

Knelpuntenanalyse eetstoornissen zorg 2026

Signalen uit het werkveld over toegankelijkheid, continuïteit en
passende zorg

The logo consists of a solid dark blue rectangle. Inside the rectangle, the words "eetstoornissen" and "netwerk" are written in a white, lowercase, sans-serif font. "eetstoornissen" is on the top line and "netwerk" is on the bottom line, both left-aligned.

**eetstoornissen
netwerk**

Juli 2026

Eetstoornissen Netwerk | K-EET

www.eetstoornissennetwerk.nl

Samenvatting

Deze rapportage is gebaseerd op een landelijke uitvraag onder 173 zorgprofessionals in de eetstoornissen zorg, aangevuld met signalen uit regionale netwerken, gesprekken met behandelaren en ervaringen vanuit K-EET.

De resultaten bevestigen in grote lijnen [eerdere rapportages van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(IGJ\)](#): knelpunten doen zich voor in de gehele zorgketen, van signalering tot nazorg. Professionals ervaren dat zorg regelmatig vastloopt door een combinatie van wachtlijsten, beperkte beschikbaarheid van passend aanbod, financieringsvraagstukken, versnippering van zorg en onvoldoende afstemming tussen betrokken partijen.

De analyse laat zeven terugkerende thema's zien:

Passende bekostiging van gespecialiseerde diëtetiek

Professionals geven aan dat de huidige vergoeding voor gespecialiseerde diëtetiek onvoldoende aansluit bij de zorgvraag van mensen met een eetstoornis. Hierdoor ontstaat het risico dat noodzakelijke begeleiding voortijdig stopt of onvoldoende beschikbaar is.

Verbeteren van de transitie 18-/18+

De overgang van jeugd- naar volwassenenzorg wordt gezien als een belangrijk risico voor discontinuïteit van zorg. Verschillen in financiering, organisatie en toegang tot zorg leiden regelmatig tot behandelonderbrekingen.

Structurele positionering van zelfregie-initiatieven

Zelfregie-initiatieven, herstelgerichte voorzieningen en de inzet van ervaringsdeskundigheid leveren een belangrijke bijdrage aan herstel, ondersteuning tijdens wachttijden en terugvalpreventie. Structurele financiering ontbreekt echter vaak.

Vergroten van passende vervolgzorg en behandelcapaciteit

Voor cliënten met complexe eetstoornissen ontbreekt regelmatig passend vervolgaanbod. Met name aan het einde van de zorgketen worden tekorten ervaren aan verblijfszorg en tussenvoorzieningen.

Integrale zorg voor cliënten met comorbiditeit

Professionals signaleren dat cliënten met een eetstoornis en bijkomende psychische of somatische problematiek regelmatig te maken krijgen met versnipperde zorg en exclusiecriteria, waardoor passende behandeling moeilijk toegankelijk is.

Verminderen van administratieve en organisatorische belemmeringen

Een aanzienlijk deel van de beschikbare capaciteit gaat verloren aan afstemming tussen domeinen, administratieve processen en complexe financieringsstructuren.

Duidelijke positionering van de internist

Vooraf in de overgang naar de volwassenenzorg bestaat onduidelijkheid over de rol van internisten binnen de eetstoornisketen. Hierdoor komt de continuïteit van somatische monitoring en behandeling soms onder druk te staan.

Conclusie

De opgehaalde signalen laten zien dat veel knelpunten niet op zichzelf staan, maar samenhangen met structurele kenmerken van het zorgstelsel. Het betreft nadrukkelijk een keten- en systeemvraagstuk dat vraagt om samenwerking tussen zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars, brancheorganisaties, toezichthouders en landelijke partijen.

De uitkomsten van deze analyse zijn besproken met IGJ, NZa en VNG en vormen een belangrijke basis voor het vervolg van het gesprek over verbetering van de toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de eetstoornissen zorg.

Inhoud

Samenvatting	1
Inleiding	4
Lopende initiatieven binnen K-EET	4
1. Beschrijvende statistiek en achtergrond van de respondenten	6
2. Casusanalyse: waar loopt de zorg vast?	7
2.1 Momenten waarop zorg vastloopt	7
2.2 Onderliggende typen knelpunten.....	8
3. Waardoor ontstaan deze knelpunten?	10
3.1 Beperkingen in financiering.....	10
3.2 Fragmentatie in organisatie.....	11
3.3 Capaciteitstekorten en wachttijden.....	11
3.4 Gebrek aan expertise.....	11
3.5 Overgangen in het systeem	11
4. Impact op casusniveau op de kwaliteit en/of continuïteit van zorg	12
4.1 Verslechtering van problematiek	12
4.2 Vertraging en stagnatie van zorg	12
4.3 Verkeerde zorg op de verkeerde plek	13
4.4 Discontinuïteit van zorg	13
4.5 Stapeling van problematiek en complexiteit	14
4.6 Effect op cliënten, naasten en zorgsysteem	14
4.7 In welk domein doen knelpunten zich voor?	15
4.8 Is dit knelpunt regio- of gemeenteafhankelijk?.....	16
4.9 Overige knelpunten die we hebben opgehaald	16
5. Doorbreken van de knelpunten.....	18
5.1 Wat is nodig op casusniveau?	18
5.2 Wie moet hierin acteren?.....	19
5.3 Wat wordt concreet verwacht van partijen?	19

Inleiding

Naar aanleiding van het rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd [*Samen sterk voor jongeren met eetstoornis*](#) is K-EET in gesprek met de IGJ over het verbeteren van de eetstoornissen zorg.

K-EET is de landelijke Ketenaanpak EETstoornissen: een netwerk van zorgprofessionals en ervaringsdeskundigen dat zich richt op het verbeteren van de zorg voor kinderen en jongeren met een eetstoornis. Vanaf 'K-EET bouwt door' richten we ons ook op de transitiezorg voor mensen van 18 jaar en ouder. Binnen K-EET wordt gezamenlijk gezocht naar oplossingen voor hardnekkige knelpunten in de zorgketen, juist op de overgangen tussen domeinen, organisaties en financieringsstructuren.

Vanuit K-EET constateren wij dat er knelpunten worden ervaren in de eetstoornissen zorg. Tegelijkertijd is nog onvoldoende scherp waar deze knelpunten zich precies voordoen en in hoeverre zij samenhangen met regionale of gemeentelijke verschillen, dan wel met meer structurele aspecten van de zorgketen.

Om dit inzichtelijk te maken is een landelijke uitvraag gedaan onder zorgprofessionals. Respondenten konden knelpunten beschrijven zoals die zich voordoen in concrete casussen. Deze casuïstiek vormt de basis van dit rapport.

Doel van dit rapport is om inzicht te geven in:

- waar en wanneer de zorg vastloopt;
- waardoor knelpunten ontstaan;
- en welke impact dit heeft op de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Deze inzichten worden gebruikt om, in samenspraak met de IGJ, NZa en VNG, te verkennen waar en hoe gerichte verbeteringen mogelijk zijn binnen de eetstoornissen zorg.

Lopende initiatieven binnen K-EET

Naast het signaleren en analyseren van knelpunten zet K-EET actief in op het verbeteren van de eetstoornissen zorg. Binnen het netwerk zijn diverse initiatieven ontwikkeld en doorontwikkeld die gericht zijn op het versterken van de zorgketen en het ondersteunen van professionals in de praktijk.

Het platform Eetstoornissen Netwerk vormt hierin een belangrijke basis. Op dit platform is veel informatie over eetstoornissen gebundeld en centraal toegankelijk gemaakt voor professionals. Het draagt bij aan betere signalering, kennisdeling en het vinden van passende expertise en aanbod binnen de zorgketen.

Daarnaast is First Eet Kit ontwikkeld: een website die professionals en andere betrokkenen concrete handvatten biedt voor eerste hulp bij eetstoornissen. Deze tool ondersteunt met

name het voorveld en de eerste lijn bij het herkennen van signalen en handelingsbekwaam optreden bij beginnende problematiek.

Een belangrijk initiatief is VIBES (Vroege Interventie bij Eetstoornissen), dat zich richt op het eerder signaleren en behandelen van eetstoornissen. Door in een vroeg stadium passende ondersteuning te bieden, wordt beoogd verergering van problematiek te voorkomen en de druk op meer intensieve vormen van zorg te verminderen.

Daarnaast biedt K-EETi, de intercollegiale consultatielijn, zorgprofessionals de mogelijkheid om laagdrempelig casuïstiek te bespreken met experts op het gebied van eetstoornissen. Hiermee wordt kennisdeling gestimuleerd en worden professionals ondersteund bij complexe afwegingen in de dagelijkse praktijk.

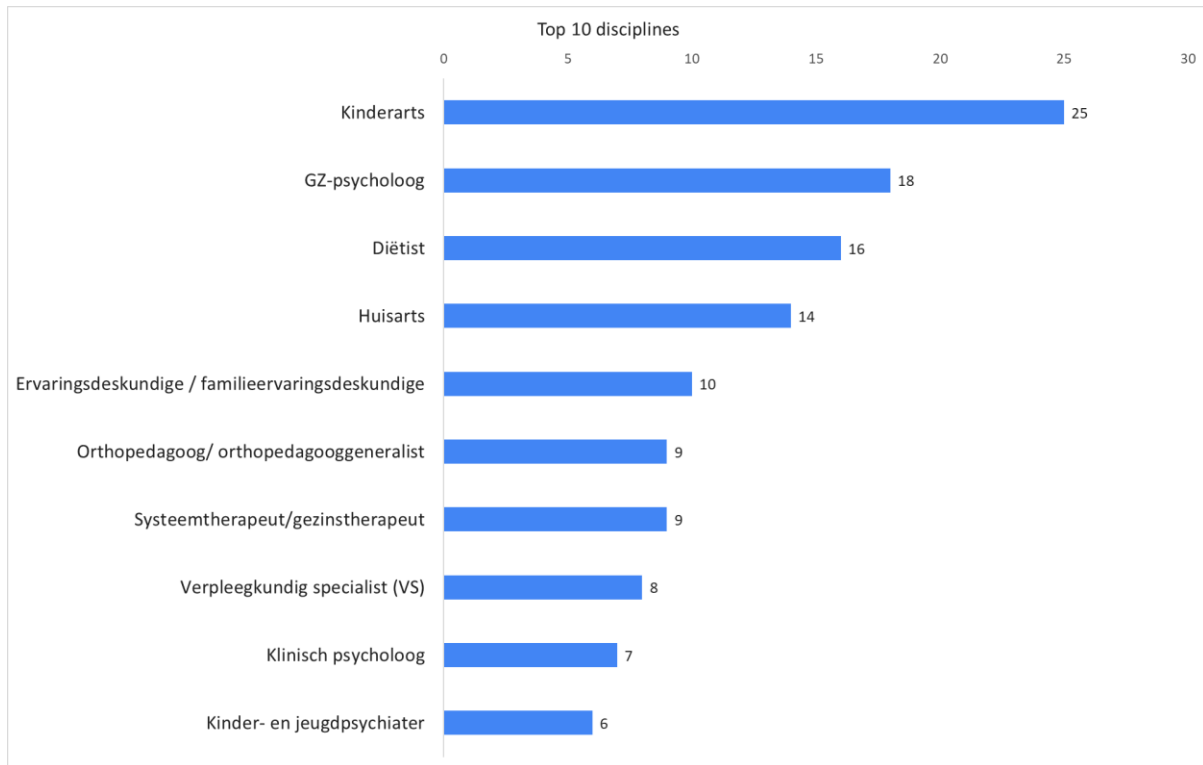
Ter verdere versterking van kennis en expertise ontwikkelt K-EET een online scholingsaanbod op de website van Eetstoornissen Netwerk, waarin opleidingen, trainingen en tools worden gebundeld. Dit aanbod is gericht op professionals in alle fasen van de zorgketen en heeft als doel om kennis over eetstoornissen breed toegankelijk te maken en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Naar verwachting wordt dit scholingsprogramma na de zomer beschikbaar gesteld via de website van Eetstoornissen Netwerk.

Ook spelen de K-EET regio's een belangrijke rol. Binnen deze regionale netwerken werken zorgprofessionals samen aan het versterken van de eetstoornissenzorg. Deze netwerken zijn erop gericht om samenwerking in de keten te verbeteren en kennis en expertise beter toegankelijk te maken. In de regio's zijn procesleiders actief en wordt gewerkt aan het beter organiseren van onder meer signalering, verwijzing en behandeling.

Met deze initiatieven draagt K-EET bij aan het versterken van vroegsignalering, deskundigheid en samenwerking binnen de eetstoornissenzorg. In de praktijk zien we dat dit ertoe leidt dat professionals elkaar beter weten te vinden, dat kennis toeneemt en dat cliënten eerder worden doorverwezen naar passende zorg. Tegelijkertijd laten de resultaten van deze uitvraag zien dat systeemgerichte verbeteringen nodig blijven om de gesignaleerde knelpunten structureel te doorbreken.

1. Beschrijvende statistiek en achtergrond van de respondenten

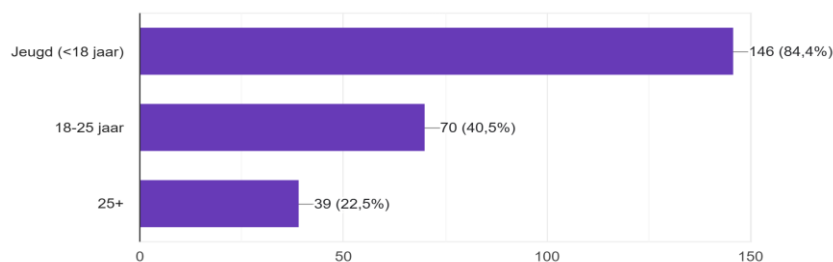
De uitvraag stond open van 2 april tot 21 mei 2026 en is door 173 respondenten ingevuld. De respondenten vertegenwoordigen een breed spectrum aan professionals uit de eetstoornissenzorg, waaronder GZ-psychologen, huisartsen, diëtisten, kinderartsen en verpleegkundig specialisten, aangevuld met onder meer systeemtherapeuten, orthopedagogen en ervaringsdeskundigen (zie Figuur 1). Zij zijn werkzaam in uiteenlopende settings, met een nadruk op de ambulante GGZ (32,4%) en ziekenhuizen (27,7%), maar ook met vertegenwoordiging vanuit de eerste lijn (22%), jeugdhulp (14,5%) en het sociaal domein (4,6%).



Figuur 1. Top 10 meest voorkomende disciplines van respondenten (n = 173)

Het merendeel van de respondenten heeft ruime ervaring in de eetstoornissenzorg: meer dan de helft werkt al langer dan vijf jaar met deze doelgroep (56,1%). Het contact met cliënten is bovendien in de meeste gevallen structureel (55,2%) of regelmatig (25%). De casuïstiek waarop de uitvraag betrekking heeft, betreft voornamelijk jongeren onder de 18 jaar (84,4%), aangevuld met jongvolwassenen (40,5%) en volwassenen (22,5%) (zie Figuur 2).

Leeftijdscategorie patiënt (meerdere antwoorden mogelijk)
173 antwoorden



Figuur 2. Verdeling van de leeftijdscategorieën van patiënten (n = 173)

De beschreven problematiek is breed, maar kent een duidelijke nadruk op anorexia nervosa (87,3%), gevolgd door ARFID (56,1%), boulimia nervosa (48,6%) en overige gespecificeerde of ongespecificeerde eetstoornissen (46,8%). Comorbiditeit is in het merendeel van de casussen aanwezig (circa 77%), waarbij met name autisme (circa 87% van de gevallen met comorbiditeit), angststoornissen (77%) en persoonlijkheidsproblematiek (70,7%) frequent worden genoemd.

Deze achtergrond laat zien dat de knelpunten die in dit rapport worden beschreven voortkomen uit een breed en ervaren veld, dat dagelijks te maken heeft met complexe, vaak meervoudige problematiek binnen de eetstoornissen zorg.

2. Casusanalyse: waar loopt de zorg vast?

In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op de wijze waarop knelpunten zich voordoen in concrete casussen. De analyse is gebaseerd op beschrijvingen van professionals en laat zien waar de zorg in de praktijk vastloopt.

De focus ligt daarbij op het zorgproces als geheel: van signalering tot en met nazorg. Door deze casusgerichte benadering worden patronen zichtbaar die niet altijd uit generieke knelpuntenanalyses naar voren komen.

2.1 Momenten waarop zorg vastloopt

Signalering – te laat of onvoldoende herkend

In meerdere casussen wordt beschreven dat eetstoornissen in een vroeg stadium onvoldoende worden herkend. Met name in het voorveld: zoals huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg en wijkteams, ontbreekt soms de specifieke expertise om signalen tijdig te duiden.

Hierdoor wordt zorg vaak pas ingezet wanneer de problematiek al is verergerd, wat de behandelbaarheid negatief beïnvloedt.

“Hulp bij een beginnende eetstoornis is moeilijk te vinden. Vaak komt het dan bij een diëtist met extra kennis van ES. Jeugdhulp heeft vaak de kennis niet en willen snel verwijzen naar de SGGZ, maar soms is het daarvoor nog te pril. Ik zoek vaak een plek of persoon die laagdrempelig te benaderen is voor een beginnend eetprobleem, maar die expertise ontbreekt vaak.”

(jeugdverpleegkundige)

Wachttijd – geen passende overbrugging

Een veelvoorkomend knelpunt betreft de periode tussen aanmelding en start van de behandeling. In deze fase is vaak geen passende overbruggingszorg beschikbaar. Professionals geven aan dat cliënten in deze periode regelmatig terugvallen of verder verslechteren, terwijl de verantwoordelijkheid voor begeleiding onduidelijk is belegd.

In een aantal casussen komt de zorg hierdoor tijdelijk terecht bij bijvoorbeeld de huisarts of de kinderarts, die hier niet altijd op toegerust is.

*"In de wachttijdperiode is er vaak toename van klachten en achteruitgang in het functioneren."
"Tijdens deze periode ligt de verantwoordelijkheid vaak bij de huisarts, terwijl dit niet passend is bij de complexiteit van de problematiek."* (huisarts)

Behandeling – geen passend aanbod

Binnen de behandelfase lopen casussen vast doordat passend aanbod ontbreekt, met name bij complexe of gecombineerde problematiek. Professionals beschrijven dat cliënten vaak niet geplaatst kunnen worden, bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit, exclusiecriteria of beperkte capaciteit binnen instellingen.

Dit leidt ertoe dat cliënten tussen wal en schip raken of langdurig in niet-passende zorg blijven.

"Sommige kinderen moet ik verwijzen naar eerstelijns instanties die ambulante eetstoornissen niet willen of kunnen behandelen, waardoor ze geen hulp krijgen, of ik moet ze verwijzen naar tweedelijns of derdelijns organisaties die enorme wachtlijsten hebben." (NIP-psycholoog)

Overgang – breuk bij 18-/18+

De overgang van jeugd- naar volwassenenzorg wordt in veel casussen beschreven als een moment waarop de zorg vastloopt. Verschillen in financiering, organisatie en behandelstructuur zorgen ervoor dat trajecten worden onderbroken of opnieuw moeten worden opgestart.

Dit leidt tot vertraging, discontinuïteit en in sommige gevallen tot terugval.

"Abrupt afronden van behandeling zodra jeugdige 18 wordt, onvoldoende voorbereiding op veranderingen in zorg en weinig inhoudelijke overdracht." (GZ-psycholoog)

Nazorg – gebrek aan continuïteit

Ook in de nazorgfase ontstaan knelpunten, met name in de overgang van intensieve behandeling naar lichtere vormen van ondersteuning. In casussen wordt beschreven dat vervolgzorg soms ontbreekt of onvoldoende aansluit, waardoor het risico op terugval toeneemt. Professionals geven aan dat structurele borging van nazorg vaak ontbreekt.

"Na opname bij [...] wachtlijst voor vervolghulp. Kans op terugval na opname zonder vervolghulp is groot." (jeugdarts)

"De continuïteit van zorg komt in het geding + er moet eerst andere zorg in voor er gerichte zorg voor eetstoornis geboden kan worden." (beleidsmedewerker / orthopedagoog)

"Cliënten vallen terug omdat de stap van intensieve behandeling naar ambulante begeleiding te groot is." (GZ-psycholoog)

2.2 Onderliggende typen knelpunten

De knelpunten die in de casussen worden beschreven, zijn te herleiden tot een aantal terugkerende patronen. Hoewel deze zich in verschillende fasen van het zorgproces manifesteren, hebben zij vaak eenzelfde onderliggende oorzaak.

Financiering

Een belangrijk knelpunt betreft de wijze waarop zorg wordt gefinancierd. Professionals geven aan dat beschikbare behandeluren in met name de eerste lijn onvoldoende zijn, en dat verschillende financieringsstromen (zoals Jeugdwet en Zorgverzekeringswet) niet goed op elkaar aansluiten. Dit belemmert continuïteit van zorg, met name bij overgangsmomenten.

“Na 180 minuten behandeling sta je als eerstelijns diëtist nog maar aan het begin van de behandeling [...]. Helaas raak je na 180 minuten een cliënt kwijt wanneer deze de rekeningen zelf moet gaan bekostigen.” (diëtist)

Organisatie van zorg

De organisatie van de zorgketen wordt regelmatig als versnipperd ervaren. Er is vaak onduidelijkheid over regie en verantwoordelijkheden, met name wanneer meerdere partijen betrokken zijn bij één casus. Hierdoor duurt het langer voordat passende zorg op gang komt.

“De zorg loopt vast op het moment dat geconstateerd wordt dat er niet één plek is waar deze jongere de hulp kan krijgen die nodig is, maar dat samenwerking nodig is voor deze complexe zorgvraag.” (GZ-psycholoog)

Samenwerking tussen partijen

Veel respondenten benoemen knelpunten in de samenwerking tussen betrokken professionals en organisaties. Verschillen in werkwijze, visie en verantwoordelijkheidsverdeling maken het lastig om gezamenlijk op te trekken in complexe casuïstiek.

“Er wordt te weinig samengewerkt, te veel op eilandjes [...]. Bij comorbiditeit en eetstoornissen an sich is samenwerking een belangrijke factor voor succes.”
(systeemtherapeut/gezinstherapeut)

Beschikbaarheid van zorg

Tot slot wordt het ontbreken van passend aanbod vaak genoemd, met name voor specifieke doelgroepen (zoals cliënten met comorbiditeit of in overgangsfases). Wachttijden en beperkte capaciteit versterken dit probleem.

“Er zijn relatief weinig organisaties die ARFID kunnen behandelen, hierdoor is er onvoldoende aanbod en een groot gat tussen 1e/2e lijn [...] en 3e lijn.” (orthopedagoog / behandelaar)

“Geen passend aanbod in de regio [...] er blijft dan weinig passend aanbod over.”
(beleidsmedewerker / orthopedagoog)

“SGGZ aanbieders die eetstoornis als exclusie criterium hanteren.” (huisarts)

“Wachttijsten zijn erg lang. Bij AN komen ze hierdoor al met een zeer laag gewicht binnen waardoor poliklinische behandeling soms niet meer mogelijk is.” (diëtist/vaktherapeut)

"Wachtlijsten zijn lang door gebrek aan aantal cliënten die gezien mogen worden door de zorgverzekeringen en door tekort aan GZ-psychologen (regiebehandelaren)."

Deze typen knelpunten hangen nauw met elkaar samen en versterken elkaar in de praktijk, waardoor casussen vastlopen en problematiek kan verergeren.

3. Waardoor ontstaan deze knelpunten?

De knelpunten die in het voorgaande hoofdstuk zijn beschreven, komen voort uit onderliggende structurele factoren binnen het zorgsysteem. Op basis van de casusbeschrijvingen zijn een aantal terugkerende oorzaken te onderscheiden die verklaren waarom zorg in de praktijk vastloopt. Belangrijk is dat deze oorzaken zelden op zichzelf staan: in de casussen versterken zij elkaar en stapelen zij zich op binnen één zorgtraject.

3.1 Beperkingen in financiering

In de casussen leidt de inrichting van de financiering ertoe dat zorg niet tijdig of niet in voldoende omvang beschikbaar is. Met name verschillen tussen financieringsstromen en beperkte vergoedingen zorgen ervoor dat zorg lastig op te schakelen is of onvoldoende kan worden voortgezet.

Dit resulteert bijvoorbeeld in situaties waarin cliënten niet de benodigde zorg ontvangen of waarin behandeling voortijdig wordt beperkt.

"Te weinig vergoeding: max 3 uur per jaar en geen vergoeding voor MDO en ander overleg."
(diëtist)

"Geen financiering voor overleg met andere samenwerkingspartners." (diëtist)

"Contracten met zorgverzekeraars zijn bepalend ook bij de SGGZ voor de vergoeding."
(psycholoog/diëtist)

"Ik heb geen contracten met alle gemeenten [...] sommige ouders moeten zelf betalen [...] of ik moet ze verwijzen naar organisaties met enorme wachtlijsten." (NIP-psycholoog)

"Doordat er vanuit de vergoeding (jeugdzorg) een regiebehandelaar geëist wordt en deze niet beschikbaar is, wordt passende zorg niet ingezet." (vaktherapeut/ psychomotorisch therapeut)

"Zowel zorgverzekering als gemeenten willen niet betalen [...] De cliënt is de dupe of de behandelaar moet het opvangen." (GZ-psycholoog)

"Ingrep zoals sondevoeding wordt vergoed, terwijl het inzetten op preventie tot deze ingrep (met de nodige gevolgen voor patiënt en personeel) niet door de kinderarts of KJP-er (en collega's) kan worden weggeboekt, daar zijn geen uren voor." (procesleider K-EET regio)

3.2 Fragmentatie in organisatie

In de casussen leidt de manier waarop zorg is georganiseerd tot versnippering en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Wanneer meerdere partijen betrokken zijn, is vaak onduidelijk wie regie voert, waardoor het organiseren van passende zorg veel tijd kost. Dit vertraagt besluitvorming en bemoeilijkt het opstarten van integrale behandeling.

“We zijn uren bezig met het uitleggen van de problematiek en het motiveren en vooral kalmeren van grote zorgpartijen die deze zorg niet willen oppakken.” (GZ-psycholoog)

“Veel verschillende hulpverleners betrokken, maar onvoldoende afstemming waardoor behandeling niet goed op elkaar aansluit.” (jeugdwerker / sociaal domein)

“Iedere partij kijkt naar zijn eigen stukje, waardoor niemand het geheel overziet.”
(systeemtherapeut)

3.3 Capaciteitstekorten en wachttijden

In de casussen leiden tekorten aan behandelplekken en personeel tot lange wachttijden en beperkte mogelijkheden om zorg op te schalen. Hierdoor blijven cliënten langere tijd zonder passende behandeling, wat leidt tot verergering van de problematiek.

“lange wachttijd > 20 weken” (jeugdarts)

3.4 Gebrek aan expertise

In de casussen wordt zichtbaar dat in met name het voorveld onvoldoende kennis en ervaring aanwezig is om eetstoornissen tijdig te signaleren of adequaat te behandelen. Dit leidt ertoe dat cliënten niet de juiste zorg krijgen of dat doorverwijzing te laat plaatsvindt.

“Gebrek aan kennis van ES bij de tak preventie. Groot gat tussen SGGZ en preventie.”
(jeugdverpleegkundige)

“Onvoldoende expertise in 1e en 2e lijn [...] waardoor passende zorg niet beschikbaar is.”
(kinder- en jeugdpsychiater)

3.5 Overgangen in het systeem

In de casussen leiden overgangen tussen zorgdomeinen, met name van jeugd- naar volwassenenzorg, tot onderbrekingen in behandeling. Verschillen in financiering en organisatie zorgen ervoor dat trajecten niet goed op elkaar aansluiten.

“18-/18+ vraagstukken lopen vast door het systeem van jeugdwet naar zorgverzekeringswet.”
(procesleider K-EET regio)

“Abrupt afronden van behandeling zodra jeugdige 18 wordt, onvoldoende voorbereiden op veranderingen in zorg en weinig inhoudelijke overdracht.” (GZ-psycholoog)

"Transitie van jongeren met eetstoornissen met forse comorbide problematiek naar volwassenenzorg, waarbij ze in zorgpaden werken, wat niet compatibel is met een jongvolwassene met bijvoorbeeld ASS en anorexia nervosa." (kinder- en jeugdpsychiater)

4. Impact op casusniveau op de kwaliteit en/of continuïteit van zorg

De knelpunten die zich in de casussen voordoen, hebben directe en zichtbare gevolgen voor cliënten en hun behandeltraject. In de praktijk leidt dit tot verslechtering van problematiek, vertraging en stagnatie van zorg, verkeerde zorg op de verkeerde plek, discontinuïteit van zorg, stapeling van problematiek en complexiteit, en effect op cliënten, naasten en zorgsysteem.

4.1 Verslechtering van problematiek

In veel casussen leidt het uitblijven van tijdige en passende zorg tot een duidelijke verslechtering van zowel de fysieke als de psychische toestand van cliënten. Hierbij is sprake van toename van klachten, escalatie van problematiek en een afname van de behandelbaarheid.

"Lang wachten op hulp geeft ernstigere pathologie en meer somatische opnames." (kinderarts)

"Veel ernstige problematiek bij intake wegens overal wachtlijsten, mensen gaan achteruit tijdens de wachttijd. Eenmaal in zorg daardoor ook meer crisisachtige situaties dan bijvoorbeeld een aantal jaar geleden." (klinisch psycholoog)

"De klachten -wanneer onbehandeld- zich in de loop der tijd gaan opstapelen."
(NIP-psycholoog Kinder en Jeugd)

"In de wachttijdperiode is er vaak toename van klachten en achteruitgang in het functioneren. Vaak is er verdere afname van het gewicht, waardoor daarna intensievere zorg nodig is. Het te lang verantwoordelijk zijn voor deze patiëntengroep vanuit de huisarts, zorgt ervoor dat de huisarts zorg levert waar deze niet bekwaam is en verdringing van de huisartsenzorg." (huisarts)

4.2 Vertraging en stagnatie van zorg

In veel casussen komt behandeling niet tijdig op gang of stagneert deze gedurende het traject. Dit leidt tot langere doorlooptijden en vermindert de effectiviteit van behandeling.

"Soms is de poliklinische zorg die we bieden onvoldoende en verloopt opschalen moeilijk. Moeilijk om met andere organisaties die intensiever behandelen in contact te komen of instroomeisen waaraan niet wordt voldaan. Passende zorg stagneert." (GZ-psycholoog)

"Onnodig lang traject bij mij, wat inhoudelijk niet altijd meer van toegevoegde waarde is."
(GZ-psycholoog)

“Cliënt krijgt niet de zorg die hij nodig heeft. Behandeling eetstoornis stagneert daar andere zorg bijkomend noodzakelijk is.” (psychotherapeut)

4.3 Verkeerde zorg op de verkeerde plek

Wanneer passende zorg ontbreekt, wordt zorg regelmatig geleverd door professionals of in settings die onvoldoende aansluiten bij de problematiek. Dit leidt tot suboptimale behandeling en verschuiving van verantwoordelijkheden binnen de keten.

“De patiënt is te zwaar voor de POH-GGZ, maar niet zwaar genoeg voor de specialistische GGZ, waardoor deze tussen wal en schip raakt.” (huisarts)

“Specialistische zorg komt op het bord van de huisarts terecht en ik heb te weinig ervaring.” (huisarts)

“Kinderartsen zijn meestal wel goed onderlegd, maar zodra de zorg naar volwassenenzorg moet loopt het vast. Internisten lijken zich er geen raad mee te weten.” (huisarts)

“Dan wordt de (somatische) kinderarts ‘aangekeken’ voor mentale zorg. Is niet de juiste zorg op juiste plek.” (kinderarts)

“Wanneer er geen passende zorg beschikbaar is, zien we dat cliënten tijdelijk worden gezien door huisarts, POH-GGZ of crisisteams; vindt zorg plaats zonder gespecialiseerde eetstoornisexpertise; is er beperkte samenhang tussen tijdelijke ondersteuning en uiteindelijke behandeling.” (sociaal werker / jeugdhulp)

4.4 Discontinuïteit van zorg

In veel casussen wordt de continuïteit van zorg doorbroken, met name bij overgangsmomenten zoals de stap naar 18+ of na intensieve behandeling. Hierdoor worden trajecten onderbroken of moet zorg opnieuw worden opgebouwd.

“Mensen na 18 jaar vallen tussen wal en schip, zorg wordt niet gecontinueerd of mensen blijven te veel hangen bij huisartsen omdat er geen plek is. Bovendien zijn de wachtlijsten voor ggz behandeling ook erg lang. Mensen zijn in de tussentijd op zichzelf teruggeworpen waardoor de eetstoornis vaak verslechtert.” (vaktherapeut)

“18-/18+ vraagstukken lopen vast door het systeem van jeugdwet naar zorgverzekeringswet.” (procesleider K-EET regio)

“Continuïteit van zorg loopt vast. Kwaliteit van zorg niet optimaal, doordat psyche en somatiek samenwerking lastig is door financieringsstromen binnen een GGZ-instelling. Zorg tijdens wachttijd kan verbeterd worden als deze financieringsstromen anders ingericht kunnen worden.” (huisarts)

"Zware impact: kinderen hobbelen van ene naar andere hulpverlener; geen continuïteit, elke hulpverlener weet het niet zo goed, en pas als echt slecht gaat krijg je juiste hulp." (huisarts)

"Het zou wenselijk zijn dat consultants binnen de gemeente beter worden geïnformeerd over de complexe doelgroep en de daarbij behorende hulpvragen. Wij kunnen ons voorstellen dat hierdoor een betere inschatting gemaakt kan worden van de daadwerkelijke hulpvraag en de daarbij passende inzet van uren. In de praktijk zien wij dat er binnen de Jeugdwet veel mogelijk is en dat jongeren de ondersteuning kunnen krijgen die zij nodig hebben. Zodra een cliënt echter de leeftijd van 18 jaar bereikt en de overgang maakt naar de Wmo, lijkt deze continuïteit van zorg onder druk te komen staan. Dit uit zich regelmatig in een forse vermindering van het aantal toegekende uren, soms oplopend tot 50 à 80 procent, waardoor passende begeleiding niet langer gewaarborgd kan worden." (zorgcoördinator Eetstoornissen ambulante thuisbegeleiding)

4.5 Stapeling van problematiek en complexiteit

De casussen laten zien dat knelpunten zich zelden afzonderlijk voordoen, maar elkaar versterken. Hierdoor ontstaat een stapeling van problematiek, waardoor behandeling complexer en langduriger wordt.

"De klachten -wanneer onbehandeld- zich in de loop der tijd gaan opstapelen."

(NIP-psycholoog Kinder en Jeugd)

"Bij ernstige problematiek zie je dat als er niet tijdig opgeschaald kan worden, de situatie steeds verder uit de hand loopt thuis, met alle gevolgen van dien." (GZ-psycholoog)

"Dat de kern van het probleem onvoldoende wordt aangepakt [...] hierdoor is de zorg versnipperd, en dit herstel lang, gaat te traag, en de zorg die geboden wordt is lang niet altijd passend." (ervaringsdeskundige / psycholoog)

4.6 Effect op cliënten, naasten en zorgsysteem

De impact beperkt zich niet tot de cliënt zelf. In de casussen wordt zichtbaar dat ook naasten en zorgprofessionals worden belast en dat het zorgsysteem als geheel onder druk komt te staan.

"Leidt tot frustraties en machteloosheid bij ouders. Kinderarts moet hard werken (overbruggen tot ggz start en houdt jongeren langer bij zich (tot ong 20 jaar))." (kinderarts)

"Het zorgt voor veel consumptie en stress voor patiënt en omgeving terwijl het eigenlijke probleem niet aangepakt wordt." (huisarts)

"Hierdoor moet er uiteindelijk intensievere en duurdere zorg worden ingezet." (diëtist)

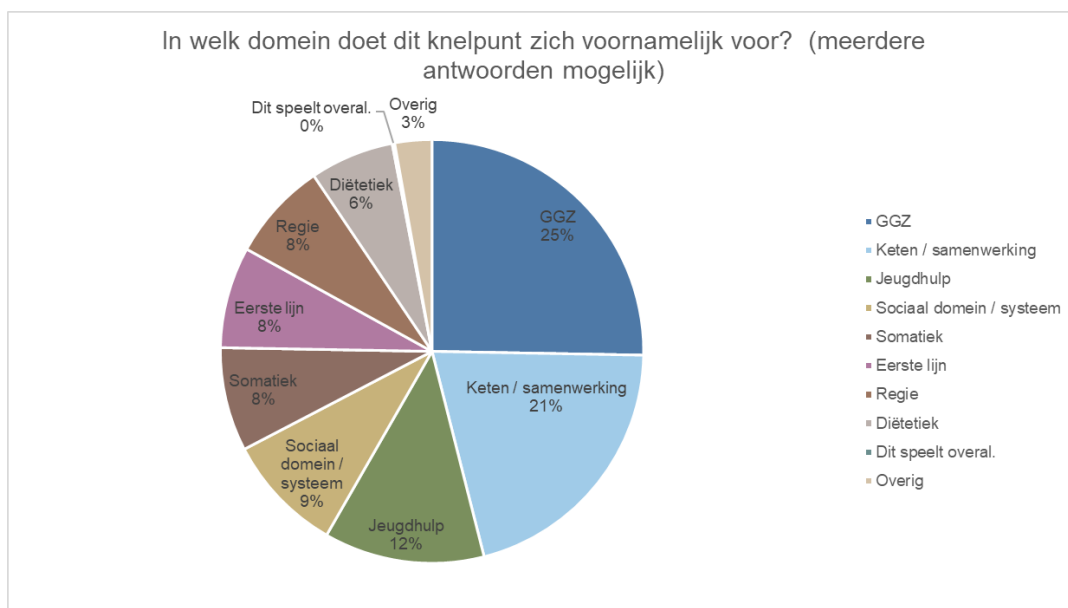
De casussen maken duidelijk dat knelpunten in de eetstoornissenzorg niet alleen leiden tot vertraging in het zorgproces, maar tot aantoonbare verslechtering van de gezondheid en langdurige verstoring van behandeltrajecten.

Deze effecten versterken elkaar: uitgestelde en niet-passende zorg leidt tot complexere problematiek, waardoor zwaardere en intensievere behandeling nodig is. Daarmee wordt de druk op zowel cliënten, hun omgeving als het zorgsysteem verder vergroot.

4.7 In welk domein doen knelpunten zich voor?

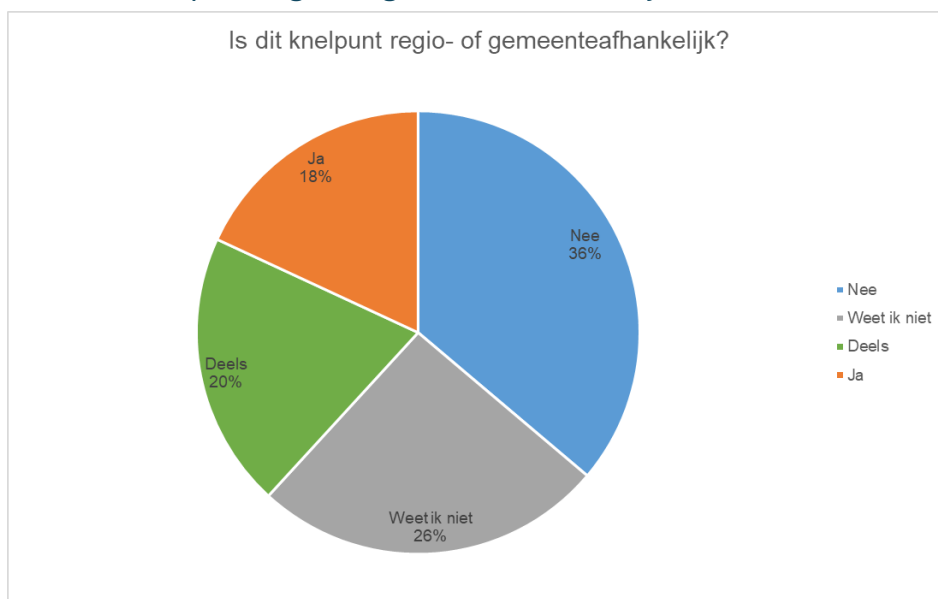
De verdeling van de knelpunten over domeinen (zie Figuur 3) laat zien dat deze zich niet beperken tot één specifieke sector. Hoewel de GGZ het vaakst wordt genoemd (25%), gevolgd door knelpunten in de samenwerking in de keten (21%) en de jeugdhulp (12%), zijn ook het sociaal domein (9%), somatische zorg (8%) en de eerste lijn (8%) duidelijk vertegenwoordigd. Daarnaast wordt in een deel van de casussen expliciet benoemd dat knelpunten domeinoverstijgend zijn.

Dit bevestigt dat knelpunten zich vooral voordoen op de raakvlakken tussen domeinen, en niet binnen afzonderlijke onderdelen van het zorgsysteem. Daarmee onderstrepen de bevindingen dat knelpunten in de eetstoornissenzorg primair een ketenvraagstuk vormen, waarbij afstemming, samenwerking en continuïteit van zorg over domeinen heen cruciaal zijn.



Figuur 3. Domeinen waarin knelpunten zich voordoen

4.8 Is dit knelpunt regio- of gemeenteafhankelijk?



Figuur 4. Mate van regio- of gemeenteafhankelijkheid

De resultaten laten zien dat knelpunten in de eetstoornissen zorg slechts beperkt als eenduidig regio- of gemeenteafhankelijk worden beschouwd. Hoewel 18% van de respondenten aangeeft dat knelpunten duidelijk regio- of gemeenteafhankelijk zijn, geeft een groter deel aan dat dit niet het geval is (36%) of slechts gedeeltelijk (20%). Daarnaast geeft 26% van de respondenten aan dit niet goed te kunnen beoordelen.

Deze spreiding suggereert dat regionale factoren, zoals verschillen in beschikbaar aanbod, contractering of samenwerking, wel een rol spelen, maar niet doorslaggevend zijn. In plaats daarvan wijzen de resultaten erop dat veel knelpunten voortkomen uit structurele kenmerken van het zorgsysteem, zoals financieringsschotten, wachttijden en gebrekkige afstemming tussen domeinen.

Het relatief hoge percentage 'weet ik niet' onderstreept bovendien dat voor professionals niet altijd transparant is in hoeverre knelpunten worden veroorzaakt door lokale omstandigheden of door bredere systeemfactoren. Dit maakt het noodzakelijk om knelpunten niet alleen regionaal, maar juist ook landelijk te adresseren.

4.9 Overige knelpunten die we hebben opgehaald

Naast de knelpunten die uit de casuïstiek naar voren komen, zijn in gesprekken met het veld, de K-EET stuurgroep, procesleiders en vanuit eigen ervaringen aanvullende knelpunten geïdentificeerd. Deze knelpunten zijn niet altijd direct herleidbaar tot de resultaten van de uitvraag, maar worden in de praktijk als relevant en aanvullend ervaren op de gesignaleerde problematiek.

Deze aanvullende signalen bieden verdere duiding van knelpunten in de keten en vormen een belangrijke aanvulling op de uitkomsten van dit rapport.

Vergroten van passende vervolgzorg en behandelcapaciteit

Het werkveld signaleert een tekort aan passende vervolgbehandelplekken en verblijfsvoorzieningen voor patiënten met complexe eetstoornissen. Met name aan het eind van de zorgketen ontstaat een knelpunt: bij complexe eetstoornisproblematiek met systeemproblematiek/gezinsproblematiek waar intensieve klinische behandeling onvoldoende effect heeft of opname op MPU of PAAZ niet langer passend is, ontbreekt vaak een passend vervolg in de vorm van verblijfszorg of andere tussenvoorzieningen. Hierdoor ontstaat een zorglacune voor cliënten met zeer complexe problematiek. Dit knelpunt sluit aan bij de bredere signalen uit de casuïstiek over gebrek aan passend aanbod en wachttijden.

In de praktijk leidt dit tot lange wachttijden, verlenging van niet-passende zorg en extra druk op schaarse voorzieningen. In individuele gevallen wordt uitgeweken naar zeer kostbare (vaak commerciële) maatwerkvoorzieningen met hoge kosten per cliënt.

Wij adviseren te onderzoeken of beschikbare financiële middelen doelmatiger kunnen worden ingezet door te investeren in uitbreiding van bestaande specialistische behandel- en vervolgvoorzieningen, inclusief passend aanbod voor deze eindfase van de zorgketen. Investeren in structurele capaciteit binnen het huidige zorglandschap kunnen naar verwachting meer patiënten tijdig passende zorg bieden dan incidentele, zeer kostbare individuele trajecten. Tegelijkertijd is het van belang om gezamenlijk te verkennen welk passend, doelmatig en kwalitatief verantwoord aanbod nodig is voor cliënten met complexe problematiek, en hoe hiervoor meer structurele oplossingen ontwikkeld kunnen worden.

Zelfregie-initiatieven en inzet van ervaringsdeskundigheid

Zelfregie-initiatieven, zoals inloophuizen en herstelgerichte voorzieningen, bieden laagdrempelige ondersteuning aan mensen met een eetstoornis en hun naasten. Deze initiatieven dragen bij aan herstel, versterken zelfregie en kunnen escalatie van problematiek helpen voorkomen, met name in periodes waarin (nog) geen passende specialistische zorg beschikbaar is of na afronding van intensieve behandeling.

In de praktijk ontbreekt echter vaak structurele financiering, waardoor de continuïteit van deze initiatieven onder druk staat. Dit belemmert de duurzame inzet van laagdrempelige ondersteuning en beperkt de mogelijkheden om deze voorzieningen volwaardig onderdeel te laten zijn van de zorg- en ondersteuningsketen.

Daarnaast spelen ervaringsdeskundigen binnen deze initiatieven een belangrijke rol. Zij brengen een uniek perspectief in dat aansluit bij de leefwereld van cliënten en naasten, en leveren daarmee een waardevolle bijdrage aan herstelondersteuning en passende zorg. Tegelijkertijd is de inzet van ervaringsdeskundigheid nog onvoldoende structureel ingebed en gefinancierd binnen het huidige zorgsysteem.

Wij adviseren daarom om zelfregie-initiatieven en de inzet van ervaringsdeskundigen nadrukkelijker te positioneren binnen de keten van eetstoornissen zorg, en te onderzoeken hoe hiervoor een meer structurele en passende financiering kan worden ingericht. Hiermee kan de toegankelijkheid van ondersteuning worden vergroot, kan herstel beter worden ondersteund en kan de druk op specialistische zorg mogelijk worden verminderd.

Uitvoeren leidraad en zorgstandaard

Binnen het veld is de afgelopen jaren gewerkt aan de ontwikkeling van inhoudelijke richtlijnen voor de behandeling van eetstoornissen. Zo is binnen K-EET het netwerk rondom onvrijwillige voeding opgezet en een bijbehorende leidraad ontwikkeld. Deze leidraad is inmiddels opgenomen in de vernieuwde zorgstandaard eetstoornissen.

Tegelijkertijd signaleren betrokkenen dat er nog een belangrijke slag te maken is in de implementatie van deze zorgstandaard en de toepassing van de bijbehorende leidraden in de praktijk. Het risico bestaat dat beschikbare kennis en richtlijnen onvoldoende worden benut, waardoor variatie in handelen blijft bestaan.

Dit vraagt om gerichte aandacht voor implementatie en borging in de praktijk. Hierbij kan ook een rol liggen voor toezichthouders, zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), door in toezicht en toetsing expliciet aandacht te besteden aan het werken conform de zorgstandaard en de daarin opgenomen leidraden.

5. Doorbreken van de knelpunten

5.1 Wat is nodig op casusniveau?

Snellere en directe toegang tot passende zorg

In casussen ontstaat schade doordat passende zorg te laat wordt ingezet. Respondenten geven aan dat eerdere en directere zorg noodzakelijk is.

“Sneller kunnen opschalen naar passende zorg voorkomt dat problematiek escaleert.”

(GZ-psycholoog)

Duidelijke regie en coördinatie

Een belangrijk knelpunt is het ontbreken van één duidelijke regiehouder.

“Onzekerheid wie regie heeft [...] dat maakt dat niemand het overzicht heeft.” (orthopedagoog / behandelaar)

Betere samenwerking tussen partijen

Veel casussen laten zien dat zorg niet ontbreekt, maar onvoldoende samenhang vertoont.

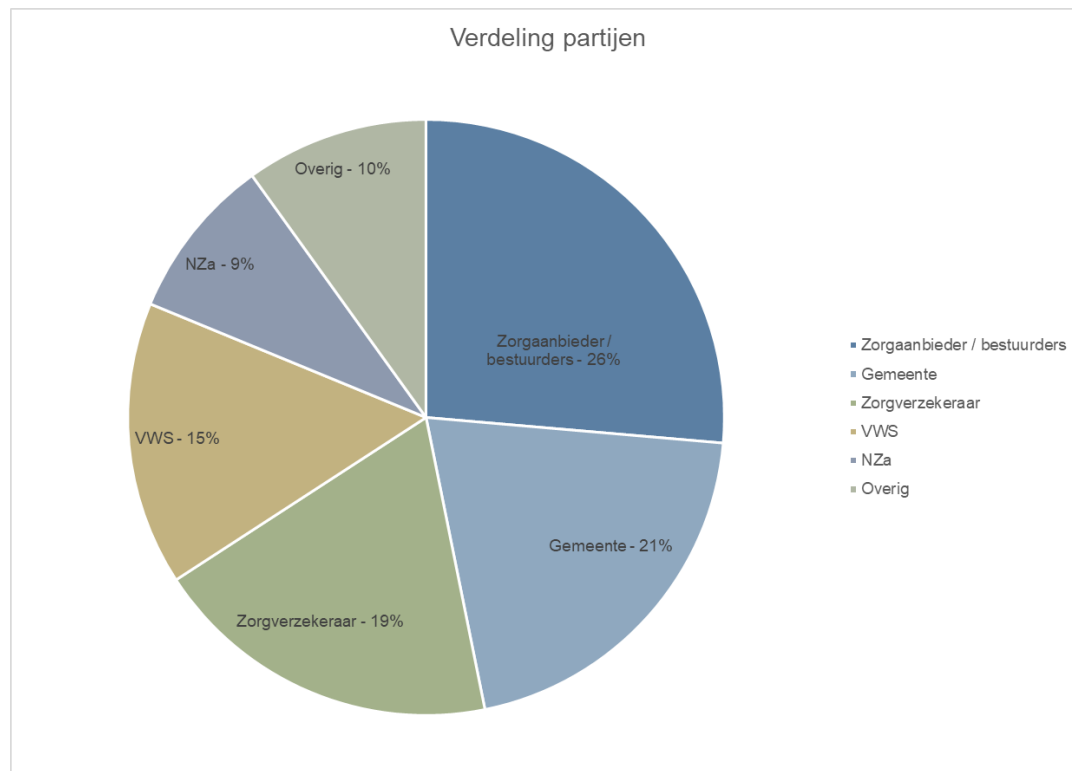
“Iedere partij kijkt naar zijn eigen stukje, waardoor niemand het geheel overziet.”

(systeemtherapeut)

Passend en beschikbaar zorgaanbod

Een terugkerend knelpunt is het ontbreken van passend aanbod, met name voor complexe casuïstiek en overgangsmomenten.

5.2 Wie moet hierin acteren?



Figuur 5. Wat is volgens u nodig om dit knelpunt te doorbreken, en wie zou hierin moeten acteren? (meerdere antwoorden mogelijk)

De resultaten laten zien dat knelpunten in de eetstoornissen zorg worden ervaren als een gedeelde verantwoordelijkheid. Zowel zorgaanbieders/bestuurders (26%) als gemeenten (21%) en zorgverzekeraars (19%) worden frequent genoemd, terwijl ook landelijke stelselpartijen zoals VWS (15%) en de NZa (9%) een duidelijke rol krijgen toegeschreven.

Dit bevestigt dat het oplossen van knelpunten niet binnen één domein of bestuurslaag kan plaatsvinden, maar vraagt om gelijktijdig handelen op uitvoerend, regionaal en landelijk niveau. Zonder afstemming tussen deze partijen blijft het risico bestaan dat knelpunten zich in stand houden.

5.3 Wat wordt concreet verwacht van partijen?

Zorgaanbieders en bestuurders

Van zorgaanbieders wordt verwacht dat zij actief verantwoordelijkheid nemen in samenwerking en uitvoering van zorg.

Belangrijke verwachtingen zijn:

- meer samenwerking over organisaties heen
- minder exclusiecriteria en weigeringen

- betere overdracht en continuïteit
- meer regie in complexe casussen

“Meer samenwerking in de regio, warme overdracht bij overdragen casus, eerder betrekken van 18+ zorgaanbieder.” (GZ-psycholoog)

“Samen dragen van verantwoordelijkheid vermindert pas echte risico's. Het niet aangaan van zorg vanuit angst voor risico's is verwijtbaarder dan het misgaan terwijl je je uiterste best hebt gedaan dit te voorkomen.” (GZ-psycholoog)

Ook wordt gevraagd om een actievere houding wanneer zorg niet passend is:

“Eerder aangeven dat de juiste zorg niet geboden kan worden en sneller doorverwijzen naar een andere zorgaanbieder.” (POHsomatiek)

Gemeenten

Van gemeenten wordt met name verwacht dat zij een actievere rol nemen in het organiseren en faciliteren van passende zorg, met oog voor de complexiteit van de doelgroep.

Respondenten benadrukken dat gemeenten:

- sneller en laagdrempeliger zorg moeten toekennen
- meer inhoudelijke kennis moeten hebben van eetstoornissen
- zorgaanbod breder moeten contracteren (niet beperken tot regio)
- continuïteit moeten borgen, met name bij overgang naar Wmo

“Het zou wenselijk zijn dat consultants binnen de gemeente beter worden geïnformeerd over de complexe doelgroep en daarbij behorende hulpvragen, zodat een betere inschatting gemaakt kan worden van de daadwerkelijke hulpvraag en de daarbij passende inzet van uren.” (zorgcoördinator Eetstoornissen ambulante thuisbegeleiding)

“Beschikbaarheid van zorgaanbieders breder maken dan per regio (dus contractueel gezien breder dan regio denken) en zorgaanbieders inhoudelijk motiveren om aanbod uit te breiden naar eetstoornissen, daarbij buiten kaders denken.” (beleidsmedewerker, orthopedagoog/orthopedagooggeneralist)

Daarnaast wordt gewezen op de impact van gemeentelijke keuzes:

“Gemeente koopt zorg in maar heeft weinig kennis van zaken, vervolgens zitten de hulpverleners vast aan die zorgverleners. En soms is er plots geen geld meer en kunnen ze niemand aannemen.” (huisarts)

Zorgverzekeraars

Van zorgverzekeraars wordt vooral verwacht dat zij randvoorwaarden creëren voor toegankelijke en passende financiering.

Respondenten geven aan dat:

- vergoedingen onvoldoende aansluiten op de complexiteit van eetstoornissen
- multidisciplinaire zorg en afstemming onvoldoende wordt gefinancierd
- budgetplafonds en contractering belemmerend werken

“Ruimere vergoeding van eetstoornissen zorg, oog voor het specifieke aanbod van een zorgaanbieder, bij een betere vergoeding zal er ook meer aanbod van zorg kunnen komen. Het hokjes/straatjes-denken is ook beperkend. Bij multiproblematiek kan iemand met een eetstoornis afgewezen worden in de SGGZ vanwege de eetstoornis, of bij een eetstoornis-behandelcentrum vanwege de comorbiditeit (persoonlijkheidsproblematiek, depressie). Er is gebrek aan zorg op maat ook door de vaste behandelstraatjes met een kop en een staart die de zorgverzekeraar vergoed. Dit biedt geen ruimte voor zorg op maat.” (diëtist, masterpsycholoog/psycholoog, POHGGZ)

“Zorgverzekeraars moeten niet met een omzetplafond werken [...] dit belemmert passende zorg.” (diëtist, vaktherapeut)

“Weinig financiering voor goede multidisciplinaire zorg in de eerste lijn, overlegtijd wordt slecht gefinancierd en is broodnodig wil je op 1 lijn zitten en 1 taal spreken naar patiënt.” (huisarts)

De kern van de verwachting is dat financiering beter aansluit bij wat in casussen nodig is, in plaats van andersom.

VWS

Van VWS wordt verwacht dat het ministerie verantwoordelijkheid neemt voor structurele knelpunten in het systeem.

Dit betreft met name:

- het doorbreken van financieringsschotten
- het verbeteren van landelijke beschikbaarheid van zorg
- het faciliteren van domeinoverstijgende samenwerking
- het zorgen voor passende regelgeving

“VWS dient de betrokken partijen (gemeenten en zorgverzekeraars) te bespoedigen om haast te maken met het inrichten van een beter systeem om de diëtistische zorg kwalitatief beter te kunnen vormgeven in de 1e lijn. Hieronder wordt verstaan; vergoeding van realistischer aantal diëtetiek uren dat noodzakelijk is voor behandeling van mensen met een eetstoornis, waarbij bij vergoede uren ook rekening wordt gehouden met multidisciplinaire samenwerking die zo belangrijk is: somatiek, psyche en voeding dienen goed op elkaar afgestemd te kunnen worden in de 1e lijn. Dit schiet erbij in wanneer dit eveneens binnen de 180 behandelminuten vergoeding past.” (diëtist)

“VWS is verantwoordelijk voor landelijk beleid en zorgen dat er genoeg geld beschikbaar is.” (ervaringsdeskundige/ familieervaringsdeskundige, masterpsycholoog/psycholoog)

“Wanneer er onderaanneming kan plaatsvinden van regiebehandelaren met vrijgevestigde disciplines zoals vaktherapie en diëtik gespecialiseerd in eetstoornissen kan er een netwerk van zorg voor 18+ ontstaan. Dit zou vanuit VWS meer gepromoot kunnen worden. Knelpunt van samenwerking is nu de financiering.” (vaktherapeut)

Daarnaast klinkt ook kritiek op de huidige inrichting:

"Niet meer per gemeente maar landelijk regelen. Het moet niet uitmaken in welke gemeente je woont." (masterpsycholoog/psycholoog, vaktherapeut)

"Stop met alle systemen en beheersing en controle. Faciliteer de inhoudelijke collega's." (beleidsmedewerker, klinisch psycholoog, onderzoeker, psychotherapeut)

NZa

Van de NZa wordt verwacht dat zij een rol speelt in het bewaken van toegankelijkheid en juiste bekostiging van zorg.

Respondenten noemen:

- toezicht op voldoende zorginkoop
- signaleren en aanpakken van knelpunten in financiering
- stimuleren van passende contractering
- aanspreken van partijen op hun verantwoordelijkheid

"NZa moet controleren op goede zorg." (ervaringsdeskundige/ familieervaringsdeskundige, masterpsycholoog/ psycholoog)

"Zorgverzekeraars/NZa: verantwoordelijkheid nemen voor voldoende inkoop en financiering." (huisarts)

Andere concreet genoemde verwachtingen van partijen

Naast de genoemde verwachtingen per partij noemen respondenten ook concrete oplossingsrichtingen die ketenoverstijgend zijn en niet aan één actor zijn toe te schrijven.

Deze voorstellen richten zich op het verbeteren van de inrichting van de samenhang en inrichting van de zorg.

Zo wordt gewezen op de noodzaak van geïntegreerde zorgvoorzieningen:

"Het creëren van combi klinische ggz/ ziekenhuis bedden, waar topklinische ggz zorg maar ook high care somatische zorg geboden kan worden." (kinderarts)

Daarnaast wordt benadrukt dat het huidige systeem onvoldoende ruimte biedt voor complexe zorg:

"Meer ruimte voor indirecte tijd of soepeler toegang tot hoogspecialistische zorg is nodig." (klinisch psycholoog, directeur)

Ook worden concrete voorstellen gedaan voor het verbeteren van de samenwerking en organisatie van zorg:

"Organiseren van een orgaan dat daadwerkelijk zorg coördineert tussen organisaties en partijen aanspreekt op het niet aangaan van zorg." (GZ-psycholoog)

"Een terugkerend regionaal casusoverleg." (GZ-psycholoog)

Verder wordt gepleit voor meer flexibiliteit in het organiseren van zorg, met name bij overgangsmomenten en complexe casuïstiek:

“Wanneer er onderaanneming kan plaatsvinden [...] kan er een netwerk van zorg voor 18+ ontstaan.” (vaktherapeut)

“Overgang van 18- naar 18+ zou geen rol moeten spelen in een lopend behandeltraject.” (kinder- en jeugdpsychiater)

Tot slot wordt gewezen op het belang van betere randvoorwaarden voor samenwerking:

“Geen financiering voor overleg met andere samenwerkingspartners.” (diëtist)

“Samenwerking kost tijd (en geld) en wordt nu onvoldoende gefaciliteerd.” (kinderarts)