

Zorginkoopbeleid

GGZ Instellingen 2023



OHRA

 nationale
nederlanden

Inhoudsopgave

1	Visie van CZ groep op de GGZ	3
2	Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	7
2.1	Kern van het zorginkoopbeleid 2023	7
2.2	Inhoudelijk beleid	7
2.3	Innovatie en samenwerking	12
2.4	Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	13
3	Proces contractering 2023	14
3.1	Tijdpad	14
3.2	Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	16
3.3	Bereikbaarheid	16
Bijlage 1	Minimale eisen voor instellingen	17
Bijlage 2	Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2023	20
Bijlage 3	Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato) voor gecontracteerde zorgaanbieders (CZ groep, versie maart 2022)	21
Bijlage 4	Afstemming regionale netwerk rond mensen met ZB/LVB	23
Bijlage 5	Selectieve inkoop van zorg bij ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen	25

Voorbehoud

Dit document en alle bijbehorende bijlagen zijn met zorg samengesteld en met inachtneming van de vigerende wet- en regelgeving door OWM CZ groep U.A., CZ Zorgverzekeringen N.V., Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. en OHRA Zorgverzekeringen N.V. (hierna gezamenlijk: CZ groep). Wijzigingen in wet- of regelgeving kunnen tot gevolg hebben dat de inhoud van dit document moet worden aangepast. Ook andere ontwikkelingen kunnen inhoudelijke aanpassingen nodig maken. Denk aan het nieuwe hoofdlijnenakkoord (september 2022) of de resultaten over 2022. Wij geven alle inhoudelijke wijzigingen duidelijk en met redenen omkleed aan. Deze aanpassingen zullen zo spoedig mogelijk bekendgemaakt worden.

Visie van CZ groep op de GGZ

De wachttijden in de GGZ zijn nog steeds te lang. Het grote probleem is het tekort aan personeel. Dit vraagt om een andere aanpak, zodat de beschikbare (behandel) capaciteit voor meer mensen beschikbaar komt. Daarnaast is een discussie nodig over wat wel en niet onder de GGZ valt. Alleen op die manier kunnen we de zorg voor de meest kwetsbare mensen garanderen. Daarom richt CZ groep zich de komende jaren op drie punten (de 3 d's):

- **digitalisering**
We willen het aanbod van digitale interventies vergroten, waardoor behandelingen deels of volledig

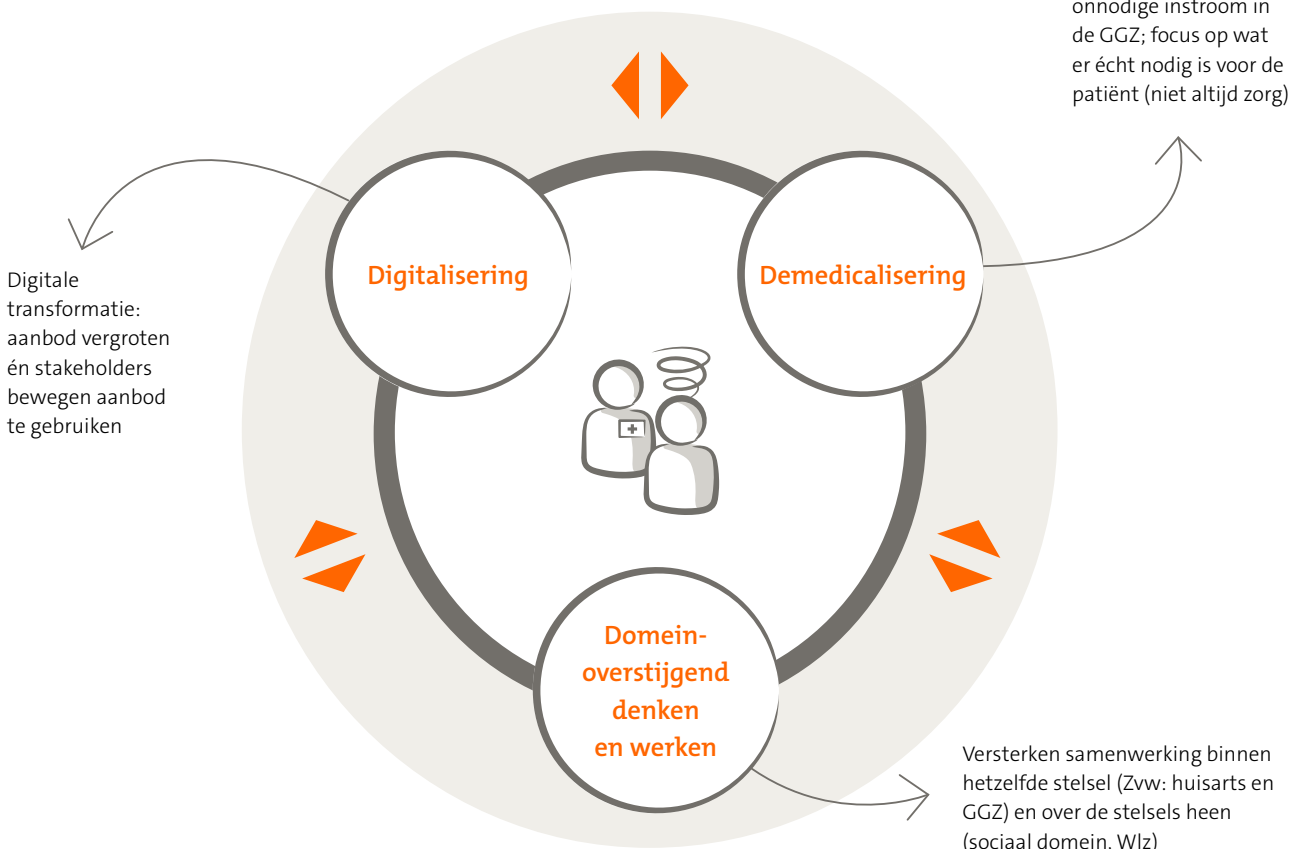
online worden aangeboden. Ook willen we een landelijk digitaal netwerk van behandelaren beschikbaar maken. Daarmee kunnen we de beschikbare behandelcapaciteit vergroten.

- **demedicaliseren**
We willen onnodige instroom in de GGZ voorkomen. Daarbij leggen we de focus op wat de cliënt écht nodig heeft.
- **domeinoverstijgend werken en denken**
We willen de samenwerking versterken binnen stelsels (Zvw: huisarts en GGZ) en over de stelsels heen (sociaal domein, Wlz).

De drie belangrijkste pijlers GGZ

Realiseren van toegankelijke zorg op de juiste plek, tegen maatschappelijk acceptabele kosten

Het voorkomen van onnodige instroom in de GGZ; focus op wat er écht nodig is voor de patiënt (niet altijd zorg)

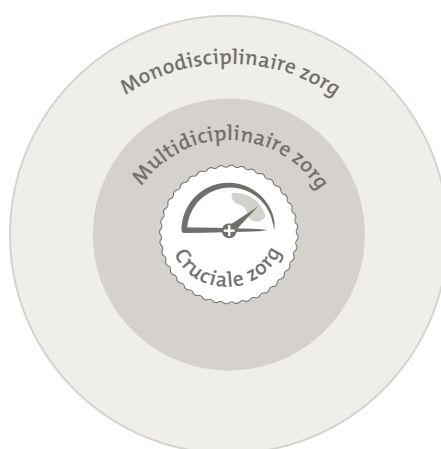


Trends en ontwikkelingen

De cruciale zorg¹ is de afgelopen jaren in de verdrinking gekomen door de opkomst van mono- en multidisciplinaire zorg, waardoor de zorg verder is verzuimd. Aanbieders van deze zorg hanteren exclusiecriteria, wat – samen met een toenemend beroep op de schaarse capaciteit – ten koste gaat van de meest kwetsbare doelgroepen in onze samenleving. Het wordt steeds

moeilijker om de complexe doelgroep, die een specifiek cruciaal aanbod nodig heeft, passende zorg te bieden. CZ groep gaat zich daarom richten op het toegankelijk houden van de mono- en multidisciplinaire zorg. Dat doen we vooral door digitale zorg te stimuleren en door het tarief bij te stellen op basis van de (hoeveelheid) exclusiecriteria. De cruciale zorg gaan we passend bekostigen.

Het GGZ landschap weer in balans



CRUCIALE ZORG IS IN DE VERDRUKKING

Doelgroep: complexe doelgroep waarvoor specifiek cruciaal aanbod beschikbaar moet zijn.

Denk aan: sucicidegevaar, risico op automutilatie, zorgvraag met een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis, sprake van ernstige (fysieke) agressieproblematiek of delictgedrag, risico

op acute crisis, mogelijk sprake van hallucinaties en waanideeën. Grillig verloop van het ziektebeeld.

Kenmerken aanbieder: complexe functies beschikbaar, zoals HIC en ander zeer specialistisch klinisch aanbod, 24/7 outreachende crisiszorg, FACT, IHT, verplichte GGZ. Samenwerking

andere domeinen noodzakelijk (zoals Justitie en sociaal domein). Multidisciplinaire ambulante zorg en klinische zorg. Zorg-standaard is ondersteunend. Crisis is onderdeel van de behandeling.

In- en exclusiecriteria: exclusiecriteria zijn bij deze aanbieder niet aanwezig.

HOE BRENGEN WE HET GGZ LANDSCHAP BETER IN BALANS

- **Cruciale zorg:** passende bekostiging
- **Multidisciplinaire zorg:** tariefbijstelling op basis van exclusiecriteria en het verhogen van expertise
- **Monodisciplinaire zorg:** uitbreiden digitaal aanbod. Scherp tarief. Demedicalisering door scherpe afbakening noodzakelijke GGZ behandelingen

¹ Hieronder verstaan wij de integrale zorg die ook 24/7 outreachende crisiszorg levert.

Het GGZ-landschap terug in balans brengen

De meeste zorgvragen kunnen worden opgepakt door de mono- en multidisciplinaire zorg. Dit zijn zorgvragen met een hulpvraaggerichte behandelfocus. Het beloop van de aandoening en de behandeling(en) hebben een zekere voorspelbaarheid en stabiliteit. Toch kunnen er fluctuaties en excessen optreden, die met de juiste interventies behandeld kunnen worden. De behandeling moet toegevoegde waarde hebben voor de cliënt. Hij moet daarom vooraf redelijkerwijs weten welk resultaat hij kan verwachten en welke tijdsduur daaraan gekoppeld is. Een zorgvuldig opgesteld behandelplan, met evaluatie van het verloop, is daarbij de basis. We zien ook dat zorgaanbieders die vooral dit type zorg aanbieden, (strikte) exclusiecriteria bij de toegangspoort hanteren.

Het hanteren van exclusiecriteria brengt het GGZ-landschap uit balans. CZ groep wil exclusiecriteria niet onmogelijk maken, maar het tarief voor de geboden zorg moet dan passend zijn. Als een zorgaanbieder ervoor kiest om geen exclusiecriteria meer te hanteren, moet hij de expertise en regionale samenwerkingsafspraken voor consultatie en advies goed hebben georganiseerd. Dit mag niet leiden tot meer horizontale doorverwijzingen naar de cruciale zorg doordat behandelingen vastlopen.

Een relatief kleine groep cliënten heeft te maken met een (zeer) complexe zorgvraag, waarbij de problemen vaak aanhouden. Hun aandoening is minder voorspelbaar en daardoor is er altijd een multidisciplinaire aanpak nodig met de cruciale functies op de achtergrond én de voorgrond, waar nodig over meerdere domeinen heen (zoals HIC en ander zeer specialistisch klinisch aanbod, FACT, IHT, outreachende crisiszorg en verplichte GGZ). Door het grillige verloop van de aandoening wordt het behandelplan regelmatig bijgesteld, ook buiten de geplande evaluaties om. Deze cruciale zorg moet op regionaal niveau goed en vrijwel direct toegankelijk zijn.

Ontwikkelingen in de contractering voor de komende jaren (2023-2027)

Door het zorgprestatie model (ZPM) wordt de curatieve GGZ op een andere manier bekostigd. Het is de bedoeling dat we de komende jaren een steeds betere relatie gaan leggen tussen de zorgvraag van de cliënt en de benodigde zorg. Zorgvraagtypering wordt vanaf 2024 een hulpmiddel om keuzes te maken over de inzet van zorg bij groepen patiënten. Het zorgvraagtype maakt de zwaarte van de benodigde zorg duidelijker, waardoor straks makkelijker besproken kan worden wat gepaste en doelmatige zorg is.

In 2022 en 2023 gebruiken we de registratie van het zorgvraagtype vooral om informatie te verzamelen voor de validatie en de doorontwikkeling van de zorgvraagtypering. Vanaf 2024 gaat de zorgvraagtypering ondersteunen bij de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over wat voor specifieke patiëntengroepen een reële vergoeding is, gegeven de zorg die voor die groep gepast en doelmatig is.

CZ groep wil de manier waarop de relatie wordt gelegd tussen de zorgvraagtypering en het behandelprofiel (zorgprestaties) stapsgewijs invoeren. In onderstaande illustratie ziet u hoe we dat (in grote lijnen) zien. Uiteraard houden we daarbij rekening met de ontwikkelingen op landelijk niveau en beoordelen we jaarlijks of de voorgestelde stappen gezet kunnen worden.

Ontwikkelingen contractering 2023 tot en met 2027



Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2023

Op dit moment hebben we te weinig informatie over de effecten van het zorgprestatie­model (ZPM) en hoe we kunnen sturen. Daarom kiest CZ groep voor een beleidsarm jaar. In 2022 en 2023 volgen we de ontwikkelingen op basis van de daadwerkelijke realisatie. Wij zijn benieuwd in hoeverre die aansluit bij de simulaties en welk effect dit heeft op de verschillende settings. We verwachten in de loop van 2023 beter zicht te krijgen op de (on)bedoelde effecten van het ZPM, zodat we hier sturing aan kunnen geven. Juist in deze overgangsjaren sturen we op het behandelen van een minimaal aantal cliënten zonder dat de kosten omhoog gaan en de kwaliteit minimaal gelijk blijft. De toegankelijkheid van de GGZ blijft flink onder druk staan en dat willen we in deze overgangsperiode niet uit het oog verliezen.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2023

- Het garantiebudget vervalt in 2023. Daarmee wordt de transitieprestatie niet standaard ingezet.
- Tariefpercentages worden gekoppeld aan de exclusiecriteria per setting. Bij de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair (setting 2) hanteren wij andere uitgangspunten dan bij de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (setting 3) en hoger (setting 4-8).
- CZ groep heeft enkele zorglabels en settings aangescherpt. Het gaat hier om de zorglabels Digitale zorg en Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg en over de settings Outreachend en Hoogspecialistisch.
- Voor de selectieve inkoop van zorg bij ernstige eet- en/of persoonlijkheidsstoornissen gebruiken we een vragenlijst gebaseerd op het kwaliteitskader.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- De instelling conformeert zich aan de veldafspraken van het ZPM.
- De selectieve inkoop van zorg bij ernstige eet- en/of persoonlijkheidsstoornissen wordt niet opengesteld voor de setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair (setting 2).

2.2 Inhoudelijk beleid

2.2.1 Kwaliteit van zorg

Update programma kwaliteit depressiezorg

Een aantal jaren geleden beschreven we onze visie op de zorg voor mensen met een depressie. Deze visie is nog steeds actueel; het aantal mensen met een depressie blijft onveranderd hoog. In een beknopte update beschrijven wij per thema 1) wat we hebben gerealiseerd, 2) wat ons nog te doen staat en 3) hoe we dat gaan doen.

Selectieve inkoop van zorg bij ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen

In 2022 hebben we een kwaliteitskader opgesteld voor de zorg bij ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen. In 2023 vertalen we dit aangescherpte kwaliteitskader naar een vragenlijstprocedure binnen de selectieve zorginkoop zoals u voor de komst van het ZPM van ons gewend was. Zorgaanbieders die ernstige eetstoornissen en/of ernstige persoonlijkheidsstoornissen behandelen, mogen deze zorg alleen aan CZ-verzekerden leveren als zij voldoen aan onze eisen. De settings Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II (setting 1) en Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair (setting 2) sluiten we uit voor het leveren van deze zorg, omdat de problematiek bij deze doelgroep dermate ernstig is dat deze, mede ingegeven door de zorgstandaard, multidisciplinair behandeld moet worden.

De procedure leidt tot een kwaliteitsoordeel over de betreffende zorgaanbieder. Deze uitkomst wordt gepubliceerd op onze website, ook als die negatief is. Voor de procedure verwijzen we u naar hoofdstuk 3. Voor de minimale eisen en afbakening van de doelgroep, de onderwerpen en de criteria waarop de minimumeisen zijn gebaseerd, verwijzen we u naar bijlage 5.

Esketamine neusspray (Spravato)

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft criteria opgesteld voor gespecialiseerde centra om esketamine neusspray (Spravato) te gebruiken. Daardoor kan dit middel gecontroleerd worden geïntroduceerd en ingezet. CZ groep gebruikt deze criteria bij de contractering van zorgaanbieders die deze behandeling willen aanbieden (zie bijlage 3). Opgedane ervaring en kennis door het systematisch verzamelen van gegevens kunnen deze criteria nader duiden en aanvullen. Op dit moment hebben we nog te weinig informatie voorhanden om de criteria aan te kunnen scherpen. Mochten we in de loop van 2023 tot voortschrijdend inzicht komen, dan publiceren we deze wijzigingen op **onze website**.

In 2023 contracteren we voor dit dure geneesmiddel voornamelijk de zorgaanbieders die ook in 2022 een overeenkomst hadden voor behandelingen met Spravato. Als in de loop van 2022 blijkt dat een nadere invulling nodig is voor de concentratie en spreiding van deze behandelingen, dan publiceren wij dit op **onze website**.

Veldafspraken binnen het ZPM

Binnen het ZPM hebben alle deelnemers de veldafspraken ondertekend. Door hier samen de schouders onder te zetten en de afspraken door te ontwikkelen, zorgen we voor een goede implementatie van het ZPM én een betere kwaliteit van de zorg.

LKS (Landelijk Kwaliteitsstatuut)

Het LKS beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om zorg aan een GGZ-cliënt te bieden. De Zorgaanbieders moeten hun kwaliteitsstatuut uiterlijk 1 juli 2022 in het nieuwe format ingevuld hebben. CZ groep gaat bij de zorginkoop 2023 uit van dit nieuwe format. In het LKS komt een nadere duiding van de categorieën van complexiteit van situaties en hoe de categorieën zich verhouden tot de indeling van het Zorgprestatie-model. We volgen de afspraken van het LKS, in combinatie met de veldafpraak ZPM 'tijdelijke invulling regiebehandelaarschap 2022'. Als ontwikkelingen een nadere invulling van het beleid voor 2023

nodig maken, dan publiceren we dit op **onze website**. We volgen de veldafspraken over de (nieuwe) regiebehandelaren. Wanneer deze veldafspraken niet (tijdig) gereed zijn, vallen we terug op de veldafspraken uit 2022.

KIBG

KIBG draagt bij aan het continu verhogen van de kwaliteit van de generalistische zorg. Daarom hanteert CZ groep een opslag op het tarief voor zorgaanbieders die in 2023 het keurmerk KIBG² dragen.

Genderdysforie

Een behandeling voor genderdysforie moet altijd met aantoonbare ketenafstemming plaatsvinden als er endocrinologische of chirurgische interventies in het behandelplan zijn opgenomen.

2.2.2 Kosten van zorg

Omzetmaximum³

Voor 2023 baseren we het omzetmaximum op het overeengekomen omzetmaximum van 2022. Het garantiebudget vervalt. Daarnaast maken we een afspraak op basis van het aantal unieke cliënten. In de loop van 2022 stellen we een herverdelingsmodel op en passen dat waar mogelijk toe – mits de declaraties dit tijdig toelaten. Als er voor 2023 een herverdeling plaatsvindt, communiceren we dit tijdig⁴ via **onze website**.

