

Het professioneel zorg- en psychofarmacagebruik van gescheiden vrouwen en mannen: wat is de rol van informele steun ?

Veerle Buffel¹, Elien Colman¹, Piet Bracke¹

¹ Universiteit Gent

Abstract

Deze studie vergelijkt het zorg- en psychofarmacagebruik omwille van psychische klachten van gescheiden personen (met een nieuwe partner of alleenstaand) met gehuwden. Binnen het theoretisch kader van de crowding-in/out hypothesen, stellen wij ons de vraag of de beschikbaarheid van informele steun professioneel zorggebruik aanmoedigt of substitueert. Logistische regressieanalyses werden uitgevoerd afzonderlijk voor mannen (N=3020) en vrouwen (N=3450) met het contacteren van een huisarts, psychiater, psycholoog en psychofarmacagebruik als afhankelijke variabelen. Gescheiden alleenstaanden rapporteren het hoogste zorg- en psychofarmacagebruik. Gescheiden vrouwen (en vooral alleenstaande) contacteren vaker een huisarts, psychiater en psycholoog, ongeacht hun mentale gezondheid, informele steun en sociaaleconomische achtergrond. Vrouwen die kunnen rekenen op emotionele steun van familie en niet-familieleden zijn meer geneigd om een huisarts te contacteren. Bij mannen beïnvloedt de aanwezigheid van emotionele steun van leden buiten de familie het contacteren van elk type van zorgverlener. Deze bevindingen zijn in lijn van de crowding-in hypothese.

1 INLEIDING

Psychische aandoeningen vormen een steeds belangrijker uitdaging voor de volksgezondheid (Amin, 2012; Cassano & Fava, 2002; Hermans, De Witte, & Dom, 2012). Psychische klachten veroorzaken niet alleen persoonlijk leed, maar hebben ook een belangrijke impact op de directe omgeving (Hermans et al., 2012). Ze brengen daarenboven een grote economische kost met zich mee. Psychische klachten zijn een belangrijke oorzaak van absentisme en dalende productiviteit op het werk (Lerner et al., 2004; Lerner & Henke,

2008). De psychofarmaca- en mentale gezondheidszorguitgaven stijgen dan ook in de meeste West-Europese landen, alsook in België (Demyttenaere, Ansseau, Constant, Albert, Van Gassen, & van Heeringen, 2011). In een context gekenmerkt door stijgende echtscheidingsratio's en een toename van de gezinsinstabiliteit, nemen mentale gezondheidsproblemen en het professioneel zorggebruik ervoor nog meer toe aan belang. Studies duiden immers consistent op de negatieve impact van echtscheiding op de mentale gezondheid (Amato, 2000; Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000; Kalmijn & Monden, 2006; Strohschein,

McDonough, Monette, & Shao, 2005; Wade & Cairney, 2000; Wade & Pevalin, 2004).

Weinig is echter gekend over hoe deze gevolgen van echtscheiding zich vertalen in het gebruik van professionele zorgverleners en psychofarmaca, en welke rol een nieuwe partner hierbij speelt. Een aantal studies hebben reeds aangegeven dat het professioneel zorggebruik bij gescheiden personen hoger is dan bij gehuwden, ongeacht hun mentale gezondheidsstatus (Bracke, Colman, Symoens, & Van Praag, 2010; Colman, Symoens, & Bracke, 2012; Ten Have, Vollebergh, Bijl, & Ormel, 2002). Veel onderzoek beperkt zich echter tot het bestuderen van de relatie tussen burgerlijke staat van de respondent en zijn zorggebruik (Bracke et al., 2010; Gabilondo et al., 2011; Gonzalez, Alegria, Prihoda, Copeland, & Zeber, 2011; McCracken et al., 2006). Nochtans gaan daardoor enkele belangrijke aspecten verloren, zoals steun binnen het gezin en de aanwezigheid van een nieuwe partner, adoptie- of biologische kinderen en stiefkinderen.

De toename van alternatieve gezinsvormen als gevolg van echtscheiding, zoals nieuw samengestelde en één-ouder gezinnen, hebben ook gevolgen voor de beschikbaarheid van informele steunnetwerken (Bracke, Christiaens, & Wauterickx, 2008; Bracke et al., 2010; De Koker, 2007; Gaskin, Kouzis, & Richard, 2008; Gouwy, Christiaens, & Bracke, 2008). De al dan niet aanwezigheid van informele steun kan op zijn beurt ook het professioneel gezondheidszorggebruik beïnvloeden (Broadhead, Gehlbach, Degruy, & Kaplan, 1989; Pescosolido, 1992; Phillips & Murrell, 1994; Ten Have Vollebergh, Bijl, & Ormel, 2002). De specifieke relatie tussen het krijgen van informele steun en zorggebruik omwille van psychische klachten, blijft echter onduidelijk en de resultaten van bestaand onderzoek zijn gemengd.

De volgende onderzoeksvragen worden opgesteld: Consumeren gescheiden vrouwen en mannen met en zonder een nieuwe partner meer mentale gezondheidszorg en psychofarmaca dan gehuwden, ongeacht hun menta-

Over het onderzoek Scheiding in Vlaanderen (SiV)

SiV-data zijn afkomstig van het onderzoek "Scheiding in Vlaanderen". In dit onderzoek werd via een interview informatie verzameld bij beide partners van eerste huwelijken die afgesloten zijn tussen 1971 en 2008 en intussen al dan niet ontbonden zijn. Ook een kind, een ouder en een eventuele nieuwe partner van deze personen werden indien mogelijk bevestigd. Zij kregen een schriftelijke vragenlijst of websurvey aangeboden. De gegevens zijn verzameld in de periode van september 2009 tot december 2010.

12110 van alle 26376 gecontacteerde personen konden bevestigd worden wat een totale respons van 46% oplevert voor deze multi-actorstudie over huwelijk en echtscheiding. Gedetailleerde informatie over dit onderzoek en deze dataverzameling vindt u op www.scheidinginvlaanderen.be en in het boek: Mortelmans Dimitri, Pasteels Inge, Bracke Piet, Matthijs Koen, Van Bavel Jan, Van Peer Christine (2011) *Scheiding in Vlaanderen*. ISBN 978-90-334-8586-2 - Leuven: Acco, 355 p.

le gezondheidsstatus en sociaaleconomische achtergrond? En kunnen we dit verklaren door hun groter risico op een gebrek aan informele steun? Daarenboven, trachten we ook een beter inzicht te verwerven in de relatie tussen de aanwezigheid van informele steun van familie en niet-familieleden en het contacteren van professionele zorgverleners. Het onderscheid wordt gemaakt tussen het contacteren van een huisarts, een psychiater en een psycholoog en het consumeren van psychofarmaca en er wordt aandacht geschonken aan mogelijke genderverschillen.

2 BEVINDINGEN UIT EERDER ONDERZOEK

2.1 INFORMELE STEUN EN GEWIJZIGDE GEZINSSTRUCTUREN TEN GEVOLGE VAN ECHTSCHIEDING

Recentelijk hebben er zich verscheidene demografische veranderingen voorgedaan, zoals stijgende echtscheidingsratio's en een toename van alternatieve gezinsvormen. Deze wijzigingen hebben gevolgen voor informele zorg- en steunnetwerken (Bracke et al., 2008; Milaro, 1987). Echtscheiding kan negatieve gevolgen hebben voor de aanwezigheid van informele steunbronnen (De Koker, 2007). Vergeleken met gehuwden, hebben gescheiden personen een kleiner sociaal netwerk en kunnen ze op minder steun rekenen (Bracke et al., 2008). Bijna 70% van de gehuwden geeft hun partner op als belangrijkste steunbron (Lewis & Rook, 1999). Wanneer mensen scheiden verdwijnt deze steunbron en bijkomend kan ook het contact met gemeenschappelijke vrienden en schoonfamilie verwateren (De Koker, 2007). Een nieuwe partner kan een nieuwe bron van steun vormen, maar er moet worden opgemerkt dat nieuwe secundaire relaties vaker gekenmerkt worden met een

lagere relatiebetrokkenheid (Marcussen, 2005; Teachman, 2008).

Er bestaat een sterk onderscheid tussen steun van familieleden en steun van niet-familieleden, zoals burens, vrienden en collega's. In de 'Hiërarchie van zorg', worden familieleden als de voornaamste zorgverleners beschouwd (Bracke et al., 2008). Niet-familieleden worden veeleer als tweede optie gekozen inzake het geven van emotionele steun en zorg (Abel, 1990; Himes & Reidy, 2000; Johnson, 2000), gevolgd door formele zorgverstrekkers (Bracke et al., 2008). Vrienden vormen vaak slechts een minderheid in ondersteunende zorgnetwerken en de intensiteit van werk-gerelateerde relaties is meestal relatief zwak (Flap & Volker, 2001). Gezien de recente demografische transitie de beschikbaarheid van steun van familieleden ondermijnt, neemt de tweede keuze echter aan belang toe (Bracke et al., 2008). Gebaseerd op de 'Hiërarchie van zorg' en rekening houdend met de persoonlijke en intieme aard van het onderzoeksthema (mentale gezondheidsproblemen), veronderstellen wij toch dat de relatie tussen steun van familieleden en zorggebruik sterker zal zijn dan de relatie met informele steun van leden buiten de familie.

Er kunnen ook genderverschillen verwacht worden betreffende het krijgen van informele steun. Vrouwen geven immers niet alleen meer emotionele steun, maar ze ontvangen ook meer steun (Bracke et al., 2008; Shumaker & Hill, 1991; Wall, Aboim, Cunha, & Vasconcelos, 2001). Daarnaast zou echtscheiding vooral de informele steunnetwerken van mannen negatief beïnvloeden. Gescheiden mannen krijgen minder hulp en steun van hun kinderen en andere verwanten, maar gelukkig kunnen zij dan wel weer meer rekenen op steun van hun vrienden (Bracke et al., 2008).

Mannen neigen ook meer uitgebreide en minder intensieve netwerken te hebben dan vrouwen. Vrouwen zouden ook meer vertrouwenspersonen hebben (Shumaker & Hill, 1991). Algemeen, is het leven van mannen vooral georganiseerd rond betaald werk en zijn ze meer georiënteerd op collega's en vrienden, terwijl vrouwen meer op hun gezin en andere familieleden gericht zijn (Wall et al., 2001). We kunnen dus verwachten dat de invloed van emotionele steun van niet-familieleden sterker is bij mannen, terwijl bij vrouwen steun van familieleden aan belang wint.

2.2 CROWDING-IN EN CROWDING-OUT

Onderzoek naar informele steun en professionele zorg heeft algemeen tot twee contrasterende hypothesen geleid. De 'crowding-out' hypothese argumenteert dat de uitbreiding van overheidsvoorzieningen een negatieve impact heeft op de functies uitgeoefend door de familie en het sociale netwerk. Informele en formele steun zijn een substituuut voor elkaar, de ene soort steun verdringt de andere (Motel-Klingebiel, Tesch-Roemer, & Von Kondratowitz, 2005; Raeymaeckers, Dewilde, Snoeckx, & Mortelmans, 2008a). De crowding-in these daarentegen, stelt dat informele en formele steun accumulatief zijn, elkaar versterken en aanmoedigen in plaats van dat ze substitueerbaar zijn (Raeymaeckers et al., 2008a).

