

Zorgcontinuïteit in de geestelijke gezondheidszorg: van opname naar opvolging

Een analyse van psychiatrische opnames,
zorgtrajecten en heropnames bij leden van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11
commu@mloz.be

—

Redactie > GÜNGÖR KARAKAYA, Ruud SAERENS, Kelly VAN DER CRUYSEN,
Mathieu DE BACKER, Ludo VANDENTHOREN

www.mloz.be
(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, mei 2026
(ondernemingsnummer 411.766.483)

Zorgcontinuïteit in de geestelijke gezondheidszorg: van opname naar opvolging

Een analyse van psychiatrische opnames,
zorgtrajecten en heropnames bij leden van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

01	Samenvatting	3
02	Introductie	3
	Wat is zorgcontinuïteit?	3
	Literatuurstudie - focus op heropname	4
03	Methodologie	7
	Onderzoeksopzet en gegevensbron	7
	Doelpopulatie en uitsluitingscriteria	7
	Bestudeerde variabelen	7
	Statistische analyses	8
04	Resultaten	8
	Typologie van de opnames	8
	Verblijfsduur in psychiatrische diensten	9
	Kenmerken van de patiënten	10
	Evolutie in de tijd van heropnames in de psychiatrie (opvolging over 6 maanden)	11
	Gebruik van de spoeddienst	12
	Dekking en continuïteit van ambulante zorg	13
	Aflevering van antidepressiva of antipsychotica	14
	Heropnames binnen 30 dagen en identificatie van risicofactoren	16
05	Discussie	18
06	Aanbevelingen	25
07	Bijlage	27
08	Bibliografie	28

01 Samenvatting

Psychiatrische ziekenhuisopnames blijven een essentieel onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg, maar de overgang tussen residentiële en ambulante zorg vormt een kwetsbare fase waarin discontinuïteit van zorg kan optreden. Heropnames binnen 30 dagen worden internationaal beschouwd als een belangrijke indicator voor zorgcontinuïteit en kunnen wijzen op lacunes in nazorg, maar ze hangen ook samen met klinische, sociodemografische en zorggerelateerde factoren.

Deze studie analyseert 20.559 psychiatrische opnames in België (2022-2023) en onderzoekt zowel patiëntprofielen als zorgtrajecten vóór en na hun opname, met bijzondere aandacht voor factoren die samenhangen met heropname binnen 30 dagen. De resultaten tonen een hoog heropnamecijfer (16,5% binnen 30 dagen en 33,7% binnen 6 maanden) en wijzen op een uitgesproken breuk in zorgcontinuïteit na ontslag: slechts 17,3% van de patiënten heeft contact met een huisarts binnen de eerste week na ontslag.

Het statistisch model bevestigt dat het gebrek aan tijdige opvolging geassocieerd is met een verhoogd risico op heropname, naast factoren zoals verblijfsduur, gebruik van psychofarmaca en socio-economische kwetsbaarheid. De bevindingen suggereren dat heropnames niet uitsluitend het gevolg zijn van individuele klinische evoluties, maar mede samenhangen met de organisatie en toegankelijkheid van zorg, in het bijzonder in de overgang naar ambulante opvolging.

Deze resultaten onderstrepen het belang van een meer proactieve en geïntegreerde organisatie van zorg, met bijzondere aandacht voor de eerste dagen na ontslag, en vormen de basis voor gerichte beleidsaanbevelingen ter versterking van de zorgcontinuïteit.

02 Introductie

Wat is zorgcontinuïteit?

Het KCE definieert zorgcontinuïteit als *“de mate waarin gezondheidszorg voor een specifieke gebruiker over verloop van tijd goed wordt georganiseerd binnen en tussen zorgverleners, instellingen en gewesten, en in welke mate het volledige ziekte-traject wordt opgevolgd”*.¹

Het theoretisch model van Haggerty et al, (2003) deelt zorgcontinuïteit op in drie dimensies: **informatieele, management- en relationele continuïteit**.² Het KCE voegt daar nog **zorgcoördinatie** aan toe. Belangrijk is dat continuïteit niet louter een organisatorisch concept is, maar draait om hoe patiënten de samenhang en afstemming van zorg ervaren.

Figuur 1: zorgcontinuïteit naar Haggerty et al (2003) en KCE performantierapport (2025)



Specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg werden deze brede concepten nog verder verfijnd door Digel Vandyk et al, 2013. In de negen beschreven dimensies omvat zorgcontinuïteit dan onder meer: zorg die doorheen de tijd samenhang vertoont, afgestemd is op de individuele patiënt, en aangeboden wordt binnen een geïntegreerd en toegankelijk zorgaanbod. Daarnaast spelen ook een stabiele therapeutische relatie, goede informatieoverdracht, aandacht voor de leefwereld van de patiënt en duidelijke gedeelde verantwoordelijkheid tussen betrokken zorgverleners een rol.³ Een scoping review van Sofie Hermans en Aline Sevenants (2020) voor Zorg en Gezondheid (Vlaanderen) benadrukt dat de nood aan zorgcontinuïteit zich in het bijzonder manifesteert tijdens zeven kritische scharnierpunten in het zorgtraject, waaronder de transitie naar en ontslag uit residentiële geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Net op deze scharniermomenten is het risico op fragmentatie, informatieverlies en verminderde toegankelijkheid het grootst.⁴

In het volgende gedeelte gaan we dieper in op hoe deze concepten vertaald kunnen worden naar concrete, meetbare indicatoren.

Literatuurstudie - focus op heropname

In de literatuur rond zorgcontinuïteit binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) blijkt er niet alleen een beperkt aantal eenduidige en gevalideerde uitkomstindicatoren beschikbaar te zijn, maar ook een gebrek aan studies in de Belgische context. Dit bemoeilijkt een onderbouwde evaluatie van zorgcontinuïteit binnen het Belgische zorgsysteem. In afwezigheid van meerdere breed gedragen en lokaal gevalideerde indicatoren hebben we ervoor gekozen om te focussen op het heropnamepercentage (heropname binnen de 30 dagen na ontslag). Deze indicator wordt frequent gebruikt in internationale literatuur en is bovendien de enige GGZ-specifieke maat voor zorgcontinuïteit die is opgenomen in het KCE-performantierapport. Een snelle heropname wordt daarbij beschouwd als een mogelijke aanwijzing voor beperkingen in de zorgcontinuïteit. Vanuit dit vastgestelde hiaat in de Belgische literatuur wordt deze indicator centraal gesteld in onze analyse.

De bestudeerde variabelen die samenhangen met de uitkomst heropname kunnen daarbij worden onderverdeeld in drie categorieën: (1) klinische karakteristieken (zoals diagnose bij opname, medicatiegebruik, alcohol- of middelengebruik, leeftijd bij aanvang van de aandoening, voorafgaande opnames, comorbiditeiten); (2) socio-demografische kenmerken (zoals geslacht, leeftijd, woon- of relatiecontext en inkomen); en (3) kenmerken gelinkt aan opname of zorgsysteem (type ziekenhuis, duur van de opname, geplande of ongeplande opname, aanwezigheid van een vaste huisarts of psychiater).

Klinische risicofactoren

Verscheidende studies tonen aan dat klinische karakteristieken in sterke mate geassocieerd zijn met de heropnamegraad. Berardelli (2022) identificeerde een eerdere opname als de voornaamste risicofactor voor heropname, terwijl Gentil (2022) risicofactoren zoals een korte opnameduur (1-6 dagen), multimorbiditeit (mentaal of somatisch) en reeds aanwezige psychiatrische opvolging rapporteerde.^{5,6} Carbonel-Aranda et al (2024) bevestigden eerdere opnames en psychiatrische comorbiditeit als risicofactoren.⁷ Het verband tussen heropname en comorbiditeit met somatische ziekten wordt ook bevestigd in de systematische review van Sprah et al. (2017).⁸

In een systematische review concludeerden Fonseca Barbosa et al. (2023) dat een vroeg begin van symptomen, psychotische stoornissen en co-existent middelengebruik bijdragen aan het 'revolving door'-fenomeen, waarbij personen met chronische psychiatrische problematiek herhaaldelijk worden opgenomen.⁹

Psychose werd opnieuw als risicofactor benadrukt door Katschnig (2023) en Leppänen et al.(2025); deze laatste auteurs identificeerden daarnaast ook de ernstgraad van depressie als bijkomende risicofactor.^{10,11} Een lager risico op heropname werd echter aangetoond bij langere opnameduur of bij patiënten met een somatische comorbiditeit.

Deze bevindingen wijzen erop dat vooral ziekte-ernst, chroniciteit en voorafgaande zorg (eerdere opnames) centrale determinanten kunnen zijn van heropname.

Sociodemografische risicofactoren

Naast klinische kenmerken beïnvloeden ook sociodemografische factoren het risico op heropname. De studie van Gentil rapporteert een associatie tussen een hogere armoedegraad (op basis van de 'Material Deprivation Index') en vroege heropname. De review van Fonseca Barbosa (2023) identificeert bijkomend verschillende sociodemografische factoren die samenhangen met herhaalde ziekenhuisopnames, waaronder jongere leeftijd, alleenstaand zijn, werkloosheid en een lager opleidingsniveau.^{6,9}

Ook in andere studies wordt jongere leeftijd geassocieerd met een verhoogd heropnamerisico (Carbonel-Aranda, 2024), en hogere leeftijd daarentegen met een lager heropnamerisico (Katschnig, 2023). De interpretatie van deze resultaten vereist echter voorzichtigheid, aangezien de gebruikte leeftijdscategorieën variëren tussen studies.

Zorggebruik en -systeem risicofactoren

Ook kenmerken van het zorgsysteem beïnvloeden het risico op heropname. Lassemo et al. (2021) toonden aan dat ongeplande opnames vaker tot ongeplande en vroege heropnames leidden, terwijl geplande opnames vooral gevolgd werden door geplande heropnames. De auteurs benadrukten dat heropname in sommige zorgcontexten ook een gepland onderdeel van het traject kan zijn wanneer ambulante zorg minder toegankelijk is.¹²

Een belangrijk element in de organisatie van nazorg is het tijdige contact met ambulante zorgverleners na ontslag. Een veelgebruikte kwaliteitsindicator is een raadpleging bij de huisarts binnen zeven dagen na ziekenhuisopname. Recente Belgische cijfers tonen aan dat 43,5% van de patiënten ouder dan 65 jaar binnen deze termijn contact heeft met de huisarts na een ziekenhuisopname (over alle opnames heen).

Een systematische review van Sfertcu et al. (2017) onderscheidt vier categorieën van nazorgfactoren die samenhangen met het risico op heropname. Daaruit blijkt dat effectief contact met een eerstelijnszorgverlener na ontslag geassocieerd is met een lager heropnamerisico, terwijl louter geregistreerd zijn bij een huisarts geen verschil maakt. Voor nazorg binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn de bevindingen echter minder eenduidig, met meer gemengde resultaten.¹³

Ook Katschnig et al. (2023) bevestigen het belang van ambulante opvolging voor klinische uitkomsten en tonen aan dat een ambulant contact met een arts (huisarts of psychiater) na ontslag geassocieerd is met een lager risico op heropname binnen 30 dagen.¹⁰ In een andere studie vergeleken Musgrove et al. (2024) patiënten die binnen het jaar na hun opname overleden door suïcide met een gematchte controlegroep. De suïcidegroep had minder huisartscontact in de twee weken na ontslag en consulteerde vaker in de week vóór het overlijden. Daarnaast hadden deze patiënten gemiddeld kortere opnames en een voorgeschiedenis van meerdere opnames.¹⁴

Deze resultaten suggereren dat niet enkel patiëntkenmerken, maar ook de organisatie en toegankelijkheid van zorg een rol spelen in het risico op heropname.

De literatuur wijst er consistent op dat heropnames een multifactorieel fenomeen zijn, bepaald door een interactie van klinische, sociodemografische en zorgsysteemgebonden factoren, wat een geïntegreerde benadering van zorgcontinuïteit vereist. Dit impliceert dat zorgcontinuïteit niet louter kan worden begrepen op basis van één moment of indicator, maar moet worden benaderd als een traject waarin verschillende vormen van zorggebruik en patiëntkenmerken samenkomen.

In deze studie analyseren we daarom het zorggebruik vóór en na een psychiatrische opname, zowel in een psychiatrisch ziekenhuis als op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), om de rol van ambulante opvolging binnen dit traject beter te begrijpen. Daarbij maken we gebruik van real-world data over een groot aantal psychiatrische opnames, wat toelaat om deze patronen te onderzoeken in een brede, reële populatie. Dit biedt bijkomende inzichten ten opzichte van de eerder geciteerde studies, waarin de

gebruikte populaties, context en databronnen variëren en niet steeds rechtstreeks vergelijkbaar zijn.

03 Methodologie

Onderzoeksopzet en gegevensbron

Deze retrospectieve studie is gebaseerd op de analyse van administratieve gegevens over de terugbetaling van verzorging afkomstig van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, die meer dan 2,3 miljoen leden tellen.

Het hoofddoel is om de psychiatrische opnames en de profielen van patiënten die werden opgenomen in een psychiatrische setting te omschrijven, het gebruik van ambulante zorg vóór en na de ziekenhuisopname in de psychiatrie te analyseren, en de risicofactoren die samenhangen met psychiatrische heropnames binnen de 30 dagen te identificeren.

De inclusieperiode omvat opnames in de psychiatrie geregistreerd tussen 01/01/2022 en 31/12/2023. Voor elke patiënt werd een observatieperiode gedefinieerd van 12 maanden vóór de opname in het ziekenhuis en 12 maanden na ontslag. De analyse richt zich op de eerste ziekenhuisopname per lid voor elk bestudeerd kalenderjaar.

Doelpopulatie en uitsluitingscriteria

De onderzochte populatie omvat patiënten opgenomen in psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen of in gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen.

Verschillende uitsluitingscriteria werden toegepast om de betrouwbaarheid van de opvolging te garanderen: patiënten die in het buitenland verblijven of genieten van een internationaal verdrag, patiënten die overleden tijdens de studieperiode, en patiënten die niet continu aangesloten waren gedurende de volledige analyseperiode.

Bestudeerde variabelen

De gegevens werden geëxtraheerd via ziekenhuisfacturatie (nomenclatuurcodes) en ATC-codes^a voor medicatie.

Sociodemografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, gewest van de woonplaats, sociale categorie en het statuut van verhoogde tegemoetkoming (VT) werden geregistreerd.

^aHet ATC-classificatiesysteem (Anatomical Therapeutic Chemical / anatomisch, therapeutisch en chemisch) maakt het mogelijk om klassen van geneesmiddelen te identificeren.

Het zorgtraject vóór en na de ziekenhuisopname omvat bezoeken aan de spoeddienst, raadplegingen bij een huisarts, psychiater of psycholoog (binnen de conventie eerstelijns psychologische zorg), evenals het gebruik van antidepressiva (AD) of antipsychotica (AP).

Statistische analyses

Een econometrische modellering op basis van een binomiaal regressiemodel van het type logit werd uitgevoerd om de risicofactoren voor heropname in de psychiatrie binnen 30 dagen na ontslag uit een initiële psychiatrische ziekenhuisopname te identificeren.

De afhankelijke of te verklaren variabele van het model is een heropname in de psychiatrie binnen de 30 dagen. Heropnames die plaatsvonden op dezelfde dag of de dag na ontslag werden uitgesloten van de analyse om onmiddellijke of administratieve transfers uit te sluiten.

Het model omvat verschillende verklarende variabelen: het type ziekenhuis, niet-geplande opname (via de spoeddienst), de duur van de opname (ten opzichte van de mediaan), sociodemografische variabelen, evenals de historie van het gebruik van ambulante zorg. Statistische tests (zoals likelihood ratio-tests, Hosmer-Lemeshow-tests en de tests voor de Pearson- en deviantieresiduen) werden uitgevoerd om de robuustheid en doeltreffendheid van het model te verzekeren.

04 Resultaten

Typologie van de opnames

In totaal werden 20.559 psychiatrische opnames geanalyseerd doorheen de periode van 01/01/2022 tot 31/12/2023. Deze opnames zijn verdeeld tussen psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen (52,3%, n = 10.748) en psychiatrische ziekenhuizen (47,7%, n = 9.811).

De meerderheid van de verblijven vindt plaats in een klassieke neuropsychiatrische dienst (Dienst A: 73,9% van alle psychiatrische opnames). Deze dienst vertegenwoordigt 77,1% van de opnames in algemene ziekenhuizen tegenover 70,3% in psychiatrische ziekenhuizen. Dagopnames in dienst A (A1) vormen 12,1% van de gevallen. Diensten voor neuropsychiatrie voor kinderen (Dienst K)^b vertegenwoordigen 6,9% van het totaal aantal opnames. Ongeacht het type instelling vertegenwoordigen deze drie diensten samen meer dan 90% van alle psychiatrische opnames.

^b Deze dienst, bestemd voor kinderen en adolescenten, is specifiek gericht op de observatie en behandeling van kinderen met psychiatrische stoornissen. De behandeling kan eveneens uitsluitend overdag plaatsvinden (K1) of 's nachts (K2).

Tabel 1: Typologie van psychiatrische opnames volgens ziekenhuisdienst

Ziekenhuisdienst	Globaal (alle types ziekenhuizen)		Psychiatrische dienst van algemeen ziekenhuis		Psychiatrisch ziekenhuis	
	Aantal psychiatrische opnames	%	Aantal psychiatrische opnames	%	Aantal psychiatrische opnames	%
Dienst neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht) – K ^a	1.423	6,9	669	6,2	754	7,7
Dagopname in dienst K – K1	615	3,0	429	4,0	186	1,9
Nachtopname in dienst K – K2	14	0,1	2	0,0	12	0,1
Dienst neuropsychiatrie (dag en nacht) – A ^b	15.183	73,9	8.288	77,1	6.895	70,3
Dagopname in dienst A – A1	2.479	12,1	1.205	11,2	1.274	13,0
Nachtopname in dienst A – A2	7	0,0	6	0,1	1	0,0
Dienst psychiatrie (dag en nacht) – T ^c	336	1,6	113	1,1	223	2,3
Dagopname in dienst T – T1	306	1,5	36	0,3	270	2,8
Plaatsing in een gezin Tf in een ziekenhuis – Tf	2	0,0			2	0,0
Plaatsing in een gezin Tp in een gezin – Tp	2	0,0			2	0,0
Dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten – IB	75	0,4			75	0,8
Gespecialiseerde diensten dienen voor de behandeling en functionele revalidatie voor patiënten met chronische psycho-geriatrische aandoeningen	117	0,6			117	1,2
Totaal	20.559	100,0	10.748	100,0	9.811	100,0

^a Deze dienst is specifiek gericht op de observatie en behandeling van kinderen (en adolescenten) met psychiatrische stoornissen die behandeling nodig hebben. De behandeling kan eveneens uitsluitend overdag plaatsvinden (K1) of 's nachts (K2).

^b Deze dienst is bestemd voor de observatie en behandeling van volwassen patiënten met psychiatrische stoornissen. De behandeling kan eveneens plaatsvinden tijdens een dagopname (A1-bedden) of nachtopname (A2-bedden).

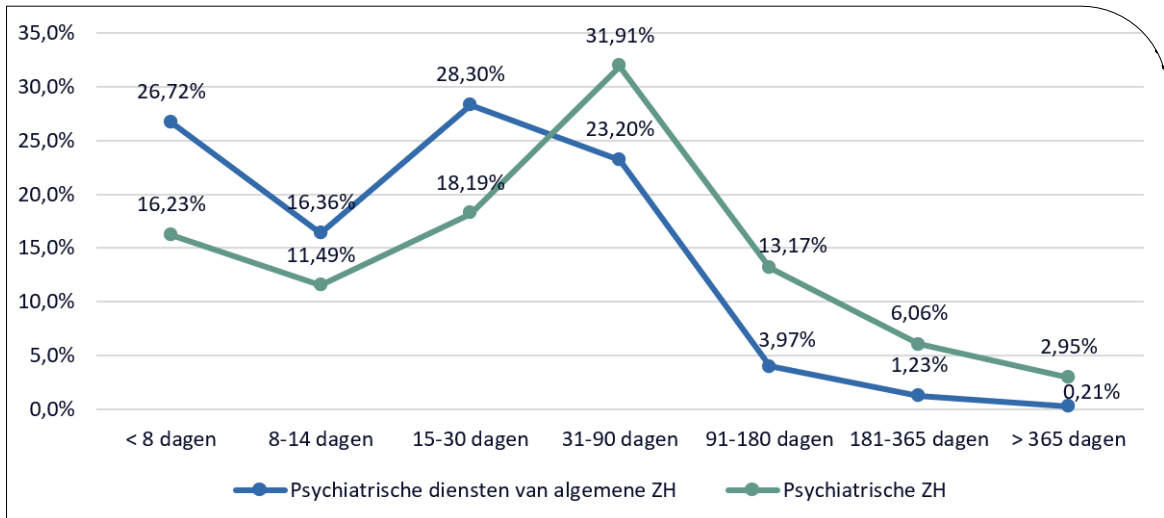
^c Deze dienst is bestemd voor de behandeling (dag en nacht) van chronische en langdurige problemen bij volwassenen met het oog op sociale re-integratie. Bedden voor neuropsychiatrische behandeling van geriatrische patiënten (index Tg) zijn inbegrepen in deze categorie bedden.

Verblijfsduur in psychiatrische diensten

Figuur 1 toont aan dat de verblijfsduur in een psychiatrische dienst doorgaans langer is in psychiatrische ziekenhuizen dan in psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen.

In de psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen duren meer dan zeven op de tien verblijven (71,4%) minder dan één maand, tegenover 45,9% in psychiatrische ziekenhuizen. Omgekeerd duurt bijna een derde van de verblijven in psychiatrische ziekenhuizen (31,9%) een tot drie maanden, tegenover 23,2% in de psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen.

Figuur 1: Verblijfsduur in psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen



Kenmerken van de patiënten

De gemiddelde en mediane leeftijd van de patiënten bedraagt 41 jaar (ongeacht het type instelling), wat licht hoger ligt dan die van de algemene bevolking, namelijk 40 jaar. De meest vertegenwoordigde leeftijdsgroep is die van 41-64 jaar (42,2%), gevolgd door 19-40 jaar (36,8%). Deze twee groepen vertegenwoordigen samen 79% van alle personen met een psychiatrische opname, terwijl zij in de algemene bevolking (zie bijlage 1) 63% vertegenwoordigen. De verdeling van psychiatrische opnames volgens leeftijd verschilt niet significant tussen psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen.

De patiënten zijn hoofdzakelijk vrouwen (53,5%). Zij worden iets vaker opgenomen in een PAAZ (55,8%) dan in een psychiatrisch ziekenhuis (50,9%).

Bijna vier op de tien patiënten (39,3%) hebben het VT-statuuut, terwijl zij in de algemene bevolking ongeveer 13% vertegenwoordigen. Wat de sociale categorie betreft, heeft 29,2% van de opgenomen patiënten het statuut van invalide, wat aanzienlijk hoger ligt dan het aandeel invaliden in de algemene bevolking (ongeveer 4%). Psychiatrische ziekenhuizen ontvangen een meer kwetsbare populatie, met een aandeel patiënten met het recht op VT van 43,4% (tegenover 35,6% in algemene ziekenhuizen) en een aandeel invalide patiënten van 31,0% (tegenover 27,6%).

Wat de geografische spreiding betreft, woont 47,4% van de patiënten in Vlaanderen, 35,6% in Wallonië en 17,0% in Brussel. Deze percentages liggen vrij dicht bij die van de algemene bevolking. Waalse patiënten zijn proportioneel sterker vertegenwoordigd in psychiatrische ziekenhuizen (42,1%) dan in algemene ziekenhuizen (29,7%).

Tabel 2: Kenmerken van patiënten opgenomen in de psychiatrie volgens type ziekenhuis

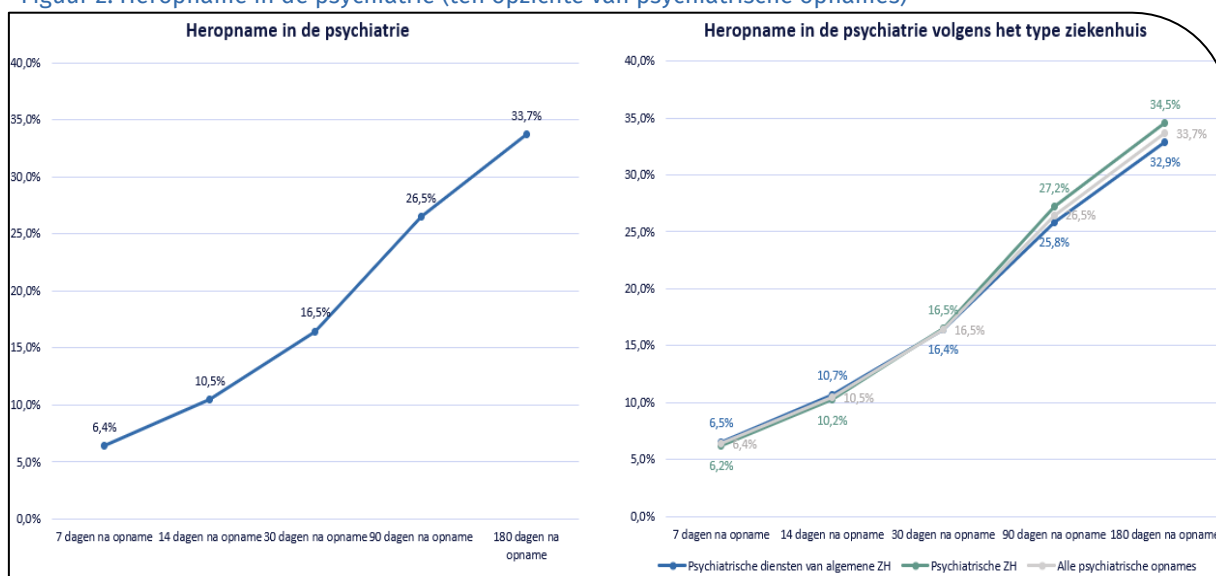
Kenmerken van de patiënten	Globaal (alle types ziekenhuizen)		Psychiatrische dienst van algemeen ziekenhuis		Psychiatrisch ziekenhuis	
	Aantal patiënten	%	Aantal patiënten	%	Aantal patiënten	%
Sociale categorie						
Ambtenaar	485	2,4	296	2,8	189	1,9
Bediende	2.657	12,9	1619	15,1	1.038	10,6
Gehandicapte	803	3,9	292	2,7	511	5,2
Zelfstandige	710	3,5	428	4,0	282	2,9
Invalide	6.011	29,2	2.967	27,6	3.044	31,0
Arbeider	2.351	11,4	1.361	12,7	990	10,1
Persoon ten laste (PTL)	4.334	21,1	2.237	20,8	2.097	21,4
Gepensioneerd	1.885	9,2	933	8,7	952	9,7
Weduwnaar of wees	203	1,0	90	0,8	113	1,2
Andere	1.120	5,5	525	4,9	595	6,1
Geslacht						
Vrouw	10.994	53,5	6.002	55,8	4.992	50,9
Man	9.565	46,5	4.746	44,2	4.819	49,1
Rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT)						
Zonder VT-statuu	12.473	60,7	6.917	64,4	5.556	56,6
VT-statuu	8.086	39,3	3.831	35,6	4.255	43,4
Gewest woonplaats						
Brussel	3.496	17,0	2.180	20,3	1.316	13,4
Vlaanderen	9.735	47,4	5.374	50,0	4.361	44,5
Wallonië	7.328	35,6	3.194	29,7	4.134	42,1
Leeftijdsgroep						
< 19 jaar	2.481	12,1	1.326	12,3	1.155	11,8
19-40 jaar	7.557	36,8	3.841	35,7	3.716	37,9
41-64 jaar	8.678	42,2	4.695	43,7	3.983	40,6
>= 65 jaar	1.843	9,0	886	8,2	957	9,8

Evolutie in de tijd van heropnames in de psychiatrie (opvolging over 6 maanden)

De longitudinale analyse toont een cumulatief toenemend aandeel patiënten dat binnen een bepaalde periode na ontslag opnieuw wordt opgenomen. Voor de volledige cohort bedraagt dit percentage 6,4% tussen de 2e en de 7e dag na ontslag uit het ziekenhuis, 10,5% tussen de 2e en de 14e dag, en 16,5% tussen de 2e en de 30e dag. Op langere termijn wordt 26,5% van de patiënten opnieuw opgenomen tussen de 2e en de 90e dag, en 33,7% tussen de 2e en de 180e dag (6 maanden).

De stratificatie volgens type instelling toont een gekruiste dynamiek. In de vroege fase (2-14 dagen) liggen de heropnames iets hoger voor algemene ziekenhuizen. Na de eerste maand keert de trend om (al blijven de verschillen relatief beperkt): na 180 dagen bedraagt het percentage heropnames 34,5% voor psychiatrische ziekenhuizen tegenover 32,9% voor algemene ziekenhuizen.

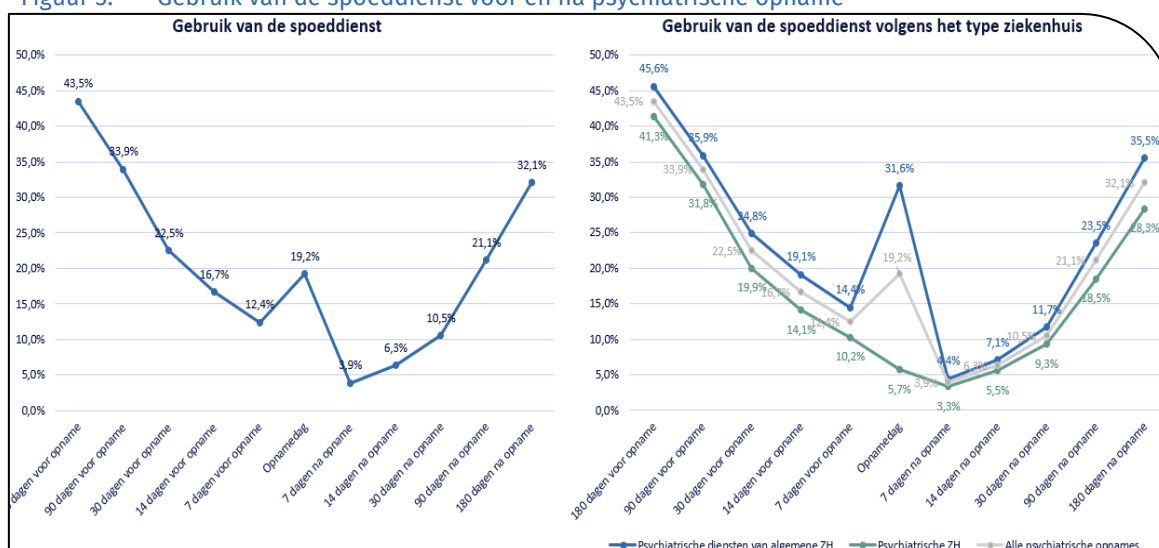
Figuur 2: Heropname in de psychiatrie (ten opzichte van psychiatrische opnames)



Gebruik van de spoeddienst

Het gebruik van de spoeddienst vertoont een asymmetrische 'U-vormige' curve. In de periode vóór de psychiatrische ziekenhuisopname bezocht 43,5% van de patiënten de spoeddienst binnen de 180 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname. Dit percentage daalt tot 22,5% op 30 dagen en vervolgens tot 12,4% in de 7 dagen vóór de opname in de psychiatrie. De opnamedag zelf markeert een tijdelijke piek (19,2%), voornamelijk gedragen door algemene ziekenhuizen, waar 31,6% van de opnames via de spoeddienst verloopt, tegenover slechts 5,7% in psychiatrische ziekenhuizen. Na de opname daalt het gebruik van de spoeddienst tot 3,9% op 7 dagen, waarna het geleidelijk opnieuw stijgt tot 32,1% op 180 dagen. Patiënten opgenomen in algemene ziekenhuizen blijven gedurende de volledige periode van 12 maanden systematisch vaker gebruikmaken van de spoedgevallendienst dan patiënten van psychiatrische ziekenhuizen.