Tariepercentages

CZ groep gaat de tariepercentages koppelen aan de exclusiecriteria per setting. Dit houdt het volgende in:

- Setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – monodisciplinair (setting 2): binnen deze setting is het aannemelijk dat er exclusiecriteria worden gehanteerd. Daarom geldt voor deze setting een tariefafslag die is gedifferentieerd naar type behandelaar. Als de zorgaanbieder digitale zorg levert (zie Zorglabels), dan geldt er een tariefopslag voor deze zorg. Dit wordt op basis van nacalculatie toegepast.
- Setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (setting 3) en hoger (setting 4-8):

² De naam KIBG gaat veranderen. Omdat de nieuwe naam nog niet bekend is, gebruiken we hier voorlopig nog de oude naam.

³ Omzetmaximum is een totale afspraak. Eventueel incidenteel bijgecontracteerd volume wordt niet meegenomen.

⁴ Dit is altijd uiterlijk 1 augustus.

binnen deze settings geldt een maximum tariefpercentage, dat is gekoppeld aan de (nog nader te duiden) exclusiecriteria. Dit tariefpercentage kan niet boven het overeengekomen tariefpercentage van 2022 uitkomen.

- Om inzicht te krijgen in de gehanteerde exclusiecriteria, doen we een uitvraag via VECOZO bij instellingen die digitaal gecontracteerd worden (zie hoofdstuk 3).

Transitieprestatie

In 2023 is er geen sprake meer van een garantiebudget. De transitieprestatie wordt daarom niet standaard ingezet bij zorgaanbieders.

Zorglabels en settings

We vinden het belangrijk dat de setting en de zorglabels die bij een zorgaanbieder van toepassing zijn op een correcte manier worden geregistreerd. Daarvoor verwijzen we naar de **Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg van de NZa en de aanvullende factsheets**. We benoemen daarnaast een aantal zorglabels en settings specifiek:

Digitale zorg (zorglabel)

We maken afspraken over het opvoeren van het zorglabel met zorgaanbieders die een bijdrage kunnen leveren aan digitale zorg. Voor ons is er sprake van digitale zorg als minimaal 50% van de consulten van een zorgtraject digitaal wordt geleverd.

Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (zorglabel)

Geïnccludeerde cliënten voor de levensloopfunctie worden geoormerkt met het zorglabel 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg'.

Outreachend (setting 4)⁵

De zorg in de outreachende setting wordt vooral geleverd door FACT, IHT en VIP. Een zorgaanbieder moet aantoonbare samenwerkingsafspraken hebben met het sociaal domein en richt zich vooral op de EPA-doelgroep en het managen van ernstige crises. Deze setting is niet bedoeld als een aanbieder – in algemene zin – te maken heeft met reistijd. Deze declareert de zorgaanbieder via de toeslag.

Klinisch, exclusief forensische en beveiligde zorg (setting 5)

CZ groep contracteert geen groei in klinische capaciteit ten opzichte van 2022. Daarnaast is de langdurige GGZ (LGGZ) binnen het ZPM niet meer als zodanig herkenbaar. Daarom maken we specifieke afspraken op het moment dat duidelijk is dat een patiënt na 365 dagen nog aanspraak maakt op een GGZ-behandeling met verblijf. We vragen de zorgaanbieder om de checklist Langdurig medisch noodzakelijk verblijf⁶ GGZ in te vullen en bij het medisch dossier te voegen.

Hoogspecialistisch (setting 8)⁷

De setting Hoogspecialistische zorg kan alleen worden geregistreerd en gedeclareerd als dit is overeengekomen in de overeenkomst. Of een zorgaanbieder deze setting mag opvoeren, beoordelen we onder meer op basis van de landelijke afspraken en de aanvullende eisen rondom bovenregionale functie en derdelijns verwijzingen. CZ groep verwacht dat de zorgtrajecten van deze setting kortdurend van aard zijn en dat de overdracht en expertise naar het reguliere veld tijdig en goed is georganiseerd.

Aanvullend beleid voor consulten, verblijfsdagen, toeslagen en overige prestaties. In het algemeen volgen we de landelijke regelgeving voor de prestaties

Alle prestaties maken integraal deel uit van het omzetmaximum. Daarbij merken we het volgende op:

- De totale casemix bestaat voor maximaal 10% uit trajecten met uitsluitend diagnostiek.
- Het registreren en declareren van de toeslag voor Spravato moet expliciet overeengekomen zijn.

2.2.3 Toegankelijkheid van zorg

De toegankelijkheid van de GGZ staat onder druk. Ondanks alle inspanningen blijven de wachttijden voor de GGZ te lang. Toch streven we ernaar om in 2023 de wachttijsten binnen de Treeknormen te hebben en onze verzekerden een goed toegankelijke GGZ te kunnen aanbieden. We volgen de landelijke afspraken van onder meer de Landelijke Stuurgroep Wachttijden GGZ.

⁵ Er wordt gekeken naar een (landelijke) verduidelijking van de settings. Mocht dit tot wijzigingen leiden, dan schrijven we hier nader beleid over.

⁶ Zodra de checklist 2023 actueel is, zetten we deze op www.cz.nl/ggz.

⁷ Er wordt gekeken naar een (landelijke) verduidelijking van de settings. Mocht dit tot wijzigingen leiden, dan schrijven we hier nader beleid over.

Samen met andere veldpartijen vertalen we die afspraken en resultaten naar onze kernwerkregio's. CZ groep koopt extra zorg in als die bijdraagt aan het verlagen van de wachtlijsten (zie bijlage 2).

Aanvullende zorginkoop

- Een zorgaanbieder kan zich melden voor aanvullende zorginkoop als hij 70% van het afgesproken omzetmaximum heeft bereikt. CZ groep gaat dan na of het aantal unieke cliënten van de initiële afspraak is behaald. De algemene voorwaarden van het Zorginkoopbeleid GGZ 2023 zijn van toepassing.
- Een aanvullend zorginkoopverzoek moet bijdragen aan het reduceren van wachtlijsten. Een verzoek voor aanvullende zorginkoop wordt alleen gedaan als het om extra volume gaat (meer cliënten).
- We kijken naar de setting, het aantal cliënten en de diagnosegroepen of zorgprofielen en maken hier gerichte afspraken over.

De volledige procedure voor aanvullende zorginkoop vindt u in bijlage 2.

Samenwerking met huisartsen en zorggroepen

Huisartsen hebben een rol bij het voorkomen van onnodige verwijzingen. Met het oog op de lange wachtlijsten binnen de GGZ richten we ons de komende tijd op het optimaliseren van de verwijzingen naar de GGZ. Dit betekent het volgende:

- Cliënten worden naar het juiste domein en de juiste zorgverlener verwezen door betere (digitale) triage en consultatie van de medisch specialist via meekijk- en meedenkconsulten (Prisma).
- Cliënten worden naar digitale zorg verwezen als dat een passende oplossing is.
- Cliënten worden verwezen naar gecontracteerde aanbieders. De kwaliteit en kostenopbouw van niet-gecontracteerde zorg is niet transparant. Daardoor kunnen wij niet toetsen of deze doelmatig is.

Consultatie van het sociaal domein

Het ministerie van VWS en veldpartijen zijn bezig om een nieuwe lumpsum-prestatie te creëren voor de consultatiefunctie sociaal domein. Hiermee kunnen vroegtijdig (onnodige) GGZ-behandelingen worden voorkomen. Zodra wij hier meer over weten en aanvullend beleid nodig is, laten we dat weten via **onze website**.

Verbeterde toegang tot de GGZ voor mensen met zwakbegaafdheid (ZB) en een lichte verstandelijke beperking (LVB)

Vanuit het veld ontvangen wij signalen dat de ZB/LVB-doelgroep problemen ervaart bij de toegang tot de GGZ. CZ groep vindt exclusiecriteria op basis van IQ onwenselijk. Deze doelgroep heeft recht op zorg binnen de reguliere GGZ. Daarom vragen we aandacht en inspanning voor het vroegtijdig (h)erkennen van deze problematiek en het aanpassen van de behandeling aan het niveau van de cliënt, zoals opgenomen in de generieke module.⁸ We verwachten dat zorgaanbieders, indien nodig, hun expertise voor deze doelgroep verhogen door bijscholing en consultatie vanuit de verstandelijk gehandicapten-sector (zie ook bijlage 4).

