

RAPPORTAGE UITVOERBAARHEIDSTOETS ZORGSTANDAARD

Eetstoornissen

14 mei 2018

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
Helling 12
3523 CC UTRECHT
030 737 04 70
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGz

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Inleiding	2
1.1	Wat zijn de kwaliteitsstandaarden?	2
1.2	Kwaliteitsstandaarden als instrument voor kwaliteitsverbetering in de ggz	2
1.3	Patiëntenperspectief als het centrale uitgangspunt in de zorg	2
2	Uitvoerbaarheid van de standaard	4
2.1	Algemeen: wat is nodig voor implementatie van de kwaliteitsstandaarden?	4
2.2	Uitvoerbaarheidstoets van de zorgstandaard	4
2.3	Uitvoeringsvraagstukken bij de zorgstandaard Eetstoornissen	4
2.4	Kwantificering benodigde capaciteit	7



1 Inleiding

1.1 Wat zijn de kwaliteitsstandaarden?

Zowel zorgstandaarden, generieke modules als richtlijnen vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'. Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Een kwaliteitsstandaard is daarmee een praktijkgericht document dat de basis vormt voor matched care en gepersonaliseerde zorg.

In de dagelijkse praktijk bieden zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen zowel zorgprofessionals als patiënten en naasten houvast. Zorgprofessionals kunnen op basis van de standaard de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen (verder) vergroten. Voor patiënten en hun naasten is een standaard (via de patiëntenversie) behulpzaam bij het maken van de voor hen juiste keuzes. Bestuurders van ggz-instellingen, ziekenhuizen, andere zorginstellingen en hun brancheorganisaties gebruiken kwaliteitsstandaarden onder andere bij de vormgeving van hun organisatie, het bevorderen van gepast gebruik en kwaliteitsbewaking. Ook voor andere betrokken partijen bieden de kwaliteitsstandaarden handvatten: zorgverzekeraars hebben een wettelijke taak bij het ontwikkelen, onderhouden en bevorderen van de toepassing van een kwaliteitsstandaard. Zij kunnen de standaarden gebruiken om afspraken te maken bij inkoop van zorg en verantwoording over de kwaliteit van zorg. Gemeenten en hun zorgkantoren hebben een soortgelijke rol bij de inkoop van voorzieningen die bijvoorbeeld onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet vallen. Voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zijn de kwaliteitsstandaarden een toonaangevende bron van informatie over de professionele standaard waarop zij haar handhaving baseert. Tenslotte kan de overheid kwaliteitsstandaarden gebruiken bij besluitvorming over de samenstelling van het basispakket om te bepalen welke zorg wordt vergoed binnen de kaders van een voor iedereen bereikbaar zorgstelsel.

1.2 Kwaliteitsstandaarden als instrument voor kwaliteitsverbetering in de ggz

Patiënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken samen in hun streven naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. In de afgelopen jaren heeft dit geresulteerd in de ontwikkeling van verschillende zorgstandaarden, generieke modules, richtlijnen, zorgprogramma's en meetinstrumenten. Dit alles komt samen in de kwaliteitsstandaarden voor de ggz die in de afgelopen periode zijn ontwikkeld.

Grotendeels beschrijven deze kwaliteitsstandaarden de bestaande praktijk, aangezien ze hier mede op gebaseerd zijn. Deels bevatten ze nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. Voorbeelden zijn de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), de nadruk op herstel en eigen regie van de patiënt, het meer betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling (met gebruik van uitkomstindicatoren en meetinstrumenten).

Om daadwerkelijk kwaliteitsverbeteringen in de ggz te realiseren, is het van belang dat een breed scala van ggz-professionals de kwaliteitsstandaarden in de dagelijkse praktijk gebruikt: psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners ggz (POH-GGZ) en andere zorgverleners die een directe rol spelen in de behandeling van psychische aandoeningen. Daarbij helpt het als patiënten en hun naasten ook zelf goed geïnformeerd zijn over wat goede geestelijke gezondheidszorg inhoudt en als zij weten welke behandel- en zorgopties er zijn. Daarmee zijn zij beter in staat om de behandel- en zorgopties te bespreken met hun zorgverlener.

1.3 Patiëntenperspectief als het centrale uitgangspunt in de zorg

De kwaliteitsstandaarden beschrijven, nog meer dan de huidige praktijk een benadering waarin de patiënt echt centraal staat. Daarin is een belangrijke rol weggelegd voor de naaste en wordt er veel beter gekeken naar wat een patiënt nog wél kan. Dat gebeurt onder andere via gezamenlijke besluitvorming en herstelgericht werken.

Deze visie op zorg raakt steeds verder ingeburgerd in de ggz, zoals blijkt uit ontwikkelingen bij sommige aanbieders. Hierbij is het vooral belangrijk dat er met de introductie van de standaarden bij alle aanbieders (verder) aan deze visie wordt gewerkt op basis van een verbetercyclus. Een succesvolle, brede implementatie van deze visie vraagt om het adequaat omgaan en overwinnen van weerstanden. Voor zorgprofessionals betekent dit ook dat de zorginstelling waar zij werken, hen ondersteunt en stuurt bij de implementatie van de benadering waarin de patiënt centraal staat. Dit vergt leiderschap en sturing vanuit de zorginstelling.

Het vergt de nodige tijd om bij alle aanbieders in Nederland deze centrale, patiëntgerichte visie uit de kwaliteitsstandaarden te realiseren. Deze verkenning draagt bij aan implementatie van de standaard door te identificeren over welke onderdelen uit de zorgstandaard (nog) uitvoeringsvraagstukken bestaan.

2 Uitvoerbaarheid van de standaard

2.1 Algemeen: wat is nodig voor implementatie van de kwaliteitsstandaarden?

De implementatie van kwaliteitsstandaarden is en blijft in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en zorgaanbieders. Een effectieve verspreiding van kwaliteitsstandaarden onder relevante doelgroepen is daarbij een belangrijke voorwaarde. Implementatie vergt de nodige tijd, aangezien het voor een deel gaat om een verandering van de praktijkroutines van zorgprofessionals. Zorgaanbieders moeten hiervoor tijd en middelen (kunnen) vrijmaken. Denk bijvoorbeeld aan het bieden van scholing en begeleiding en het stimuleren en motiveren van zorgprofessionals om volgens een andere werkwijze te werken. De kwaliteitscyclus (PDCA) kan zorgprofessionals zelf, maar ook bestuurders en het management van zorginstellingen in belangrijke mate van dienst zijn om goede zorg tegen aanvaardbare kosten te (blijven) leveren.

2.2 Uitvoerbaarheidstoets van de zorgstandaard

Zorgstandaarden en generieke modules beschrijven voor een groot deel de bestaande praktijk. Waar dit nog niet het geval is, beschrijven we hieronder welke uitvoeringsvraagstukken er spelen om de standaard (optimaal) in de praktijk te kunnen implementeren. Dat kunnen zowel individuele, professionele, organisatorische als financiële randvoorwaarden zijn. Alle betrokken organisaties hebben aangegeven zich te willen inspannen om de randvoorwaarden te scheppen en te behouden voor een goede uitvoering van de standaarden. Om deze vraagstukken te kunnen identificeren is na oplevering van de standaard een uitvoerbaarheidstoets uitgevoerd aan de hand van deze zes thema's:

1. Zorginhoud
2. Organisatie
3. Financiën
4. Opleiding
5. Informatietechnologie
6. Capaciteit

De toets is uitgevoerd door middel van:

- een telefonisch interview met de voorzitter van de werkgroep die de zorgstandaard ontwikkelde;
- een digitale vragenlijst aan partijen die betrokken waren bij de ontwikkeling van de zorgstandaard;
- en werksessie met partijen die betrokken waren bij de ontwikkeling van de zorgstandaard.

De toets bestond uit zowel een kwalitatief als kwantitatief gedeelte. In de kwantitatieve toets hebben de deelnemers van de werksessie door middel van aannames en inschattingen een globale kwantificering gemaakt van de benodigde capaciteit. Dit is vergeleken met het huidige zorggebruik op basis van beschikbare data.

In de werksessie zijn ook mogelijke oplossingsrichtingen onderzocht voor de geïdentificeerde uitvoeringsvraagstukken. Gezien de gekozen werkwijze is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten.

2.3 Uitvoeringsvraagstukken bij de zorgstandaard Eetstoornissen

In de toets is bekeken wat belangrijke specifieke randvoorwaarden zijn om de zorgstandaard eetstoornissen volledig uitvoerbaar te maken, welke knelpunten en mogelijke oplossingen er zijn. Daarbij zijn deze punten geïdentificeerd:

1. Stimuleren van het betrekken van naasten bij de behandeling.
2. Prikkel vanuit de bekostigingssystemen om samenwerking in de keten te stimuleren.
3. Zorg inrichten volgens ernstclassificaties.
4. Voldoende kennis en expertise onder professionals op het gebied van eetstoornissen.
5. Verhoogde inzet van diëtisten.

6. Voldoende aanbod van lichtere behandelvormen voor eetstoornissen.
7. Voldoende capaciteit van professionals.

Deze punten worden hieronder nader uitgewerkt.

1. Stimuleren van het betrekken van naasten bij de behandeling.

De zorgstandaard legt de nadruk op het betrekken van naasten (hoofdstuk 4). Het betrekken van naasten is belangrijk bij patiënten met eetstoornissen, omdat het vaak om minderjarigen gaat.

Uitvoeringsvraag:

- In de huidige praktijk worden naasten nog te weinig betrokken. Een voorbeeld hiervan is dat professionals nog niet voldoende vertrouwd zijn met het voeren van gesprekken met meerdere personen tegelijk. Betrekken van naasten wordt essentieel bevonden voor goed herstel.

Mogelijke oplossing:

- Dit vergt een cultuur- en gedragsverandering.

2. Prikkel vanuit de bekostigingssystemen om samenwerking in de keten te stimuleren.

De zorgstandaard beschrijft samenwerking in de keten middels een integraal behandeltraject, onder andere tussen professionals uit de somatische zorg en professionals uit de ggz (hoofdstuk 3 en 8). Om dit te kunnen realiseren is samenwerking tussen de verschillende betrokken partijen, zoals professionals uit de ggz, artsen en diëtisten belangrijk.

Uitvoeringsvraag:

- De samenwerking in de huidige praktijk kan verder verbeteren. Een voorbeeld hiervan is dat er op sommige plekken geen of te weinig somatische artsen onderdeel uitmaken van de behandelteams voor patiënten met eetstoornissen. Door schotten in de bekostiging – tussen de specialistische geestelijke gezondheidszorg, medische specialistische zorg en paramedische zorg – wordt deze samenwerking belemmerd.

Mogelijke oplossing:

- Betrokken partijen (denk aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten) kunnen in onderling overleg naar oplossingen zoeken om de benodigde integrale zorg, zoals beschreven in de standaard, te financieren.
- verschillende activiteiten onderbrengen in één product. Bijvoorbeeld door het mogelijk te maken om alle zorg voor eetstoornissen op de DBC te schrijven of het organiseren van integrale bekostiging.

3. Zorg inrichten volgens ernstclassificaties.

De zorgstandaard beschrijft verschillende ernstclassificaties van alle type eetstoornissen en het zorginhoudelijk belang van gebruik van dit onderscheid (bijlage 8). Dit is belangrijk omdat de zorg volgens de zorgstandaard anders ingericht moet worden voor de verschillende ernstclassificaties. Voor goed gebruik van deze classificaties is registratie hiervan benodigd.

Uitvoeringsvraag:

- In de huidige praktijk kunnen de ernstclassificaties bij de diagnoses AN, BN en BED niet worden opgenomen in het EPD. Hierdoor kunnen professionals achteraf niet meer nagaan welke type behandeling een patiënt heeft gehad. Hoe ervoor zorgen dat de ernstclassificatie wordt geregistreerd?
- In de huidige praktijk wordt zorg rondom de lichte ernstclassificatie van BED niet vergoed.