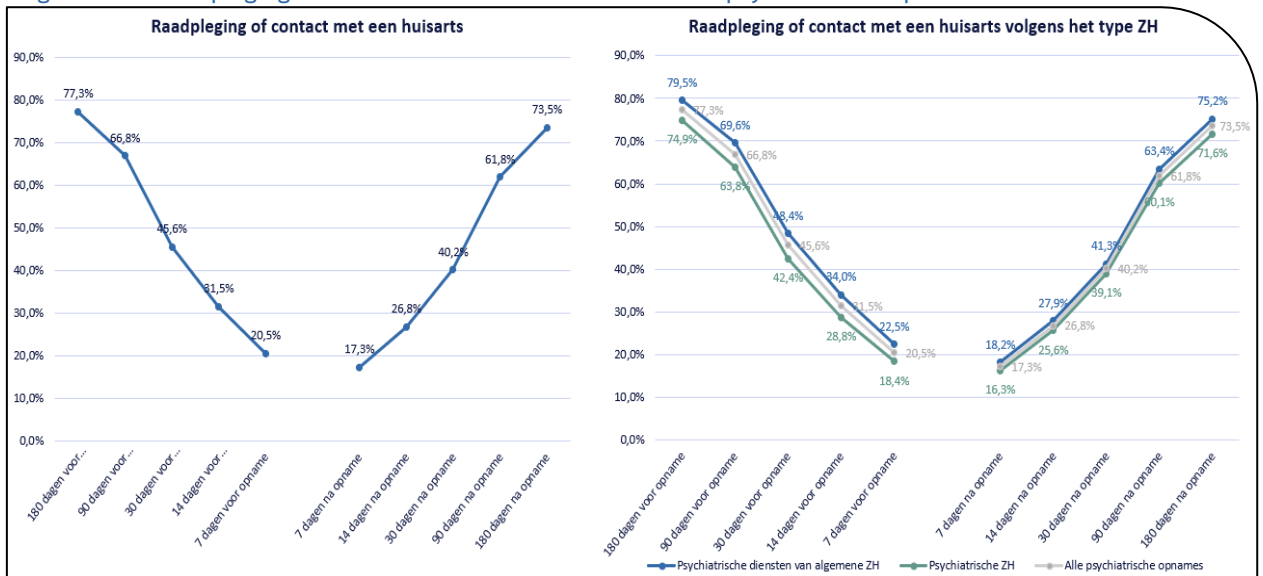
Figuur 3: Gebruik van de spoeddienst vóór en na psychiatrische opname



Dekking en continuïteit van ambulante zorg

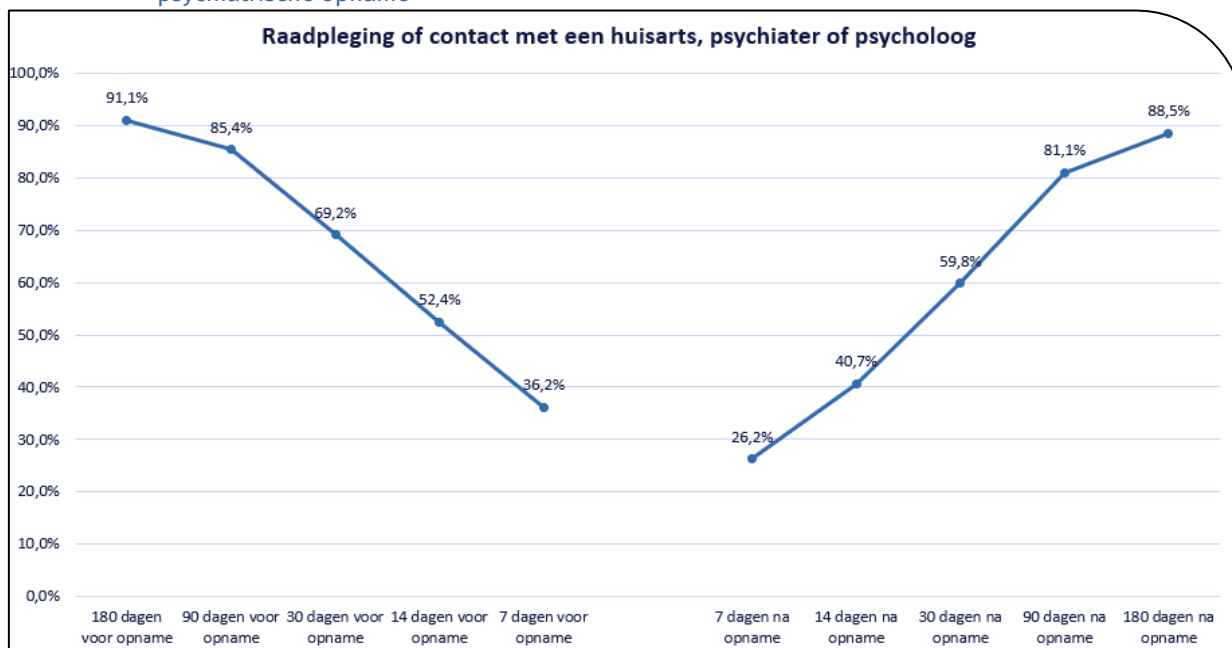
Huisartscontacten concentreren zich beperkt in de periode die de psychiatrische opname onmiddellijk voorafgaat: slechts 20,5% van de patiënten consulteert een huisarts in de laatste 7 dagen vóór opname. Het cumulatieve percentage stijgt tot 77,3% wanneer een periode van 180 dagen vóór opname wordt beschouwd. De week na ontslag uit de ziekenhuisopname vormt een kritisch moment van zorgonderbreking: slechts 17,3% van de patiënten raadpleegt een huisarts tussen de 2e en de 7e dag na opname. Deze opvolging herstelt zich nadien en bereikt 73,5% op 180 dagen na opname. Patiënten van algemene ziekenhuizen behouden steeds een licht hogere dekking in de algemene geneeskunde dan patiënten van psychiatrische ziekenhuizen. Dit verschil blijft echter relatief beperkt in de periode na ontslag uit het ziekenhuis.

Figuur 4: Raadpleging of contact met een huisarts vóór en na psychiatrische opname



Wanneer ook andere zorgverleners (huisarts, psychiater of psycholoog) worden meegerekend, had 91,1% van de patiënten binnen de 180 dagen vóór hun opname minstens één contact met een van deze zorgverstrekkers. Dit percentage daalt tot 69,2% in de 30 dagen vóór de ziekenhuisopname en tot 36,2% in de 7 dagen ervoor. Kort na ontslag uit het ziekenhuis heeft slechts 26,2% van de patiënten minstens één contact (huisarts, psychiater of psycholoog) binnen de 7 dagen na ontslag. Het cumulatieve aandeel patiënten met minstens één zorgcontact neemt vervolgens geleidelijk toe tot 88,5% binnen de 180 dagen na ontslag.

Figuur 5: Raadpleging of contact met een huisarts, psychiater of psycholoog vóór en na psychiatrische opname

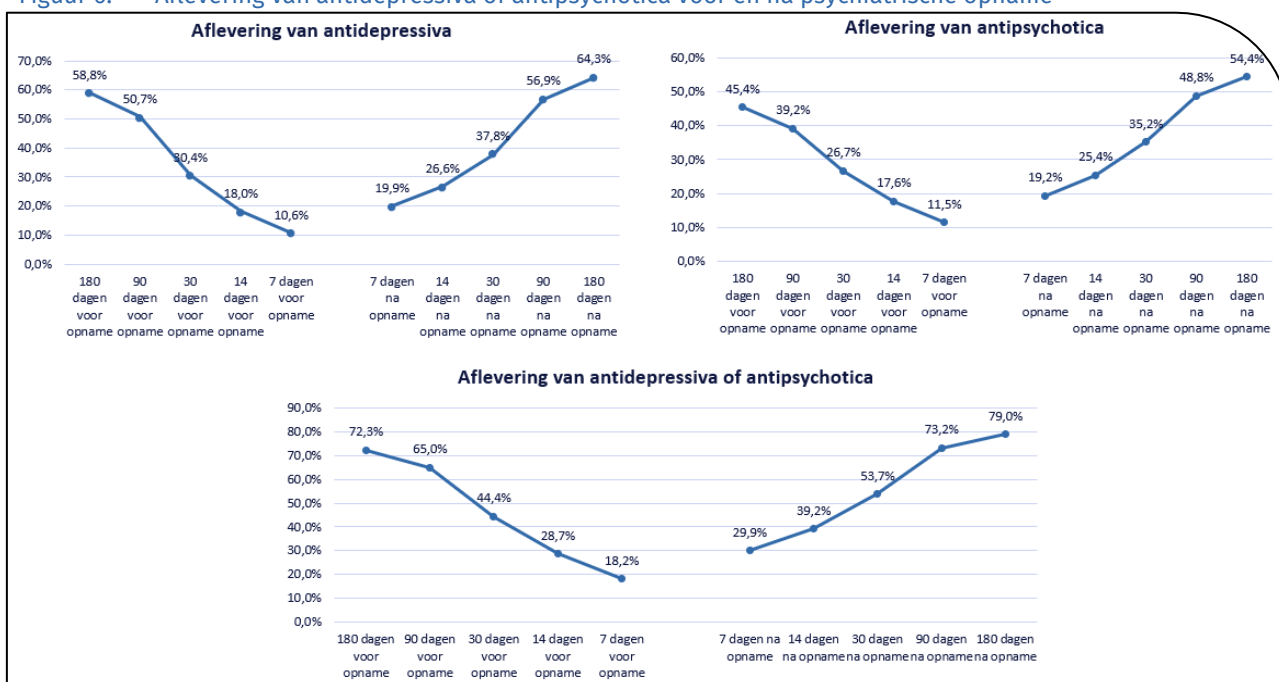


Aflevering van antidepressiva of antipsychotica

Afleveringen van antidepressiva of antipsychotica komen frequent voor in de periode voorafgaand aan een psychiatrische opname. Het cumulatieve aandeel patiënten met minstens één aflevering bedraagt 18,2% binnen de 7 dagen vóór opname en loopt op tot 44,4% binnen 30 dagen, 65,0% binnen 90 dagen en 72,3% binnen 180 dagen vóór opname. Bijna twee op drie opgenomen patiënten kregen aldus antidepressiva of antipsychotica afgeleverd in de 90 dagen voorafgaand aan hun opname.

In de periode na ontslag uit de ziekenhuisopname wordt een geleidelijke toename vastgesteld van het cumulatieve aandeel patiënten met minstens één aflevering van antidepressiva of antipsychotica. Dit aandeel bedraagt 29,9% binnen de 7 dagen na opname, 53,7% binnen de 30 dagen en 73,2% binnen de 90 dagen. Binnen de 180 dagen na opname loopt dit op tot 79,0%.

Figuur 6: Aflevering van antidepressiva of antipsychotica vóór en na psychiatrische opname



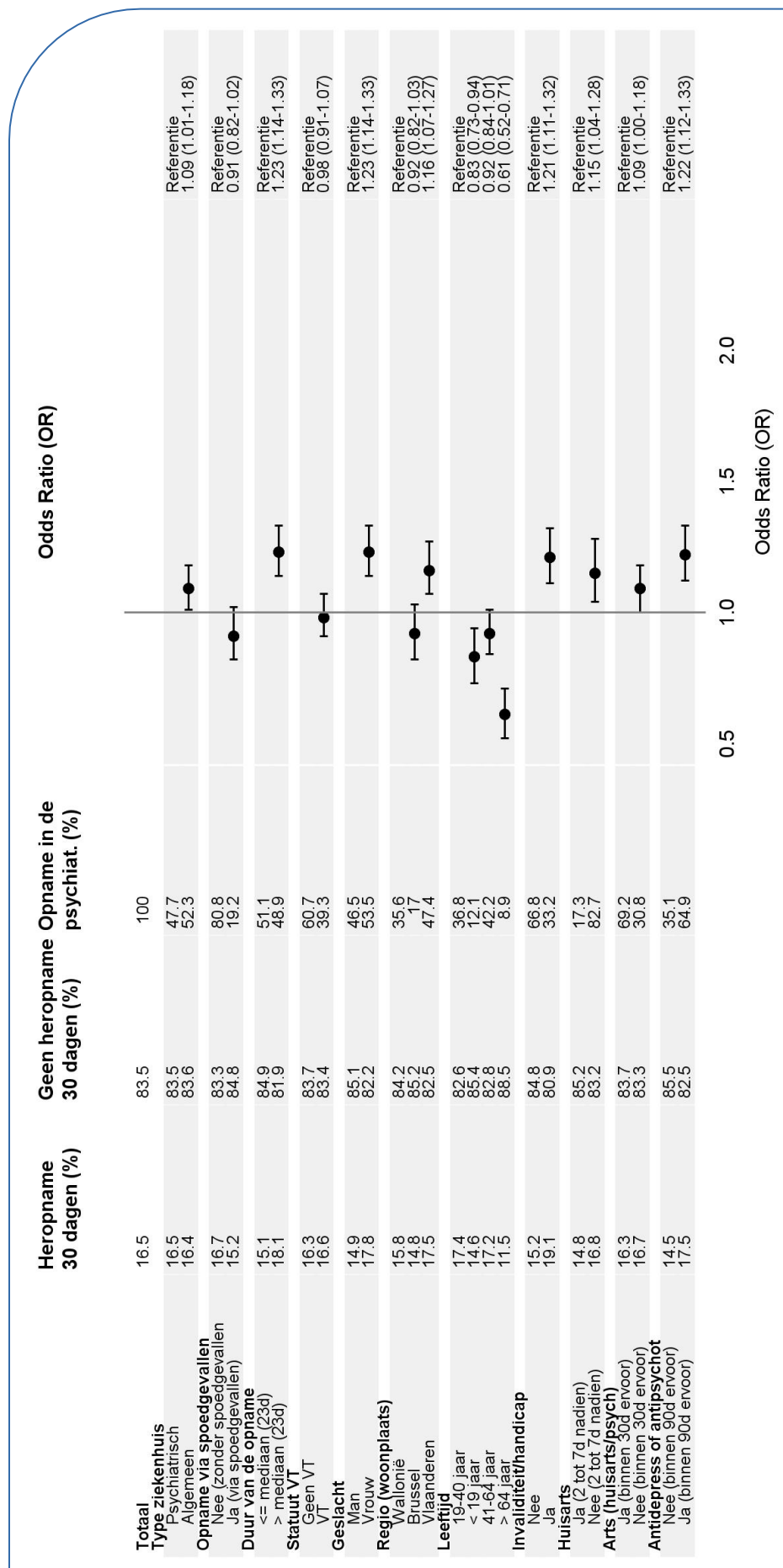
Heropnames binnen 30 dagen en identificatie van risicofactoren

Onze gegevens tonen aan dat 16,5% van de patiënten opnieuw werd opgenomen in de psychiatrie binnen 30 dagen na ontslag, na uitsluiting van heropnames die plaatsvonden op dezelfde dag of de dag na ontslag uit het ziekenhuis.

De logistische regressie bracht verschillende factoren aan het licht die dit risico op heropname significant beïnvloeden (uitgedrukt in aangepaste Odds Ratio, aOR, met 95%-betrouwbaarheidsinterval/BI):

- Factoren gelinkt aan het verblijf: een opname in een algemeen ziekenhuis verhoogt licht het risico op heropname binnen 30 dagen in vergelijking met een psychiatrisch ziekenhuis (aOR = 1,09 [1,01-1,18]). Verblijven die langer duren dan de mediaan van 23 dagen gaan gepaard met een hoger risico op heropname (aOR = 1,23 [1,14-1,33]). We stellen geen statistisch significante associatie vast tussen een niet-geplande opname (opname via de spoeddienst) en een heropname.
- Sociodemografische factoren: vrouwen vertonen een hoger risico op heropname dan mannen (aOR = 1,23 [1,14-1,33]). Patiënten die in Vlaanderen wonen hebben een hoger risico dan patiënten uit Wallonië (aOR = 1,16 [1,07-1,27]). Het statuut van invalide of persoon met een handicap verhoogt eveneens dit risico (aOR = 1,21 [1,11-1,32]) in vergelijking met personen zonder dit statuut. Daarentegen hebben personen jonger dan 19 jaar (aOR = 0,83 [0,73-0,94]) en personen ouder dan 64 jaar (aOR = 0,61 [0,52-0,71]) minder kans om opnieuw opgenomen te worden dan personen tussen 19 en 40 jaar. Daarnaast merken we geen statistisch significante associatie op tussen het VT-statuuut en heropname.
- Factoren gelinkt aan het zorgtraject: het ontbreken van een raadpleging bij een huisarts tussen dag 2 en dag 7 na ontslag is geassocieerd met een verhoogd risico op heropname (aOR = 1,15 [1,04-1,28]). Eveneens verhoogt het ontbreken van een raadpleging bij een huisarts, psychiater of psycholoog binnen de 30 dagen vóór opname licht het risico (aOR = 1,09 [1,00-1,18]). Tot slot is het gebruik van antidepressiva of antipsychotica in de 90 dagen vóór de ziekenhuisopname een significante voorspeller van heropname (aOR = 1,22 [1,12-1,33]).

Figuur 7: Risicofactoren voor heropname in de psychiatrie binnen 30 dagen na ontslag uit een initiële psychiatrische ziekenhuisopname



05 Discussie

Deze studie, die tot doel had psychiatrische opnames te beschrijven, patiëntprofielen te karakteriseren, zorgtrajecten vóór en na opname te analyseren en risicofactoren voor heropname binnen 30 dagen te identificeren, levert een aantal duidelijke bevindingen op. Psychiatrische opnames kennen qua aantal een quasi gelijke verdeling tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen. De opgenomen populatie wordt gekenmerkt door een uitgesproken sociaaleconomische kwetsbaarheid, onder meer wat betreft het VT-statuuut en invaliditeit. De analyse toont verder een duidelijke breuk in zorgcontinuïteit in de week na ontslag, waarbij vastgesteld wordt dat slechts een minderheid van de patiënten contact heeft met ambulante zorgverstrekkers. Tegelijkertijd liggen de heropnamecijfers hoog (16,5% binnen 30 dagen en 33,7% binnen 6 maanden), waarbij het percentage binnen 30 dagen nauw aansluit bij dat gerapporteerd in het KCE performantierapport (17,6%). Het statistisch model bevestigt verder dat deze heropnames samenhangen met een combinatie van verblijfskenmerken, patiëntkenmerken en aspecten van ambulante opvolging.

Deze resultaten wijzen op structurele uitdagingen inzake zorgcontinuïteit, met name in de overgang van ziekenhuiszorg naar ambulante opvolging. Ze sluiten daarmee aan bij de doelstellingen van het memorandum 'Horizon 2030' van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, dat onder andere een versterkte ontslagplanning en nazorg als actiepunten formuleert. Hoewel deze studie geen directe uitspraken toelaat over de mate van afstemming tussen zorgverstrekkers of de aanwezigheid van gestructureerde ontslagprocedures, suggereren de vastgestelde lacunes in opvolging en de samenhang met heropnames dat deze elementen een belangrijke rol kunnen spelen. Deze bevindingen vormen een belangrijke basis voor de verdere discussie rond mogelijke verbeterpunten in het zorgtraject.

Uitdagingen met betrekking tot zorgcontinuïteit en de rol van de eerste lijn

De geobserveerde lacune in ambulante zorg na ontslag is niet verwaarloosbaar: slechts 17,3% van de patiënten raadpleegt een huisarts, en 26,2% ziet een relevante zorgverstrekker in bredere zin, in de week na ontslag uit het ziekenhuis. De kloof met de cijfers uit het rapport van het KCE is daarbij bijzonder groot. 43,5% van alle personen van 65 jaar en ouder raadpleegt zijn huisarts binnen de 7 dagen na ziekenhuisontslag (over alle opnames heen).¹⁵ Dit contrast met onze resultaten suggereert dat patiënten na een psychiatrische opname mogelijk specifieke obstakels ondervinden om de zorgcontinuïteit te waarborgen, al kan ook niet worden uitgesloten dat de betrokken zorgactoren zelf minder procedures of formele mechanismen hebben om deze continuïteit te organiseren en te garanderen. Daarnaast dient rekening te worden gehouden met het feit dat de eerstelijnszorg onder toenemende druk staat en geconfronteerd wordt met een hoge zorgvraag, wat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van tijdige opvolging kan beïnvloeden. Dit onderstreept het belang van een proactieve ontslagplanning, waarbij reeds vóór ontslag concrete afspraken worden gemaakt met de eerste lijn. Het regressiemodel ondersteunt dit, aangezien het gebrek aan opvolging door een huisarts binnen de 7 dagen geassocieerd is met een significant verhoogd risico op heropname binnen 30 dagen ($ORa = 1,15 [1,04-1,28]$). Dit is consistent met de bevindingen die gerapporteerd worden in de introductie.

Bovendien blijkt uit internationaal onderzoek dat de periode na ontslag uit een psychiatrische opname gepaard gaat met een uitgesproken verhoogd suïciderisico. Een meta-analyse van Chung et al. (2017) rapporteert een geschatte suïcidegraad van 484 per 100.000 persoonsjaren, met een piek in de eerste drie maanden na ontslag (1.132 per 100.000 persoonsjaren). Het risico ligt nog hoger bij patiënten die werden opgenomen omwille van suïcidale gedachten of gedrag.¹⁶ Een studie uit 2023 van Che et al. toont dat zeer snelle opvolging (binnen de 7 dagen) geassocieerd is met een lager risico op overlijden door suïcide.¹⁷ Deze bevindingen benadrukken dat de post-ontslagfase een periode van verhoogde klinische kwetsbaarheid vormt, waarin tijdige en goed georganiseerde opvolging cruciaal is.

De implementatie van gestructureerde ontslagprocedures vormt in dit kader een belangrijke hefboom. Internationale richtlijnen, zoals die van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE), bevelen aan om al vóór ontslag een opvolgafspraken vast te leggen, de continuïteit van informatie te verzekeren via een snelle ontslagbrief (binnen de 24 uur) en het zorgplan toegankelijk te maken voor alle betrokken zorgverleners.¹⁸

Dit gebrek aan zorgcoördinatie wordt eveneens bevestigd in het KCE-rapport (2026) over onvervulde gezondheidsgerelateerde behoeften bij personen met een psychotische problematiek. Hoewel de meeste patiënten trouw blijven aan dezelfde zorgverlener(s), blijkt vooral de zorgcoördinatie tussen verschillende instellingen en zorgverleners een uitdaging. Patiënten geven aan dat zij vaak onvoldoende ondersteuning krijgen bij de overgang van intramurale naar ambulante zorg.¹⁹

Instrumenten zoals het multidisciplinair overleg (MDO), waarbij een zorgteam samenkomt om de zorg en ondersteuning van een persoon in de thuissituatie te coördineren en dat sinds 2019 een deelstaatbevoegdheid is, beogen deze zorgcoördinatie te ondersteunen. De implementatie ervan blijft echter beperkt en wordt onvoldoende gemonitord. In Vlaanderen werden in 2023 slechts 2.320 MDO's geregistreerd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar het aantal MDO's dat betrekking heeft op psychiatrische problematiek; bovendien hebben de geregistreerde MDO's voornamelijk betrekking op oudere patiënten.²⁰ Voor Wallonië zijn geen publieke cijfers beschikbaar, al wijst de recurrente onderbenutting van het budget mogelijk op een beperkt gebruik. Ook in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ontbreekt specifieke monitoring, maar bestaan er wel samenwerkingsafspraken tussen Brusano (eerste lijn) en de psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-afdelingen.

Deze vaststellingen wijzen op een bredere structurele lacune: hoewel instrumenten voor zorgcoördinatie bestaan in de verschillende regio's, ontbreekt het aan consistente registratie, monitoring en evaluatie van hun gebruik en effectiviteit. Daarnaast kan worden verondersteld dat de bestaande overlegstructuren niet altijd voldoende zijn afgestemd op de specifieke noden en trajectkenmerken van patiënten met psychische aandoeningen. Dit kan ertoe leiden dat dergelijke overlegmomenten minder frequent worden ingezet of minder effectief zijn in het ondersteunen van zorgcontinuïteit binnen deze populatie. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn administratieve drempels, complexe procedures en een beperkte financiële vergoeding voor de betrokken zorgverleners, wat de implementering en het routinematig gebruik van deze overlegvormen kan bemoeilijken.

Type ziekenhuis

Tegen deze achtergrond moeten ook de verschillen in heropnamerisico naar type ziekenhuis worden geïnterpreteerd. De kans op heropname is licht hoger wanneer de indexopname plaatsvond in een algemeen ziekenhuis versus een psychiatrisch ziekenhuis ($ORa = 1,09 [1,01-1,18]$). Dit kan niet verklaard worden door de kortere opnameduur die typisch is voor een algemeen ziekenhuis, aangezien we vaststellen dat net patiënten met een langere opnameduur een hogere kans hebben op heropname ($ORa = 1,23 [1,14-1,33]$). Een element waar we in onze studie geen zicht op hebben, is de indicatie voor opname, hetgeen hierin zou kunnen meespelen. We weten dat beide types instellingen deels verschillende patiëntenprofielen behandelen, wat het verschil in heropnamerisico zou kunnen beïnvloeden. In beide instellingstypes is alcoholafhankelijkheid de meest voorkomende gespecificeerde reden van opname (12,74% in PAAZ en 15,59% in PZ). In psychiatrische ziekenhuizen zijn de tweede en derde meest voorkomende hoofddiagnoses respectievelijk een psychotische stoornis en schizofrenie van het paranoïde type, terwijl dit bij algemene ziekenhuizen depressieve stoornis en aanpassingsstoornis met gemengd angstige en sombere stemming zijn.²¹ Ons literatuuroverzicht vond echter net frequent een verband tussen psychotische stoornissen en heropname. Bovendien worden patiënten vaak geconfronteerd met meer dan één diagnose en/of comorbiditeit met somatische ziekte. Verder onderzoek gebaseerd op diagnostische informatie kan dus zinvol zijn voor de Belgische context.

Daarnaast kan het verschil in heropnamerisico ook wijzen op verschillen in de mate waarin zorgtrajecten na ontslag ingebed zijn in langdurige opvolgstructuren. Psychiatrische ziekenhuizen beschikken mogelijk vaker over meer gespecialiseerde of langdurige zorgnetwerken, terwijl algemene ziekenhuizen vaker functioneren binnen een meer acute zorglogica, wat implicaties kan hebben voor de continuïteit na ontslag.

Wijze van opname

Naast verschillen tussen types instellingen, kan ook de wijze van opname (gepland versus ongepland) iets zeggen over de trajecten die mensen doorlopen binnen onze GGZ. Hoewel Lassemo et al. (2021) aantonen dat ongeplande opnames vaker leiden tot ongeplande en vroege heropnames, werd in onze studie geen significant verband vastgesteld tussen opname via de spoeddienst en heropnamerisico.¹² De wijze van opname lijkt in ons zorgsysteem dus niet bepalend te zijn. Tegelijkertijd toont de beschrijvende analyse duidelijke verschillen in opnamepatronen: 31,6% van de opnames in algemene ziekenhuizen (PAAZ) verloopt via de spoeddienst, tegenover slechts 5,7% in psychiatrische ziekenhuizen. Deze verschillen wijzen erop dat de wijze van opname sterk verweven is met de organisatorische context waarin zorg wordt aangeboden. Een mogelijke verklaring is dat PAAZ-afdelingen, door hun inbedding in een algemeen ziekenhuis en de directe beschikbaarheid van spoeddiensten, vaker fungeren als toegangspoort voor acute of semi-acute problematiek. Opname via de spoeddienst kan in deze context ook een gebruikelijke route binnen het zorgtraject vormen. Daartegenover staan psychiatrische ziekenhuizen, waar opnames vaker lijken te verlopen via een geplande doorverwijzing. Deze bevindingen suggereren dat de wijze van opname minder een verklarende factor is voor heropname op zich, maar eerder een indicatie vormt van verschillen in zorgorganisatie en de wijze waarop patiënten worden toegeleid naar gespecialiseerde zorg.

Een populatie gekenmerkt door klinische en sociodemografische kwetsbaarheid

Naast organisatorische factoren spelen ook patiëntgebonden kenmerken een belangrijke rol in het risico op heropname. Patiënten met klinische en sociale kwetsbaarheidskenmerken, zoals gedefinieerd in deze studie, vertonen een verhoogd risico op heropname in het ziekenhuis. Op klinisch vlak verhoogt voorafgaand gebruik van psychofarmaca (antidepressiva of antipsychotica) het risico ($ORa = 1,22 [1,12-1,33]$), evenals een initiële verblijfsduur van meer dan 23 dagen ($ORa = 1,23 [1,14-1,33]$). Deze parameters weerspiegelen waarschijnlijk een hogere klinische ernst of chroniciteit van klachten. In de literatuur vonden we echter dat eerder korte opnames geassocieerd zijn met heropname.⁶ De relatie tussen verblijfsduur en heropname is dan ook complexer dan louter een weerspiegeling van klinische ernst. Korte verblijven kunnen het gevolg zijn van een mildere problematiek, maar ook onvoldoende stabilisatie bij ontslag of beperkte afstemming op de noden van de patiënt, terwijl langere verblijven vaker voorkomen bij patiënten met meer complexe en chronische problematiek.

Op sociaal vlak vormt het statuut van invalide (langdurig arbeidsongeschikt) of persoon met een handicap een bijkomende risicofactor voor heropname ($ORa = 1,21 [1,11-1,32]$). Deze bevindingen benadrukken dat de coördinatie van zorg tijdens en na de opname een uitgesproken sociale dimensie moet omvatten. De sterke oververtegenwoordiging van deze karakteristieken, namelijk 29,2% met statuut invalide, evenals het VT-statuuut (39,3%), binnen de onderzochte populatie wijst er bovendien op dat een aanzienlijk deel van deze populatie geconfronteerd wordt met financiële kwetsbaarheid en beperkte arbeidsmarktparticipatie. Bij uitbreiding gaan deze socio-economische kwetsbaarheden ook vaak gepaard met een uitdagendere woonomgeving en beperkte gezondheidsvaardigheden. In de analyse van de literatuur verwezen we al naar de rol van onder andere armoedegraad, werkloosheid en opleidingsniveau. Al deze factoren kunnen bijkomende barrières vormen voor de toegang tot nazorg en het behouden van een stabiele zorg na ontslag uit het ziekenhuis, o.a. door moeilijkheden in het navigeren van een reeds gefragmenteerd zorglandschap. Deze bevindingen wijzen op het belang van geïntegreerde zorgmodellen waarin klinische opvolging structureel wordt aangevuld met sociale ondersteuning en actieve zorgcoördinatie.

De grootteorde van de kwetsbaarheid van deze doelgroep wordt bevestigd door het feit dat na zes maanden een derde van de initieel gehospitaliseerde patiënten een heropname heeft. De redenen hiervoor kunnen we opnieuw niet scherpstellen met behulp van onze data. Het is aannemelijk dat een deel van de heropnames de natuurlijke evolutie van bepaalde aandoeningen weerspiegelt en dus onvermijdbaar is. Ernstige problematieken worden nu eenmaal gekenmerkt door een fluctuerend verloop met acute episodes die stabilisatie tijdens een opname vragen. Anderzijds kan dit grote aantal heropnames ook wijzen op een structureel probleem en dus een systemisch gebrek in zorgcontinuïteit reflecteren, wat kan bijdragen aan destabilisatie van patiënten. Diepgaandere analyses die inzicht bieden in zorgtrajecten van individuele patiënten en de motieven voor heropname zouden deze dynamieken beter in kaart kunnen brengen.

