

GGZ voor instellingen

Zorginkoopbeleid 2024

Inhoudsopgave

GGZ instellingen 2024	2
Vorbehoud	2
1 Visie van CZ groep op de GGZ	3
1.1 Trends en ontwikkelingen	3
2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria	7
2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2024	7
2.2 Inhoudelijk beleid	7
2.3 Innovatie en samenwerking	11
2.4 Visie van CZ groep op het betrekken van verzekerden en patiënten bij het zorginkoopbeleid	12
3 Proces contractering 2024	13
3.1 Tjldpad	13
3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod	14
3.3 Bereikbaarheid	14
Bijlagen	15
Bijlage 1. Minimale eisen voor instellingen	15
Bijlage 2. Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2024	17
Bijlage 3. Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato)	18
Bijlage 4. Afstemming regionale netwerk rond mensen met ZB/LVB	19
Bijlage 5. Kwaliteitskader ernstige persoonlijkheidsstoornissen	21
Bijlage 6. Kwaliteitskader ernstige eetstoornissen	24

GGZ instellingen 2024

Voorwoord

Nog steeds staat de GGZ voor de grote uitdaging om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. De wachttijden in de GGZ blijven te lang. Dat komt vooral door een tekort aan personeel. Dit vraagt om een andere aanpak, zodat de huidige (behandel)capaciteit voor meer mensen beschikbaar komt. Alleen op die manier is de zorg voor de meest kwetsbare mensen gegarandeerd.

CZ groep richt zich de komende jaren op vier lijnen waarlangs we ons beleid vormgeven (de 4 d's):

1. digitalisering: meer aanbod van digitale interventies en een landelijk digitaal netwerk;
2. demedicalisering: onnodige instroom in de GGZ voorkomen;
3. domeinoverstijgend werken en denken: meer samenwerking binnen stelsels en over stelsels heen;
4. doelmatigheid: het blijven stimuleren van de juiste zorg op de juiste plek.

We differentiëren in aanbieders die zich vooral op de mono- en multidisciplinaire zorg richten en de aanbieders die cruciale zorg leveren. Dat doen we door prikkels in het tarief op basis van in- en exclusiecriteria. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) biedt mogelijkheden om richting te geven aan de 4 d's. We willen het gedachtegoed van de mentale gezondheidscentra breder verspreiden. Daarmee kunnen we de toegankelijkheid van de GGZ duurzaam borgen.

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, gerechtelijke uitspraken en overige onvoorziene omstandigheden kunnen tot gevolg hebben dat het inkoopbeleid en/of de inkoopprocedure moet worden aangepast. Indien er een reden voor aanpassing is, geven wij dit duidelijk en met redenen omkleed aan. De aanpassingen zullen dan zo spoedig mogelijk gepubliceerd worden. Als er zich situaties voordoen waarin dit inkoopbeleid niet voorziet, dan heeft CZ groep de mogelijkheid om zelfstandig, aan de hand van de stand van zaken, te bepalen hoe daarmee om wordt gegaan.

1 Visie van CZ groep op de GGZ

1.1 Trends en ontwikkelingen

De wachttijden in de GGZ zijn nog steeds te lang. Dat komt vooral door een tekort aan personeel. Dit vraagt om een andere aanpak, zodat de huidige (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 vier lijnen waarlangs we ons beleid vormgeven (de 4 d's):

- **digitalisering**
We willen het aanbod van digitale interventies vergroten, waardoor behandelingen deels of volledig online worden aangeboden. Hierdoor neemt de eigen regie van cliënten toe. 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 nadruk op wat cliënten écht nodig hebben.
- **domeinoverstijgend werken en denken**
We willen de samenwerking versterken binnen stelsels (denk aan de huisarts en de GGZ) en over de stelsels heen (denk aan het sociaal domein en de Wlz).
- **doelmatigheid**
We willen stimuleren dat de juiste zorg op de juiste plek wordt gegeven. Dit betekent dat we een optimale balans zoeken tussen kosten, volume en kwaliteit, die aansluit op wat een client écht nodig heeft.

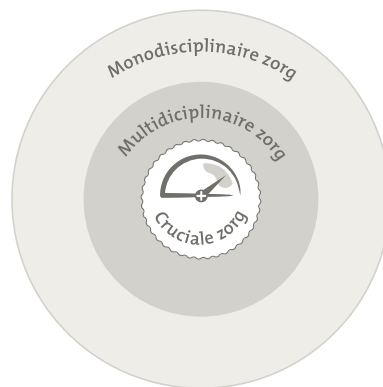
De vier belangrijkste pijlers GGZ



Trends en ontwikkelingen

De cruciale zorg^[1] 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. 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 het tarief bij te stellen op basis van de (hoeveelheid) exclusiecriteria en door digitale zorg te stimuleren. De cruciale zorg gaan we passend bekostigen.

Het GGZ landschap weer in balans



CRUCIALE ZORG IS IN DE VERDRUKING

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) agressie-problematiek 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 24/7 out-reachende crisiszorg, FACT, IHT, verplichte GGZ. Zorg-standaard is onder-

steunend. 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:** tarief op basis van in- en exclusiecriteria
- **Monodisciplinaire zorg:** tarief op basis van in- en exclusiecriteria en uitbreiden digitaal aanbod. Demedicalisering door scherpe afbakening noodzakelijke GGZ behandelingen.

Het GGZ-landschap terug in balans brengen

¹ Momenteel wordt de cruciale zorg geïnventariseerd in het kader van het IZA (Integraal Zorgakkoord). Als dit van invloed blijkt op onze omschrijving van cruciale zorg, dan communiceren we dat op een later tijdstip.

De meeste zorgvragen kunnen worden opgepakt door aanbieders van mono- en multidisciplinaire zorg. Dit zijn zorgvragen met een hulpvraaggerichte behandelfocus. Het beloop van de aandoening en de behandeling(en) heeft een zekere voorspelbaarheid en stabiliteit. Eventuele fluctuaties en excessen kunnen met de juiste interventies behandeld 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 een evaluatie van het verloop, is daarbij de basis. Daarom zien we 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, 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.