Ketenveldnorm levensloopfunctie

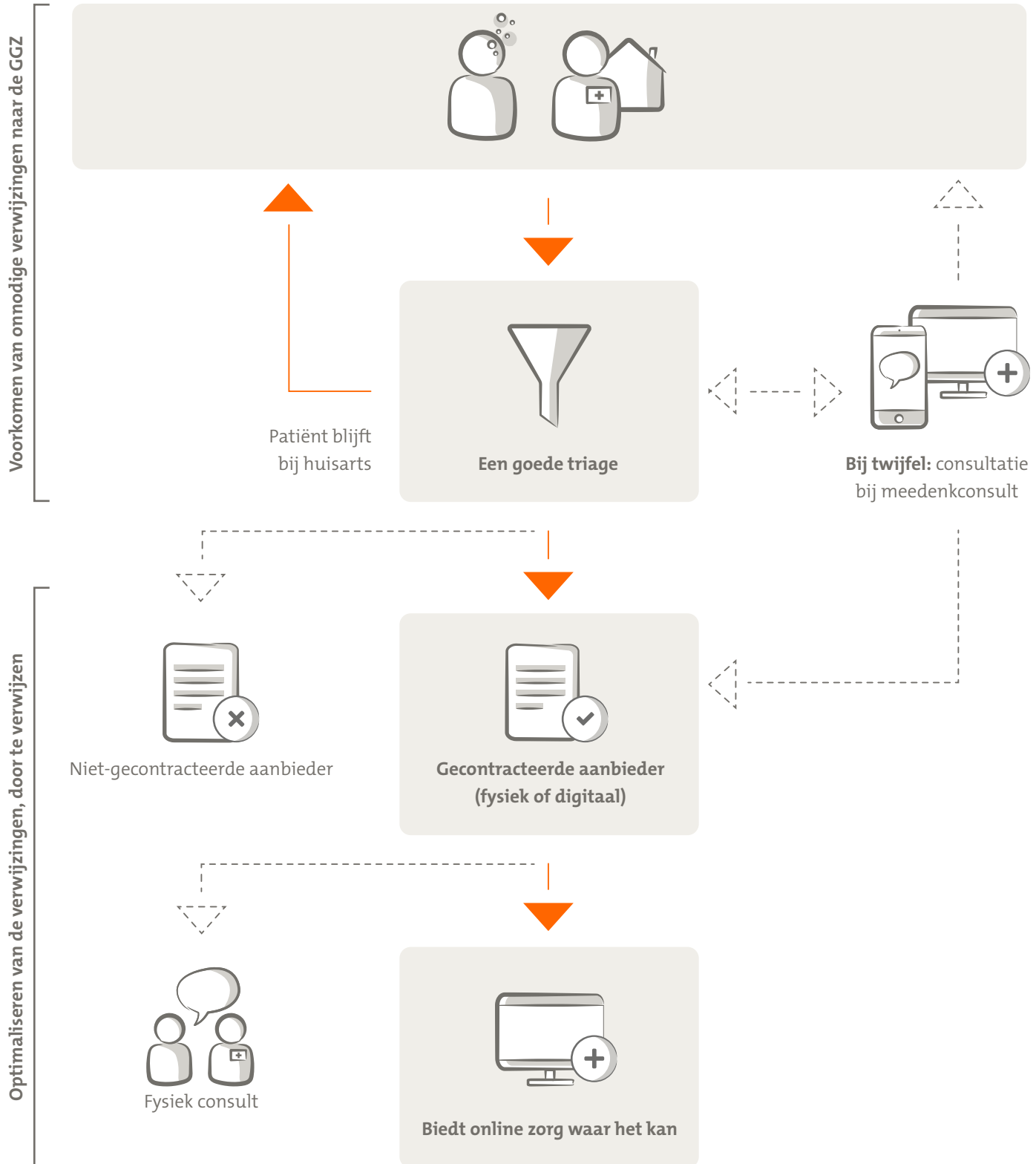
Landelijk wordt hard gewerkt aan de bekostiging van coördinatieactiviteiten per 2023. De vraag is of deze activiteiten passen binnen de aanspraak van de Zvw (curatieve zorg) en binnen de spelregels van de Zvw en Wmg. Als een wijziging van de beleidsregels het nodig maakt om in 2023 nader beleid te publiceren, dan verneemt u dat via **onze website**.

Levensbeschouwelijke overtuiging

Iemand's levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond of godsdienstige gezindheid kan van invloed zijn op de manier waarop hij in contact wil staan met zorgverleners of zorg af wil nemen. CZ groep vindt het belangrijk dat de zorgaanbieder daar bij de invulling van de zorgvraag zo veel mogelijk rekening mee houdt.

⁸ www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/zorg-rondom-psychische-stoornissen-zb-en-lvb

Twee speerpunten in de samenwerking huisartsenzorg en GGZ om zorg op de juiste plek te organiseren



2.2.4 Uitsluitingen

Niet in aanmerking voor een overeenkomst 2023 met CZ groep komt de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletselen oplevert.

2.3 Innovatie en samenwerking

2.3.1 Digitale zorg

Voor de visie en ambities van CZ op het gebied van digitale zorg en ook de afspraken die we op ZN-niveau met partijen hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen, kijk [hier](#).

2.3.2 Duurzaamheid

De zorgsector is medeverantwoordelijk voor klimaatverandering en milieuvervuiling en dat heeft ernstige gevolgen voor de leefomgeving en de gezondheid. Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap. Daarom gaan we ons als zorgverzekeraars gezamenlijk inzetten om de verduurzaming van de zorgsector te versnellen. Daartoe gaan we, in overleg met de verschillende zorgbranches, de inkoop van duurzame zorg verder uitwerken. Vooruitlopend daarop verwachten we van alle zorgaanbieders dat ze zich committeren aan de

landelijke CO₂-doelstellingen en, zoals afgesproken in het klimaatakkoord, hun CO₂-routekaart ontwikkelen en aanleveren. Voor meer informatie, kijk [hier](#).

2.3.3 Duurzame Coalities

Door **Duurzame Coalities** te sluiten, streven we via co-creatie met zorgaanbieders naar meer toekomstbestendige zorg. Door samen te werken en gebruik te maken van elkaars kennis en informatie, kunnen we impactvolle veranderingen teweegbrengen in behandel- en bedrijfsprocessen om zo de transitie te bewerkstelligen. Bewezen nieuwe (digitale) technologie en zorgvormen kunnen succesvol elders worden ingezet. Voor de GGZ hebben we een duurzame coalitie met Mentaal Beter en GGZ Breburg.

2.3.4 Regie in de regio

Sommige regio's waarin CZ groep een groot marktaandeel heeft, hebben te maken met een specifieke situatie. Een situatie die om een gerichte regionale afstemming vraagt van het sectorale zorginkoopbeleid. Regio's verschillen van elkaar qua zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en kwalitatief goed te houden daardoor zo groot, dat we alleen effectief beleid kunnen voeren vanuit een gedeelde regionale visie tussen zorgverzekeraar, (georganiseerde) zorgvragers en zorgaanbieders. Deze integrale aanpak noemen we '**regie in de regio**'. Deze sluit aan bij het thema 'verantwoord en dichtbij' uit ons zorginkoopbeleid 2023. De regie in de regio blijft niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz). Zij kent verschillende gradaties en strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten. In deze situatie krijgt de rol van zorginkoop het karakter van *co-makership*.

De wettelijke zorginkooprol van de zorgverzekeraar impliceert dat deze als 'regioregisseur' de verantwoordelijkheid neemt om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking op basis van co-makership aan te sturen. De betrokken partners maken samen een analyse en stellen vast om welke knelpunten het nu en in de toekomst gaat (regiobeeld). De partners formuleren een gezamenlijke regionale opgave, waaraan zij zich committeren en die een collectieve én een individuele verantwoordelijkheid impliceert.

2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid

We krijgen beter inzicht in de wensen en behoeften van onze verzekerden dankzij patiëntervaringen en de betrokkenheid van patiënten(organisaties), ervaringsdeskundigen en onze Ledenraad. Ook betrekken we mensen steeds vaker bij regionale vraagstukken. Op basis van die input vormen en toetsen wij het zorginkoopbeleid en passen we het indien nodig aan. Zo checken we steeds of de zorg die we inkopen wel écht de zorg is die onze verzekerden zoeken en nodig hebben. Daarnaast implementeren we veranderingen in de zorg op basis van de vraag van onze verzekerden. Hoe wij onze verzekerden hebben betrokken en wat dit oplevert bij de zorginkoop maken we transparant in het document **Zo betrekken we onze verzekerden.**

Proces contractering 2023

3.1 Tijdpad

Instellingen via digitale contractering

Instellingen waarmee we voor 2022 een omzetmaximum hebben afgesproken van minder dan € 2 miljoen, contracteren we via de digitale route. Zij ontvangen na het afronden van de vragenlijst een aanbod voor een overeenkomst 2023 via de contracteermodule van VECOZO.

Planning	Activiteiten
1 juli 2022	Openstellen aanvraagmodule via VECOZO
31 augustus 2022	Sluiting aanvraagmodule via VECOZO
Uiterlijk 14 oktober 2022	Aanbieden overeenkomst 2023 via contracteermodule VECOZO
Uiterlijk 12 november 2022	Accepteren overeenkomst 2023 via contracteermodule VECOZO

Instellingen via contractering met offerteformat

Instellingen waarmee we voor 2022 een omzetmaximum hebben afgesproken van minimaal € 2 miljoen, ontvangen een offerteformat en toegang tot de VECOZO onderhandelmodule. De voorwaarden daarbij zijn dat zij voor minimaal 50% zorg leveren vanaf de setting Outreachend (setting 4-8) en dat CZ groep tot de grootste twee zorgverzekeraars van die instelling behoort. Als een instelling niet aan deze voorwaarden voldoet, valt de contractering onder de digitale procedure (zie hiernaast).

Planning	Activiteiten
1 juli 2022	Start onderhandeling via offerteformat en onderhandelmodule VECOZO
Uiterlijk 12 november 2022	Accepteren overeenkomst 2023 via contracteermodule VECOZO

Nieuwe instellingen

De procedure voor nieuwe instellingen is van toepassing voor zorgaanbieders die als instelling geen overeenkomst met CZ groep hebben voor het leveren van geneeskundige GGZ in 2022. Instellingen die voor 2023 een overeenkomst willen, moeten aantoonbaar voldoen aan de toegangseis en de minimale en aanvullende eisen (zie bijlage 1). Gedurende de looptijd van de overeenkomst blijven zij hieraan voldoen.

Planning	Activiteiten
Uiterlijk 1 september 2022	Sluitdatum melden als belangstellende voor een overeenkomst 2023 via rz.ggz@cz.nl
1 juni 2022	Openstellen uitvraagmodule via VECOZO
30 september 2022	Sluiting uitvraagmodule via VECOZO
Uiterlijk 14 oktober 2022	Aanbieden overeenkomst 2023 via contracteermodule VECOZO
Uiterlijk 12 november 2022	Accepteren overeenkomst 2023 via contracteermodule VECOZO

Selectieve inkoop voor zorg bij ernstige eetstoornissen

Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst voor het leveren van ernstige eetstoornissen in 2023, dienen te voldoen aan de minimale eisen uit bijlage 5. Belangstellenden kunnen zich via onderstaande procedure melden.