Mogelijke oplossingen:

- Aanpassing van het EPD: ernstclassificaties bij de diagnoses anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN) en binge eating disorder (BED) moeten worden opgenomen.

4. Voldoende kennis en expertise onder professionals op het gebied van eetstoornissen.

Uitvoeringsvragen:

- Hoe kan de kennis en expertise op het gebied van vroege onderkenning, signalering en behandeling van eetstoornissen (hoofdstuk 4 en 5) worden vergroot?
- Hoe kan de kennis en expertise op het gebied van Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) (hoofdstuk 4, 5 en bijlage 8) worden vergroot?
- Hoe kan de kennis en expertise op het gebied van verminderde wilsbekwaamheid worden vergroot? De doelgroep met eetstoornissen bestaat grotendeels uit hoger opgeleide over het algemeen wilsbekwame patiënten. Echter, rondom de behandeling van hun eetstoornis zijn deze patiënten vaak verminderd wilsbekwaam (hoofdstuk 7 en bijlage 8), waardoor zij hun behandeling niet of onvoldoende goed volgen. Hierdoor is het voor professionals lastig om de balans te vinden tussen autonomie van de patiënt en ervoor te zorgen dat de patiënt de benodigde behandeling krijgt. Hiervoor is ook kennis nodig van de juridische kaders voor dwang en drang.

Mogelijke oplossingen:

- Deze onderwerpen in de opleidingen opnemen en/of extra aandacht geven. Dit proces loopt al in enkele regio's. Daarnaast kan in de tussentijd kennisvergroting plaatsvinden middels bijscholing.
- Alle zorginhoudelijke beschikbare informatie toegankelijk maken en houden voor professionals. Dit betekent onder andere dat de zorgstandaard makkelijk vindbaar is, maar ook dat er onderling zorginhoudelijke informatie tussen professionals en zorgaanbieders wordt uitgewisseld. Ook kan informatie-uitwisseling verbeterd worden door het aanwijzen van 'regionale kennispijoniers'. Deze regionale kennispijoniers zijn verantwoordelijk voor regionale kennisdeling op het gebied van zorg voor patiënten met een eetstoornis.
- Een andere oplossingsrichting is het organiseren van een expertiselijns waar professionals 24/7 terecht kunnen met vragen over eetstoornissen. Deze lijn kan onder andere gebruikt worden door professionals voor een consult, om zodoende de ontbrekende kennis en expertise aan te vullen. Hier moet wel aandacht zijn voor de implementatie van een dergelijke expertiselijns: hoe wordt gezorgd dat professionals deze lijn gaan gebruiken?

5. Verhoogde inzet van diëtisten.

De verwachting is dat door meer diëtetik aan te bieden in de eerstelijnszorg, intensiever en duurdere zorg voor patiënten met eetstoornissen kan worden voorkomen of verminderd.

Uitvoeringsvragen:

- Hoe kan ervoor worden gezorgd dat diëtisten vaker worden ingezet bij de behandeling? Met name bij patiënten met lichtere problematiek die eerstelijnszorg ontvangen.

Mogelijke oplossingen:

- Bekostiging van meer uren diëtetik. Betrokken partijen kunnen het gesprek aangaan met financiers om het belang en de effectiviteit van de inzet van diëtisten gedurende de behandeling van eetstoornissen duidelijk te maken.

6. Voldoende aanbod voor patiënten met lichtere ernstclassificaties.

Uitvoeringsvraag:

- Hoe kan voldoende aanbod worden gerealiseerd is voor patiënten met lichtere ernstclassificaties?

Mogelijke oplossingen:

- Onderzoeken op welke wijze het beschikbare aanbod meer in lijn kan worden gebracht met de zorgbehoefte. Hierbij is aandacht nodig voor borging van de kwaliteit op basis van de standaard, beschikbare capaciteiten en kosten van de zorg. Dit kan doordat professionals, aanbieders en zorgverzekeraar hierover in gesprek gaan. In dit kader kan gedacht worden aan het versoepelen van de voorwaarden voor contractering van vrijgevestigden.

