanden, waarvoor in 2018 een DBC persoonlijkheidsstoornis van 3.000 minuten en meer is geopend en gehonoreerd volgens uw eigen administratie. | | Vul het aantal unieke patiënten verzekerd bij CZ / OHRA / Nationale Nederlanden. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. Indien geen DBC's voor CZ / OHRA / Nationale Nederlanden patiënten, vul dan 0. | Ingevuld door aanbieder. |
| 9 | Het aantal unieke patiënten, van alle verzekeraars, waarvoor in 2018 een DBC persoonlijkheidsstoornis 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 unieke patiënten. Uitgangspunt is het openingsjaar van de DBC, dus niet het jaar van declareren. Voor alle patiënten, dus niet enkel verzekerd bij CZ / OHRA / Nationale Nederlanden. Indien geen DBC's vul dan 0. | Automatisch door de vragenlijst. |
| | 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. |

| Vraag | Antwoord | Toelichting | Ingevuld door |
|-------------------------|--|--|--------------------------|
| 15 | Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis* binnen de product-groep van 3.000 minuten en meer met een klinische DBC (van het totaal aantal 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 product-groep van 3.000 minuten en meer met een ambulante DBC (van het totaal aantal 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 product-groep 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 ernstige persoonlijkheidsstoornissen*? | 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 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 zorgprogramming* ingezet? | Vul het aantal patiënten. | Ingevuld door aanbieder. |

| Vraag | Antwoord | Toelichting | Ingevuld door |
|------------------------|---|---|--------------------------|
| 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 patiënten 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? | | |

| Vraag | Antwoord | Toelichting | Ingevuld door |
|-------|--|----------------|--------------------------|
| 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 patiëntenraad. Minimaal 1 lid van de patiëntenraad heeft/had een ernstige persoonlijkheidsstoornis*. | Vul Ja of Nee. | Ingevuld door aanbieder. |
| 40b | De ervaringsdeskundige(n)* treedt op als contactpersoon voor familie/patiënt. | Vul Ja of Nee. | Ingevuld door aanbieder. |
| 40c | De ervaringsdeskundige(n)* geeft binnen het zorgprogramma* toelichting aan familie/patiënt. | 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 ervaringsdeskundige(n)*, vul dan Nee. | Ingevuld door aanbieder. |
| 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. |
|----|---|-----------------|--------------------------|

Literatuurverwijzingen

- i Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGz (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- ii 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.
- iii 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.
- iv NICE clinical guideline 78 (2009). Borderline personality disorder: Treatment and management. Available at www.nice.org.uk.

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, juni 2020



Zorg die verder gaat