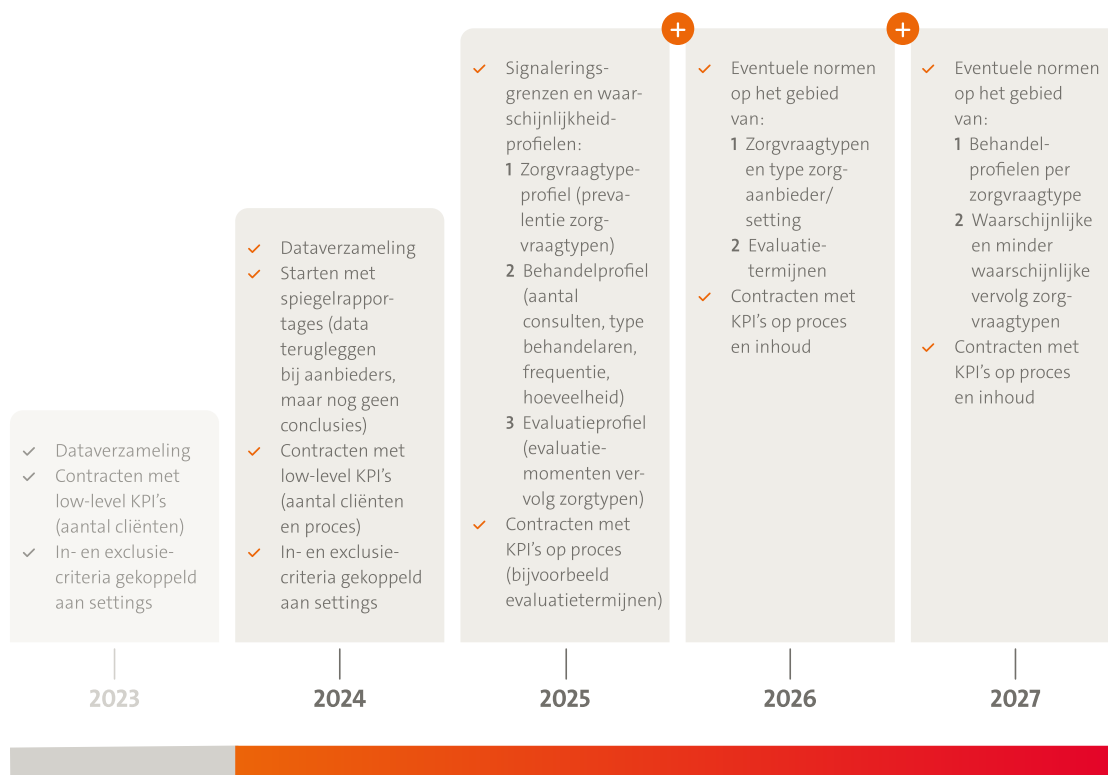
Ontwikkelingen in de contractering voor de komende jaren (2023-2027)

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



2 Inhoudelijk beleid en inkoopcriteria

2.1 Kern van het zorginkoopbeleid 2024

Op het moment van schrijven hadden we nog te weinig informatie over de effecten van het ZPM. We verwachten deze informatieachterstand in 2023 in te halen. Juist in deze overgangsjaren streven wij naar een betere toegankelijkheid en inzet van (beschikbare) capaciteit, tegen maximaal gelijkblijvende kosten en met een waarborging van de kwaliteit van de zorg.

2.1.1 Belangrijkste wijzigingen in het zorginkoopbeleid 2024

- Ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen worden niet meer via selectieve inkoop ingekocht. Wel geldt het kwaliteitskader voor instellingen die deze zorg leveren.
- De uitvraag van de in- en exclusiecriteria wordt uitgebreid met een uitvraag van kenmerken van de organisatie van zorg(verlening) (denk aan: KIBG en de norm van digitale zorg). Daarnaast vragen we – indien van toepassing – ook de criteria uit voor de outreachende zorg. Die informatie hebben we nodig om tot een beoordeling te komen. Zorgaanbieders hebben namelijk uitdrukkelijke toestemming nodig van CZ groep om zorg te leveren in de setting Outreachend (setting 4).
- De zorgaanbieder zet zich in om 'Passende hybride en digitale zorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' mogelijk te maken. Uitgangspunt hierbij is de [gezamenlijke ZN-ambitie digitalisering 2024](#) en de opdracht in het IZA voor digitale zorg binnen de GGZ. Dit betekent concreet dat binnen de monodisciplinaire zorg 6% meer cliënten in setting 2 behandeld moeten worden.

2.1.2 Belangrijkste wijzigingen in de voorwaarden voor een overeenkomst

- Een nieuwe instelling moet een plan van aanpak hebben voor de digitale zorg volgens het IZA.
- Een nieuwe instelling is (minimaal) vijf dagen per week bereikbaar voor cliënten.
- Een nieuwe instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan de (regionale) wachtlijstproblematiek. Deze bijdrage beoordelen we via de in- en exclusiecriteria.
- Een nieuwe instelling levert desgevraagd een bijdrage aan de crisisdienst in de regio.
- Een nieuwe instelling die zorg levert in de settings Outreachend (setting 4) en Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg (setting 7), heeft hiervoor expliciet toestemming van CZ groep nodig.
- Instellingen committeren zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame zorg 3.0. Daarnaast is duurzaamheid verankerd in hun strategie.

2.2 Inhoudelijk beleid

2.2.1 Kwaliteit van zorg

Kwaliteitskader ernstige persoonlijkheidsstoornissen en ernstige eetstoornissen

De afgelopen jaren heeft CZ groep via selectieve inkoop behandelingen ingekocht voor ernstige eetstoornissen en ernstige persoonlijkheidsstoornissen. In 2024 gaan we hiermee stoppen, omdat het ZPM in deze fase van zijn ontwikkeling nog niet geschikt is voor selectieve inkoop. We vinden het belangrijk dat instellingen die zorg leveren aan cliënten met ernstige eet- en persoonlijkheidsstoornissen, voldoen aan het kwaliteitskader. Zie hiervoor bijlagen 5 en 6.

Kwaliteitsgesprekken

In 2023 en 2024 bezinnen we ons op de verdere ontwikkeling van kwaliteitsbeleid binnen de GGZ. Hiervoor gaan we met diverse zorgaanbieders, cliënten en experts in gesprek, zodat we voor de inkoop voor 2025 een nieuw kwaliteitsbeleid kunnen formuleren. Wij maken hiervoor een selectie op basis van soort instelling en (specifiek) zorgaanbod.

Esketamine neusspray (Spravato)

Voor behandelingen met Spravato contracteren we instellingen op basis van de landelijk opgestelde criteria van de NVvP. In 2024 contracteren we voor dit dure geneesmiddel voornamelijk alléén de zorgaanbieders die hier ook in 2023 een overeenkomst voor hadden. Zie [bijlage 3](#) voor het toetsingskader Esketamine neusspray.

Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) en veldafspraken binnen het ZPM

Het LKS beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om zorg aan een GGZ-cliënt te bieden. Vanaf 2024 moet er overeenstemming zijn over een veldnorm die tripartite is ingediend om te worden opgenomen in het register van ZiNL, als aanvulling op of (deels) als vervanging van het LKS. Mocht deze opname in het register vertraging opleveren, dan is er mogelijk ook in 2024 sprake van een veldafpraak die tijdelijk concrete invulling geeft aan het LKS. Als dit leidt tot een aanpassing van het zorginkoopbeleid voor 2024, dan publiceren we dit op onze [website](#).

Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ ^[1]

Dit keurmerk 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 2024 het keurmerk dragen.

Genderdysforie

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

Hoofdzaak werk/arbeidsintegratie

Het hebben van (betaald) werk is belangrijk en draagt bij aan iemands mentale gezondheid en maatschappelijk functioneren in brede zin. Het is belangrijk dat er tijdens de behandeling al actie wordt ondernomen om weer terug te keren naar (of te starten in) het arbeidsproces. Om uitval te voorkomen, succesvol te re-integreren of werk te behouden, is dan een integrale aanpak nodig op verschillende leefgebieden. Zorgaanbieders binnen de GGZ geven samen met de convenantpartners ^[2] actief invulling aan de doelstellingen van Hoofdzaak Werk. Hierbij zitten zij in op de succesvolle re-integratie van mensen met een psychische kwetsbaarheid, bijvoorbeeld door (te verwijzen naar) de inzet op IPS (Individual Placement and Support) voor de doelgroep EPA ^[3].

2.2.2 Kosten van zorg

Omzetmaximum ^[4]

In de volgende situaties maakt CZ groep een afspraak inclusief omzetmaximum:

- De zorgaanbieder heeft de afgelopen jaren een afwijkende groei laten zien ten opzichte van de landelijk afgesproken maximale groeicijfers en/of;
- De zorgaanbieder heeft in 2023 een afspraak inclusief omzetmaximum gemaakt en/of;
- De zorgaanbieder komt in aanmerking voor een overeenkomst in 2024 als nieuwe instelling.
- Als er in 2024 sprake is van een omzetmaximum, dan baseren we dat op 2023.

Tarieven

CZ groep koppelt de tariefpercentages aan de in- en exclusiecriteria per setting. Dit houdt het volgende in:

- We maken categorieën in de mate waarin een aanbieder exclusiecriteria hanteert. Daarbij maken we expliciet onderscheid tussen de typen criteria. De kritische criteria, zoals het uitsluiten van psychotische problematiek, suïcidaliteit, crisisgevoelige cliënten en LVB-problematiek, hebben daarbij een speciale weging.

1 *Keurmerk Kortdurende Generalistische GGZ | KiBG*

2 *Convenant Partijen 2021-2024 - Sterk Door Werk*

3 *Ernstige Psychiatrische Aandoening*

4 *Het omzetmaximum is een totale afspraak. Eventueel incidenteel bijgecontracteerd volume wordt niet meegenomen.*

- Naast deze categorieën maken we onderscheid in het tariefpercentage per setting. Het is aannemelijk dat er in de monodisciplinaire setting (veel) exclusiecriteria worden gehanteerd, waarbij het minder aannemelijk is dat een aanbieder met weinig tot geen exclusiecriteria geen zorg levert in setting 4 of hoger.
- CZ groep kent een op- of afslag toe voor bepaalde kenmerken van de organisatie van de zorg(verlening) (zoals KIBG of het leveren van digitale zorg).
- Om inzicht te krijgen in de gehanteerde in- en exclusiecriteria en kenmerken van de zorg(verlening), doen we een uitvraag via VECOZO bij alle zorgaanbieders die een overeenkomst met CZ groep hebben of willen aangaan (zie hoofdstuk 3).
- CZ groep monitort het directe uurtarief en vergelijkt de uitkomsten met het directe uurtarief van voorgaande jaren. Als dit significant afwijkt, heeft dit mogelijk consequenties voor de tariefpercentages voor 2024 en 2025. Mocht dit zo zijn, dan informeren wij de zorgaanbieder via de aanbiedingsbrief.

Overige parameters

Om de wachtlijsten te verminderen, moeten er extra mensen worden behandeld met de huidige capaciteit aan professionals die werkzaam zijn voor in ieder geval de monodisciplinaire zorg. Hierdoor moet zo'n 6% van de behandelcapaciteit vrijgespeeld worden, dan wel 6% meer cliënten worden behandeld binnen dit type zorg^[1]. CZ groep neemt daarom een prikkel op die de doorstroom van cliënten stimuleert: het aandeel (nieuwe) cliënten dat een aanbieder in zorg kan nemen. Ook worden er afspraken gemaakt over de zorglevering in specifieke settings (zoals een minimaal aandeel in de monodisciplinaire setting).

Zorglabels en settings

We vinden het belangrijk dat de settings en de zorglabels correct 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 dit zorglabel met zorgaanbieders die een bijdrage kunnen leveren aan digitale zorg. Zij registeren het digitale zorglabel om inzicht te geven in de digitale zorg. Wij werken aan nadere normering van het digitale zorglabel. De uitwerking maken we bekend via onze website.
- **Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (zorglabel).** Geïnccludeerde cliënten voor de levensloopfunctie worden geormerkt met het zorglabel 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg'.
- **Outreaching (setting 4).** 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 wordt gedeclareerd via de toeslag. Er is expliciet toestemming nodig van CZ groep om setting 4 te mogen leveren. We vragen de criteria via VECOZO uit bij alle zorgaanbieders.
- **Klinisch, exclusief forensische en beveiligde zorg (setting 5).** CZ groep contracteert in principe geen groei in klinische capaciteit ten opzichte van 2023. 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 verblijf GGZ' in te vullen en bij het medisch dossier te voegen^[2].
- **Hoogspecialistisch (setting 8).** 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 een bovenregionale functie en derdelijns verwijzingen. CZ groep verwacht dat de zorgtrajecten van deze setting kortdurend 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 een eventueel overeengekomen omzetmaximum. Daarbij merken we het volgende op:

- De totale casemix bestaat voor maximaal 10% uit trajecten met uitsluitend diagnostiek.
- Het registreren en declareren van alle toeslagen en overige prestaties moet expliciet overeengekomen zijn.

1 Integraal Zorgakkoord, pagina 78

2 Het is niet nodig om deze checklist actief aan CZ groep te versturen.

2.2.3 Toegankelijkheid van zorg

De toegankelijkheid van de GGZ staat al lange tijd onder druk. Ondanks alle inspanningen blijven de wachttijden te lang. We blijven ernaar streven om de wachttijden in 2024 binnen de Treeknormen te hebben en onze verzekerden een goed toegankelijke GGZ aan te kunnen bieden. We volgen de landelijke afspraken van onder meer de Landelijke Stuurgroep Wachttijden GGZ. 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 verkorten van de wachttijden (zie bijlage 2).

Aanvullende zorginkoop

Aanvullende zorginkoop moet bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden. Een verzoek voor aanvullende zorginkoop kan alleen worden gedaan als een zorgaanbieder meer verzekerden in behandeling kan nemen. Een zorgaanbieder met een omzetmaximum kan zich melden voor aanvullende zorginkoop als hij 70% van het afgesproken omzetmaximum heeft bereikt. Bij de beoordeling van uw aanvraag bekijken we de parameters die in de overeenkomst zijn overeengekomen. De volledige procedure voor aanvullende zorginkoop vindt u in bijlage 2.

Versnellingsinitiatieven digitale zorg

Samen met de zorgaanbieders zetten we ons in om 'Passende hybride en digitale zorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' mogelijk te maken. Uitgangspunt hierbij is de gezamenlijke ZN-ambitie digitalisering 2024.

Digitalisering

Met de inzet van meer digitale zorg verwachten we twee vliegen in één klap te slaan: met minder zorgpersoneel meer mensen helpen én besparen op de zorgkosten doordat fysieke zorg niet meer nodig is. Daarom zetten we in op 'Passende hybride en digitale zorg: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan'. Het doel is dat eind 2025 70% van de zorgpaden op een hybride manier wordt vormgegeven met een inclusiepercentage van minimaal 50%. Om dit te bereiken, moet nu al in kaart worden gebracht welke zorg vanaf 2024 hybride of digitaal geleverd gaat worden en ook welke zorg hierdoor wordt afgeschaald. Hierdoor moet in 2024 25% van de zorgpaden op een hybride of digitale manier zijn uitgewerkt, waarbij 10 tot 20% van de patiënten deze zorg dan ook daadwerkelijk digitaal ontvangt.

Consultatiefunctie voor het sociaal domein

Er is behoefte aan een consultatiefunctie voor het sociaal domein. Hierbij is samenwerking en afstemming rondom één cliënt essentieel, net als de beschikbaarheid van GGZ-expertise. Door deze consultatiefunctie kunnen zorgverleners uit het sociaal domein met een GGZ-professional overleggen over de juiste zorg voor mensen die niet in behandeling zijn bij de GGZ. Hierdoor verminderen de verwijzingen naar de GGZ. Per 2024 kopen zorgverzekeraars de consultatiefunctie uniform in bij een beperkt aantal GGZ-zorgaanbieders in de regio. De preferente zorgverzekeraar benadert hiervoor een aantal zorgaanbieders. Dankzij het volgebeleid kunnen ook met de andere zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt. De NZa werkt de komende periode de bekostigingssystematiek voor deze functie verder uit. Meer informatie over de bekostiging en de inkoop van de consultatiefunctie volgt daarom uiterlijk vier weken na de publicatie van deze NZa-beleidsregel.