Deze conflicterende hypothesen worden voornamelijk op macroniveau getoetst, binnen interlandelijk onderzoek (Motel-Klingebiel et al., 2005), maar ze kunnen tegelijk ook gericht zijn op het microniveau van de mogelijkheden van de welvaartstaat (Raeymaeckers et al., 2008a). Dan wordt verondersteld dat ook individuele en familiekenmerken de steun kan

beïnvloeden die individuen ontvangen en de formele steun die ze zoeken (Motel-Klingebiel et al., 2005). Beide hypothesen worden in verband gebracht met verschillende thema's, zoals de zorg voor kinderen (Raeymaeckers et al., 2008a) of de intergenerationele zorg van kinderen naar ouderen toe (Motel-Klingebiel et al., 2005). Enerzijds zijn er studies die eerder evidentie vinden voor de crowding-out hypothese (Geerts, 2010; Haberkern & Szydlak, 2010), terwijl er anderzijds ook onderzoek is dat resultaten weergeeft in de lijn van de crowding-in hypothese (Geerts, 2012; Motel-Klingebiel et al., 2005; Raeymaeckers, Dewilde, Snoeckx, & Mortelmans, 2008a; 2008b; Dahlberg, 2005). De evidentie voor beide hypothesen is dus verdeeld.

De denkwijze achter beide hypothesen kan toegepast worden in een Belgische (Vlaamse) context van professioneel zorggebruik van gescheiden personen omwille van emotionele of sociale problemen. Emotionele steun van een partner, kinderen, andere familieleden, vrienden, burens en collega's wordt gedefinieerd als informele steun. Terwijl, de professionele zorgverleners die worden gecontacteerd omwille van psychische klachten (huisarts, psychiater, psycholoog) beschouwd worden als vormen van formele steun, aangeboden door het gezondheidszorgsysteem. Gebaseerd op de crowding-in hypothese, kunnen we veronderstellen dat familieleden en goede vrienden helpen bij het identificeren van mentale gezondheidsproblemen en adviseren om externe hulp te zoeken. Anderzijds, in lijn met de crowding-out these, kan er verwacht worden dat een gebrek aan emotionele steun, iemand kan duwen in de richting van professionele zorg; en/of dat individuen met depressieve symptomen die veel informele steun ontvangen, minder behoefte hebben aan het raad-

plegen van professionele zorgverstrekkers (Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004).

In België zijn de basis gezondheidszorgvoorzieningen relatief uitgebreid en toegankelijk, maar specifiek betreffende de voorzieningen inzake mentale gezondheid, dienen we op een aantal zaken te wijzen. Er zijn immers belangrijke verschillen in de toegankelijkheid tussen de verscheidene types van zorgverlening bij psychische problemen (Alonso, 2004; Fernandez et al., 2007). In België primeert de toegankelijkheid van medische professionals (Dezetter et al., 2012). Zo worden huisartsen en psychiaters deels terugbetaald, terwijl een consultatie bij een psycholoog nog niet wordt terugbetaald voor volwassenen door het RIZIV (2012). Hierbij dient echter wel te worden opgemerkt dat vrijwel alle mutualiteiten vaak toch (deels) psychotherapie terugbetalen, maar onder verschillende voorwaarden, zoals bijvoorbeeld slechts enkele sessies en alleen sessies bij erkende psychologen (klinischpsycholoog.be, 2013). Daarenboven zijn er ook verschillen in de toegankelijkheid tussen de types medische zorg. Aan de ene kant, zijn de structurele drempels lager om een huisarts te contacteren in vergelijking met het consulteren van een psychiater (Reynders, Scheerder, Molenberghs, & Van Audenhove, 2011). De initiële kostprijs van een raadpleging bij een psychiater is meer dan drie zo hoog als de prijs van een huisartsconsultatie. Ook het remgeld van een psychiaterconsultatie is hoger (RIZIV, 2012). Aan de andere kant zijn ook de sociaal-cognitieve drempels lager bij het consulteren van een huisarts. Een huisarts contacteren wordt als minder bedreigend en stigmatiserend ervaren dan het raadplegen van een psychiater of psycholoog (Reynders et al., 2011).

In lijn met de crowding-out hypothese en binnen het kader van de welvaartstaat België, verwachten wij dat de minder beschikbaarheid van informele steun onder de gescheiden mannen en vrouwen (en vooral wanneer ze single zijn) zal bijdragen tot een groter zorggebruik. Daarnaast, gezien eerstelijnszorg toegankelijker is in België, veronderstellen wij dat de relatie tussen het contacteren van een huisarts en de aanwezigheid van informele steun sterker zal zijn dan de relatie met het contacteren van een psychiater en psycholoog. Bijkomend verwachten we dat een grotere consumptie van psychofarmaca enkel een gevolg zal zijn van hun hoger zorggebruik en dat informele steun dus geen directe invloed zal uitoefenen op het psychofarmacagebruik.

Enkele resultaten van eerder onderzoek suggereerden reeds dat professionele hulp kan dienen om een gebrek aan sociale steun te compenseren bij gescheiden personen. Zo gaven Cunningham en Freiman (1996) op basis van hun resultaten aan dat alleenstaande moeders mogelijks hun huisarts als een vorm van 'proxy support' beschouwen. Bovendien, rapporteerde onderzoek (Ellaway, Wood, & Macintyre, 1999) dat eenzaamheid een positieve voorspeller is van eerstelijnszorggebruik en eenzaamheid zou onder meer geïnterpreteerd kunnen worden als het ervaren van een gebrek aan (intieme) steunrelaties.

2.3 GENDERVERSCHILLEN IN ZORG- EN PSYCHOFARMACAGEBRUIK

Vrouwen doen algemeen vaker beroep op professionele hulp en consumeren meer psychofarmaca, ook ongeacht hun mentale gezondheidsstatus (Bracke et al., 2010; Galdas, Cheater, & Marshall, 2005; Gonzalez, Alegria, Prihoda, Copeland, & Zeber, 2011; Gouwy et

al., 2008; Koopmans & Lamers, 2006). Verklaringen voor deze gendersverschillen verwijzen doorgaans naar genderroltheorieën (Chodorow, 2002; Addis & Mahalik, 2003). Deze theorie stelt dat traditioneel vrouwen gesocialiseerd worden in de rol van zorgverleners en dat van hen verwacht wordt dat ze zich emotioneel en afhankelijk opstellen. Mannen daarentegen, staan eerder weigerachtig tegenover autoriteitsrelaties en de focus ligt op emotionele stabiliteit (Addis & Mahalik, 2003; Neal, Ingersoll-Dayton, & Starrels, 1997). Zij hebben het doorgaans moeilijker om met hun problemen naar buiten te komen en zijn eerder geremd in het zoeken naar professionele hulp (Addis & Mahalik, 2003; Gonzalez, Alegria, & Prihoda, 2005; Leong & Zachar, 1999; Moller-Leimkuhler, 2002; Vollebergh, 2003).

De bevinding dat vrouwen vaker naar een dokter gaan, kan slechts een deel verklaren van hun hogere psychofarmacaconsumptie. Daarnaast wordt ook een genderbias waargenomen in het voorschrijfgedrag van eerstelijnszorgverstrekkers. Ongeacht de behoefte en socio-economische achtergrond, ontvangen vrouwen vaker een voorschrift voor antidepressiva en kalmeermiddelen (Hohmann, 1989; Linden et al., 1999; Vanderwaals, Mohrs, & Foets, 1993). Mogelijks leiden eenzelfde symptomen bij mannen en vrouwen tot een verschillende diagnose. Onderzoek stelde immers vast dat wanneer vrouwen klaagden over hoofdpijn en algemene vermoeidheid (geen gelegitimeerde indicators voor psychotrope middelen), huisartsen ze vaker de diagnose gaven van angstproblemen, stress en slapeloosheid (wel gelegitimeerde indicators voor het gebruik van psychotrope middelen), dan wanneer mannen met dezelfde klachten kwamen aankloppen (Vanderwaals et al., 1993).

Kortom, we hebben redenen om te veronderstellen dat zowel het professioneel zorggebruik als het psychofarmacagebruik van (gescheiden) vrouwen groter zal zijn dan dat van (gescheiden) mannen. Daarenboven verwachten we dat de relatie tussen zorggebruik en de consumptie van psychofarmaca sterker zal zijn bij vrouwen.

2.4 CONTROLEVARIABLEN

Het is belangrijk om ook rekening te houden met de behoefte aan zorg. Indicatoren van de mentale gezondheid hebben een significante impact op het gezondheidszorggebruik (Bebbington et al., 2000; Bracke et al., 2010; Gouwy et al., 2008; Judd, Jackson, Korniti, Murray, & Fraser, 2007; Lefebvre, Lesage, Cyr, Toupin, & Fournier, 1998; McCracken et al., 2006; Oliver, Pearson, Coe, & Gunnell, 2005; Rudell, Bhui, & Priebe, 2008; Ten Have et al., 2002). Daarenboven kan ook een echtscheiding, het hebben van een partner en informele steun het mentaal welzijn beïnvloeden (Amato, 2000; Bracke, P., 1998; Diener et al., 2000; Wade & Pevalin, 2004). Algemeen, gaan vrouwen hun psychische problemen eerder internaliseren, ze rapporteren veeleer gevoelens van angst en depressie, terwijl mannen hun problemen vaker externaliseren, zij uiten hun problemen eerder in probleemgedrag zoals overmatig alcoholgebruik (Silverstein, 2002; McBride, Bacchioni, & Bagby, 2005; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Hankin & Abramson, 2001; Dohrenwend & Dohrenwend, 1976; Turner & Lloyd, 1995). Vandaar dat wij zowel depressieve symptomen als overmatig alcoholgebruik als indicatoren van de behoefte aan zorg opnemen. Om ook rekening te houden met de comorbiditeit tussen fysieke en mentale gezondheid, wordt subjek-

tieve gezondheid als additionele indicator geïntroduceerd.

Gezien onderzoek aangaf dat ook inkomen, leeftijd, opleiding en werkstatus geassocieerd zijn met zorggebruik omwille van psychische klachten, wordt er ook voor deze factoren gecontroleerd. Personen met hoge inkomens zouden meer beroep doen op gespecialiseerde zorg, terwijl personen met een lager inkomen vaker een huisarts contacteren (Alegria, Bijl, Lin, Walters, & Kessler, 2000; Gouwy et al., 2008; Vasiliadis, Tempier, Lesage, & Kates, 2009). Het is ook gekend dat mentale gezondheidsproblemen toenemen met de leeftijd. Deze stijging weerspiegelt zich in het zorggebruik (Koopmans & Lamers, 2006). Ouderen gebruiken vooral meer psychofarmaca, terwijl jongere personen eerder een voorkeur hebben voor psychotherapie (Alonso, 2004; Mojtabai, 2008). Vooral hoogopgeleiden zijn geneigd om beroep te doen op gespecialiseerde zorg, terwijl laagopgeleiden hoger scoren met betrekking tot huisartsconsultaties (Alonso, 2004; Bijl & Ravelli, 2000; Gouwy et al., 2008; Svensson, Nygard, Sorensen, & Sandanger, 2009; Ten Have, Oldehinkel, Vollebergh, & Ormel, 2003; Tijhuis, Peters, & Foets, 1990; Vasiliadis et al., 2009). De relatie tussen werkstatus en mentaal gezondheidszorggebruik is niet eenduidig (Alonso et al., 2007; Bebbington et al., 2000; Bijl & Ravelli, 2000; Cairney & Wade, 2002; Gouwy et al., 2008).

3 GEBRUIKTE GEGEVENS

We maken gebruik van de SiV-data (Scheiding in Vlaanderen) (Mortelmans, Pasteels et al. 2011). De steekproef is gebaseerd op een selectie van (ex-) huwelijken uit het Rijksregister. Het gaat over (ex-) huwelijken die afgesloten zijn tussen 1971 en 2008, van wie beide

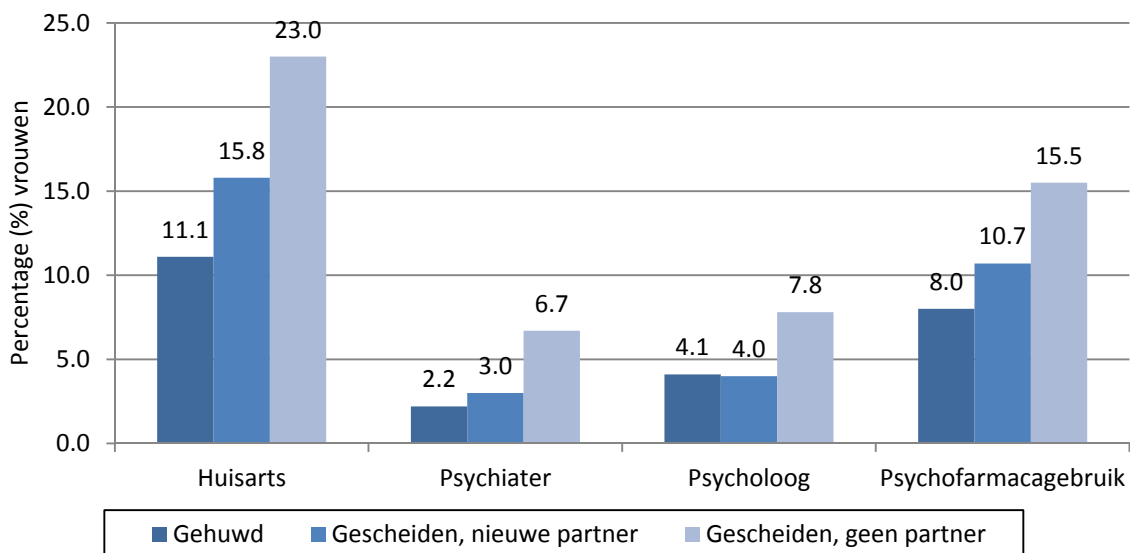
partners een Belgische nationaliteit bezitten van bij geboorte en momenteel gedomicileerd zijn in Vlaanderen. Gezien het onderzoeksthema en om de grote diversiteit in de populatie van gescheiden personen in rekening te kunnen brengen, is er in de sample een oververtegenwoordiging van gescheiden koppels (2/3 gebroken huwelijken versus 1/3 intacte huwelijken). De responsgraad van deze survey is 39,5% bij gehuwden en 43,3% bij gescheiden personen. De uiteindelijke sample die voor de analyses van dit onderzoek gebruikt wordt, bestaat uit 6470 respondenten, waarvan 46,7% (N=3020) mannen en 53,3% (N=3450) vrouwen. De analyses worden afzonderlijk voor (a) vrouwen en (b) mannen uitgevoerd. Van de vrouwen is 27,8% (N=957) gehuwd; 33,0% (N=1139) gescheiden en alleenstaand en 39,2% (N=1354) gescheiden en heeft een nieuwe partner. Van de mannen is 27,5% gehuwd (N=831); 28,2% (N=851) gescheiden en alleenstaand en 44,3% (N=1338) gescheiden en heeft een nieuwe partner. Voor informatie over de operationalisatie van de variabelen verwijzen we naar de appendix. De kenmerken van beide steekproeven worden weergegeven in tabel 2 in de appendix.

4 RESULTATEN

4.1 BESCHRIJVENDE RESULTATEN

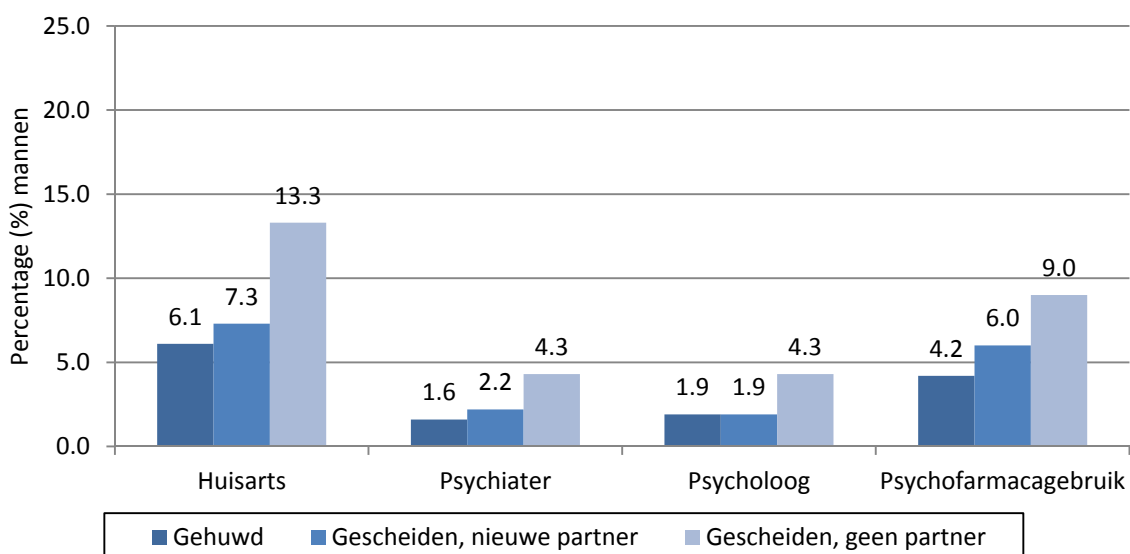
Algemeen contacteert men meer een huisarts (13,0%) omwille van emotionele of sociale problemen dan een psychiater (3,4%) of psycholoog (4,0%). Binnen elk type zorggebruik en het consumeren van psychofarmaca stellen we een genderkloof vast. De percentages van vrouwen die een huisarts (vrouwen: 16,9% > mannen: 8,7%; $p < 0,001$), een psychiater (4,0% > 2,6%; $p < 0,01$), en een psycholoog (5,3% >

Figuur 1 Prevalentie van het zorg- en psychofarmacagebruik van vrouwen naar partnerstatus (N=3450)



Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-2010

Figuur 2 Prevalentie van het zorg- en psychofarmacagebruik van mannen naar partnerstatus (N=3020)



Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-2010

2,6%; $p < 0,001$) contacteerden of psychofarmaca namen (11,5% > 6,4%; $p < 0,001$) zijn bijna dubbel zo groot als deze van mannen (Deze percentages zijn niet weergegeven in een tabel).

Op de figuren 1 en 2 wordt het zorg- en psychofarmacagebruik omwille van emotionele of sociale problemen van gehuwde en gescheiden vrouwen (figuur 1) en mannen (figuur 2) afgebeeld. Aan de hand van de Chi² test gingen we na of zij significant van elkaar verschillen inzake hun zorggebruik. De percentages van alleenstaande gescheiden vrouwen en mannen die één of meerdere keren een huisarts (23,0%; 13,3%), een psychiater (6,7%; 4,3%) of een psycholoog (7,8%; 4,3%) contacteerden en psychofarmaca namen (15,5%; 9,0%) zijn de hoogste, meestal gevolgd door de percentages van de gescheiden personen met een nieuwe partner. Bij vrouwen, contacteerden de gescheiden met een nieuwe partner ook significant meer een huisarts gedurende het jaar voorafgaand aan het interview (3,0%) en ze gebruikten vaker psychofarmaca gedurende twee weken voor het interview (10,7%) dan de gehuwden (11,1%; 8,0%). Wat betreft het contacteren van een psychiater en psycholoog, zijn er geen statistisch significante verschillen tussen gehuwden en gescheidenen met een nieuwe partner. In tabel 1 worden gescheiden mannen en vrouwen met en zonder een nieuwe partner vergeleken met gehuwden, wat betreft hun mentale gezondheidsstatus, de aanwezigheid van informele steun en hun sociaaleconomische kenmerken.

Zoals verwacht, is het percentage van gehuwde vrouwen (92,2%) die kunnen rekenen op emotionele steun van hun familieleden lichtjes hoger dan het percentage van gescheiden vrouwen met een nieuwe partner (91,2%) en

veel hoger dan dat van alleenstaande gescheiden vrouwen (73,9%). Bij mannen is het percentage van gescheiden mannen met een nieuwe partner (91,1%) die kunnen rekenen op steun van hun familie groter dan dat van de gehuwden (87,7%) en de alleenstaanden (70,5%). Opmerkelijk is dat voor zowel vrouwen als mannen de percentages van alleenstaande gescheiden personen (vrouwen: 76,9%; mannen: 63,4%) die steun ontvangen van mensen buiten de familie het hoogste zijn, gevolgd door de percentages van gescheiden vrouwen en mannen met een nieuwe partner (69,3%; 50,7%) en gehuwden (67,0%; 50,7%). Gemiddeld kunnen mannen minder rekenen op emotionele steun van zowel familieleden als niet-familieleden in vergelijking met vrouwen.

Ook de behoefte aan zorg van gescheiden personen, en vooral van alleenstaanden, verschilt met deze van gehuwden. Gehuwden (vrouwen: 3,97; mannen: 3,99) ervaren hun algemene gezondheid als het meest positief, gevolgd door gescheiden personen met een nieuwe partner (3,84; 3,90) en alleenstaande gescheiden personen (3,72; 3,79). De gemiddelde score op de depressieschaal van alleenstaande gescheiden mannen (6,14) en vrouwen (7,11) is het hoogste. Het verschil tussen gehuwden en gescheiden personen met een partner is klein. De alcoholconsumptie van gehuwde mannen (2,23) en vrouwen (1,34) is het laagste. Zoals verwacht, stellen we ook genderverschillen vast: vrouwen ervaren gemiddeld meer depressieve gevoelens (het genderverschil is vooral groot onder gehuwden), terwijl mannen een hogere alcoholconsumptie hebben.