Planning	Activiteiten
Uiterlijk 1 mei 2022	Sluitdatum melden als belangstellende voor een overeenkomst 2023 via kwaliteitsuitvraagGGZ@cz.nl
1 mei 2022	Openstellen uitvraagmodule via VECOZO
17 juni 2022	Sluitdatum vragenlijst beoordeling eisen en criteria
1 juli 2022	Publicatie verantwoordingsdocument op www.cz.nl/ggz
1 juli 2022	Terugkoppeling van de beoordeling van de eisen en criteria naar de zorgaanbieder
1 augustus 2022	Sluitdatum hoor/wederhoor
Uiterlijk 12 november 2022	Terugkoppeling van de beoordeling aan de zorgaanbieder

Selectieve inkoop voor zorg bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor een overeenkomst voor het leveren van ernstige persoonlijkheidsstoornissen in 2023, dienen te voldoen aan de minimale eisen uit bijlage 5. Belangstellenden kunnen zich via onderstaande procedure melden.

Planning	Activiteiten
Uiterlijk 1 mei 2022	Sluitdatum melden als belangstellende voor een overeenkomst 2023 via kwakeitsuitvraagGGZ@cz.nl
1 mei 2022	Openstellen vragenlijst via VECOZO
17 juni 2022	Sluitdatum vragenlijst beoordeling eisen en criteria
1 juli 2022	Publicatie verantwoordingsdocument
1 juli 2022	Terugkoppeling van de beoordeling van de eisen en criteria naar de zorgaanbieder via e-mail
1 augustus 2022	Sluitdatum hoor/wederhoor
Uiterlijk 12 november 2022	Terugkoppeling van de beoordeling van de eisen en criteria naar de zorgaanbieder

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk 12 november 2022 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2023. Op www.cz.nl/zorgvinder is per aandoening, behandeling, specialisme, zorgsoort en leverancier een lijst met zorgaanbieders te zien met daarbij de volgende informatie:

- NAW-gegevens van de zorgaanbieder;
- de etalage-informatie die u zelf invult en beheert in Mijn Zorgaanbod;
- de contractstatus, die overeenkomt met de vergoedingsstatus voor de verzekerden;
- de wachttijden (indien beschikbaar);
- kwaliteitsinformatie, waaronder de selectieve inkoopresultaten (indien beschikbaar);
- patiëntervaringen (indien beschikbaar).

3.3 Bereikbaarheid

- Aanmeldingen als belangstellende voor een overeenkomst voor 2023 kunt u mailen naar rz.ggz@cz.nl.
- Algemene vragen over de contractering kunt u mailen naar rz.ggz@cz.nl.
- Vragen over het beleid voor instellingen kunt u mailen naar inkoop.ggz.instellingen@cz.nl.
- Vragen over declareren kunt u mailen naar declaraties.ggz@cz.nl.
- Meer informatie vindt u op www.cz.nl/ggz.

We streven ernaar om uw e-mail binnen 5 werkdagen te beantwoorden.

Minimale eisen voor instellingen

Alle instellingen binnen de geneeskundige GGZ moeten aantoonbaar voldoen aan onderstaande minimale eisen om in aanmerking te komen voor een overeenkomst met CZ groep in 2023. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoet de instelling hieraan. CZ groep kan dit vooraf en achteraf toetsen. De instelling aanvaardt dat de overeenkomst en de productieafspraken worden afgesproken per zorgaanbieder en dat deze dus niet overdraagbaar zijn.

Landelijk

- De instelling beschikt over een geldige AGB-code volgens het Landelijk Kwaliteitsstatuut sectie III. Dit is geen praktijkcode of een code waaronder een vrijgevestigde zorgaanbieder zorg levert.
- De instelling beschikt, conform de eisen van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, over een eigen organisatiespecifiek kwaliteitsstatuut GGZ, dat is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland sectie III Instellingen en dat geldig is gedurende de hele looptijd van de overeenkomst.
- De instelling zorgt in het AGB-register van Vektis voor een actuele weergave van alle relevante informatie.
- De instelling beschikt over een geldig inschrijfnummer in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.
- De instelling voldoet aan de relevante verplichtingen rondom de registratie van de UBO, waarbij de eventuele UBO niet onder een wettelijke sanctie-regeling valt.
- De instelling beschikt over een vertegenwoordigings-bevoegde functionaris die met zijn voor- en achternaam is geregistreerd in het Handelregister van de Kamer van Koophandel en die beschikt over een geldig certificaat bij VECOZO.
- De instelling voldoet aan de relevante bepalingen uit de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
- De instelling beschikt over een (geneesheer-)directeur die eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de verleende zorg.
- De instelling voldoet aantoonbaar aan de voorwaarden uit de Governancecode Zorg 2022.

- De instelling levert informatie aan bij Vektis voor het monitoren van de wachttijden.
- De instelling maakt bij haar declaratieadministratie gebruik van de meest recente versie van het rapport Externe integratie dat voor de zorgsector van toepassing is.
- De instelling stelt haar prestatie-indicatoren ter beschikking aan het Kwaliteitsinstituut van het Zorginstituut Nederland, voor zover dit verplicht is op basis van wet- en regelgeving.

CZ groep

- De instelling levert zorg die voldoet aan de eisen vanuit de relevante wet- en regelgeving, zoals de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en landelijk en regionaal vastgestelde kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen.
- De instelling conformeert zich aan de veldafspraken binnen het ZPM.
- De instelling garandeert dat zij een voor haar beroepsgroep gebruikelijke en adequate (beroeps) aansprakelijkheidsverzekering heeft afgesloten, ook voor de (rechts)personen die zij inschakelt en die niet onder de dekking van de genoemde verzekering vallen.
- De instelling is bereid informatie aan te leveren voor het vullen en actueel houden van Zorgvinder (de internetapplicatie van CZ groep om zijn verzekeren te begeleiden).
- De instelling verleent haar medewerking aan de controles die CZ groep uitvoert. We nemen bij deze controles de voorschriften in acht die de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde beschermen. Ook nemen wij de (nadere) regels in acht die worden gesteld in artikel 87 van de Zvw en hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (zie ook www.cz.nl/ggz).
- De instelling zorgt voor continuïteit in de zorgverlening, waaronder ook wordt verstaan een gelijkmatige spreiding van het overeengekomen jaarvolume (of totaalvolume) over het kalenderjaar.

- De instelling levert enkel behandelingen voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen en/of ernstige eetstoornissen wanneer hier expliciet contractuele afspraken over zijn gemaakt.
- De instelling zorgt dat vóór elke behandeling een (geobjectiveerde) geldige verwijzing in het patiëntendossier zit.
- De instelling declareert de Spravato-toeslag alleen als dit expliciet contractueel overeengekomen is.
- Op de behandellocaties van de instelling worden geen behandelingen geleverd door andere zorgaanbieders in de GGZ.
- De instelling voert het plan van aanpak uit voor het reduceren van wachtlijsten.
- De instelling die gebruik wil maken van een aanvullende zorginkoopafspraken, is bekend met de voorwaarden uit dit zorginkoopbeleid en conformeert zich hieraan.
- De instelling declareert de geleverde zorg binnen 30 dagen of anders volgens de landelijk overeengekomen afspraken.
- die (ook) zorg aanbiedt op een locatie in het buitenland, verder dan 30 kilometer van de Nederlandse grens, dan wel samenwerkt en verwijst naar een andere zorgaanbieder met een locatie in het buitenland verder dan 30 kilometer van de Nederlandse grens;
- waarbij een traject loopt bij Bureau Bijzonder Onderzoek.

Nieuwe instellingen

De procedure voor nieuwe instellingen is van toepassing voor zorgaanbieders die in 2022 geen overeenkomst als instelling hebben met CZ groep voor het leveren van geneeskundige GGZ. De instelling moet aantonen dat zij voldoet aan de minimale eisen in deze bijlage, de toegangseisen en de aanvullende eisen hieronder. CZ groep kan deze eisen vooraf en achteraf toetsen. De instelling aanvaardt dat de overeenkomst en de productieafspraken worden afgesproken per zorgaanbieder en dat deze dus niet overdraagbaar zijn.

Toegangseisen: minimale omzet

Instellingen die in 2020, 2021 of de afgelopen 12 maanden een minimale omzet van € 50.000 hadden voor onze verzekerden, zonder dat zij een overeenkomst als instelling met ons hadden voor de geneeskundige GGZ, kunnen deelnemen aan de procedure voor nieuwe instellingen voor 2023. De omzet wordt vastgesteld op basis van de gehonoreerde declaraties die uiterlijk op 31 mei 2022 bij ons zijn ingediend. Deze omzet is tevens de basis voor de afspraak 2023.

Aanvullende eisen voor nieuwe instellingen

Naast de minimale eisen in deze bijlage en de toegangseisen gelden voor 2023 de volgende aanvullende eisen voor nieuwe instellingen:

Uitsluitingen

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst met CZ groep voor 2023. Dit geldt in ieder geval voor de zorgaanbieder:

- die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure aanhangig is gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- die zich schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet heeft verstrekt;
- waarbij een integriteitsonderzoek beletsel oplevert;

- De instelling beschikt over rechtspersoonlijkheid.
- Binnen de productieafspraken is de verhouding tussen nieuwe verzekerden en verzekerden die al in behandeling zijn minimaal 70/30.
- De instelling beschikt over een procedure voor het omgaan met niet (volledig) geobjectiveerde verwijzingen door de huisarts of bedrijfsarts.
- De instelling beschikt over uitstroomcriteria voor alle behandelingen in de GGZ naar elders in de GGZ-keten en past deze toe.
- De instelling heeft een website met transparante informatie over de behandelingen, de wachttijden, de vergoedingen en de bereikbaarheid.

- De instelling zet e-health in bij alle behandelingen.
- De instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan de (regionale) wachtlijstproblematiek.
- De instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan duurzame klimaatdoelen (Green Deal Duurzame Zorg), bijvoorbeeld met een plan van aanpak.