7. Voldoende capaciteit van professionals

Door vroegtijdige herkenning en (vroeg)signalering van eetstoornissen (hoofdstuk 4) kan het aantal patiënten met een eetstoornis in zorg toenemen. In de huidige is er te weinig capaciteit in de specialistische centra (kan regionaal verschillen). Dit laatste komt onder andere door de beperkte financiële ruimte in de gespecialiseerde ggz (S GGZ). De zorg voor patiënten met eetstoornissen kenmerkt zich door intensieve zorg, waardoor de kosten van zorg vaak boven de gemiddelde DBC-prijs uitkomen. Dit is lastig voor specialistische centra omdat zij voornamelijk deze zorg leveren en daardoor zwaardere DBC's niet kunnen compenseren met lichtere DBC's. Daarnaast bestaat er een tekort aan professionals die patiënten met eetstoornissen kunnen behandelen. Met name GZ-psychologen, klinisch psychologen en kinderverpleegkundigen.

Uitvoeringsvragen:

- Hoe kan meer financiële ruimte worden gerealiseerd?
- Hoe kan het tekort aan professionals die eetstoornissen kunnen behandelen worden opgelost?

Mogelijke oplossingen:

- Gedifferentieerde afspraken te maken over de DBC-prijs voor de zorg aan patiënten met eetstoornissen in instellingen en specialistische centra. De zorgverzekeraar houdt in het vaststellen van de gemiddelde DBC-prijzen rekening met de gemiddeld hogere prijzen op basis van de zorginhoud. Hierdoor kunnen aanbieders de zorg leveren conform de standaarden.
- Het capaciteitstekort kan worden opgelost door de opleidingscapaciteit van deze BIG-beroepen uit te breiden.
- Waar mogelijk meer behandeling thuis door gespecialiseerde teams in plaats van in specialistische centra.

2.4 Kwantificering benodigde capaciteit

Op basis van aannames en inschattingen is een globale kwantificering van de benodigde capaciteit gemaakt als er gewerkt wordt conform standaarden. Dit is vergeleken met het huidige zorggebruik op basis van beschikbare data (bron: databestanden Zorgverzekeringswet 2015, Vektis). Deze inschatting is gemaakt op basis van de vier variabelen waarvan capaciteit afhankelijk is en die beïnvloed kunnen worden door het werken met de standaard ('knoppen waaraan gedraaid kan worden'). Het gaat om: grootte van de totale doelgroep in zorg (knop 1), de behandelintensiteit (knop 2), verdeling van inzet in uren over de echelons (knop 3), verdeling van inzet in uren over de beroepsgroepen (knop 4). Hieronder volgt per knop, indien mogelijk, een beschrijving van de range waarbinnen aan deze knop gedraaid kan worden met een kwalitatieve onderbouwing.

1. Grootte van de totale doelgroep in zorg:
De verwachting is dat het aantal patiënten met een eetstoornis in zorg gaat toenemen. Dit omdat de zorgstandaard een verbeterde (vroeg)signalering, diagnostiek en doorverwijzing van patiënten met eetstoornissen beschrijft. Daarnaast zorgt meer kennis en expertise rondom eetstoornissen voor minder behandelverlegenheid onder professionals. Anderzijds komen door goede (vroeg)signalering, diagnostisering en doorverwijzing patiënten eerder op de juiste plek wat kan resulteren in kortere en minder intensieve zorg en dus een afname van het aantal patiënten in zorg. Deze afname is waarschijnlijk minder sterk dan de eerder beschreven toename. De toename van het aantal patiënten met een eetstoornis in zorg is niet te kwantificeren omdat dit sterk afhangt van de mate waarin de zorgstandaard in de praktijk geïmplementeerd wordt.
2. Behandelintensiteit: gemiddelde inzet in uren per patiënt per jaar over de gehele keten
De behandelintensiteit voor volwassenen blijft waarschijnlijk gelijk na implementatie van de zorgstandaard. Bij de zorg voor kinderen en jeugdigen wordt een lichte stijging van de behandelintensiteit verwacht. Dit wordt vooral verklaard doordat het betrekken van het systeem (naasten en familie) wordt benadrukt in de zorgstandaard. Daarnaast staat in de zorgstandaard omschreven dat een intensievere behandeling bij kind en jeugd naar verwachting tot vermindering of voorkomen van klachten in de toekomst kan leiden. Deze twee elementen resulteren in meer uren zorg voor kinderen en jeugdigen.
3. Verdeling van inzet in uren over de echelons:
In de huidige praktijk wordt het grootste deel van de zorg voor patiënten met een eetstoornis in de gespecialiseerde ggz (S GGZ) geleverd. Er wordt een lichte toename verwacht van het aantal uren dat in de S GGZ wordt geleverd na implementatie van de zorgstandaard. Deze toename wordt grotendeels verklaard doordat in de zorgstandaard staat omschreven dat vrijwel alle subdoelgroepen zorg in de S

GGZ moeten ontvangen. Ook wordt een lichte toename in de huisartsenzorg en GB GGZ verwacht doordat patiënten met lichtere problematiek daar behandeld kunnen worden.

4. Verdeling van inzet in uren over de beroepsgroepen:

In de standaard worden een aantal beroepsgroepen genoemd waar in de toekomstige praktijk een groter beroep op wordt gedaan in vergelijking met de huidige praktijk. Dit zijn de diëtist, de internist en de psychiater. Daarnaast wordt er specifiek voor de zorg voor volwassenen een toename van de inzet van de GZ-psycholoog en de klinisch psycholoog verwacht, omdat een aantal interventies beschreven in de zorgstandaard alleen door hen uitgevoerd mogen worden. Daarnaast wordt specifiek voor kinderen en jeugdigen met een eetstoornis een toename van de inzet van systeemtherapeuten verwacht, omdat de nadruk steeds meer komt te liggen op het betrekken van naasten en familie.

Tabel 'Verwachte inzet per echelon en per beroepsgroep'

Verwachte verdeling inzet per echelon	
S GGZ	Door goede (vroeg)signalering, diagnostisering en doorverwijzing komen patiënten eerder op de juiste plek. Dit kan resulteren in kortere en minder intensieve zorg en dus een afname van het aantal patiënten in zorg. Deze afname is waarschijnlijk minder sterk dan de verwachte toename als gevolg van verbeterde (vroeg)signalering, diagnostiek en doorverwijzing.
GB GGZ	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Huisartsenzorg	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Verwachte benodigde capaciteit per beroepsgroep	
GGZ verpleegkundig specialist	Geen uitspraak over gedaan in de toets
GZ-psycholoog	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Klinisch psycholoog	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Klinisch neuropsycholoog	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Psychiater	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Psychotherapeut	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Verpleegkundige (art. 3)	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Specialist ouderengeneeskunde	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Arts verslavingszorg	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Overige behandelaren	Geen uitspraak over gedaan in de toets

Bron gegevens huidige situatie: databestanden Zorgverzekeringswet 2015, Vektis

Conclusie

Zoals in 2.2. al is aangegeven, zijn de aannames gebaseerd op grove schattingen en bieden zij slechts een indicatie. Veel werkgroepen zijn terughoudend geweest in de exacte duiding van de verschuivingen, omdat het totaalbeeld nog onvoldoende helder is. Op hoofdlijnen is bij deze zorgstandaard de volgende conclusie te maken.

In de huidige praktijk is 460 fte en 55 miljoen euro nodig voor de behandeling van eetstoornissen (bron: databestanden Zorgverzekeringswet 2015, Vektis).

In het geval dat het aantal patiënten in zorg toeneemt en alle zorg in de S GGZ moet worden geleverd, betekent dit een toename in de benodigde fte van bijna alle beroepsgroepen in de S GGZ, voor zowel volwassenen als kinderen en jeugdigen. Deze toename is echter niet te kwantificeren.





Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg