

Klinische capaciteitsproblemen in de eetstoorniszorg voor volwassenen in Nederland

M.J. Besjes, N.B. Assink

- Achtergrond** Klinische zorg voor volwassenen met eetstoornissen in Nederland staat onder druk door beperkte capaciteit en lange wachttijden. Inzicht in bedden capaciteit, bedbezetting en wachtlijsten bij eetstoornisklinieken en medisch-psychiatrische units (MPU's) ontbreekt.
- Doel** Inzicht krijgen in de klinische capaciteit in de eetstoorniszorg in Nederland.
- Methode** Een landelijke telefonische inventarisatie onder 8 eetstoornisklinieken en 31 MPU's werd uitgevoerd. Gegevens over capaciteit, bedbezetting, wachtlijsten en opnamecriteria werden verzameld tussen 26 augustus en 9 september 2025.
- Resultaten** De klinieken beschikten over 115 bedden, waarvan 103 bezet en met 103 patiënten op de wachtlijst. Opnameduur varieerde van enkele maanden tot langer. Enkele klinieken hanteerden BMI-ondergrenzen; verplichte zorg was beperkt. MPU's hadden 40-45 bedden beschikbaar voor eetstoornissen, met 25 patiënten opgenomen en 20 wachtenden. Behandeling varieerde van acute interventies tot geprotocolleerd gewichtsherstel en verplichte zorg.
- Conclusie** Er bestaan aanzienlijke capaciteitsproblemen, wachtlijsten zijn lang en samenwerking wordt bemoeilijkt door uiteenlopende opnamecriteria. Verplichte zorg is zeer beperkt beschikbaar. Dit onderstreept de noodzaak van uitbreiding van capaciteit, landelijke coördinatie en verbeterde samenwerking.

De zorg voor patiënten met eetstoornissen staat in Nederland al geruime tijd onder druk. Jongeren en volwassenen met eetstoornissen, in het bijzonder anorexia nervosa (AN), moeten regelmatig maanden wachten op behandeling in gespecialiseerde centra. Het aantal ggz-instellingen dat patiënten met eetstoornissen behandelt, is beperkt.¹ Het aantal instellingen dat klinische zorg voor deze patiënten aanbiedt, de meest intensieve vorm van behandeling voor patiënten met ernstige eetstoornissen, is beduidend kleiner en beperkt zich tot 7 kerninstellingen, van de in totaal 25, en 1 andere ggz-aanbieder.^{2,3} Een deel hiervan is TOPGGz-erkend en verenigd onder de noemer TEN (Topreferent Eetstoornissen Netwerk).⁴ De wachttijden voor behandeling bij deze instellingen zijn vaak lang en in de praktijk wordt er een tekort aan behandel- en opnameplekken ervaren.⁵ De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) concludeerde recent dat er sprake is van een versnipperd en overbelast zorgsysteem, zowel in de jeugd- als de volwassenenzorg, waarbij de coördinatie tussen somatische, psychiatrische en gespecialiseerde zorgketens vaak tekortschiet.¹ Deze situaties leiden tot een mismatch tussen zorgvraag en -aanbod. Er is sprake van lange wachttijden en complexe (doorstroom)problematiek.

Bovendien verandert de organisatie van zorg bij een leeftijd van 18 jaar, waar de betrokkenheid van kinderartsen stopt, er andere zorgaanbieders voor de psychiatrische behandeling verantwoordelijk zijn en het waarborgen van de somatische zorg wisselend kan worden ingevuld. De zorgaanbieders die wel behandeling bieden voor patiënten met eetstoornissen weigeren soms patiënten op basis van exclusiecriteria als somatische of psychiatrische comorbiditeit.¹ Fragmentatie van zorg is een bekend probleem bij de behandeling van eetstoornissen met risico's op uitval en slechtere behandeluitkomsten.^{6,7} Een effectieve organisatie van zorg kan leiden tot een betere samenwerking, minder uitval uit zorg en het voorkómen van ernstige complicaties.^{8,9} Volwassen patiënten met ernstige eetstoornissen kunnen in een eetstoorniskliniek worden behandeld.^{8,10,11} In voorkomende gevallen zijn er dusdanig (dreigende) ernstige lichamelijke complicaties dat opname in een ziekenhuis geïndiceerd is en patiënten worden opgenomen op afdelingen als een medisch-psychiatrische unit (MPU), een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of soms de afdeling Interne geneeskunde.^{8,12,13} Voor de leesbaarheid van dit artikel zullen wij refereren aan MPU's om de psychiatrische

afdelingen in ziekenhuizen gezamenlijk aan te duiden. De meeste MPU's zijn niet specifiek ingericht op langdurige of specialistische behandeling van patiënten met eetstoornissen en er lijkt maar een beperkt aantal MPU's bereid om patiënten met een eetstoornis op te nemen voor geprotocolleerd gewichtsherstel, het toedienen van sondevoeding of het behandelen van somatische complicaties, om eventueel verdere behandeling binnen de ggz mogelijk te maken.^{1,8}

Een landelijk overzicht van de zorgketen in de volwassenenzorg is zeer beperkt beschikbaar. Enkele cijfers geven een indruk over de prevalentie van eetstoornissen in Nederland, 1 per 1000 personen, en (regionale) wachttijden met een gemiddelde wachttijd tot intake van 6 maanden.^{5,14,15} Er bestaat geen centrale registratie van het aantal patiënten dat klinische behandeling ontvangt, noch waar deze behandeling voor patiënten met een ernstige eetstoornis mogelijk is. Wachttijden voor klinische behandeling zijn landelijk niet bekend.

Om dit kennistekort te verminderen, hebben wij in dit onderzoek landelijk geïnventariseerd hoeveel patiënten met een eetstoornis op enig moment waren opgenomen op MPU's en in de gespecialiseerde eetstoornisklinieken, en hoe groot de totale beddencapaciteit voor deze patiëntengroep is. Afdelingen specifiek voor somatische zorg (bijv. interne geneeskunde) werden in dit onderzoek niet meegenomen, gezien hun beperkte rol in deze klinische keten. Het betreft hier een inventarisatie van het zorgaanbod voor volwassenen (vanaf 18 jaar).

METHODE

We voerden een inventarisatie uit onder eetstoornisklinieken en alle Nederlandse ziekenhuizen met een klinische afdeling Psychiatrie.^{2,16} Bij twijfel werd telefonisch contact opgenomen met het betreffende ziekenhuis ter verificatie. Dit resulteerde in 8 eetstoornisklinieken en 31 MPU's. Eén ziekenhuisafdeling leverde geen gegevens aan; ondanks herhaalde pogingen kon geen telefonisch contact worden verkregen. Nederlandse instellingen met een klinische afdeling buiten Nederland werden niet meegenomen. Gegevens, waaronder specifiek de primaire uitkomstmaten (beddencapaciteit, bedbezetting en wachtlijst), werden verzameld in de periode 26 augustus-2 september, met uitzondering van één MPU (4 september) en één eetstoorniskliniek (9 september).

Dataverzameling

We verzamelden de gegevens met een semigestructureerde telefonische vragenlijst. De nadruk lag op de beddencapaciteit, bedbezetting en wachtlijst. Bij MPU's gingen we na of klinische behandeling van eetstoornissen werd aangeboden; indien dit niet het geval was, inventariseerden we waar deze zorg regionaal werd verleend. Indien eetstoorniszorg werd verleend, inventariseerden we als secundaire uitkomstmaten de zorgvorm (inhoudelijk en juridisch: vrijwillig, Wet geneeskundige

behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet verplichte ggz (Wvvggz)) en de opnamecriteria. Bij eetstoornisklinieken gingen we na hoeveel dagen per week zorg werd geboden en welke opnamecriteria ze hanteerden. Tevens werden de mogelijkheden tot verplichte zorg vanuit de Wvvggz in kaart gebracht.

RESULTATEN

De gegevens van de beddencapaciteit, bedbezetting en wachtlijsten van 8 eetstoornisklinieken en 31 MPU's in Nederland zijn samengevoegd weergegeven in **tabel 1**. De geografische spreiding van respectievelijk de eetstoornisklinieken en MPU's wordt weergegeven in **figuur 1** en **figuur 2**. Een overzicht van de namen en vestigingsplaatsen is opgenomen in **onlinesupplement 1**.

Eetstoornisklinieken

De 8 klinieken hadden bij benadering een totale beddencapaciteit van ca. 115 bedden, variërend van 9 tot 20 bedden per kliniek. Hiervan waren 103 bedden bezet en er stonden 103 patiënten op de wachtlijst. De onzekerheidsmarge heeft te maken met variaties als een *overbed*, een tijdelijke aanpassing van de beddencapaciteit door personele krapte of enkele bedden voor 15- tot 18-jarigen als onderdeel van hun totale capaciteit.

De opnameduur varieerde van een gemaximeerde opnameduur van 3 tot 4 maanden tot opnames met in beginsel (onbeperkte) mogelijkheden voor verlenging. 5 klinieken boden 24/7-opname; 3 klinieken boden een doordeweekse opname met (verplicht) weekendverlof. Hoewel enkele klinieken geen BMI-ondergrens hanteer-

Tabel 1. Capaciteit, bedbezetting en wachtlijsten bij eetstoornisklinieken en MPU's in Nederland (puntprevalentie, augustus/ september 2025)

Kenmerk	Eetstoornisklinieken (n = 8)	MPU's (n = 31)
Beddencapaciteit	ca. 115 (9-20 per kliniek)	ca. 40-45 (1-10 per ziekenhuis)
Bedbezetting	103 patiënten	25 patiënten
Wachtlijst	ca. 100 patiënten	ca. 20 patiënten
Opnameduur	3-4 maanden evt. met verlenging	Enkele dagen tot enkele maanden
Aantal dagen per week	5 of 7	7
Sondevoeding mogelijk	Ja (n = 4)	Ja (n = 31)
Verplichte zorg	Ja (n = 5)	Ja (n = ±8; ca. 30 bedden)

Figuur 1. Landelijke verdeling eetstoornisklinieken



Figuur 2. Landelijke verdeling MPU's



Indien er in één plaats meerdere ziekenhuizen zijn of een ziekenhuis meerdere locaties heeft, dan wordt er één icoon weergegeven.

den, was opname vaak niet mogelijk onder een vastgestelde BMI, die varieerde van 10 tot 14,5. 5 klinieken verleenden verplichte zorg in het kader van de Wvvgz. Slechts 1 kliniek diende verplichte sondevoeding toe; 3 eetstoornisklinieken boden sondevoeding uitsluitend op vrijwillige basis.

Medisch-psychiatrische units

Op MPU's in Nederland waren naar schatting 40-45 bedden beschikbaar voor de (somatische) behandeling van patiënten met een eetstoornis, variërend van toegewezen tot flexibel inzetbare bedden of een gemaximeerd aantal bedden. Enkele MPU's namen 5 of meer patiënten op en realiseerden daarmee het grootste capaciteitsaandeel. Het totaal aantal bedden in de ziekenhuizen waar verplichte zorg mogelijk was, werd geschat op 30. Het totaal aantal wachtenden bedroeg ca. 20 patiënten bij 6 ziekenhuizen, veelal met een bovenregionale functie. De wachttijden waren bij deze ziekenhuizen significant. Eetstoorniszorg op MPU's konden we onderverdelen in drie categorieën: acute zorg (bijv. elektrolytstoornissen, ecg-afwijkingen of somatische instabiliteit), (geprotocolleerd) gewichtsherstel en verplichte zorg.

Acute zorg werd meestal geboden op de somatische afdelingen of op de MPU zelf, waarbij ruim 10 MPU's aangaven geen eetstoorniszorg te verlenen. De opnameduur was doorgaans kort, vaak enkele dagen, en opname vond soms onvrijwillig plaats in het kader van de WGBO. Voor, veelal geprotocolleerde, opnames gericht op gewichtsherstel waren er ruim 10 MPU's die hiervoor bedden beschikbaar hadden, met een opnameduur van weken tot maanden. Landelijke uniformiteit ontbrak. Als derde categorie beschouwden we de verplichte zorg, waarbinnen een onderscheid gemaakt kon worden tussen de ziekenhuizen met een bovenregionale functie en bekendheid, en ziekenhuizen die aangaven dat ze bereid waren deze zorg regionaal te verlenen. In totaliteit betrof het ca. 8 ziekenhuizen. Vorm en duur varieerden sterk, waaronder de mogelijkheden tot verplichte (sonde)voeding. Er was geen sprake van landelijke uniformiteit.

De opnamevoorwaarden bij MPU's varieerden, waarbij sommige MPU's uitsluitend patiënten met een eetstoornis opnamen op verwijzing door een ggz-instelling voor eetstoornissen, er sprake moest zijn van een afgesproken aansluitende behandeling door een eetstoorniskliniek (klinisch of poliklinisch) of een lopende ggz-behandeling. Andere MPU's accepteerden ook verwijzingen van huisartsen en coördineerden vervolgens de beoogde (na)zorg met regionale samenwerkingspartners. De functie van MPU's kon regionaal of, in enkele gevallen, bovenregionaal zijn.

DISCUSSIE

Dit is, voor zover bij ons bekend, de eerste landelijke inventarisatie van de bedden capaciteit, bedbezetting, wachtlijsten en opnamecriteria in klinieken en MPU's voor volwassenen met eetstoornissen in Nederland. Hierdoor ontstaat zicht op knelpunten in dit klinische zorgaanbod en kan hierop ingespeeld gaan worden.

Knelpunten in de zorg voor eetstoornissen

Ten eerste is duidelijk dat véél patiënten wachten op een opnameplek in een eetstoorniskliniek. Wij hebben geen cijfers van de gemiddelde opnameduur in deze klinieken, maar vanuit de klinische praktijk gaan we uit van enkele maanden, waarbij bekend is dat een hoger ontslaggewicht (BMI > 19) gecorreleerd is met hogere herstelpercentages en minder heropnames, wat langdurige opnames kan verklaren.¹⁷ De getoonde cijfers zullen een onderschatting zijn van de problemen in de dagelijkse praktijk, waarbij alles in het werk zal worden gesteld om geen gebruik te hoeven maken van een klinische opname gezien de wachtlijsten van deze omvang. Het is opvallend dat er geen sprake was van volledige bedbezetting, ondanks het grote aantal patiënten dat wacht op een opname. Dit hebben we niet systematisch uitgevraagd, maar mogelijk spelen tussentijdse uitval en/of patiënten adequaat willen voorbereiden op opname een rol, met hiaten in de opnameplanning tot gevolg. Het is bekend dat een goede voorbereiding en het voorkomen van ad-hocopnames positieve effecten hebben op behandeluitkomsten.⁹ Er is echter ook uitgebreid bewijs dat patiënten een betere prognose hebben als ze snel behandeld worden en een onvolledige bedbezetting draagt hier negatief aan bij.^{6,18}

Ten tweede bestaan er grote verschillen tussen MPU's in de zorg voor patiënten met een eetstoornis, waarbij veel MPU's geen behandeling bieden aan deze patiëntengroep. Het aantal bedden lijkt te voldoen aan de landelijke vraag in capaciteit, zij het met sterke regionale verschillen, waarbij regionale afspraken onvoldoende rekening lijken te houden met de omvang van de zorgvraag. Bovendien ontstaan wachtlijsten doordat slechts enkele ziekenhuizen bovenregionaal patiënten opnemen. Ook kunnen capaciteitsproblemen in eetstoornisklinieken zorgen voor een verhoogde opnamevraag binnen ziekenhuizen.¹⁹ Er bestaan verschillende geprotocolleerde gewichtsherstelprogramma's, zonder centrale aansturing over eetstoorniszorg op MPU's, wat de kwaliteit van zorg negatief zou kunnen beïnvloeden.²⁰

Ten derde merken we op dat er zowel bij MPU's als bij eetstoornisklinieken, opnamevoorwaarden worden gesteld, conform het rapport van de IGJ.¹ Voorwaarden hebben betrekking op bijvoorbeeld BMI-ondergrenzen, behandelduur, motivatie of het juridische kader. Deze voorwaarden sluiten in voorkomende gevallen niet op elkaar aan, wat samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders bemoeilijkt. Daarbij kunnen we anekdotisch vermelden dat er patiënten zijn die somatisch

zijn gestabiliseerd waardoor de opname-indicatie bij de MPU vervalt, maar een te lage BMI hebben om vanuit eetstoornisklinieken zorg te kunnen ontvangen. Ook bij patiënten met een te hoge mate van suicidaliteit of onvoldoende motivatie kan overplaatsing en/of ontslag stagneren. In beide situaties vertraagt dit het ontvangen van gespecialiseerde behandeling, wat de prognose negatief kan beïnvloeden.^{6,18}

Verder laat de inventarisatie zien dat de mogelijkheden om verplichte zorg te verlenen zeer beperkt zijn. Het leidend principe is het voorkómen van dwang in een behandeling.²¹ In die situaties waarin verplichte zorg toch nodig is, zijn de wachttijden lang, ondanks de beperkte omvang van de wachtlijst. Een beperkt aantal ziekenhuizen speelt een rol (in de uitvoering van) verplichte zorg; deze is wisselend qua duur, inhoud en vorm. Binnen de eetstoornisklinieken is verplichte zorg nauwelijks beschikbaar, wat zou kunnen resulteren in inadequate zorg vanuit andere drijfveren dan inhoudelijke.^{22,23}

Sterktes en beperkingen

Deze inventarisatie is uniek en het merendeel van de informatie werd binnen 4 dagen in één werkweek verzameld, wat gezien een beperkte doorstroom in deze patiëntenzorg als representatief wordt beschouwd. Er zijn wel enkele beperkingen verbonden aan deze inventarisatie. Alle informatie is verkregen via een collega van één van deze organisaties, waardoor deze informatie incompleet kan zijn, foutief kan zijn aangeleverd en niet kan worden geverifieerd. De dataverzameling vond plaats binnen 6 dagen, met uitloop naar 8 dagen voor één MPU en naar 13 dagen voor één eetstoorniskliniek, wat de betrouwbaarheid van de puntprevalentie beperkt. Patiënten staan vaak op meerdere wachtlijsten tegelijk, vooral voor MPU-opnames, waardoor dubbelstellingen waarschijnlijk zijn. We hebben niet onderzocht of er (verplichte) eetstoorniszorg wordt geleverd op high-intensivere afdelingen van ggz-instellingen, en het is niet volledig uitgesloten dat er MPU's in deze inventarisatie zijn gemist.

CONCLUSIE

Op basis van deze inventarisatie is het duidelijk dat de klinische capaciteit voor volwassenen met eetstoornissen ontoereikend is. Er zijn enorme wachtlijsten bij eetstoornisklinieken, met gemiddelde wachttijden van minimaal enkele maanden, met vaak nog extra wachttijd voorafgaand aan indicatiestelling, wat negatief bijdraagt aan de behandeling van patiënten met eetstoornissen. Daarnaast is er ook beperkte capaciteit op MPU's door beperkingen in bovenregionale opnamemogelijkheden en is verplichte zorg voor eetstoornissen zeer beperkt beschikbaar. Zowel opnamevoorwaarden als in- en exclusiecriteria verschillen bij eetstoornisklinieken en MPU's, wat de samenwerking belemmert en de zorgke-

ten fragmenteert. Landelijke en regionale coördinatie én samenwerking moeten verbeteren om het huidige zorgaanbod beter te benutten.

LITERATUUR

- 1 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Samen sterk voor jongeren met een eetstoornis: Verslag van inspectiebezoeken aan aanbieders van eetstoorniszorg. Utrecht: IGJ; 2025. <https://www.igj.nl/documenten/2025/05/15/samen-sterk-voor-jongeren-met-eetstoornis>
- 2 Zorgkaart Eetstoornissen Netwerk. <https://zorgkaart.eetstoornissenennetwerk.nl/>.
- 3 Mentale gezondheidsnetwerken. www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/alle-netwerken/.
- 4 Stichting Topklinische GGZ: Topreferent Eetstoornissen Netwerk (TEN). <https://topggz.nl/topreferent-eetstoornissen-netwerk-ten>.
- 5 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA): Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz – oktober 2024 – https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_786033_22/.
- 6 Treasure J, Oyeleye O, Bonin EM, e.a. Optimising care pathways for adult anorexia nervosa. What is the evidence to guide the provision of high-quality, cost-effective services? *Eur Eat Disord Rev* 2021; 29: 306-15.
- 7 Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv Psychiatry* 2015; 9: 173-84.
- 8 Akwa GGZ. Zorgstandaard Eetstoornissen. 2025.
- 9 Ibrahim A, Ryan S, Viljoen D, e.a. Integrated enhanced cognitive behavioural (I-CBTE) therapy significantly improves effectiveness of inpatient treatment of anorexia nervosa in real life settings. *J Eat Disord* 2022; 10: 98.
- 10 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: recognition and treatment. Londen: NICE; 2020.
- 11 Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, e.a. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2023; 180: 167-71.
- 12 RCPsych. Medical Emergencies in Eating Disorders: Guidance on Recognition and Management. Londen: RCPsych, Academy of Medical Royal Colleges; 2022.
- 13 Gibson D, Watters A, Cost J, e.a. Extreme anorexia nervosa: medical findings, outcomes, and inferences from a retrospective cohort. *J Eat Disord* 2020; 8: 25.
- 14 Trimbos-instituut. Kerncijfers psychische stoornissen: Prevalentie, zorggebruik en maatschappelijke impact. 2022.
- 15 Terpstra N, Heins M, Weesie Y, e.a. Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2024 en trendcijfers 2020-2024. Utrecht: Nivel; 2025.
- 16 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Inventarisatie Ziekenhuislocaties. www.vzinfo.nl/documenten/ziekenhuislocaties-2025.
- 17 Redgrave GW, Schreyer CC, Coughlin JW, e.a. Discharge body mass index, not illness chronicity, predicts 6-month weight outcome in patients hospitalized with anorexia nervosa. *Front Psychiatry* 2021; 12: 64186118.
- 18 Austin A, Flynn M, Richards K, e.a. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev* 2021; 29: 329-45.
- 19 Ayton A, Viljoen D, Ryan S, e.a. Risk, demand, capacity and outcomes in adult specialist eating disorder services in South-East of England before and since COVID-19. *BJPsych Bull* 2022; 46: 89-95.
- 20 Doherty AM, Flynn C, Goulding C, e.a. Improving care for patients with severe eating disorders in a university hospital without a formal eating disorder service. *BMJ Open Quality* 2025; 14:e003563.
- 21 Landelijk Expertisenetwerk Dwangvoeding. Leidraad bij het voorkomen, verminderen en toepassen van dwang(sonde)voeding bij eetstoornisproblematiek. 2021.
- 22 Atti AR, Mastellari T, Valente S, e.a. Compulsory treatments in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2021; 26: 1037-48.
- 23 Ayton A, Ibrahim A, Solmi M, e.a. Addressing the false dichotomy between autonomy and preservation of life: Clinical, legal, and ethical considerations in severe and longstanding anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* 2026; 105: 102179.

AUTEURS

Maarten Besjes, psychiater, Amarum, Expertisecentrum voor Eetstoornissen, GGNet.

Nico Assink, verpleegkundig specialist GGZ/AGZ, Medisch Psychiatrische Unit, Ziekenhuisgroep Twente (ZGT), locatie Almelo.

Correspondentie

Maarten Besjes (m.besjes@ggnet.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-3-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(05):242-246