

Verantwoordingsdocument

Selectief Inkoopbeleid Beste zorg bij ernstige eetstoornissen



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	10
2.3	Patiëntervaringen	12
2.4	Samenvatting indicatoren	13
3.	Dynamisch model	16
	Bijlage 1: Vragenlijst	17
	Literatuurverwijzingen	24

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 heeft voor zijn inkoopbeleid in 2020 de prestaties van ernstige eetstoornissen opnieuw bekeken. In dit document vertellen wij alles over ons selectieve inkoopmodel 2020 voor de behandeling van ernstige eetstoornissen, en de wijze waarop wij dit selectieve inkoopbeleid de komende jaren willen doorontwikkelen. Dit beleid hebben wij dit jaar voor het eerst in een separaat document beschreven, omdat wij voor de behandeling van ernstige eetstoornissen een nieuwe uitvraag hebben gedaan; voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen is dit nog niet het geval.

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

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

1.1 Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling

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

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ groep, bij voorkeur samen met de wetenschappelijke verenigingen, patiënten-organisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ groep kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. Dit doen we alleen als we zien dat er extra kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

Dit betekent dat CZ groep jaarlijks evalueert en opnieuw beoordeelt voor welke aandoeningen/ behandelingen waardegerichte zorginkoop of (aanvullend) selectief inkoopbeleid wenselijk is en op welke manier. Zo hebben we vorig jaar onze visie op de verbetering van de kwaliteit van de depressiezorg gepubliceerd, en is dit jaar de zorg voor mensen met blaas- of nierkanker een speerpunt van ons beleid. Voor meer informatie over

onze visie op kwaliteit kunt u terecht op onze website¹. Tevens bekijken we hoe we de huidige selectieve inkoop verder kunnen doorontwikkelen. 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 voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft.

1.2 Algemeen kader selectief inkoopbeleid GGZ

Met het oog op de selectieve inkoop 2020 is een nieuwe uitvraag gedaan. Hiervoor zijn alle zorgaanbieders met een overeenkomst voor ernstige eetstoornissen aangeschreven met het verzoek een nieuwe vragenlijst in te vullen.

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

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

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

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

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 het contracteren van de aanbieder.

1.3 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

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

Categorie 1: Beste zorg

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

Categorie 2: Goede zorg

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

Categorie 3: Kan beter

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

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

Categorie 4: Voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen van CZ groep

Zorgaanbieders die volgens de kwaliteitskaders van CZ groep te ver achterblijven bij de onze normen voor goede zorg. Deze zorgaanbieders worden door CZ groep niet meer voor deze zorg gecontracteerd. (www.cz.nl/zorgvinder).

1.4 Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra

Aanbieders die in aanmerking kunnen komen voor overeenkomst selectieve inkoop

Nieuwe aanbieders, dat wil zeggen aanbieders die in 2018 of 2019 geen overeenkomst hadden met CZ groep voor de behandeling van ernstige eetstoornissen, kunnen bij CZ groep vragen om een beoordeling in het kader van de selectieve inkoop. Om voor een aanvullend contract voor de behandeling van ernstige eetstoornissen te komen, dient de zorgaanbieder echter eerst ten minste één jaar een zorgovereenkomst met CZ groep te hebben. Daarna kunnen zorgaanbieders een aanvraag doen voor de behandeling van ernstige eetstoornissen. Na ontvangst van hun gegevens, is een tweede toets of CZ groep het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Dit doen wij op basis van onze gegevens over de wachtlijsten in de betreffende regio (websites zorgaanbieders, wachtlijstinformatie van Vektis, gesprekken met bestaande zorgaanbieders en signalen van ons Zorgteam). Als CZ groep die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van 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.

Zorgaanbod buitenland

Buitenlandse aanbieders blijven vooralsnog buiten beschouwing.

1.5 Afbakening van doelgroepen en DBC's

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

Hoofddiagnose

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

Zorgvraagzwaarte en zorgzwaarte

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

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

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

DBC's

Voor de operationalisering van bovenstaande is vooralsnog uitgegaan van DBC's voor eetstoornissen groter dan 3.000 minuten. Hierna spreken we in het verantwoordingsdocument over ernstige eetstoornissen.

