

De rol van de gezinscontext in het gebruik van mentale gezondheidszorg

Een analyse bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2017 en 2024

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

—

Redactie > Ludo VANDENTHOREN, Katrien DE REU, Agnès LECLERCQ, Thomas OTTE,
Ruud SAERENS

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

De rol van de gezinscontext in het gebruik van mentale gezondheidszorg

Een analyse bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2017 en 2024

01	Inleiding.....	3
02	Methodologie	5
	Populatie	5
	Zorggebruik	8
	Design	8
03	Resultaten.....	9
	Chronisch gebruik antidepressiva	9
	Chronisch gebruik antipsychotica	11
	Psychiatrische consulten	13
04	Discussie.....	15
05	Conclusie.....	17
06	Aanbevelingen	18
07	Referenties	20
08	Bijlagen.....	21

01 Inleiding

Mentale gezondheidsproblemen vormen een groeiende uitdaging in onze maatschappij. Het is bekend dat sociale context – waaronder de aanwezigheid van een partner of kinderen – een belangrijke rol speelt in het mentale welzijn. Omgekeerd ondervinden mensen met een psychische kwetsbaarheid vaker moeilijkheden om een netwerk uit te bouwen, waardoor de kans op eenzaamheid toeneemt. Om deze dynamiek beter te begrijpen, voerden we een analyse uit bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen naar het gebruik van mentale gezondheidszorg bij mensen met kinderen en/of een partner, in vergelijking met mensen zonder kinderen en/of gekende partner. Door beide groepen tegenover elkaar te plaatsen, krijgen we zicht op de mogelijke beschermende of net belastende effecten van gezinsstructuur en sociale steun op het gebruik van psychofarmaca en psychiatrische zorg.

Uit cijfers van Statbel (2025) blijkt dat de mate van eenzaamheid sterk varieert naargelang de gezinssamenstelling. In het derde kwartaal van 2025 voelde 15% van de alleenstaanden zonder kinderen zich altijd of meestal eenzaam. Bij alleenstaanden met kind(eren) was dit 12%, terwijl dit aanzienlijk lager lag bij paren zonder kinderen (5%) en bij paren met ten minste één kind jonger dan 25 jaar (4%). Deze gegevens geven aan hoe bepaalde gezinsvormen kwetsbaarder zijn voor eenzaamheid dan andere.

Perlman en Peplau (1998) definiëren eenzaamheid als een subjectieve, onaangename ervaring waarbij er een discrepantie bestaat tussen de behoefte aan sociaal contact en de werkelijk ervaren sociale contacten, zowel kwantitatief als kwalitatief. Dit is niet hetzelfde als sociaal isolement, dat verwijst naar de objectieve beperkte aanwezigheid of afwezigheid van sociale contacten.

De resultaten van het Belgische BELHEALTH-onderzoek (2024) sluiten hierbij aan. Ze geven aan dat eenzaamheid gepaard gaat met een slechtere mentale gezondheidstoestand. Eenzaamheid is volgens het onderzoeksrapport gelinkt aan meer klachten van depressie, gegeneraliseerde angst en een lagere levenstevredenheid. Daarnaast vonden de onderzoekers een verband tussen het waarnemen van een publiek stigma rond mentale gezondheidsproblemen en eenzaamheid. De richting van deze relatie kan echter niet afgeleid worden uit de beschikbare gegevens: zowel verhoogde eenzaamheid kan bijdragen aan het waarnemen van stigma, als het waarnemen van stigma gevoelens van eenzaamheid kan versterken (Verhaegen et al., 2024).

Internationaal onderzoek onderstreept het belang van gezins- en partnerrelaties op vlak van eenzaamheid en mentale gezondheid. Een recente studie van Akinyemi et al. (2025) geeft aan dat de huwelijksstatus een belangrijke rol speelt in het zich al dan niet eenzaam voelen. Gehuwde personen rapporteren aanzienlijk minder eenzaamheid dan gescheiden personen of weduwen/weduwenaars. Bovendien blijkt uit de studie dat eenzaamheid een sterke en onafhankelijke voorspeller is van depressie en mentale en fysieke gezondheidsproblemen.

Ook bij mensen met kinderen speelt zowel het al dan niet hebben van een partner als de aanwezigheid van een breder sociaal netwerk een belangrijke rol in hun mentale gezondheid. Sociale ondersteuning fungeert daarbij als een beschermende factor tegen mentale gezondheidsproblemen tijdens het ouderschap. Zo toonden Seo & Kim (2022) aan dat een gebrek aan partnerondersteuning kan leiden tot meer burn-out bij moeders. Uit een onderzoek van Cox et al. (2025) blijkt dat er ook een associatie is tussen spatiale restrictie (geringe verplaatsingen buitenshuis), een factor die vaak gelinkt wordt aan verminderd sociaal contact, en depressie bij ouders. Zo vertoonden ouders die volledige dagen thuisbleven verhoogde scores op vlak van depressieve symptomen. Voornamelijk vaders leken hiervoor gevoelig. Volgens Kareem et al. (2024) lopen alleenstaande ouders een veel hoger risico op depressie, stress en angst dan ouders met een partner. Financiële problemen, beperkte sociale steun en een kortere opleiding spelen hierbij een belangrijke rol.

Daarnaast kan ook het al dan niet hebben van kinderen een invloed hebben op de mentale gezondheid. Zo toonde een studie van Ribeiro et al. (2024) aan dat vrouwen die definitief ongewenst kinderloos waren hogere depressieniveaus vertoonden dan vermoedelijk vruchtbare vrouwen en vrouwen in een fertiliteitstraject. Verder toont een overzichtartikel van Xu et al. (2025) dat de ervaring van kinderloosheid in de midden en latere levensfase sterk beïnvloed wordt door sociale normen. Deze normen kunnen leiden tot gevoelens van uitsluiting, identiteitsverstoring en sociale druk, hoewel sommige ouderen net positieve identiteiten ontwikkelen los van ouderrolverwachtingen. Kinderloze volwassenen maken zich regelmatig zorgen over toekomstige zorg en ondersteuning, vooral in contexten met beperkte welzijnssystemen. Er is bovendien een groot gebrek aan onderzoek naar ondervertegenwoordigde groepen, zoals LGBTQ+ personen, mannen en mensen van niet-Westerse afkomst of in sociaal kwetsbare posities.

Tot slot brengt recent onderzoek van Kailaheimo-Lönnqvist et al. (2025) aan het licht dat alle vormen van mentale gezondheidsproblemen de kans op het krijgen van kinderen verlagen, met de sterkste effecten bij ernstige mentale aandoeningen zoals schizofrenie. Een belangrijk deel van de variatie wordt verklaard door partnerstatus, vooral bij mannen. Dit wijst erop dat mensen met ernstige mentale gezondheidsproblemen minder vaak een relatie hebben wat op zijn beurt leidt tot een hogere kans op kinderloosheid. Wanneer beide partners een psychische stoornis hebben, is de kans op kinderloosheid nog hoger dan wanneer slechts één partner ermee kampt.

Op basis van de bestaande literatuur richt ons onderzoek zich op de rol van gezins- en partnersituaties in het gebruik van mentale gezondheidszorg. Meer bepaald onderzoeken we in welke mate de aanwezigheid van kinderen en/of een partner samenhangt met zowel farmacologische als psychiatrische zorgconsumptie.

Daarom formuleren we de volgende onderzoeksvragen:

1. **In welke mate verschilt het gebruik van antidepressiva tussen personen met en zonder kinderen en/of partner?**
2. **In welke mate verschilt het gebruik van antipsychotica tussen personen met en zonder kinderen en/of partner?**
3. **Hoe verschilt het aantal psychiatrische consulten tussen personen met en zonder kinderen en/of partner?**

Met deze onderzoeksvragen beogen we inzicht te verwerven in hoe gezins- en partnersituaties mogelijk functioneren als beschermende factoren of risicofactoren in het gebruik van mentale gezondheidszorg. Deze inzichten kunnen bijdragen tot het identificeren van groepen die mogelijk bijkomende ondersteuning of gerichtere preventieve interventies nodig hebben.

02 Methodologie

Populatie

De populatie van de studie omvat **alle personen die zonder onderbreking aangesloten** waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Helan, Partenamut en Freie Krankenkasse) tussen **1 januari 2017** en **31 december 2024**. Alleen personen die **uiterlijk op 1 januari 2017** de hoedanigheid van **uitkeringsgerechtigde verzekerde** hadden verworven, werden opgenomen. Deze hoedanigheid heeft betrekking op arbeiders, bedienden, zelfstandigen, werkloosheidsuitkeringsgerechtigden en invaliden, om enkel personen te behouden die mogelijk in aanmerking komen voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Ambtenaren en niet-actieven die niet gedekt zijn door de werkloosheidsverzekering zijn dus uitgesloten uit onze populatie.

Daarnaast werden uitsluitend individuen geïnccludeerd die gedurende de volledige observatieperiode **geen wijzigingen in hun huishoudsamenstelling** kenden.

Leefsituatie met betrekking tot kinderen

Voor de aanwezigheid van kinderen werden twee strikt afgebakende, stabiele situaties weerhouden:

1. **Personen die gedurende de volledige observatieperiode (2017–2024) onafgebroken samenwoonden met minstens één kind jonger dan 25 jaar.** Deze categorie omvatte zowel personen met reeds een kind op **1 januari 2017**, als personen die in **2017** hun eerste kind kregen.
2. **Personen die gedurende de volledige periode (2017–2024) nooit hebben samengewoond met een kind**, ongeacht de leeftijd van een potentieel kind.



Gezinsstructuur: koppels en alleenwonenden

Ook voor de gezinsstructuur werden enkel individuen opgenomen die tijdens de volledige observatieperiode **in een constante huishoudsituatie verbleven**, ongeacht eventuele partnerwissels.

- **Koppels:**

Personen die van 1 januari 2017 tot 31 december 2024 onafgebroken als koppel geregistreerd stonden in het Rijksregister. De classificatie *koppel* werd gebaseerd op officiële domiciliëring met:

- een huwelijkspartner,
- een wettelijk samenwonende partner, of
- een partner zonder wettelijke samenwoning, maar met een gedeeld domicilieadres.

- **Alleenwonenden:**

Personen die gedurende de volledige observatieperiode als alleenstaand huishouden waren geregistreerd, met of zonder kinderen, conform de gegevens van het Rijksregister.

De uiteindelijke studiepopulatie omvatte **312.543 personen** (zie tabel 1).

Tabel 1: [Verdeling van de individuen naargelang hun gender, ouderschapsstatus en relatiestatus.](#)

	Koppel	Solo	Totaal	Verdeling
Vrouw met kinderen	85.127	29.387	114.514	36,64%
Vrouw zonder kinderen	17.576	16.731	34.307	10,98%
Man met kinderen	98.850	17.066	115.916	37,09%
Man zonder kinderen	20.143	27.663	47.806	15,30%
Totaal	221.696	90.847	312.543	100,00%
Verdeling	70,93%	29,07%	100,00%	

Persoonsgegevens

Binnen de analyses werden de volgende persoonsgegevens gebruikt:

- Gender (Man/Vrouw)
- Relatiestatus (Solo/Koppel)
- Ouderschap (Ouder/Niet-ouder)
- Werkstatuut (Arbeider/Bediende/Zelfstandige/Andere (= invalide, enz.))
- Regio (Brussel/Vlaanderen/Wallonië)
- Socio-economische status (Recht op verhoogde tegemoetkoming/Geen recht op verhoogde tegemoetkoming)
- Leeftijdscategorie (29 jaar en jonger/30-39 jaar oud/40-49 jaar oud/50 jaar en ouder)

Zorggebruik

Het zorggebruik werd per kalenderjaar berekend. Een binaire variabele (1/0) werd aan de persoon gegeven binnen een kalenderjaar indien hij voldeed aan de volgende criteria:

- Chronisch gebruik van antidepressiva: afleveringen van ATC-4 code N06A met een Defined Daily Dose (DDD) van minstens 90 dagen per kalenderjaar
- Chronisch gebruik van antipsychotica: afleveringen van ATC-4 code N05A met een DDD van minstens 90 dagen per kalenderjaar
- Psychiatrisch consult: algemeen of psychotherapeutisch consult bij een psychiater¹

Design

De analyse maakte gebruik van twee complementaire modellen. In een eerste fase werd een descriptieve analyse uitgevoerd, waarbij verschillen tussen groepen werden getoetst met behulp van een χ^2 -toets om statistische significantie te bepalen.

In een tweede fase werd een longitudinaal analysekader toegepast. Hiervoor werd een logistisch Generalized Estimating Equations-model (GEE) gebruikt om de kans op het optreden van de binaire uitkomstvariabele ($Y = 1$) te modelleren over opeenvolgende meetmomenten. Het model maakte gebruik van een logit-linkfunctie en veronderstelde een binomiale verdeling van de afhankelijke variabele.

De keuze voor een GEE-benadering laat toe om intra-individuele correlatie tussen herhaalde metingen adequaat te modelleren en robuuste schattingen van de populatiegemiddelden te verkrijgen.

Het model omvatte de volgende verklarende variabelen: jaar (year), geslacht (sexe), relatiestatus (couple), ouderschap (parent), werkstatuut (catsoc), regio (region), socio-economisch statuut (BIM), leeftijdscategorie (agecat) en hun interacties. De referentiecategorieën waren als volgt: geslacht = man, relatiestatus = koppel, ouderschap = ouder, werkstatuut = zelfstandige, regio = Brussel, socio-economisch statuut = geen verhoogde tegemoetkoming, leeftijdscategorie = 29 jaar en jonger.

De statistische vergelijking is als volgt:

$$\text{logit}(\text{Pr}(Y=1)) = \beta_0 + \beta_1 \text{year} + \beta_2 \text{sexe} + \beta_3 \text{couple} + \beta_4 \text{parent} + \beta_5 \text{catsoc} + \beta_6 \text{region} + \beta_7 \text{BIM} + \beta_8 \text{agecat} + \beta_9 (\text{sexe} \times \text{parent}) + \beta_{10} (\text{sexe} \times \text{couple}) + \beta_{11} (\text{couple} \times \text{parent}) + \beta_{12} (\text{sexe} \times \text{couple} \times \text{parent})$$

¹ Voor psychiatrisch consulten stopten de analyses bij het jaar 2023 omdat de volledige gegevens voor 2024 ontbraken. Chronisch gebruik van antidepressiva en antipsychotica stopten bij het jaar 2024.

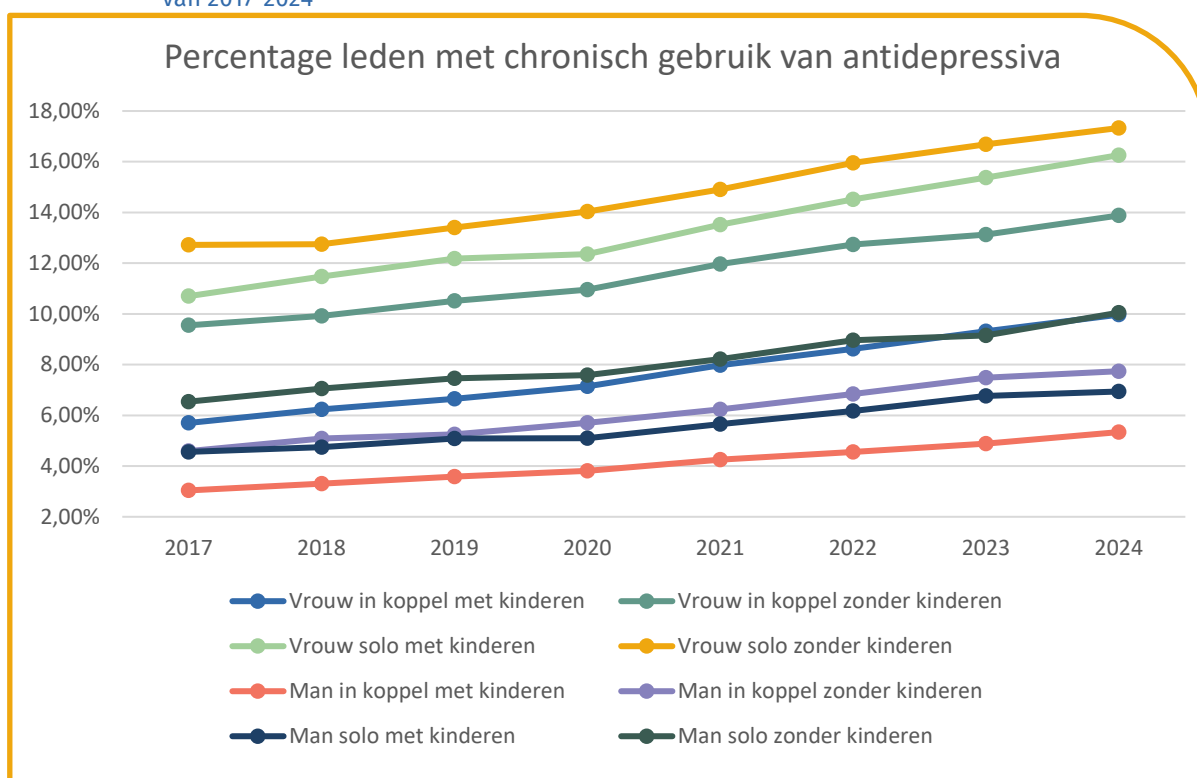
De resultaten worden gerapporteerd als gecorrigeerde oddsratio's² met 95%-betrouwbaarheidsintervallen, berekend op basis van de geschatte marginale gemiddelden (LS Means).

03 Resultaten

Chronisch gebruik antidepressiva

Onze ruwe cijfers (zie figuur 1) tonen aan dat het chronisch gebruik van antidepressiva bij onze studiepopulatie tussen 2017 en 2024 significant gestegen is met 60.58% (%2017 = 5.86%, %2024 = 9.41%, $\chi^2 = 3224.60$, $df = 1$, $p < 0.001$). Wanneer men kijkt naar subpopulaties (zie figuur 1), ontdekken we dat men de grootste stijging in het gebruik vindt voor vrouwen met een partner en kinderen (+74.91%, %2017 = 5.70%, %2024 = 9.97%, $\chi^2 = 1340.29$, $df = 1$, $p < 0.001$) en de kleinste stijging bij vrouwen zonder partner en zonder kinderen (+ 36.24%, %2017 = 12.72%, %2024 = 17.33%, $\chi^2 = 148.48$, $df = 1$, $p < 0.001$), hoewel deze laatste ook wel het hoogste gebruik kennen van alle groepen.

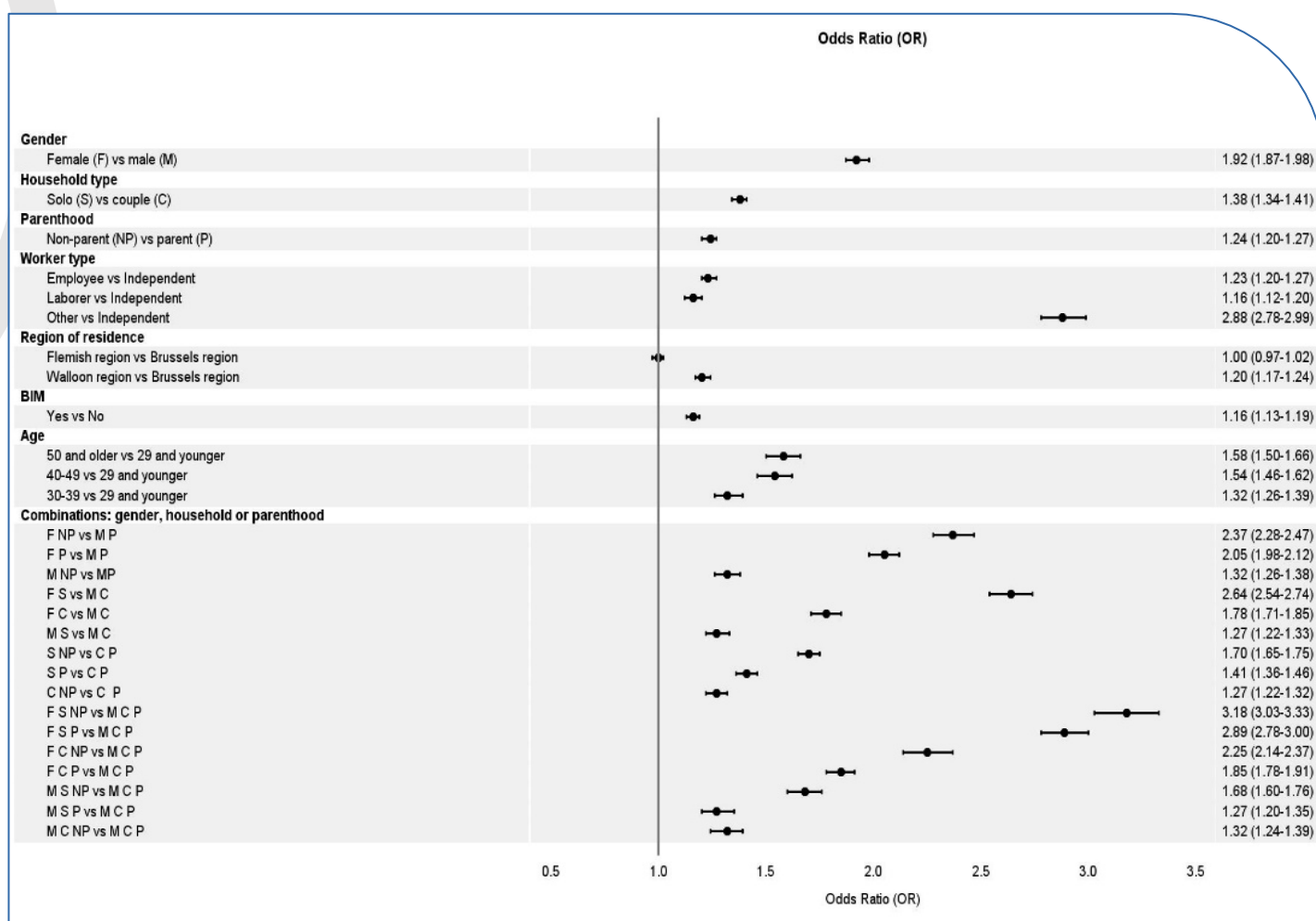
Figuur 1: Evolutie van de proportie aan chronische gebruikers van antidepressiva doorheen de periode van 2017-2024



2 Gecorrigeerd voor alle verklarende variabelen

De gecorrigeerde oddsratio's (zie figuur 2) geven ons enkele interessante bevindingen. Zo hebben vrouwen nagenoeg tweemaal zoveel kans op gebruik van antidepressiva dan mannen (OR = 1.92, 95% CI = 1.87-1.98, $p < 0.001$). Wie geen partner heeft maakt eveneens 38% meer kans op gebruik dan diegenen met een partner (OR = 1.38, 95% CI = 1.34-1.41, $p < 0.001$). Op vlak van kinderen, zien we dat wie kinderloos is zo'n 24% meer kans heeft om antidepressiva op chronische wijze te gebruiken tegenover mensen met kinderen (OR = 1.24, CI = 1.20-1.27, $p < 0.001$). Dat gender, relatiestatus en kinderloos zijn risicofactoren zijn blijkt ook uit de interactie-effecten. Vergeleken met mannen die een partner en kinderen hebben, maken vrouwen zonder partner en zonder kinderen zo'n 218% meer kans op gebruik van antidepressiva (OR = 3.18, 95% CI = 3.03-3.33, $p < 0.001$), terwijl dit voor vrouwen met partner en kinderen nog slechts 85% hoger is (OR = 1.85, 95% CI = 1.78-1.91, $p < 0.001$). Voor mannen zonder kinderen en zonder partner was de kans 68% hoger om antidepressiva op chronische wijze te gebruiken (OR = 1.68, 95% CI = 1.60-1.76, $p < 0.001$).

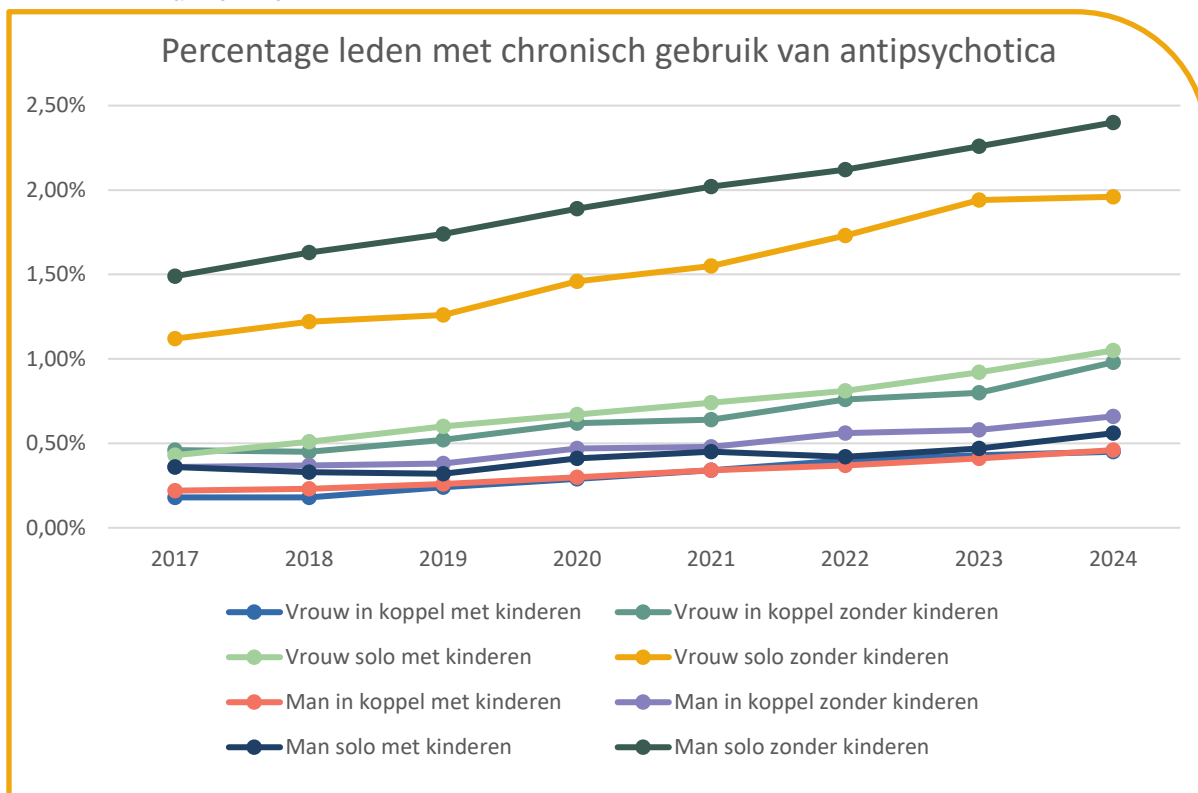
Figuur 2: Gecorrigeerde oddsratio's met 95% betrouwbaarheidsinterval en significantiewaarde voor chronisch gebruik van antidepressiva



Chronisch gebruik antipsychotica

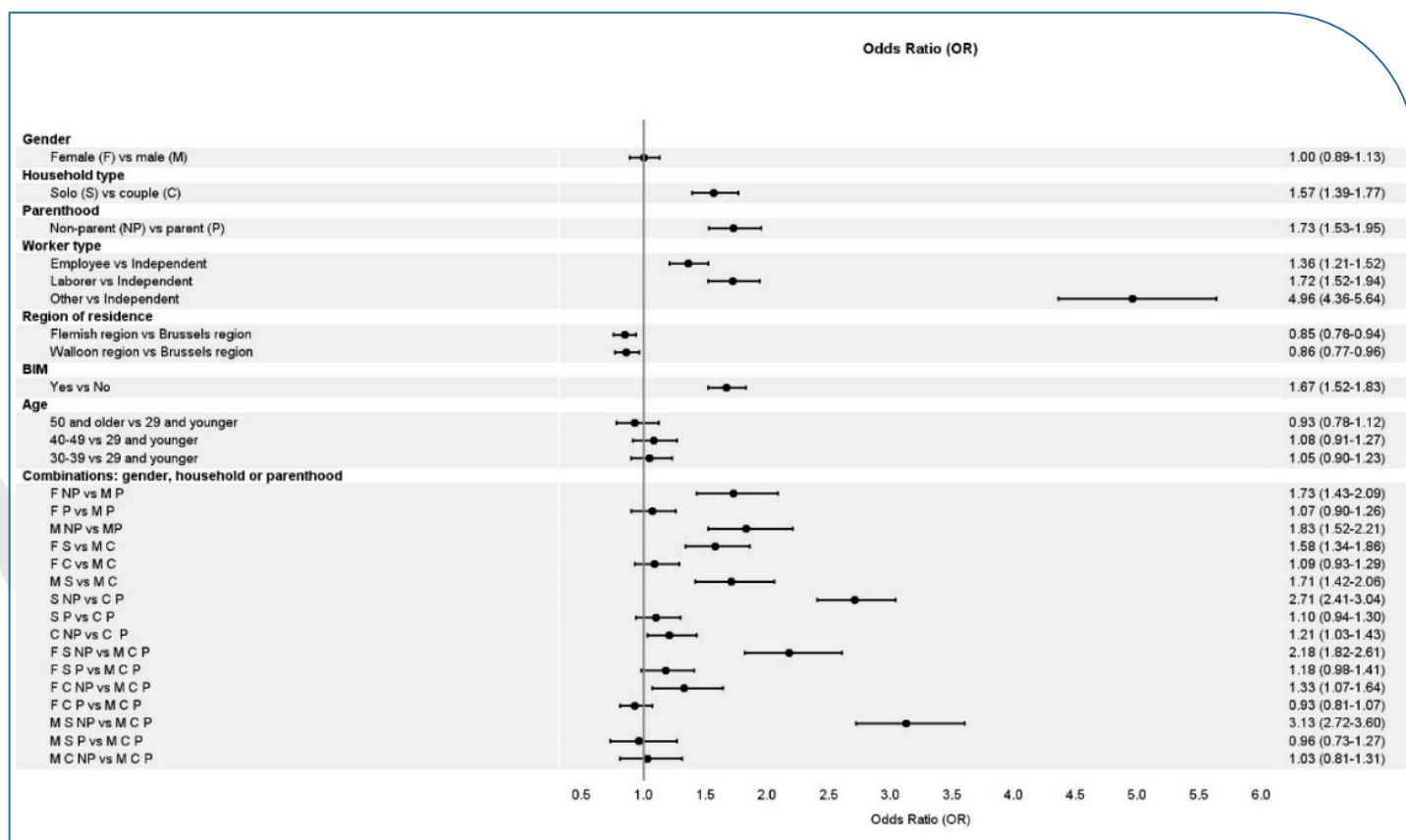
De ruwe cijfers (zie figuur 3) tonen aan dat het gebruik tussen 2017 en 2024 met 92.86% gestegen is ($\%_{2017} = 0.42\%$, $\%_{2024} = 0.81\%$, $\chi^2 = 399.81$, $df = 1$, $p < 0.001$). Voor de verschillende subpopulaties (zie figuur xx) bemerken we opnieuw dat de grootste stijging in het chronisch gebruik van antipsychotica bij vrouwen met partner en kinderen bestaat (+150%, $\%_{2017} = 0.18\%$, $\%_{2024} = 0.45\%$, $\chi^2 = 32.97$, $df = 1$, $p < 0.001$). De kleinste stijging vonden we bij mannen die kinderen hebben maar geen partner (+55.56%, $\%_{2017} = 0.36\%$, $\%_{2024} = 0.56\%$, $\chi^2 = 7.35$, $df = 1$, $p = 0.01$).

Figuur 3: Evolutie van de proportie aan chronische gebruikers van antipsychotica doorheen de periode van 2017-2024



Uit de gecorrigeerde oddsratio's (zie figuur 4) komt naar voren dat wie geen kinderen heeft zo'n 73% meer kans heeft om chronisch gebruiker te zijn van antipsychotica dan wanneer men kinderen heeft ($OR = 1.73$, $95\% CI = 1.53-1.95$, $p < 0.001$). Ook solo zijn, geeft 57% meer kans om deze medicatie te gebruiken dan wanneer men een partner heeft ($OR = 1.57$, $95\% CI = 1.39-1.77$, $p < 0.001$). Echter waren er geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen ($OR = 1.00$, $95\% CI = 0.89-1.13$, $p = 0.95$). Vergeleken met mannen die een partner en kinderen hebben, vertoonden mannen zonder partner en zonder kinderen 213% meer kans om antipsychotica te gebruiken ($OR = 3.13$, $95\% CI = 2.72-3.60$, $p < 0.001$) en vrouwen zonder partner en kinderen zo'n 118% meer kans ($OR = 2.18$, $95\% CI = 1.82-2.61$, $p < 0.001$).

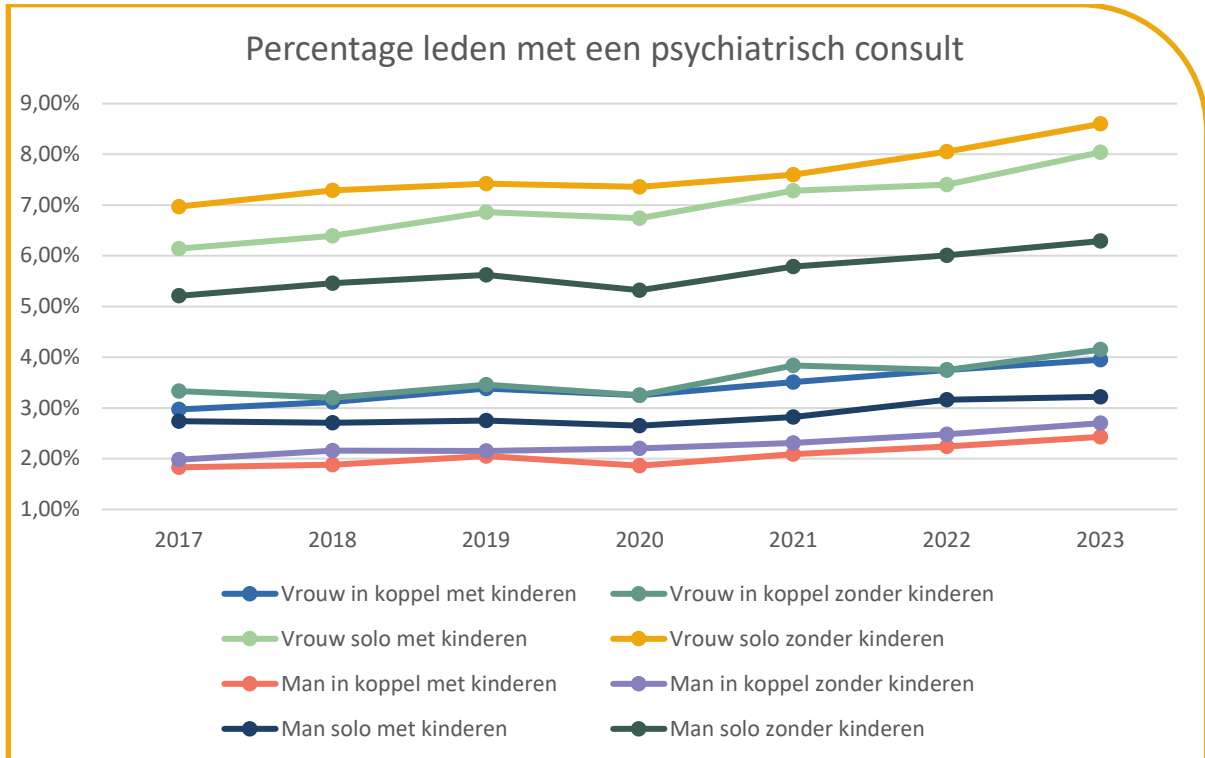
Figuur 4: Gecorrigeerde oddsratio's met 95% betrouwbaarheidsinterval en significantiewaarde voor chronisch gebruik van antipsychotica



Psychiatrische consulten

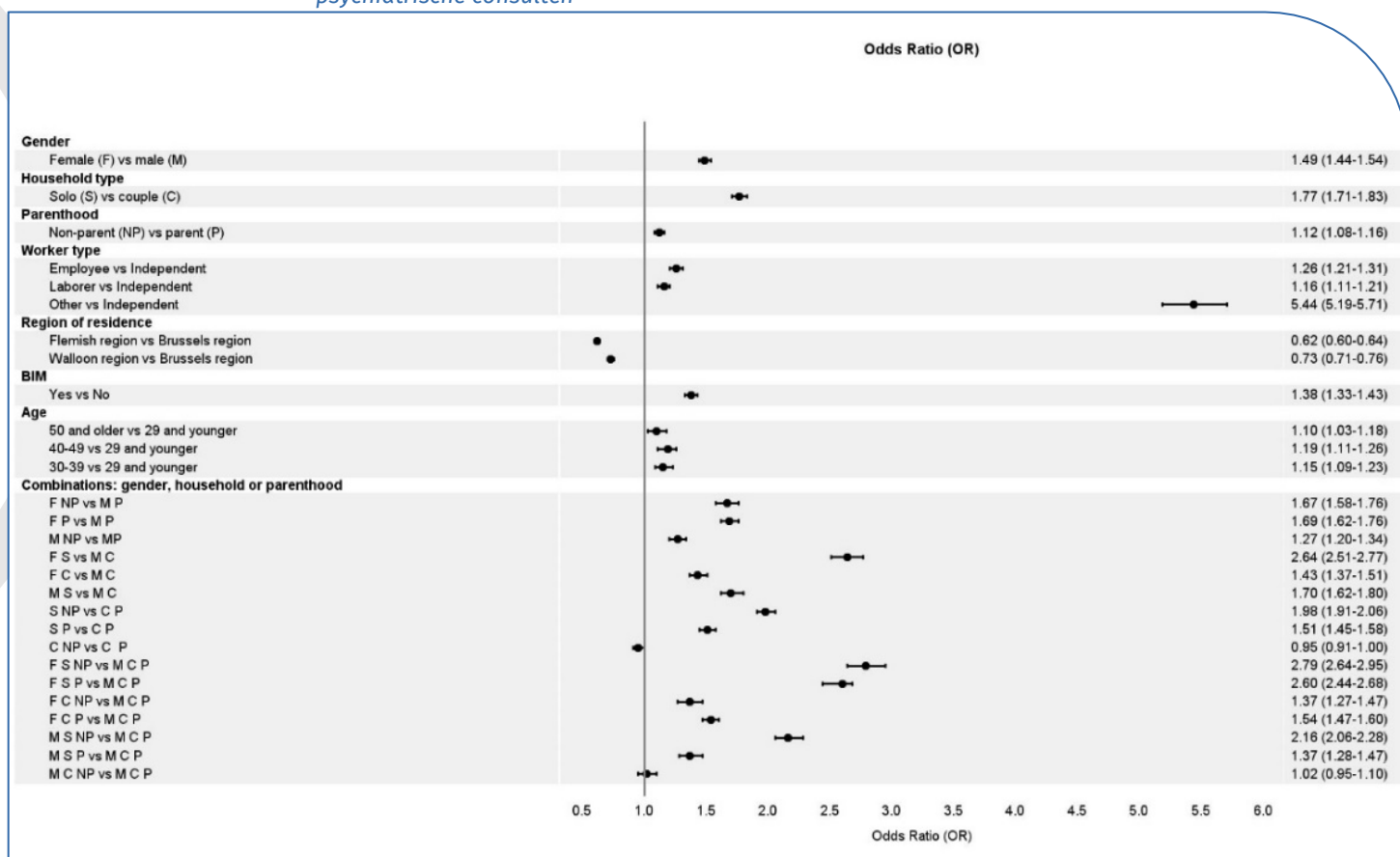
De ruwe cijfers (zie figuur 5) tonen aan dat de proportie aan psychiatrische consulten bij onze studiepopulatie met 28.83% steeg tussen de jaren 2017 en 2024, wat een significante stijging is ($\%_{2017} = 3.26\%$, $\%_{2023} = 4.20\%$, $\chi^2 = 379.95$, $df = 1$, $p < 0.001$). Wat onze subpopulaties betreft (zie figuur xx) zien we de hoogste stijging bij mannen met een partner maar zonder kinderen (+36.36%, $\%_{2017} = 1.98\%$, $\%_{2023} = 2.70\%$, $\chi^2 = 22.88$, $df = 1$, $p < 0.001$) en de laagste bij mannen zonder partner maar met kinderen (+17.52%, $\%_{2017} = 2.74\%$, $\%_{2023} = 3.22\%$, $\chi^2 = 6.81$, $df = 1$, $p = 0.01$).

Figuur 5: *Evolutie van de proportie aan leden met een psychiatrisch consult doorheen de periode van 2017-2024*



De gecorrigeerde oddsratio's (zie figuur 6) tonen aan dat er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Zo maken vrouwen zo'n 49% meer kans om een psychiatrisch consult te hebben (OR = 1.49, 95% CI = 1.44-1.54, $p < 0.001$). Wie solo is, maakt 77% meer kans op een dergelijk consult dan wie een partner heeft (OR = 1.77, 95% CI = 1.71-1.83, $p < 0.001$). Wie geen kinderen heeft, heeft zo'n 12% meer kans om een psychiatrisch consult te hebben dan diegenen met kinderen (OR = 1.12, 95% CI = 1.08-1.16, $p < 0.001$). De interactie van deze drie toont aan dat vrouwen zonder partner en kinderen zo'n 179% meer kans hebben op een psychiatrisch consult dan mannen met partner en kinderen (OR = 2.79, 95% CI = 2.64-2.95, $p < 0.001$). Bijkomend hebben vrouwen zonder partner maar met kinderen eveneens 156% meer kans dan mannen met partner en kinderen om een consult bij een psychiater te hebben (OR = 2.56, 95% CI = 2.44-2.68, $p < 0.001$).

Figuur 6: Gecorrigeerde oddsratio's met 95% betrouwbaarheidsinterval en significantiewaarde voor psychiatrische consulten



04 Discussie

In onze analyse van de mentale gezondheidszorg bij onze uitkeringsgerechtigde verzekerden zien we een duidelijke en significante stijging in de proportie aan chronisch gebruikers van zowel antidepressiva als antipsychotica tussen 2017 en 2024 voor alle groepen. Voor antidepressiva bedraagt de toename in prevalentie aan gebruikers 60.58%, terwijl er voor antipsychotica zelfs een stijging van 92.86% werd vastgesteld, weliswaar bij een aanzienlijk kleiner deel van de onderzochte populatie. Deze evolutie kan passen binnen een breder kader waarin hulpzoekend gedrag en toegankelijkheid van zorg mee kunnen spelen, en waarin sociale determinanten zoals ervaren eenzaamheid en stigma samenhangen met slechtere mentale gezondheidsuitkomsten (Bruggeman et al., 2023; Bruggeman & Nélis, 2023; Drieskens et al., 2024; Verhaegen et al., 2024). Het groeiend fenomeen van chronisch gebruik van psychofarmaca binnen onze populatie heeft belangrijke implicaties voor het gezondheidsbeleid. De stijging kan wijzen op een evolutie in voorschrijfgedrag, een toename van psychische problematiek, een verbeterde toegang tot mentale gezondheidszorg of een combinatie hiervan. Ons onderzoek stelt ons niet in staat om de onderliggende factoren te verduidelijken.

Onze bevindingen tonen dat gender en gezinscontext een belangrijke rol spelen in de consumptie van psychofarmaca. Zo vertonen vrouwen nagenoeg tweemaal zoveel kans op chronisch gebruik van antidepressiva vergeleken met mannen (OR = 1,92), wat in lijn ligt met eerdere studies (bv. Vandenthoren et al., 2024). Dit patroon is ook consistent met literatuur die wijst op het belang van partner- en gezinsrelaties in mentaal welzijn en hulpgebruik - gehuwde personen rapporteren doorgaans minder eenzaamheid dan gescheiden of verweduwd personen (Akinyemi et al., 2025), en eenzaamheid gaat samen met meer depressieve klachten en lagere levensvreugden (Verhaegen et al., 2024). Daarnaast blijken ook relatiestatus en zonder kinderen samenleven significante risicofactoren. Zo hebben personen zonder partner en/of kinderen een verhoogde kans op chronisch gebruik van zowel antipsychotica als antidepressiva. Hierbij sluit literatuur aan die verhoogde kwetsbaarheid bij alleenstaande ouders rapporteert (Kareem et al., 2024) en die aantoont dat definitieve, ongewenste kinderloosheid bij vrouwen samenhangt met hogere depressieniveaus (Ribeiro et al., 2024). Ook sociale normen rond kinderloosheid op middelbare en latere leeftijd kunnen een rol spelen in gevoelens van uitsluiting en druk (Xu et al., 2025).

De interactie-effecten vallen hierbij vooral op: vrouwen zonder partner en zonder kinderen hebben meer dan driemaal zoveel kans op antidepressivegebruik (OR = 3,18) als mannen met partner en kinderen. Dit lijkt te wijzen op een mogelijke cumulatie van kwetsbaarheden. Tegelijk wijst recent onderzoek erop dat de relatie bidirectioneel kan zijn: psychische stoornissen verlagen de kans op het hebben van kinderen, en samenwonen medieert een deel van die link (vooral bij mannen); wanneer beide partners aan een mentale aandoening lijden, neemt de kans op kinderloosheid verder toe (Kailaheimo-Lönnqvist et al., 2025). Voor antipsychotica zien we een gelijkaardig patroon, maar dan zonder de genderverschillen. Het ontbreken van een partner en kinderen is sterk geassocieerd met een hogere kans

op chronisch gebruik, maar uit onze gegevens is het niet mogelijk om een causaal verband af te leiden.

De proportie van psychiatrisch consulten steeg in absolute termen (+28,83%) tussen 2017 en 2024. Ook hier bleven de verschillen tussen de subgroepen aanwezig: vrouwen en personen zonder kinderen en/of partner hebben duidelijk meer kans op een consult, wat consistent is met de patronen in medicatiegebruik. Eerder werk van Sciensano liet zien dat vrouwen vaker de nood aan hulp rapporteren, wat deze vaststelling mede kan verklaren (Bruggeman et al., 2023; Bruggeman & Nélis, 2023; Drieskens et al., 2024). Dat sluit bovendien aan bij internationaal bewijs dat eenzaamheid een sterke voorspeller is van depressie en slechtere mentale (en fysieke) gezondheid, met minder eenzaamheid bij gehuwden (Akinyemi et al., 2025).

De vastgestelde hogere kans op chronisch gebruik van antidepressiva, antipsychotica en psychiatrische consulten bij mensen zonder partner en/of kinderen kan moeilijk los worden gezien van de rol van eenzaamheid als onderliggende risicofactor voor mentale gezondheidsproblemen. Uit de literatuur blijkt dat eenzaamheid vaker voorkomt bij personen die alleen wonen of geen partner en/of kinderen hebben, en dat dit gepaard gaat met meer depressieve klachten, angst en een lager algemeen welbevinden (Verhaegen et al., 2024; Akinyemi et al., 2025). Belgische bevolkingscijfers illustreren die differentiële kwetsbaarheid: in Q3 2025 rapporteerde 15% van de alleenstaanden zonder kinderen zich altijd of meestal eenzaam te voelen. Dit was 12% bij alleenstaanden met kind(eren), tegenover 5% bij paren zonder kinderen en 4% bij paren met minstens één kind jonger dan 25 jaar (Statbel, 2025). Conceptueel is het daarbij belangrijk eenzaamheid te onderscheiden van sociaal isolement: eenzaamheid is een subjectieve, onaangename discrepantie tussen gewenste en ervaren sociale contacten, terwijl isolement de objectieve (afwezigheid van) contacten betreft (Perlman & Peplau, 1998). Ook bij ouders blijft sociale steun een belangrijke beschermende factor en kan beperkte bewegingsvrijheid buitenshuis -een marker voor minder sociaal contact - samenhangen met depressieve symptomen, vooral bij vaders (Seo & Kim, 2022; Cox et al., 2025).

Daarnaast speelt ook het ervaren van stigma rond psychische kwetsbaarheid een rol in het ontstaan en versterken van eenzaamheid. Personen met mentale gezondheidsproblemen geven vaak aan dat ze zich zorgen maken over hoe anderen hen beoordelen, wat kan leiden tot terughoudendheid om hulp te zoeken of sociale contacten aan te gaan. Uit het onderzoek van Verhaegen et al. (2024) blijkt bovendien dat er een duidelijke samenhang bestaat tussen eenzaamheid en het ervaren stigma rond mentale gezondheidsproblemen. De richting van deze relatie kan echter niet eenduidig worden vastgesteld. Dit wijst op een potentieel vicieuze cirkel waarbij sociaal isolement en negatieve beeldvorming elkaar kunnen versterken, wat vooral problematisch zou kunnen zijn voor personen die reeds over een beperkt sociaal netwerk beschikken.

Een eerste beperking van dit onderzoek is het observationele ontwerp, waardoor geen causaliteit kan worden vastgesteld. Daarnaast steunen de analyses op administratieve terugbetalingsgegevens, die beperkte klinische informatie bevatten (zoals het ontbreken van diagnoses of indicaties voor medicatiegebruik, inclusief mogelijk off-label gebruik). Psychologische zorg is evenmin volledig in kaart te brengen door de versnipperde organisatie en financiering ervan. Verder beschikken

we enkel over gegevens voor leden die effectief zorg zochten, wat selectiebias kan introduceren. Ook de gebruikte operationalisatie van relatiestatus op basis van domicilie vormt een beperking: sommige alleenwonenden hebben mogelijk een partner, terwijl samenwonenden niet noodzakelijk een romantische relatie hebben, wat kan leiden tot misclassificatie.

Daartegenover staan enkele belangrijke sterktes. De zeer grote steekproefgrootte verhoogt de statistische power en maakt betrouwbare schattingen in diverse subgroepen mogelijk. Het gebruik van objectieve administratieve gegevens reduceert recall bias en weerspiegelt het reële zorggebruik. De lange observatieperiode (2017-2024) laat bovendien toe trends over de tijd te detecteren. Tot slot biedt de combinatie van informatie over partnerstatus, ouderschap, farmacologisch gebruik en psychiatrische zorg een breed en genuanceerd inzicht in de relatie tussen gezinsstructuur en mentale gezondheidszorg.

05 Conclusie

Onze analyse toont aan dat sociodemografische kenmerken, zoals gender en gezinscontext, sterk samenhangen met het gebruik van psychofarmaca. Vooral vrouwen, en personen zonder partner en/of kinderen, vertonen een duidelijk hogere kans op chronisch gebruik van antidepressiva, met de meest uitgesproken effecten voor vrouwen die zowel geen partner als geen kinderen hebben. Voor wat betreft antipsychotica zien we dan weer het hoogste gebruik bij alleenstaande mannen zonder kinderen. Deze bevindingen sluiten aan bij de literatuur die wijst op het verhoogde risico op psychische problemen bij personen zonder partner of kinderen. Verder blijkt uit onze resultaten dat personen zonder partner en/of kinderen vaker gebruik maken van psychiatrische consulten, wat consistent is met hun verhoogde medicatiegebruik. De causaliteit van deze effecten kan niet worden afgeleid uit onze analyse; vermoedelijk is er sprake van een verband in beide richtingen. De rol van eenzaamheid lijkt ons hierbij een belangrijk element, aangezien sociaal isolement gelinkt is aan meer depressieve en angstklachten en zo het gebruik van psychofarmaca en mentale gezondheidszorg kan doen toenemen. Bovendien toont onderzoek dat het ervaren van stigma rond psychische kwetsbaarheid gevoelens van eenzaamheid kan vergroten, wat een vicieuze cirkel creëert voor wie al beperkte sociale steun ervaart.

Hiernaast stellen we in het algemeen een duidelijke stijging in het chronisch gebruik van antidepressiva en antipsychotica tussen 2017 en 2024 vast bij onze uitkeringsgerechtigde leden. Aangezien we dezelfde individuen doorheen de tijd opvolgen, suggereert dit een reële toename van chronisch gebruik en niet louter een stijging omwille van demografische verschuivingen. Mogelijke verklaringen zijn een verandering in voorschrijfpatronen, een toenemende prevalentie van psychische problemen of een betere toegankelijkheid van zorg, al kan ons onderzoek deze hypothesen niet aantonen.

De combinatie van onze resultaten met kennis uit eerdere literatuur benadrukt de nood aan een beleid dat expliciet oog heeft voor de meest kwetsbare groepen. Een

geïntegreerde aanpak waarin sociale factoren, gezinscontext en mentale gezondheidsnoden gezamenlijk worden meegenomen, is essentieel om de groeiende problematiek van psychische kwetsbaarheid en psychofarmacagebruik duurzaam aan te pakken.

06 Aanbevelingen

1. **Het interfederaal plan GGZ - dat het licht moet zien in 2026 - dient extra aandacht te hebben voor de doelgroep alleenstaanden (met of zonder kinderen).**

Dit plan rond Geestelijke Gezondheidszorg moet bijdragen aan een globale visie op nationaal niveau en de samenwerking tussen de verschillende bevoegdheden van de diverse overheidsniveaus en ministers faciliteren. Het plan mag zich niet beperken tot zorg, maar moet ook werk maken van gezondheids promotie en preventie van mentale gezondheidsproblemen. Gezien de verhoogde kans op mentale kwetsbaarheid bij alleenstaanden, is het belangrijk om deze doelgroep in het plan te verankeren.

2. **Doorbreek het stigma rond psychische kwetsbaarheid om maatschappelijke participatie te versterken.**

Een doeltreffende vermindering van stigma rond psychische kwetsbaarheid vraagt om een geïntegreerde aanpak. De inzet van ervaringsdeskundigen vormt hier een voorbeeld van: zij kunnen zowel op beleidsniveau als in individuele ondersteuning waardevolle inzichten aanreiken over bestaande drempels en mogelijke oplossingen. Daarnaast blijven sensibiliserings- en informatiecampagnes richting het brede publiek essentieel om vooroordelen te counteren en de kennis over mentale gezondheid te vergroten. Tot slot is een blijvende inzet op kennisontwikkeling en inclusieve omgangsvormen binnen organisaties en publieke diensten noodzakelijk om stigma structureel te verminderen.

3. **Maak van het verminderen van eenzaamheid een beleidsprioriteit**

De aanpak van eenzaamheid verdient een centrale plaats en een politiek beleid dat het principe van 'Health in All Policies' daadwerkelijk toepast. Overheden moeten daarbij rekening houden met de groeiende diversiteit aan gezinsvormen. Beleidsinterventies moeten oplossingen op vier niveaus beogen: het individu, het relationele niveau, de lokale gemeenschap en de maatschappij. Dit betekent onder andere investeren in ontmoetingsplekken in de buurt, het stimuleren van vrijwilligerswerk en de ondersteuning van lokale initiatieven die eenzaamheid tegengaan zoals een buddywerking. Organisaties die zich inzetten voor versterking van sociale cohesie en participatie verdienen structurele ondersteuning, zowel financieel als beleidsmatig. Het is bovendien van belang dat deze organisaties een duidelijke stem hebben in het politieke debat, zodat

de noden van groepen die anders moeilijk gehoord worden, voldoende aandacht krijgen.

4. Investeer in opleiding en onderzoek naar onderbouwde interventies tegen eenzaamheid.

Het is belangrijk om aandacht te besteden aan het probleem van eenzaamheid door zowel bewustwording in de samenleving te vergroten als zorgverstrekkers doelgericht op te leiden in het herkennen en aanpakken ervan. Hiernaast is het essentieel om te investeren in wetenschappelijk onderzoek naar welke interventies echt effectief zijn tegen eenzaamheid. Hieraan moeten ook gezondheidseconomische evaluaties gekoppeld worden zodat duidelijk wordt welke maatregelen kosteneffectief zijn en welke meerwaarde ze opleveren voor onze gezondheidszorg. In een maatschappij die steeds sneller draait en de nadruk vooral op betaald werk legt, mogen we het opbouwen van ons sociaal kapitaal niet uit het oog verliezen. Zonder gerichte actie lopen we het risico dat de gemaakte economische vooruitgang teniet wordt gedaan door stijgende gezondheids- en welzijnskosten.

5. Neem maatregelen ter bevordering van sociaal contact

We raden aan om programma's te ontwikkelen - of de bestaande initiatieven uit te breiden - die mensen, en in het bijzonder alleenstaanden, aanmoedigen om deel te nemen aan sportieve, artistieke, sociale en vrijetijdsactiviteiten. Deze initiatieven zijn niet alleen gericht op het bevorderen van het fysieke en mentale welzijn, maar ook op het bestrijden van eenzaamheid en het versterken van sociale banden. Een concreet voorbeeld is het 'UiTPAS'-vouchersysteem, dat al in sommige Vlaamse gemeenten wordt gebruikt en dat mensen aanmoedigt om aan een activiteit deel te nemen door de inschrijvingskosten te verminderen op basis van het gezinsinkomen. Deze programma's moeten deel uitmaken van een gemeenschapsgerichte gezondheidsaanpak, waarbij lokale middelen worden ingezet om de sociale cohesie en het mentale welzijn te versterken.

07 Referenties

- Akinyemi, O., Abdulrazaq, W., Fasokun, M., Ogunyankin, F., Ikugbayigbe, S., Nwosu, U., Michael, M., Hughes, K., & Ogundare, T. (2025). The impact of loneliness on depression, mental health, and physical well-being. *PLOS ONE*, 20(7 July). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0319311>
- Bruggeman, H., & Nélis, G. (2023). *Belgian health and well-being cohort (BELHEALTH) - Bulletin n°3*.
- Bruggeman, H., Nélis, G., & Gisle, L. (2023). *Belgische gezondheids- en welzijnscohort (BELHEALTH) - Bulletin n°2*.
- Cox, C., Vaerbak, N., & Parsons, C. (2025). *Depression is Associated with Spatial Restriction in Fathers and Mothers on Parental Leave: a GPS Tracking Study*.
- Drieskens, S., Duveau, C., Hermans, L., & Nélis, G. (2024). *Belgian health and well-being cohort (BELHEALTH) - Bulletin n°4*.
- Kareem, O. M., Oduoye, M. O., Bhattacharjee, P., Kumar, D., Zuhair, V., Dave, T., Irfan, H., Taraphdar, S., Ali, S., & Orbih, O. M. (2024). *Single parenthood and depression: A thorough review of current understanding*. *Health Science Reports*, 7(7), e2235. <https://doi.org/10.1002/hsr2.2235>
- Kailaheimo-Lönnqvist, S., Nisén, J., Metsä-Simola, N., Martikainen, P., & Myrskylä, M. (2025). *Different mental health disorders and childlessness: The importance of partnership status* (MPIDR Working Paper WP2025010). Max Planck Institute for Demographic Research. <https://doi.org/10.4054/MPIDR-WP-2025-010>
- Monitoring van levensomstandigheden | Statbel. (2025, December 19). <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/driemaandelijkse-monitoring>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*, 571–581.
- Ribeiro, S., Pedro, J., & Martins, M. V. (2024). *Psychosocial experiences of involuntary definitive childless women: A comparative study based on reproductive status*. *Human Reproduction*, 39(3), 559–568. <https://doi.org/10.1093/humrep/deae001>
- Seo, J. H., & Kim, H. K. (2022). What Is the Burnout of Mothers with Infants and Toddlers during the COVID-19 Pandemic? In Relation to Parenting Stress, Depression, and Parenting Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19074291>
- Vandenthoren, L., Saerens, R., Karakaya, G., van der Cruyssen, K., & de Backer, M. (2024). *Evoluties in mentale gezondheid - Een analyse op de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tussen 2019 en 2023*. www.mloz.be
- Verhaegen, K. A., Duveau, C., Gisle, L., Jonker, H., Charafeddine, R., Demarest, S., & Braekman, E. (2024). *EENZAAMHEID EN GEESTELIJKE GEZONDHEID IN BELGIË: ONDERZOEKSRESULTATEN*.
- Xu, W., Zhou, J., Previtali, F., & Teerawichitchainan, B. (2025). *Social aspects of childlessness experiences in midlife and late adulthood: A scoping review*. *European Journal of Ageing*, 22, Article 41. <https://doi.org/10.1007/s10433-025-00877-7>

08 Bijlagen

Tabel 2: *Proportie chronische gebruikers van antidepressiva per jaar*

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
General	5,86%	6,27%	6,67%	7,00%	7,70%	8,29%	8,82%	9,41%

Tabel 3: *Proportie chronische gebruikers van antipsychotica per jaar*

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
General	0,42%	0,45%	0,49%	0,57%	0,62%	0,68%	0,74%	0,81%

Tabel 4: *Proportie van studiepoulatie met psychiatrisch consult per jaar*

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
General	3,26%	3,39%	3,59%	3,44%	3,74%	3,93%	4,20%

Tabel 5: *Proportie chronische gebruikers van antidepressiva per jaar en per gender, relatiestatus en parentale status*

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Female in couple with children	5,70%	6,23%	6,65%	7,14%	7,98%	8,62%	9,31%	9,97%
Female in couple without children	9,55%	9,92%	10,52%	10,96%	11,96%	12,73%	13,13%	13,88%
Female solo with children	10,70%	11,47%	12,18%	12,36%	13,52%	14,52%	15,37%	16,26%
Female solo without children	12,72%	12,75%	13,40%	14,03%	14,91%	15,95%	16,68%	17,33%
Male in couple with children	3,04%	3,31%	3,58%	3,81%	4,25%	4,55%	4,89%	5,34%
Male in couple without children	4,59%	5,09%	5,25%	5,70%	6,24%	6,84%	7,49%	7,74%
Male solo with children	4,56%	4,74%	5,09%	5,10%	5,65%	6,17%	6,77%	6,94%
Male solo without children	6,54%	7,06%	7,46%	7,58%	8,22%	8,96%	9,15%	10,05%

Tabel 6: *Proportie chronische gebruikers van antipsychotica per jaar en per gender, relatiestatus en parentale status*

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Female in couple with children	0,18%	0,18%	0,24%	0,29%	0,34%	0,40%	0,43%	0,45%
Female in couple without children	0,46%	0,45%	0,52%	0,62%	0,64%	0,76%	0,80%	0,98%
Female solo with children	0,43%	0,51%	0,60%	0,67%	0,74%	0,81%	0,92%	1,05%
Female solo without children	1,12%	1,22%	1,26%	1,46%	1,55%	1,73%	1,94%	1,96%
Male in couple with children	0,22%	0,23%	0,26%	0,30%	0,34%	0,37%	0,41%	0,46%
Male in couple without children	0,36%	0,37%	0,38%	0,47%	0,48%	0,56%	0,58%	0,66%
Male solo with children	0,36%	0,33%	0,32%	0,41%	0,45%	0,42%	0,47%	0,56%
Male solo without children	1,49%	1,63%	1,74%	1,89%	2,02%	2,12%	2,26%	2,40%

Tabel 7: *Proportie van studiepoulatie met psychotherapeutisch consult per jaar en per gender, relatiestatus en parentale status*

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Female in couple with children	2,97%	3,12%	3,38%	3,25%	3,51%	3,75%	3,95%
Female in couple without children	3,33%	3,20%	3,46%	3,25%	3,84%	3,75%	4,15%
Female solo with children	6,14%	6,39%	6,86%	6,74%	7,28%	7,40%	8,04%
Female solo without children	6,97%	7,29%	7,42%	7,36%	7,60%	8,05%	8,60%
Male in couple with children	1,83%	1,88%	2,05%	1,86%	2,09%	2,24%	2,43%
Male in couple without children	1,98%	2,16%	2,15%	2,20%	2,31%	2,48%	2,70%
Male solo with children	2,74%	2,71%	2,75%	2,65%	2,82%	3,16%	3,22%
Male solo without children	5,21%	5,46%	5,62%	5,32%	5,79%	6,01%	6,29%

Tabel 8: *Lijst met nomenclatuurcodes voor psychiatrische consulten*

102196	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de psychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102211	Raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist in de neuropsychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102690	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde arts-specialist in de psychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102712	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde arts-specialist in de neuropsychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag aan de behandelende arts
102933*	Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie door een arts-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met een schriftelijk verslag
102992*	Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie door een geaccrediteerde arts-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met een schriftelijk verslag
101695*	Videoraadpleging door een arts-specialist
109012*	Advies
102491*	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist wanneer de raadpleging op een zaterdag, een zondag of een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden
102513*	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een arts-specialist wanneer de raadpleging tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden
103014*	Bezoek bij een zieke thuis door een arts-specialist, op schriftelijke vraag van de behandelende huisarts of van de behandelende huisarts op basis van verworven rechten, met schriftelijk verslag van de arts-specialist. De aanwezigheid van beide artsen samen is vereist indien zij gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag
103051*	Bezoek in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis door een arts-specialist, op schriftelijke vraag van de behandelende huisarts of van de behandelende huisarts op basis van verworven rechten, met schriftelijk verslag van de arts-specialist. De aanwezigheid van beide artsen samen is vereist indien zij gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag
103073*	Bezoek in een instelling voor gehandicapten door een arts-specialist, op schriftelijke vraag van de behandelende arts, met schriftelijk verslag van de bijgeroepen arts-specialist. De aanwezigheid van beide artsen samen is vereist indien zij gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag
106816*	Bezoek door een arts-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie aan een rechthebbende verblijvend in een woonzorgcentrum of rusthuis (maison de repos, maison de repos et de soins), op schriftelijke vraag van de behandelende huisarts of van de behandelende huisarts op basis van verworven rechten, met verplicht medisch verslag aan de behandelende arts
106971*	Toeslag voor een bezoek door een arts-specialist in de geriatrie, in de neurologie, in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie (106772, 106794 en 106816) aan een rechthebbende verblijvend in een woonzorgcentrum of rusthuis (maison de repos, maison de repos et de soins), wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd
106993*	Toeslag voor een bezoek door een arts-specialist in de geriatrie, in de neurologie, in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie (106772, 106794 en 106816) aan een rechthebbende verblijvend in een woonzorgcentrum of rusthuis (maison de repos, maison de repos et de soins), wanneer het bezoek op een zaterdag, een zondag of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd
109513	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een arts-specialist voor psychiatrie, met een minimum duur van 45 minuten, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
109631	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geaccrediteerde arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 45 minuten, inclusief een eventueel schriftelijk verslag
109535	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, met tenlasteneming van een groep patiënten welke tot eenzelfde familie behoren, inclusief eventueel schriftelijk verslag: twee personen, per persoon
109550	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, met tenlasteneming van een groep patiënten welke tot eenzelfde familie behoren, inclusief eventueel schriftelijk verslag: vanaf de 3e persoon, per persoon
109653	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geaccrediteerde arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, met tenlasteneming van een groep patiënten die tot eenzelfde familie behoren, inclusief een eventueel schriftelijk verslag: twee personen, per persoon

109572	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een arts-specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 90 minuten, met tenlasteneming van een groep van 8 patiënten maximum, inclusief eventueel schriftelijk verslag, per persoon
109336	Psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere van minder dan 18 jaar door de arts-specialist in de psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, via mediatietherapie in aanwezigheid en met medewerking van één of meerdere volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en wiens na(a)m(en) vermeld staan in het schriftelijke verslag, per psychotherapeutische zitting
109675	Psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere van minder dan 18 jaar door de geaccrediteerde arts-specialist in de psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, via mediatietherapie in aanwezigheid en met medewerking van één of meerdere volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en wiens na(a)m(en) vermeld staan in het schriftelijke verslag per psychotherapeutische zitting
101894	Zitting met een minimum duur van 30 minuten, zonder fysieke aanwezigheid, met het oog op een psychiatrische diagnose of een psychotherapeutische behandeling
101916	Zitting met een minimum duur van 45 minuten, zonder fysieke aanwezigheid, met het oog op het verzetten: van de psychotherapeutische behandeling die voor de overheidsmaatregelen gestart waren
101931	Zitting met een minimumduur van 60 minuten met het oog op een mediatietherapie van een kind of jongere van minder dan 18 jaar met deelname van één of meerdere volwassenen die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding, zonder fysieke aanwezigheid
109351	Uitgebreide en individuele psychiatrische evaluatie van een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met een minimumduur van 120 minuten, door een arts-specialist in de psychiatrie, op voorschrift van de behandelende arts, met dossieropmaak en verslag, per zitting
109373	Overleg tussen de arts-specialist in de psychiatrie en de psycholoog of de orthopedagoog betreffende de ambulante behandeling van een patiënt jonger dan 18 jaar
109395	Overleg tussen de geaccrediteerde arts-specialist in de psychiatrie en de psycholoog of de orthopedagoog betreffende de ambulante behandeling van een patiënt jonger dan 18 jaar
109410	Uitgebreide en individuele psychiatrische evaluatie van een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met een minimumduur van 120 minuten, door een geaccrediteerde arts-specialist in de psychiatrie, op voorschrift van de behandelende arts, met dossieropmaak en verslag, per zitting
109432	Honorarium voor een pluridisciplinair overleg onder leiding van de arts-specialist in de psychiatrie, voor een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met deelname van minstens 2 andere hulpverlenende instanties of disciplines, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en/of de volwassene(n) die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding, met een duur van 90 minuten. Een verslag met vermelding van de deelnemers maakt deel uit van het patiëntendossier
109454	Honorarium voor een pluridisciplinair overleg onder leiding van de geaccrediteerde arts-specialist in de psychiatrie, voor een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met deelname van minstens 2 andere hulpverlenende instanties of disciplines, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en/of de volwassene(n) die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding, met een duur van 90 minuten. Een verslag met vermelding van de deelnemers maakt deel uit van het patiëntendossier

Nota. Nomenclatuurcodes met een sterretje (*) maakten voor een filter gebruik van de bevoegdheidcodes 076, 078, 119, 162, 192, 195, 592, 689, 692, 760, 764, 780, 784 en 788 om enkel de artsen met een specialisatie in de psychiatrie te hernemen

Tabel 9: *Gecorrigeerde oddsratio's met 95% betrouwbaarheidsinterval en significantiewaarde*

	Chronisch gebruik van antidepressiva		Chronisch gebruik van antipsychotica		Psychiatrische consulten	
	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value	OR (95% CI)	p-value
Female (F)	1,92 (1,87-1,98)	< 0,001	1,00 (0,89-1,13)	0,95	1,49 (1,44-1,54)	< 0,001
Male (M)	Ref		Ref		Ref	
Solo (S)	1,38 (1,34-1,41)	< 0,001	1,57 (1,39-1,77)	< 0,001	1,77 (1,71-1,83)	< 0,001
Couple (C)	Ref		Ref		Ref	

Non-parent (NP)	1,24 (1,20-1,27)	< 0,001	1,73 (1,53-1,95)	< 0,001	1,12 (1,08-1,16)	< 0,001
Parent (P)	Ref		Ref		Ref	
Employee	1,23 (1,20-1,27)	< 0,001	1,36 (1,21-1,52)	< 0,001	1,26 (1,21-1,31)	< 0,001
Laborer	1,16 (1,12-1,20)	< 0,001	1,72 (1,52-1,94)	< 0,001	1,16 (1,11-1,21)	< 0,001
Other	2,88 (2,78-2,99)	< 0,001	4,96 (4,36-5,64)	< 0,001	5,44 (5,19-5,71)	< 0,001
Independent	Ref		Ref		Ref	
Flemish region	1,00 (0,97-1,02)	0,72	0,85 (0,76-0,94)	< 0,01	0,62 (0,60-0,64)	< 0,001
Walloon region	1,20 (1,17-1,24)	< 0,001	0,86 (0,77-0,96)	< 0,01	0,73 (0,71-0,76)	< 0,001
Brussels region	Ref		Ref		Ref	
BIM	1,16 (1,13-1,19)	< 0,001	1,67 (1,52-1,83)	< 0,001	1,38 (1,33-1,43)	< 0,001
No BIM	Ref		Ref		Ref	
50 and older	1,58 (1,50-1,66)	< 0,001	0,93 (0,78-1,12)	0,54	1,10 (1,03-1,18)	< 0,001
40-49	1,54 (1,46-1,62)	< 0,001	1,08 (0,91-1,27)	0,41	1,19 (1,11-1,26)	< 0,001
30-39	1,32 (1,26-1,39)	< 0,001	1,05 (0,90-1,23)	0,46	1,15 (1,09-1,23)	< 0,01
29 and younger	Ref		Ref		Ref	
F NP	2,37 (2,28-2,47)	< 0,001	1,73 (1,43-2,09)	< 0,001	1,67 (1,58-1,76)	< 0,001
F P	2,05 (1,98-2,12)	< 0,001	1,07 (0,90-1,26)	0,46	1,69 (1,62-1,76)	< 0,001
M NP	1,32 (1,26-1,38)	< 0,001	1,83 (1,52-2,21)	< 0,001	1,27 (1,20-1,34)	< 0,001
M P	Ref		Ref		Ref	
F S	2,64 (2,54-2,74)	< 0,001	1,58 (1,34-1,86)	< 0,001	2,64 (2,51-2,77)	< 0,001
F C	1,78 (1,71-1,85)	< 0,001	1,09 (0,93-1,29)	0,28	1,43 (1,37-1,51)	< 0,001
M S	1,27 (1,22-1,33)	< 0,001	1,71 (1,42-2,06)	< 0,001	1,70 (1,62-1,80)	< 0,001
M C	Ref		Ref		Ref	
S NP	1,70 (1,65-1,75)	< 0,001	2,71 (2,41-3,04)	< 0,001	1,98 (1,91-2,06)	< 0,001
S P	1,41 (1,36-1,46)	< 0,001	1,10 (0,94-1,30)	0,25	1,51 (1,45-1,58)	< 0,001
C NP	1,27 (1,22-1,32)	< 0,001	1,21 (1,03-1,43)	< 0,05	0,95 (0,91-1,00)	0,07
C P	Ref		Ref		Ref	
F S NP	3,18 (3,03-3,33)	< 0,001	2,18 (1,82-2,61)	< 0,001	2,79 (2,64-2,95)	< 0,001
F S P	2,89 (2,78-3,00)	< 0,001	1,18 (0,98-1,41)	0,08	2,56 (2,44-2,68)	< 0,001
F C NP	2,25 (2,14-2,37)	< 0,001	1,33 (1,07-1,64)	< 0,01	1,37 (1,27-1,47)	< 0,001
F C P	1,85 (1,78-1,91)	< 0,001	0,93 (0,81-1,07)	0,3	1,54 (1,47-1,60)	< 0,001
M S NP	1,68 (1,60-1,76)	< 0,001	3,13 (2,72-3,60)	< 0,001	2,16 (2,06-2,28)	< 0,001
M S P	1,27 (1,20-1,35)	< 0,001	0,96 (0,73-1,27)	0,78	1,37 (1,28-1,47)	< 0,001
M C NP	1,32 (1,24-1,39)	< 0,001	1,03 (0,81-1,31)	0,81	1,02 (0,95-1,10)	0,55
M C P	Ref		Ref		Ref	





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

Onze studies op www.mloz.be

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

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre

