

Verantwoordingsdocument

Selectieve Inkoop Ernstige Persoonlijkhedenstoornissen 2023



OHRA

 nationale
nederlanden

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	7
2.1	Kwaliteitsindicatoren	8
2.2	Structuurindicatoren	13
2.3	Patiëntervaringen	14
2.4	Samenvatting indicatoren	16
	Dynamisch model	21
	Bijlage 1 Vragenlijst	22
	Disclaimer	33
	Literatuurverwijzingen	34

Toelichting selectief inkoopbeleid

CZ groep doet alles voor betere zorg. Het goed, betaalbaar en beschikbaar houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Waarbij we in het bijzonder het verschil willen maken voor onze verzekerden. We geloven met heel ons hart dat zorg beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden.

CZ groep bouwt in 2023 voort op het selectieve inkoopbeleid van de afgelopen jaren. In dit document vertellen wij alles over ons selectieve inkoopmodel 2023 voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Dit jaar hebben wij de vragenlijst, mede samen met het kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen, aangepast. Dit jaar bezinnen wij ons verder op ons selectief inkoopbeleid, mede met het oog op de introductie van de nieuwe productstructuur voor de GGZ en de resultaten van de uitvraag.

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 2023 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.

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. 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. Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ groep geen aanvullend selectief inkoopbeleid (meer)

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

voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft.

1.2 Selectieve inkoop: nieuwe aanbieders en buitenlandse centra

Startende aanbieders

Nieuwe aanbieders, dat wil zeggen aanbieders die in 2022 en 2023 geen overeenkomst hebben 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 kwaliteits-toets 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 tijdpad en mogelijk over aanvullende criteria. Uiteraard zal de aanbieder wel al meteen aan een aantal minimale kwaliteitscriteria

moeten voldoen. Dit zijn met name een aantal proces- en structuurcriteria. Hierbij gaat het dan om een "voorlopige toelating" waarbij onder voorwaarden binnen een bepaalde tijd aan de kwaliteitseisen dient te worden voldaan.

Zorgaanbod buitenland

Buitenlandse aanbieders en zorg die in het buitenland geleverd wordt 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. Tenslotte publiceren wij de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden. Het is cruciaal dat dan alle informatie volledig is en klopt. Daarom behoudt

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

Als CZ groep op enig moment constateert dat de aangeleverde gegevens niet juist zijn, kan dit gevolgen hebben voor de contractering van de aanbieder.

1.4 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

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

Categorie 1: Beste zorg

Zorgaanbieders die volgens de kwaliteitskaders van CZ groep voor deze zorg als beste scores, 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 als 'kan beter'.

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

Het selectieve inkoopbeleid beperkt zich voornamelijk tot de specialistische behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Op basis van onderstaande criteria is de doelgroep afgebakend tot setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (setting 3) en/of hoger (setting 4-8). Setting II is uitgesloten.

Hoofddiagnose

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

Zorgvraagwaarde en zorgwaarde

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

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

- 1 Minimaal één nevendiagnose uit een andere hoofddiagnosegroep;
- 2 GAF score ≤ 40 ;
- 3 Complicerende factor(en) op as 3 en 4;
- 4 In de afgelopen vijf jaar een behandeling in de gespecialiseerde GGZ voor dezelfde diagnose;
- 5 Doelgroep passende bij categorie C of D van het Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS). In deze categorie gaat het om situaties met hoogcomplexere problematiek en een hoogcomplex zorgaanbod. Denk hierbij aan ernstig ontregelde patiënten/cliënten waarbij opname noodzakelijk kan zijn, waarbij gezamenlijk in een multidisciplinair team iteratief gezocht moet worden naar de best passende interventies en waarbij regelmatig bijgestuurd moet worden. Ook langer durende onvrijwillige of verplichte zorg kan hier onder vallen.*

* Het gaat om aanbieders die ook zorg leveren in het kader van de GMAP, of die samenwerkingsafspraken uitgewerkt hebben samen met de 24x7 crisisdiensten.

Ter verduidelijking verwijzen wij u naar het LKS waar het volgende is opgenomen:

Onder **hoogcomplex problematiek** wordt verstaan: vaak ernstige psychische problemen waarbij het niet direct duidelijk is welke behandeling of begeleiding nodig is. Vaak spelen er meerdere psychische problemen, al dan niet met somatische of psychosociale multimorbiditeit, waarbij de interactie tussen die problemen of de ontwrichtende impact van de problemen op andere levensgebieden op de voorgrond staat.

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

NB Een laagcomplex zorgaanbod kan ook multidisciplinair en van lange duur zijn, als het beloop redelijk voorspelbaar is. Denk bijvoorbeeld aan een aanvankelijk hoogcomplex zorgaanbod, dat in een stabiele fase komt.

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. Aanbieders die het jaar hiervoor geen patiënten hebben behandeld vallen automatisch uit.

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.

In 2015 is de zorg voor deze patiëntengroep 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 (transparantie van) kwaliteitsindicatoren en bijbehorende data is de GGZ nog niet zo ver. Wij maken ons daar zorgen over. Wij hechten derhalve grote waarde aan het behoud van ons selectieve inkoopbeleid, ook al gaat het daarbij om proces- en structuurinformatie en (vooralsnog) niet om uitkomstinformatie.

De introductie van de nieuwe productstructuur in de GGZ is vanzelfsprekend meegenomen 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 Behandelplanning
 - a Aanwezigheid behandelplan
 - b Tijdigheid opstellen behandelplan
 - c Redelijke termijn terugkoppeling indicatiestelling
 - d Evaluatie van het behandelplan
- 2 Evidence Based Diagnostiek
- 3 Zorgprogramma
 - a Aanwezigheid van een volledig zorgprogramma
 - b Gebruik van het zorgprogramma
- 4 Evidence Based Behandelingen
- 5 Somatische screening
- 6 Crisissignaleringsplannen en suïcidepreventiebeleid
- 7 Training en supervisie

Structuurindicatoren

- 8 Multidisciplinair team (MDT):
 - a Aanwezigheid van een specifiek MDT voor persoonlijkheidsstoornissen
 - b Samenstelling van het MDT
- 9 Volume

Patiëntervaringen

10 Familievertrouwenspersoon

11 Ervaringsdeskundige

2.1 Kwaliteitsindicatoren

In totaal zijn er in dit selectieve inkoopbeleid zeven kwaliteitsnormen opgenomen die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij de doorontwikkeling van ons selectieve inkoopbeleid bekijken wij hoe we uitkomstindicatoren mee kunnen nemen.

2.1.1 Intake en behandelplan

In algemene zin, maar zeker ook bij de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, is een goede inrichting van de behandelplanning essentieel. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject is een behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische bespreking/evaluatie daarvan met de patiënt van cruciaal belang voor een patiëntgeoriënteerde, effectieve en efficiënte behandeling.

Dit is in lijn met de multidisciplinaire 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.

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

A % patiënten met een behandelplan*

Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan op te stellen. Om in categorie 2 (goede zorg) terecht te komen, dient de zorgaanbieder voor ten minste 85% van de patiënten een behandelplan op te stellen. Als een aanbieder voor minder dan 85% 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 acht weken*

Daarnaast vindt CZ groep het belangrijk dat dit behandelplan binnen een redelijke termijn wordt opgesteld. Als de zorgaanbieder voor minder dan 70% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan opstelt, komt deze in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep). Indien de zorgaanbieder voor meer dan 70% van de patiënten binnen acht 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 80% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan op te stellen. Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen, tot slot, dient de zorgaanbieder ten minste voor 90% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan op te stellen.

C Redelijke termijn terugkoppeling 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.

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 85% van de patiënten een terugkoppeling plaatsgevonden te hebben binnen zes weken na start van de intake. Als dit bij minder dan 85% van de patiënten gebeurt, komt de aanbieder in categorie 3 (kan beter) terecht. De minimale eis is dat binnen 80% van de patiënten binnen zes weken een terugkoppeling van de intake heeft gehad, anders komt men in categorie 4 (voldoet niet).

Daarbij vindt CZ het belangrijk dat er systematisch gescreend wordt op comorbiditeit. Indien er geen systematische screening plaatsvindt van comorbide stoornissen, wordt de aanbieder in categorie 4 geplaatst (voldoet niet).

D 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 (dag)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 80% van de patiënten doen komen in categorie 2 (goede zorg) terecht. Aanbieders die dit bij minder dan 80% van de patiënten doen, komen in categorie 3 (kan beter) terecht. Bij minder dan 75% komen aanbieders in categorie 4 (voldoet niet).

2.1.2 Diagnostiek

De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen conform de DSM-5 vindt het meest betrouwbaar plaats met behulp van een speciaal daarvoor ontworpen semigestructureerd interview. Het is echter geen verplichting, het gaat er om dat het verzamelen van anamnestiche gegevens en nalopen van specifieke criteria, inclusief de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, op een zorgvuldige en systematische manier gebeurt. Het klinische interview is hierbij minimaal verplicht. Semigestructureerde interviews hebben 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 diagnosticering van alle persoonlijkheidsstoornissen zijn de volgende;

- Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-P);
- International Personality Disorder Examination (IPDE).

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

- Hare's Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): voor een specifieke, ernstige subgroep binnen de categorie antisociale persoonlijkheidsstoornis;
- Personality Inventory for DSM-5 (PID-5);
- Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ);
- NEO-Personality Inventory-revised (NEO-PI-R);
- Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118);

- Semigestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP-5.1);
- General Assessment of Personality Disorders (GAPD);
- Clinical Interview for the DSM-5 (R) Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD) Module III;
- Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI): om de ernst van de manifestaties van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis vast te stellen.

Als voorbeeld van geschikte zelfrapportage lijsten bij persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden genoemd de Personality Disorders Questionnaire-4+ (PDQ-4+), de Assessment of Personality Disorders 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 screeners, maar niet als enige diagnostisch instrument. Screeners en zelfevaluatie-instrumenten kunnen ook worden ingezet voor perspectief op herstel en/of empowerment en/of kwaliteit van leven.

Selectief inkoopbeleid CZ groep

Bij de diagnostiek dient volgens CZ 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 alleen gebruik van het semigestructureerde interview, dan komt deze in categorie 2 (goede zorg). Maakt de zorgaanbieder gebruik van (semi) gestructureerde interviews, plus test-, en of meetinstrumenten die diagnostiek verder verfijnen dan komt deze in categorie 1 (beste zorg). Als een aanbieder geen gebruik maakt van het klinische interview komt een aanbieder in categorie 4 (voldoet niet). We gaan er van uit dat een aanbieder altijd een klinisch interview afneemt.

Als CZ vinden we het belangrijk dat ook patiënt-perspectief mee wordt genomen in de diagnostiek, ook bijvoorbeeld als het gaat op perspectief op herstel, wat zijn wensen en/of verwachtingen. Dit jaar hebben we ook een uitvraag gedaan naar de overige gebruikte diagnostische meetmethoden. Deze gebruiken wij om het inkoopkader van 2024 te verfijnen. Daarnaast zullen wij de normen naar verwachting volgend

** We hebben moeten constateren dat de vragen rondom dit onderwerp niet scherp genoeg gesteld zijn en dat deze daardoor in de beoordeling komen te vervallen.*

jaar aanscherpen en het gebruik van zelfevaluatie instrumenten en/of (zelf)screeners een minimale eis maken (NB: deze zijn dan niet alleen onderdeel van de intakefase, maar ook van de behandelfase).

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 het behandelteam een aantal vaste modules van zorg beschrijft. Deze zorgprogrammering heeft als doel het creëren van een logische samenhang in de zorg, die wordt vertaald naar zorgprocessen. Binnen het zorgprogramma wordt rekening 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;
- XI Vaktherapie.

Daarbij vindt CZ dat voor categorie 1 (beste zorg) aanbieders psychiatrische comorbiditeit geïntegreerd moeten behandelen. Indien een aanbieder hiervoor aan horizontale verwijzingen doet dienen hier minimaal samenwerkingsafspraken voor te zijn gemaakt voor categorie 2 (goede zorg). De rest van de aanbieders komt automatisch in categorie 3.

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 tien van de elf omschreven elementen opgenomen hebben in hun zorgprogramma komen in aanmerking voor categorie 2 (goede zorg). Aanbieders die negen omschreven elementen opgenomen hebben in hun zorgprogramma komen in aanmerking voor categorie 3 (kan beter). Als aanbieders wel werken met een zorgprogramma, maar minder dan negen van de omschreven elementen opgenomen hebben in het zorgprogramma komen ze terecht in categorie 4 (voldoet niet). 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).

² Het zorgprogramma is uitgevraagd in meerdere vragen, namelijk vraag 16 en 17. 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.

B Gebruik zorgprogramma*

Als een zorgaanbieder bij ten minste 95% van de patiënten de behandeling via gestructureerde zorg-programmering inzet, komt deze in categorie 1 (beste zorg) terecht en bij ten minste 85% van de patiënten in categorie 2 (goede zorg). Bij inzet bij meer dan 75%, maar minder dan 85% van de patiënten komt de zorgaanbieder in de categorie kan beter (3) terecht. Bij minder dan 75% komt de zorgaanbieder in categorie 4 (voldoet niet).

2.1.5 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 de behandeling aan).

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

- Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD);
- 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. We nemen de behandeling GIT-PD, waarvoor steeds meer wetenschappelijk bewijs is, mee. We overwegen deze behandeling daarom volgend jaar als minimale eis op te nemen.

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 vier evidence based behandeling interventies kunnen bieden in aanmerking komen voor categorie 1 (beste zorg) en aanbieders die drie evidence based behandelingen kunnen bieden in aanmerking komen voor categorie 2 (goede zorg). Aanbieders die minimaal één 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.

Met het oog op de inventarisatie van het inkoopkader 2024 hebben wij de beschikbare behandelcapaciteit per behandeling in FTE uitgevraagd. Mogelijk dat wij het criterium minimaal 1,5 FTE per behandelvorm aan onze criteria toevoegen. Zo willen we in de toekomst ook de uitgangspunten van het LKS rondom indicierend en coördinerend behandelaar in gaan zetten.

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 klinische), is er in onze optiek sprake van een ernstig kwaliteitsprobleem.

** We hebben moeten constateren dat de vraag rondom dit onderwerp niet scherp genoeg gesteld is en dat deze daardoor in de beoordeling komen te vervallen, tenzij 0 is ingevuld.*

Selectief inkoopbeleid CZ groep

CZ groep vindt het noodzakelijk dat er standaard een somatische screening wordt uitgevoerd. Als een zorgaanbieder voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen niet standaard een somatische screening uitvoert, komt deze in categorie 4 (voldoet niet) terecht.

2.1.7 Suïcidepreventie

Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op crisis en suïciditeit. Dit geldt zeker voor patiënten in gespecialiseerde behandelcentra voor persoonlijkheidsstoornissen. Crisissignaleringsplannen en suïcidepreventie zijn daarom een belangrijk onderdeel van kwalitatief goede zorg. GGZ-aanbieders kunnen verschillende maatregelen treffen om crises, suïcidepogingen en suïcides terug te dringen en daarmee het welzijn en de veiligheid van de patiënt te vergroten: risico's voor terugval inventariseren, het professioneel handelen verbeteren, samenwerken in de keten en leren van crises, suïcidepogingen en suïcides. De multidisciplinaire richtlijn geeft handvatten voor crisissignalering, en de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Ten aanzien van ketensamenwerking geldt onder meer dat de risico's van een patiënt stevast besproken moet worden bij iedere interne en externe verwijzing. Het leren van suïcidepogingen en suïcides kan worden bevorderd door het instellen van een suïcide(preventie) commissie op instellingsniveau.

Herstel,- en participatie:

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

Selectief inkoopbeleid CZ groep

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

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

Als een zorgaanbieder geen suïcidepreventiebeleid heeft, komt deze in categorie 4 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ groep).

Daarnaast wordt gevraagd op welke wijze de aanbieder (pogingen tot) suïcide evalueert en meeneemt bij de

doorontwikkeling van haar suïcidebeleid. Indien er geen specifiek overleg is met betrekking tot de evaluatie van suïcide (pogingen) komt men in categorie 3 (kan beter). Aanbieders die weliswaar een suïcidepreventiebeleid hebben, maar (pogingen tot) suïcide niet evalueren en niet meenemen bij de doorontwikkeling van hun suïcidebeleid komen in categorie 4 (voldoet niet) terecht.

Als er voldoende aandacht is voor herstel, participatie en samenwerkingsafspraken hebben met het sociaal domein in het kader van herstel, komt deze in categorie 1 (beste zorg). Indien hieraan niet wordt voldaan komt men in categorie 3 (kan beter).

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. Zorgaanbieders moeten over een multidisciplinair team beschikken, dat minimaal bestaat uit:

- een psychiater en/of klinisch psycholoog (als indicierend regiebehandelaar);
- een psychotherapeut en/of GZ-psycholoog;
- een vaktherapeut of sociotherapeut of sociaal psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist.

Als aanbieders deelnemen aan een extern multidisciplinair samenwerkingsverband komen ze in categorie 4.

Om in categorie 3 (kan beter) 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;
- Minimaal één van de volgende disciplines: vaktherapeut, sociotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist.

Om in categorie 2 (goede zorg)

- psychiater en klinisch psycholoog;
- psychotherapeut en/of GZ-psycholoog;
- Minimaal één van de volgende disciplines: vaktherapeut, sociotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, 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 GZ-psycholoog;
- Verpleegkundig specialist én ten minste een van de volgende disciplines: vaktherapeut, sociotherapeut, of sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

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. Dat is de reden waarom we het volume uitvragen maar er geen kwaliteitsoordeel aan toekennen.

2.3 Patiëntervaringen

Naast kwaliteits- en structuurindicatoren, zijn ook patiëntervaringen erg belangrijk bij het beoordelen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook de inzet van een familievertrouwenspersoon – als onderdeel van een adequaat familiebeleid – 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 persoonlijkheidsstoornissen.

2.3.1 Familiebeleid

Elke zorgaanbieder moet beschikken over een familiebeleid. Dit heeft betrekking op de relatie tussen de GGZ-zorgaanbieder en de familie. Uitgangspunt is immers dat de psychische aandoening niet alleen de patiënt, maar ook zijn naasten/familie raakt.

In het familiebeleid wordt vastgelegd op welke voorwaarden en op welke manier de GGZ-zorgaanbieder de familie van de cliënt benadert en betreft om het zorgproces te verbeteren, ook als de cliënt (tijdelijk) geen bemoeienis van zijn familie wil. De samenwerking met en ondersteuning van familieleden en naasten is ook verankerd in een kwaliteitstandaard (Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek).

Deze generieke module erkent de rol van naasten in het herstelproces van de patiënt. Wij vinden dat familiebeleid beschikbaar moet zijn én geïmplementeerd en geborgd moet zijn bij de behandeling. Om het familiebeleid transparant te maken, publiceert de zorgaanbieder dit op zijn website. Wij hebben dit als volgt uitgewerkt:

- De zorgaanbieder heeft een familiebeleid dat voldoet aan bovenstaande beschrijving en dat makkelijk vindbaar is op zijn website.
- De zorgaanbieder beschikt over een familievertrouwenspersoon. (Deze hoeft niet specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen betrokken te zijn)
- De onafhankelijkheid van de familievertrouwenspersoon is gewaarborgd.
- De zorgaanbieder heeft bij voorkeur een steungroep of psycho-educatiegroep voor naasten.
- De zorgaanbieder heeft bij voorkeur een partnerrelatietherapiegroep voor partners.
- De zorgaanbieder zet bij voorkeur systeemtherapie in voor gezinnen.
- De zorgaanbieder zet bij voorkeur het programma KOPP-zorg in voor kinderen.
- De zorgaanbieder beschikt over behandelaars met voldoende expertise om naasten te kunnen betrekken bij de diagnostiek, behandeling en ondersteuning.

Selectief inkoopbeleid CZ

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

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

Als de zorgaanbieder beschikt over familiebeleid, dat makkelijk vindbaar is op de website, waarin ten minste de beschikbaarheid van een onafhankelijke vertrouwenspersoon is geborgd, en de familie van het begin af aan bij de behandeling wordt betrokken én zorgaanbieder beschikt over één van de bovengenoemde voorkeursysteem gerichte interventies 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 instelling maakt gebruik van één of meer ervaringsdeskundigen bij de behandeling van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en geeft daar op de volgende manier invulling aan:

- 1 De ervaringsdeskundige(n) heeft zitting in de cliëntenraad.
- 2 De ervaringsdeskundige(n) treedt op als contactpersoon voor familie/cliënten.
- 3 De ervaringsdeskundige(n) geeft binnen het zorgprogramma toelichting aan familie/cliënten.
- 4 De ervaringsdeskundige(n) is bij voorkeur in dienst bij uw instelling.

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

Selectief inkoopbeleid CZ

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

Voldoet men aan alle bovengenoemde minimale eisen 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 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 verbeterignalen wordt de categorie-indeling gevuld.

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

Samenvatting 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 85% 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 70% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan op.	De zorgaanbieder stelt voor meer dan 70% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan op.	De zorgaanbieder stelt voor meer dan 80% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan op.	De zorgaanbieder stelt voor meer dan 90% van de patiënten binnen acht weken een behandelplan op.
3	Evaluatie behandelplan	De zorgaanbieder evalueert het behandelplan voor 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 minder dan 80% 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 80% , maar voor meer dan 75% van de patiënten 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% minimaal eens per zes weken bij een klinische behandeling en minimaal eens per drie maanden bij een poliklinische behandeling.

	Kwaliteitsnormen	Voldoet niet	Kan Beter	Goede Zorg	Beste Zorg
4	Terugkoppeling na intake. Indien de aanbieder geen systematische screening op comorbide stoornissen uitvoert, valt deze eveneens in categorie 4.	Bij minder dan 80% van de patiënten vindt binnen zes weken na start van de intake een terugkoppeling plaats. Indien de aanbieder geen systematische screening op comorbide stoornissen uitvoert, komt deze eveneens in categorie 4 terecht.	Bij meer dan 80%, maar minder dan 85% van de patiënten vindt binnen zes weken na start van de intake een terugkoppeling plaats.	Bij ten minste 85% 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. De aanbieder voert een systematische screening op comorbide stoornissen uit.
5	Zorgprogramma en evidence based behandelingen	Er wordt niet gewerkt met een zorgprogramma, of het zorgprogramma bevat minder dan negen van de 11 beschreven elementen, of het zorgprogramma bevat niet het aanbod van bewezen effectieve behandelingen.	Er wordt gewerkt met een zorgprogramma maar dit bevat slechts 9 van de 11 beschreven elementen (waaronder ten minste het aanbod van bewezen effectieve behandelingen). Indien de aanbieder psychiatrische comorbiditeit niet geïntegreerd behandelt, komt deze in categorie 3.	Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar ten minste 10 van de 11 beschreven elementen (waaronder ten minste het aanbod van bewezen effectieve behandelingen). Indien de aanbieder psychiatrische comorbiditeit niet geïntegreerd behandelt, maar wel horizontale verwijfsafspraken zijn gemaakt, komt deze in categorie 2.	Er wordt gewerkt met een zorgprogramma én dit bevat aantoonbaar alle 11 beschreven elementen. Indien de aanbieder psychiatrische comorbiditeit geïntegreerd behandelt, komt deze in categorie 1.
6	Inzet zorgprogramma	De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij minder dan 75% van de patiënten.	De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij meer dan 75%, maar minder dan 85% van de patiënten.	De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij meer dan 85% van de patiënten.	De zorgaanbieder zet gestructureerde zorgprogrammering in bij ten minste 95% van de patiënten.

	Kwaliteitsnormen	Voldoet niet	Kan Beter	Goede Zorg	Beste Zorg
7	Evidence based behandelingen	De zorgaanbieder biedt géén evidence based behandelingen aan.	De zorgaanbieder kan één of twee evidence based behandelingen bieden.	De zorgaanbieder kan minimaal drie evidence based behandelingen bieden.	De zorgaanbieder kan ten minste vier evidence based behandelingen bieden.
8	Evidence based diagnostiek	Er wordt geen gebruik gemaakt van het klinisch interview	De zorgaanbieder maakt geen gebruik van (semi) gestructureerde vragenlijsten, screeningsinstrumenten en/ of zelfrapportage-lijsten.	De zorgaanbieder maakt gebruik van (semi) gestructureerde vragenlijsten.	De zorgaanbieder maakt gebruik van (semi) gestructureerde vragenlijsten en andere meetinstrumenten voor verfijning van de diagnostiek.
9	Somatische screening	De zorgaanbieder voert niet standaard een somatische screening uit.	N.v.t	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.
11	Herstel, participatie en samenwerkingsafspraken sociaal domein	N.v.t.	De zorgaanbieder heeft geen/niet aantoonbaar aandacht voor herstel, participatie en er zijn geen samenwerkingsafspraken met het sociaal domein gemaakt.	N.v.t.	De zorgaanbieder heeft aantoonbaar voldoende aandacht voor herstel, participatie en heeft samenwerkingsafspraken met het sociaal domein gemaakt.
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.

	Kwaliteitsnormen	Voldoet niet	Kan Beter	Goede Zorg	Beste Zorg
13	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, 2) een psychotherapeut en/of GZ-psycholoog, 3) vaktherapeut, of sociotherapeut, of sociaal psychiatrisch verpleegkundige, of verpleegkundig specialist.	Het multidisciplinair team bestaat ten minste uit de volgende disciplines: psychiater en/of klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of GZ-psycholoog, en minimaal één van de volgende disciplines: vaktherapeut, sociotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist.	Het multidisciplinair team bestaat ten minste uit de volgende disciplines: psychiater en klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of GZ-psycholoog, en minimaal één van de volgende disciplines: vaktherapeut, sociotherapeut, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist.	Het multidisciplinair team bestaat ten minste uit de volgende disciplines: psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verpleegkundig specialist én ten minste een van de volgende disciplines: vaktherapeut, sociotherapeut, of sociaal psychiatrisch verpleegkundige.
14	Patiëntervaringen - Familiebeleid	Als de zorgaanbieder niet beschikt over familiebeleid, niet makkelijk vindbaar op de website, en de betrokkenheid van de onafhankelijke vertrouwenspersoon niet geborgd is en de familie niet van begin af aan bij de behandeling is betrokken.	Als de zorgaanbieder beschikt over familiebeleid, dat makkelijk vindbaar op de website, waarin ten minste de beschikbaarheid van een onafhankelijke vertrouwenspersoon is geborgd.	N.v.t.	Als de zorgaanbieder beschikt over familiebeleid, dat makkelijk vindbaar op de website, waarin ten minste de beschikbaarheid van een onafhankelijke vertrouwenspersoon is geborgd, en de familie van het begin af aan bij de behandeling wordt betrokken én zorgaanbieder beschikt over één van de bovengenoemde voorkeurs systeem gerichte interventies.

	Kwaliteitsnormen	Voldoet niet	Kan Beter	Goede Zorg	Beste Zorg
15	Patiëntervaringen - ervarings- deskundige	Geen inzet van een ervaringsdeskundige, c.q. ervaringsdeskundigheid en niet voldoet aan onderstaande punten: De ervaringsdeskundige(n) heeft zitting in de cliëntenraad. De ervaringsdeskundige(n) treedt op als contactpersoon voor familie/cliënten én de ervaringsdeskundige(n) geeft binnen het zorgprogramma toelichting aan familie/cliënten.	Als de ervaringsdeskundige zitting heeft in de cliëntenraad, optreedt als contactpersoon voor de familie en binnen het zorgprogramma toelichting geeft aan familie/cliënten, komt de aanbieder in de categorie 'kan beter'.	N.v.t.	Als de ervaringsdeskundige zitting heeft in de cliëntenraad, optreedt als contactpersoon voor de familie, binnen het zorgprogramma toelichting geeft aan familie/cliënten, én de ervaringsdeskundige is in dienst bij de aanbieder, dan komt de aanbieder in de categorie 'beste zorg'.

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

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.

Algemeen

Administratie

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
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
A02 Wat is het telefoonnummer van deze contactpersoon?		Telefoonnummer_NL
A03 Wat is het e-mailadres van deze contactpersoon?		E-mail adres
A04 Het aantal unieke patiënten, van alle verzekeraars, waarvoor in 2021 een behandeling is gestart met als primaire diagnose persoonlijkheidsstoornis.	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.	Positief getal

Administratie

	Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A05	Hoeveel van het totaal aantal patiënten hadden een klinische DBC?		Positief getal met decimalen
A06	Hoeveel van het totaal aantal patiënten hadden een ambulante DBC?		Positief getal met decimalen

Intake- en behandelplan

	Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A07	Voor hoeveel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis was een behandelplan opgesteld?		Positief getal met decimalen
A08	Voor hoeveel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en meer was binnen 8 weken na de intake, een behandelplan opgesteld?		Positief getal met decimalen
A09	Hoeveel patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis hebben binnen zes weken na de start van de intake een terugkoppeling van de indicatiestelling ontvangen?		Positief getal met decimalen
A10	Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis met een klinische behandeling, vindt er bij (dag)klinische behandeling minimaal eens per zes weken en bij ambulante behandeling minimaal eens per 3 maanden een evaluatie plaats van het behandelplan met de patiënt?		Positief getal met decimalen

Intake- en behandelplan

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A11 Voor hoeveel van de patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis met een ambulante behandeling, vindt er minimaal eens per 3 maanden een evaluatie plaats van het behandelplan met de patiënt?		Positief getal met decimalen

Kwaliteitsnormen

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A12 Is de diagnose bij alle patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis gesteld op basis van evidence based diagnostiek?		Ja Nee
A13 Maakt u, naast het klinische interview, gebruik van (semi) gestructureerde interviews en meetinstrumenten voor de evidence based diagnostiek bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee
A13a Van welke (semi) gestructureerde interviews en meetinstrumenten voor de evidence based diagnostiek bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen maakt u gebruik?		Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5-P) Schedules for Clinical Assessment in International Personality Disorder Examination (IPDE) Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)
A14 Maakt u gebruik van testen/ meetinstrumenten om de diagnostiek verder te verfijnen?		Ja Nee

Kwaliteitsnormen

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A14a Van welke testen/meetinstrumenten om de diagnostiek verder te verfijnen maakt u gebruik?		Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) Dimensional Assessment of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ) NEO-Personality Inventory-revised (NEO-PI-R). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) Semigestructureerde Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP-5.1) General Assessment of Personality Disorders (GAPD) Structured Clinical Interview for the DSM-5 (R) Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD) Module III
A15 Gebruikt u (nog) andere programma's/methodes voor de evidence based diagnostiek behalve (semi-) gestructureerde interviews bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee
A15a Van welke andere programma's/methodes voor de evidence based diagnostiek behalve (semi-) gestructureerde interviews bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen maakt u gebruik?	Vul de programma's/methodes.	Tekst

Kwaliteitsnormen

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A15b Brengt u bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen systematisch co morbide stoornissen in kaart?		Ja Nee
A16 Heeft u een zorgprogramma voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis?		Ja Nee
A16a Welke van de onderstaande aspecten zijn opgenomen in elk zorgprogramma voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Evidence based behandelingen Exclusiecriteria Inclusiecriteria Uitstroomcriteria Opschaalcriteria Traject voor de behandeling Traject tijdens de behandeling Traject na de behandeling Ketenzorg Systeembehandeling Vaktherapie
A17 Voor hoeveel van de patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen wordt de zorg via gestructureerde zorgprogrammering ingezet?		Positief getal met decimalen
A18 Maakt u gebruik van schema-gerichte therapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee
A19 Maakt u gebruik van dialectische gedragstherapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee

Kwaliteitsnormen

	Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A20	Maakt u gebruik van mentalisation based therapy bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee
A21	Maakt u gebruik van Transference-Focused Psychotherapy bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee
A22	Maakt u gebruik van Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?		Ja Nee
A23	Welke andere behandelingen gebruikt u bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul de andere behandelingen in.	Tekst
A24	Welke behandeling past u het meest toe bij de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul de behandeling die het meest wordt toegepast bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen.	Tekst
A25	Hoeveel FTE's zijn er totaal beschikbaar voor de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen (als behandelaar)?	Vul het aantal behandelaren in FTE's.	Positief getal met decimalen
A26	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor schemagerichte therapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul het aantal behandelaren in FTE's.	Positief getal met decimalen
A27	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor dialectische gedragstherapie bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul het aantal behandelaren in FTE's.	Positief getal met decimalen
A28	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor mentalisation based therapy bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul het aantal behandelaren in FTE's.	Positief getal met decimalen

Kwaliteitsnormen

	Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A29	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren zijn er beschikbaar voor Transference focussed therapy bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul het aantal behandelaren in FTE's.	Positief getal met decimalen
A30	Hoeveel FTE's gecertificeerde behandelaren GIT-PD zijn er beschikbaar bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen?	Vul het aantal behandelaren in FTE's.	Positief getal met decimalen
A31	Hoe vaak wordt de regiebehandelaar ingezet?	Vul het aantal consulten in.	Positief getal met decimalen
A32	Hoe vaak wordt de coördinerend regiebehandelaar ingezet?	Vul het aantal consulten in.	Positief getal met decimalen
A33	Hoe vaak wordt de indicierend regiebehandelaar ingezet?	Vul het aantal consulten in.	Positief getal met decimalen
A34	Voert uw instelling standaard bij alle patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis een somatische screening uit?		Ja Nee
A35	Is uw instelling voldoende toegerust om ook co morbide psychopathologie te behandelen?		Ja Nee
A35a	Hebt u hier afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere praktijk/ instelling?		Ja Nee
A36	Is uw instelling voldoende toegerust om ook co morbide lichamelijke ziektes/complicaties te behandelen?		Ja Nee
A36a	Hebt u hier afspraken over gemaakt en vastgelegd met een andere praktijk/instelling?		Ja Nee

Kwaliteitsnormen

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A37 Beschikt uw instelling over een operationeel suïcidepreventie-beleid conform de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (2012)?		Ja Nee
A38 Wordt bij de behandeling voldoende aandacht besteed aan crisisplan/signaleringsplan, samenwerkingsafspraken bij crisis?		Ja Nee
A39 Wordt bij de behandeling voldoende aandacht besteed aan continuïteit en coördinatie van zorg bij co morbiditeit?		Ja Nee
A40 Wordt bij de behandeling voldoende aandacht besteed aan "Herstel", Participatie en reïntegratie?		Ja Nee
A41 Werkt uw instelling in het kader van herstel samen met partners uit het sociaal domein?		Ja Nee
A42 Wordt na een poging tot of een daadwerkelijke suïcide, standaard een procesevaluatie verricht waarvan de uitkomst de basis is tot aanpassing van het beleid?		Ja Nee
A43 Worden suïcidepogingen en suïcides geëvalueerd in een specifiek daarvoor bedoeld overleg?		Ja Nee
A44 Is er een multidisciplinair team of extern multidisciplinair samenwerkingsverband aanwezig in uw instelling waar casusbespreking van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis plaatsvindt?		Multidisciplinair team Extern multidisciplinair samenwerkingsverband

Kwaliteitsnormen

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A45 Welke van de onderstaande disciplines zijn vertegenwoordigd in elk multidisciplinair team, c.q. in het externe multidisciplinaire samenwerkingsverband, waar casusbespreking van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis plaatsvindt?	Mogelijkheid om meerdere antwoorden aan te kruisen.	Psychiater Klinisch psycholoog Psychotherapeut GZ-psycholoog Vaktherapeut Sociotherapeut Sociaal psychiatrisch verpleegkundige Verpleegkundig specialist
A46 Beschikt uw instelling over een operationeel systeem van continue trainingen supervisie en intervisie?		Ja Nee
A47 Beschikt uw instelling over een operationeel systeem van continue intervisie?		Ja Nee

Patiëntervaringen, Familie/naasten

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A48 Maakt uw instelling gebruik van ervaringsdeskundige(n) bij de behandeling van patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis?		Ja Nee
A48a Hoe maakt uw instelling gebruik van ervaringsdeskundige(n)?		Tekst
A49 Heeft de ervaringsdeskundige(n) zitting in de patiëntenraad?	Minimaal 1 lid van de patiëntenraad heeft/had een ernstige persoonlijkheidsstoornis.	Ja Nee
A50 Treedt de ervaringsdeskundige(n) op als contactpersoon voor familie/patiënten?		Ja Nee

Patiëntervaringen, Familie/naasten

	Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A51	Geeft de ervaringsdeskundige(n) binnen het zorgprogramma toelichting aan familie/patiënten?		Ja Nee
A52	Is de ervaringsdeskundige(n) HBO gediplomeerd, in dienst bij uw instelling en maakt deze onderdeel uit van het behandelteam?		Ja Nee
A53	Is de ervaringsdeskundige(n) MBO gediplomeerd, in dienst bij uw instelling en maakt deze onderdeel uit van het behandelteam?		Ja Nee
A54	Beschikt uw instelling over een familiebeleid voor patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis?		Ja Nee
A54a	Is er sprake van een familieraad?		Ja Nee
A54b	Is er sprake van een familie-vertrouwenspersoon?		Ja Nee
A55	Worden naasten/familie, bij instemming van de patiënt en bereidheid van naasten tot medewerking, vanaf het begin bij de behandeling betrokken?		Ja Nee
A55a	Voor naasten: maakt u gebruik van steungroepen of psycho-educatie?		Ja Nee
A55b	Voor partners: maakt u gebruik van partnergroepen of partner-relatietherapie?		Ja Nee
A55c	Voor gezinnen: maakt u gebruik van systeemtherapie?		Ja Nee
A55d	Voor kinderen: maakt u gebruik van KOPP zorg?		Ja Nee

Toelichting

Vraag	Vraagtoelichting	Keuze-antwoorden/Berekening
A56 Dit is de laatste "vraag" van de vragenlijst ernstige persoonlijkheidsstoornissen (nieuwe instroom). Wilt u nog een toelichting geven?		Tekst

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 samenhangt 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 verzekeren geen resultaten van behandelingen garanderen.

© CZ Groep, juni 2022

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 NICE clinical guideline 78 (2009). Borderline personality disorder: Treatment and management. Available at www.nice.org.uk.



Zorg die verder gaat