Indicatoren en selectie

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

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

Net als bij de start van selectieve inkoop van borstkankerzorg in 2010, probeert CZ groep de ontwikkeling van veldnormen in de GGZ op gang te brengen. Zo beogen wij een kwaliteitsimpuls te geven aan de behandeling van ernstige eetstoornissen. De ontwikkeling van veldnormen in de GGZ loopt namelijk achter op die in de medisch specialistische zorg. Ook op het gebied van 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 eetstoornissen 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. Afgelopen 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. Deze vragenlijst is – gelet op bovenstaande – nog vooral gericht op het gebruiken van algemene kwaliteits- en structuurindicatoren. Zodra het kan worden ook uitkomstindicatoren meegenomen. CZ groep heeft bij de doorontwikkeling van haar selectieve inkoopbeleid met diverse relevante

marktpartijen (zorgaanbieders en vertegenwoordigers van patiënten) gesproken. Hierbij is ook de vragenlijst aan de orde geweest. De vragenlijst is echter ontwikkeld door CZ groep en CZ groep is dan ook verantwoordelijk voor de inhoud van de vragenlijst.

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

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

De volgende selectie van indicatoren is hieruit ontstaan:

Kwaliteitsindicatoren

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

Structuurindicatoren

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

Patiëntervaringen

- 8 Familiebeleid
- 9 Ervaringsdeskundige

2.1 Kwaliteitsindicatoren

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

2.1.1 Evidence based diagnostiek

Vragenlijsten

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

Semigestructureerde interviews hebben dan ook zeker de voorkeur ten opzichte van een enkelvoudig klinisch interview. Zelfrapportage instrumenten kunnen worden toegepast als screener, maar zijn niet te prefereren als diagnostisch instrument.

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

- Naast een verstoorde lichaamsbeleving kan er ook sprake zijn van een verstoord bewegingsgedrag. Wanneer er sprake is van te weinig bewegen of juist overmatig (vooral in geval van bewegingsdrang bij ondergewicht) bewegen kan een bewegingsanamnese zinvol zijn. De Obligatory Exercise Questionnaire (OEQ) en de Exercise Dependence Questionnaire (EDQ) zijn hiervoor geschikt. Beide meten overmatig bewegen.
- Met de Reasons for Exercise Inventory (REI) kan de motivatie om te bewegen worden gemeten.
- De Anorectic Behavior Observation Scale (ABOS) is een tamelijk eenvoudige vragenlijst die kan worden gebruikt als screeningsinstrument.

Lichamelijk onderzoek

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

Daarnaast dient ten minste eenmaal aanvullend laboratoriumonderzoek bij patiënten met een ernstige eetstoornis plaats te vinden. Hierbij valt te denken aan glucose, albumine, hemoglobine, creatinine, natrium, kalium, bicarbonaat, ASAT, ALAT etc. Ook is het maken van een ECG zinvol, vooral bij patiënten met ondervoeding.

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

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Vragenlijsten

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

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

Lichamelijk onderzoek

Indien er geen lichamelijk onderzoek plaatsvindt én er daarnaast minder dan twee van de volgende drie onderzoeken (aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek; gewicht en groeigegevens; input van naasten) uitgevoerd worden, komt men in categorie 4. Wanneer wel lichamelijk onderzoek én ten minste twee van de volgende drie onderzoeken (aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek; gewicht en groeigegevens; input van naasten) uitgevoerd worden, komt men in categorie 3 (kan beter). Indien men naast lichamelijk onderzoek tevens aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek én gewicht en groeigegevens én input van naasten meeneemt, komt men in categorie 1 (beste zorg).

2.1.2 Indicatiestelling en behandelplanning

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

In algemene zin, maar zeker ook bij de behandeling van patiënten met ernstige eetstoornissen, is een goede inrichting van de behandelplanning essentieel. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject is een individueel behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische bespreking/evaluatie daarvan met de

patiënt van cruciaal belang voor een patiënt-georiënteerde, effectieve en efficiënte behandeling.

Dit is in lijn met de Zorgstandaard Eetstoornissen waarin gesteld wordt dat het individuele behandelplan één van de fasen in het totale zorgproces is, waarin doel, duur, frequentie van de behandeling en de evaluatiemomenten helder omschreven moeten worden. Tevens geeft de Zorgstandaard aan dat het behandelplan samen met de patiënt opgesteld moet worden.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Percentage patiënten met een individueel behandelplan

Om in categorie¹ (beste zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 95% van de patiënten een individueel behandelplan op te stellen en dient binnen zes weken na de intake een terugkoppeling hierover te hebben plaatsgevonden met de patiënt. Om in categorie 2 (goede zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan op te stellen en dient binnen zes weken na de intake een terugkoppeling hierover te hebben plaatsgevonden met de patiënt. Als een aanbieder voor minder dan 90% maar voor ten minste 80% van de patiënten een individueel behandelplan heeft opgesteld en tevens binnen zes weken na de intake dit heeft teruggekoppeld aan de patiënt, komt de aanbieder in categorie 3 (kan beter). Indien bij minder dan 80% van de patiënten een individueel behandelplan is opgesteld, komt de zorgaanbieder in categorie 4 (voldoet niet) terecht.

Wij zijn van mening dat voor iedere patiënt met een ernstige eetstoornis binnen zes weken na de intake een individueel behandelplan met duidelijke behandeldoelen opgesteld moet zijn. Voor 2020 is gekozen voor een absoluut minimum van 80% van de patiënten om nog voor een overeenkomst in aanmerking te kunnen komen. Dit individuele behandelplan moet regelmatig worden geëvalueerd om terugval, verslechtering of toename van gedrag dat tot verdere verslechtering aanleiding kan geven, tijdig te onderkennen, inclusief de daarvoor benodigde acties.

2.1.3 Zorgprogramma

Een zorgprogramma is een systematisch omschreven, volledig en geïntegreerd zorgaanbod voor een groep

¹ Het zorgprogramma is uitgevraagd in vraag 01.04.11. Als een aanbieder bij deze vraag aangeeft geen zorgprogramma te scoort de aanbieder automatisch "nee" op deze indicator. Achter de overige vragen komt dan automatisch "n.v.t." te staan.

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

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

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

Selectief inkoopbeleid CZ groep

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

Om voor categorie 1 (beste zorg) in aanmerking te komen dient in ieder geval met het zorgprogramma te worden gewerkt én dient het zorgprogramma aantoonbaar alle hierboven beschreven elementen te bevatten.

Aanbieders die 8 van de 9 omschreven elementen opgenomen hebben in hun zorgprogramma komen in aanmerking voor categorie 2 (goede zorg). Als aanbieders wel werken met een zorgprogramma en aantoonbaar 7 van de 9 omschreven elementen opgenomen hebben in het zorgprogramma komt men terecht in categorie 3 (kan beter). Indien men minder dan 7 van de elementen heeft opgenomen komt men in categorie 4 terecht (voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen van CZ groep).

Evidence based behandelingen

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

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

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

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

Voor eetstoornissen geldt dat aanbieders ten minste cognitieve gedragstherapie aan moeten kunnen bieden en toepassen. Het bieden van evidence based behandelingen wordt geborgd in de zorgovereenkomst.

2.1.4 Specifieke deskundigheid

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

Wij vinden het daarnaast belangrijk dat de zorgaanbieder ook voldoende toegerust is om comorbide lichamelijke ziektes / complicaties en comorbide psychopathologie te behandelen. Als de praktijk/instelling hier zelf niet toe in staat is heeft de praktijk/

instelling hier afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere praktijk/ instelling.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Indien er minder dan twee behandelaren met specifieke deskundigheid ten aanzien van diagnostiek en behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis werkzaam zijn komt men in categorie 4 (voldoet niet). Indien de praktijk/ instelling niet voldoende toegerust is om comorbide lichamelijke ziektes/ complicaties en comorbide psychopathologie te behandelen, komt de zorgaanbieder in categorie 4 (voldoet niet).

2.1.5 Suïcidepreventie

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

Selectief inkoopbeleid CZ groep

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

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

Als een zorgaanbieder geen suïcidepreventiebeleid heeft, komt deze in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep). Daarnaast wordt gevraagd op welke wijze de aanbieder (pogingen tot) suïcide evalueert en meeneemt bij de doorontwikkeling van haar suïcidepreventiebeleid. Aanbieders die wel een suïcidepreventiebeleid hebben, maar (pogingen tot)

suïcide niet evalueren en niet meenemen bij de doorontwikkeling van hun suïcidepreventiebeleid komen in categorie 3 (kan beter) terecht. Indien men standaard een procesevaluatie uitvoert bij een suïcidepoging die (zo nodig) tot aanpassing van het beleid aanleiding geeft komt men in categorie 1 (beste zorg).

2.2 Structuurindicatoren

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

2.2.1 Multidisciplinair team

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

instellingen te beschikken over psychiater(s), klinisch psycholoog(en), somatisch arts, psychotherapeut(en) en/of gz-psycholoog(en), vaktherapeut(en) en/of sociotherapeut(en) en/of sociaal psychiatrisch verpleegkundige(n), verpleegkundige specialist(en), diëtist.

Selectief inkoopbeleid CZ

Zorgaanbieders moeten beschikken over een multidisciplinair team. Dit multidisciplinair team moet ten minste bestaan uit een psychiater en/ of klinisch psycholoog én een somatisch arts. Zorgaanbieders die hier niet aan voldoen, komen in categorie 4 (voldoet niet). Vrijgevestigde zorgaanbieders dienen ten minste deel te nemen aan een extern multidisciplinair samenwerkingsverband.

Om in categorie 3 terecht te komen, moet het MDT voor eetstoornissen ten minste bestaan uit een psychiater en/ of klinisch psycholoog en een somatisch arts.

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

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

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

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

2.2.2 Volume

In de GGZ beschikken we vooralsnog niet over specifieke volumennormen. 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 volumennorm. Hieruit kwam naar voren dat volume wel een rol speelt bij de behandeling van ernstige eetstoornissen maar dat de volumennorm niet gebaseerd kan zijn op alleen het aantal DBC's > 3.000 minuten voor deze doelgroep. In de Zorgstandaard eetstoornissen wordt aangegeven dat voor de behandeling van patiënten met anorexia nervosa men over substantiële ervaring moet beschikken. En substantieel wordt aangegeven met gemiddeld 10 patiënten per jaar in behandeling.

Bij het uitwerken van een volumennorm moet in ieder geval gekeken 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 volumennorm vooralsnog niet als criterium mee te nemen.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

CZ groep heeft vooralsnog geen volumennorm gesteld. CZ groep hanteert wel een minimale volume eis om in aanmerking te komen voor een contract. Hierbij stelt CZ groep dat aanbieders die gemeten vanaf 2018 geen volume hebben aangeboden in deze doelgroep, niet in aanmerking komen voor een overeenkomst (voldoet niet).

2.2.3 Training en supervisie

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

Selectief inkoopbeleid CZ groep

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

Topklinische zorg

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

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

2.3 Patiëntervaringen

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

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

2.3.1 Familiebeleid

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

Selectief inkoopbeleid CZ

Als de zorgaanbieder niet beschikt over familiebeleid, komt de aanbieder in categorie 4 (voldoet niet aan de kwaliteitsnormen van CZ groep). Als de zorgaanbieder een familiebeleid heeft voor patiënten met een ernstige eetstoornis, komt deze in categorie 1 (beste zorg).

2.3.2 Ervaringsdeskundige

De patiëntenvereniging heeft aangegeven het belangrijk te vinden dat een ervaringsdeskundige betrokken kan worden bij de behandeling. Ook wij zijn die mening toegedaan. De inzet van een ervaringsdeskundige bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis is zinvol c.q. kan zinvol zijn op de volgende manieren:

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

Selectief inkoopbeleid CZ

Voor de ervaringsdeskundige geldt dat indien men niet de beschikking heeft over een ervaringsdeskundige c.q. ervaringsdeskundigheid komt men in categorie 4 (Voldoet niet). Indien men aan een van de vier hierboven beschreven criteria voldoet komt men in categorie 3 (kan beter). Voldoet men aan twee van de vier criteria komt men in categorie 2 (goede zorg) en voldoet men aan drie van de vier criteria komt men in categorie 1 (beste zorg).

2.4 Samenvatting indicatoren

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

De randvoorwaarden worden hieronder extra toegelicht. Daarnaast wordt de precieze beoordeling per indicator voor zowel de randvoorwaarden als de kwaliteitsnormen nog toegelicht in de tabel met de categorie-indeling die onderaan deze paragraaf is opgenomen op pagina 14.

Toelichting minimale eisen

CZ heeft een set van randvoorwaarden vastgesteld, minimale eisen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen. Indien een aanbieder niet aan deze randvoorwaarden voldoet, komt de aanbieder in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ) en wordt de aanbieder niet gecontracteerd voor de behandeling van ernstige eetstoornissen.

Minimale eisen voor een overeenkomst voor de behandeling van ernstige eetstoornissen:

- 1 Minimaal 80% van de patiënten krijgt binnen zes weken na intake een behandelplan inclusief terugkoppeling omtrent de indicatiestelling.
- 2 Bij alle patiënten wordt – in ieder geval voor de diagnostiek – ten minste een lichamelijk onderzoek uitgevoerd en daarnaast worden er ten minste twee van de volgende drie aspecten onderzocht: aanvullend onderzoek/laboratoriumonderzoek; groeigegevens en gewicht; input van anderen zoals familie.
- 3 Bij de diagnostiek wordt ten minste gebruik gemaakt van de Eating Disorder Examination óf de Eating Disorder Inventory.
- 4 De praktijk/instelling heeft een zorgprogramma voor de groep patiënten met ernstige eetstoornissen.
- 5 De inhoud van het zorgprogramma bestaat aantoonbaar uit ten minste zeven van de negen elementen van een zorgprogramma (beschrijving bewezen effectieve behandelingen, in- en exclusiecriteria, uitstroomcriteria, opschaalcriteria, traject voor de behandeling, traject tijdens de behandeling, traject na de behandeling, systeembehandeling en gezamenlijke besluitvorming).
- 6 De praktijk/instelling beschikt over ten minste twee behandelaars met specifieke deskundigheid op het gebied van eetstoornissen.
- 7 De praktijk/ instelling is voldoende toegerust om ook comorbide lichamelijke ziektes/complicaties en comorbide psychopathologie te behandelen. Indien de praktijk/ instelling hier zelf niet toe in staat is heeft de praktijk/ instelling hier afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere praktijk/ instelling.

- 8 De praktijk/instelling beschikt over een operationeel suïcidepreventiebeleid.
- 9 De praktijk/instelling voert standaard een procesevaluatie bij een suïcidepoging of een daadwerkelijke suïcide uit, die (zo nodig) zorgt voor een aanpassing van het beleid.
- 10 Er is een multidisciplinair team aanwezig dat ten minste bestaat uit 1) een klinisch psycholoog en/of psychiater, en 2) een somatisch arts.
- 11 De praktijk/instelling maakt gebruik van ervaringsdeskundige(n) bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis.
- 12 De praktijk/instelling beschikt over een familiebeleid voor patiënten met een ernstige eetstoornis.

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de kwaliteitsnormen; de score op deze kwaliteitsnormen is bepalend voor de categorie-indeling. De vragenlijst is opgenomen in bijlage 1.

Kwaliteitsnormen	Voldoet niet	Kan Beter	Goede Zorg	Beste Zorg
Gebruik van (semi-) gestructureerde interviews en meet-instrumenten voor de evidence based diagnostiek	Geen gebruik van EDE of EDI-3	Gebruik EDE of EDI-3	Gebruik EDE of EDI-3, én ten minste 1 van de 3 genoemde andere vragenlijsten (EDQol, LAV of BCS)	Gebruik EDE of EDI-3, én EDQol, én de LAV of BCS
Lichamelijk onderzoek en aanvullende gegevens voor diagnostiek	Geen lichamelijk onderzoek én minder dan twee van de volgende drie onderzoeken (aanvullend onderzoek/ laboratorium-onderzoek; gewicht en groeigegevens; input van naasten)	Lichamelijk onderzoek én twee van de volgende drie onderzoeken (aanvullend onderzoek/ laboratorium-onderzoek; gewicht en groeigegevens; input van naasten).	N.v.t.	Lichamelijk onderzoek én aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek én gewicht en groei-gegevens én input van naasten.
Terugkoppeling indicatiestelling en behandelplan	Minder dan 80% binnen zes weken behandelplan en terugkoppeling op de indicatiestelling.	≥ 80% binnen zes weken behandelplan en terugkoppeling op de indicatiestelling.	≥ 90% binnen zes weken behandelplan en terugkoppeling op de indicatiestelling.	≥ 95% binnen zes weken behandelplan en terugkoppeling op de indicatiestelling.
Zorgprogramma en evidence based behandelingen	Er wordt niet gewerkt met een zorgprogramma óf het zorgprogramma bevat minder dan 7 van de 9 beschreven elementen.	Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar 7 van de 9 beschreven elementen.	Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar 8 van de 9 beschreven elementen.	Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar alle 9 beschreven elementen.

Kwaliteitsnormen	Voldoet niet	Kan Beter	Goede Zorg	Beste Zorg
Specifieke deskundigheid	Er zijn minder dan twee behandelaars met specifieke deskundigheid op het gebied van eetstoornissen.	N.v.t.	N.v.t.	Er zijn ten minste twee behandelaars met specifieke deskundigheid op het gebied van eetstoornissen.
Behandeling comorbiditeit	De zorgaanbieder is niet toegerust om comorbide lichamelijke ziektes/ comorbiditeit en comorbide psychopathologie te behandelen en heeft daar ook geen afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere zorgaanbieder.	N.v.t.	N.v.t.	De zorgaanbieder is voldoende toegerust om comorbide lichamelijke ziektes/ comorbiditeit en comorbide psychopathologie te behandelen of heeft daar afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere zorgaanbieder.
Suïcidepreventiebeleid	Er is geen operationeel suïcidepreventiebeleid en er vindt niet standaard een procesevaluatie plaats.	Er is een operationeel suïcidepreventiebeleid, maar er vindt niet standaard een procesevaluatie plaats.	N.v.t.	Er is een operationeel suïcidepreventiebeleid én er vindt standaard een procesevaluatie plaats.
Samenstelling multidisciplinair team	Er is geen multidisciplinair team aanwezig óf er is wel een multidisciplinair team aanwezig maar dat bestaat niet ten minste uit 1) een klinisch psycholoog en/of psychiater, en 2) een somatisch arts.	Er is een multidisciplinair team aanwezig dat ten minste bestaat uit 1) een klinisch psycholoog of psychiater en 2) een somatisch arts.	Er is een multidisciplinair team aanwezig dat ten minste bestaat uit 1) een klinisch psycholoog en psychiater, 2) een somatisch arts, 3) een psychotherapeut of GZ-psycholoog, 4) een vaktherapeut of sociotherapeut en 5) een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist.	Er is een multidisciplinair team aanwezig dat ten minste bestaat uit 1) een klinisch psycholoog en psychiater, 2) een somatisch arts, 3) een psychotherapeut en/ of GZ-psycholoog, 4) een vaktherapeut en/ of sociotherapeut en 5) een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/ of verpleegkundig specialist en 6) een diëtist.
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.
Familiebeleid	Er is geen familiebeleid voor patiënten met een ernstige eetstoornis.	N.v.t.	N.v.t.	Er is een familiebeleid voor patiënten met een ernstige eetstoornis.
Ervaringsdeskundigheid	Er is geen ervaringsdeskundige beschikbaar voor de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis.	Een ervaringsdeskundige(n) kan worden ingezet bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis, voor ten minste een van de vier beschreven onderdelen.	Een ervaringsdeskundige(n) wordt ingezet bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis, voor ten minste twee van de vier beschreven onderdelen.	Een ervaringsdeskundige(n) wordt ingezet bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis, voor ten minste drie van de vier beschreven onderdelen.
Volume	Er zijn geen behandelingen in de betreffende doelgroep uitgevoerd in 2017.	N.v.t.	N.v.t.	In 2017 is er ten minste één behandeling uitgevoerd.

Dynamisch model

Zorgaanbieders krijgen begin juli 2019 een terugkoppeling van hun score op de indicatoren die CZ meeneemt in de beoordeling van de zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben tijdens de hoor-weder-hoor fase de gelegenheid om deze scores te controleren en eventuele onjuistheden door te geven aan CZ.

Na publicatie van de definitieve scores medio augustus is het in principe niet meer mogelijk om aanpassingen door te voeren. Wel kan het zo zijn dat de scores van de zorgaanbieders op de verschillende indicatoren in de loop van de tijd veranderen. CZ 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. Wij zullen de aangeleverde documentatie eens per kwartaal beoordelen en waar nodig aanpassingen doorvoeren in onze weergave voor verzekerden. De wijziging geldt niet met terugwerkende kracht, maar gaat in op de eerste dag van het nieuwe kwartaal. Het is daardoor mogelijk dat gedurende een contractjaar de lijst met GGZ aanbieders per categorie op deze momenten wijzigt.

Het is niet mogelijk om na 31 mei 2019 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.

Vragenlijst ernstige eetstoornissen

	Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
Administratie					
A01	Wat is de naam van de contactpersoon voor deze uitvraag?	De contactpersoon moet CZ, indien nodig, aanvullende informatie kunnen verstrekken over de items die CZ uitvraagt in de vragenlijst. Dit houdt in dat deze contactpersoon ook aanvullende documenten dient aan te leveren indien CZ hier expliciet om vraagt, zoals het zorgprogramma, het suïcidepreventiebeleid of afspraken over het multidisciplinair overleg.	Tekst		V
A02	Wat is het telefoonnummer van deze contactpersoon?		Telefoonnummer		V
A03	Wat is het e-mailadres van deze contactpersoon?		e-mailadres		V
Kwaliteitsnormen					
K04	Voor hoeveel patiënten met een ernstige eetstoornis binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer (van het totaal aantal patiënt(en); hierna te noemen: patiënten met een ernstige eetstoornis), was een behandelplan binnen 6 weken na de intake opgesteld inclusief terugkoppeling omtrent de indicatiestelling?	<p>Ernstige eetstoornis: CZ hanteert de volgende definitie voor ernstige eetstoornissen: Om binnen de doelgroep ernstige eetstoornissen te vallen moet sprake zijn van een hoofddiagnose eetstoornis. Het specialistische karakter van de behandeling wordt gekenmerkt door een combinatie van relatief hoge zorgvraagzwaarte en relatief hoge zorgzwaarte.</p> <p>Hoewel voor de zorgvraagzwaarte op dit moment nog geen harde criteria zijn vastgesteld, wordt vooralsnog van een relatief hoge zorgvraagzwaarte gesproken indien minimaal aan twee van de volgende criteria voldaan wordt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Een nevendiagnose uit een andere hoofddiagnosegroep 2 GAF score ≤ 50 3 Complicerende factor(en) op as 3 en/of 4 4 In de afgelopen vijf jaar een behandeling in de 2de lijns GGZ voor dezelfde diagnose 	Percentage verplicht vullen	Tussen 0 en 100.	V

Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
K05	Wordt bij alle patiënten met een ernstige eetstoornis - in ieder geval voor de diagnostiek - gebruik gemaakt van:	Let op! antwoord op alle vragen is verplicht.	In principe is vraag K05 t/m K05.4 één vraag. Wij zouden graag alle subvragen in één keer in beeld zien. Minimaal 3 van de vragen K05.1 tm K05.4 moeten met ja worden beantwoord worden om verder te kunnen gaan naar vraag K06	Antwoord op volgende pagina V
K05.1	Lichamelijk onderzoek	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	v
K05.2	Aanvullend onderzoek/ laboratoriumonderzoek	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	v
K05.3	Groeigegevens en gewicht	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K05.4	Input van anderen, zoals familieleden	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk.	Ja Nee	V
K06		Evidence based diagnostiek: Maakt u gebruik van (semi-) gestructureerde interviews en meetinstrumenten voor de evidence based diagnostiek bij ernstige eetstoornissen? Zo ja, welke?	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee V
K06.1	Eating Disorder Examination (EDE)	In principe is vraag K06-ja t/m K06.6 één vraag. Wij zouden graag alle subvragen in één keer in beeld zien. keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K06.2	Eating Disorder Inventory (EDI)-3	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K06.3	EDE-q	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V

	Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
K06.4	EDQoI		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K06.5	Lichaamsattitudevragenlijst (LAV)		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K06.6	Body cathexis scale (BCS)		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K07	Welke van de genoemde aspecten zijn opgenomen in elk zorgprogramma voor patiënten met ernstige eetstoornissen?				
K07.1	Evidence based behandelingen	Evidence based behandelingen: Binnen het zorgtraject dient gebruik gemaakt te worden van behandelingen waarvan de effectiviteit en doelmatigheid middels wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld in relatie tot de gestelde diagnose.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K07.2	In- en exclusiecriteria	In- en exclusiecriteria Vooraf vastgestelde criteria op basis waarvan de patiënt in zorg kan worden genomen.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K07.3	Uitstroomcriteria	Uitstroomcriteria: Vaststelling van criteria op basis waarvan de patiënt van behandeling wordt ontslagen binnen uw praktijk/instelling. Daarnaast criteria voor het vervolgtraject. Dit kan bestaan uit terugverwijzing naar de huisarts, verwijzing naar Basis GGZ module chronisch of aangeven dat verdere behandeling/opname in de gespecialiseerde GGZ noodzakelijk is.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K07.4	Opschaalcriteria	Opschaalcriteria: Criteria op basis waarvan wordt overgegaan tot het klinisch (laten) opnemen.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja nee	V
K07.5	Traject voor de behandeling	Traject voor de behandeling: De te doorlopen stappen voor de daadwerkelijke start van de behandeling, meestal verwijzing-intake-diagnostiek-vaststellen behandelplan.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K07.6	Traject tijdens de behandeling	Traject tijdens de behandeling: De behandelingsperiode na het vaststellen van het behandelplan tot aan de slotevaluatie en afsluiting van de behandeling (en DBC), meestal omvattend de deelbehandelingen, evaluaties en MDO overleggen, waarbij zo nodig het behandelplan wordt geëvalueerd en bijgesteld. Tijdens de behandeling dient al aandacht besteed te worden aan terugvalpreventie.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V

	Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
K07.7	Traject na de behandeling	Traject na de behandeling: Na afsluiting van de behandeling vindt een zogenaamde 'warme overdracht' plaats, waarbij accurate informatie verstrekt dient te worden aan huisarts/verwijzer en waarin nazorg (inclusief aandacht voor terugvalpreventie) afdoende dient te zijn gewaarborgd.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K07.8	Systeembehandeling	Systeembehandeling: De begeleiding en behandeling van het sociale systeem rond de patiënt (gezin) binnen het psychosociale contact.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K07.9	Gezamenlijke besluitvorming		Keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K08	Welke behandeling past u het meest toe bij de behandeling van ernstige eetstoornissen?		Tekstueel		V
K09	Is uw praktijk/ instelling voldoende toegerust om ook comorbide lichamelijke ziektes/complicaties en comorbide psychopathologie te behandelen?		Keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
K09.1	hebt u hier afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere praktijk/ instelling?			Ja Nee	V
Structuurnormen					
S10	Hoeveel behandelaars met specifieke deskundigheid op het gebied van eetstoornissen zijn er totaal beschikbaar voor de behandeling van ernstige eetstoornissen?		aantal verplicht vullen		V
S11	Beschikt uw praktijk/ instelling (AGB) over een operationeel suïcidepreventiebeleid conform de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (2012)?	Operationeel suïcidepreventiebeleid: De aanwezigheid en inzet van een beleid specifiek ten aanzien van de preventie van suïcidegedrag en -pogingen.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S12	Wordt na een suïcidepoging of een daadwerkelijke suïcide, standaard een procesevaluatie verricht die (zo nodig) zorgt voor een aanpassing van het beleid?		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S13	Worden suïcidepogingen en suïcides geëvalueerd in een specifiek daarvoor bedoeld overleg?		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V

Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
S14	Welke van de volgende disciplines, zijn vertegenwoordigd in elk multidisciplinair team, in het externe multidisciplinaire samenwerkingsverband waar casusbespreking van patiënten met een ernstige eetstoornis plaatsvindt?	Multidisciplinair team: Het totaal van behandelaren van de diverse behandeldisciplines welke bij een behandeling (binnen een zorgprogramma) zijn betrokken. Dit team kan uitsluitend als team functioneren indien men elkaar middels het multidisciplinair overleg informeert over de voortgang in de behandeling van de cliënt.	In principe is vraag S13 t/m S13.10 één vraag. Wij zouden graag alle subvragen in één keer in beeld zien. Let op! antwoord op alle vragen is verplicht.	V
S14.1	Psychiater	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.2	Klinisch psycholoog	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.3	Psychotherapeut	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.4	GZ-psycholoog	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.5	Vaktherapeut	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.6	Sociotherapeut	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.7	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.8	Verpleegkundig specialist	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.9	Diëtist	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
S14.10	Somatische arts	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V

	Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
S15	Beschikt uw praktijk/ instelling (AGB) over een operationeel systeem van continue training, supervisie en intervisie?	Operationeel systeem van continue training, supervisie en intervisie: Binnen een instelling dient binnen de werkzame uren ruimte te zijn gemaakt voor bijscholingen en aanvullende opleidingen. Tevens dient ruimte te zijn voor supervisie en om deel te nemen aan intervisie bijeenkomsten. Indien voor de betreffende behandelaren een systeem van herregistratie (zoals BIG) van toepassing is, zal (binnen de werkzame uren) gelegenheid moeten zijn om hieraan te voldoen. Een vrijgevestigde dient aantoonbaar aanvullende bijscholing en opleiding gevolgd te hebben, met name gericht op de stoornissen betreffende de hier bevroegde aandoening(en) waarvoor de vrijgevestigde een contract wenst aan te gaan. Uit de verstrekte certificaten dient te blijken dat de bij- en nascholing met een regelmatig interval plaatsvindt. Voorts dient ook de vrijgevestigde te voldoen aan eisen betreffende de herregistratie BIG.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V

Patiënten ervaring

P16	Maakt uw praktijk/ instelling gebruik van ervaringsdeskundige(n) bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis? Zo ja hoe?		Keuze vraag	Ja Nee	V
P16.1	De ervaringsdeskundige(n) heeft zitting in de cliëntenraad. Minimaal 1 lid van de cliëntenraad heeft/ had een ernstige eetstoornis.		In principe is vraag P16.1 t/m P16.5 één vraag. Wij zouden graag alle subvragen in één keer in beeld zien. keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
P16.2	De ervaringsdeskundige(n) treedt op als contactpersoon voor familie/cliënten.		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
P16.3	De ervaringsdeskundige(n) geeft binnen het zorgprogramma toelichting aan familie/cliënten.		keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
P16.4	De ervaringsdeskundige(n) is HBO gediplomeerd, in dienst bij uw praktijk/ instelling en maakt onderdeel uit van het behandelteam.		keuze vraag	Ja	V

	Vraag	Toelichting	Vraagtype/ Validatie	Antwoorden/ Berekening	Verplicht/ Optioneel
P17	Beschikt uw praktijk/ instelling over een familiebeleid voor patiënten met een ernstige eetstoornis binnen de productgroep van 3.000 minuten en meer?	Familiebeleid: Beleid gericht op het betrekken van de familie bij de planning en uitvoering van de zorg.	keuze vraag slechts één antwoord mogelijk	Ja Nee	V
Toelichting					
T18	Dit is de laatste "vraag" van de vragenlijst ernstige eetstoornis. Wilt u nog een toelichting geven?		keuze vraag	Ja Nee	V
T19	Toelichting		tekst	vrij invulveld	V

Literatuurverwijzingen

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



Zorg die verder gaat