Uitsluitingen

Deze instellingen komen in ieder geval niet in aanmerking voor een overeenkomst voor 2023 voor het leveren van GGZ:

- instellingen waarop een van de uitsluitingen van toepassing is;
- instellingen die alleen diagnostiek leveren;
- instellingen die zorg leveren voor onze verzekerden in de settings Klinisch (setting 5) en Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg (setting 6).
De instelling die zorg levert in de setting Hoogspecialistisch (setting 8) kan alleen in aanmerking komen voor een overeenkomst als deze is opgenomen in het overzicht van afdelingen die voldoen aan de criteria uit de *Handreiking contractering setting hoogspecialistische GGZ*;
- instellingen met een behandellocatie waar ook behandelingen worden geleverd door of voor een andere zorgaanbieder.

Innovatief zorgaanbod

Een instelling met een innovatief zorgaanbod kan mogelijk vrijstelling krijgen van een of meer aanvullende eisen. Met 'innovatief zorgaanbod' bedoelen we grensverleggend en nieuw zorgaanbod dat de kwaliteit van en toegang tot de zorg verhoogt en de kosten van de zorg verlaagt.

Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2023

Het is voor zorgaanbieders in sectie III (instellingen) mogelijk om in 2023 in aanmerking te komen voor aanvullende zorginkoop (bijcontracteren). Hiervoor moet de betreffende zorgaanbieder aantoonbaar wachtlijsten boven de Treeknorm hebben, inclusief een eventuele aanmeldpauze. Daarnaast is er geen bemiddelings-alternatief beschikbaar (in de regio) bij een andere (online) zorgaanbieder, veroorzaakt door de wachtlijsten. In dat geval kan de zorgaanbieder, na een goede planning en spreiding van het omzetmaximum, een afspraak voor aanvullende zorginkoop aanvragen. Daarbij mag géén sprake zijn van intensivering. Daarnaast heeft de zorgaanbieder een plan van aanpak opgesteld waarin de acties zijn opgenomen om de wachtlijst terug te brengen (zie onze website). Afgegeven tegemoetkomingen aan verzekerden die verzilverd worden bij de zorgaanbieder, tellen mee in het omzetmaximum.

Aanvraag door zorgaanbieder

In de aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan alle voorwaarden hieronder:

- De wachttijden bij de zorgaanbieder zijn boven de Treeknormen, inclusief een eventuele aanmeldpauze. De zorgaanbieder dient het verzoek in als 70% van het omzetmaximum voor 2023 is bereikt.
- De zorgaanbieder heeft de UPM's tijdig, volledig en juist ingediend. De UPM moet aansluiten bij de productieafspraken. Als het CZ Zorgteam tegemoetkomingen heeft afgegeven, dan worden deze meegerekend in het basisbudget. Deze worden dus meegenomen in de UPM.
- Er is sprake van een evenredige spreiding van nieuwe cliënten over het hele jaar.
- Er is geen sprake van intensivering van zorg. De zorgaanbieder levert een (geactualiseerd) plan van aanpak voor de wachttijden aan (zie www.cz.nl/ggz).
- De zorgaanbieder heeft de behandelcapaciteit om deze aanvullende productie daadwerkelijk te kunnen leveren.

Beoordeling door CZ groep

CZ groep beoordeelt aan de hand van het verzoek of een zorgaanbieder in aanmerking komt voor een aanvullend omzetmaximum en zo ja, onder welke voorwaarden. Dit is onder meer afhankelijk van de regionale context. Bij de beoordeling kijken wij naar de volgende punten:

- De aanvraag voldoet aan de voorwaarden hierboven.
- De aanvraag is gericht op de aandoeningen die in de betreffende regio boven de Treeknorm liggen.
- Het plan van aanpak wordt beoordeeld aan de hand van de genomen maatregelen en de effecten op de wachttijden (bijvoorbeeld online behandeling en afspraken binnen de regionale taskforce).
- De verzekerden kunnen voor die aandoeningen niet (meer) bemiddeld worden naar ander geschikt (digitaal) zorgaanbod.
- De UPM is tijdig, volledig en juist. Uit de UPM blijkt dat de initiële afspraak volloopt.
- Het aantal behandelde verzekerden binnen het omzetmaximum in 2023 neemt niet af ten opzichte van voorgaande jaren. Wij streven hiermee gelijkblijvende toegankelijkheid na.

Aanbieders die een volledige aanvraag indienen, krijgen *binnen vier weken* uitsluitel. Wordt het verzoek gehonoreerd, dan maken we een aanvullende productieafspraken. Dit geldt in principe tot een maximum van 10% van het initieel overeengekomen omzetmaximum. Hierin geldt een kortingspercentage. Wij maken een aanvullende zorginkoopafspraken voor een aanvullend omzetmaximum en een bijbehorend minimaal aantal unieke cliënten. Deze afspraken worden in een addendum vastgelegd.

Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato) voor gecontracteerde zorgaanbieders (CZ groep, versie maart 2022)

Esketamine en gepast gebruik

Zorginstituut Nederland heeft het ministerie van VWS geadviseerd om esketamine neusspray in te zetten bij therapieresistente depressie als stap 4 in het behandelprotocol, na non-respons op ten minste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief één augmentatiestap. Het ministerie heeft prijsonderhandelingen gevoerd met de farmaceut en afspraken gemaakt met de beroepsgroep over gepast gebruik. Inmiddels wordt esketamine neusspray vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. CZ groep vindt gepast gebruik van dit dure geneesmiddel essentieel en volgt de criteria die de NVvP hiervoor heeft opgesteld.

Verklaring zorgaanbieder

Als u een gecontracteerde zorgaanbieder bent en contractuele afspraken wilt maken voor behandelingen met esketamine neusspray, dan vult u onderstaande vragenlijst in. Stuur deze per e-mail naar inkoop.ggz.instellingen@cz.nl met als onderwerp 'toetsingskader esketamine neusspray' en onder vermelding van uw AGB code. U kunt pas starten met deze behandelingen als CZ groep expliciet toestemming heeft gegeven en als er afspraken zijn gemaakt over het volume. De toestemming hangt niet alleen af van de uitkomst van onderstaande vragenlijst, maar ook van een goede landelijke spreiding en concentratie van de behandeling met dit dure geneesmiddel.

Vul de vragen hieronder volledig en naar waarheid in. Als een criterium uit subonderdelen bestaat, moet u integraal voldoen aan al die punten om de vraag met JA te kunnen beantwoorden.

Criteria	Ja	Nee
U bent een specialistisch centrum en hebt meer dan 2 jaar ervaring met de poliklinische en/of klinische behandeling van therapieresistente depressie.		
U behandelt als specialistisch centrum elke patiënt conform de criteria voor gepast gebruik, zoals vastgelegd door ZiNL in afstemming met de NVvP. Voor behandelingen met esketamine neusspray geldt dat alleen therapieresistente patiënten met depressie behandeld mogen worden als stap 4 in het behandelprotocol, na non-respons op ten minste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva, inclusief één augmentatiestap.		
U biedt continuïteit van zorg, onder andere door het aanbieden van een traject van indicatiestelling, inductiefase (2x per week) en bij voldoende respons een optimalisatiefase en voortgezette behandeling (1x per week of minder).		
U monitort de behandelresultaten en bijwerkingen gedurende de behandelingen in de tijd gemeten met behulp van depressievragenlijsten (observeer- & zelf-rated), een QOL-meetschaal, een meetschaal voor de mate van (dis)functioneren en een bijwerkingsvragenlijst, zoals bepaald door het Landelijk Netwerk Behandeling met esketamine neusspray (zie ook criterium 8).		
Als specialistisch centrum voldoet u aan de volume-eis van minimaal 10 patiënten met esketamine neusspray per jaar om ervaring op te bouwen met de combinatiebehandeling.		
U voldoet aan de gangbare eisen aan een goede psychiatrische behandeling. Hieraan voldoet u in dit kader als: <ul style="list-style-type: none"> • Er vindt monitoring plaats van de bloeddruk, dissociatie en sedatie rond de behandeling. • Na de toediening van intranasale esketamine houdt een gekwalificeerde zorgprofessional de patiënt onder supervisie totdat die wordt beschouwd als klinisch stabiel en klaar om de zorginstelling te verlaten. • Bij patiënten met klinisch relevante of instabiele cardiovasculaire of respiratoire aandoeningen moet een getrainde professional aanwezig zijn. Hij moet kennis van cardiopulmonale reanimatie en de combinatiebehandeling hebben en apparatuur onder handbereik hebben tijdens de dagklinische behandeling in het centrum. 		
Als specialistisch centrum participeert u in het Landelijk Netwerk Behandeling met esketamine neusspray, onder andere voor (gepseudonimiseerde) dataverzameling voor kwaliteitsregistratie en effectiviteitsonderzoek.		

Afstemming regionale netwerk rond mensen met ZB/LVB

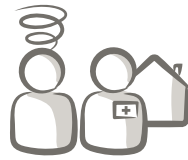
Goede zorg voor cliënten met ZB/LVB vraagt ook om een goede samenwerking op regionaal niveau tussen de eerstelijnszorg, gespecialiseerde zorg en het sociaal en maatschappelijk domein. CZ groep verwacht dat alle GGZ-aanbieders deze regionale samenwerking initiëren en/of ondersteunen. We streven ernaar dat er op regionaal niveau in elk geval afspraken worden gemaakt over:

- vroegsignalering van ZB/LVB;
- het organiseren van een toegankelijk netwerk rond een ZB/LVB-cliënt. Het netwerk omvat afspraken over de zorg en de (sociaal-maatschappelijke) begeleiding voor ZB/LVB-cliënten in de nulde lijn tot aan SGLVB (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkt).

Daarnaast start CZ groep een pilot om de zorg aan de LVB-groep in de huisartsenpraktijk te ondersteunen door gerichte consultatie mogelijk te maken van gedragsdeskundigen en paramedici. We onderzoeken of de inzet van deze deskundigheid leidt tot een betere kwaliteit van leven voor de LVB-cliënt en of GGZ-behandelingen zo voorkomen kunnen worden. De resultaten hiervan zijn nog niet bekend. Zie hiervoor **het zorginkoopbeleid GZSP (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen)**.