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.^[1] We verwachten dat zorgaanbieders hun expertise voor deze doelgroep waar nodig verhogen door bijscholing en consultatie vanuit de verstandelijk gehandicapten-sector (zie ook bijlage 4).

Ketenveldnorm levensloopfunctie

1 5. Zorg rondom psychische stoornissen ZB en LVB - Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) | GGZ Standaarden

Landelijk wordt hard gewerkt aan de bekostiging van de coördinatieactiviteiten per 2024. De vraag is of deze activiteiten passen binnen de aanspraak van de Zvw (curatieve zorg) en binnen de spelregels van de Zvw en de Wmg. Als een wijziging van het landelijk beleid het nodig maakt om in 2024 nader beleid te publiceren, dan communiceren wij dat.

Levensbeschouwelijke overtuiging

Iemands 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.

2.3 Innovatie en samenwerking

2.3.1 Digitale zorg

We hebben onze visie en ambities op het gebied van digitale zorg verder uitgewerkt op www.cz.nl/zorgaanbieder/digitale-zorg. Daarnaast vindt u in de Gezamenlijke Ambities Zorginkoop Digitalisering 2024 de afspraken die we op ZN-niveau met partijen hebben gemaakt om effectieve digitale zorg veilig en betrouwbaar op te schalen.

2.3.2 Duurzaamheid

Verduurzamen van de zorgsector

De zorgsector is verantwoordelijk voor 7% van de CO₂-uitstoot, 13% van het grondstofverbruik en 4% van het afval in Nederland. Dat heeft ernstige gevolgen voor onze leefomgeving en gezondheid.^[1] Als zorgverzekeraars vinden we het van groot belang om – naast onze eigen verduurzaming – een bijdrage te leveren aan de verduurzaming van het gehele zorglandschap.^[2] Daarom zetten we samen met u in op de versnelling van de verduurzaming van de zorgsector en monitoring daarvan.

De komende jaren richten zorgverzekeraars zich op acties uit de door de zorgbranches ondertekende Green Deal Duurzame Zorg 3.0, de ZN-visie verduurzaming zorgsector en de sectorale uitvoeringsplannen/het Green Deal Uitvoeringsprogramma.

We verwachten van u dat u:

- zich committeert aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ 3.0) die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026.
- duurzaamheid verankert in uw strategie.

Aanvullend verwachten we van alle zorgaanbieders met vastgoed en meer dan 250 fte dat ze uiterlijk 1 januari 2024 een bestuurlijk vastgestelde CO₂-routekaart inclusief strategisch vastgoedbeheerplan hebben aangeleverd bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ).

1 *Het effect van de Nederlandse zorg op het milieu. Methode voor milieuoetafdruk en voorbeelden voor een goede zorgomgeving | RIVM*

2 *Green Deal Samen werken aan duurzame zorg | Greendeals; Zorgverzekeraars Nederland (zn.nl)*

Wat wij doen in 2024:

Zorgverzekeraars, en ten minste de marktleider, gaan met GGZ-zorgaanbieders^[1] in gesprek aan de hand van de verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact uit het uitvoeringsplan van de branche^[2] (de Nederlandse GGZ). Het gesprek heeft tot doel om de ambitie, verduurzamingsdoelstellingen en concrete acties van de zorgaanbieder te bespreken en te stimuleren met de verduurzamingsdoelstellingen aan de slag te gaan.

2.3.3 Duurzame Coalities

Via Duurzame Coalities streven we samen met zorgaanbieders naar meer toekomstbestendige zorg. Dat doen we door via co-creatie samen te werken en elkaars kennis en informatie te gebruiken. Daardoor kunnen we veranderingen van betekenis bereiken in behandel- en bedrijfsprocessen. Bewezen nieuwe (digitale) technologieën en zorgvormen kunnen succesvol elders worden ingezet.

2.3.4 Regie in de regio

Regio's verschillen van elkaar in zorgvraag en zorgaanbod. Soms zijn de uitdagingen in een regio op het gebied van toegankelijkheid, betaalbaarheid of kwaliteit zo groot dat we voor een regionale aanpak moeten kiezen. We kunnen dan alleen effectief beleid 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' in ons zorginkoopbeleid 2024. De regie in de regio blijft overigens niet beperkt tot de zorg (Zvw en Wlz), maar strekt zich waar nodig ook uit tot het sociale domein of zelfs daarbuiten.

Onze wettelijke taak op het gebied van zorginkoop impliceert dat wij de verantwoordelijkheid nemen om de niet-vrijblijvende regionale samenwerking met onze partners aan te sturen vanuit co-makership. Deze rol is bekrachtigd in het Integraal Zorgakkoord. De betrokken partners analyseren samen de situatie in de regio en stellen vast welke knelpunten zich nu en in de toekomst aandienen (regiobeeld). Zij formuleren een gezamenlijke regionale opgave en committeren zich daarmee aan een collectieve én een individuele verantwoordelijkheid.

Integraal Zorgakkoord (IZA)

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is landelijk afgesproken dat zorgaanbieders, burgerorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen aan de slag gaan met plannen die een wezenlijke bijdrage leveren aan de duurzame toegang tot de gezondheidszorg. Bij CZ groep kunnen transformatieplannen worden ingediend voor 6 regio's: Zeeland, Zuid-Hollandse eilanden, Zuidoost-Brabant, West-Brabant, Haaglanden en Zuid-Limburg. Meer informatie over het IZA en het indienen van transformatieplannen vindt u op [Transformatieplannen – CZ](#).

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, de betrokkenheid van patiënten(organisaties) en onze Ledenraad. Op basis van die informatie 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. Hoe wij dit doen en wat we al bereikt hebben rondom de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, leest u in het document "Zo betrekken we onze verzekerden bij de zorginkoop".

1 Met als selectie ten minste de 28 geïntegreerde instellingen die meer dan 2.000 patiënten behandelen binnen de specialistische GGZ.

2 We volgen de top 3-5 van verduurzamingsinitiatieven met de meeste impact uit het uitvoeringsplan, zoals die na afstemming met de betreffende vereniging zijn opgenomen in het uitvoeringsplan van de zorgbranche. De top 3-5 van verduurzamingsinitiatieven wordt naar verwachting later gepubliceerd dan dit zorginkoopbeleid.

3 Proces contractering 2024

3.1 Tijdpad

Instellingen via digitale contractering

Instellingen die in 2023 een digitaal aanbod hebben ontvangen via de VECOZO contracteermodule, ontvangen ook in 2024 een digitaal aanbod. Zij ontvangen na het afronden van de vragenlijst een aanbod voor een overeenkomst 2024 via de contracteermodule van VECOZO.

Planning	Activiteiten
3 juli 2023	Openstellen uitvraagmodule via VECOZO ^[1]
1 september 2023	Sluiting uitvraagmodule via VECOZO
Uiterlijk 20 oktober 2023	Aanbieden overeenkomst 2024 via contracteermodule VECOZO
Uiterlijk 12 november 2023	Accepteren overeenkomst 2024 via contracteermodule VECOZO

1 T.B.V. In- en exclusiecriteria en kenmerken van de organisatie van zorg(verlening)

Instellingen via contractering met offerteformat

Instellingen waarmee we in 2023 een omzetmaximum hebben afgesproken van minimaal € 2 miljoen, ontvangen een offerteformat en toegang tot de VECOZO onderhandelmodule. De voorwaarde daarbij is dat zij voor minimaal 50% zorg leveren in setting 4 of hoger. Als een instelling niet aan deze voorwaarde voldoet, valt de contractering onder de digitale procedure (zie hierboven).