Tabel 1 Verschillen tussen gehuwden en gescheiden mannen en vrouwen (met en zonder partner)

	a. Vrouwen (N=3450)				b. Mannen (N=3020)			
	Gehuwd x (SA)	Gescheiden nieuwe partner x (SA)	Gescheiden geen partner x (SA)	F-test (df)	Gehuwd x (SA)	Gescheiden nieuwe partner x (SA)	Gescheiden geen partner x (SA)	F-test (df)
Mentale gezondheidsstatus								
Depressieve gevoelens (1-25)	4,96 (3,48)	5,34 (3,98)	7,11 (4,73)	8,6 (2) ***	4,17 (2,85)	4,24 (3,00)	6,14 (4,26)	99,6 (2) ***
Overmatig alcoholgebruik (1-7)	1,34 (0,93)	1,46 (1,02)	1,40 (0,98)	3,8 (2) *	2,23 (1,55)	2,43 (1,69)	2,62 (1,81)	11,4 (2) ***
Algemene gezondheid (1-5)	3,97 (0,67)	3,84 (0,74)	3,72 (0,80)	29,9 (2) ***	3,99 (0,62)	3,90 (0,73)	3,79 (0,83)	16,2 (2) ***
Informele steun								
Steun van familieleden (ja)	92,2 (882)	91,2 (1235)	73,9 (842)	195,8 (2) ***	87,7 (729)	91,1 (1218)	70,5 (599)	177,4 (2) ***
Steun van niet-familieleden (ja)	67,0 (641)	69,3 (938)	76,9 (876)	28,8 (2) ***	49,3 (410)	50,7 (678)	63,4 (539)	43,4 (2) ***
Inkomen	% (N)	% (N)	% (N)	Chi² (df)	% (N)	% (N)	% (N)	Chi² (df)
Laagste inkomen	3,3 (32)	4,0 (54)	6,5 (74)	402,3 (8) ***	4,3 (36)	4,2 (36)	5,9 (50)	41,1 (8) ***
Matig inkomen	15,7 (150)	14,0 (18,9)	40,7 (464)		16,7 (139)	15,2 (203)	23,6 (201)	
Hoog inkomen	29,6 (283)	31,4 (425)	31,2 (355)		40,6 (337)	38,0 (508)	35,6 (303)	
Hoogste inkomen	36,6 (350)	38,6 (523)	16,6 (189)		31,2 (259)	34,8 (465)	26,2 (223)	
Ontbrekende waarden	14,8 (142)	12,0 (163)	5,0 (57)		7,2 (60)	7,9 (106)	8,7 (74)	
Werkstatus								
Inactief	21,0 (196)	19,6 (262)	23,3 (263)	43,2 (4) ***	13,2(108)	12,2 (161)	22,3 (187)	48,2 (4) ***
Deeltijds werken	41,2 (384)	35,3 (472)	28,2 (318)		6,8 (56)	5,0 (66)	5,5 (46)	
Voltijds werken	37,8 (352)	45,1 (603)	48,5 (548)		80,0 (656)	82,8 (1094)	72,2 (605)	
Opleiding								
Laag niveau van opleiding	14,2 (136)	22,6 (305)	21,2 (241)	51,4 (4) ***	18,8(156)	24,4 (325)	29,3 (249)	49,7 (4) ***
Matig niveau van opleiding	37,7 (360)	42,7 (577)	40,8 (464)		37,6 (312)	44,1 (588)	38,2 (325)	
Hoog niveau van opleiding	48,1 (460)	34,7 (469)	37,9 (431)		43,5 (361)	31,5 (419)	32,5 (276)	

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

In een volgende stap gaan we aan de hand van logistische regressies na in welke mate de hierboven beschreven verschillen in contacten met professionele hulpverleners naar gescheiden zijn of niet en een nieuwe partner hebben of niet (figuren 1 en 2), gerelateerd zijn aan de vastgestelde verschillen in achtergrondkenmerken of in de behoefte aan hulp (tabel 1). Vervolgens worden indicatoren van informele steun in rekening gebracht (emotionele steun van familie- en niet-familieleden, alsook de aanwezigheid van jonge en oudere kinderen) om de verschillen in zorggebruik naar partnerstatus verder te verklaren.

4.2 RESULTATEN VAN DE LOGISTISCHE REGRESSIEANALYSES

4.2.1 Vrouwen

Na het in rekening brengen van de (mentale) gezondheidsstatus en de andere controlevariabelen blijft het zorggebruik van gescheiden vrouwen significant verschillen met dat van gehuwden. Gescheiden vrouwen met een nieuwe partner (tabel 3 in appendix, model 1, OR=1,375) en zij zonder partner (OR=1,759) zijn meer geneigd om een huisarts te contacteren, ongeacht hun behoefte aan zorg en sociaaleconomische achtergrond. Gescheiden alleenstaande vrouwen hebben ook een grotere waarschijnlijkheid om een psychiater (OR= 2,359) en psycholoog (OR= 1,710) te consulteren dan gehuwden. Anderzijds, kunnen we de geobserveerde verschillen in het consumeren van psychofarmaca (figuur 1) tussen gehuwden en gescheiden vrouwen voornamelijk toeschrijven aan hun mentale gezondheidsstatus. Eveneens opleiding en werkstatus kunnen deze relatie tussen partnerstatus en psychofarmacagebruik mee helpen verklaren. Depressieve gevoelens zijn positief gerelateerd aan zorggebruik: hoe

meer gevoelens van depressie men ervaart, hoe groter de kans dat men een huisarts contacteert (tabel 3, model 1, OR=1,138), een psychiater (OR=1,108) en een psycholoog (OR=1,168) en hoe meer men geneigd is psychofarmaca te gebruiken (OR=1,121). Met subjectieve gezondheid is er een negatieve associatie: hoe beter de zelf-gerapporteerde gezondheid, hoe minder vrouwen geneigd zijn een huisarts (OR=0,636) en een psychiater (OR=0,633) te raadplegen en psychofarmaca te nemen (OR=0,511). Subjectieve gezondheid is niet gerelateerd aan het contacteren van een psycholoog. Inactieve vrouwen zijn ook meer geneigd om psychofarmaca te gebruiken (OR=1,954) en vrouwen met een matig opleidingsniveau hebben een lagere waarschijnlijkheid om psychofarmaca te gebruiken (OR= 0,672) in vergelijking met vrouwen met een hoger niveau van opleiding.

De verschillen in het contacteren van een huisarts, psychiater en psycholoog tussen gehuwden en gescheiden vrouwen (bij het consulteren van een psychiater en een psycholoog verschillen de gehuwden enkel met de gescheiden alleenstaanden) kunnen niet verder verklaard worden door informele steun (model 2). Wanneer we kijken naar consultaties bij een psycholoog, wordt het verschil tussen alleenstaande gescheiden vrouwen en gehuwden wel lichtjes verkleind door het introduceren van informele steun en het aantal jonge en oudere kinderen. Informele steun heeft echter wel een impact op het eerste lijnszorggebruik van vrouwen. Vrouwen die kunnen rekenen op emotionele steun van hun familieleden (OR=1,482) en van leden buiten de familie (OR=1,328) zijn meer geneigd om contact op te nemen met een huisarts omwille van emotionele of sociale problemen, ongeacht hun sociaaleconomische achtergrond en

mentale gezondheidsstatus. In lijn met onze verwachtingen is de relatie tussen informele steun van familieleden en huisartsconsultaties lichtjes sterker dan de relatie met informele steun van niet-familieleden.

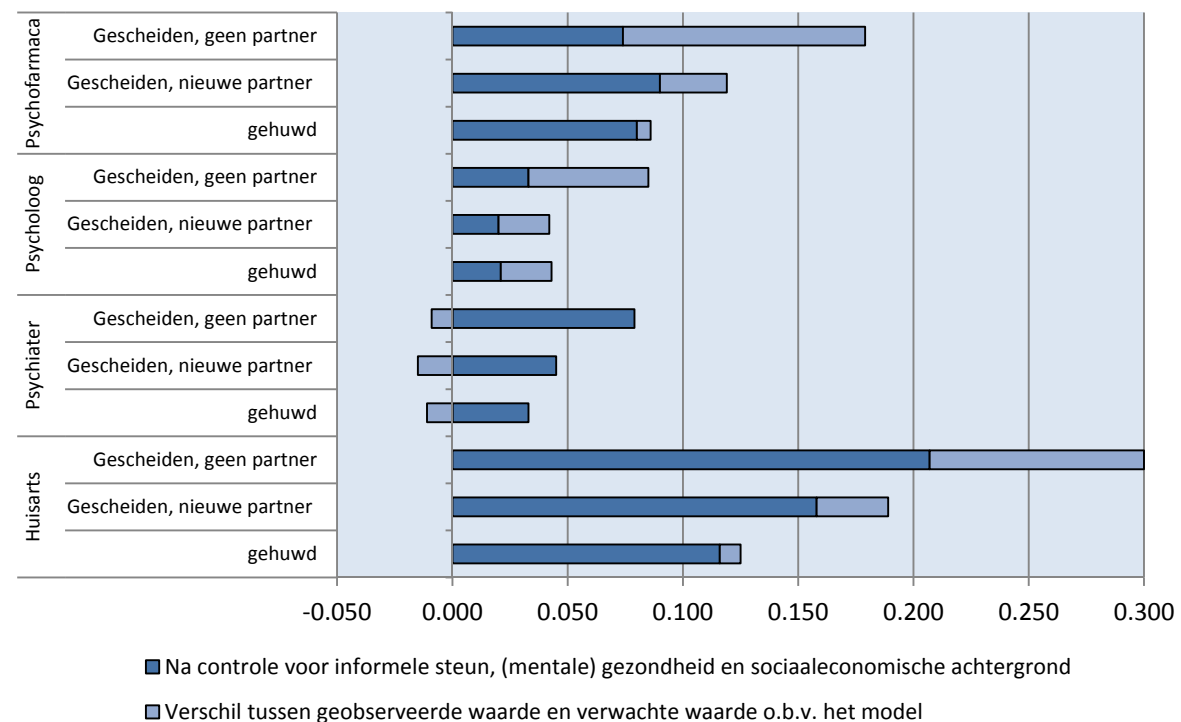
Figuur 3 geeft weer in welke mate de verschillen in zorg- en psychofarmacagebruik tussen gehuwden en gescheiden personen met en zonder partner, worden toegeschreven aan de verschillen in behoefte aan zorg, informele steun en sociaaleconomische kenmerken. De geobserveerde waarden en het verschil met de verkregen waarden, na het in rekening brengen van bovenstaande factoren (bij psychofarmacagebruik wordt ook gecontroleerd voor professioneel zorggebruik) worden afgebeeld. Alle waarden worden gepresenteerd in

oddsratio's (OR). Oddsratio's geven de verhouding aan van het aantal personen die zorg gebruikten tegenover het aantal personen die geen zorg gebruikten. De volledige resultaten van de logistische regressieanalyses zijn terug te vinden in tabel 3 voor vrouwen en tabel 4 voor mannen (zie appendix).

4.2.2 Mannen

Bij mannen (tabel 4, in appendix) kunnen de verschillen in elk type zorggebruik en in de consumptie van psychofarmaca tussen gehuwden en gescheidenen hoofdzakelijk verklaard worden door verschillen in de mentale gezondheidsstatus en in mindere mate door verschillen in de sociaaleconomische achtergrond.

Figuur 3 Geobserveerde waarden (in OR's) en verwachte waarden na het in rekening brengen van de van (mentale) gezondheid, informele steun en sociaaleconomische achtergrond, bij vrouwen



Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-2010

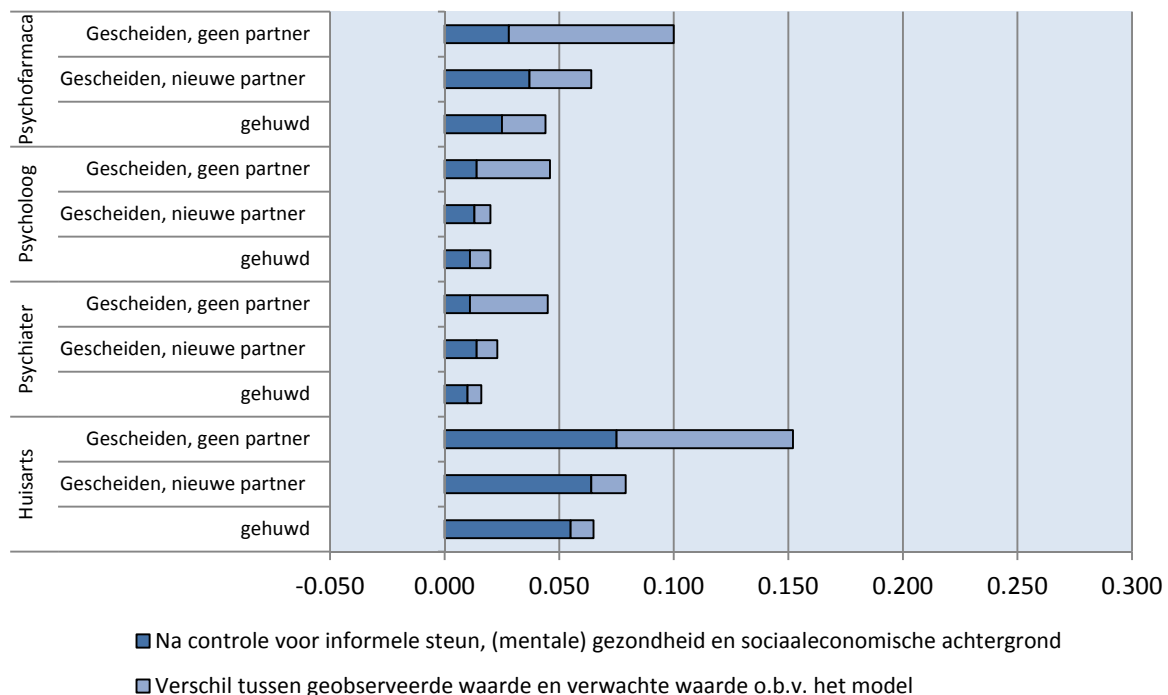
Zoals bij vrouwen, zijn depressieve gevoelens positief geassocieerd met professioneel zorggebruik alsook met medicatiegebruik en subjectieve gezondheid is negatief gerelateerd aan medisch zorggebruik en de consumptie van psychofarmaca. Overmatig alcoholgebruik is negatief gerelateerd aan het contacteren van een huisarts en een psychiater en hun psychofarmacagebruik: hoe frequenter ze overmatig alcohol consumeren, hoe minder ze geneigd zijn om contact op te nemen met een huisarts (OR=0,862), een psychiater (OR=0,974) en om psychofarmaca (OR=0,900) te gebruiken. De relatie tussen overmatig alcoholgebruik en de consumptie van psychofarmaca kan worden toegeschreven aan hun professioneel gezondheidszorggebruik (model

2, tabel 4).

Wat betreft informele steun, heeft enkel emotionele steun van leden van buiten de familie een positieve invloed op mannen hun professioneel zorggebruik. Mannen die kunnen rekenen op de emotionele steun van vrienden, collega's en/of andere niet-familieleden hebben een grotere waarschijnlijkheid om een huisarts (OR=1,703), een psychiater (OR=1,729) en een psycholoog (OR=2,011) te contacteren omwille van emotionele of sociale problemen. In overeenkomst met onze verwachtingen, is de informele steun van niet-familieleden bij mannen hun zorggebruik omwille van psychisch klachten van meer belang.

Tot slot, stellen we vast dat de associatie tus-

Figuur 4 Geobserveerde waarden (in OR's) en verwachte waarden na het in rekening brengen van de van (mentale) gezondheid, informele steun en sociaaleconomische achtergrond, bij mannen



Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-2010

sen professioneel zorggebruik en psychofarmacagebruik algemeen sterker is bij mannen dan vrouwen. In tegenstelling tot onze verwachtingen, zijn de oddsratio's van het consumeren van psychofarmaca van mannen die een huisarts (OR=5,026), een psychiater (OR=7,143) en/of een psycholoog (OR=2,600) contacteren omwille van sociale of emotionele problemen hoger dan deze van vrouwen (huisarts: OR= 4,590; psychiater: 5,460; psycholoog: 2,462); ongeacht de ernst van hun mentale gezondheidsklachten.

5 Beperkingen

Deze studie kent enkele tekortkomingen, die we bij het interpreteren van de resultaten in het achterhoofd moeten houden. Ten eerste zijn de SiV-data verzameld op één moment in de tijd. Het is moeilijk om causale interpretaties te maken door het cross-sectionele onderzoeksdesign, wat ook enkele problemen met zich meebrengt betreffende de tijdsorde-ning. Informatie over het ervaren van depressieve gevoelens gedurende de week voor het interview en hoe de respondent zijn/haar algemene gezondheid zou beschrijven op het moment van het interview, wordt gebruikt om het zorggebruik van de voorbije 12 maanden en het psychofarmacagebruik van de laatste twee weken te bestuderen.

Een tweede tekortkoming is dat de informatie zelf-gerapporteerd is. Vandaar dat wij gekozen hebben om een dichotome indicator te gebruiken van zorg- en psychofarmacagebruik. Op die manier wordt de duur van de therapie en de dosis van psychofarmaca niet in rekening gebracht. Verschillende studies echter, hebben aangegeven dat zelf-gerapporteerde informatie over de frequentie van zorggebruik minder betrouwbaar is (Longobardi, Walker,

Graff, & Bernstein, 2011; Palmer et al., 2012). Vandaar dat het in de literatuur gebruikelijk is om zich te beperken tot het onderscheid tussen 'gebruikers' en 'niet-gebruikers' (Bruffaerts, Bonnewyn, Van Oyen, Demarest, & Demyttenaere, 2004; Cairney et al., 2004; Wang, 2004; Westin & Westerling, 2006).

Ten derde, houdt ook het steekproefdesign van het SiV-project enkele beperkingen in. Gezien de data gestratificeerd zijn naar huwelijkscohorten en er een oververtegenwoordiging is van gescheiden personen, zijn onze bevindingen niet veralgemeenbaar voor de volledige Vlaamse bevolking. Ook het aantal indicatoren die opgenomen zijn met betrekking tot de behoefte aan zorg zijn relatief beperkt. Wij beschikken bijvoorbeeld niet over een klinische diagnostische maat van depressie en andere mentale gezondheidsproblemen.

Als laatste is de operationalisering van professioneel zorggebruik in onze studie gebaseerd op de opleiding van de zorgverstrekkers en niet op de aard van hun werkomgeving. Het is een indicator van professionele hulpzoekend gedrag en niet van het gebruik van de dienstverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Wij weten dus niet of deze professionelen, die werden gecontacteerd omwille van emotionele of sociale problemen, werken in dienstverband of niet. Daarenboven is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat mensen die volgens onze manier van operationalisering 'geen professionele zorg raadpleegden' mogelijk wel gebruik maakten van voorzieningen zoals teams voor levens- en gezinsvragen/welzijns- en relatieteams van de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, die zich specifiek richten naar dit soort problemen.

6 DISCUSSIE

Deze studie vergelijkt het zorggebruik van gescheiden mannen en vrouwen (met en zonder een nieuwe partner) met dat van gehuwden en onderzoekt daarbij de mediërende rol van de aanwezigheid van informele steun. Binnen het theoretisch kader van de crowding-in en -out hypothesen, stellen wij ook de vraag of de beschikbaarheid van informele steun professioneel zorggebruik omwille van mentale gezondheidsproblemen aanmoedigt of substitueert.

Ongeacht bovenstaande beperkingen, leveren onze resultaten verschillende relevante bevindingen op. Ten eerste, bevestigt ons onderzoek de belangrijke rol van huisartsen als zorgverleners bij psychische klachten. Dit is wellicht het gevolg van het feit dat in België huisartsen toegankelijker zijn dan gespecialiseerde zorgverstrekkers (Reynders et al., 2011). Er is echter wel geen inkomensgradiënt vastgesteld in het professioneel zorggebruik, uitgezonderd bij de vrouwelijke respondenten in relatie tot het contacteren van een psycholoog. Mogelijks ervaren vrouwen meer dan mannen nog steeds financiële drempels bij het raadplegen van een psycholoog.

Ten tweede, geven de resultaten aan dat de gescheiden alleenstaande mannen en vrouwen uit onze steekproef het hoogste zorg- en psychofarmacagebruik hebben. Wat betreft vrouwen, is ook het percentage van gescheiden vrouwen met een nieuwe partner die psychofarmaca gebruikten en een huisarts consulteerden groter dan dat van gehuwden. Bij mannen, kunnen de verschillen in elk type zorggebruik en in de consumptie van psychofarmaca tussen gehuwden en gescheiden alleenstaanden voornamelijk verklaard worden

door verschillen in de mentale gezondheidsstatus, terwijl bij vrouwen, de verschillen tussen gescheiden vrouwen (en vooral alleenstaanden) en gehuwden in het contacteren van een huisarts, psychiater en psycholoog blijven bestaan, ongeacht hun mentale gezondheid, informele steun en sociaaleconomische achtergrond. 'Het al dan niet hebben van een (nieuwe) partner' blijkt dus bij het mentaal gezondheidszorggebruik van vrouwen erg van belang te zijn, eerder dan 'het al dan niet gescheiden zijn'.

Ten derde, kunnen gescheiden alleenstaande mannen en vrouwen uit onze steekproef in tegenstelling tot onze verwachtingen meer rekenen op emotionele steun van leden buiten de familie in vergelijking met gescheiden mannen en vrouwen met een nieuwe partner en vooral met gehuwden. Aan de andere kant en wel overeenkomstig aan onze veronderstellingen, ontvingen alleenstaande gescheiden mannen en vrouwen vaker geen emotionele steun van hun familieleden dan gehuwden en gescheidenen met een nieuwe partner. Het verwachte hogere risico op een gebrek aan informele steun bij gescheiden alleenstaanden dient dus sterk genuanceerd te worden en blijkt afhankelijk te zijn van het type informele steunverlener (familie- of niet-familieleden). Desalniettemin is er een belangrijke bevinding betreffende de relatie tussen informele steun en professioneel zorggebruik. Vrouwelijke respondenten die kunnen rekenen op emotionele steun van familieleden en van mensen buiten de familie zijn meer geneigd om een huisarts te contacteren, ongeacht hun mentale gezondheid. In overeenkomst met de 'Hiërarchie van zorg', had informele steun van familieleden een sterkere invloed op het eerstelijnszorggebruik van vrouwen dan steun van niet-familieleden. Bij

mannen echter, was enkel emotionele steun van vrienden, collega's en/of andere mensen buiten de familie gerelateerd aan hun professioneel zorggebruik. Dit suggereert dat vrouwen inderdaad meer familie georiënteerd zijn, terwijl mannen meer gericht zijn op hun werk en vrienden. Het is opmerkelijk dat in tegenstelling tot bij vrouwen, bij mannen informele steun van niet-familieleden een positieve impact heeft op elk type zorgverlener (huisarts, psychiater en psycholoog). Mogelijks is het voor mannen moeilijker om gespecialiseerde zorg te raadplegen, waardoor steun en advies van vrienden en andere mensen buiten de familie nog belangrijker en invloedrijker worden. De positieve relatie tussen informele steun en gezondheidszorggebruik is in lijn met enkele vorige studies (Carpentier & White, 2002; McCracken et al., 2006; Rudell et al., 2008) en bevestigt eerder de crowding-in hypothese, welke argumenteert dat formele en informele steun elkaar wederzijds versterken in plaats van vervangen. Hoe meer intieme steunrelaties iemand heeft, hoe meer waarschijnlijk dat gevoelens, problemen en emoties worden gedeeld, dat anderen mee problemen helpen te identificeren en adviseren om professionele zorg te zoeken. Bovendien, is er zoals verwacht geen directe relatie tussen informele steun en de consumptie van psychofarmaca. Dit suggereert dat familie en mensen buiten de familie kunnen helpen en aanmoedigen om professionele hulp te raadplegen, maar dat ze geen invloed hebben op de consumptie van psychofarmaca. Het gebruik van antidepressiva, kalmeringsmiddelen en/of psychostimulantia is wel sterk gerelateerd aan het contacteren van formeel zorggebruik en vooral aan medisch zorggebruik.

Ten vierde en in overeenkomst met voorgaand onderzoek (Koopmans & Lamers, 2006;

Gouwy et al., 2008; Judd et al., 2009; Gonzalez et al., 2011), werd het bestaan van een genderkloof in elk type zorggebruik alsook in de consumptie van psychofarmaca bevestigd. Hoewel het gebruik van psychofarmaca hoger was onder de vrouwelijke respondenten, is de relatie tussen professioneel zorggebruik en de consumptie van medicatie wel in het algemeen sterker bij de mannen. Dit indiceert dat mannen die professionele hulp zoeken wellicht meer geneigd zijn of meer geadviseerd worden om psychofarmaca te nemen, een vaststelling die ingaat tegen de geobserveerde genderbias in enkele voorgaande studies (Hohmann, 1989; Linden et al., 1999). Verder onderzoek hiernaar is vereist. Het kan bijvoorbeeld interessant zijn om niet alleen de consumptie van medicatie maar ook het volgen van psychotherapie te bestuderen.

Tot slot, stellen we vast dat overmatig alcoholgebruik het psychofarmacagebruik van de mannelijke respondenten negatief beïnvloedt en of ze al dan niet een huisarts of psychiater contacteren omwille van emotionele of sociale problemen. De negatieve relatie tussen medicatiegebruik en overmatig alcoholgebruik kan echter verklaard worden door hun professioneel zorggebruik. Hoe frequenter mannen overmatig alcohol gebruiken, hoe minder ze geneigd zijn een huisarts of psychiater te contacteren. Verschillende verklaringen zijn mogelijk voor deze bevinding. Voorgaand onderzoek gaf onder meer aan dat mannen soms alcohol gebruiken als een coping-mechanisme om om te kunnen gaan met stress en angst (Riska & Ettore, 1999). Anderzijds, hebben mannen die kampen met een alcoholprobleem wellicht geen juist ziekte inzicht meer en herkennen ze mogelijks hun eigen mentale gezondheidsproblemen niet. Bijkomend, wordt alcohol- en middelenmisbruik eerder

gedefinieerd in termen van gedrag (American Psychiatric Association, 1994), wat kan leiden tot een perceptie dat men over deze stoornissen een grotere mate van vrijwillige controle heeft (Schomerus, Holzinger, Matschinger, Lucht, & Angermeyer, 2010).

7 BELEIDSIMPLICATIES

Vooreerst, wensen we nog even op te merken dat onze steekproef een oververtegenwoordiging van gescheiden mannen en vrouwen kent, waardoor ook de volgende beleidsimplicaties met de nodige voorzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden.

Amerikaans onderzoek geeft aan dat bij mentale gezondheidsproblemen, zorg door gespecialiseerde hulpverleners vaak kwaliteitsvoller is dan door huisartsen (Wang et al., 2005). Bovendien blijkt uit een studie van Test-Aankoop dat Belgen meer tevreden zijn over een psycholoog of psychotherapeut (68% van de Belgen die de voorbije drie jaar deze zorgverlener raadpleegde omwille van psychische problemen was zeer tevreden hierover) dan over een huisarts (slechts 54%) en psychiater (60%) (De Standaard, 2013, 4 juni). De resultaten van het SiV-project daarentegen, wijzen echter op geen verschillen in de mate waarin de respondenten zich geholpen voelen door een huisarts, psychiater en psycholoog. Huisartsen zijn niet specifiek opgeleid om mensen met psychische problemen te helpen. Ze beschikken mogelijks ook over minder middelen om psychische zorg te verlenen en ze schrijven vaker psychofarmaca voor. Ook in België zou er een kwaliteitsverschil zijn tussen huisartsen en meer gespecialiseerde zorg (Fernandez et al., 2007). Ondanks dit kwaliteitsverschil geeft onze studie aan dat de huisarts het belangrijkste aanspreekpunt is wanneer men kampt met

emotionele of sociale problemen. Dit is wellicht vooral te verklaren door de grotere toegankelijkheid van huisartsen in België (Dezetter et al., 2012). De Vlaamse overheid zette reeds enkele stappen in de goede richting om de toegankelijkheid van psychologische hulpverlening te vergroten, door bijvoorbeeld middelen voor eerstelijnspsychologen ter beschikking te stellen¹. Het gaat hier echter slechts om enkele projecten, verdere inspanningen blijven dus vereist (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2012a).

Daarnaast zijn huisartsen ook vaak niet zo geneigd om patiënten met psychische klachten door te verwijzen naar meer gespecialiseerde zorg en nemen ze vaak zelf de zorg van deze patiënten op zich (Boffin, Declercq, & Van Casteren, 2012; Reynders et al., 2011; Vandeurzen, 2010). Volgens voorgaand onderzoek bestaat deze zorg dan meestal uitsluitend uit een medicamenteuze behandeling, ook bij die gevallen waarbij de richtlijnen van Vlaanderen eerder een niet-medicamenteuze behandeling aanbevelen (Boffin et al., 2012). Het grootste deel van psychofarmaca zou in België dan ook door huisartsen worden voorgeschreven (Reynders et al., 2011). Ook onze studie duidt algemeen op een relatief hoog psychofarmacagebruik (11,5% bij vrouwen en 6,4% bij mannen). Het is belangrijk dat de arts zich

¹ De Vlaamse regering heeft ook beslist dat vanaf 2013 een consultatie bij een psycholoog of sociaal werker 11 euro per uur zal kosten, als deze zorgverlener verbonden is aan één van de 20 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Klinischpsycholoog.be, 2011). Het achterliggende motief hierbij was niet om de toegankelijkheid te verhogen (dit zou immers weinig zin hebben, want de vraag is aanzienlijk hoger dan het aanbod, wat al geruime tijd tot lange wachtlijsten leidt), maar om een eenvormigheid voor alle Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg te bereiken (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid; 2012b).

steeds de kritische bedenking maakt of psychofarmaca wel de meest adequate behandelingsvorm is. Medicatie zou mensen er ook van kunnen weerhouden om hun problemen op te lossen en op zoek te gaan naar een meer constructieve oplossing. Bovendien geven Jorm en collega (2006) aan dat een groot aantal mensen kampt met slechts een aantal depressieve symptomen (subklinische depressies). Bij deze minder ernstige gevallen is een medicamenteuze behandeling niet de meest geschikte oplossing. Er is evidentie dat zelfhulpstrategieën, zoals bijvoorbeeld aan sport doen, steun zoeken bij familie en vrienden en participeren in het verenigingsleven effectief kunnen zijn.

Indien men het psychofarmacagebruik wil terugdringen, dan zou er nog meer werk moeten gemaakt worden van duidelijke richtlijnen voor huisartsen wat aanbevolen is bij patiënten met psychische klachten. Bijkomende strategieën kunnen bestaan uit een strengere regulering en een controlemechanisme van het voorschrijfgedrag van (huis)artsen. Zoals eerder voorgesteld in een rapport van Casteels (2010) kan aan de huisartsen ook beter een 'watchful waiting' positie gepromoot worden bij patiënten met psychische klachten. Daarmee wordt bedoeld dat ze voorlopig geen medicamenteuze behandeling opstarten, maar eerst de mentale gezondheidsklachten nauwkeurig bevragen en actief opvolgen. Zoals in Nederland vaak reeds het geval is kunnen ook multidisciplinaire huisartspraktijken worden aangemoedigd om de doorverwijzing en samenwerking tussen verschillende zorgverleners (huisartsen, psychologen, psychiaters en relatietherapeuten) te optimaliseren (Reynders et al., 2011). Daarenboven, vormen in Nederland eerstelijnspsychologen een aparte beroepsgroep met een eigen beroepsver-

eniging en zijn zij vaak ingebed in deze groepspraktijken (IVE, 2013). Een onderzoeksrapport van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid geeft aan dat ook in Vlaanderen eerstelijnspsychologische hulp best wordt geïntegreerd in groepspraktijken van huisartsen of Wijkgezondheidscentra, om op die manier toegankelijker te worden, zowel met betrekking tot structurele als sociaal-cognitieve drempels (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2009).

Tot slot gaven onze resultaten ook aan dat vooral gescheiden alleenstaande vrouwen vaker een professionele zorgverlener contacteerden in vergelijking met gehuwden en mannen, ongeacht hun behoefte aan zorg. Alleenstaande gescheiden vrouwen kampen vaak met problemen, zoals werk-gezin conflict en financiële moeilijkheden, die niet altijd een medische aanpak vragen en waarbij zij vaak even goed of zelfs beter geholpen kunnen worden door zorgverstrekkers (bv. sociaal werkers, gezinstherapeuten,...) uit de Welzijnzorg (Steunpunt, 2013). Binnen de Welzijnzorg is er immers specifiek eerstelijnszorg bij scheiding (Roland, 2012). De Welzijnzorg beschikt in Vlaanderen echter over minder middelen, met als gevolg dat het zorgaanbod beperkt is en in mindere mate gekend. Daardoor gaan veel van deze gescheiden alleenstaande vrouwen toch beroep doen op medische zorgverstrekkers, zoals we bevestigd zien in onze resultaten. Extra middelen inzetten op Welzijnzorg en deze voorzieningen meer bekend maken bij de risicogroep alleenstaande gescheiden vrouwen (met kinderen) kan daarom mogelijk een eerste stap zijn om hun hoger gebruik van mentale gezondheidszorgvoorzieningen aan te pakken.

8 REFERENTIES

- Abel, E. K. (1990). Informal Care for the Disabled Elderly - a Critique of Recent Literature. *Research on Aging*, 12(2), 139-157.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- Alegria, M., Bijl, R. V., Lin, E., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders - A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 383-391.
- Alonso, J. (2004). Use of mental health services in Europe. Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 35-35.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., . . . Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190, 299-306.
- Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1269-1287.
- Amin, A. M. (2012). Economics in mental health: Should investment be made? *Economics*.
- Bebbington, P. E., Meltzer, H., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30(6), 1359-1367.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90(4), 602-607.
- Boffin, N., Declercq, T. et al. (2012). Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenpraktijk in het Vlaams Gewest: gegevens van het Belgische netwerk van Huisartsenpeilpraktijken in 2008 [online publicatie]. Brussel, Vlaams Agentschap zorg & Gezondheid.
- Bracke, P., Christiaens, W., & Wauterickx, N. (2008). The pivotal role of women in informal care. *Journal of Family Issues*, 29(10), 1348-1378.
- Bracke, P., Colman, E., Symoens, S., & Van Praag, L. (2010). Divorce, divorce rates, and professional care seeking for mental health problems in Europe: a cross-

- sectional population-based study. *Bmc Public Health*, 10 DOI: 10.1186/1471-2458-10-224
- Bracke, P. (1998). Depressiviteit en de economische gevolgen van echtscheiding voor vrouwen en mannen. *Mens en Maatschappij*, 73, 233-252.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1989). Functional Versus Structural Social Support and Health-Care Utilization in A Family Medicine Outpatient Practice. *Medical Care*(27), 221-233.
- Cairney, J., & Wade, T. J. (2002). Single parent mothers and mental health care service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 236-242.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health - An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857.
- Colman, E., Symoens, S., & Bracke, P. (2012). Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders. *Health Services Research*, 12(420), 25 DOI: doi:10.1186/1472-6963-12-420.
- Cunningham, P. J., & Freiman, M. P. (1996). Determinants of ambulatory mental health services use for school-age children and adolescents. *Health Services Research*, 31(4), 409-427.
- De Koker, B. (2007). De impact van een (echt)scheiding op kinderen en ex-partners (pp. 188-203): Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies.
- Demyttenaere, K., Anseau, M., Constant, E., Albert, A., Van Gassen, G., & van Heeringen, K. (2011). Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DESCRIBE (TM) survey. *Bmc Psychiatry*, 11.
- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., de Graaf, R., Alonso, J., Konig, H. H., . . . Kovess-Masféty, V. (2012). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(4), 419-436.
- Ellaway, A., Wood, S., & Macintyre, S. (1999). Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP

- consultations. *British Journal of General Practice*, 49(442), 363-367.
- Fernandez, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autonell, J., . . . Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.
- Flap, H., & Volker, B. (2001). Goal specific social capital and job satisfaction - Effects of different types of networks on instrumental and social aspects of work. *Social Networks*, 23(4), 297-320.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodriguez, A., Fernandez, A., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., . . . Alonso, J. (2011). Use of Primary and Specialized Mental Health Care for a Major Depressive Episode in Spain by ESEMeD Respondents. *Psychiatric Services*, 62(2), 152-161.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623.
- Gaskin, D. J., Kouzis, A., & Richard, P. (2008). Children's and Adolescents' Use of Mental Health Care Is a Family Matter. *Medical Care Research and Review*, 65(6), 748-762.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M., & Prihoda, T. J. (2005). How do attitudes toward mental health treatment vary by age, gender, and ethnicity/race in young adults? *Journal of Community Psychology*, 33(5), 611-629.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M., Prihoda, T. J., Copeland, L. A., & Zeber, J. E. (2011). How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(1), 45-57.
- Gouwy, A., Christiaens, W., & Bracke, P. (2008). Mental health service use in the general Belgian population: estimating the impact of mental health and social determinants. *Arch Public Health*, 66, 50-68.
- Hermans, M. H. M., De Witte, N., & Dom, G. (2012). The state of psychiatry in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 286-294.
- Himes, C. L., & Reidy, E. B. (2000). The role of friends in caregiving. *Research on Aging*, 22(4), 315-336.
- Hohmann, A. A. (1989). Gender Bias in Psychotropic-Drug Prescribing in Primary Care. *Medical Care*, 27(5), 478-490.

- Johnson, C. L. (2000). Perspectives on American kinship in the later 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62(3), 623-639.
- Judd, F., Jackson, H., Korniti, A., Murray, G., & Fraser, C. (2007). Service utilisation by rural residents with mental health problems. *Australasian Psychiatry*, 15(3), 185-190.
- Kalmijn, M., & Monden, C. W. S. (2006). Are the negative effects of divorce on well-being dependent on marital quality? *Journal of Marriage and Family*, 68(5), 1197-1213.
- Klinisch-psycholoog.be (2013). [<http://www.klinisch-psycholoog.be/content/terugbetalingen-door-mutualiteit-van-prestaties-door-psychologen-en-psychotherapie>].
- Koopmans, G., & Lamers, L. (2006). Gender and health care utilization: The role of mental distress and help seeking propensity. *European Journal of Public Health*, 16, 158-158.
- Kouzis, A. C., & Eaton, W. W. (1998). Absence of social networks, social support and health services utilization. *Psychological Medicine*, 28(6), 1301-1310.
- Lefebvre, J., Lesage, A., Cyr, M., Toupin, J., & Fournier, L. (1998). Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(6), 291-298.
- Leong, F. T. L., & Zachar, P. (1999). Gender and opinions about mental illness as predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(1), 123-132.
- Lerner, D., Adler, D. A., Chang, H., Lapitsky, L., Hood, M. Y., Perissinotto, C., . . . Rogers, W. H. (2004). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatric Services*, 55(12), 1371-1378.
- Lerner, D., & Henke, R. M. (2008). What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 401-410.
- Lewis, M. A., & Rook, K. S. (1999). Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, 18(1), 63-71.
- Linden, M., Lecrubier, Y., Bellantuono, C., Benkert, O., Kisely, S., & Simon, G. (1999). The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal*

- of *Clinical Psychopharmacology*, 19(2), 132-140.
- LVE (2013). [<http://www.lve.nl/>]. Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.
- Mortelmans, D., I. Pasteels, et al. (2011). Divorce in Flanders. Data collection and Code Book. [<Http://divorceinlanders.be>].
- Marcussen, K. (2005). Explaining differences in mental health between married and cohabiting individuals. *Social Psychology Quarterly*, 68(3), 239-257.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V., & Dowrick, C. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries - Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161-167.
- Meer tevredenheid over psycholoog en psychotherapeut dan over psychiater en huisarts (2013, 4 juni). *De Standaard*. Geraadpleegd op 5 juni 2013 op [http://www.standaard.be/cnt/DMF20130604_00610197].
- Milardo, R. M. (1987). Changes in Social Networks of Women and Men Following Divorce - a Review. *Journal of Family Issues*, 8(1), 78-96.
- Mojtabai, R. (2008). Social comparison of distress and mental health help-seeking in the US general population. *Social Science & Medicine*, 67(12), 1944-1950.
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 1-9.
- Neal, M. B., Ingersoll-Dayton, B., & Starrels, M. E. (1997). Gender and relationship differences in caregiving patterns and consequences among employed caregivers. *Gerontologist*, 37(6), 804-816.
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond Rational Choice - the Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Phillips, M. A., & Murrell, S. A. (1994). Impact of Psychological and Physical Health, Stressful Events, and Social Support on Subsequent Mental-Health Help-Seeking Among Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 270-275.

- Reynders, A., Scheerder, G., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2011). Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïdecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen. Leuven.
- RIZIV (2012). [<http://www.riziv.be/homenl.htm>]. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekeringen.
- Roland, M. (2012). Steun in the traject. Eerste-lijnshulp bij scheiding. Visiedossier, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- Rudell, K., Bhui, K., & Priebe, S. (2008). Do 'alternative' help-seeking strategies affect primary care service use? A survey of help-seeking for mental distress. *Bmc Public Health*, 8.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 495-507.
- Shumaker, S. A., & Hill, D. R. (1991). Gender Differences in Social Support and Physical Health. *Health Psychology*, 10(2), 102-111.
- Steunpunt (2013). [<http://www.steunpunt.be/>], Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- Strohschein, L., McDonough, P., Monette, G., & Shao, Q. (2005). Marital transitions and mental health: Are there gender differences in the short-term effects of marital status change? *Social Science & Medicine*, 61(11), 2293-2303.
- Svensson, E., Nygard, J. F., Sorensen, T., & Sandanger, I. (2009). Changes in formal help seeking for psychological distress: The OsLof study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3), 260-266.
- Teachman, J. (2008). Complex life course patterns and the risk of divorce in second marriages. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 294-305.
- Ten Have, M., Oldehinkel, A., Vollebergh, W., & Ormel, J. (2003). Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 178-187.
- Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Ormel, J. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 311-323.
- Tijhuis, M. A. R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An Orientation Toward Help-Seeking for

- Emotional-Problems. *Social Science & Medicine*, 31(9), 989-995.
- Vanderwaals, F. W., Mohrs, J., & Foets, M. (1993). Sex-Differences among Recipients of Benzodiazepines in Dutch General-Practice. *British Medical Journal*, 307(6900), 363-366.
- Vandeurzen, J. (2010). "Persmededeling van Jo Vandeurzen, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Projectoproep hervorming geestelijke gezondheidszorg: Over zorgnetwerken, vroegdetectie en vroeginterventie" (pp. 1-6).
- Vasiliadis, H. M., Tempier, R., Lesage, A., & Kates, N. (2009). General Practice and Mental Health Care: Determinants of Outpatient Service Use. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(7), 468-475.
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2012a). [<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Eerstelijns-psychologische-functie-in-proefprojecten/>].
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2012b). [<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Uniforme-tarieven-voor-centra-geestelijke-gezondheidszorg/#kost>].
- Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid (2009). Onderzoeksrapport: Eerstelijnspsycholoog. [<https://wvg.vlaanderen.be/applicaties/kenniscentrum/pdf/eerstelijnspsycholoog.pdf>].
- Vollebergh, T. (2003). Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren: hbsc - Nederland 2002: health behaviour in school-aged children.
- Wade, T. J., & Cairney, J. (2000). Major depressive disorder and marital transition among mothers: Results from a national panel study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(11), 741-750.
- Wade, T. J., & Pevalin, D. J. (2004). Marital transitions and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 155-170.
- Wall, K., Aboim, S., Cunha, V., & Vasconcelos, P. (2001). Families and informal support networks in Portugal: the reproduction of inequality. *Journal of European Social Policy*, 11(3), 213-233.

9 APPENDIX

9.1 OPERATIONALISERING VAN DE VARIABELEN

Afhankelijke variabelen

Aan de respondenten werd gevraagd: “Welke personen heb je gecontacteerd omwille van sociale of emotionele problemen gedurende de voorbije 12 maanden?”. Bij deze vraag werden zes gezondheidsspecialisten gepresenteerd. Wij beperken ons tot de huisarts, psychiater en psycholoog, aangezien zij het meest worden gecontacteerd omwille van psychische klachten. Van alle drie wordt een afzonderlijke dichotome variabele gemaakt: huisarts (0 = geen huisartsbezoek, 1 = één of meerdere huisartsbezoeken), psychiater (0 = geen raadpleging bij een psychiater, 1 = één of meerdere raadplegingen) en psycholoog (0 = geen raadpleging bij psycholoog, 1 = één of meerdere raadplegingen).

Het psychofarmacagebruik werd bepaald aan de hand van de volgende vraag: “Welke van de volgende middelen hebt u gedurende de voorbije 2 weken gebruikt?” Gezien onze focus op mentale gezondheidsproblemen ligt, beperken wij ons tot kalmeermiddelen, antidepressiva en psychostimulantia. Van zodra de respondent één van deze middelen heeft gebruikt, krijgt hij/zij score 1 op de dummyvariabele psychofarmacagebruik.

Onafhankelijke variabelen

Partnerstatus is de hoofdonafhankelijke variabele. Drie categorieën worden onderscheiden: gehuwd (=referentiecategorie), gescheiden en een nieuwe partner en gescheiden en alleenstaand.

De operationalisatie van informele steun in twee dummyvariabelen is gebaseerd op de vraag: “Bij wie van de volgende personen kon je de voorbije twaalf maanden terecht voor een persoonlijk gesprek?”. We hebben het onderscheid gemaakt tussen emotionele steun van familieleden (0=geen emotionele steun van familieleden, 1= kunnen rekenen op één of meerdere familieleden voor emotionele steun) en van niet-familieleden (vrienden, collega's en burens).

Depressieve gevoelens worden gemeten aan de hand van de 8-item versie van de “Center of Epidemiological Studies Depression Scale” (CES-D8 schaal). Deze schaal is een zelfbeoordelvragenlijst die depressieve symptomen meet. Deze schaal is niet diagnostisch en heeft als doel om risicogroepen te identificeren (Radloff, 1977). Een voorbeelditem is: “Hoe vaak gedurende de voorbije week voelde je je gedeprimeerd?”. De schaal kent een minimum van 1 en een maximum van 25, waarbij een hoge waarde een hoog aantal depressieve gevoelens voorstelt. De interne consistentie van de schaal is voldoende hoog (Cronbachs'α vrouwen = 0,857; mannen=0,804). Overmatig alcoholgebruik is geoperationaliseerd op basis van: “Hoe vaak hebt u de voorbije 6 maanden 6 of meer glazen alcoholhoudende dranken op 1 dag gedronken? “ (1=nooit, 2=, minder dan 1 keer per maand, 3= 1 keer per maand, 4= verschillende keren per maand, 5= 1 keer per week, 6= verschillende keren per week, 7= dagelijks). Alcoholgebruik wordt in de analyse opgenomen als metrische variabele.

Het inkomen van de respondent wordt gemeten door middel van het geschatte huishoudinkomen. Er werd van de respondent gevraagd om het totale netto-huishoudinkomen te schatten. Door middel van de gemodificeerde OECO-equivalentieschaal houden wij rekening met gezinsgrootte en -samenstelling. De equivalentieschaal kent een gewicht van 1 toe aan de eerste volwassene van een huishouden; 0,5 aan elke andere volwassene in het huishouden en 0,3 aan elk kind (Hagenaars, 1994). Ook het ontvangen en geven van alimentatiegeld wordt in acht genomen. Er worden vijf categorieën aangemaakt, gebaseerd op het mediaaninkomen, dat afzonderlijk voor mannen (1637) en vrouwen (1518) is berekend. De eerste categorie zijn 'de laagste inkomens' (zij met een huishoudinkomen onder 50% van het mediaaninkomen) (=referentiecategorie), de tweede 'de matige inkomens' (zij met een huishoudinkomen tussen 50% en 80% van het mediaaninkomen), de derde 'de hoge inkomens' (zij met een huishoudinkomen tussen 80% en 120% van het mediaaninkomen), de vierde categorie zijn de 'hoogste inkomens' (zij met een huishoudinkomen hoger dan 120% van het mediaaninkomen) en tenslotte bestaat de laatste categorie uit de ontbrekende waarden.

Het opleidingsniveau van de respondent wordt gemeten door een categorische variabele: de eerste categorie 'geen opleiding of laaggeschoold' gaat van geen diploma tot lager secundair onderwijs, de tweede categorie 'middengeschoold' gaat van hoger secundair onderwijs tot postsecundair niet-hoger onderwijs en tenslotte de laatste categorie 'hooggeschoold' (referentiecategorie) gaat tot en met hoger universitair onderwijs.

Met betrekking tot de werkstatus worden er drie verschillende categorieën onderscheiden: diegenen die voltijds werken, deeltijds werken en diegenen die niet tewerkgesteld zijn. Diegenen die voltijds werken vormen de referentiecategorie. Leeftijd wordt berekend op basis van de geboortedatum en de datum van het interview. Bij vrouwen is de minimumleeftijd 22 en de maximumleeftijd 73, bij mannen 21 en 83.

9.2 **BESCHRIJVENDE GEGEVENS**

Tabel 2 Beschrijvende gegevens voor de steekproef van mannen (N=3020) en vrouwen (N=3450)

	a. Vrouwen		b. Mannen	
	N	%	N	%
Contact met huisarts	582	16,9	262	8,7
Contact met psychiater	138	4,0	79	2,6
Contact met psycholoog	182	5,3	79	2,6
Psychofarmacagebruik	396	11,5	192	6,4
Gehuwd	957	27,7	831	27,5
Gescheiden, nieuwe partner	1354	39,2	1338	44,3
Gescheiden, geen partner	1139	33,0	851	28,2
Steun van familieleden (ja)	2959	85,8	2546	84,3
Steun van niet-familieleden (ja)	2455	71,2	1627	53,9
Inkomen				
Laagste inkomen (<50% v. mediaan)	160	4,6	142	4,7
Matig inkomen (>50% & <80% v. mediaan)	803	23,3	543	18,0
Hoog inkomen (>80% & <120% v. mediaan)	1063	30,8	1148	38,0
Hoogste inkomen (>120% v. mediaan)	1062	30,8	947	31,4
Ontbrekende waarden	362	10,5	240	7,9
Werkstatus				
Inactief	721	20,9	456	15,1
Deeltijds werken	1174	34,0	168	5,6
Voltijds werken	1503	43,6	2355	78,0
Opleiding				
Laag niveau van opleiding	682	19,8	730	24,2
Matig niveau van opleiding	1401	40,6	1225	40,6
Hoog niveau van opleiding	1360	39,4	1056	35,0
	\bar{x}	SA	\bar{x}	SA
Depressieve gevoelens (1-25)	5,8	27,7	4,8	3,5
Overmatig alcoholgebruik (1-7)	1,4	1,0	2,4	1,7
Algemene gezondheid (1-5)	3,8	0,8	3,9	0,7
Leeftijd	45,4	8,1	47,5	8,1

9.3 LOGISTISCHE REGRESSIEMODELLEN

Tabel 3 De logistische regressieanalyse bij vrouwen (OR's) (N=3450)

	1. Huisarts		2. Psychiater		3. Psycholoog		4. Psychofarmacagebruik	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
Partnerstatus (Gehuwd)	***	***	**	**	**	*		
Gescheiden, nieuwe partner	1,375*	1,359*	1,345	1,368	0,949	0,976	1,232	1,127
Gescheiden, geen partner	1,759***	1,784***	2,359**	2,392**	1,710**	1,589*	1,216	0,930
Informele steun								
Steun van familieleden		1,482**		1,050		0,794		0,782
Steun van niet-familieleden		1,328**		1,102		1,256		0,753
Kinderen								
Kinderen (<12j)		1,024		0,000		0,818		1,001
Kinderen (>12j & <21j)		0,975		1,530		0,587		1,235
Mentale gezondheidsstatus								
Subjectieve gezondheid	0,636***	0,629***	0,633***	0,635***	0,856	0,858	0,511***	0,584***
Depressieve gevoelens	1,138***	1,142***	1,108***	1,109***	1,168***	1,167***	1,121***	1,065***
Overmatig alcoholgebruik	1,063	1,056	0,1,028	1,023	1,044	1,041	1,030	1,002
Inkomen (laag inkomen)					*	*		
Matig inkomen	0,817	0,796	0,789	0,770	2,362	2,381	1,001	1,047
Hoog inkomen	0,863	0,832	1,168	1,151	2,666*	2,677*	1,037	1,039
Hoogste inkomen	0,860	0,831	1,042	1,018	3,906**	3,850**	0,802	0,773
Ontbrekende waarden	0,526	0,515	0,805	0,806	1,842	1,858	0,576	0,623
Leeftijd	0,981	0,984*	0,987	0,986	0,955***	0,955***	1,022	1,034***
Opleiding (hoog niveau)								
Laag niveau	0,995	1,124	0,464**	0,476**	0,833	0,831	0,721	0,721
Matig niveau	0,820	0,863	0,624*	0,626*	0,746	0,743	0,672**	0,722*

	1. Huisarts		2. Psychiater		3. Psycholoog		4. Psychofarmacagebruik	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
Werkstatus (voltijds)			***	***	**	**	***	
Inactief	1,258	1,263	5,266***	5,344***	2,053**	2,079**	1,954***	1,537*
Deeltijds	1,241	1,223	1,774*	1,771*	1,312	1,303	1,292	1,166
Professioneel zorggebruik								
Contact met huisarts								4,590***
Contact met psychiater								5,460***
Contact met psycholoog								2,462**
Constante	0,819	0,425	0,071**	0,065**	0,059***	0,065**	0,206**	0,105***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tabel 4 De logistische regressieanalyse bij mannen(OR's) (N=3020)

	1. Huisarts		2. Psychiater		3. Psycholoog		4. Psychofarmacagebruik	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
Partnerstatus (Gehuwd)								
Gescheiden, nieuwe partner	1,169	1,160	1,336	1,374	1,079	1,211	1,403	1,487
Gescheiden, geen partner	1,426	1,361	1,280	1,133	1,500	1,293	1,096	1,112
Informele steun								
Steun van familieleden		1,073		0,730		0,619		1,586
Steun van niet-familieleden		1,703***		1,729*		2,011**		0,710
Kinderen								
Kinderen (<12j)		1,077		1,391		0,868		0,967
Kinderen (>12j & <21j)		0,866		0,521		0,449		0,552
Mentale gezondheidsstatus								
Subjectieve gezondheid	0,837*	0,835*	0,662**	0,648**	0,862	0,858	0,632***	0,674***
Depressieve gevoelens	1,213***	1,209***	1,177***	1,169***	1,184***	1,172***	1,197***	1,124***
Overmatig alcoholgebruik	0,974*	0,894**	0,875a	0,862*	0,950	0,935	0,900*	0,949
Inkomen (laag inkomen)								
Matig inkomen	0,809	0,796	1,692	1,790	0,759	0,766	0,942	0,875
Hoog inkomen	0,780	0,740	1,045	1,011	0,976	0,910	0,787	0,749
Hoogste inkomen	0,705	0,649	0,640	0,580	0,790	0,690	0,701	0,687
Ontbrekende waarden	0,475	0,459	1,504	1,461	0,364	0,350	0,507	0,461
Leeftijd	0,974**	0,977*	0,960*	0,962*	0,949***	0,950***	0,979	0,992
Opleiding (hoog niveau)								
Laag niveau	1,134	1,264	0,685	0,696	0,791	0,827	0,983	0,992
Matig niveau	1,176	1,265	0,490*	0,511*	0,623	0,654	0,778	0,782

	1. Huisarts		2. Psychiater		3. Psycholoog		4. Psychofarmacagebruik	
	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2	Model 1	Model 2
Werkstatus (voltijds)	*	**	***	***			***	*
Inactief	1,757**	1,817**	3,244***	3,316***	1,688	1,699	2,448***	1,803*
Deeltijds	1,387	1,409	0,869	0,832	1,227	1,174	1,992*	1,884
Professioneel zorggebruik								
Contact met huisarts								5,026***
Contact met psychiater								7,143***
Contact met psycholoog								2,600***
Constante	0,220*	0,140**	0,296	0,300	0,241	0,277	0,372	0,119*

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

ENGLISH ABSTRACT

This study compares mental health care and psychotropic drug use of the divorced (re-partnered or single) to the married. Within the theoretical framework of crowding in/out thesis, we question whether the availability of informal support, facilitates or substitutes formal care seeking. Logistic regression analyses were performed for women (N=3450) and men (N=3020) to determine the correlates of contacting a GP, a psychiatrist, a psychologist and taking psychotropic drugs. Divorced singles report the highest mental health care and psychotropic drug use. Divorced women (especially singles) contact more often each type of health care provider, regardless of their mental health, informal support and socio-economic background. Women who can rely on the support of family and non-family members are more inclined to contact a GP. With regard to men, informal support of non-family members positively influences each type of care seeking. These findings are in line with the crowding-in thesis.

Keywords: Mental health care use, psychotropic drug use, divorce, informal support, gender