Verbeterde toegang LVB

Een patiënt met een LVB komt bij de huisarts met psychische klachten



Huidige situatie



LVB is aan de buitenkant niet zichtbaar.
Vroegsignalisering ontbreekt.



Bij de doorverwijzing naar de GGZ wordt dan ook **geen rekening** met de LVB gehouden.

Er wordt een GGZ diagnose gesteld, terwijl mogelijk er **geen sprake** is van een stoornis, maar sprake is van **overbelasting**.

Bij de doorverwijzing is er te **weinig GGZ behandel aanbod**.

Ontoereikende zorg voor patiënten met een licht verstandelijke beperking.

Gewenste situatie



De huisarts **signaleert (SCIL)** LVB en vraagt desgewenst **consultatie** aan bij de AVG.



Doorverwijzing naar het **sociaal domein** voor begeleidende ondersteuning.



Regionale pilots GZSP 2022/2023: inzet **gedragsdeskundige** ipv behandeling GGZ.



Bij de doorverwijzing naar de GGZ is de LVB **problematiek duidelijk**.

Behandelcapaciteit voor LVB is voldoende en LVB is niet vanzelfsprekend een exclusiecriteria meer bij een GGZ aanbieder.

De zorg is afgestemd op de behoefte en het niveau van de patiënt.

Selectieve inkoop van zorg bij ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Hieronder vindt u om te beginnen de minimale eisen voor zorgaanbieders voor het leveren van zorg bij ernstige eetstoornissen en/of ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Daarna leest u een omschrijving van de doelgroep die wij voor ogen hebben. Tot slot volgen de kwaliteitskaders die we hanteren bij de inkoop van deze zorg. Deze kaders zijn tot stand gekomen in overleg met professionals en cliëntvertegenwoordigers. Ze bevatten de minimale eisen zoals die in de vragenlijst terugkomen en waarop wij de beoordeling uitvoeren.

Minimale eisen voor zorgaanbieders die in aanmerking willen komen voor selectieve inkoop

- De zorgaanbieder heeft met CZ groep een overeenkomst 2022 en 2023 voor het leveren van GGZ.
- De zorgaanbieder levert zorg in setting Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair (setting 3) en/of hoger (setting 4-8).

Procedure ernstige eetstoornissen

- De zorgaanbieder die in 2021 contractuele toestemming had voor het leveren van zorg bij ernstige eetstoornissen hoeft geen procedure te doorlopen. Wilt u de procedure toch opnieuw doorlopen, dan meldt u zich bij CZ groep (zie hoofdstuk 3 voor de procedure).
- De zorgaanbieder die in 2021 *geen* contractuele toestemming had voor het leveren van zorg bij ernstige eetstoornissen, kan zich als belangstellende melden (zie hoofdstuk 3).

Procedure persoonlijkheidsstoornissen

- De zorgaanbieder die in 2021 contractuele toestemming had voor het leveren van zorg bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen ontvangt een vragenlijst via de VECOZO uitvraagmodule (zie hoofdstuk 3).

- De zorgaanbieder die in 2021 geen contractuele toestemming had voor het leveren van zorg bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen, kan zich als belangstellende melden voor deze procedure (zie hoofdstuk 3).

Definitie doelgroep ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Het woord 'ernstige' verwijst naar een hoge zorgvraagzwaarte. Hoewel hiervoor nog geen harde criteria zijn vastgesteld, spreekt CZ groep van een relatief hoge zorgvraagzwaarte als minimaal aan drie van de volgende criteria wordt voldaan:

- 1 een nevendiagnose uit een andere hoofddiagnosegroep;
- 2 een GAF-score ≤ 40 ;
- 3 complicerende factor(en) op as 3 en 4;
- 4 in de afgelopen 5 jaar heeft een behandeling in de gespecialiseerde GGZ plaatsgevonden voor dezelfde diagnose;
- 5 de doelgroep past bij categorie C of D van het LKS. Daarbij gaat het om situaties met hoogcomplexe problematiek en een hoogcomplex zorgaanbod. Denk aan ernstig ontregelde cliënten waarbij opname noodzakelijk kan zijn, waarbij gezamenlijk in een multidisciplinair team iteratief gezocht moet worden naar de best passende interventies en waarbij regelmatig bijgestuurd moet worden. Ook langer durende onvrijwillige of verplichte zorg kan hieronder vallen.

Ter verduidelijking:

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

waarbij de interactie tussen die problemen of de ontwrichtende impact van die problemen op andere levensgebieden op de voorgrond staat. Standaarden helpen onvoldoende om na de probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is.

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

Kwaliteitskader ernstige persoonlijkheidsstoornissen

Zorgaanbieders die zorg leveren bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen, moeten voldoen aan onderstaand kwalitatief kader. Dit kader is samen met professionals en cliëntvertegenwoordigers tot stand gekomen en komt voort uit de selectieve zorginkoop voor zorg bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Mogelijk vertalen we dit kwaliteitskader na de landing van het nieuwe ZPM weer naar vragenlijsten binnen de selectieve zorginkoop. Tot die tijd geldt dit kwaliteitskader

Intake en behandelplan

Een goede inrichting van de behandelplanning is essentieel, zeker bij de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject is een behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische evaluatie daarvan met de patiënt cruciaal voor een patiëntgeoriënteerde, effectieve en efficiënte behandeling. Hieronder hebben wij de minimale eisen uitgewerkt

1	<p>Doelen behandelplan</p> <p>CZ groep vindt dat voor alle zorg een behandelplan met duidelijke behandeldoelen opgesteld moet worden. Daarbij gaan we uit van een absoluut minimum van 70% van de patiënten. Als bij minder dan 70% van de patiënten een behandelplan is opgesteld, voldoet de zorgaanbieder niet aan de minimale kwaliteitseisen. Als voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan is opgesteld, is er sprake van beste zorg.</p>
2	<p>Redelijke termijn opstellen behandelplan</p> <p>CZ groep vindt het belangrijk dat het behandelplan binnen een redelijke termijn wordt opgesteld. Het behandelplan moet voor minimaal 70% van de patiënten binnen 8 weken na de intake zijn opgesteld. Als dit binnen 8 weken voor ten minste 90% van de patiënten is gebeurd, is er sprake van beste zorg.</p>
3	<p>Redelijke termijn terugkoppelen indicatiestelling</p> <p>Het is belangrijk dat de patiënt binnen een redelijke termijn een terugkoppeling krijgt over de indicatiestelling. Hierbij worden vragen beantwoord als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 'Is deze conform de verwijzing?' • 'Is deze aangepast?' • 'Is er comorbiditeit vastgesteld?' <p>Deze terugkoppeling biedt de mogelijkheid om te toetsen of de juiste behandeling wordt voorgesteld op de juiste plaats. Binnen 6 weken na de intake heeft ten minste 80% van de patiënten een terugkoppeling ontvangen over de indicatiestelling.</p>

Intake en behandelplan

4	Cyclisch behandelen De vorderingen en/of stagnaties van de behandeldoelen en het behandelproces worden cyclisch besproken en geëvalueerd tussen de behandelaars onderling en met de patiënt. Bij ten minste 75% van de patiënten binnen de (dag)klinische setting vindt de evaluatie van het behandelplan eens per 6 weken plaats. Bij de ambulante setting is dit eens per 3 maanden. Als bij ten minste 90% van de patiënten een evaluatie heeft plaatsgevonden binnen de gemelde termijnen, is er sprake van beste zorg.
----------	---

Kwaliteitsnormen

5	Evidence based behandelingen Om een optimaal behandelresultaat te bereiken, is het nodig dat de zorgaanbieder evidence based behandelingen inzet. Ook voor de doelmatigheid is dit noodzakelijk. Van deze zorg is namelijk aangetoond dat deze ook daadwerkelijk effectief is (of kan zijn, want niet bij iedereen slaat de behandeling aan).
6	Diagnostiek CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij de diagnose bij alle patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis stellen op basis van evidence based diagnostiek. Daarbij maakt de zorgaanbieder ten minste gebruik van het klinische interview. Bij voorkeur gebruikt hij ook screeningsinstrumenten, zelfrapportagelijsten en (semi-)gestructureerde interviews.
7	Zorgprogramma Een zorgaanbieder moet werken met een zorgprogramma. Daarin zijn de volgende aspecten opgenomen: <ol style="list-style-type: none">1 Aanbod van bewezen effectieve behandelingen;2 Inclusiecriteria;3 Exclusiecriteria;4 Uitstroomcriteria;5 Opschaalcriteria;6 Traject voor de behandeling;7 Traject tijdens de behandeling;8 Traject na de behandeling;9 Ketenzorg;10 Systeembehandeling;11 Vaktherapie. Zorgaanbieders moeten negen van deze aspecten hebben opgenomen in hun zorgprogramma. Voor beste zorg moeten in principe alle aspecten worden meegenomen.

8	<p>Vier evidence based behandelingen</p> <p>Zorgaanbieders moeten minstens één evidence based behandeling aan kunnen bieden. Maar om goede zorg te kunnen bieden die zo veel mogelijk op de individuele patiënt kan worden aangepast, moeten zorgaanbieders minimaal drie van de onderstaande evidence based behandelingen kunnen aanbieden:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dialectische gedragstherapie (DGT);• Schemagerichte Therapie (SGT);• Transference focused psychotherapy (TFP);• Mentalization based therapy (MBT). <p>Voor Guideline-Informed Treatment for Personality Disorder (GIT-PD) is het wetenschappelijke bewijs nog beperkt, maar wel al dusdanig dat dit voor een aantal patiënten een alternatief is voor een van de vier behandelinterventies.</p>
9	<p>Somatische screening</p> <p>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. Een slechte staat van voeding en zelfverzorging kan ook de psychische stoornis in stand houden of verergeren.</p> <p>Een specifieke somatische screening en goede somatische zorg leveren gezondheidswinst op en kunnen onbedoelde schade voorkomen. De eerste somatische screening moet zijn gericht op alle aandoeningen die invloed kunnen hebben op het psychiatrisch toestandsbeeld en die eventueel diagnostisch uitgesloten moeten worden. De screening is daarnaast gericht op alle te verwachten complicaties van eventuele farmacotherapie. CZ groep is daarom van mening dat standaard een somatische screening van patiënten noodzakelijk is. Als een 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.</p> <p>Wij vinden het noodzakelijk dat er standaard een somatische screening wordt uitgevoerd bij alle patiënten.</p>
10	<p>Suïcidepreventie</p> <p>Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïciditeit. Dit geldt zeker voor patiënten in gespecialiseerde behandelcentra voor persoonlijkheidsstoornissen. Goede kwaliteit van zorg betekent dat de veiligheid van de patiënt gegarandeerd is. Suïcidepreventie is daarom een belangrijk onderdeel van kwalitatief goede zorg. GGZ-aanbieders kunnen verschillende maatregelen treffen om suïcides en suïcidepogingen terug te dringen en daarmee de patiëntveiligheid te vergroten: risico's inventariseren, het professioneel handelen verbeteren, samenwerken in de keten en leren van suïcides en suïcidepogingen. De multidisciplinaire richtlijn geeft handvatten voor de diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Binnen de keten moet het suïciderisico van een patiënt standaard besproken worden bij iedere interne en externe verwijzing. Het leren van suïcides en suïcidepogingen kan worden bevorderd door het instellen van een (preventie)commissie op instellingsniveau.</p> <p>Een zorgaanbieder heeft een suïcidepreventiebeleid. Suïcides en pogingen daartoe worden geëvalueerd en meegenomen bij de doorontwikkeling van dit beleid.</p>

Structuurnormen

11 Samenstelling multidisciplinair team

De richtlijnen en zorgstandaarden schrijven voor dat behandelteams in gespecialiseerde centra multidisciplinair moeten zijn samengesteld en moeten beschikken over zeer ruime kennis, ervaring en affiniteit met het behandelen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Deze multidisciplinaire samenstelling is vereist om patiënten op een veilige en verantwoorde manier te kunnen behandelen vanuit een biopsychosociaal perspectief.

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, moeten instellingen beschikken over één of meer psychiaters, klinisch psychologen, psychotherapeuten en/of GZ-psychologen, vaktherapeuten en/of sociotherapeuten en/of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en/of verpleegkundig specialisten.

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

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

Als alle hierboven genoemde disciplines beschikbaar zijn, is er sprake van beste zorg.

Patiëntervaringen, familie/naasten

12 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 partner-relatietherapiegroep 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.

Patiëntervaringen, familie/naasten

13 Ervaringsdeskundigen

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:

- De ervaringsdeskundigen hebben zitting in de cliëntenraad.
- De ervaringsdeskundigen treden op als contactpersoon voor familie/cliënten.
- De ervaringsdeskundigen geven binnen het zorgprogramma toelichting aan familieleden/cliënten.
- De ervaringsdeskundigen zijn bij voorkeur in dienst bij de praktijk/instelling en maken deel uit van het behandelteam.

Kwaliteitskader ernstige eetstoornissen

Zorgaanbieders die zorg leveren bij ernstige eetstoornissen, moeten voldoen aan onderstaand kwalitatief kader. Dit is samen met professionals en cliëntvertegenwoordigers tot stand gekomen en komt

voort uit de selectieve zorginkoop voor zorg bij ernstige eetstoornissen. Mogelijk vertalen we dit kwaliteitskader na de landing van het nieuwe ZPM weer naar vragenlijsten binnen de selectieve zorginkoop. Tot die tijd geldt dit kwaliteitskader.

Intake en behandelplan

Een goede inrichting van de behandelplanning is essentieel, zeker bij de behandeling van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject is een behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische evaluatie daarvan met de patiënt cruciaal voor een patiëntgeoriënteerde, effectieve en efficiënte behandeling. Hieronder hebben wij de minimale eisen uitgewerkt

1 Doelen behandelplan

CZ groep vindt dat voor alle zorg een behandelplan met duidelijke behandeldoelen opgesteld moet worden. Daarbij gaan we uit van een absoluut minimum van 70% van de patiënten. Als bij minder dan 70% van de patiënten een behandelplan is opgesteld, voldoet de zorgaanbieder niet aan de minimale kwaliteitseisen. Als voor ten minste 90% van de patiënten een behandelplan is opgesteld, is er sprake van beste zorg.

2 Redelijke termijn opstellen behandelplan

CZ groep vindt het belangrijk dat het behandelplan binnen een redelijke termijn wordt opgesteld. Het behandelplan moet voor minimaal 70% van de patiënten binnen 8 weken na de intake zijn opgesteld. Als dit binnen 8 weken voor ten minste 90% van de patiënten is gebeurd, is er sprake van beste zorg.

3 Terugkoppeling indicatiestelling

Het is belangrijk dat de patiënt binnen een redelijke termijn een terugkoppeling krijgt over de indicatiestelling. Hierbij worden vragen beantwoord als:

- 'Is deze conform de verwijzing?'
- 'Is deze aangepast?'
- 'Is er comorbiditeit vastgesteld?'

Deze terugkoppeling biedt de mogelijkheid om te toetsen of de juiste behandeling wordt voorgesteld op de juiste plaats. Binnen 6 weken na de intake heeft ten minste 80% van de patiënten een terugkoppeling ontvangen over de indicatiestelling.

Intake en behandelplan

4	Cyclisch behandelen De vorderingen en/of stagnaties van de behandeldoelen en het behandelproces worden cyclisch besproken en geëvalueerd tussen de behandelaars onderling en met de patiënt. Bij ten minste 75% van de patiënten binnen de (dag)klinische setting vindt de evaluatie van het behandelplan eens per 6 weken plaats. Bij de ambulante setting is dit eens per 3 maanden. Als bij ten minste 90% van de patiënten een evaluatie heeft plaatsgevonden binnen de gemelde termijnen, is er sprake van beste zorg.
----------	---

Kwaliteitsnormen

5	Evidence based behandelingen Om een optimaal behandelresultaat te bereiken, is het nodig dat de zorgaanbieder evidence based behandelingen inzet. Ook voor de doelmatigheid is dit noodzakelijk. Van deze zorg is namelijk aangetoond dat deze ook daadwerkelijk effectief is (of kan zijn, want niet bij iedereen slaat de behandeling aan).
6	Diagnostiek Bij de diagnostiek maakt de zorgaanbieder ten minste gebruik van het klinische interview. Bij voorkeur gebruikt hij ook screeningsinstrumenten, zelfrapportagelijsten en (semi-)gestructureerde interviews.
7	Zorgprogramma Een zorgaanbieder moet werken met een zorgprogramma. Daarin zijn de volgende aspecten opgenomen: <ol style="list-style-type: none">1 Aanbod van bewezen effectieve behandelingen;2 Inclusiecriteria;3 Exclusiecriteria;4 Uitstroomcriteria;5 Opschaalcriteria;6 Traject voor de behandeling;7 Traject tijdens de behandeling;8 Traject na de behandeling;9 Ketenzorg;10 Systeembehandeling. Zorgaanbieders moeten acht van deze aspecten hebben opgenomen in hun zorgprogramma. Voor beste zorg moeten in principe alle aspecten worden meegenomen.

Kwaliteitsnormen

8 Suïcidepreventie

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

Een zorgaanbieder heeft een suïcidepreventiebeleid. Suïcides en pogingen daartoe worden geëvalueerd en meegenomen bij de doorontwikkeling van dit beleid.

Structuurnormen

9 Multidisciplinair team

Behandelteams in gespecialiseerde centra moeten multidisciplinair zijn samengesteld en beschikken over een zeer ruime kennis, ervaring en affiniteit met het behandelen van patiënten met een eetstoornis. De Stuurgroep Eetstoornissen Nederland heeft hier in 1998 al een advies over uitgebracht. Deze multidisciplinaire samenstelling is nodig 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 staat dat behandeling in een samenwerkingsverband nodig is om de kans op herstel zo groot mogelijk te maken. Daarbij heeft één professional de regie op het zorgproces. Onderstaande disciplines zijn vertegenwoordigd in elk multidisciplinair team en/of in het externe multidisciplinaire samenwerkingsverband waarin de casusbespreking van patiënten met een ernstige eetstoornis plaatsvindt:

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

Patiëntervaringen

10	Ervaringsdeskundigen <p>De instelling maakt gebruik van één of meer ervaringsdeskundigen bij de behandeling van patiënten met een ernstige eetstoornis en geeft daar op de volgende manier invulling aan:</p> <ul style="list-style-type: none">• De ervaringsdeskundigen hebben zitting in de cliëntenraad. Minimaal één lid van de cliëntenraad heeft/had een ernstige eetstoornis.• De ervaringsdeskundigen treden op als contactpersoon voor familie/cliënten.• De ervaringsdeskundigen geven binnen het zorgprogramma toelichting aan familieleden cliënten.• De ervaringsdeskundigen zijn bij voorkeur in dienst bij de praktijk/instelling en maken deel uit van het behandelteam.
11	Familiebeleid <p>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 kwaliteitsstandaard (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:</p> <ul style="list-style-type: none">• De zorgaanbieder heeft een familiebeleid dat voldoet aan bovenstaande beschrijving en dat makkelijk vindbaar is op zijn website.• Het familiebeleid beschrijft hoe familieleden en naasten betrokken worden bij de behandeling en wat er gebeurt als de cliënt geen toestemming geeft om informatie met hen te delen.• De zorgaanbieder beschikt over een familievertrouwenspersoon.• De onafhankelijkheid van de familievertrouwenspersoon is gewaarborgd.• De zorgaanbieder beschikt over behandelaars met voldoende expertise om naasten te kunnen betrekken bij de diagnostiek, behandeling en ondersteuning.



Zorg die verder gaat