Planning	Activiteiten
3 juli 2023	Start onderhandeling via offerteformat en onderhandelmodule VECOZO
3 juli 2023	Openstellen uitvraagmodule via VECOZO
1 september 2023	Sluiten uitvraagmodule via VECOZO
Uiterlijk 12 november 2023	Accepteren overeenkomst 2024 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 2023. Instellingen die voor 2024 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. Belangstellenden kunnen zich aanmelden via rz.ggz@cz.nl.

Planning	Activiteiten
3 juli 2023	Openstellen uitvraagmodule via VECOZO
Uiterlijk 1 september 2023	Melden als belangstellende voor een overeenkomst 2024 via rz.ggz@cz.nl
29 september 2023	Sluiting uitvraagmodule via VECOZO
Uiterlijk 20 oktober 2023	Aanbieden overeenkomst 2024 via contracteermodule VECOZO
Uiterlijk 12 november 2023	Accepteren overeenkomst 2024 via contracteermodule VECOZO

3.2 Publicatie gecontracteerd zorgaanbod

Uiterlijk op 12 november 2023 presenteert CZ groep de gecontracteerde zorgaanbieders voor 2024. 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 2024 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.

Bijlagen

Bijlage 1. 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 2024. Ook gedurende de looptijd van de overeenkomst voldoen die 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.
- De instelling beschikt, conform de eisen van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, over een eigen organisatiespecifiek kwaliteitsstatuut GGZ sectie III Instellingen (met bijbehorend professioneel statuut). Dit statuut is opgenomen in het register van Zorginstituut Nederland en is geldig 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 sanctieregeling valt.
- De instelling beschikt over een vertegenwoordigingsbevoegde functionaris die met zijn voor- en achternaam is geregistreerd in het Handelsregister 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.
- De instelling committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0. Daarnaast is duurzaamheid verankerd in de strategie van de instelling.

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 verzekerden 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 verzekerden 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 eventueel overeengekomen jaarvolume (of totaalvolume) over het kalenderjaar.
- 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 de 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.

Uitsluitingen

Niet alle zorgaanbieders komen in aanmerking voor een overeenkomst met CZ groep voor 2024. 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 beletselen oplevert;
- 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.

Nieuwe instellingen

De procedure voor nieuwe instellingen is van toepassing voor zorgaanbieders die in 2023 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 toegangseis 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.

Toegangseis: minimale omzet

Instellingen die in 2022 of de laatste 12 maanden een minimale omzet van € 50.000 hadden voor verzekerden van CZ groep, zonder dat zij een overeenkomst als instelling met ons hadden voor de geneeskundige GGZ, kunnen deelnemen aan de procedure voor nieuwe instellingen voor 2024. De omzet wordt vastgesteld op basis van de gehonoreerde declaraties die uiterlijk op 31 mei 2023 bij ons zijn ingediend. Deze omzet is tevens de basis voor de afspraak 2024.

Aanvullende eisen voor nieuwe instellingen

Naast de minimale eisen in deze bijlage en de toegangseis gelden voor 2024 de volgende aanvullende eisen voor nieuwe instellingen:

- 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 heeft een plan van aanpak om te voldoen aan de IZA-norm van digitale zorg.
- De instelling is gedurende (minimaal) 5 dagen per week bereikbaar voor cliënten.
- De instelling levert aantoonbaar een bijdrage aan de (regionale) wachtlijstproblematiek. Deze bijdrage beoordelen wij aan de hand van de in- en exclusiecriteria.
- De instelling levert desgevraagd een bijdrage aan de crisisdienst in de regio.
- De instelling die zorg levert in de settings Outreachend (setting 4) en Forensische en beveiligde zorg – niet-klinische of ambulante zorg (setting 7), moet hiervoor expliciet toestemming krijgen van CZ groep.

Uitsluitingen

Nieuwe instellingen komen in ieder geval niet in aanmerking voor een overeenkomst voor 2024 voor het leveren van GGZ als:

- op hen een van de eerder genoemde algemene uitsluitingen van toepassing is;
- zij alleen diagnostiek leveren;
- zij zorg leveren voor onze verzekerden in de settings Klinisch (setting 5) en Forensische en beveiligde zorg – klinische zorg (setting 6). Instellingen die zorg leveren in de setting Hoogspecialistisch (setting 8) komen alleen in aanmerking voor een overeenkomst als zij zijn opgenomen in het overzicht van afdelingen die voldoen aan de criteria uit de *Handreiking contractering setting hoogspecialistische GGZ*.

Komt een nieuwe instelling in aanmerking voor een overeenkomst met CZ groep, dan bieden wij een overeenkomst aan voor 1 jaar. Gedurende dat jaar bekijken we of we de contractuele relatie kunnen voortzetten.

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. Het tijdpad voor nieuwe instellingen blijft gehandhaafd.

Bijlage 2. Proces en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2024

Het is voor zorgaanbieders in sectie III (instellingen) met een omzetmaximum mogelijk om in 2024 in aanmerking te komen voor aanvullende zorginkoop (bijcontracteren). In deze bijlage vindt u de procedure en voorwaarden voor aanvullende zorginkoop 2024.

Aanvraag door de zorgaanbieder

In de aanvraag toont de zorgaanbieder aan dat hij voldoet aan al deze voorwaarden:

- 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 2024 is bereikt.
- De zorgaanbieder dient de meest recente UPM's in. Deze UPM moet aansluiten bij de productieafspraken en is volledig en juist ingevuld. 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 de 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 de 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 in ieder geval 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 2024 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. Die geldt in principe tot een maximum van 10% van het initieel overeengekomen omzetmaximum. Wij maken een aanvullende zorginkoopafspraken voor een aanvullend omzetmaximum, een bijbehorend minimaal aantal unieke cliënten en een tariefafspraken. Deze afspraken worden in een addendum vastgelegd.

Bijlage 3. Toetsingskader esketamine neusspray (Spravato)

Esketamine en gepast gebruik

Esketamine neusspray wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet bij therapieresistente depressie als stap 4 in het behandelprotocol, na non-respons op ten minste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief één augmentatiestap. CZ groep vindt gepast gebruik van dit dure geneesmiddel essentieel en volgt de criteria die de NVvP hiervoor heeft opgesteld.^[1]

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. De toestemming hangt af van de uitkomst van onderstaande vragenlijst en 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.

1 *Indien de landelijke criteria aangepast worden, zullen wij deze aanpassingen volgen.*

Criteria	JA	NEE
U bent een specialistisch centrum en hebt meer dan twee jaar ervaring met de poliklinische en/of klinische behandeling van therapieresistente depressie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U biedt continuïteit van zorg, onder andere door een traject aan te bieden van indicatiestelling, inductiefase (twee keer per week) en bij voldoende respons een optimalisatiefase en voortgezette behandeling (één keer per week of minder).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U monitort de behandelresultaten en bijwerkingen gedurende de behandelingen met depressievragenlijsten (observeer- en 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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als specialistisch centrum voldoet u aan de volume-eis van minimaal tien patiënten met esketamine neusspray per jaar om ervaring op te bouwen met de combinatiebehandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U voldoet aan de gangbare eisen aan een goede psychiatrische behandeling. Hieraan voldoet u in dit kader als: <ul style="list-style-type: none"> De behandeling met esketamine geregeld wordt besproken in een MDO. De domeinen van evaluatie zijn: symptoomreductie, functioneren, kwaliteit van leven en bijwerkingen. In dit MDO is een psychiater uit het specialistische centrum met kennis en kunde van therapieresistente depressie aanwezig, net als de professionele zorgverlener die de behandeling met esketamine observeert. Er is een samenwerking met een ziekenhuis- of instellingsapotheek met kennis en kunde van de combinatiebehandeling. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U voldoet als specialistisch centrum aan de veiligheidsmonitor conform de producteisen van de fabrikant: <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. Die moet kennis van cardiopulmonale reanimatie en de combinatiebehandeling hebben en apparatuur onder handbereik hebben tijdens de dagklinische behandeling in het centrum. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als specialistisch centrum participeert u in het Landelijk Netwerk Behandeling met esketamine neusspray, onder andere voor (gepseudonimiseerde) dataverzameling voor kwaliteitsregistratie en effectiviteitsonderzoek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bijlage 4. 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:

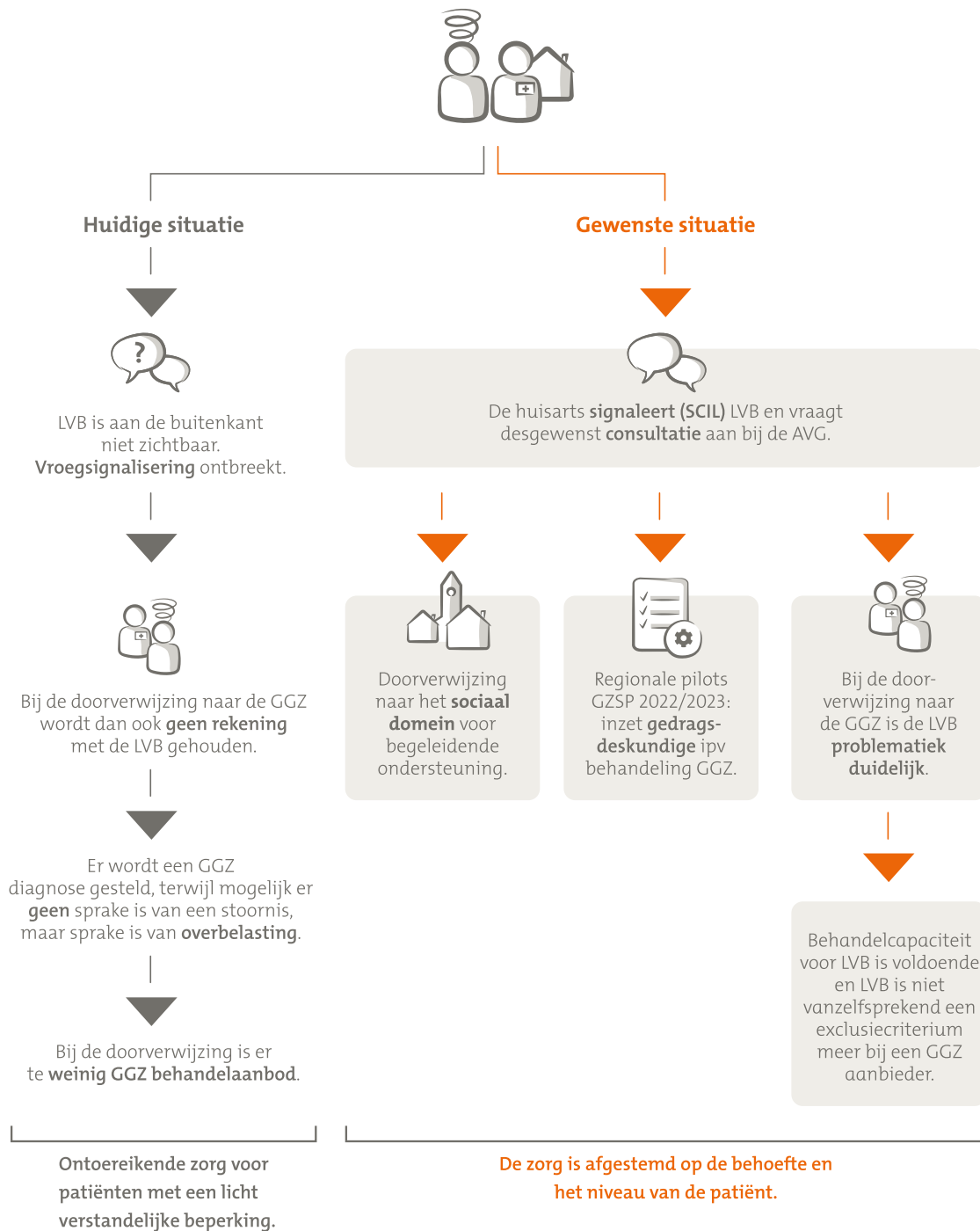
- de vroegsignalering van ZB/LVB;
- het organiseren van een toegankelijk netwerk rond een ZB/LVB-cliënt. Het netwerk omvat afspraken over de zorg en de (sociaal-maatschappelijke) begeleiding voor ZB/LVB-cliënten in de nulde lijn tot aan SGLVB (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkt).

De huisarts kan bij een vermoeden van LVB verwijzen naar onder andere het sociaal domein, GZSP of GGZ.

Gaat u als zorgaanbieder in 2024 een overeenkomst met ons aan voor het leveren van curatieve GGZ én GZSP voor de doelgroep LVB/ZB? Meld dit dan via inkoop.ggz.instellingen@cz.nl onder vermelding van uw AGB-code en in het onderwerp 'contractering curatieve GGZ en GZSP'. Voor meer informatie over GZSP en de experimentprestatie FACT-LVB verwijzen wij u naar het zorginkoopdocument GZSP 2024.

Verbeterde toegang LVB

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



Bijlage 5. Kwaliteitskader ernstige persoonlijkheidsstoornissen

CZ groep vindt het belangrijk dat instellingen die zorg leveren aan cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen in setting 3 of hoger, voldoen aan onderstaand kwaliteitskader. Dit kader is samen met professionals en cliëntvertegenwoordigers tot stand gekomen en komt voort uit de selectieve zorginkoop voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

Intake en behandelplan

Een goede behandelplanning is essentieel, zeker bij cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Een behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische evaluatie daarvan met de patiënt is cruciaal voor een patiëntgeoriënteerde, effectieve en efficiënte behandeling. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject. Hieronder hebben we een aantal onderdelen van de intake en het behandelplan uitgewerkt.

1. Doelen behandelplan

CZ groep vindt dat voor alle zorg een behandelplan moet worden opgesteld met duidelijk evalueerbare SMART behandeldoelen. Voor het waarborgen van de kwaliteit zou iedere patiënt een behandelplan moeten hebben.

2. Redelijke termijn voor het opstellen van een behandelplan

CZ groep vindt het belangrijk dat het behandelplan binnen een redelijke termijn wordt opgesteld; in principe binnen 8 weken na de intake.

3. Redelijke termijn voor het terugkoppelen van de indicatiestelling

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

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

Deze terugkoppeling biedt de mogelijkheid om te toetsen of de juiste behandeling wordt voorgesteld op de juiste plaats. Wij vinden dat cliënten binnen 6 weken na de intake een terugkoppeling moeten krijgen over de indicatiestelling.

4. Cyclisch behandelen

Vorderingen en stagnaties van de behandeldoelen en het behandelproces worden cyclisch besproken en geëvalueerd tussen de behandelaars onderling en met de patiënt. Het is binnen de (dag)klinische setting aan te bevelen om het behandelplan elke 6 weken te evalueren. Bij de ambulante setting is dit elke 3 maanden.

Diagnostiek en behandeling

CZ groep vindt het belangrijk dat de diagnostiek en de behandeling evidence based zijn en dat er gewerkt wordt met een zorgprogramma. Daarnaast moeten aanbieders zo veel mogelijk integraal behandelen bij bijkomende problematiek en zo min mogelijk 'horizontaal doorverwijzen'. Dit is vooral belangrijk voor de continuïteit in de behandeling en de kwaliteit van de zorg.

5. Diagnostiek

CZ groep verwacht van zorgaanbieders dat zij de diagnose bij alle cliënten 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.

6. Zorgprogramma

Een zorgaanbieder zou moeten werken met een zorgprogramma. We vinden het belangrijk dat daarin de volgende aspecten zijn opgenomen:

- het aanbod van bewezen effectieve behandelingen;
- de exclusiecriteria;
- de uitstroomcriteria;
- de opschaalcriteria;
- het traject voor de behandeling;
- het traject tijdens de behandeling;
- het traject na de behandeling;
- de ketenzorg;
- de systeembehandeling;
- de vaktherapie.

7. Evidence based behandelingen

Voor de doelmatigheid en een optimaal behandelresultaat moet de zorgaanbieder evidence based behandelingen inzetten. Van deze zorg is namelijk aangetoond dat die ook daadwerkelijk effectief is (of kan zijn, want niet bij iedereen slaat de behandeling aan). Om goede zorg te kunnen bieden die zo veel mogelijk op de individuele patiënt kan worden aangepast, moeten zorgaanbieders minimaal een van onderstaande evidence based behandelingen kunnen aanbieden:

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

Een evaluatie van de mate van modelgetrouwheid van één of meer behandelkaders kan bijdragen aan het vergroten van de kwaliteit van de zorg.

Voor Guideline-Informed Treatment for Personality Disorder (GIT-PD) is de evidence nog beperkt. Toch wordt al wel gezien dat deze methode werkzaam zou zijn voor een grotere groep cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. CZ groep bekijkt hoe we GIT-PD een plaats kunnen geven in de uitwerking van het kwaliteitskader.

Daarnaast is er bewijs dat aandacht voor de gemeenschappelijke kernmerken ('common factors') in psychotherapie kan leiden tot een positieve uitkomst. Empirische studies hebben aangetoond dat een sterke therapeutische alliantie, hogere beoordelingen van empathie van therapeuten, positieve achting, echtheid en gunstigere uitkomstverwachtingen gerelateerd zijn aan betere resultaten.

8. Somatische screening

Psychische stoornissen gaan regelmatig gepaard met lichamelijke klachten en ziekten. Het is daarnaast bekend dat de lichamelijke gezondheidstoestand van cliënten 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.

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 toestandbeeld en die eventueel diagnostisch uitgesloten moeten worden.

De screening is daarnaast gericht op alle te verwachten complicaties van eventuele farmacotherapie. CZ groep vindt daarom dat bij klinische cliënten standaard een somatische screening nodig is (met minimaal een screening op metabole syndromen). Bij intensieve ambulante behandeling is er minimaal sprake van goede samenwerkingsafspraken en een overdracht over de somatische status van de patiënt met de huisarts en/of andere medisch specialistische behandelaren.

9. Suïcidepreventie

Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïcide. Dit geldt zeker voor cliënten in gespecialiseerde behandelcentra voor persoonlijkheidsstoornissen. Een goede kwaliteit van zorg betekent dat de veiligheid van de patiënt gegarandeerd is. Suïcidepreventie is daar een belangrijk onderdeel van. GGZ-aanbieders kunnen verschillende maatregelen treffen om suïcides en pogingen daartoe terug te dringen en daarmee de patiëntveiligheid te vergroten. Zij kunnen de risico's inventariseren, het professioneel handelen verbeteren, samenwerken in de keten en leren van eerdere suïcides en pogingen daartoe. De multidisciplinaire richtlijn geeft handvatten voor de diagnostiek en de 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 een (preventie) commissie op instellingsniveau. Daarom vinden wij dat elke zorgaanbieder een suïcidepreventiebeleid moet hebben. Suïcides en pogingen daartoe worden geëvalueerd en meegenomen bij de doorontwikkeling van dit beleid.

Samenstelling behandelteam

10. Samenstelling van het multidisciplinaire team

De richtlijnen en zorgstandaarden schrijven voor dat behandelteams in gespecialiseerde centra multidisciplinair zijn samengesteld en beschikken over zeer ruime kennis, ervaring en affiniteit met het behandelen van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het hebben en behouden van deze expertise is in deze tijden van personele krapte belangrijk om de kwaliteit van zorg te borgen. Hoewel de personele capaciteit – en daarmee de toegankelijkheid van de GGZ-zorg – onder grote druk staat, vinden wij een multidisciplinaire samenstelling van het team van groot belang. Dit is vereist om cliënten op een veilige en verantwoorde manier te kunnen behandelen vanuit een bio- psychosociaal perspectief.

De samenstelling van een multidisciplinair team 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. Zorgaanbieders moeten over een multidisciplinair team beschikken.^[1]

Patiëntervaringen, familie/naasten

11. Familiebeleid

Elke zorgaanbieder moet beschikken over een familiebeleid, dat ingaat op de relatie tussen de GGZ-zorgaanbieder en de familie. Uitgangspunt is immers dat de psychische aandoening ook iemands naasten en familie raakt. In het familiebeleid wordt vastgelegd op welke voorwaarden en op welke manier de GGZ-zorgaanbieder de familie van de patiënt benadert en betreft om het zorgproces te verbeteren, ook als de patiënt (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 er een familiebeleid beschikbaar moet zijn, dat geïmplementeerd en geborgd is bij de behandeling. Om het familiebeleid transparant te maken, zou de zorgaanbieder dit moeten publiceren op zijn website. Hierbij hebben we de volgende aandachtspunten:

- De zorgaanbieder heeft een familiebeleid dat voldoet aan bovenstaande beschrijving en dat makkelijk vindbaar is op zijn website.
- De zorgaanbieder beschikt over een familievertrouwenspersoon.
- De zorgaanbieder heeft bij voorkeur een steungroep of psycho-educatiegroep voor naasten of werkt samen met een herstelacademie (of een soortgelijke voorziening die ook plaats biedt aan familieleden en naasten).
- De zorgaanbieder heeft bij voorkeur voor partners een partner-relatietherapiegroep of werkt samen met een herstelacademie (of een soortgelijke voorziening die ook plaats biedt aan partners).
- De zorgaanbieder zet voor gezinnen bij voorkeur systeemtherapie in.
- De zorgaanbieder zet voor kinderen bij voorkeur het programma KOPP-zorg in.
- De zorgaanbieder beschikt over behandelaars met voldoende expertise om naasten te kunnen betrekken bij de diagnostiek, behandeling en ondersteuning.

12. Ervaringsdeskundigen

De instelling zet één of meer ervaringsdeskundigen in bij de behandeling van cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en geeft daar op de volgende manier invulling aan:

- De ervaringsdeskundigen zijn bij voorkeur betrokken in het behandelprogramma of de zorgaanbieder maakt gebruik van de inbreng van ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling van het behandelprogramma.
- De ervaringsdeskundigen kunnen in dienst zijn bij de zorgaanbieder of de zorgaanbieder heeft een intensieve samenwerking met een herstelacademie/peer-supported netwerk.

Bijlage 6. Kwaliteitskader ernstige eetstoornissen

CZ groep vindt het belangrijk dat instellingen die zorg leveren aan cliënten met ernstige eetstoornissen in setting 3 of hoger, voldoen aan onderstaand kwaliteitskader. Dit kader is samen met professionals en cliëntvertegenwoordigers tot stand gekomen en komt voort uit de selectieve zorginkoop voor ernstige eetstoornissen.

Intake en behandelplan

Een goede behandelplanning is essentieel, zeker bij cliënten met ernstige eetstoornissen. Een behandelplan met concrete en evalueerbare doelen en een cyclische evaluatie daarvan met de patiënt is cruciaal voor een patiëntgeoriënteerde, effectieve en efficiënte behandeling. Vooral bij een intensief of langdurig zorgtraject. Hieronder hebben we een aantal onderdelen van de intake en het behandelplan uitgewerkt.

1. Doelen behandelplan

CZ groep vindt dat voor alle zorg een behandelplan moet worden opgesteld met duidelijk evalueerbare SMART behandeldoelen. Voor het waarborgen van de kwaliteit zou iedere patiënt een behandelplan moeten hebben.

2. Redelijke termijn opstellen behandelplan

CZ groep vindt het belangrijk dat het behandelplan binnen een redelijke termijn wordt opgesteld; in principe binnen 8 weken na de intake.

3. Redelijke termijn voor het terugkoppelen van de indicatiestelling

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

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

Deze terugkoppeling biedt de mogelijkheid om te toetsen of de juiste behandeling wordt voorgesteld op de juiste plaats. Wij vinden dat cliënten binnen 6 weken na de intake een terugkoppeling moeten krijgen over de indicatiestelling.

4. Cyclisch behandelen

Vorderingen en stagnaties van de behandeldoelen en het behandelproces worden cyclisch besproken en geëvalueerd tussen de behandelaars onderling en met de patiënt. Het is binnen de (dag)klinische setting aan te bevelen om het behandelplan elke 6 weken te evalueren. Bij de ambulante setting is dit elke 3 maanden.

Diagnostiek en behandeling

CZ groep vindt het belangrijk dat de diagnostiek en de behandeling evidence based zijn en dat er gewerkt wordt met een zorgprogramma. Daarnaast moeten aanbieders zo veel mogelijk integraal behandelen bij bijkomende problematiek en zo min mogelijk 'horizontaal doorverwijzen'. Dit is vooral belangrijk voor de continuïteit in de behandeling en de kwaliteit van de zorg.

5. 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.

6. Zorgprogramma

Een zorgaanbieder moet werken met een zorgprogramma. Daarin zijn de volgende aspecten opgenomen:

- het aanbod van bewezen effectieve behandelingen;
- de exclusiecriteria;
- de uitstroomcriteria;
- de opschaalcriteria;
- het traject voor de behandeling;
- het traject tijdens de behandeling;
- het traject na de behandeling;
- de ketenzorg;
- de systeembehandeling.

7. Behandeling

Voor de doelmatigheid en een optimaal behandelresultaat moet de zorgaanbieder evidence based behandelingen inzetten. Van deze zorg is namelijk aangetoond dat die ook daadwerkelijk effectief is (of kan zijn, want niet bij iedereen slaat de behandeling aan).

8. Suïcidepreventie

Mensen met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op suïcide. Dit geldt zeker voor cliënten in gespecialiseerde behandelcentra. Een goede kwaliteit van zorg betekent dat de veiligheid van de patiënt gegarandeerd is. Suïcidepreventie is daar een belangrijk onderdeel van. GGZ-aanbieders kunnen verschillende maatregelen treffen om suïcides en pogingen daartoe terug te dringen en daarmee de patiëntveiligheid te vergroten. Zij kunnen de risico's inventariseren, het professioneel handelen verbeteren, samenwerken in de keten en leren van eerdere suïcides en pogingen daartoe. De multidisciplinaire richtlijn geeft handvatten voor de diagnostiek en de 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 een (preventie) commissie in te stellen op instellingsniveau. Daarom vinden wij dat elke zorgaanbieder een suïcidepreventiebeleid moet hebben. Suïcides en pogingen daartoe worden geëvalueerd en meegenomen bij de doorontwikkeling van dit beleid.

Samenstelling behandelteam

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 cliënten met een eetstoornis. De Stuurgroep Eetstoornissen Nederland heeft hier een advies over uitgebracht. Deze multidisciplinaire samenstelling is nodig om cliënten met eetstoornissen, die vaak kampen met somatische en psychiatrische comorbiditeit, op een veilige en verantwoorde manier te kunnen behandelen vanuit een bio-psychosociaal perspectief.

Het hebben en behouden van deze expertise is in deze tijden van personele krapte belangrijk om de kwaliteit van zorg te borgen. Hoewel de personele capaciteit – en daarmee de toegankelijkheid van de GGZ-zorg – onder grote druk staat, vinden wij een multidisciplinaire samenstelling van het team van groot belang. Zorgaanbieders moeten over een multidisciplinair team beschikken, aangevuld met een somatisch arts en een diëtiste.

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 over het zorgproces.

Patiëntervaringen

10. Ervaringsdeskundigen

De instelling zet één of meer ervaringsdeskundigen in bij de behandeling van cliënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis en geeft daar op de volgende manier invulling aan:

- De ervaringsdeskundigen zijn bij voorkeur betrokken in het behandelprogramma of de zorgaanbieder maakt gebruik van de inbreng van ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling van het behandelprogramma.

- De ervaringsdeskundigen kunnen in dienst zijn bij de zorgaanbieder of de zorgaanbieder heeft een intensieve samenwerking met een herstelacademie/peer-supported netwerk.

11. Familiebeleid

Elke zorgaanbieder moet beschikken over een familiebeleid, dat ingaat op de relatie tussen de GGZ-zorgaanbieder en de familie. Uitgangspunt is immers dat de psychische aandoening ook iemands naasten en familie raakt. In het familiebeleid wordt vastgelegd op welke voorwaarden en op welke manier de GGZ-zorgaanbieder de familie van de patiënt benadert en betreft om het zorgproces te verbeteren, ook als de patiënt (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 er een familiebeleid beschikbaar moet zijn, dat geïmplementeerd en geborgd is bij de behandeling. Om het familiebeleid transparant te maken, zou de zorgaanbieder dit moeten publiceren 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 heeft de beschikking over een familievertrouwenspersoon.
- De zorgaanbieder heeft bij voorkeur een steungroep of psycho-educatiegroep voor naasten of werkt samen met een herstelacademie (of een soortgelijke voorziening die ook plaats biedt aan familieleden en naasten).
- De zorgaanbieder heeft bij voorkeur een partner-relatietherapiegroep voor partners of werkt samen met een herstelacademie (of een soortgelijke voorziening die ook plaats biedt aan partners).
- De zorgaanbieder zet voor gezinnen waar mogelijk systeemtherapie in of heeft samenwerkingsafspraken hierover met het netwerk.
- De zorgaanbieder zet voor kinderen waar mogelijk het programma KOPP-zorg in of heeft samenwerkingsafspraken hierover met het netwerk.
- De zorgaanbieder beschikt over behandelaars met voldoende expertise om naasten te kunnen betrekken bij de diagnostiek, behandeling en ondersteuning.