Wat leeftijd betreft, situeren de meeste psychiatrische opnames zich in de leeftijdsgroepen 19-40 jaar en 41-64 jaar, die samen 79% van de opnames

vertegenwoordigen, tegenover 63% in de algemene bevolking. Dit wijst op een oververtegenwoordiging van de actieve leeftijdsgroepen in de psychiatrische zorg. Eveneens tonen de resultaten aan dat het risico op heropname lager ligt bij zowel jongeren (<19 jaar; ORa = 0,83 [0,73–0,94]) als ouderen (≥65 jaar; ORa = 0,61 [0,52–0,71]) in vergelijking met de referentiegroep van 19–40 jaar. Dit suggereert dat ook de heropnames zich in het bijzonder concentreren bij jongvolwassenen en volwassenen op actieve leeftijd. Deze bevinding dient echter genuanceerd te worden in het licht van mogelijke verschillen in toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg. Zo is bekend dat ouderen vaak moeilijker de weg vinden naar geestelijke gezondheidszorg, terwijl de zorg voor kinderen en jongeren geconfronteerd wordt met belangrijke toegankelijkheidsproblemen, onder meer door wachttijden. Dit kan ertoe leiden dat zorgnoden in deze leeftijdsgroepen minder snel resulteren in (her)opname, waardoor het lagere heropnamerisico deels een weerspiegeling kan zijn van ondergebruik eerder dan van een effectief lagere zorgbehoefte.

Het hogere risico op heropname bij vrouwen tot slot (OR = 1,23, wat neerkomt op meer dan 20% hogere kans op heropname binnen 30 dagen) moet eveneens geïnterpreteerd worden als het resultaat van een complex samenspel van factoren. Zo is bekend dat vrouwen gemiddeld vaker en sneller gebruikmaken van geestelijke gezondheidszorg, hetgeen we mogelijk ook terugzien in de - weliswaar beperkte - oververtegenwoordiging in de psychiatrische opnames (53,5%). Dit kan niet alleen wijzen op een lagere drempel tot zorggebruik, maar ook op een snellere detectie van herval, wat op zijn beurt kan bijdragen tot een hogere kans op (tijdige) heropname.

Daarnaast spelen verschillen in diagnostisch profiel mogelijk een rol, maar kunnen ook verschillen in klinische besluitvorming een rol spelen, wat kan leiden tot snellere heropname. Verdere analyse, met inbegrip van klinische en contextuele variabelen, is nodig om deze genderkloof beter te begrijpen en correct te duiden.

Regionale verschillen en aanbod ambulante GGZ

Patiënten die in Vlaanderen wonen hebben een 16% hoger risico op heropname binnen 30 dagen in vergelijking met patiënten in Wallonië. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in regionale verschillen in het zorgaanbod. Het aanbod aan psychiatrische ziekenhuisbedden is immers groter in Vlaanderen dan in de andere regio's, met 139 bedden per 100.000 inwoners in het Vlaamse Gewest tegenover respectievelijk 112 en 115 per 100.000 inwoners in respectievelijk het Brussels Hoofdstedelijk en het Waals Gewest.²² De beschikbaarheid van ziekenhuiscapaciteit kan het gebruik ervan beïnvloeden, een fenomeen dat in de literatuur beschreven wordt als 'supply sensitive care' of 'Roemer's Law'.²³ In regio's met een groter aanbod aan bedden kan de drempel voor (her)opname bijgevolg lager liggen.

Daarnaast kunnen ook verschillen in de organisatie en beschikbaarheid van ambulante geestelijke gezondheidszorg tussen de deelstaten en binnen de netwerken geestelijke gezondheidszorg een rol spelen. Op basis van de beschikbare data kan echter niet worden vastgesteld in welke mate verschillen in zorgcapaciteit of opvolgstructuren deze regionale variatie verklaren.

Wel zijn er aanwijzingen dat de ambulante capaciteit onder druk staat, wat de zorgcontinuïteit kan bemoeilijken. Hoewel systematische gegevens over wachttijden beperkt zijn, geven beschikbare bronnen een indicatie van de toegankelijkheid van

ambulante zorg. Uit het dashboard van de Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) blijkt dat de gemiddelde wachttijd tussen aanmelding en eerste contact in 2024 38 dagen bedroeg, en gemiddeld 50 dagen tot het tweede contact, waardoor structurele begeleiding vaak pas na meer dan twee maanden opstart.²⁴ In Brussel ontvangen patiënten bij de Services de Santé Mentale in de helft van de gevallen zorg binnen 16 dagen en driekwart binnen 33 dagen, maar slechts 25% van de aanmeldingen wordt daadwerkelijk opgestart; het merendeel wordt geheroriënteerd naar andere diensten of zorgverstrekkers, waar eveneens beperkingen in capaciteit spelen. Opvallend is dat slechts een klein deel van deze doorverwijzingen te wijten is aan een mismatch tussen vraag en aanbod, terwijl de meerderheid het gevolg is van de eigen beperkte beschikbaarheid.²⁵

Deze signalen worden bevestigd door een bevraging van de Belgische Federatie voor Ambulante Psychiatrie (2026), waaruit blijkt dat ongeveer 60% van de bevroegde psychiaters een aanmeldingsstop hanteert, en dat de kortetermijnbeschikbaarheid van Nederlandstalige psychiaters is gedaald van 16,5% in 2023 naar 5,4% in 2024. Bovendien overweegt 33,6% van de bevroegde psychiaters hun ambulante activiteiten af te bouwen.²⁶

Ook Willems et al. (2025) wijzen op structurele spanningen in het zorgaanbod. Volgens deze auteurs heeft de hervorming van artikel 107, die een vermindering van het aantal ziekenhuisbedden beoogde om de vermaatschappelijking van zorg te ondersteunen, niet geleid tot een voldoende uitbouw van intensieve ambulante zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Deze patiënten worden dan ook vaak geconfronteerd met enerzijds een tekort aan psychiatrische bedden en anderzijds mobiele teams die niet kunnen tegemoetkomen aan de intensieve zorgvraag.²⁷

Samen genomen suggereren deze bevindingen dat regionale verschillen in heropname niet uitsluitend het gevolg zijn van patiëntkenmerken, maar ongetwijfeld ook samenhangen met verschillen in zorgcapaciteit en toegankelijkheid, in het bijzonder binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Beperkingen van de studie

Het exclusieve gebruik van administratieve en facturatiegegevens laat een betrouwbare modellering toe van zorggebruik, maar beperkt de klinische analyse. De studie beschikt niet over precieze psychiatrische diagnoses (zoals schizofrenie, ernstige depressie), noch over de klinische redenen voor heropname, noch over een evaluatie van de familiale ondersteuning van de patiënt thuis. Daardoor is het bijvoorbeeld niet mogelijk om te bepalen of het verhoogde risico op psychiatrische heropname in een algemeen ziekenhuis ($ORa = 1,09 [1,01-1,18]$) te wijten is aan het specifieke ziekteverloop of aan verschillende ontslagprotocollen tussen instellingen.

Daarnaast is de analyse uitsluitend gebaseerd op raadplegingen die terugbetaald worden door de verplichte verzekering: voor mobiele teams gaan enkel psychiatrische raadplegingen mee in de gegevens, terwijl deze slechts een klein deel van hun activiteiten vertegenwoordigen. Evenzo konden enkel psychologische raadplegingen binnen het kader van de conventie eerstelijns psychologische zorg worden geanalyseerd: raadplegingen in privépraktijken of in centra voor geestelijke gezondheidszorg konden niet worden opgenomen in de analyse. Bijgevolg kan de

zorgcontinuïteit worden onderschat. Omgekeerd werden alle raadplegingen bij een huisarts opgenomen in de analyse, zonder onderscheid te kunnen maken naar de reden van de raadpleging (die dus ook los kan staan van de aandoening waarvoor de ziekenhuisopname plaatsvond), wat kan leiden tot een overschatting van de zorgcontinuïteit.

Daarnaast werden patiënten ingeschreven in een medisch huis niet uitgesloten van de analyse. Dit kan leiden tot een lichte onderschatting van indicatoren met betrekking tot ambulante opvolging na ontslag, aangezien contacten binnen deze structuren niet per verstrekking worden gefactureerd maar via een forfaitair financieringsmodel verlopen, en dus niet zichtbaar zijn in de gebruikte administratieve gegevens. Een bijkomende analyse waarbij deze populatie werd uitgesloten, toonde echter geen significante impact op de resultaten, met name niet op het statistische model. Om de populatie die is opgenomen in de psychiatrie zo volledig mogelijk te nemen, werd ervoor gekozen deze patiënten niet uit te sluiten.

Conclusie

Om het hoge heropnamecijfer in de psychiatrie - 16,5% binnen 30 dagen en 33,7% binnen zes maanden - terug te dringen, lijkt een versterking van de zorgcontinuïteit essentieel. In het bijzonder vormt de periode onmiddellijk na ontslag een kritisch scharniermoment, waarin patiënten opnieuw verbonden moeten worden met hun ambulante zorgnetwerk.

Onze bevindingen tonen aan dat het ontbreken van tijdige opvolging samenhangt met een verhoogd risico op heropname. In combinatie met bestaande literatuur suggereren deze resultaten dat heropnames niet uitsluitend het gevolg zijn van individuele klinische evoluties, maar mogelijk ook beïnvloed worden door factoren zoals de organisatie van zorgtrajecten, de toegankelijkheid van ambulante zorg en de mate van coördinatie tussen zorgniveaus.

Het versterken van de opvolging in de eerste lijn, met bijzondere aandacht voor de eerste zeven dagen na ontslag, kan bijdragen tot het beperken van zorgfragmentatie en het verminderen van vermijdbare heropnames. Dit vereist een meer proactieve en beter afgestemde organisatie van zorg, waarbij continuïteit systematisch wordt ingebed in het zorgtraject.

06 Aanbevelingen

Aan federale en regionale overheden

- **Versterk structureel de capaciteit en toegankelijkheid van eerstelijns- en gespecialiseerde ambulante GGZ** om wachttijden te reduceren en te vermijden dat ontslag uit opname leidt tot zorgbreuken of vermijdbare heropname.
- Maak **multidisciplinair overleg** in de geestelijke gezondheidszorg eenvoudiger, flexibeler en beter afgestemd op de doelgroep, door administratieve drempels te verlagen, te voorzien in een billijke vergoeding en ook overleg in kleinere, doelgerichte teams mogelijk te maken.
- **Investeer in geïntegreerde gegevensdeling en datainfrastructuur** die patiëntentrajecten in de geestelijke gezondheidszorg over zorgsettings en beleidsniveaus heen zichtbaar maakt, zodat monitoring, evaluatie en beleidssturing mogelijk worden.
- Ontwikkel en implementeer **indicatoren voor zorgcontinuïteit** (bv. contact binnen 7 dagen na ontslag, heropnamegraad) en koppel hier systematische monitoring en feedback aan.

Aanbevelingen voor zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers verbonden aan deze voorzieningen

- **Het systematisch opstellen van een interdisciplinair en transmuraal zorgplan vanaf het begin van de hospitalisatie**, met systematische risicoscreening en ontslagmanagement als vast onderdeel van dit plan.
- **Zorgen voor een gestandaardiseerde en snelle overdracht van informatie naar de zorgverleners die de zorg verder opnemen**, zodat zij beschikken over de klinische en sociale gegevens die nodig zijn voor de verdere begeleiding en behandeling van de persoon. Daartoe moeten **minimale normen voor informatieoverdracht** worden vastgelegd.
- **Erken en versterk de rol van familie en andere context als volwaardige partners in zorg**. Structureer hun betrokkenheid via systematische contextgesprekken vóór ontslag, gerichte ondersteuning en begeleiding, en een betere afstemming met de woon- en leefcontext van de patiënt, met respect voor diens autonomie

Aan de actoren betrokken bij de transmurale transitie

- **Garandeer tijdig een eerste contact na ontslag**. Leg vast dat elke patiënt binnen een korte, duidelijk gedefinieerde termijn (bijv. binnen 7 dagen) contact heeft met een ambulante zorgverlener.
- **Differentieer deze opvolging op basis van risicoprofielen, met intensievere opvolging voor patiënten** met een verhoogd risico op heropname.

- Organiseer **structurele zorgcoördinatie** voor patiënten met complexe noden door per patiënt één vaste zorgcoördinator aan te wijzen (bv. huisarts, lid van een mobiel team, of andere professional), die verantwoordelijk is voor opvolging na ontslag en afstemming tussen zorg- en welzijnsactoren. Veranker deze rol in een zorgtraject en voorzie hiervoor **structurele financiering** waar nodig.
- Zet **ervaringsdeskundigen (peer support)** structureel in als partners in de zorgcoördinatie, zowel tijdens opname als in de opvolging na ontslag, om patiënten te ondersteunen in hun herstel, therapietrouw en aansluiting bij ambulante zorg.

Aan wetenschappelijke beroepsverenigingen en onderzoekers

- **Investeer in verder onderzoek** dat toelaat om ook klinische parameters mee in rekening te brengen bij de analyse van zorgcontinuïteit in België.
- **Ontwikkel wetenschappelijke richtlijnen**, toepasbaar binnen de Belgische context, die concrete handvaten bieden aan zorgverstrekkers in de ziekenhuis- en ambulante zorgsector om zorgcontinuïteit beter te implementeren

07 Bijlage

Bijlage 1: Kenmerken van patiënten opgenomen in de psychiatrie volgens type ziekenhuis in vergelijking met de algemene bevolking

Kenmerken van de patiënten	Globaal (totaal aantal verblijven in de psychiatrie)		Psychiatrische dienst van algemeen ziekenhuis		Psychiatrisch ziekenhuis		Algemene bevolking
	Aantal patiënten	%	Aantal patiënten	%	Aantal patiënten	%	%
Sociale categorie							
Ambtenaar	485	2,4	296	2,8	189	1,9	3,5
Bediende	2.657	12,9	1.619	15,1	1.038	10,6	22,6
Gehandicapte	803	3,9	292	2,7	511	5,2	0,4
Zelfstandige	710	3,5	428	4,0	282	2,9	9,4
Invalide	6.011	29,2	2.967	27,6	3.044	31,0	4,1
Arbeider	2.351	11,4	1.361	12,7	990	10,1	11,8
Persoon ten laste (PTL)	4.334	21,1	2.237	20,8	2.097	21,4	31,1
Gepensioneerd	1.885	9,2	933	8,7	952	9,7	14,0
Weduwnaar of wees	203	1,0	90	0,8	113	1,2	1,5
Andere	1.120	5,5	525	4,9	595	6,1	1,5
Geslacht							
Vrouw	10.994	53,5	6.002	55,8	4.992	50,9	50,8
Man	9.565	46,5	4.746	44,2	4.819	49,1	49,2
Rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT)							
Zonder VT-statuu	12.473	60,7	6.917	64,4	5.556	56,6	87,2
VT-statuu	8.086	39,3	3.831	35,6	4.255	43,4	12,8
Gewest woonplaats							
Brussel	3.496	17,0	2.180	20,3	1.316	13,4	20,0
Vlaanderen	9.735	47,4	5.374	50,0	4.361	44,5	44,0
Wallonië	7.328	35,6	3.194	29,7	4.134	42,1	36,0
Leeftijdsgroep							
< 19 jaar	2.481	12,1	1.326	12,3	1.155	11,8	21,9
19-40 jaar	7.557	36,8	3.841	35,7	3.716	37,9	29,8
41-64 jaar	8.678	42,2	4.695	43,7	3.983	40,6	32,9
>= 65 jaar	1.843	9,0	886	8,2	957	9,8	15,5

08 Bibliografie

- ¹ S Gerkens, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2025. KCE Reports 376As. DOI: [D/2025/10.273/42](https://doi.org/10.273/42).
- ² Haggerty J L, Reid R J, Freeman G K, Starfield B H, Adair C E, McKendry R et al. Continuity of care: a multidisciplinary review *BMJ* 2003; 327 :1219 doi:[10.1136/bmj.327.7425.1219](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219)
- ³ Digel Vandyk A, Graham ID, VanDenKerkhof EG, Ross-White A, Harrison MB. Towards a conceptual consensus of continuity in mental healthcare: focused literature search and theory analysis. *Int J Evid Based Healthc*. 2013;11(2):94-109. doi:[10.1111/1744-1609.12024](https://doi.org/10.1111/1744-1609.12024)
- ⁴ Hermans S, Sevenants A. Referentiekader over continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2020)
- ⁵ Berardelli I, Sarubbi S, Rogante E, et al. Exploring risk factors for re-hospitalization in a psychiatric inpatient setting: a retrospective naturalistic study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):821. doi:[10.1186/s12888-022-04472-3](https://doi.org/10.1186/s12888-022-04472-3)
- ⁶ Gentil L, Grenier G, Vasiliadis HM, Fleury MJ. Predictors of Length of Hospitalization and Impact on Early Readmission for Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22). doi:[10.3390/ijerph192215127](https://doi.org/10.3390/ijerph192215127)
- ⁷ Carbonel-Aranda V, González A, García-Illanes Y, et al. Factors Associated with Hospital Readmission in a Population with a Diagnosis of Personality Disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2024;52(6):750-758. doi:[10.62641/aep.v52i6.1796](https://doi.org/10.62641/aep.v52i6.1796)
- ⁸ Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):2. doi:[10.1186/s12888-016-1172-3](https://doi.org/10.1186/s12888-016-1172-3)
- ⁹ Fonseca Barbosa J, Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry*. 2023;69(5):1075-1089. doi:[10.1177/00207640221143282](https://doi.org/10.1177/00207640221143282)
- ¹⁰ Katschnig H, Straßmayr C, Endel F, Posch M, Steiner I. Are early post-discharge physician contacts associated with 30-day psychiatric re-hospitalisation? A nationwide claims data based retrospective cohort study in Austria free of immortal time bias. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2023;33(1):e1983. doi:[10.1002/mpr.1983](https://doi.org/10.1002/mpr.1983)
- ¹¹ Leppanen J, Kieseppä V, Eskelinen S, et al. Clinical predictors of readmission to psychiatric inpatient care: A 20-year follow up study of former adolescent inpatients. *Psychiatry Res*. 2025;351:116606. doi:[10.1016/j.psychres.2025.116606](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.116606)
- ¹² Lassemø E, Myklebust LH, Salazzari D, Kalseth J. Psychiatric readmission rates in a multi-level mental health care system - a descriptive population cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):378. doi:[10.1186/s12913-021-06391-7](https://doi.org/10.1186/s12913-021-06391-7)
- ¹³ Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):227. doi:[10.1186/s12888-017-1386-z](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1386-z)
- ¹⁴ Musgrove R, Carr MJ, Kapur N, et al. Primary care contact, clinical management, and suicide risk following discharge from inpatient mental health care: a case-control study. *BJGP Open*. 2024;8(4):BJGPO.2023.0165. doi:[10.3399/BJGPO.2023.0165](https://doi.org/10.3399/BJGPO.2023.0165)

-
- ¹⁵ S Gerken, M Lefèvre, N Bouckaert, M Levy, C Maertens de Noordhout, C Obyn, C Devos, A Scohy, A Vlayen, H Yaras, C Janssens, P Meeus. Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2025. KCE Reports 376As. DOI: D/2025/10.273/42.
- ¹⁶ Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):694-702. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
- ¹⁷ Che SE, Gwon YG, Kim KH. Follow-Up Timing After Discharge and Suicide Risk Among Patients Hospitalized With Psychiatric Illness. *JAMA Netw Open*. 2023;6(10):e2336767. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.36767
- ¹⁸ Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings (2016) NICE guideline NG53
- ¹⁹ Claessens Z*, Wens I*, Steyfkens V, Schönborn C, Bohyn A, Sageot M, Olieslaeger E, Van Winkel R, Oswald P, Huys I, Obyn C, Paradis J, Kohn L, Cleemput I, Maertens De Noordhout C. NEED: Onvervulde gezondheidsgerelateerde behoeften bij psychotische problematiek– Synthese. Needs Examination, Evaluation and Dissemination (NEED). Brussel: Belgisch Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).2026 . KCE Reports 418A. <https://doi.org/10.57598/R418AS>.
- ²⁰ Schriftelijke vraag nr. 455 (28 februari 2025) en nr. 624 (2 april 2025). Vlaams Parlement.
- ²¹ De prevalentie van ziektebeelden in psychiatrische instellingen. (2023) FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- ²² [Aanbod en activiteit in PZ & PAAZ voor volwassenen – Naar een gezond België](#)
- ²³ Delamater PL, Messina JP, Grady SC, WinklerPrins V, Shortridge AM. Do More Hospital Beds Lead to Higher Hospitalization Rates? A Spatial Examination of Roemer's Law. *PLOS ONE*. 2013;8(2):e54900. doi:10.1371/journal.pone.0054900
- ²⁴ Departement Zorg. Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Online publicatie). Brussel, geraadpleegd op 15 juni 2026. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>
- ²⁵ Susswein, R., « Saturation II. Résultats du 2ème recensement des demandes adressées aux Services de Santé Mentale bruxellois (2022-2023) – Synthèse du rapport », Bruxelles, Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
- ²⁶ Belgische Federatie voor Ambulante Psychiatrie. Wetenschappelijk-beleidsmatige motiveringsnota (2026) https://gcm.rmnet.be/clients/rmnet/content/medias/rapport_bfap.pdf
- ²⁷ Willems R, Catthoor K, Cools O, et al. Mental health services in Belgium. *Int Rev Psychiatry*. 2025;37(3-4):229-241. doi:10.1080/09540261.2024.2386052



Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel
T 02 778 92 11 – F 02 778 94 04

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, mei 2026
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre