

Jongeren en arbeidsongeschiktheid

De sleutelrol van geestelijke gezondheid

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

—

Redactie > Thomas OTTE, Güngör KARAKAYA, Ruud SAERENS, Ludo VANDENTHOREN,
Evelyn MACKEN, Katrien DE REU

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen/Brussel, november 2025
(ondernemingsnummer 411.766.483)

01	Inleiding.....	2
02	Evolutie van diagnoses voor leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.....	3
	2.1 Gegevens en methodologie	3
	2.2 Resultaten	4
	De meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018 en 2024	4
	Evolutie van de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024	6
	Overgang naar invaliditeit	11
03	Geestelijke gezondheid.....	13
	3.1 Definities	13
	3.2 Achteruitgang van de geestelijke gezondheid van jongeren: een wereldwijd fenomeen	14
	3.3 Determinanten van geestelijke gezondheid	16
	Individuele factoren	16
	Socio-economische factoren.....	17
	Maatschappelijke factoren	18
04	De belangrijkste risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid bij jongeren.....	19
	4.1 Complexe, multifactoriële risico's	19
	Impact van de COVID-19-pandemie	20
	4.2 Een sedentaire en ongezonde levensstijl	21
	Sedentaire levensstijl.....	21
	De invloed van de voeding van jongeren op hun geestelijke gezondheid.....	22
	4.3 Zwakke sociale steun	23
	4.4 Onwelzijn op het werk	25
	Noties van welzijn op het werk voor jonge werknemers	25
	Telewerken	27
	Werkdruk	29
	Werkzekerheid.....	30
	4.5 Hyperconnectiviteit	30
	Schermen.....	31
	Sociale media.....	32
	Technoferentie.....	36
	4.6 Een toekomst die meer zorgen baart dan inspireert.....	36
05	Conclusie	38
06	Aanbevelingen.....	40
07	Bijlagen	44
	7.1 Bijlage 1 – Depressie, burn-out en andere diagnoses op het gebied van geestelijke gezondheid	44
	7.2 Bijlage 2 – Het landschap van geestelijke gezondheidszorg in België ____	46
	7.3 Bijlage 3 – Enkele aanvullende cijfers over de mentale gezondheid van jongeren in België.....	49

01 Inleiding

Uit onze meest recente cijfers, gepubliceerd in september, blijkt dat psychische aandoeningen in 2024 een grotere rol spelen bij intredes in arbeidsongeschiktheid dan in 2018. Dit geldt vooral voor de leeftijdsgroepen 18-29 jaar en 30-39 jaar, meer dan voor oudere leeftijdsgroepen. Psychische aandoeningen en burn-out nemen proportioneel veel sneller toe bij mensen onder de 40 jaar. Voor alle leeftijdsgroepen samen is het aantal nieuwe gevallen van burn-out op jaarbasis in 2024 bijna verdubbeld (+94%) ten opzichte van 2018, terwijl depressieve episodes met 16% zijn toegenomen.¹ Parallel aan onze bevindingen tonen ook de nieuwste cijfers van het RIZIV, dit keer over invaliditeit (arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar) als gevolg van depressie of burn-out, de sterkste toename bij de jongste leeftijdsgroepen. Op een jaar tijd zien we immers een stijging van +21,6% bij personen onder de 30, en van +16,2% bij de 30-39-jarigen. Voor alle leeftijdsgroepen samen bedraagt de stijging 9.37%.²

Deze zeer verontrustende bevindingen hebben ons ertoe aangezet deze publicatie op te stellen en om ons dieper over de situatie van jonge werknemers te buigen. Hoe komt het dat jongvolwassenen, op een leeftijd waarop ze in goede gezondheid zouden moeten verkeren, niet langer in staat zijn om te werken en, erger nog, sommigen hun arbeidsongeschiktheid zien evolueren naar invaliditeit?

We presenteren eerst enkele cijfers op basis van de gegevens van onze leden, om een beter beeld te krijgen van de situatie onder jonge werknemers. We zullen zien dat de waargenomen trends niet alleen betrekking hebben op België, maar deel uitmaken van een breder fenomeen. Daarna hebben we het over geestelijke gezondheid: de definitie, wat ze bijzonder maakt bij jongvolwassenen en de determinanten ervan.

Het laatste hoofdstuk tracht de belangrijkste risicofactoren te identificeren die de geestelijke gezondheid van jongvolwassenen kunnen beïnvloeden en tot arbeidsongeschiktheid kunnen leiden. We sluiten af met een reeks aanbevelingen.

02 Evolutie van diagnoses voor leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

2.1 Gegevens en methodologie

De administratieve gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen dienen als basis voor onze analyses. Ze bevatten de periodes van arbeidsongeschiktheid met betaling van uitkeringen door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (met begin- en eventuele einddatum), alsook de begindatum van de invaliditeit (en de einddatum, indien van toepassing). Zijn dus niet opgenomen: de afwezigheden van korte duur (zonder

¹ Karakaya G., Otte T., De Reu K. et al. (2025). Evolutie van de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024. Onafhankelijke Ziekenfondsen

² RIZIV (2025). *Incapacités de travail en 2023 : Combien d'invalidités en raison d'une dépression ou d'un burnout ? Quel coût pour l'assurance indemnités ?* (geraadpleegd op 23/07/2025)

betaling van uitkeringen), d.w.z. die de periode van gewaarborgd loon niet overschrijden (30 dagen voor loontrekkenden en 14 dagen voor arbeiders) of afwezigheden van 7 dagen voor zelfstandigen. Moederschaps- en geboorteverlof zijn ook uitgesloten. Bovendien worden ambtenaren, die onder een specifieke regeling vallen, niet meegenomen in onze analyses.

De gebruikte gegevens hebben betrekking op mensen die zijn ingetreden in primaire arbeidsongeschiktheid met uitkering tussen 1 januari 2018 en 31 december 2024.

Onze gegevens stellen ons ook in staat om de medische diagnose te identificeren die geassocieerd wordt met de intrede in arbeidsongeschiktheid, gebaseerd op de International Classification of Diseases (ICD-10, 10e herziening), die 21 hoofdstukken bevat die tienduizenden codes groeperen.

Opgemerkt moet worden dat ICD-10-code Z73.0 overeenkomt met de term 'burn-out'. Klinisch gezien moet burn-out gekoppeld worden aan professionele situaties. De definitie van code Z73.0 in ICD-10 is echter beperkt tot een 'toestand van vitale uitputting' (*state of vital exhaustion* in het Engels) en omvat dus andere aandoeningen dan burn-out in de strikte zin. Bijgevolg gebruiken we de term 'burn-out' om code Z73.0 aan te duiden. Door de beperkingen van ICD-10 is het niet mogelijk om precieze gegevens te verkrijgen over klinische gevallen van burn-out, d.w.z. specifiek gerelateerd aan werkgerelateerde uitputting. Versie 11 van de ICD voorziet wel in een duidelijkere definitie van burn-out (werkgerelateerde uitputting), maar deze recentere versie wordt momenteel nog niet gebruikt.

De volgende analyses zijn bedoeld om de meest voorkomende diagnoses te identificeren die aan de basis liggen van nieuwe arbeidsongeschiktheden, om een beter inzicht te krijgen in de diagnoses die evolueren naar invaliditeit en om te bestuderen hoe deze diagnoses de afgelopen jaren zijn geëvolueerd. Hiertoe vergeleken we jongeren tussen 18 en 34 jaar met personen ouder dan 34 jaar.

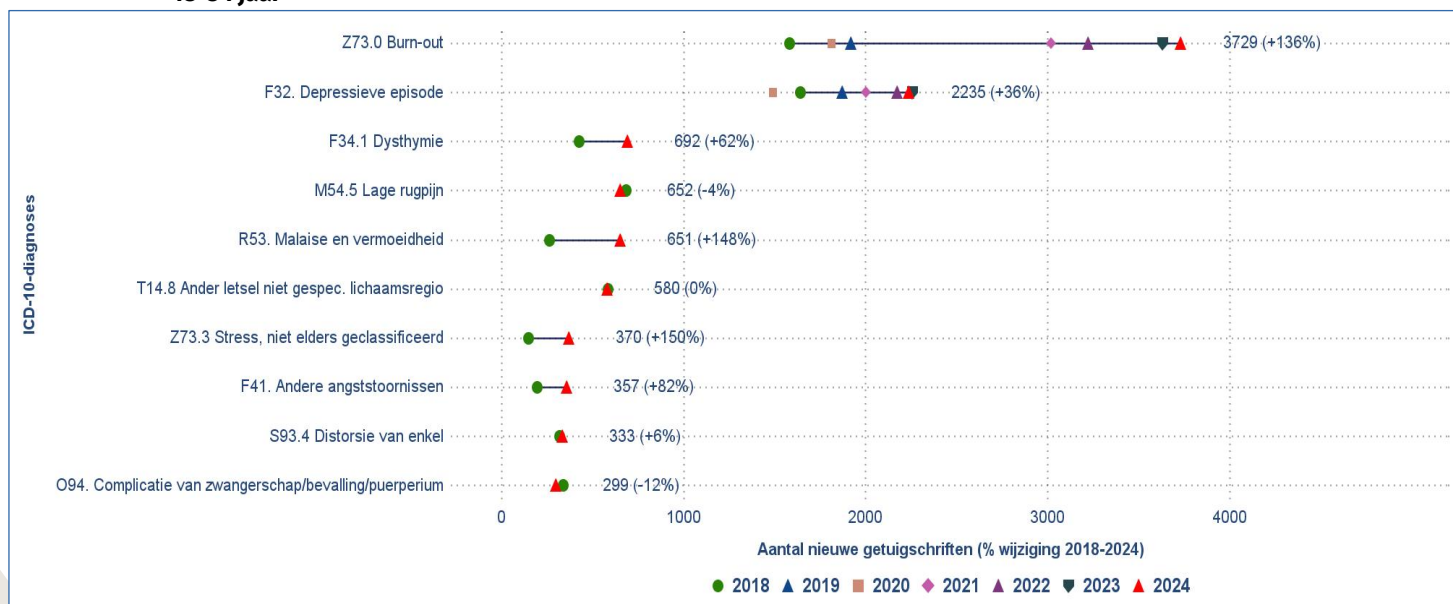
2.2 Resultaten

De meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid in 2018 en 2024

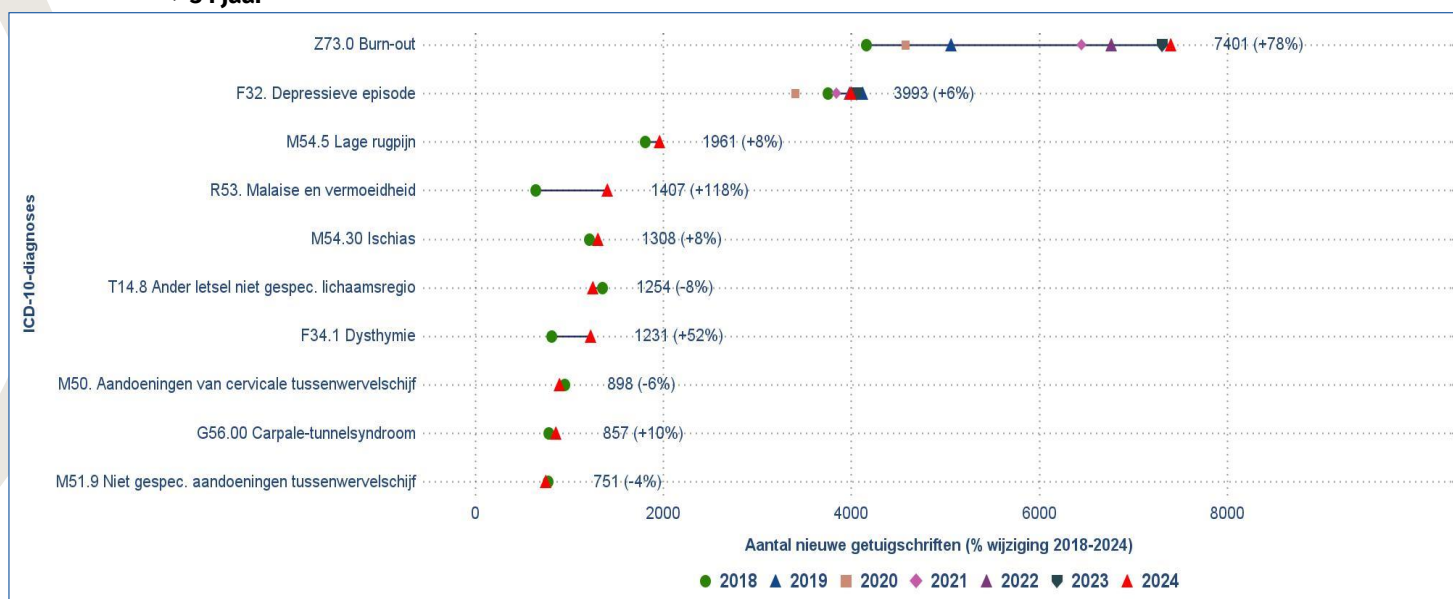
Figuur 1 toont de tien belangrijkste oorzaken van intrede in arbeidsongeschiktheid die tussen 1 januari en 31 december 2024 werden geregistreerd voor personen van 18 tot 34 jaar en personen ouder dan 34 jaar. Hij illustreert ook de evolutie van deze diagnoses in de periode 2018-2024.

Figuur 1: De tien meest voorkomende medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid voor personen tussen 18 en 34 jaar en personen ouder dan 34 jaar (voor elk jaar tussen 2018 en 2024)

18-34 jaar



> 34 jaar



Ongeacht de leeftijdsgroep vallen de medische diagnoses die het vaakst geassocieerd worden met een intrede in primaire arbeidsongeschiktheid in twee grote categorieën: psychosociale aandoeningen (psychische en gedragsstoornissen en burn-out) en musculoskeletale aandoeningen. Deze ziektegroepen zijn ook het meest vertegenwoordigd bij de personen in invaliditeit.

Burn-out is de meest voorkomende diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid, zowel bij jongeren van 18 tot 34 jaar als bij personen ouder dan 34 jaar. De prevalentie is aanzienlijk hoger onder jongeren, waar de diagnose 15,7% van de nieuwe intredes vertegenwoordigt, tegenover 12% bij de 34-plussers. Tussen 2018 en 2024 is het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid omwille van burn-out meer dan verdubbeld bij jongeren: van 1.579 gevallen naar 3.729, ofwel een stijging van 136%. Dit

groeipercentage is bijna twee keer zo hoog als bij de 34-plussers, die in dezelfde periode een stijging van 78% zagen.

Op de tweede plaats komt depressie, verantwoordelijk voor 9,4% van de intredes in arbeidsongeschiktheid bij jongeren van 18-34 jaar, tegenover 6,5% bij de 34-plussers. Tussen 2018 en 2024 nam depressie bij jongeren zes keer zo snel toe als bij 34-plussers, met een stijging van het aantal gevallen van 36% tegenover 6%. In 2024 zijn burn-out en depressie samen goed voor een kwart (25,2%) van alle intredes in arbeidsongeschiktheid onder jongeren, tegenover 18% in 2018. Dat is een relatieve stijging van 40% in zes jaar. Deze percentages zijn aanzienlijk lager bij 34-plussers, namelijk 18,4% in 2024 tegenover 15% in 2018.

Andere medische diagnoses bij intrede in arbeidsongeschiktheid die verband houden met psychosociale aandoeningen, zijn dysthymie (chronische, langdurige depressie), stress (fysieke en mentale spanning of overbelasting) en angststoornissen bij jongeren tussen 18 en 34 jaar. Tussen 2018 en 2024 is het aantal gevallen van deze aandoeningen toegenomen met respectievelijk 62%, 150% en 82%. Bij de 34-plussers behoort verder alleen dysthymie tot de tien meest voorkomende diagnoses. Daarnaast zijn de intredes in arbeidsongeschiktheid als gevolg van malaise en vermoeidheid meer dan verdubbeld tussen 2018 en 2024 in beide leeftijdsgroepen. Hoewel we op basis van onze gegevens geen oorzakelijk verband kunnen vaststellen, is het zeer waarschijnlijk dat artsen deze codes voor 'malaise' of 'vermoeidheid' gebruiken wanneer het nog niet mogelijk is om een precieze diagnose te stellen. In een deel van de gevallen kunnen deze symptomen ook wijzen op stress, slaapstoornissen of andere psychosociale problemen die later kunnen leiden tot een burn-out of depressie.

Diagnoses met betrekking tot musculoskeletale aandoeningen, die vaker voorkomen bij personen ouder dan 34 jaar, vertoonden een relatief gematigde evolutie in beide leeftijdsgroepen.

Evolutie van de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024

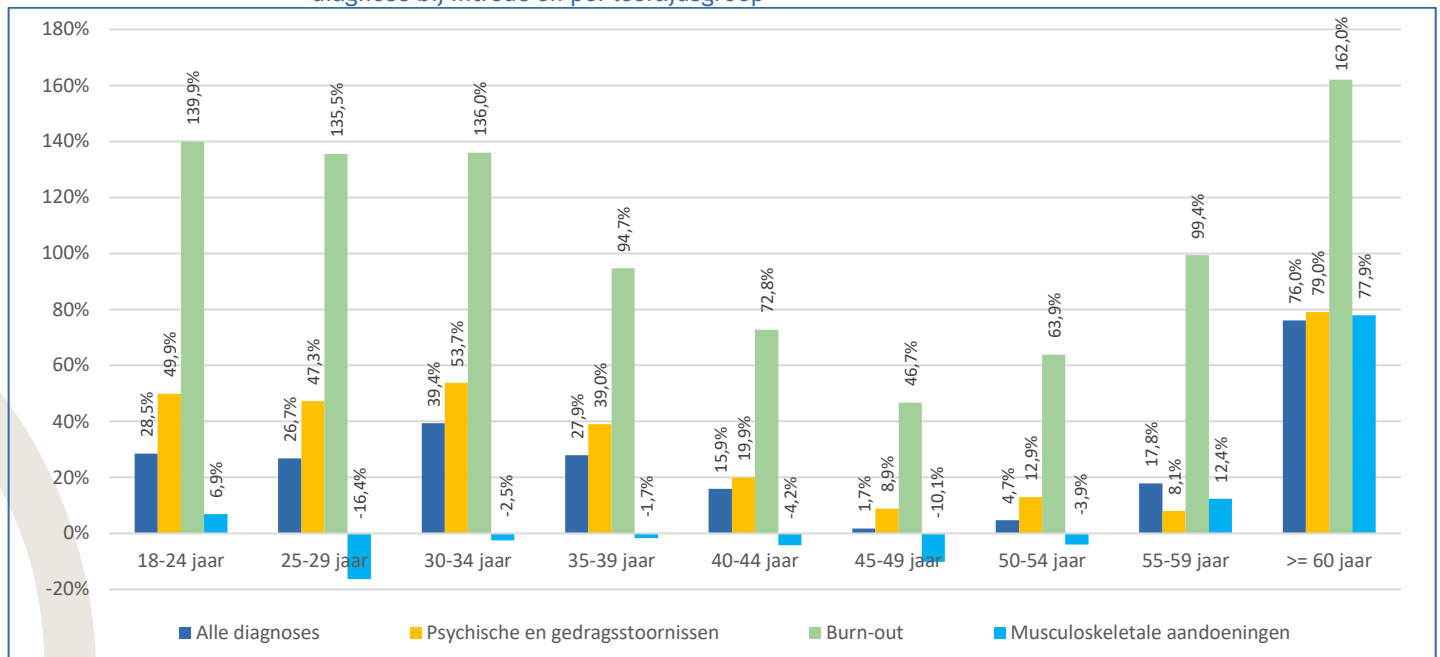
Een gedetailleerde analyse per leeftijdsgroep toont een aanzienlijke en brede toename van het aantal jongeren (18-24 jaar, 25-29 jaar en 30-34 jaar) dat tussen 2018 en 2024 arbeidsongeschikt is geworden, vooral door burn-out alsook psychische en gedragsstoornissen (zie figuur 2). Voor deze drie leeftijdsgroepen bedroeg de toename van het aantal mensen dat intrad in arbeidsongeschiktheid meer dan 135% voor burn-out, en ongeveer 50% voor psychische en gedragsstoornissen. Ter vergelijking: voor alle aandoeningen samen varieert deze toename tussen 26,7% en 39,4%, afhankelijk van de leeftijdsgroep. De sterke stijging van het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid door psychosociale aandoeningen bij jongeren komt zowel voor bij rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming (VT)³ als bij mensen zonder VT. Bij andere leeftijdsgroepen zien we onder rechthebbenden met VT eveneens een algemene stijging, vooral voor burn-out en in mindere mate voor psychische en gedragsstoornissen.

³ Het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (VT) geeft mensen of gezinnen met een laag inkomen onder andere recht op een betere terugbetaling van hun gezondheidszorg.

Intredes in arbeidsongeschiktheid als gevolg van musculoskeletale aandoeningen laten een relatief gematigde evolutie zien, behalve bij personen ouder dan 59 jaar, waar een stijging van 77,9% wordt vastgesteld.

In de rest van onze analyses zullen we ons voornamelijk richten op psychosociale aandoeningen.

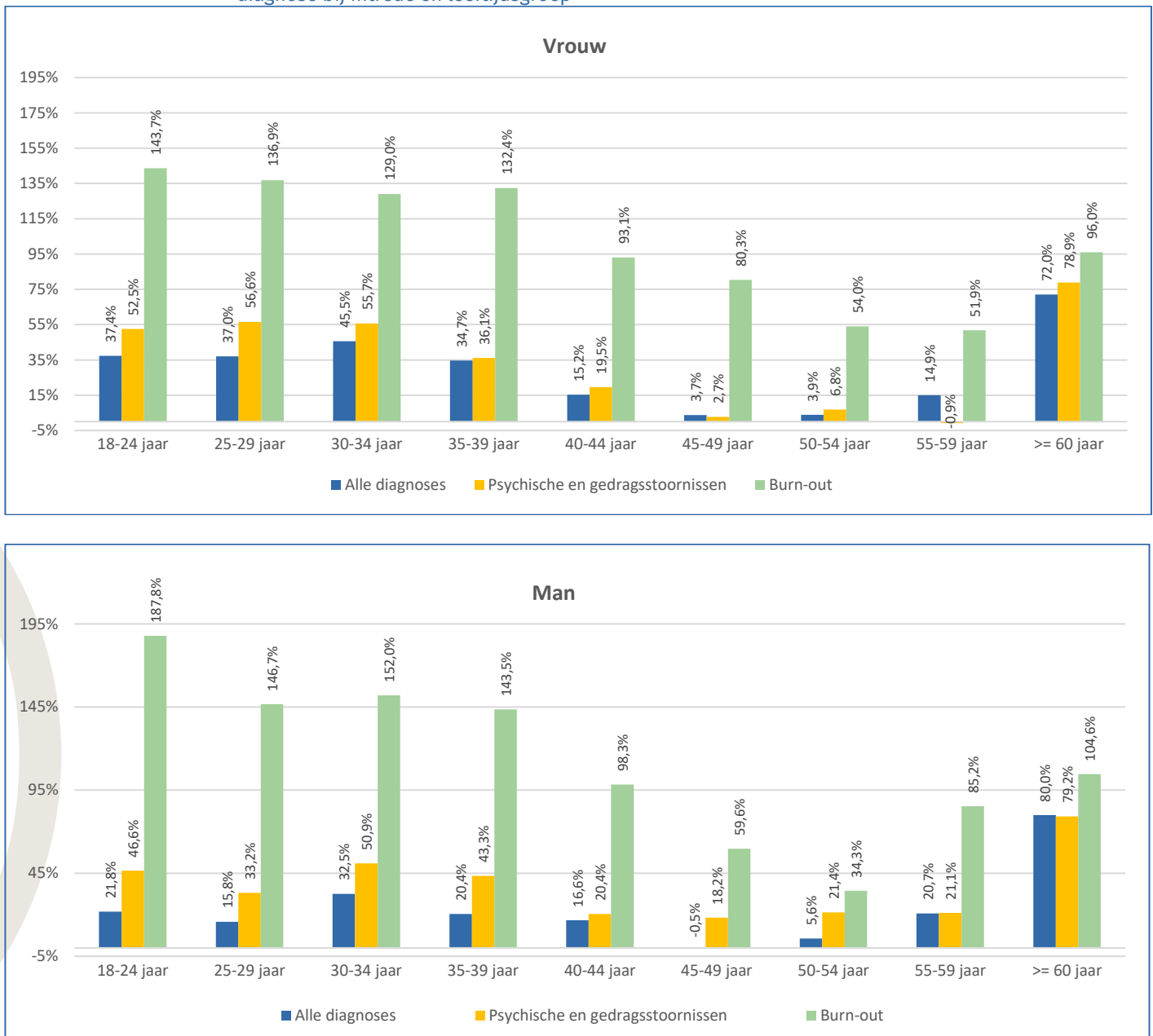
Figuur 2: Evolutie van de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024, volgens medische diagnose bij intrede en per leeftijdsgroep



Figuur 3 laat zien dat de sterke toename van het aantal jongeren onder de 35 jaar dat intreedt in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024 zowel mannen als vrouwen betreft. Deze toename is echter meer uitgesproken bij mannen voor burn-out, terwijl ze meer uitgesproken is bij vrouwen voor psychische en gedragsstoornissen.

In het algemeen geldt voor alle ziekten samen dat de toename van het aantal jonge vrouwen onder de 40 jaar die intreden in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024 veel groter is dan die voor mannen in dezelfde leeftijdscategorie.

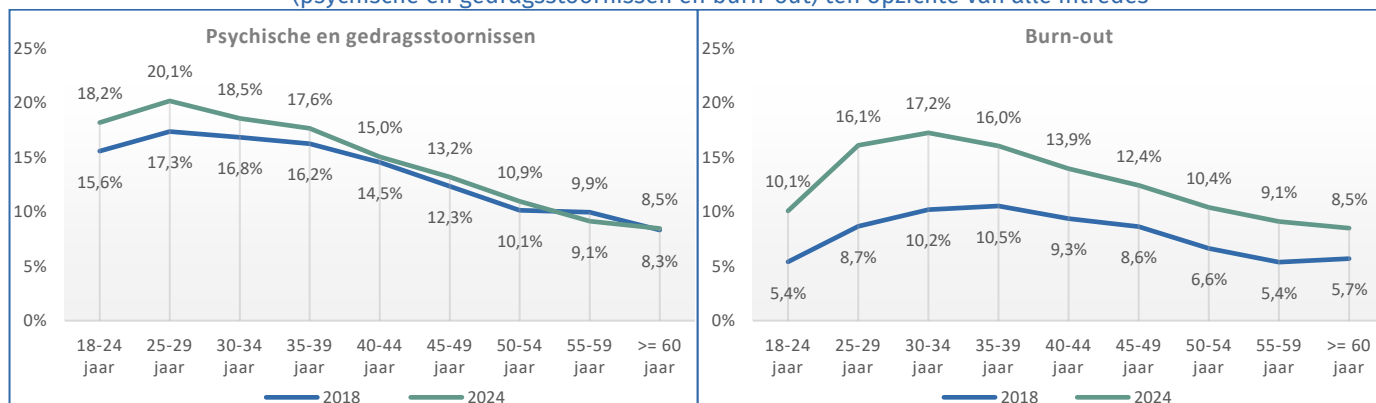
Figuur 3: Evolutie van de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024, volgens geslacht, medische diagnose bij intrede en leeftijdsgroep



In 2024 is de proportie personen die intreden in arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychosociale aandoeningen het hoogst bij jongeren tussen 25 en 39 jaar (figuur 4). Ongeveer een derde van de mensen in deze leeftijdsgroep die arbeidsongeschikt zijn geworden, is dat om deze reden. Dit aandeel neemt geleidelijk af in de oudere leeftijdsgroepen.

Figuur 4 laat ook zien dat tussen 2018 en 2024 het aantal mensen dat is ingetreden in arbeidsongeschiktheid vanwege psychische en gedragsstoornissen of een burn-out sterker is gestegen dan het totale aantal personen dat is ingetreden in arbeidsongeschiktheid, ongeacht het geslacht (zie figuur 3), met een bijzonder sterke groei bij jongeren onder de 35 jaar. In deze zesjarige periode nam de proportie nieuwe arbeidsongeschiktheid door psychosociale stoornissen toe met bijna 35% bij jongeren onder de 35 jaar, tegenover een stijging van 20 tot 25% bij personen ouder dan 34 jaar.

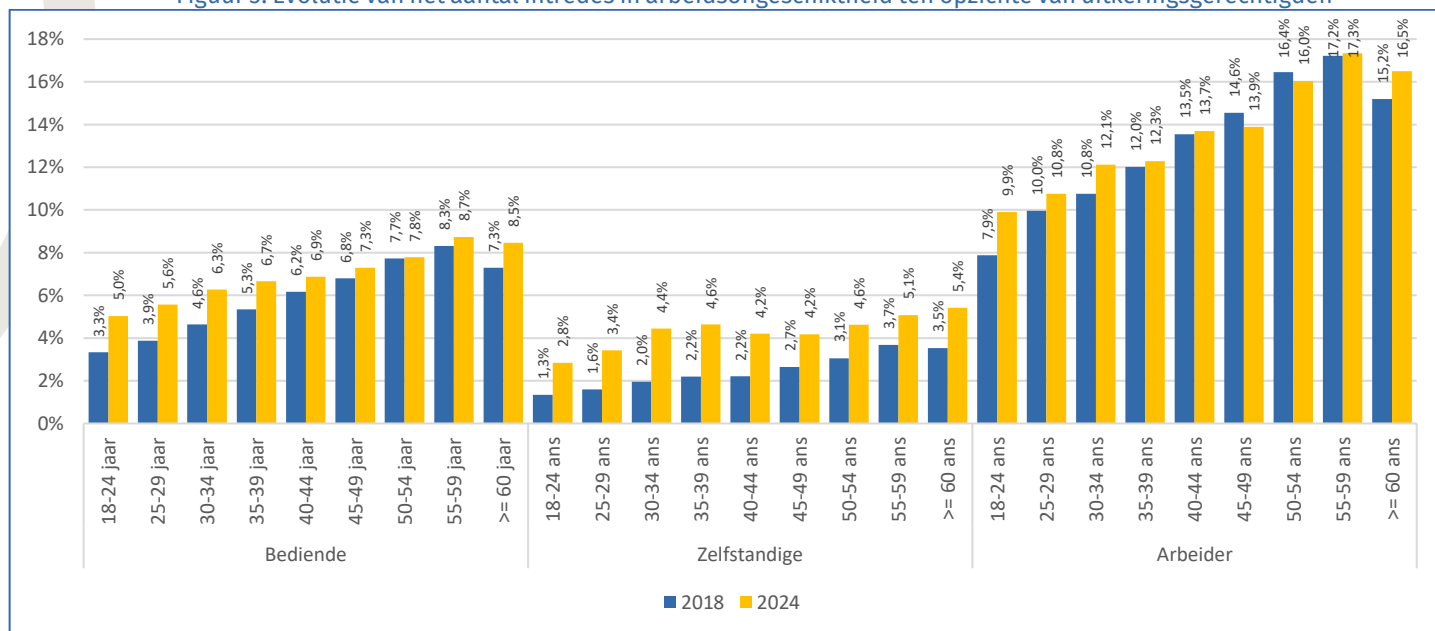
Figuur 4: Evolutie van het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid door psychosociale stoornissen (psychische en gedragsstoornissen en burn-out) ten opzichte van alle intredes



Zoals figuur 5 laat zien, is het risico op een intrede in arbeidsongeschiktheid het grootst bij arbeiders en het kleinst bij zelfstandigen. Dit risico neemt vrijwel lineair toe met de leeftijd, met uitzondering van zelfstandigen, bij wie dit risico relatief stabiel blijft vanaf de leeftijd van 30 jaar in 2024.

Tussen 2018 en 2024 is het aandeel personen dat is ingetreden in arbeidsongeschiktheid ten opzichte van de uitkeringsgerechtigden⁴ het sterkst toegenomen bij jongeren onder de 35 jaar, ongeacht hun sociaal statuut. De belangrijkste stijging onder jongeren doet zich echter voor bij zelfstandigen (hun aandeel is in zes jaar tijd meer dan verdubbeld), gevolgd door de bedienden (met een stijging van meer dan 35% in dit aandeel).

Figuur 5: Evolutie van het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid ten opzichte van uitkeringsgerechtigden

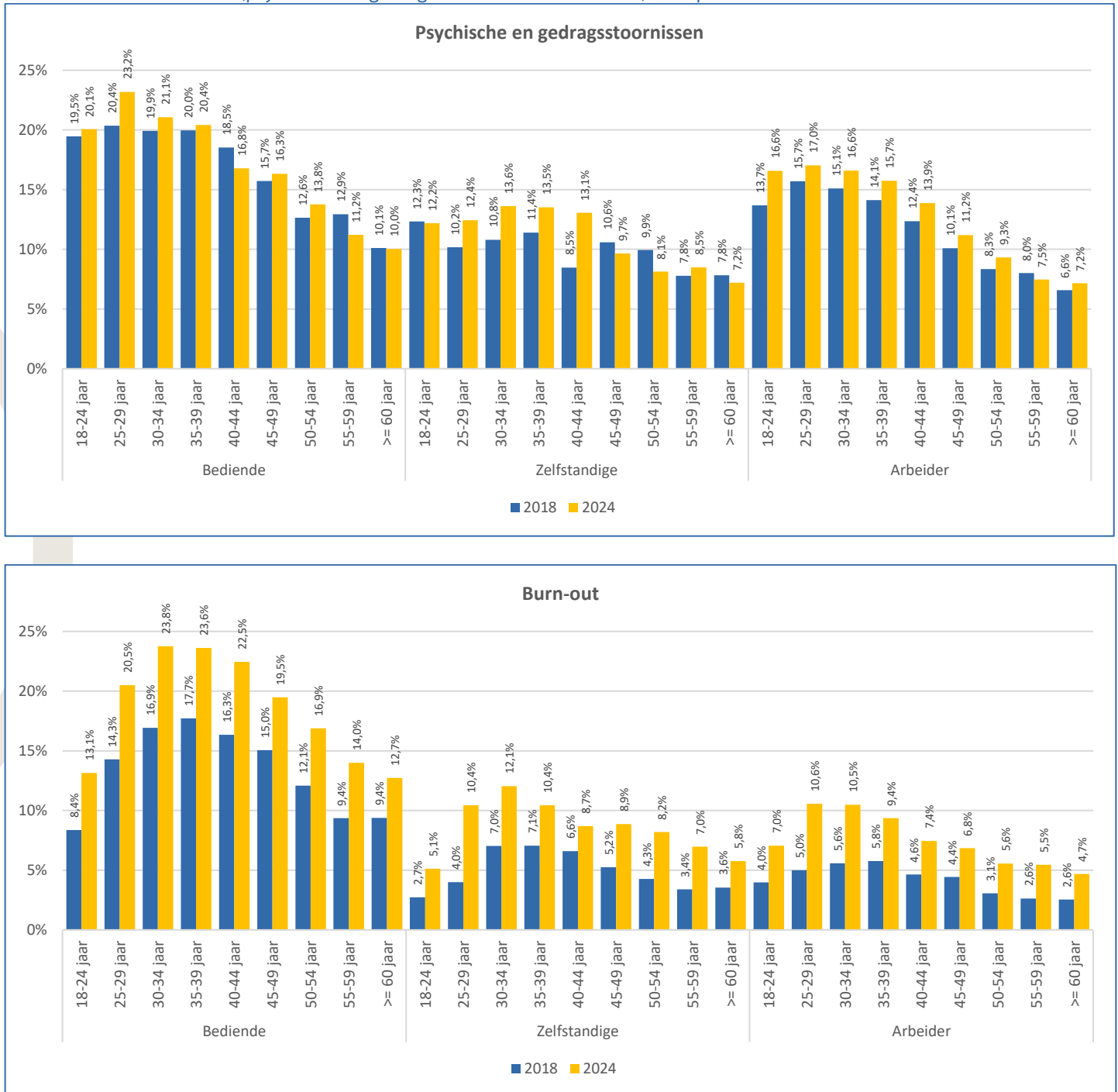


Figuur 6 laat zien dat psychosociale stoornissen verantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk deel van de intredes in arbeidsongeschiktheid onder jongeren, ongeacht hun sociaal statuut. Bedienden worden echter aanzienlijk vaker getroffen door deze

⁴ De uitkeringsgerechtigden zijn de gerechtigde personen die verzekerd zijn in geval van arbeidsongeschiktheid. Daaronder vallen zowel de verzekerden die als arbeidsongeschikt erkend zijn, de actieve werkenden (loontrekkenden en zelfstandigen), de werkzoekenden en de werknemers tijdens een periode van gewaarborgd loon.

aandoeningen. In 2024 leed bijna 45% van de bedienden tussen 25 en 39 jaar die intraden in arbeidsongeschiktheid aan psychosociale stoornissen, gelijk verdeeld tussen psychische en gedragsstoornissen enerzijds en burn-out anderzijds. Dit staat tegenover ongeveer 25% voor arbeiders en zelfstandigen in dezelfde leeftijdsgroep. Dit aandeel neemt geleidelijk af met de leeftijd.

Figuur 6: Evolutie van het aantal intredes in arbeidsongeschiktheid door psychosociale stoornissen (psychische en gedragsstoornissen en burn-out) ten opzichte van alle intredes



Tussen 2018 en 2024 nam het gewicht van psychische en gedragsstoornissen in het totale aantal intredes in arbeidsongeschiktheid toe in bijna alle leeftijdsgroepen van de drie onderzochte sociale statuten, met uitzondering van personen ouder dan 54

jaar, voor wie deze evolutie beperkt blijft. Er moet ook worden opgemerkt dat deze stijging vooral uitgesproken is bij zelfstandigen tussen 25 en 44 jaar.

Burn-out is de aandoening die tussen 2018 en 2024 het sterkst is toegenomen, voor alle leeftijdsgroepen en alle geanalyseerde sociale statuten.

Overgang naar invaliditeit

Figuur 7 toont de verdeling van het aantal intredes in primaire arbeidsongeschiktheid (nieuwe dossiers) in 2023, met een onderscheid tussen de personen tussen 18 en 34 jaar en de personen ouder dan 34, alsook hun overgang naar invaliditeit per ziektegroep op basis van de 21 hoofdstukken (I tot XXI) van de internationale classificatie van ziekten, 10e herziening (ICD-10). Hij geeft ook, voor elke ziektegroep, het percentage nieuwe dossiers weer dat werd afgesloten tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Hieruit blijkt dat bij jongeren tussen 18 en 34 jaar de hoofdstukken V (psychische stoornissen en gedragsstoornissen) en XXI (factoren die de gezondheid beïnvloeden, waaronder burn-out) het meest vertegenwoordigd zijn onder de oorzaken van intrede in primaire arbeidsongeschiktheid. In 2023 vertegenwoordigde de ziektegroep van hoofdstuk V 22% van de intredes in arbeidsongeschiktheid, die van hoofdstuk XXI 23% (waarvan twee derde toegeschreven aan burn-out). Samen zijn ze goed voor 45% van de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid.

Voor personen ouder dan 34 jaar zijn hoofdstuk XIII (aandoeningen van het botspierstelsel, de spieren en het bindweefsel, of musculoskeletale aandoeningen) en XXI (factoren die de gezondheid beïnvloeden, waaronder burn-out) de meest voorkomende oorzaken van intrede in arbeidsongeschiktheid. In 2023 vertegenwoordigde de ziektegroep van hoofdstuk XIII 28% van de intredes in arbeidsongeschiktheid, en die van hoofdstuk XXI 18% (waarvan twee derde toegeschreven aan burn-out).

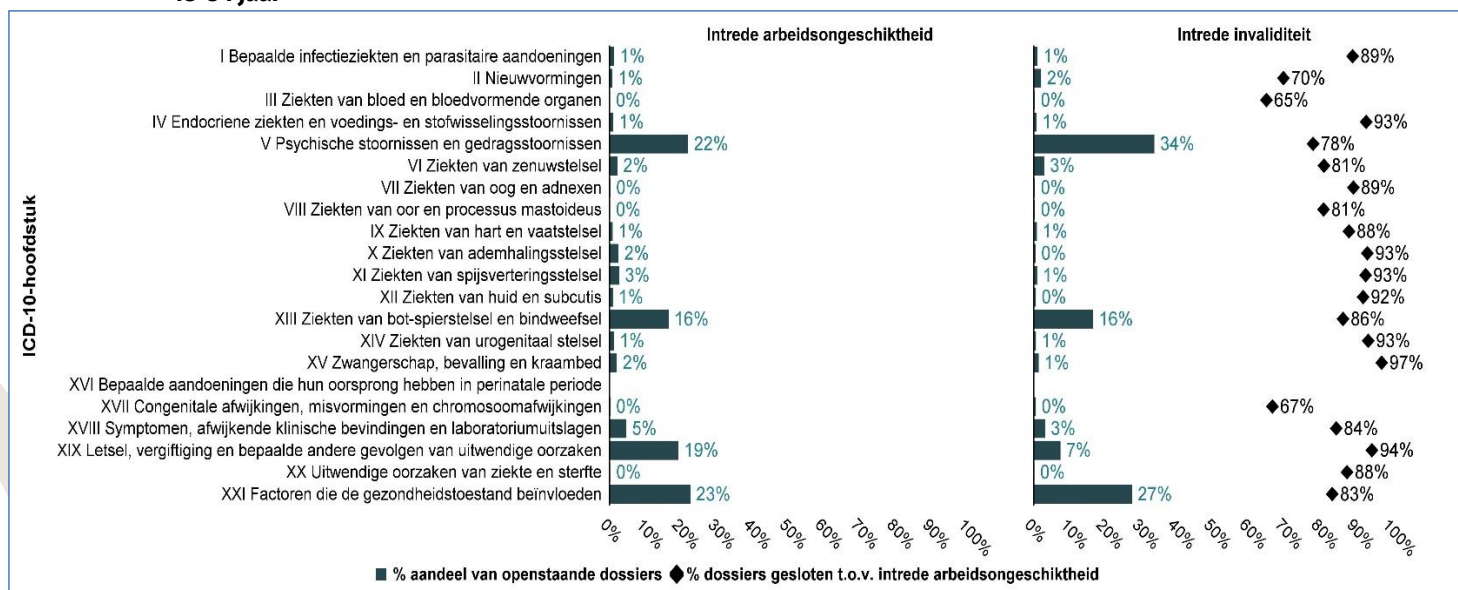
Gemiddeld werd bijna 80% van de nieuwe dossiers die werden geopend in 2023 afgesloten tijdens de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, d.w.z. in de eerste 12 maanden van de arbeidsongeschiktheid. Anders gezegd heeft zowat 20% van de intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023 geleid tot invaliditeit in 2024. Het afsluitingspercentage is 86% voor jongeren tussen 18 en 34 jaar, tegenover 77% voor personen ouder dan 34 jaar. De intrede in arbeidsongeschiktheid bij jongeren wordt dus significant vaker afgesloten dan bij personen die ouder zijn. Eveneens nemen ziektegroepen waarvan het afsluitingspercentage na 12 maanden lager ligt dan het gemiddelde (86% bij 18-34-jarigen en 77% bij 34-plussers) relatief meer plaats in bij de overgangen naar invaliditeit. Met andere woorden: hoe lager het afsluitingspercentage van een ziektegroep ten opzichte van het gemiddelde, hoe groter haar aandeel in de overgang naar invaliditeit – en omgekeerd.

Binnen de belangrijkste ziektegroepen bij intredes in arbeidsongeschiktheid (hoofdstukken V, XIII en XXI) nam het aandeel van psychosociale stoornissen (hoofdstukken V en XXI) in 2024 significant toe bij de overgangen naar invaliditeit, zowel onder 18-34-jarigen als onder 34-plussers. Voor deze twee ziektegroepen waren de afsluitingspercentages op 12 maanden voor nieuwe dossiers respectievelijk 78% en 83% (82% voor burn-out) voor jongeren tussen 18 en 34 jaar. Dat zijn hogere afsluitingspercentages dan voor personen ouder dan 34 jaar.

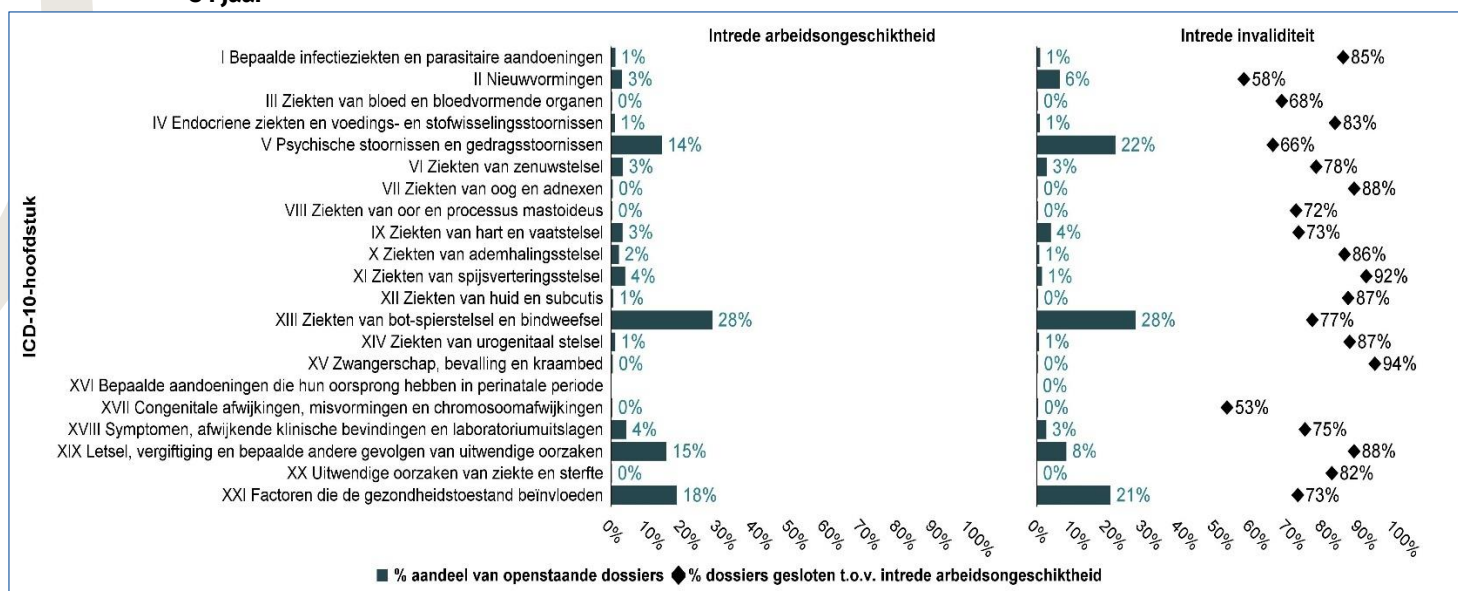
Voor musculoskeletale aandoeningen (hoofdstuk XIII) liggen de afsluitingspercentages binnen de 12 maanden (86% bij de 18-34-jarigen en 77% bij de 34-plussers) in lijn met het gemiddelde. Dit verklaart waarom het gewicht van deze ziektegroep nauwelijks varieert tussen de intredes in primaire arbeidsongeschiktheid en de overgangen naar invaliditeit.

Figuur 7: Verdeling van de intredes in arbeidsongeschiktheid in 2023 en hun overgang in invaliditeit per ziektegroep van personen tussen 18 en 34 jaar en van 34-plussers

18-34 jaar



> 34 jaar



03 Geestelijke gezondheid

3.1 Definities

Volgens de WHO wordt geestelijke gezondheid gedefinieerd als “een toestand van mentaal welzijn die ons in staat stelt om met de stressfactoren van het leven om te gaan, ons potentieel te realiseren, goed te leren en te werken, en bij te dragen aan het leven in de gemeenschap.”⁵

Volgens Sebbane et al. “komt een goede geestelijke gezondheid overeen met het vermogen van een individu om een bevredigend leven te leiden en relaties aan te gaan en te onderhouden in de gemeenschap waarin hij of zij leeft.”⁶ Jongvolwassenen worden in deze fase van hun leven geconfronteerd met grote veranderingen en hun vermogen om zich aan te passen (*coping*) zal hun geestelijke gezondheid beïnvloeden.

Volgens Arnett (2000) wordt de opkomende volwassenheid (*emerging adulthood*) beschreven als “een periode in het leven waarin veel richtingen mogelijk blijven, waarin weinig dingen over de toekomst met zekerheid vaststaan en waarin de kans om zelfstandig levensopties te verkennen groter is dan op enig ander moment.” De overgang naar volwassenheid is een tijd waarin de meeste mensen overgaan van afhankelijkheid naar wederzijdse afhankelijkheid en vervolgens naar onafhankelijkheid. De veranderingen en nieuwe competenties die tijdens de jongvolwassenheid zijn verworven, stabiliseren en consolideren zich. Hoewel dit voor velen een opwindende tijd kan zijn, is het ook een cruciale ontwikkelingsfase, waarin de ervaringen van jongvolwassenen een belangrijke en blijvende impact kunnen hebben op hun psychologische en fysieke welzijn, toekomstige werkgelegenheid en financiële zekerheid. Dit gaat gepaard met grote veranderingen zoals autonomie in dagelijkse activiteiten, geografische mobiliteit, emotionele regulatie, identiteitsconstructie en banden met ouders, leeftijdsgenoten of op sentimenteel vlak. Het ‘*Transitions Overload Model*’ suggereert ook dat een groot aantal levensovergangen (bijvoorbeeld van school naar werk, verhuizen, nieuwe relaties,...) geassocieerd wordt met een toename in gezondheidsrisico's, een afname in het algemene welzijn en een toename in middelengebruik. Volgens dit model kan een verhoogde instabiliteit tijdens de jongvolwassenheid, vooral als gevolg van meerdere gelijktijdige overgangen, leiden tot een toename van de ervaren stress en een overbelasting van de individuele copingcapaciteit, wat op zijn beurt kan leiden tot verhoogde gezondheidsrisico's, een verslechtering van de geestelijke gezondheid en een toename in het gebruik van alcohol en middelen als middel om met stress om te gaan.⁷

Geestelijke gezondheid kan worden ondersteund door beleid ter bevordering van de geestelijke gezondheid, dat kan worden gedefinieerd als “een proces dat erop gericht is het vermogen van individuen en gemeenschappen te versterken om regie over hun leven te nemen en hun geestelijke gezondheid te verbeteren. Het implementeert

⁵ [Santé mentale : renforcer notre action | OMS](#) (geraadpleegd op 31/07/2025)

⁶ Sebbane D., De rosario B., Roelandt J.-L. (2017), *La Santé en action*, n° 439, p. 11

⁷ Simon, M. (2023). Literature Review: Young Adult Worker Mental Health. Center for Workplace Mental Health (definitie van Arnett vrij vertaald)

strategieën die ondersteunende omgevingen en individuele veerkracht bevorderen.” De belangrijkste omgevingen voor bevordering van de geestelijke gezondheid zijn thuis, de school, het werk en de gemeenschap in het algemeen. Het volgende hoofdstuk gaat in op de verschillende determinanten van geestelijke gezondheid, waaronder sociale determinanten. De bevordering van de geestelijke gezondheid moet in de eerste plaats hierop gericht zijn, en dit hangt voornamelijk af van het optreden van de overheid.⁸

Het is ook opvallend dat de rijkdom en economische welvaart van een land zich niet vertalen in een betere geestelijke gezondheid van de jongvolwassenen. Deze laatsten lijken het zelfs veel beter te doen in minder rijke landen, wat duidelijk aangeeft dat andere determinanten dan het welvaartsniveau een rol spelen in psychologisch welzijn. Ondanks de aanzienlijke uitgaven aan geestelijke gezondheid in veel westerse landen in de afgelopen tien jaar, blijft de generationele achteruitgang die we hierboven zagen voortduren. De resultaten zijn niet beter dan in landen die per hoofd van de bevolking veel minder uitgeven aan geestelijke gezondheid, en zijn vaak zelfs slechter.⁹

Het lijkt daarom belangrijker dan ooit om bij ons naast curatieve behandelingen een brede preventieve aanpak te implementeren.

3.2 Achteruitgang van de geestelijke gezondheid van jongeren: een wereldwijd fenomeen

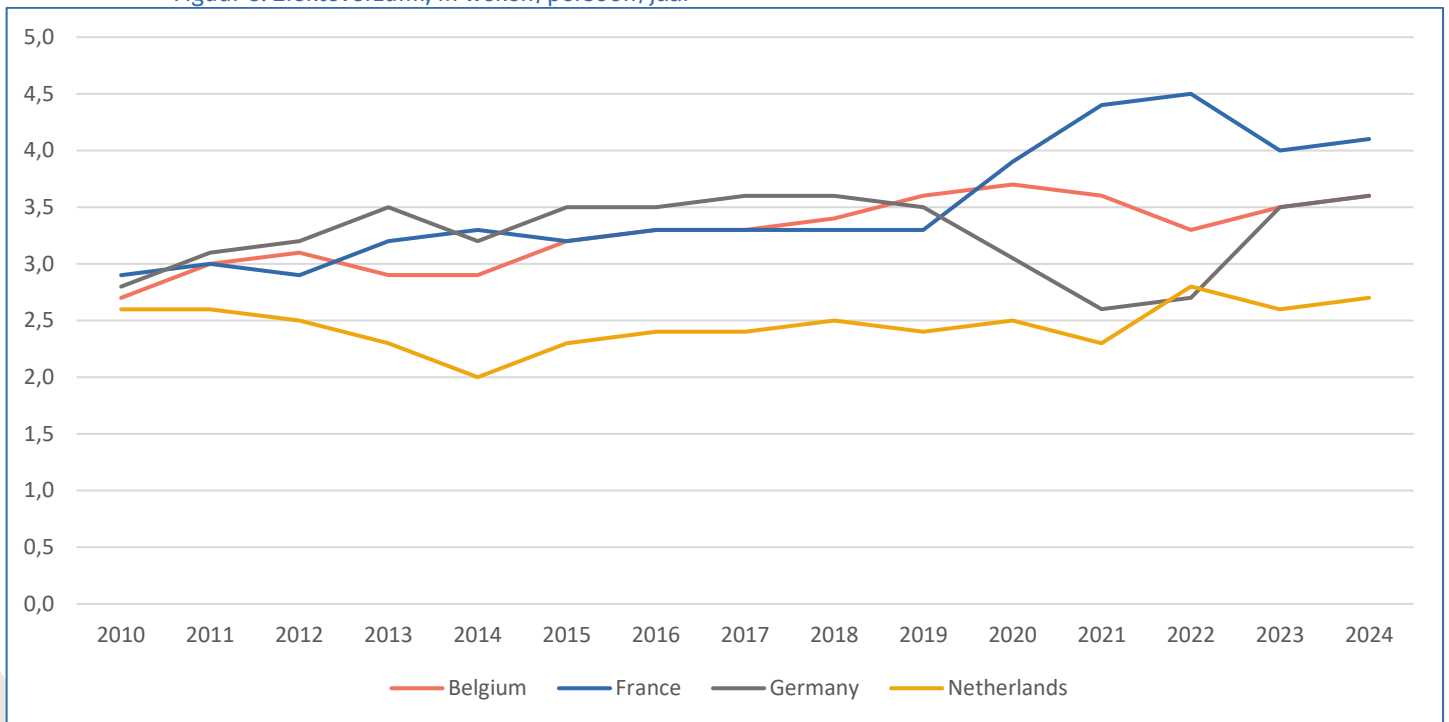
Zoals we net hebben gezien in onze cijfers, is geestelijke gezondheid de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij jongeren in België. Is dit fenomeen uniek voor ons land? Het is niet eenvoudig om de Belgische cijfers die we hierboven hebben beschreven te vergelijken met die van onze buurlanden. In feite zijn de socialezekerheidsstelsels allemaal verschillend, en omvatten sommige sociale verzekeringen bijvoorbeeld ook arbeidsongevallen of beroepsziekten met de arbeidsongeschikte bevolking zoals we die in deze publicatie beschouwen (= de RIZIV-doelgroep). De cijfers voor sommige landen omvatten zowel mensen in arbeidsongeschiktheid (RIZIV-doelgroep) als mensen die een erkende handicap hadden voordat ze de arbeidsmarkt betraden (= doelgroep van de FOD Sociale zekerheid DG Personen met een handicap). Aangezien uitkeringssystemen verschillen in hun mate van generositeit, is het niet haalbaar om absentieïsme te vergelijken op basis van uitgaven voor uitkeringen. Om de arbeidsongeschiktheidssituatie in België toch in perspectief te kunnen plaatsen ten opzichte van onze buurlanden, hebben we ons gebaseerd op de gegevens van de OESO onder de indicator ‘Ziekteverzuim’. Die maakt helaas geen onderscheid tussen leeftijdsgroepen of soorten aandoeningen. In 2024 waren werknemers in België gemiddeld 3,6 weken per jaar afwezig. Dit is vergelijkbaar met de cijfers voor Duitsland (3,6), lager dan Frankrijk (4,1) en hoger dan Nederland (2,7).¹⁰ België positioneert zich dus rond het gemiddelde van de buurlanden.

⁸ Sebbane D., De Rosario B., Roelandt J.-L. (2017). La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen. La Santé en action n° 439, 10-13

⁹ Thiagarajan T., Newson J. (2025). Mental State of the World in 2024 (Annual Report). Sapiens Labs

¹⁰ OECD Data Explorer, [Sickness absences from work](#) (geraadpleegd op 27/08/2025)

Figuur 8: Ziekteverzuim, in weken/persoon/jaar



De opwaartse trend in arbeidsongeschiktheid onder jongeren is ook te zien bij onze Franse bureaus, waar tussen 2019 en 2023 “ook voor de jongste leeftijdsgroepen een zeer duidelijke stijging van het aantal ziekteverzuimdagen te zien is.”¹¹ In Duitsland is sinds 2022 ook een algemene toename van het ziekteverlof waargenomen.¹²

Wat langdurige arbeidsongeschiktheid betreft (na 104 weken ziekte), is in Nederland volgens cijfers van het UWV (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen*) het risico om in 2024 in de ziekteverzekering terecht te komen in alle leeftijdsgroepen gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. De relatieve toename was het grootst in de jongere leeftijdsgroepen tot 39 jaar (+20% voor mannen en +24% voor vrouwen in vergelijking met 2018). Het aantal personen met een psychische aandoening steeg in de eerste negen maanden van 2024 met 17% ten opzichte van dezelfde periode in 2023 (alle leeftijdscategorieën samen, 20-66 jaar), met een meer uitgesproken toename bij personen jonger dan 40 jaar.¹³

Ook aan de andere kant van de Atlantische Oceaan zet de stijgende trend in geestelijke gezondheidsproblemen zich voort. In Canada neemt arbeidsongeschiktheid in de brede zin (niet noodzakelijk gekoppeld aan een erkende arbeidsongeschiktheid) gerelateerd aan geestelijke gezondheid toe en vertoont, van alle vormen van ongeschiktheid, de sterkste groei (+18% tussen 2017 en 2022).¹⁴

Een recente Amerikaanse studie onder een cohort van 1,7 miljoen jonge Californiërs tussen 5 en 22 jaar wijst op een significante toename van de incidentie van depressie

¹¹ Colinet, N., Debeugny, G., Pollak, C. (2024). Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019. DREES

¹² Grasland E. (2025) *En Allemagne, le grand choc des arrêts de travail*. Les Échos (geraadpleegd op 25/08/2025)

¹³ *De instroom in de WIA is opnieuw gestegen. Hoe komt dit? (UWV Kennisverslag 2025-7) | Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen* (geraadpleegd op 02/09/2025)

¹⁴ *The Daily – Canadian Survey on Disability, 2017 to 2022 | Statistics Canada* (geraadpleegd op 27/08/2025)

tussen 2017 en 2021 voor deze populatie (+55,6%). De gemiddelde incidentie was hoger tijdens de COVID-periode (2020-2021) dan daarvoor (2017-2019), maar het groeipercentage tussen deze twee periodes was niet significant verschillend. De prevalentie van depressie onder 18-22-jarigen is met 66,59% gestegen tussen 2017 (4,13%) en 2021 (6,88%). Deze studie keek ook naar de evolutie van gevallen van angst zonder depressie: de trends waren dezelfde als voor depressie. De prevalentie van angst zonder depressie stijgt met 30,36% bij 18-22-jarigen tussen 2017 (4,15%) en 2021 (5,41%). Zoals blijkt uit de Belgische cijfers, zijn meisjes en jonge vrouwen (5-22 jaar) in de Californische bevolking vaker getroffen dan jongens en jonge mannen. De prevalentie van depressie in 2021 was 6,02% bij meisjes en jonge vrouwen en 2,22% bij jongens en jonge mannen. Die van angst zonder depressie was respectievelijk 5,35% en 3,13%.¹⁵

De resultaten van het meest recente onderzoek 'The Mental State of the World' laten zien dat 41% van de jongvolwassenen (18-34 jaar) in deze wereldwijde steekproef een niveau van stress ervaart dat hun mentaal welzijn zodanig aantast dat het hun dagelijks functioneren belemmert. Jongvolwassenen (18-34 jaar) presenteren nieuwe symptoomprofielen. Meer dan een derde van hen zegt last te hebben van intrusieve, vreemde of obsessieve gedachten, alsook een gevoel van onthechting van de werkelijkheid. De afgelopen jaren is gebleken dat elke opeenvolgende jongere generatie kampt met een slechtere geestelijke gezondheid dan de vorige, wat resulteert in een afnemend vermogen om levensuitdagingen het hoofd te bieden en optimaal te functioneren. Dit staat in schril contrast met studies van zo'n tien jaar geleden, die een U-vormige curve in mentaal welzijn lieten zien, met hoge niveaus bij jongvolwassenen en ouderen, en een dieptepunt op middelbare leeftijd. We spreken niet langer van een 'U', maar van een schuine streep '/', wat illustreert dat hoe jonger we zijn, hoe slechter we er aan toe zijn.¹⁶

3.3 Determinanten van geestelijke gezondheid

Om de redenen voor een goede of slechte geestelijke gezondheid beter te begrijpen, is het belangrijk om te kijken naar de verschillende determinanten van geestelijke gezondheid. Dit hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op de samenvatting van de wetenschappelijke literatuur van Pereira et al. (2021).¹⁷ De determinanten van geestelijke gezondheid zijn van verschillende aard: individueel, socio-economisch en maatschappelijk.

Individuele factoren

Individuele factoren kunnen onderverdeeld worden in drie subgroepen: biologische factoren, psychologische factoren en levensloopfactoren. Deze drie subgroepen omvatten determinanten zoals fysieke gezondheid, geslacht, psychosociale vaardigheden en negatieve ervaringen in de vroege kinderjaren.

Fysieke gezondheid kan de geestelijke gezondheid beïnvloeden en er is vastgesteld dat een slechte fysieke gezondheid een determinant is van depressie.

¹⁵ Xiang A.H., Martinez M.P., Chow T., et al. (2024). Depression and Anxiety Among US Children and Young Adults. JAMA network open, 7(10)

¹⁶ Thiagarajan T., Newson J. (2025). Mental State of the World in 2024 (Annual Report). Sapiens Labs

¹⁷ Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet A.-M. (2021). Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique (minds 1/2021). Genève : minds - Promotion de la santé mentale à Genève

Lichaamsbeweging heeft daarentegen een beschermend effect op de geestelijke gezondheid van jongvolwassenen.

Wat het geslacht betreft, geven verschillende onderzoeken aan dat jonge vrouwen meer lijden aan psychische stoornissen dan jonge mannen. Dit zou met name te verklaren zijn door het verschil in sociale rollen. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn kleiner in contexten waar de rollen minder traditioneel zijn, d.w.z. in omgevingen die gekenmerkt worden door een meer egalitaire verdeling van huishoudelijke, professionele en sociale verantwoordelijkheden, waardoor de invloed van gendernormen op de geestelijke gezondheid afneemt. Een ander element is dat volgens studies tussen 20 en 35%¹⁸ van de vrouwen tijdens hun leven het slachtoffer worden van seksuele agressie, wat hun psychologisch functioneren kan verzwakken.

Een andere bijzonder belangrijke determinant heeft te maken met psychosociale vaardigheden. Het is aangetoond dat deze vaardigheden - zoals besluitvorming, probleemoplossing, effectieve communicatie, het opbouwen van gezonde relaties en empathie - een beschermende rol spelen.

Socio-economische factoren

Tot de socio-economische determinanten behoren onder andere familie, sociale steun, opleidingsniveau, socio-economische status, werk, inkomen en schulden.

Sociale steun, waarvan het gezin een onderdeel kan zijn, wordt gezien als de belangrijkste determinant, naast andere variabelen zoals inkomen of geslacht. Sociale steun betekent weten dat men geliefd is, gewaardeerd wordt en deel uitmaakt van een sociaal netwerk. Het is vastgesteld dat het krijgen en geven van hulp aan anderen positieve effecten heeft op de geestelijke gezondheid van zowel gezonde mensen als mensen met psychische stoornissen. Mensen die geen sociale steun krijgen, lopen een groter risico om depressieve symptomen te ontwikkelen. Sociale steun heeft een beschermend effect tegen stress en helpt daarom om de negatieve effecten van stressvolle situaties te verminderen.

Wat de socio-economische status betreft, is duidelijk vastgesteld dat een laag socio-economisch niveau meer kans geeft op het ontstaan van psychische stoornissen dan een hoger socio-economisch niveau. Geestelijke gezondheid wordt sterk beïnvloed door armoede. De relatie is wederkerig: een verminderde geestelijke gezondheid kan leiden tot minder werk en lager inkomen, wat op zijn beurt de geestelijke gezondheid verder ondermijnt.

Geen baan hebben en werkonzekerheid hebben schadelijke gevolgen voor de geestelijke gezondheid. Werkonzekerheid wordt sterk geassocieerd met symptomen van depressie. Daarom is de prevalentie van psychische stoornissen het hoogst bij mensen die zonder contract werken, terwijl ze het laagst is bij mensen met een contract van onbepaalde of bepaalde duur. Dit wijst eerder op een negatieve invloed van werkonzekerheid dan van de afwezigheid van een vaste baan op zich. De kwaliteit van het werk heeft ook een grote invloed op de geestelijke gezondheid van de

¹⁸ [Agressions sexuelles | psychotrauma expert](#) (geraadpleegd op 15/10/2025)

werknemer, omdat het persoonlijke ontwikkeling mogelijk maakt en sociale relaties, zelfontplooiing en eigenwaarde bevordert. Werk kan tevens een bron van spanningen zijn wanneer er sprake is van conflicterende waarden of belangen, wat resulteert in een discrepantie tussen individuele waarden en die van de organisatie. Deze waardenmismatch kan leiden tot een verlies van zingeving, een factor die sterk geassocieerd wordt met verhoogde psychosociale belasting. Er is ook vastgesteld dat werkloosheid verband houdt met de ontwikkeling van symptomen van depressie en angst.

De laatste resultaten van de Belhealth-cohortstudie bevestigen verschillende van de hierboven beschreven elementen. Jongvolwassenen (18-29 jaar), mensen met niet meer dan een middelbareschooldiploma, mensen zonder werk (zoals werklozen en invaliden), alleenstaanden en mensen met financiële problemen lopen een groter risico op depressie en angst. De studie wijst ook uit dat vrouwen een significant grotere kans hebben om aan angststoornissen te lijden dan mannen.¹⁹

Maatschappelijke factoren

De derde belangrijke categorie determinanten van geestelijke gezondheid zijn maatschappelijke factoren. Deze hebben betrekking op sociaal en economisch beleid, milieu en infrastructuur, en cultuur.

Een sterke sociale zekerheid - die adequate financiële steun biedt aan mensen in kwetsbare situaties - is essentieel om armoede te beperken, hetgeen een effect heeft op de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de minst bevoorrechte bevolkingsgroepen. Afhankelijk van de mechanismen van wederkerigheid en legitimering kan het socialezekerheidsbeleid echter meer of minder autonomie opleveren voor de rechthebbenden, wat indirect invloed heeft op hun geestelijke gezondheid. Werkgelegenheidsbeleid is essentieel om gunstige arbeidsomstandigheden bij werkgevers te bevorderen en zo het risico op baanverlies te beperken, wat op zijn beurt een nadelig effect kan hebben op andere determinanten van geestelijke gezondheid, zoals ouderschapscapaciteiten, inkomen of psychosociale vaardigheden. Dezelfde logica geldt voor scholen, die zich in een uitstekende positie bevinden om programma's voor gezondheidspromotie op te zetten. Een voldoende beschikbaarheid van crèches kan ook een positieve invloed hebben op de geestelijke gezondheid van ouders.

Blootstelling aan geweld en misdaad heeft een negatieve invloed op de geestelijke gezondheid en vormt zelfs een voorspellende factor voor depressie. De kwaliteit van de woonomgeving speelt ook een belangrijke rol: een veilige buurt vermindert misdaadgerelateerde stress bevordert zowel lichaamsbeweging als sociale cohesie.

Blootstelling aan de natuur heeft een positieve invloed op de geestelijke gezondheid, vooral op de stemming. En dat geldt net zo goed in de buurt als vanuit het raam thuis of op kantoor. Het blijkt ook dat de natuur de effecten van lichaamsbeweging op de mentale gezondheid vertienvoudigt, waarbij de effecten groter zijn in een natuurlijke omgeving dan in een stedelijke omgeving. Kinderen die naar een groenere omgeving verhuizen, zien hun cognitieve vaardigheden toenemen in vergelijking met kinderen

¹⁹ Duveau C., Hermans L. (2025). Mental health trends in Belgium: Results from the BELHEALTH cohort 2022 to 2024. Sciensano. Report number: D/2025.14.440/88

die naar een meer stedelijke omgeving verhuizen, waar natuurlijke elementen zeldzamer zijn.

Het ontbreken van stigmatisering is een positieve determinant van geestelijke gezondheid. We zien dat groepen die gestigmatiseerd worden omwille van een lichamelijke aandoening het meest worden getroffen op het gebied van hun geestelijke gezondheid, gevolgd door groepen die gestigmatiseerd worden omwille van hun sociale achtergrond (bv. geslacht, etniciteit, seksuele geaardheid), en dan diegenen die gestigmatiseerd worden omwille van psychische stoornissen. Een studie²⁰ beoordeelde de relatieve bijdrage van verschillende variabelen die determinanten zijn van depressie en angst bij kinderen en jongvolwassenen. Deze variabelen, gerangschikt in volgorde van belangrijkheid, zijn: leeftijd (hoe ouder, hoe groter het risico), geslacht, gewicht, etnische afkomst, comorbiditeit en inkomen. Gewicht is zelfs de eerste variabele als het gaat om angst zonder depressie. Dit kan zowel mensen met ondergewicht als mensen met overgewicht treffen.

Alle determinanten die we hebben besproken beïnvloeden elkaar en kunnen daarom niet los van elkaar worden gezien. “Sociale steun en de socio-economische status zijn twee cruciale factoren die ook bescherming kunnen bieden tegen het schadelijke effect van andere determinanten van geestelijke gezondheid. Aan de andere kant, als ze ontbreken, wordt het schadelijke effect van andere determinanten sterk vergroot.”²¹

De risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid bij jongeren die we in het vierde hoofdstuk zullen bespreken, hangen nauw samen met de determinanten van geestelijke gezondheid die hierboven beschreven zijn. Afhankelijk van de context kunnen deze fungeren als hefboomen voor bescherming of juist als bronnen van kwetsbaarheid.

Als aanvulling op dit hoofdstuk over geestelijke gezondheid bieden we drie bijlagen aan. Bijlage 1 gaat in op diagnoses van geestelijke gezondheid. Bijlage 2 geeft een kort overzicht van hoe de geestelijke gezondheidszorg in ons land werkt. Bijlage 3 toont de evolutie in angst- en depressieve stoornissen bij jongeren in België, alsook enkele trends in het gebruik van gezondheidszorg op basis van gegevens van onze leden.

04 De belangrijkste risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid bij jongeren

4.1 Complexe, multifactoriële risico's

Deze publicatie probeert geen exhaustieve lijst op te stellen van risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid bij jongeren, aangezien deze factoren meervoudig en complex

²⁰ Xiang A.H., Martinez M.P., Chow T., et al. (2024). Depression and Anxiety Among US Children and Young Adults. JAMA network open, 7(10)

²¹ Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet A.-M. (2021). Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique (minds 1/2021). Genève : minds - Promotion de la santé mentale à Genève

zijn en vaak met elkaar samenhangen. De focus ligt op het identificeren van enkele cruciale elementen, waarbij de centrale rol van geestelijke gezondheid wordt benadrukt als een sleutelvoorwaarde voor zowel arbeidsmarktintegratie als duurzame tewerkstelling. Deze geestelijke gezondheid wordt zelf beïnvloed door een reeks sociale en individuele factoren, waarbij de gezinssituatie een belangrijke rol speelt. Hiermee moet reeds in een vroeg stadium rekening worden gehouden, aangezien de levensomstandigheden en moeilijkheden waarmee ouders geconfronteerd worden een aanzienlijke impact kunnen hebben op het psychologisch welzijn van hun kinderen vanaf de adolescentie, wat hun toekomstige loopbaanperspectieven in gevaar kan brengen. Dit hoofdstuk richt zich daarom op jongvolwassenen, maar ook op kinderen en adolescenten, met als doel een beter inzicht te krijgen in de uitdagingen rond hun geestelijke gezondheid en hun duurzame toegang tot de arbeidsmarkt.

Impact van de COVID-19-pandemie

Voordat we de belangrijkste risicofactoren bespreken, is het van belang zich te herinneren dat vijf jaar geleden de COVID-19-pandemie en haar gevolgen een aanzienlijke impact hadden op de geestelijke gezondheid van de bevolking, in het bijzonder bij jongeren. De opgelegde lockdowns beperkten sociale interactie en lichamelijke activiteit – twee beschermende factoren voor mentaal welzijn – waardoor het psychologisch evenwicht van veel mensen werd verstoord. Voor sommigen zijn deze effecten nog steeds voelbaar. Daarnaast hebben de lockdowns sociale ongelijkheid geaccentueerd en gedragingen bevorderd die schadelijk zijn voor de geestelijke gezondheid, zoals een meer sedentaire levensstijl (met name gekoppeld aan intensief gebruik van internet) en de grootschalige toepassing van telewerk. Sommige van deze nieuwe routines, die aanvankelijk werden opgelegd door de gezondheidscrisis, zijn nu voor veel mensen het nieuwe normaal geworden.

Een systematische review naar de geestelijke gezondheid van 18- tot 25-jarigen tijdens de COVID-19-crisis toont een duidelijke verslechtering van het mentale welzijn, gepaard gaand met een toename van sedentaire leefpatronen. Over het algemeen was de psychische nood het grootst in de eerste maanden en nam daarna af naarmate de maatregelen werden versoepeld, hoewel sommige jongeren kwetsbaar blijven. De meest voorkomende stoornissen waren depressie en angst. Er zijn een aantal verzwakende factoren geïdentificeerd: sociaal isolement, een sedentaire levensstijl, intensieve opvolging van de berichtgeving over de pandemie, financiële moeilijkheden en een voorgeschiedenis van psychische problemen. Omgekeerd zijn er bepaalde beschermende factoren geïdentificeerd: steun van familie en vrienden, toegang tot buitenruimtes, het onderhouden van routines, evenwichtige vrijetijdsactiviteiten en regelmatige lichaamsbeweging. Bij jongvolwassenen heeft de gezondheidscrisis hun geestelijke gezondheid mogelijk verzwakt door tal van factoren die eigen zijn aan deze levensfase. Ze zijn niet per se kwetsbaarder dan andere leeftijdsgroepen, maar hun mogelijke blootstelling aan meerdere factoren betekent dat hun ervaringen sterk variëren, afhankelijk van hun leefomstandigheden en persoonlijke mogelijkheden. Jongvolwassenen hadden ook te lijden onder veranderingen in de academische sector, vooral wanneer ze deze aanpassingen als intens of negatief ervoeren. Deze veranderingen vertegenwoordigen meerdere ongekende transitieën waaraan jongvolwassenen zich hebben moeten aanpassen. Voor sommige jongeren waren ze moeilijker te

verwerken.²² Denk aan de theorie van het 'Transitions Overload Model' die eerder is besproken.

De COVID-19-pandemie heeft niet alleen de geestelijke gezondheid van jongeren verzwakt: ze fungeerde ook als katalysator van trends die al aanwezig waren in de samenleving, met name de toename van de tijd die voor schermen wordt doorgebracht, een sedentaire levensstijl en sociaal isolement. Voor sommigen zijn deze veranderingen blijvend, waardoor de vraag rijst wat hun impact is op het mentale welzijn en het vermogen om een voldoende goede geestelijke gezondheid te behouden. Jongvolwassenen hebben specifieke behoeften op het gebied van mentaal welzijn, gekoppeld aan meerdere overgangen (studies, beroepsintegratie, onafhankelijk worden) die hun psychologisch evenwicht bijzonder kwetsbaar maken. Naast de directe gevolgen heeft de pandemie dus ook het belang van dagelijkse routines voor de geestelijke gezondheid van jongvolwassenen blootgelegd en versterkt, evenals de doorslaggevende rol ervan voor hun evenwicht en ontplooiing. In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op deze gedragingen en maatschappelijke trends.

4.2 Een sedentaire en ongezonde levensstijl

Sedentaire levensstijl

De WHO brengt sedentair gedrag in verband met verschillende gezondheidsrisico's, waaronder overgewicht, een slechtere cardiometabole gezondheid, diabetes type 2, enz.²³ Studies tonen aan dat er een verband is tussen een ongezonde levensstijl (obesitas, weinig lichaamsbeweging, overmatig alcoholgebruik, roken, enz.) en absentisme om medische redenen.²⁴

Een Nederlandse studie heeft aangetoond dat obesitas, roken, weinig lichaamsbeweging en een onevenwichtig voedingspatroon samengaan met ziekteverzuim en productiviteitsverlies. Deze levensstijlfactoren, in het bijzonder roken en obesitas, worden geassocieerd met zowel de frequentie en duur van ziekteverzuim als met productiviteitsverlies op het werk. Meer dan 10% van het ziekteverzuim en productiviteitsverlies kan worden toegeschreven aan levensstijlfactoren en obesitas.²⁵ Een andere studie suggereert ook dat bepaalde levensstijlfactoren, zoals obesitas, geassocieerd zouden kunnen worden met een hoger ziekteverzuim.²⁶ Een Finse studie schatte dat een ongezonde levensstijl en slaapproblemen de kosten van kortdurende afwezigheden voor de werkgever (< 15 dagen) met 10-30% kunnen verhogen.²⁷ Een associatie tussen minder beweging in de

²² Mauroy A., Rossignol M., Dieu C. et al. (2025) Santé mentale des jeunes durant la crise Covid-19 : une revue systématique de l'enfance au début de l'âge adulte, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 73, Issue 2, pp 86-101

²³ WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour (2020). World Health Organization (Genève)

²⁴ Burdorf, A., & Robroek, S. (2018). Does lifestyle matter for sickness absence?. *The Lancet. Public health*, 3(11), e513–e514

²⁵ Robroek, S. J., van den Berg, T. I., Plat, J. F. et Burdorf, A. (2011). The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occupational and environmental medicine*, 68(2), 134–139

²⁶ Virtanen, M., Ervasti, J., Head, J. et al. (2018). Lifestyle factors and risk of sickness absence from work: a multicohort study. *The Lancet. Public health*, 3(11), e545–e554

²⁷ Kanerva, N., Pietiläinen, O., Lallukka, T. et al. (2018). Unhealthy lifestyle and sleep problems as risk factors for increased direct employers' cost of short-term sickness absence. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 44(2)

vrije tijd en ziekteverzuim werd ook aangetoond in een andere Nederlandse studie.²⁸ Deze studies werden echter niet specifiek bij jongeren uitgevoerd.

Andere onderzoeken hebben de relatie tussen lichaamsbeweging, schermtijd en ziekteverzuim bij volwassenen onderzocht. Weinig lichaamsbeweging en veel schermtijd in de vrije tijd verhogen het risico op ziekteverzuim als gevolg van psychische stoornissen. Volgens de auteurs zou het ondersteunen van een vermindering van sedentair gedrag en een toename van fysieke activiteit buiten de werkuren kunnen bijdragen aan het verminderen van de last van ziekteverzuim.²⁹

Securex heeft de afwezigheid door ziekte in België geanalyseerd. Volgens deze analyse zou de fysieke en geestelijke gezondheid van jonge werknemers aangetast kunnen worden door een sedentaire levensstijl, versterkt door intensief gebruik van schermen en smartphones. Jongere werknemers besteden meer tijd aan digitale technologie en zouden minder bewegen dan hun oudere collega's, volgens dit rapport. De toenemende digitalisering van de werkplek, met name het wijdverspreide gebruik van online vergaderingen, betekent dat mensen meer tijd zittend en voor schermen doorbrengen, waardoor natuurlijke pauzes en sociale interactie afnemen. Bedrijven moeten nu een evenwicht vinden tussen de voordelen van digitale technologie en de negatieve effecten, zoals een sedentaire levensstijl en digitale vermoeidheid.³⁰

We zullen de thema's welzijn op het werk en hyperconnectiviteit later in deze publicatie in een apart hoofdstuk behandelen.

De invloed van de voeding van jongeren op hun geestelijke gezondheid

Een nog vaak over het hoofd geziene determinant van geestelijke gezondheid is de toenemende blootstelling aan ultra-bewerkte voedingsmiddelen (UPF's). Een recente artikelenreeks in *The Lancet*, die systematische reviews, meta-analyses en narratieve synthese combineert, onderzocht hypothesen over deze risicofactor.^{31,32,33} Naast bewijs dat UPF's wereldwijd een steeds groter aandeel innemen in de dagelijkse voeding en bijdragen aan een achteruitgang van voedingskwaliteit, werd ook hun impact op chronische ziekten geëvalueerd. De reeks concludeert dat een voedingspatroon met een hoog aandeel UPF's sterk samenhangt met obesitas, cardiometabole aandoeningen en een verhoogd risico op depressie (risk ratio 1,32; +32% risico bij hoge versus lage UPF-inname). Gesuggereerde mechanismen omvatten ontstekingsprocessen, verstoring van het microbioom en blootstelling aan

²⁸ Proper, K. I., van den Heuvel, S. G., De Vroome, E. M. et al. (2006). Dose-response relation between physical activity and sick leave. *British journal of sports medicine*, 40(2), 173–178

²⁹ Sarttila, K. H., Kuusela, M., Pohjola, V. et al. (2024). Joint associations of leisure time physical activity and screen sitting time with long-term sickness absence due to mental and musculoskeletal diseases: a registry linked follow-up study. *Public health*, 233, 177–184

³⁰ [L'absentéisme de moyenne et de longue durée atteignent un niveau record | Securex \(geraadpleegd op 19/09/2025\)](#)

³¹ Monteiro, C. A., Louzada, M. L., Steele-Martinez, E. et al. (2025). Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence. *The Lancet*

³² Scrinis, G., Popkin, B. M., Corvalan, C. et al. (2025). Policies to halt and reverse the rise in ultra-processed food production, marketing, and consumption. *The Lancet*

³³ Baker, P., Slater, S., White, M. et al. (2025). Towards unified global action on ultra-processed foods: understanding commercial determinants, countering corporate power, and mobilising a public health response. *The Lancet*

additieven zoals emulgatoren en kunstmatige zoetstoffen. UPF's verdringen bovendien beschermende voedingsmiddelen zoals groenten en fruit, wat leidt tot tekorten aan vezels en micronutriënten die essentieel zijn voor hersenfunctie en stemming. Wereldwijd varieert het aandeel UPF's in de totale energie-inname van circa 9% (Iran) tot meer dan 50–60% (VK en VS), met een snel stijgende trend in lage- en middeninkomenslanden. Beleidsaanbevelingen richten zich expliciet op jongeren via schoolvoeding, marketingrestricties en waarschuwingslabels, gezien hun hoge blootstelling en kwetsbaarheid. Deze bevindingen ondersteunen de noodzaak van beleid dat de beschikbaarheid, marketing en consumptie van UPF's bij jongeren terugdringt.

4.3 Zwakke sociale steun

We zagen hierboven dat sociale steun een belangrijke determinant is van geestelijke gezondheid. Geestelijke gezondheid hangt nauw samen met gevoelens van eenzaamheid en sociaal isolement. Eenzaamheid is een vrij subjectief begrip, omdat het afhangt van de behoefte van het individu aan sociaal contact. Twee mensen met dezelfde sociale relaties zullen niet per se dezelfde mate van eenzaamheid ervaren. Sociaal isolement is daarentegen een meer objectief concept. Naast geestelijke gezondheidsproblemen wordt eenzaamheid onder jongeren (18-29 jaar) ook in verband gebracht met een slechtere fysieke gezondheid.³⁴

De Belhealth-cohortstudie toont aan dat mensen die aangeven zich matig of ernstig eenzaam te voelen, een significant hoger risico lopen op psychische problemen, wat de grote impact van ervaren sociaal isolement onderstreept.³⁵

Eenzaamheid heeft een negatieve impact op het algemene welzijn. Een Brits onderzoek heeft aangetoond dat gevoelens van eenzaamheid jongere mensen meer treffen dan oudere mensen, en mannen meer dan vrouwen. Andere onderzoeken geven aan dat vrouwen meer blootgesteld zijn aan eenzaamheid dan mannen, maar selectiebias bij het samenstellen van de steekproeven voor deze onderzoeken kan dit verschil verklaren.³⁶ De resultaten van het Belhealth-onderzoek tonen aan dat personen tussen 30 en 64 jaar, laaggeschoolden en alleenstaanden (met of zonder kinderen) het meest getroffen worden door eenzaamheid.³⁷

Veel artikelen gaan over de groeiende epidemie van eenzaamheid en de impact ervan op de geestelijke gezondheid. Deze toename van eenzaamheid en de afname van sociale banden worden vaak in verband gebracht met groeiend individualisme en een prestatiegerichte cultuur waarin succes voorrang krijgt boven relaties. Jongere generaties hebben zwakkere familiebanden en minder hechte vriendschappen in het echte leven.³⁸ De kwestie van individualisme is complex en we zullen er hier niet verder op ingaan. Sommige sociologen maken echter een onderscheid tussen

³⁴ Christiansen, J., Qualter, P., Friis, K., et al. (2021). Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults. *Perspectives in public health*, 141(4), 226–236

³⁵ Duveau C., Hermans L. (2025). Mental health trends in Belgium: Results from the BELHEALTH cohort 2022 to 2024. Sciensano. Report number: D/2025.14.440/88

³⁶ Barreto, M., Victor, C., Hammond, C. et al. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and individual differences*, 169

³⁷ Resultaten van de 6 vragenlijst – Juni 2024 - Belangrijke factoren die mentale gezondheid | Sciensano (geraadpleegd op 16/10/2025)

³⁸ Thiagarajan T., Newson J. (2025). Mental State of the World in 2024 (Annual Report). Sapiens Labs

individualisering (autonomie, keuzevrijheid) en individualisme (teruggetrokkenheid in zichzelf en opkomen voor eigen belangen). Volgens recente studies neemt individualisering sterk toe, maar neemt puur individualisme af, omdat autonomie kan samengaan met openheid naar anderen.³⁹

Een verzwakking van vroege banden is niet zonder gevolgen: de situatie in de kindertijd kan een voedingsbodem creëren voor blijvende psychologische kwetsbaarheid. Volgens cijfers uit een recent onderzoek lijdt 35% van de jongeren die zijn opgegroeid in een gezin met onstabiele relaties aan depressies, tegenover 15% van de jongeren uit een stabiel gezin.⁴⁰ Deze gegevens geven aan dat de kwaliteit van initiële familierelaties een sterke invloed heeft op de geestelijke gezondheid op volwassen leeftijd.

De perceptie van onvoldoende sociale steun kan helpen verklaren waarom eenzaamheid geassocieerd wordt met angst, depressie of somatische symptomen. Interventies om dit ervaren gebrek aan steun aan te pakken, zouden een manier kunnen zijn om de negatieve gevolgen van eenzaamheid voor de gezondheid te beperken.⁴¹ Recente gegevens bevestigen dit verband tussen de kwaliteit van sociale interacties en geestelijke gezondheid: het percentage jongeren dat verklaart in goede geestelijke gezondheid te verkeren is aanzienlijk lager onder degenen die hun sociale leven als weinig actief beschouwen (43%) dan onder degenen die het als rijk beschouwen (73%). Van de jongeren die zeggen dat hun sociale leven niet erg actief is, ervaart 59% aanhoudende eenzaamheid, tegenover 41% gemiddeld.⁴⁰ Deze cijfers illustreren de mogelijke impact van sociale media op het psychologisch welzijn. Uit een systematisch onderzoek blijkt dat sociaal isolement en eenzaamheid niet alleen factoren zijn die bijdragen aan psychologisch onbehagen, maar ook verband houden met een toename van de totale sterfte en, in het geval van sociaal isolement, met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.⁴²

Een Noorse studie heeft aangetoond dat zowel het gevoel van samenhang, zoals beschreven in Antonovsky's sense-of-coherence-theorie, als sociale steun een onderscheidende rol spelen bij het moduleren van psychisch leed, waarbij deze effecten variëren naargelang leeftijd en geslacht. De resultaten geven aan dat een gevoel van samenhang werkt als een universele beschermende factor: het is sterk geassocieerd met lage niveaus van psychisch leed, voor alle leeftijdsgroepen van de onderzochte jongvolwassenen (18-24, 25-31 en 32-38) en voor alle geslachten. Deze observatie bevestigt het belang van dit concept voor het bevorderen van mentaal welzijn. De invloed van sociale steun op psychisch leed varieert echter aanzienlijk naargelang de leeftijdsgroep en het geslacht. Bij jonge vrouwen (18-24) houdt een gebrek aan sociale steun duidelijk verband met een grotere psychologische nood, een fenomeen dat niet in dezelfde mate voorkomt bij jonge mannen of oudere jongvolwassenen. Dit verschil suggereert dat jonge vrouwen gevoeliger zijn voor

³⁹ Bréchon P. (2023). Montée de l'individualisation, mais régression de l'individualisme ! Les Européens et leurs valeurs. Entre individualisme et individualisation, Presses Universitaires de Grenoble, 271-287

⁴⁰ Delage V., Tellier-Poulain M., Vincent L. (2025). Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer – Cartographie des inégalités. Chiffres issus d'une enquête française basée sur un échantillon représentatif de jeunes âgés de 15 à 29 ans.

⁴¹ Hutten, E., Jongen, E. M. M., Vos, A. E. C. et al. (2021). Loneliness and Mental Health: The Mediating Effect of Perceived Social Support. *International journal of environmental research and public health*, 18(22)

⁴² Leigh-Hunt, N., Baguley, D., Bash, K. et al. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157-171

relatiedynamiek of meer vertrouwen op hun sociale netwerk om psychologische uitdagingen het hoofd te bieden. Deze studie toonde ook aan dat, in tegenstelling tot bepaalde hypothesen, regelmatige lichaamsbeweging als zodanig niet geassocieerd was met een vermindering van psychologisch leed. Dit suggereert dat het positieve effect van lichaamsbeweging op de geestelijke gezondheid indirect zou kunnen zijn, beïnvloed door andere factoren zoals het gevoel van zingeving of de kwaliteit van sociale relaties in plaats van door het beoefenen van regelmatige lichaamsbeweging als zodanig.⁴³

Zelfs indien lichaamsbeweging geen direct effect zou hebben op psychisch leed, lijkt het wel een indirecte rol te spelen via het sociale leven: de afwezigheid van betrokkenheid bij sportieve of culturele activiteiten gaat hand in hand met een verhoogd gevoel van isolatie. Meer dan de helft van de jongeren zonder regelmatige lichaamsbeweging (51%) vindt dat hun sociale leven niet erg actief is, tegenover slechts 24% van degenen die wel aan lichaamsbeweging doen. Dit suggereert dat collectieve activiteiten helpen om sociale banden te versterken, wat indirect de geestelijke gezondheid kan verbeteren.⁴⁴

Een review bevestigt de positieve invloed van ondersteuning door peers op verschillende geestelijke gezondheidsindicatoren bij jongvolwassenen, met name door het verminderen van depressieve en angstsymptomen en psychologisch leed en door het verbeteren van het zelfbeeld. In de geanalyseerde studies kwam de ondersteuning door peers uit verschillende hoeken: vrienden, partners of specifiek opgeleide peers. Dit geeft aan dat dit soort ondersteuning zowel informeel, in dagelijkse gesprekken, als via gestructureerde systemen plaatsvindt. Het concept van ondersteuning onder peers is daarom heel gevarieerd.⁴⁵

We zullen later zien dat bepaalde huidige maatschappelijke gewoonten eenzaamheid in de hand kunnen werken, of op zijn minst bijdragen aan het verminderen, verkorten of verarmen van contactmomenten tussen mensen. We hebben het hier over contacten in het echte leven, die je ook 'organische contacten' zou kunnen noemen, in tegenstelling tot 'digitale contacten'.

4.4 Onwelzijn op het werk

Noties van welzijn op het werk voor jonge werknemers

Welzijn op het werk wordt door de FOD Werkgelegenheid op basis van de gelijknamige code gedefinieerd als "het geheel van factoren met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden waarin het werk wordt uitgevoerd: veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid van de werknemer, psychosociale aspecten van het werk, ergonomie, arbeidshygiëne en verfraaiing van de werkplaatsen."⁴⁶ De wet definieert psychosociale risico's als "de kans dat één of meerdere werknemers psychische schade ondervinden, die al dan niet kan gepaard gaan met lichamelijke

⁴³ Johansen, R., Espetvedt, M. N., Lyshol, H. et al. (2021). Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support. BMC public health, 21(1), 2152

⁴⁴ Delage V., Tellier-Poulain M., Vincent L. (2025). Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer – Cartographie des inégalités. Chiffres issus d'une enquête française basée sur un échantillon représentatif de jeunes âgés de 15 à 29 ans.

⁴⁵ Richard, J., Rebinsky, R., Suresh, R. et al. (2022). Scoping review to evaluate the effects of peer support on the mental health of young adults. BMJ open, 12(8)

⁴⁶ [Welzijn op het werk | FOD Werkgelegenheid - Arbeid en Sociaal Overleg](#) (geraadpleegd op 05/09/2025)

schade, ten gevolge van een blootstelling aan de elementen van de arbeidsorganisatie, de arbeidsinhoud, de arbeidsvoorwaarden, de arbeidsomstandigheden en de interpersoonlijke relaties op het werk, waarop de werkgever een impact heeft en die objectief een gevaar inhouden.”⁴⁷

Deze definitie van psychosociale risico's lijkt ons essentieel om in gedachten te houden, omdat ze aansluit bij veel behoeften die specifiek zijn voor jonge werknemers. Deze behoeften vormen ook belangrijke hefboomen voor welzijn op het werk, hoewel ze niet altijd als zodanig worden geïdentificeerd. Voordat we specifieker ingaan op deze behoeften, vinden we het nodig om het begrip welzijn op het werk te verduidelijken, dat complexer en multidimensionaler is dan het lijkt.

Het onderzoek benadrukt de complexiteit van het opstellen van één model dat alle determinanten van welzijn op het werk zou verklaren. Elke baan heeft zijn eigen kenmerken die spanning op het werk beïnvloeden en een impact kunnen hebben op de geestelijke gezondheid van werknemers. Daarnaast is het essentieel om zowel rekening te houden met de eisen als met de middelen, waarbij zowel het individu als zijn werkomgeving, met inbegrip van de organisatorische, fysieke en sociale aspecten, in aanmerking worden genomen. Dit analysegebied wordt beschreven als psychosociaal-organisatorisch. De belangrijkste factoren die verband houden met welzijn op het werk en die in de literatuur zijn geïdentificeerd, moeten daarom worden gecontextualiseerd om ze af te stemmen op de specifieke realiteit van elke werksituatie.⁴⁸

Het welzijn op het werk hangt nauw samen met iemands algemene subjectieve welzijn. Deze correlatie is nog duidelijker in rijke landen. Geestelijke gezondheid kan niet los van de werkplek worden beoordeeld, omdat interacties met andere levenssferen zo belangrijk zijn. Onderzoek toont aan dat gelukkige werknemers over het algemeen beter presteren, minder vaak afwezig zijn, zich meer inzetten voor maatschappelijk verantwoord gedrag binnen hun organisatie en gemakkelijker succes boeken in hun carrière dan minder gelukkige werknemers.⁴⁸ Het welzijn van (jonge) werknemers op het werk hangt dus af van hun algemene welzijn. Het is dus noodzakelijk om ook aandacht te besteden aan de algemene geestelijke gezondheid als we iets willen doen aan het welzijn op het werk. Welzijn op het werk kan niet worden gereduceerd tot de afwezigheid van stress of psychologische problemen. Het is een multidimensionaal concept dat individuele, organisatorische en sociale factoren omvat. Een holistische benadering, die fundamentele behoeften, erkenning en de kwaliteit van relaties omvat, is essentieel om psychologische gezondheid en duurzame prestaties te bevorderen.

Een van de belangrijkste veranderingen voor jongvolwassenen is hun intrede in het beroepsleven. Een recent literatuuronderzoek⁴⁹ belichtte de specifieke behoeften van jonge werknemers en de problemen waarmee ze te maken hebben.

Wanneer ze aan hun professionele leven beginnen, worden jongvolwassenen geconfronteerd met verschillende nieuwe uitdagingen, zoals het verdwijnen van hun

⁴⁷ Wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers (art. 32/1), BS, 18/09/1996

⁴⁸ Machado, T. (2015). Chapitre II. Santé mentale et santé psychologique : modèles, constats et définitions. In La prévention des risques psychosociaux. Presses universitaires de Rennes

⁴⁹ Simon, M. (2023). Literature Review: Young Adult Worker Mental Health. Center for Workplace Mental Health - **Deze paragraaf en de volgende drie zijn gebaseerd op dit literatuuronderzoek.**

routine, het aanleren van nieuwe taken, het opbouwen van een nieuw sociaal netwerk, een vaak zeer competitieve arbeidsmarkt en de kloof tussen hun verwachtingen en de realiteit. Ze onderschatten vaak de invloed van de academische cultuur op hun werkgerelateerde gedrag en verwachtingen. Slagen op het werk is anders dan slagen op school, niet in het minst omdat de schoolomgeving een gestructureerd kader biedt met regelmatige feedback, wat op het werk zelden het geval is. Bovendien hebben veel jongvolwassenen hoge verwachtingen van hun baan en hopen ze op een goed salaris en bevredigend werk, wat vaak betekent dat ze compromissen moeten sluiten.

De positieve aspecten van een bedrijfscultuur zijn onder andere de mogelijkheid om werk en privé te scheiden, voortdurend te leren en relationele voordelen. Aan de andere kant zijn de negatieve aspecten een gebrek aan tijd voor persoonlijke interesses, een stressvolle en veeleisende werkomgeving, het primeren van het werk op het privéleven en de moeilijkheden die gepaard gaan met de leercurve.

Telewerken

Vrienden maken en sociale banden aanknopen speelt een cruciale rol in het eerste jaar op het werk. Vriendschappen op het werk stimuleren sociale interactie en bieden emotionele steun, maar ze zijn moeilijker te vormen dan die op school. Het is aangetoond dat voor een succesvolle sociale integratie en de ontwikkeling van vriendschappen op het werk - beide essentieel voor de geestelijke gezondheid van jongvolwassenen - fysieke nabijheid essentieel is, vooral in het begin. Een van de grote voordelen van werk is dat het een gevoel van gemeenschap en gedeelde identiteit creëert, wat moeilijk te bereiken is in een virtuele omgeving. Een studie heeft ook aangetoond dat alleen al het samenzijn de intellectuele vermogens stimuleert: socialiseren, communiceren en contacten leggen verbeteren de mentale functies en cognitieve prestaties. Ander onderzoek heeft aangetoond dat mensen die fysiek dicht bij elkaar werken drie keer zoveel samenwerken en meer werk produceren. Deze observaties staan in schril contrast met de sterke aanwezigheid van telewerken in bepaalde sectoren van onze economie, wat schadelijk zou kunnen zijn voor de geestelijke gezondheid van jonge werknemers als er intensief gebruik van wordt gemaakt. Deze observatie benadrukt een tegenstrijdigheid: terwijl fysieke nabijheid integratie en samenwerking bevordert, blijft de mogelijkheid tot telewerken voor veel jongeren een essentieel criterium bij de keuze van een baan.

Bovendien kan telewerken de grens tussen privé- en beroepsleven doen vervagen⁵⁰, waardoor het moeilijker wordt om te disconnecteren. Dit kan de mentale belasting verhogen. Acerta deed een bevraging bij meer dan 2.000 werknemers en 500 Belgische werkgevers. De enquête ging ook na of werknemers minder stress ervaren als ze thuiswerken in vergelijking met de dagen waarop ze op de werkvloer aan de slag zijn. Volgens Acerta valt het op dat voornamelijk jongeren (18-35 jaar) meer stress ervaren (21%), terwijl het net zij zijn die voorstander zijn om nog meer thuis te kunnen werken (33,8%). Een verklaring zou kunnen zijn dat jongere werknemers meer dan hun oudere collega's nood hebben aan omkadering, terwijl thuiswerk net meer

⁵⁰ Bousquet-Bérard C., Pascal A. (2024). Enfants et écrans : à la recherche du temps perdu (rapport de la Commission chargée d'évaluer les enjeux attachés à l'exposition des enfants aux écrans)

autonomie vereist. Gebrek aan zelfvertrouwen – door minder werkervaring – kan leiden tot meer spanning.⁵¹

Recent onderzoek onder een representatieve steekproef van werknemers en studenten toont dat een kwart van de ondervraagden absoluut niet wil telewerken en dat de helft van hen 3 dagen op kantoor ideaal vindt. Uit de enquête bleek ook dat twee derde van de respondenten de voorkeur geeft aan een vaste werkplek boven een flexdesk (= niet-toegewezen werkplek). Een flexdesk zou namelijk slecht zijn voor de contacten met collega's en voor 35% van de ondervraagden zou het hun concentratie en de uitvoering van hun taken belemmeren.⁵² Het flexdesk-principe wordt vaak toegepast in bedrijven die hun werknemers een 'open space'-omgeving bieden. Intensief telewerken in combinatie met flexwerken draagt bij aan de depersonalisering van de werkplek en beperkt spontane sociale interactie, wat ten koste kan gaan van het welzijn van werknemers. Sommige werknemers bevinden zich in een onbevredigende situatie: noch thuis, noch op kantoor is hun werkomgeving volledig aangepast. Ze moeten kiezen tussen telewerken, met het risico op isolement en geleidelijke desocialisatie, of op kantoor werken, waar spontane interacties onzeker blijven (afhankelijk van de aanwezige collega's) en hun concentratievermogen aangetast kan worden. Gezien de reeds genoemde specifieke behoeften van jonge werknemers en het feit dat zij vaker alleen wonen, zonder partner of kinderen, lijken zij bijzonder kwetsbaar voor deze arbeidsomstandigheden. Teruggaan naar hoe het was, met minder telewerken en vaste plaatsen, lijkt echter ingewikkeld, met name uit kostenoverwegingen voor bedrijven, hoewel sommige bedrijven al een stap terug hebben gezet.

Het lijkt hoog tijd dat werkgevers de kwestie van telewerken aanpakken en de risico's ervan systematisch in kaart brengen en beoordelen. Telewerken kan immers, afhankelijk van de specifieke kenmerken van elk bedrijf en elke werknemer, bepaalde psychosociale risico's in de hand werken of versterken. Deze omvatten een hogere werkdruk en langere werktijden, moeilijkheden om toegang te krijgen tot informatie, technische obstakels in verband met digitale tools en een verslechtering van de sociale uitwisselingen die essentieel zijn voor het werk. Daarbij komt een vermindering van informele momenten, isolatie van het team en een verlies van het gevoel erbij te horen. Andere problemen zijn een gebrek aan ondersteuning bij professionele uitdagingen, vragen over de betekenis van het werk en een vage grens tussen werk en privéleven.⁵³

De kwestie van telewerken moet daarom voorzichtig worden benaderd, zoals blijkt uit de cijfers van een recent onderzoek van het 'Forum des Jeunes'. Van de respondenten onder de 30 jaar die zich betrokken voelen bij telewerken, vindt iets minder dan de helft (47%) dat telewerken hun welzijn heeft verbeterd, terwijl 17% vindt dat het is verslechterd. De rest van de respondenten vindt dat het geen effect had gehad of vindt dat ze het niet konden beoordelen. Voor jonge respondenten die al gewerkt hebben, is het eerste criterium voor welzijn op het werk de goede sfeer in

⁵¹ [Gros werkgevers \(67,6%\) en werknemers \(64,2%\) zijn tevreden met balans thuiswerk – kantoor | Acerta](#) (geraadpleegd op 20/09/2025)

⁵² [Van Maldegem P. \(2025\). Les employés ne veulent plus de bureaux partagés au travail. L'Echo](#) (geraadpleegd op 20/09/2025)

⁵³ [Télétravail. Risques et effets sur la santé | Institut national de recherche et de sécurité](#) (geraadpleegd op 02/10/2025)

het team (70,9%).⁵⁴ Het is daarom van essentieel belang dat het telewerkbeleid maatregelen bevat om gezelligheid en teamcohesie te garanderen, om het welzijn van jonge werknemers te waarborgen.

Werkdruk

Volgens een onderzoek in Nederland ervaart 1 op de 5 jonge werkenden stress op het werk. Het aandeel jonge vrouwen dat stress ervaart is iets groter dan mannen. De voornaamste redenen die genoemd worden, zijn: te hoge verwachtingen voor zichzelf, angst om fouten te maken en een hoge werklast. Vooral jonge vrouwen zijn bang om fouten te maken of zeggen de verwachtingen voor zichzelf te hoog te leggen.⁵⁵

Een onderzoek door Deloitte (uitgevoerd bij 23.482 Gen Z'ers en millennials verdeeld over 44 landen) toonde aan dat maar 52% van de Gen Z'ers (de generatie geboren tussen ongeveer 1997 en 2012) en 58% van de millennials (de generatie geboren tussen ongeveer 1981 en 1996) mentaal welzijn als goed of zeer goed omschrijven. Respectievelijk 40% en 34% zegt zich constant gestrest of angstig te voelen, en in een derde van de gevallen is het werk een belangrijke bron van stress. Het type werk is belangrijk voor de werktevredenheid en het welzijn. Wanneer hun werk zinvol is en aansluit bij hun persoonlijke waarden, is de kans groter dat ze gelukkig zijn.⁵⁶

YouGov (Verenigd Koninkrijk) onderzocht meer in detail welke factoren de oorzaak waren van stress op de werkvloer. Volgens deze enquête was 33% van de 18- tot 24-jarigen en 29% van de 25- tot 34-jarigen afwezig van het werk omwille van burn-out of stress. Generatie Z noemt als oorzaken onder andere werkdruk en de onmogelijkheid om te disconnecteren.⁵⁷

Uit onderzoek in het VK bij jonge werknemers tot 32 jaar lijkt werkstress (gedefinieerd als psychologische invloeden, maar ook het gebrek aan beslissingsmogelijkheden, weinig sociale steun op het werk en fysieke eisen) de diagnose van depressie en angst bij aanvankelijk gezonde mensen te bespoedigen.⁵⁸ Andere onderzoeken hebben eveneens een duidelijk verband aangetoond tussen psychosociale arbeidsomstandigheden – zoals een gebrek aan controle over het werk, hoge emotionele eisen, chronische stress, geweld op de werkvloer en jobonzekerheid – en medisch ziekteverzuim. Vaak richten deze studies zich echter op de volledige beroepsbevolking, zonder leeftijdsonderscheid. Nochtans biedt een beter inzicht in de risicofactoren die specifiek zijn voor jonge werknemers aan het begin van hun loopbaan, en vooral de mogelijkheid om deze factoren te beïnvloeden, een waardevolle kans om ziekteverzuim al in de eerste jaren van het beroepsleven te voorkomen.

Een studie in Zweden onderzocht de invloed specifiek bij jongere werkenden: bij vrouwen werden hogere percentages van afwezigheid gevonden bij werknemers in

⁵⁴ Forum des Jeunes (2025). Se lever de bonheur : est-ce que ton job prend soin de toi ? Avis

⁵⁵ [1 in 5 young workers experience work-related stress | CBS Statistics Nederland](#) (geraadpleegd op 20/09/2025)

⁵⁶ [2025 Gen Z and Millennial Survey | Deloitte](#) (geraadpleegd op 20/09/2025)

⁵⁷ [High stress levels force Gen Z workers off sick: Survey findings reveal generational divide | The Workers Union](#) (geraadpleegd op 20/09/2025)

⁵⁸ Melchior, M., Caspi, A., Milne, B. J. et al. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological medicine*, 37(8), 1119–1129

banen met hoge eisen, weinig beslissingsbevoegdheid, hoge werkdruk en hoge emotionele eisen. Bij jonge mannelijke werknemers was het patroon iets anders, met hogere afwezigheid door ziekte bij werknemers met onder meer hoge werkonzekerheid en weinig beslissingsbevoegdheid, en lagere afwezigheidspercentages bij werknemers met een job met hoge eisen en hoge werkdruk.⁵⁹

Dit geeft aan dat werkdruk op zich niet negatief hoeft te zijn zolang er andere beschermende factoren van welzijn op het werk, zoals hierboven beschreven, aanwezig zijn.

Het is ook essentieel voor werkgevers en werknemers om zich aan te passen aan de snelle ontwikkeling van digitale technologieën. Met zoveel verzoeken die elke dag binnenkomen, is het vaak onmogelijk om ze allemaal te beantwoorden. In de context van 'kantoorbanen' is het dus cruciaal dat werkgevers hun teams ondersteunen bij deze overgang, door hen te helpen prioriteiten te stellen en minder dringende of secundaire verzoeken te heroverwegen, afhankelijk van de context. Het versterken van de autonomie en van het vermogen tot handelen van medewerkers is niet alleen een hefboom om zich aan te passen aan de huidige veranderingen, maar ook een bron van zingeving en betrokkenheid op het werk.

Werkzekerheid

We zagen hierboven dat het werk en de werkomgeving determinanten zijn van gezondheid. Afhankelijk van het ervaren welzijn, en dus van de arbeidsomstandigheden, kan dit zowel een positieve als een negatieve invloed hebben op de gezondheid.⁶⁰

Andere factoren die indirect te maken hebben met welzijn op het werk kunnen ook de geestelijke gezondheid van een werknemer beïnvloeden. Een recente Zweedse studie heeft aangetoond dat langdurige blootstelling aan werkonzekerheid het risico op afwezigheid om geestelijke gezondheidsredenen verhoogt. Het is eerder het chronische karakter van deze blootstelling dat het risico verhoogt dan een eenmalige blootstelling.⁶¹ Dit roept de vraag op of de huidige context van sterke concurrentie tussen werknemers in bepaalde sectoren van de arbeidsmarkt en de algemene trend naar deregulering van arbeidscontracten gunstig is voor de geestelijke gezondheid van jonge werknemers.

4.5 Hyperconnectiviteit

Jongvolwassenen worden, net als een groot deel van de bevolking, geconfronteerd met intensief gebruik van schermen. Dit kan zowel betrekking hebben op de professionele sfeer, vooral voor mensen met een kantoorbaan, maar ook op de privésfeer. Daarom worden we de hele dag door geconfronteerd met talloze prikkels

⁵⁹ Sørensen, J. K., Pedersen, J., Burr, H. et al. (2023). Psychosocial working conditions and sickness absence among younger employees in Denmark: a register-based cohort study using job exposure matrices. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 49(4), 249–258

⁶⁰ Machado, T. (2015). Chapitre II. Santé mentale et santé psychologique : modèles, constats et définitions. In *La prévention des risques psychosociaux*. Presses universitaires de Rennes

⁶¹ Blomqvist, S., Högnäs, R. S., Farrants, K., et al. (2025). Exploring the link between perceived job insecurity and sickness absence for common mental disorders. *European journal of public health*, 35(4), 650–656

die de organische prikkels uit de echte wereld aanvullen of vervangen. Schermen, voornamelijk computers en smartphones, overspoelen ons van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat met informatie die te maken heeft met ons werk of ons privéleven. Er wordt honderden keren per dag beroep gedaan op onze hersenen om deze vele stimuli te verwerken. Deze onophoudelijke eisen laten steeds minder ruimte over voor dagdromen of mijmeringen, die toch essentieel zijn om onze batterijen op te laden en onze gedachten te ordenen. Deze cognitieve overbelasting is de afgelopen jaren nog verder toegenomen door onze smartphones die permanent verbonden zijn en door algoritmes die de productie van prikkels nog verder vergroten. Deze toegenomen prikkels versterken de cognitieve belasting en dragen zo bij aan een algemene toename van de mentale belasting.

Een recent gepubliceerde Belgische studie wijst uit dat er in gemeenten met breedbandinternet een stijging van 31% is geweest in het aantal aanvragen voor uitkeringen uit de ziekte- en invaliditeitsverzekering in vergelijking met andere gemeenten. Deze resultaten gaan hand in hand met een toename in het gebruik van antidepressiva in de betrokken gemeenten. Deze studie is gebaseerd op gegevens van 1998 tot 2010. Deze effecten hebben vooral betrekking op intellectuele beroepen en banen die compatibel zijn met telewerken. De effecten zijn werkgerelateerd: ze zijn geconcentreerd bij werknemers met 'intellectuele' functies en werknemers met banen die telewerken mogelijk maken. Gegevens over tijdsbesteding laten een verschuiving zien van vrije tijd naar werk en een vermindering van sociale interactie in het weekend.⁶² De studie bestrijkt een periode waarin smartphones en sociale media nog in de kinderschoenen stonden of zelfs nog niet bestonden, wat haar onderscheidt van het huidige tijdperk. Het lijkt dan ook aannemelijk om te stellen dat de huidige alomtegenwoordigheid van krachtige smartphones en ultrasnelle verbindingen (4G/5G) ook risico's met zich meebrengt voor de geestelijke gezondheid.

Schermen

Er zijn talloze onderzoeken gedaan naar de invloed van schermgebruik op de gezondheid, en meer specifiek naar de invloed van sociale media op de geestelijke gezondheid van jongeren. Er lijkt een groeiend bewustzijn van het fenomeen in de samenleving te zijn, maar de complexiteit van het probleem betekent dat er nog geen concrete oplossingen zijn gevonden. Het is belangrijk om vanaf de kindertijd aandacht te besteden aan dit fenomeen, omdat deze groep in de toekomst de populatie van jongvolwassenen zal vormen. De jongvolwassenen van vandaag behoren tot 'generatie Z' en de 'millennials', van wie velen zijn opgegroeid omringd door verbonden schermen en gevoed door content van sociale media.

Er bestaat een brede wetenschappelijke consensus over de schadelijke effecten van schermgebruik op verschillende aspecten van de lichamelijke gezondheid van kinderen en adolescenten. Er is met name vastgesteld dat blootstelling aan schermen, volgens een dosis-effectrelatie, direct of indirect bijdraagt aan slaapstoornissen, een toename van sedentair gedrag en een afname van lichaamsbeweging. Deze factoren worden zelf in verband gebracht met een verhoogd

⁶² Fernández Guerrico S., Tojerow I. (2025). The Effect of Broadband Internet on Mental Health-Related Disability Insurance Claims. Working Paper 25/01. IZA DP N° 18130

risico op obesitas en het ontstaan van verschillende chronische ziekten.⁶³ Overmatig gebruik van schermen verhoogt ook het risico op hart- en vaatziekten en stofwisselingsstoornissen, associaties die vooral duidelijk zijn bij kinderen en adolescenten met een kortere slaapduur.⁶⁴

Deze toename van een sedentaire levensstijl door overmatig gebruik van schermen gaat ten koste van activiteiten die de gezondheid en geestelijke gezondheid bevorderen, zoals lichaamsbeweging,⁶⁵ slaap of echte menselijke interactie.⁶⁶

Een systematische review onderzoekt het verband tussen schermtijd en geestelijke gezondheid bij adolescenten. Dit onderzoek benadrukt hoe belangrijk het is om rekening te houden met het gebruik van schermen in plaats van alleen de tijd die achter schermen wordt doorgebracht. Televisiekijken wordt bijvoorbeeld niet geassocieerd met depressieve symptomen of een daling van het gevoel van eigenwaarde. Het gebruik van de computer voor niet-recreatieve doeleinden heeft een algemeen positief effect op de geestelijke gezondheid van adolescenten. Aan de andere kant is er een verband tussen smartphonegebruik en nieuwe vormen van technologie zoals sociale media. De systematische review toont aan dat het gebruik ervan in verband wordt gebracht met een slechtere geestelijke gezondheid en een verminderd mentaal welzijn, alsook een verhoogd risico op depressie bij meisjes. Overmatig gebruik van sociale media kan ook een gevoel van FOMO (*fear of missing out* - de angst om iets te missen) opwekken, wat leidt tot een sneeuwbaaleffect: de adolescent gebruikt sociale media nog meer uit angst om iets te missen.⁶⁷

Een andere systematische review toont aan dat klinische smartphoneverslaving wereldwijd sterk toeneemt, met name bij kinderen en adolescenten, en daardoor een groeiende uitdaging vormt voor de volksgezondheid. Verslaving is gekoppeld aan stoornissen zoals angst, depressie en slaapstoornissen.⁶⁸ In 2018 bleek uit een van onze onderzoeken dat een op de twee jongeren tussen 12 en 23 jaar zichzelf beschreef als smartphoneverslaafd.⁶⁹ Het begrip 'schermverslaving' wordt echter nog niet officieel erkend door de wetenschappelijke gemeenschap. Het gebruik van schermen - met name sociale media - kan echter een extra risicofactor vormen voor kinderen en adolescenten die al kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld door depressie of angst. En dat ondanks de voordelen die deze tools kunnen bieden.⁶³

Sociale media

De gestage afname van het welzijn van de jongere generaties die we hierboven beschreven, valt in feite samen met de snelle opkomst van smartphones en sociale

⁶³ Bousquet-Bérard C., Pascal A. (2024). Enfants et écrans : à la recherche du temps perdu (rapport de la Commission chargée d'évaluer les enjeux attachés à l'exposition des enfants aux écrans)

⁶⁴ Horner D., Jahn M., Bønnelykke K. et al. (2025). Screen Time Is Associated With Cardiometabolic and Cardiovascular Disease Risk in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Heart Association*, 14(17)

⁶⁵ Santos, R. M. S., Mendes, C. G., Sen Bressani, G. Y. et al. (2023). The associations between screen time and mental health in adolescents: a systematic review. *BMC psychology*, 11(1), 127

⁶⁶ Jabbar, J., Dharmarajan, S., Raveendranathan et al. (2022). Influence of Social Media on Adolescent Mental Health. *International Journal of English Literature and Social Sciences*, 7(1), 072–076

⁶⁷ Santos, R. M. S., Mendes, C. G., Sen Bressani, G. Y. et al. (2023). The associations between screen time and mental health in adolescents: a systematic review. *BMC psychology*, 11(1), 127

⁶⁸ Loleska, S., & Pop-Jordanova, N. (2021). Is Smartphone Addiction in the Younger Population a Public Health Problem?. *Prilozi (Makedonska akademija na naukite i umetnostite. Oddelenie za medicinski nauki)*, 42(3), 29–36

⁶⁹ [1 op de 2 jongeren voelt zich verslaafd aan de smartphone | Onafhankelijke ziekenfondsen](#) (geraadpleegd op 12/09/2025)

media. Verschillende recente studies hebben een duidelijk verband aangetoond tussen de leeftijd van de eerste smartphone en de geestelijke gezondheid op volwassen leeftijd: hoe jonger kinderen een smartphone krijgen, hoe groter het risico op een slechtere geestelijke gezondheid op volwassen leeftijd.^{70,71} De symptomen die het meest geassocieerd worden met een smartphone op vroege leeftijd zijn suïcidale gedachten, agressie, gevoelens van onthechting van de werkelijkheid en hallucinaties. Suïcidale gedachten vertonen de grootste variatie: 48% van de vrouwen van 18 tot 24 jaar die een smartphone kregen toen ze 5 of 6 waren, zei dat ze dergelijke gedachten hadden, tegenover 28% van degenen die er een kregen toen ze 13 waren. De cijfers voor jonge mannen zijn respectievelijk 31% en 20%. Bepaalde vaardigheden waren ook significant verminderd: bij jonge vrouwen: imago en zelfbeeld, zelfvertrouwen en emotionele veerkracht; bij jonge mannen: stabiliteit, kalmte, imago en zelfbeeld, en empathie. Deze studie onderzocht ook de impact van het gebruik van sociale media: de leeftijd waarop jongeren toegang krijgen tot sociale media vertegenwoordigt ongeveer 40% van het totale verband tussen de leeftijd waarop een smartphone wordt aangeschaft en de geestelijke gezondheid op volwassen leeftijd. Er moet worden opgemerkt dat 68% van de negatieve effecten geassocieerd met slechte familierelaties en 63% van de negatieve effecten geassocieerd met cyberpesten, verband houden met de leeftijd waarop de persoon zijn eerste account op sociale media heeft aangemaakt. Dit suggereert dat toegang tot algoritmische sociale media op jongere leeftijd individuen blootstelt aan een hoger risico op slechte familierelaties en cyberpesten.⁷¹

Sociale media zijn vaak een populaire vrijetijdsbesteding voor adolescenten. De meesten van hen zeggen dat sociale media een positieve bijdrage leveren aan hun leven. Helaas kan dit contra-intuïtief zijn, omdat overmatig gebruik een impact heeft op hun mentale gezondheid (depressie, angst, stress en agressie). Voor sommige jongeren die zich al mentaal niet goed voelen of die angstgevoelens moeten overwinnen, kunnen sociale media een toevluchtsoord zijn en/of een manier om te ontsnappen aan de tegenslagen van de wereld van vandaag.⁷² Een recente meta-analyse heeft ook de negatieve impact van (overmatig) gebruik van sociale media op de geestelijke gezondheid en slaap aangetoond.⁷³ Dit wordt bevestigd door cijfers uit een onderzoek waaruit blijkt dat jongeren die veel tijd doorbrengen op sociale media (meer dan acht uur per dag) veel vaker tekenen van onwelzijn vertonen dan jongeren die er weinig gebruik van maken (minder dan een uur per dag). 77% van hen meldt bijvoorbeeld een verlies aan interesse of plezier in hun dagelijkse activiteiten, tegenover 49% van de minst verbonden personen. Aanhoudende vermoeidheid en gebrek aan energie treffen 57% van de eerstgenoemden, tegenover slechts 27% van de laatstgenoemden. Concentratieproblemen (69% versus 45%) en een beschadigd zelfbeeld (73% versus 48%) volgen dezelfde trend. Deze discrepanties bevestigen

⁷⁰ Thiagarajan T., Newson J. (2025). Mental State of the World in 2024 (Annual Report). Sapiens Labs

⁷¹ Thiagarajan T.C., Newson J.J., Swaminathan S. (2025) Protecting the Developing Mind in a Digital Age: A Global Policy Imperative, *Journal of Human Development and Capabilities*, 26:3, 493-504

⁷² Jabbar, J., Dharmarajan, S., Raveendranathan, R. P. et al. (2022). Influence of Social Media on Adolescent Mental Health. *International Journal of English Literature and Social Sciences*, 7(1), 072-076

⁷³ Ahmed, O., Walsh, E. I., Dawel, A. et al. (2024). Social media use, mental health and sleep: A systematic review with meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 367, 701-712

opnieuw de zorgwekkende dosis-effectrelatie tussen tijd besteed op sociale media en de geestelijke gezondheid van jongeren.⁷⁴

Als we het over sociale media hebben, is het belangrijk om te definiëren waar we het over hebben. Alle sociale media zijn verschillend en hebben hun eigen algoritmes. De meeste sociale media hebben een berichtenfunctie om rechtstreeks met zijn contacten te communiceren. Ze bieden ook inhoud aan hun gebruikers. Deze inhoud wordt gevoed met algoritmes die zijn ontworpen om verslavend gedrag aan te moedigen. In een poging om de betrokkenheid te maximaliseren, bieden deze systemen vaak content aan die tot verdeeldheid leidt, omdat dit meer reacties en shares genereert. Dit mechanisme versterkt de polarisatie van meningen en verergert de spanningen in het publieke debat. Een systematische review uit 2021 toonde aan dat sommige sociale media een grotere kans hebben om schadelijk te zijn voor de geestelijke gezondheid dan andere. De resultaten geven aan dat, hoewel sociale media een gemeenschapsgevoel kunnen creëren voor de gebruiker, overmatig en toegenomen gebruik van sociale media, vooral bij kwetsbare mensen, gecorreleerd is met depressie en andere psychische stoornissen.⁷⁵

In een recente systematische review werd specifiek gekeken naar de impact van problematisch gebruik van TikTok op de geestelijke gezondheid. Dit sociale netwerk, dat in 2017 werd gelanceerd, is het meest recente van de 'grote' sociale media, naast Facebook, Instagram en X. Op basis van de bestudeerde artikelen gebruikt 85,4% van de 18-29-jarigen TikTok. Frequent gebruik van TikTok is sterk gekoppeld aan een toename van symptomen van angst en depressie, vooral bij gebruikers jonger dan 24 jaar. Vrouwen hebben meer kans op een problematisch gebruik van TikTok. Daarnaast werden hogere verslavingscores gevonden bij personen met een lagere socio-economische achtergrond en mensen met een hoog neuroticisme.⁷⁶ In Frankrijk werd zelfs een parlementaire onderzoekscommissie opgericht naar de psychologische effecten van TikTok op minderjarigen nadat een groep van zeven gezinnen TikTok voor de rechter had gedaagd.⁷⁷ De resultaten werden begin september 2025 gepresenteerd en zijn dramatisch en ondubbelzinnig. Het rapport waarschuwt voor de ernstige psychologische effecten van sociale media op minderjarigen, vooral op jonge meisjes. In het bijzonder beveelt het rapport aan om de toegang tot sociale media te verbieden voor jongeren onder de 15 jaar, met uitzondering van eenvoudige berichten, en stelt het een digitale avondklok voor van 22.00 tot 8.00 uur voor 15- tot 18-jarigen. Het rapport pleit voor algoritmisch pluralisme, gericht op diversificatie van inhoud om 'spiralen van schadelijke inhoud' te voorkomen. Het rapport veroordeelt gevaarlijke inhoud en het gebrek aan regulering van de platformen. Het roept ook op tot meer sensibilisering, een verbod op mobiele telefoons op middelbare scholen en de invoering van een strafbaar feit van digitale nalatigheid.⁷⁸ De kwestie van de inhoud en controle van het algoritme van TikTok staat centraal in het nieuws, nu de Verenigde Staten onlangs hebben

⁷⁴ Delage V., Tellier-Poulain M., Vincent L. (2025). Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer – Cartographie des inégalités. Cijfers uit een Frans onderzoek gebaseerd op een representatieve steekproef van jongeren tussen 15 en 29 jaar.

⁷⁵ Ulvi, O., Karamelic-Muratovic, A., Baghbanzadeh, M., et al. (2022). Social Media Use and Mental Health: A Global Analysis. *Epidemiologia* (Basel, Switzerland), 3(1), 11–25

⁷⁶ Jain, L., Velez, L., Karlapati, S. et al. (2025). Exploring Problematic TikTok Use and Mental Health Issues: A Systematic Review of Empirical Studies. *Journal of primary care & community health*, 16

⁷⁷ Agence France-Presse (2025). [Vers une interdiction des réseaux sociaux pour les moins de 15 ans en France? L'Echo](#) (geraadpleegd op 12/09/2025)

⁷⁸ Marchal R., Dusseaulx A.-C. (2025). [Commission d'enquête TikTok : le rapport préconise l'interdiction des réseaux sociaux aux moins de 15 ans](#) LCP – Assemblée nationale (geraadpleegd op 12/09/2025)

geëist en bereikt dat de Amerikaanse activiteiten van het Chinese bedrijf worden overgedragen aan een Amerikaanse dochteronderneming. Dit zou het mogelijk kunnen maken om de inhoud van het algoritme te controleren, waarvan de “formidabele efficiëntie de gebruikers van de applicatie meezuigt in een bodemloze put van steeds verslavender wordende content.”⁷⁹

Recent onderzoek in Frankrijk heeft aangetoond dat TikTok via zijn algoritme kwetsbare jongeren snel blootstelt aan depressieve en suïcidale inhoud. In tests waarbij drie nieuwe accounts werden aangemaakt voor fictieve 13-jarige gebruikers, verschenen binnen 5 minuten video's over verdriet, ook al had de gebruiker nog geen inhoudelijke voorkeuren kenbaar gemaakt. Na 15 tot 20 minuten gebruik bevatte de feed bijna uitsluitend inhoud die te maken had met geestelijke gezondheid, waarvan 50% depressief was, en binnen een uur werden er video's over zelfmoord getoond.⁸⁰

Hoewel de problematiek die in dit hoofdstuk aan bod komt complex is en de sector voortdurend in ontwikkeling is, met inhoud en algoritmen die voortdurend evolueren, wijst het tot nu toe uitgevoerde onderzoek op een duidelijke trend. Overmatig gebruik van smartphones en sociale media in het bijzonder heeft een schadelijk effect op de gezondheid en geestelijke gezondheid, vooral bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. De sociale media die momenteel op de markt zijn, zijn ontworpen om ons verslaafd te maken. Er zijn ambitieuze structurele beleidsmaatregelen nodig om deze trend te keren en ervoor te zorgen dat onze jonge generaties mentaal gezonder worden. Het gebruik en vooral de inhoud van sociale media moet worden gereguleerd door de autoriteiten, om het verslavende effect dat ze op steeds meer mensen hebben zoveel mogelijk tegen te gaan en alle gevolgen van deze verslaving te beperken. Er moet een verstandig en geleidelijk gebruik van smartphones en sociale media worden ingevoerd voor kinderen en adolescenten, en er moeten ‘ethische’ sociale media worden opgezet. Gebruikers zouden namelijk in staat moeten zijn om de algoritmische mechanismen te begrijpen die hun inhoud sturen en de mogelijkheid moeten hebben om te kiezen tussen verschillende modellen, wat zou bijdragen tot het behoud van diversiteit en het versterken van digitale verantwoordelijkheid.

De beperkingen die onlangs in scholen in België werden ingevoerd om het gebruik van mobiele telefoons in het basis- en secundair onderwijs te verbieden, zijn zeker gunstig voor de socialisatie en het leerproces van jongeren, maar ze zijn verre van voldoende om het overmatig gebruik van smartphones tegen te gaan. Een Engelse studie die dit jaar werd gepubliceerd, geeft aan dat er geen bewijs is dat restrictief schoolbeleid verband houdt met een vermindering van het algemene gebruik van de telefoon en sociale media of met een verbetering van het mentale welzijn van tieners.⁸¹ Het is dus noodzakelijk om ook buiten de schoolomgeving actie te ondernemen.

⁷⁹ Quoistiaux G. (2025). [TikTok sauvé aux États-Unis: le deal entre Trump et la Chine en 5 questions](#). L'Echo (geraadpleegd op 22/09/2025)

⁸⁰ Amnesty International (2025). [Entraîné.e.s dans le « rabbit hole ». De nouvelles preuves montrent les risques de TikTok pour la santé mentale des enfants. Rapport gedownload vanop de pagina: TikTok continue d'orienter les jeunes déjà fragiles vers des contenus dépressifs et suicidaires - Amnesty International Belgique](#) (geraadpleegd op 21/10/2025)

⁸¹ Goodyear, V. A., Randhawa, A., Adab, P. et al. (2025). School phone policies and their association with mental wellbeing, phone use, and social media use (SMART Schools): a cross-sectional observational study. *The Lancet regional health. Europe*, 51

Technoferentie

We hebben te maken met een cultureel en antropologisch fenomeen dat relaties, zintuiglijkheid en de manier waarop kinderen de wereld ontdekken verandert. Dit fenomeen, dat 'technoferentie' wordt genoemd, doet zich al voor vanaf de vroege kinderjaren. We zien bijvoorbeeld kinderen die proberen door de pagina's van een boek te bladeren alsof het een tablet is, of jonge kinderen die de aandacht zoeken van hun ouders die verdiept zijn in hun telefoon. Deze technoferenties veranderen de interacties tussen ouder en kind en de zintuiglijke ontdekking van de wereld. Negentig procent van de ouders kent de aanbevelingen (bijvoorbeeld geen schermen voor de leeftijd van 3 jaar), maar twee derde slaagt er niet in deze toe te passen vanwege de alomtegenwoordige digitale omgeving.⁸²

De huidige trend van snellezen (*fast reading*) wordt gedreven door het wijdverspreide gebruik van schermen en voortdurende informatiestromen. Deze praktijk bestaat uit het snel overlopen van teksten, vaak diagonaal, om de essentie te begrijpen zonder zich echt in de inhoud te verdiepen. Dit staat in contrast met aandachtig lezen (*deep reading*), waarbij het gaat om kritische analyse, reflectie en memoriseren. Deze cognitieve overbelasting verhindert dat de hersenen zich bezighouden met de langzame, complexe processen die nodig zijn voor diepgaand begrip. Op de lange termijn kan deze gewoonte belangrijke vaardigheden zoals kritisch denken, het vermogen om te argumenteren en zelfs empathie verminderen, omdat deze vaardigheden grotendeels worden ontwikkeld door aandachtig en reflectief lezen. Met andere woorden, de alomtegenwoordigheid van schermen verandert niet alleen onze leesgewoonten, ze transformeert ook onze cognitieve circuits. Een hypothese is dat deze ontwikkeling zelfs risico's met zich mee brengt voor de democratie, omdat ze het vermogen tot analyse en empathie vermindert. Het wordt aanbevolen om een 'bi-geletterd brein' te cultiveren door papier en digitaal te combineren, afhankelijk van de leesdoelen.⁸³

4.6 Een toekomst die meer zorgen baart dan inspireert

We zijn bij het laatste hoofdstuk van deze publicatie gekomen, gewijd aan enkele globale trends in onze samenleving die een diepgaande invloed hebben op de jongere generaties.

Onze tijd wordt gekenmerkt door een opeenstapeling van onzekerheden. Naast de vragen over 'de wereld na COVID' die opkwamen tijdens de COVID-19-pandemie, hebben jongvolwassenen te maken met groeiende socio-economische uitdagingen, de onvoorspelbaarheid van klimaatverandering en nieuwe geopolitieke spanningen. Volgens een recent onderzoek zei 94% van de ondervraagde jongeren tussen 15 en 29 jaar zich zorgen te maken over minstens één belangrijk onderwerp: hun persoonlijke toekomst (68%), de huidige internationale actualiteit (83%) of de milieucrisis (77%).⁸⁴

⁸² Leurquin, A.-S. (2025). *Grandir face aux écrans : une responsabilité collective*. Le Soir (geraadpleegd op 12/09/2025). Krantenartikel dat verwijst naar de volgende studie: Leterme C., Faniel A. (2025). *Les numériques dans la petite enfance. Quelles responsabilités et quelles balises ?* Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance (CERE asbl). 20 juni 2025

⁸³ *Comprendre chaque technologie, et choisir. Echange avec Maryanne Wolf | Conseil national du Numérique* (geraadpleegd op 17/10/2025)

⁸⁴ Delage V., Tellier-Poulain M., Vincent L. (2025). *Santé mentale des jeunes de l'Hexagone aux Outre-mer – Cartographie des inégalités*. Cijfers uit een Frans onderzoek gebaseerd op een representatieve steekproef van jongeren tussen 15 en 29 jaar.

Deze cijfers weerspiegelen een algemene bezorgdheid die verder gaat dan het individu.

Bij deze onzekerheden komt nog een toenemende professionele druk. Naast de toenemende druk om te presteren en de prestatieverwachtingen, zijn geestelijke gezondheidsproblemen zoals burn-out ook een weerspiegeling van onze maatschappij, waar “het gebod om gelukkig te zijn en je te ontwikkelen op het werk onhaalbare verwachtingen creëert die ons frustreren, uitputten en aan onszelf doen twijfelen.”⁸⁵ De veralgemening van telewerken, dat nu een vast onderdeel is van de werkpraktijken voor bepaalde soorten beroepen, creëert geen gunstige omstandigheden om met deze druk om te gaan. Collectieve structuren zoals bedrijven kunnen in theorie de druk verlichten, maar intensief telewerken beperkt het effect en isoleert individuen nog meer.⁸⁶

Deze druk wordt gecombineerd met een andere trend: de flexibilisering van arbeidscontracten. Deze ontwikkeling, die wordt voorgesteld als een antwoord op de behoefte aan economische flexibiliteit, staat soms haaks op de vereisten van geestelijke gezondheid. We weten dat onzekere werkgelegenheid voor ouders, gekenmerkt door lange of deeltijdse werkschema's, onvoorspelbare roosters en een lager inkomen, in verband wordt gebracht met een toename van mentale klachten bij kinderen en jongeren, alsook met slechtere prestaties op school.⁸⁷ Deze toegenomen flexibilisering heeft ook directe gevolgen voor jonge werknemers. Bovendien staat de economische logica, die wordt gedomineerd door wereldwijde concurrentie en het streven naar productiviteit, op gespannen voet met de essentiële determinanten van welzijn. Net als overbelaste elastiekjes ‘knappen’ sommige werknemers.

Naast deze uitdagingen is er ook nog eens een sociale en politieke context die gekenmerkt wordt door een toenemende polarisatie. Jongeren die bezig zijn met het opbouwen van hun identiteit, worden geconfronteerd met uiteenlopende en vaak angstwekkende discoursen, wat het voor hen moeilijker maakt om stabiele referentiepunten te vinden. Dit fenomeen wordt versterkt door sociale media, die voor sommigen de belangrijkste of zelfs de enige bron van informatie zijn. Deze platformen, die minder onderworpen zijn aan de deontologische normen en reguleringsmechanismen die gelden voor de traditionele pers, laten weinig genuanceerde inhoud circuleren, waarvan de betrouwbaarheid vaak twijfelachtig is. Deze dynamiek ondermijnt onze sociale cohesie. Als dit zo doorgaat, dreigt het blijvende schade toe te brengen aan onze humanistische waarden, de rechtsstaat en onze sociale en economische welvaart. Deze pijlers zijn niet alleen de fundamenten van onze samenleving: ze zijn ook essentieel voor ieders geestelijke gezondheid.

De verslechtering van het mentaal welzijn onder de jongere generaties is zowel een probleem voor de volksgezondheid als een economische uitdaging. De gegevens tonen aan dat mentale gezondheid een directe invloed heeft op de productiviteit: personen met de laagste welzijnsscores kunnen tot 18 à 23 dagen productiviteit per

⁸⁵ Artois P. geciteerd door Bordier M. (2025). [L'ergophobie, la peur qui transforme le travail en épreuve](#). Le Soir (geraadpleegd op 02/10/2025)

⁸⁶ Bordier M. (2025). [L'ergophobie, la peur qui transforme le travail en épreuve](#). Le Soir (geraadpleegd op 02/10/2025)

⁸⁷ Fuller, A. E., Shahidi, F. V., Comeau, J. et al. (2025). Parental employment quality and the mental health and school performance of children and youth. *Journal of epidemiology and community health*, 79(7), 552–558

maand verliezen door een opeenstapeling van afwezigheden en inefficiënte dagen, terwijl mensen met de hoogste scores over het algemeen goed presteren ondanks een paar minder productieve dagen.⁸⁸ Investeren in de bevordering van de mentale gezondheid en in nieuwe maatregelen om jongeren duurzaam aan het werk te helpen, dient dus zowel een volksgezondheidsdoelstelling als een economische en sociale doelstelling.

Om dit te bereiken lijkt het essentieel om maatregelen te nemen die de overgang van school naar het werkveld vereenvoudigen, zodat deze werelden zonder al te veel problemen in elkaar overvloeien. Jongeren moeten een rode draad kunnen zien doorheen hun verschillende verplichtingen (studie, werk, vrijwilligerswerk) zodat ze een gevoel van continuïteit ervaren en met een gerust gemoed naar hun toekomst kunnen kijken, inclusief hun professionele vooruitzichten.

05 Conclusie

We hebben aangetoond dat de sterke toename van arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychosociale stoornissen bij personen onder de 35 jaar een complex fenomeen is. Het onthult de spanningen tussen bepaalde hedendaagse eisen en de psychosociale draagkracht van individuen. Deze evolutie vindt plaats tegen een wereldwijde achtergrond van talloze onzekerheden, snelle technologische veranderingen en toenemende druk op individuele prestaties.

De oorzaken van psychosociale stoornissen zijn multifactorieel. Ze zijn het resultaat van een complexe interactie tussen individuele, sociale, economische en omgevingsfactoren. Jongvolwassenen bevinden zich in een cruciale fase van neurobiologische ontwikkeling en identiteitsvorming, waardoor zij extra kwetsbaar zijn voor stress en psychosociale disbalans. Ook hun sociale, emotionele en relationele vaardigheden zijn nog volop in ontwikkeling. De risicofactoren die in onze publicatie worden genoemd, hebben een grotere impact op jonge hersenen. Deze natuurlijke kwetsbaarheid vraagt om meer aandacht, omdat ervaringen tijdens de kindertijd en adolescentie een bepalende rol spelen in het mentale welzijn op volwassen leeftijd.

Geconfronteerd met deze uitdagingen is er dringend behoefte aan nieuwe benaderingen om de geestelijke gezondheid te bevorderen en te behouden. Om zo een duurzame integratie in het werkveld te garanderen. Het ontwikkelen van veerkracht bij jongeren is belangrijk. Deze psychosociale vaardigheid stelt ons in staat om beter om te gaan met de ups en downs van het leven, ons aan te passen aan veranderingen en er weer bovenop te komen na tegenslagen. Een constante opeenstapeling van taken, informatie en digitale prikkels kan leiden tot cognitieve overbelasting, waardoor het mentale evenwicht en het aanpassingsvermogen worden aangetast.

Hoewel de meeste arbeidsongeschiktheden tijdelijk zijn, onderstreept het hoge percentage jongvolwassenen dat overgaat naar invaliditeit als gevolg van

⁸⁸ Thiagarajan T., Newson J. (2024). Mental State of the World in 2023 (Annual Report). Sapiens Labs

psychosociale stoornissen de dringende behoefte aan actie. Het is absoluut noodzakelijk om ons gezondheids- en werkgelegenheidsbeleid te herzien en daarbij een holistische en preventieve aanpak te hanteren: de bevordering van geestelijke gezondheid vanaf de kindertijd versterken, de overgang van studie naar werk begeleiden en een beschermende werkomgeving creëren waarin meer rekening wordt gehouden met de specifieke kenmerken van jonge werknemers.

Bij het uitvoeren van dit werk, waarvan het oorspronkelijke doel was om risicofactoren voor arbeidsongeschiktheid bij jongeren te identificeren, stelden we ook vast dat veel van de factoren die we identificeerden zeer waarschijnlijk eveneens van toepassing zijn op oudere leeftijdsgroepen. De gegevens laten ook zien dat arbeidsongeschiktheid als gevolg van psychosociale stoornissen ook aanzienlijk toeneemt onder oudere werknemers. De verschillende determinanten van geestelijke gezondheid en de obstakels die we in onze publicatie hebben geïdentificeerd, vormen in grote mate een transgenerationeel probleem dat om systemische antwoorden vraagt.

Digitale technologieën kunnen, net als sociale determinanten, zowel een bevorderende als een belemmerende factor zijn voor de geestelijke gezondheid. Ze vormen op zichzelf geen risico, maar kunnen bestaande kwetsbaarheden verergeren. Jongeren die te maken hebben met onzekerheid, isolatie of een laag zelfbeeld lopen meer risico op negatieve effecten van hun digitale gebruik. Omgekeerd kunnen jongeren die in een omgeving opgroeien waarin ze kritisch omgaan met digitale tools en er evenwichtig gebruik van maken, hier baat bij hebben voor hun welzijn.

Deze complexiteit vereist een betere coördinatie tussen de diverse ministers, zodat elk van hen, vanuit zijn of haar bevoegdheden, een hefboom kan zijn voor preventie en bevordering van de geestelijke gezondheid. Oplossingen moeten collectief en ambitieus zijn. Ze veronderstellen een efficiëntere regulering van het digitale gebruik, een bredere toegang tot sportieve, culturele, sociale en artistieke activiteiten die de uitwisseling tussen burgers bevorderen, alsook de bevordering van psychosociale vaardigheden en een betere en rechtvaardigere toegang tot gezondheidszorg.

Werkgevers spelen ook een cruciale rol door hun werkwijzen aan te passen om het welzijn van jonge werknemers te waarborgen, met name gezien de uitdagingen die telewerken en de integratie van jonge werknemers met zich meebrengen.

Het behoud van de geestelijke gezondheid van de jongere generaties - en meer in het algemeen van alle werknemers - is niet alleen een kwestie van volksgezondheid: het is een essentiële voorwaarde voor de economische en sociale welvaart van België en voor het garanderen van de sociale cohesie tussen de burgers. Vandaag investeren in mentaal welzijn, betekent investeren in de maatschappij van morgen.

06 Aanbevelingen

Sterke governance voor geestelijke gezondheid

1. Opstellen van een interfederaal plan voor de bevordering van de geestelijke gezondheid

Wij pleiten voor het opstellen van een groot interfederaal plan om de geestelijke gezondheid te bevorderen. Wij vinden het van essentieel belang dat de geestelijke gezondheid centraal staat in ons gezondheidsbeleid. Dit zal bijdragen aan een globale visie op nationaal niveau en de samenwerking tussen de verschillende bevoegdheden van de diverse overheidsniveaus en ministers faciliteren. Terzelfdertijd moet de toegang tot geestelijke gezondheidszorg nog verder structureel worden verbeterd.

2. Integratie van het principe 'Mental Health in All Policies'

Dit interfederale plan moet het mogelijk maken om het principe **Mental Health in All Policies** te promoten, dat de integratie van geestelijke gezondheid in alle politieke beslissingen aanmoedigt. Hoewel het concept van *Health in All Policies* wordt erkend in het domein van de volksgezondheid, wordt het nog te weinig toegepast. De integratie ervan in de (geestelijke) gezondheid kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het ruimtelijk orderingsbeleid, met groene, veilige openbare ruimtes die sociale interactie en lichaamsbeweging bevorderen. Het verbeteren van de toegang tot buitenschoolse activiteiten voor jongeren en de toegang tot de arbeidsmarkt zijn andere voorbeelden van belangrijke factoren waarmee in het overheidsbeleid rekening moet worden gehouden om het mentale welzijn te bevorderen.

3. Opzetten van zorgtrajecten voor psychosociale stoornissen

Om mensen in arbeidsongeschiktheid als gevolg van een psychosociale stoornis (burn-out, depressie) beter te begeleiden, raden we aan een specifiek zorgtraject te creëren voor verzekerden die arbeidsongeschikt zijn. Het doel is om passende zorg te bieden die is gecoördineerd tussen alle betrokkenen (zorg en werk). De rol van coördinator van dit zorgtraject moet worden toegewezen aan een gezondheidsprofessional (bv. ergotherapeut, psycholoog, behandelend arts in functie van de behoefte van de patiënt). De coördinator zou toegang kunnen hebben tot het TRIO-platform, zodat hij gemakkelijk kan communiceren met de arbeidsarts, de adviserend arts en eventueel de behandelend arts (als deze laatste niet zelf de rol van coördinator heeft). Het door het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (FEDRIS) ontwikkelde programma ter preventie van secundaire burn-out kan worden geïntegreerd in dit traject voor personen bij wie dit aangewezen is. We stellen ook voor om een systematische afspraak met de arbeidsarts in te voeren vanaf de eerste weken van afwezigheid in het kader van dit traject.

De opvang en participatie van jongeren in de arbeidswereld versterken

4. Preventie versterken om de uitdagingen van hybride werkomgevingen aan te gaan

We bevelen aan om de toepassing van de Codex over het welzijn op het werk aan te vullen met initiatieven die het mogelijk maken om de uitdagingen in verband met telewerken en *flexdesks* in landschapskantoorruimtes beter te integreren. Het doel is om werkgevers en werknemers te ondersteunen bij het omzetten van bestaande verplichtingen in praktijken die zijn aangepast aan deze omgevingen, rekening houdend met individuele behoeften op het gebied van concentratie, kwaliteit van sociale relaties en scheiding tussen privé en werk. Omdat deze behoeften verschillen van werknemer tot werknemer, bestaat er niet één oplossing. Het is dus essentieel om werkgevers op te leiden en te informeren over deze uitdagingen. Als aanvulling hierop stellen we voor om een kwaliteitslabel 'Bedrijf dat zich inzet voor geestelijke gezondheid' in het leven te roepen, om organisaties te erkennen die een voorbeeldfunctie opnemen op het gebied van mentaal welzijn.

5. De integratie van nieuwe werknemers aanmoedigen

De integratie van nieuwe werknemers in bedrijven is een cruciaal aandachtspunt dat elke werkgever zorgvuldig moet overwegen. Het is belangrijk dat werknemers deze overgangsfase zo goed mogelijk doormaken om de duurzaamheid van de werkgelegenheid te garanderen. Mentorprogramma's, regelmatige feedback en de mogelijkheid om goede relaties op te bouwen met collega's zijn doorslaggevende factoren voor (jonge) werknemers. Het doel moet zijn om het samenhorigheidsgevoel van nieuwe werknemers te versterken. Er moeten professionele doelstellingen vastgesteld worden en deze moeten ruimte laten voor de 'handelingsbevoegdheid' van de werknemer (*empowerment*).

6. Verbetering van de arbeidsomstandigheden

(Jonge) werknemers worden steeds vaker blootgesteld aan onzekere arbeidsomstandigheden, vooral in sectoren waar de concurrentie groot is. Het is dus essentieel om de algemene kwaliteit van de arbeidsomstandigheden te verbeteren. Dit betekent een betere balans tussen werk en privéleven stimuleren, het bewustzijn rond de risico's van overbelasting vergroten en organisatorische praktijken aanmoedigen die het mentaal welzijn respecteren. Het is ook belangrijk om vaardigheden te waarderen en duidelijke ontwikkelingsperspectieven te garanderen om de motivatie en betrokkenheid te versterken. Ten slotte wordt aanbevolen om jongeren meer bij besluitvormingsprocessen te betrekken door een inclusieve sociale dialoog op gang te brengen, zodat zij inspraak krijgen in de ontwikkeling van hun professionele omgeving.

Ruimtes creëren die het welzijn van jongeren bevorderen

7. Veerkracht integreren in leerplannen

Het is essentieel om veerkracht tot een centrale doelstelling van het beleid ter bevordering van de geestelijke gezondheid te maken. Empirisch onderbouwde programma's moeten vanaf het begin van de schoolcarrière worden ingezet om

belangrijke concepten als veerkracht, 'digitale hygiëne' en geestelijke gezondheidsvaardigheden aan te leren. Ook op school moeten evenwichtige voeding en lichaamsbeweging meer worden gestimuleerd. Ouders moeten betrokken worden bij deze initiatieven om een globale omgeving te creëren die bevorderlijk is voor het welzijn van jongeren. Ten slotte is er specifieke steun nodig bij belangrijke overgangen, zoals de intrede in het hoger onderwijs of op de arbeidsmarkt, met bijzondere aandacht voor jongeren in kwetsbare situaties.

8. Maatregelen ter bevordering van sportieve, artistieke en sociale activiteiten

We raden aan om programma's op te zetten - of te behouden - om kinderen, adolescenten en jongvolwassenen aan te moedigen om deel te nemen aan sportieve, artistieke, sociale of 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. Ten slotte zou de invoering van een burgerdienst die toegankelijk is voor alle Belgen tussen 18 en 25 jaar een belangrijke hefboom zijn om engagement en socialisatie aan te moedigen, op voorwaarde dat het toegekende budget ambitieus is. Deze programma's moeten deel uitmaken van een communautaire gezondheidsaanpak, waarbij lokale middelen worden gemobiliseerd om de sociale cohesie en het collectieve welzijn te versterken.

9. Bewustmaking van de risico's van sociale media

We raden aan campagnes op te zetten om jongeren en ouders te sensibiliseren voor de risico's van het gebruik van sociale media. Het opleggen van preventieve boodschappen door de autoriteiten bij het inloggen op een sociaal netwerk lijkt ons een goede manier om gebruikers te informeren over de gevaren, met name het risico op verslaving (net zoals bij boodschappen op producten die nicotine bevatten).

10. De leeftijd van smartphone- en socialemediagebruik uitstellen

Het is essentieel om de leeftijd waarop mensen *smartphones* en sociale media beginnen te gebruiken, uit te stellen en dit geleidelijk te doen. Vanaf een bepaalde leeftijd kunnen jongeren starten met het gebruik van een smartphone, maar uitsluitend voor berichtfuncties en nog niet voor sociale media. Het openstellen van functies op basis van door algoritmes gegenereerde inhoudsuggestions moet gepaard gaan met digitale media-educatie. Tegelijkertijd moeten er richtlijnen voor ouders worden ontwikkeld.

11. De ontwikkeling van 'ethische' sociale media ondersteunen

De autoriteiten moeten de ontwikkeling van 'ethische' sociale media ondersteunen die gebruikers in staat stellen keuzes te maken over de inhoud die hen wordt aangeboden. Het moet mogelijk zijn om te kiezen tussen verschillende algoritmen of inhoud zonder algoritmen (inhoud die alleen gebaseerd is op interesses die door de gebruiker zijn gevalideerd en die in chronologische volgorde wordt weergegeven).

Het is belangrijk dat gebruikers expliciet toestemming kunnen geven voor de inhoud of het type inhoud dat ze willen zien.

12. Invoering van schermvrije zones

Wat schermen in de breedste zin van het woord betreft, raden we de autoriteiten ook aan om meer rekening te houden met hun impact op de gezondheid. De invoering van schermvrije zones wordt noodzakelijk, vooral in omgevingen gericht op jonge kinderen en jongeren. Aan de ene kant zou dit de gebruikers van deze ruimtes beschermen tegen schermen en aan de andere kant zou het de gebruikers van deze ruimtes (ouders en kinderen) bewust maken van het belang van schermvrije ruimtes en activiteiten.

De aanbevelingen in onze publicatie van september 2025 over de evolutie van de intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024 zijn nog steeds actueel. U kunt ze raadplegen in het gedeelte 'Documentatie' van onze website: www.mloz.be of rechtstreeks door [hier te klikken](#).

07 Bijlagen

7.1 Bijlage 1 – Depressie, burn-out en andere diagnoses op het gebied van geestelijke gezondheid

Hoewel er verschillende manieren zijn om symptomen of ziekten te classificeren, is een van de meest wijdverspreide de ICD, of de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems*. Momenteel wordt in België nog de ICD-10 gebruikt binnen de zorgsector, de ziekenfondsen en het RIZIV, hoewel reeds een 11de editie bestaat. Zoals de naam weergeeft, biedt dit model vooral een manier om gezondheidsproblemen te classificeren voor statistische of epidemiologische doeleinden, en dit is ook binnen het systeem van arbeidsongeschiktheid de manier waarop diagnoses van mensen in arbeidsongeschiktheid gecodeerd worden. Het klinische belang is echter beperkt, en de onderverdeling in codes gaat soms voorbij aan de complexiteit van een (multi)problematiek. Ook zijn klinici soms nog onvoldoende ervaren in het gebruik van dit type codering in de praktijk, of kan een ziektebeeld evolueren na verloop van tijd, waardoor verkeerde classificatie zeker een risico is, met gevolgen voor de epidemiologische cijfers die worden gebruikt in studies en voor het beleid.

Binnen het domein van de psychiatrie is uiteraard ook de DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,⁸⁹ editie) een wereldwijde referentie. Hij omvat duidelijke en gedetailleerde definities van psychiatrische en andere hersengerelateerde ziekten, gegroepeerd in verschillende categorieën, gaande van neurologische ontwikkelingsstoornissen (o.a. ADHD, autismespectrumstoornis) over depressieve- en angststoornissen tot middelengerelateerde en verslavingsstoornissen. Een wereldwijde studie bij professionals in de geestelijke gezondheid leert dat zowel de ICD-10 als DSM-5 voornamelijk gebruikt worden in het kader van administratieve of financiële verplichtingen, maar ook bij de diagnosestelling of het communiceren met andere zorgverstrekkers. Ze worden het minst zinvol nuttig beschouwd bij het bepalen van een behandeling of beoordelen van prognoses.⁸⁹

In onze studie met betrekking tot de intredes in arbeidsongeschiktheid zien we dat vijf van de twintig meest voorkomende medische diagnoses bij intrede gelinkt zijn aan geestelijke gezondheid, met nog een zesde 'symptoomdiagnose' die zeker deels gelinkt kan worden (R53. Malaise en vermoeidheid).⁹⁰

Veruit de meest frequentie diagnose is 'burn-out' (Z73.0), in de ICD-10 eenvoudigweg gedefinieerd als 'een toestand van vitale uitputting'. De ICD-11 definitie van een burn-out is vollediger en zegt dat het gaat om een syndroom ten gevolge van chronische werkgerelateerde stress, gekenmerkt door drie dimensies: emotionele (maar vaak ook fysieke en mentale) uitputting als belangrijkste dimensie, depersonalisatie (mentaal afstand nemen) en een gevoel van verminderde professionele

⁸⁹ First, M. B., Rebelló, T. J., Keeley, J. W. et al. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(2), 187–195

⁹⁰ Karakaya G., Otte T., De Reu K. et al. (2025). Evolutie intredes in arbeidsongeschiktheid tussen 2018 en 2024. Onafhankelijke Ziekenfondsen

bekwaamheid. Deze definitie sluit nauw aan bij het concept zoals uitgewerkt door Christina Maslach enkele decennia geleden.⁹¹ Om de complexiteit van de concepten en definities nog beter te duiden, is het belangrijk aan te halen dat in de Franstalige ICD-10 diezelfde code benoemd wordt als 'surmenage', letterlijk te vertalen als overspanning. Een begrip dat veel ruimer kan geïnterpreteerd worden en daardoor voorbijgaat aan het beroepsgebonden en langdurige karakter van een burn-out. Het is hierdoor zeker mogelijk dat mensen die uitgeput zijn door bijvoorbeeld familiale, relationele of andere redenen ook geclassificeerd worden onder Z73.0.

Als tweede belangrijke diagnose, hoewel het eerder een omschrijving van een symptoom of toestand betreft en geen ziekte, vinden we 'stress, niet anders geclassificeerd' (Z73.3) terug. Stress is een paraplu-begrip maar een dat wel duidelijk kan gelinkt worden aan mentaal welzijn. De WHO definieert stress als 'een toestand van bezorgdheid of mentale spanning veroorzaakt door een moeilijke situatie. Stress is een natuurlijke menselijke respons die ons aanzet om uitdagingen en bedreigingen in ons leven aan te pakken. Iedereen ervaart stress tot op zekere hoogte. De manier waarop we omgaan met stress, echter, is bepalend voor ons algemeen welzijn'.⁹² Stress kan zorgen voor een hele reeks aan verstoorde gevoels-, lichamelijke en gedragsuitingen, en de uiting ervan kan dus enorm verschillen van persoon tot persoon.

Andere diagnoses zijn duidelijker afgelijnd en bevinden zich binnen de ICD-10 in hoofdstuk V, Psychische stoornissen en gedragsstoornissen. De frequentste diagnoses gekoppeld aan arbeidsongeschiktheid zijn dan de 'depressieve episode' (F32), dysthymie (F34.1) en 'andere angststoornissen' (F41). Een depressie is volgens de DSM-5 een periode van minstens 2 weken met sombere stemming en/of vermindering van interesse of plezier in vrijwel alle activiteiten, gecombineerd met nog enkele andere symptomen, zoals onder andere slaapproblemen, gevoelens van waardeloosheid of zelfs suïcidegedachten of -plannen. Dysthymie, nog gebruikt in de ICD-10 maar als term achterwege gelaten in de DSM-5, kan het gemakkelijkst omschreven worden als een persisterende depressieve stoornis van minstens 2 jaar. De angststoornissen, ten slotte, zijn een verzameling van stoornissen waarbij 'abnormale' angst het belangrijkste symptoom is en dit leidt tot een aanhoudend subjectief lijden of belemmering van het sociaal functioneren. De DSM onderscheidt onder andere paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, obsessief-compulsieve stoornis en gegeneraliseerde angststoornis.

Hoewel niet voorkomend in de frequentste diagnoses die leiden tot intrede in arbeidsongeschiktheid, zijn ook het problematisch gebruik van alcohol en andere psychoactieve middelen onder de Belgische bevolking het vermelden waard. Van de jongeren tussen 15 en 24 jaar zegt bijna een op de vijf mannen (19,9%) en een op de acht vrouwen (11,9%) ooit een episode van problematisch alcoholgebruik te hebben doorgemaakt.⁹³ Daarnaast rapporteert 3% van de 25-34 jarigen intensief cannabisgebruik (20 dagen of meer per maand) en gebruikte bijna een man op tien (9,6%) in diezelfde leeftijdscategorie in de afgelopen 12 maanden een andere stof

⁹¹ Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113

⁹² [World Health Organization, Newsroom, Questions and answers, Stress | WHO \(geraadpleegd op 27/08/25\)](#)

⁹³ Gisle L., Van der Heyden J., Janssens M. (2025). Gezondheidsenquête 2023-2024: Gebruik van alcohol. Sciensano. Rapportnummer: D/2025.14.440/63

dan cannabis.⁹⁴ Problematisch alcoholgebruik is geassocieerd met andere mentale gezondheidsproblemen, waardoor we voor deze problematieken bijvoorbeeld te maken kunnen hebben met een onderrapportage in medische dossiers en bijgevolg ook een onderschatting van het belang hiervan binnen de oorzaken voor arbeidsongeschiktheid.⁹⁵

Het is uiteraard onmogelijk om binnen het bestek van deze policy brief een volledig overzicht te geven van alle stoornissen of symptomen gelinkt aan de geestelijke gezondheid. Ook is het belangrijk te melden dat, hoewel ze minder prevalent zijn dan de bovenvermelde ziekten, sommige psychiatrische ziekten op individueel vlak wel een bijzonder zware tol kunnen eisen gedurende lange periodes, of zelfs levenslang. Denk bijvoorbeeld aan schizofrenie, bipolaire stoornis of ernstige eetstoornissen.

7.2 Bijlage 2 – Het landschap van geestelijke gezondheidszorg in België

Geestelijke gezondheidszorg in België is een bevoegdheid die zich zowel op het federale- als deelstaatniveau bevindt, waardoor zowel burgers als zorgverstrekkers het moeilijk kunnen hebben hun weg te vinden in dit landschap.

In deze bijlage lichten we enkel het aanbod toe voor volwassenen, hetgeen ook op een diepgaande manier gebeurde door onderzoekers van KCE in 2019.⁹⁶ De historiek van de ontwikkeling van de GGZ in België en de visie op de hervorming, in de praktijk gebracht vanaf 2010 maar nog steeds in ontwikkeling, wordt mooi geschetst in de *Gidsen naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*.⁹⁷ Een recente stand van zaken wordt meegegeven in de 'Blikvanger: geestelijke gezondheidszorg' gepubliceerd in 2024.⁹⁸ De fundamentele hervormingen, van start gegaan in 2010, gekenmerkt door 'vermaatschappelijking van de zorg', hebben als doel de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de mensen te brengen en optimaal in te spelen op hun noden en behoeften. Op heden kennen we zo 20 GGZ-netwerken voor volwassenen, die elk 5 functies uitbouwen binnen hun werkingsgebied:

1. GGZ-promotie, preventie, vroegdetectie en -interventie
2. Mobiele behandelingsteams
3. Psychosociale rehabilitatie
4. Intensieve gespecialiseerde residentiële GGZ-units

⁹⁴ Gisle L, Maetens A. (2025). Gezondheidsenquête 2023-2024: Druggebruik. Sciensano. Rapportnummer: D/2025.14.440/65

⁹⁵ [Mental Health Issues: Alcohol Use Disorder and Common Co-occurring Conditions | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism \(NIAAA\)](#) (geraadpleegd op 23/09/2025)

⁹⁶ Mistiaen P., Cornelis J., Detollenaere J. et al. Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique. Health Services Research (HSR). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE. Reports 318B.

⁹⁷ [Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, Vlaanderen, Brussel, Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins, Wallonie, Bruxelles](#) (geraadpleegd op 11/07/2025)

⁹⁸ FOD Volksgezondheid, Directoraat-Generaal Gezondheidszorg. (2024). [Blikvanger gezondheidszorg Geestelijke gezondheidszorg](#). Dirk Ramaekers

5. Specifieke woonvormen en verblijfsformules

Ook de psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen (PAAZ) maken hier deel van uit. België telt 71 PAAZ en 51 PZ waar volwassenen terecht kunnen, met op 1 januari 2023 17.403 erkende bedden en plaatsen in deze diensten, waarvan dus 13,6% buiten gebruik gesteld werd om alternatieve zorgvormen mogelijk te maken binnen de eerder beschreven functies, mogelijk gemaakt door artikel 107 van de ziekenhuiswet.⁹⁹

Een belangrijke stap om ambulante GGZ toegankelijker te maken werd gezet in 2019 met het pilootproject psychologische zorg in de eerste lijn. In 2021 werd dit een formele overeenkomst. Het budget binnen de begroting bedraagt hiervoor in 2025 reeds 250 miljoen euro. De overeenkomst beoogt door middel van de diverse interventies vanuit een 'public mental health'-perspectief de bevolking veerkrachtiger te maken en de eerstelijnspsychologische ondersteuning en behandeling verder uit te bouwen. Ze is dus met name gericht op mensen met lichte tot matige psychische klachten en problemen. In 2024 werden zo bijna 1,6 miljoen sessies gerealiseerd bij 284.748 patiënten. Patiënten betalen hiervoor, afhankelijk van de leeftijd en de modaliteit van de sessies, € 0 tot € 11 persoonlijk aandeel. De vraag blijft echter groter dan het aanbod, en zeker in sommige netwerken zien we daardoor toch een verzadiging van het beschikbare budget.

Op regionaal niveau vinden we dan als belangrijke actoren ook nog de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen, en les Services de Santé Mentale (SSM) in Brussel en Wallonië, die ook eerder als tweedelijns- en dus meer gespecialiseerde ambulante zorg beschouwd worden. Het zijn multidisciplinaire teams die werken met verschillende doelgroepen.

Tot slot zijn er nog tal van andere, veelal regionale, initiatieven die inzetten op geestelijke gezondheid en welzijn, waaronder diverse centra voor psychosociale revalidatie, de laagdrempelige Centra voor Algemeen Welzijnswerk, specifieke afdelingen en centra voor verslavingszorg, enz.

Naast deze door de overheid gefinancierde initiatieven blijft een belangrijk deel van de ambulante GGZ zich echter situeren binnen het private circuit, waar burgers het tarief betalen dat bepaald wordt door de hulpverlener, ongereguleerd door de overheid en dus ook niet terugbetaald, tenzij deels via de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen. Voor burgers is het naast de financiële drempel alleszins ook een uitdaging om op het vlak van zorgkwaliteit het kaf van het koren te scheiden binnen dit aanbod, waar erkende klinisch psychologen, orthopedagogen en psychotherapeuten het werkveld delen met andere diverse profielen die zich positioneren als professional voor mentaal welzijn (coaches, niet-erkende therapeuten, ...).

Vaak (te) lange wachttijden

⁹⁹ [Aanbod en activiteit in PZ & PAAZ voor volwassenen - Naar een gezond België \(geraadpleegd op 31/08/2025\)](#)

De laatste jaren zijn er meer gegevens verzameld over wachtlijsten in de GGZ, hoewel deze nog steeds eerder beperkt zijn. De EPCAP 2.0-studie, die de eerstelijnspsychologische zorg in België evalueerde, stelt dat de mediane uitsteltijd tussen het voor het eerst ervaren van psychische problemen en het zoeken van hulp binnen de conventie 4 jaar bedraagt.¹⁰⁰ De voornaamste redenen voor uitstel zijn echter van attitudinale aard (zelf probleem willen oplossen, denken dat klachten vanzelf zouden overgaan), en in mindere mate financieel of gerelateerd aan een gebrek aan informatie. Een derde van de patiënten stond voorafgaand op een wachtlijst, zonder dat de duurtijd hiervan gespecificeerd wordt. Een eerdere enquête bij meer dan 1.300 private zorgverstrekkers in de GGZ in Vlaanderen leert dat ook daar wachttijden en aanmeldstops vaak voorkomen, in de eerste plaats bij psychiaters: 60,5% van hen aanvaardt geen nieuwe patiënten en 43% heeft een wachttijd van minstens een half jaar.^{101,102} In België zijn er 1,7 praktiserende psychiaters per 10.000 inwoners, een cijfer dat lager ligt dan het EU-14 gemiddelde van 2,1.¹⁰³ Bij ongeveer de helft van de psychologen, orthopedagogen en psychotherapeuten kon men binnen de maand terecht, ongeveer een derde had een patiëntenstop. De Centra Geestelijke Gezondheid (CGG) in Vlaanderen, tot slot, rapporteren in 2023 een gemiddelde duur van de aanmelding tot het eerste contact van 39 dagen, en van 48 dagen tussen het eerste en het tweede contact. Dit is voor beide een lichte daling ten opzichte van de voorgaande jaren.¹⁰⁴ Voor de Franstalige centra ontbreken gelijkaardige cijfers.

Zeer relevant tot slot voor deze policy brief is dat Fedris, het Federaal agentschap voor beroepsrisico's, een programma aanbiedt voor preventie van burn-out, dat voortgevloeid is uit een positief geëvalueerd pilootproject. Het richt zich tot werknemers die moeilijkheden ervaren tijdens het werk of het werk minder dan 2 maanden geleden hebben stopgezet.¹⁰⁵

Het landschap van de GGZ is dus complex en versnipperd, met grote verschillen in financiële toegankelijkheid en wachttijden die sterk kunnen oplopen al naargelang het type dienst. Een langere wachttijd kan echter de toestand van de patiënt verslechteren of de toekomstige doeltreffendheid van een behandeling verminderen.¹⁰⁶ De (financiële) toegankelijkheid verbetert zich echter langzaam, door onder andere de komst van de conventie eerstelijnspsychologie. Cruciaal is dat burgers hun weg leren vinden in dit aanbod en zo tijdig kunnen aansluiten bij het voor hen meest geschikte hulpaanbod.

¹⁰⁰ Jansen, L., Glowacz, F., Kinard, A., Bruffaerts, R. (2023). [Eerstelijnspsychologische zorg in België. Wetenschappelijk evaluatie en aanbevelingen tot een duurzame integratie in de Belgische gezondheidszorg. EPCAP studie.](#) RIZIV

¹⁰¹ Werkgroep Wachttijden – Staten Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg. (2021). [Wachttijden in Vlaamse privépraktijken. Een bevraging bij psychologen, psychotherapeuten, orthopedagogen en psychiaters.](#) Leerstoel Public Mental Health – Universiteit Antwerpen

¹⁰² [Psychiatrie à Bruxelles : plus aucun premier rendez-vous disponible, alerte le CHU Brugmann - Le Spécialiste](#) (geraadpleegd op 25/09/2025)

¹⁰³ Gerkens S., Lefèvre M., Bouckaert N. et al. (2024). Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Reports 376As

¹⁰⁴ [Cijfers Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg | Departement zorg](#) (geraadpleegd op 23/09/2025)

¹⁰⁵ [Programma voor preventie van burn-out | FEDRIS](#) (geraadpleegd op 31/08/2025)

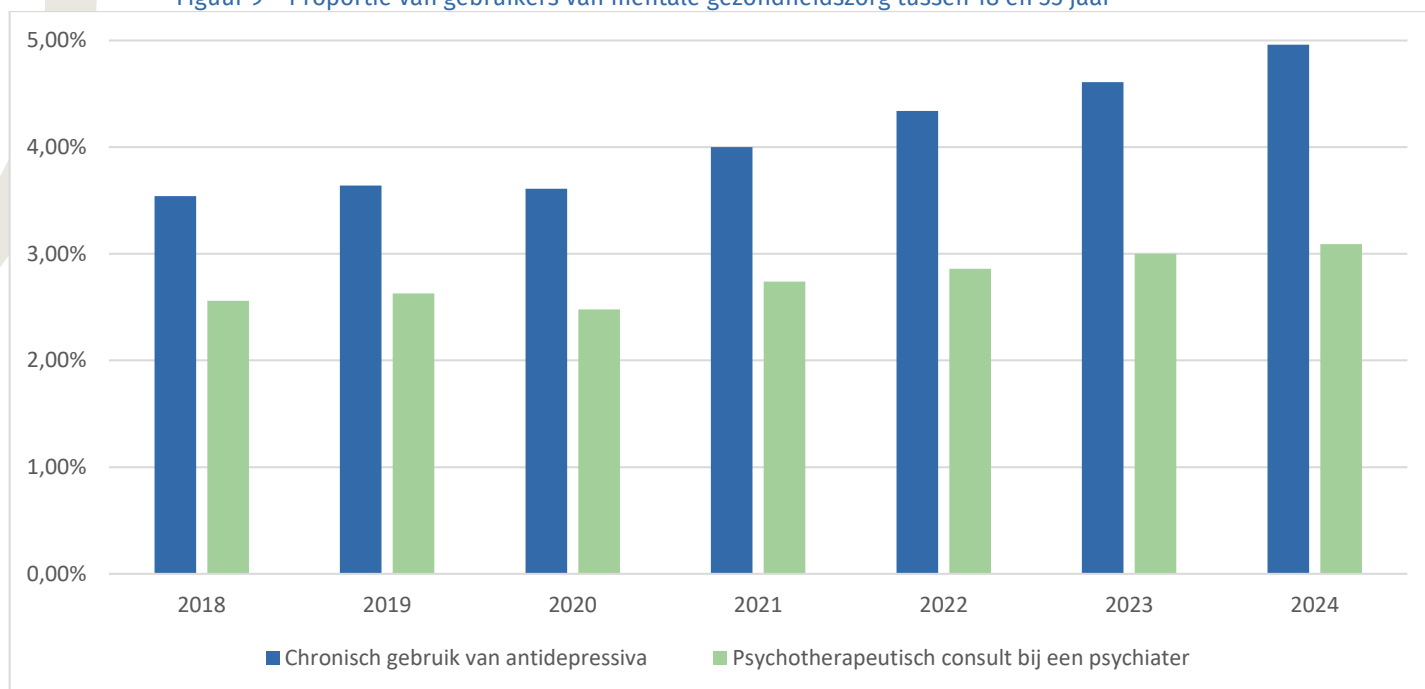
¹⁰⁶ Benahmed N., Jonckheer P., Zeevaert R. et al. (2024). Temps d'attente dans les soins de santé : comment les mesurer ? Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Reports 383BS

7.3 Bijlage 3 – Enkele aanvullende cijfers over de mentale gezondheid van jongeren in België

Depressieve en angststoornissen zijn de meest voorkomende psychische stoornissen onder de Belgische bevolking. In juni 2024 rapporteerde respectievelijk 15% en 17,1% van de Belgen ouder dan 18 jaar symptomen van deze aandoeningen, terwijl dit in 2018 respectievelijk 11,2% en 9,4% was. Voor de leeftijdscategorie van 18 tot 29 jaar bedroegen deze cijfers in juni 2024 voor depressieve stoornissen 15,9% bij mannen en 19,4% bij vrouwen, en voor angststoornissen 16,5% bij mannen en 28,5% bij vrouwen. Zowel leeftijd als geslacht blijken hierbij bepalende factoren. Vooral vrouwen lopen een verhoogd risico op angststoornissen, met een duidelijke afname van de prevalentie naarmate de leeftijd stijgt. Bij mannen is deze leeftijdsgradiënt minder uitgesproken; opvallend is dat de hoogste prevalentie van angststoornissen zich bij hen bevindt in de leeftijdscategorie van 30 tot 49 jaar.¹⁰⁷

Deze algemene cijfers weerspiegelen zich ook in de evolutie van het zorggebruik van jonge werkenden tussen de leeftijd van 18 en 35 jaar. In het kader van deze bijlage hebben we de recentste cijfers van onze leden geanalyseerd. Ze tonen een verontrustende stijging in het gebruik van psychofarmaca en het aantal psychotherapeutische consulten bij een psychiater voor deze groep. Tussen de jaren 2018 en 2024 steeg het chronisch gebruik van antidepressiva van 3,54% naar 4,96%, een significante toename van 40,11% ($p < 0,001$). Ook het gebruik van antipsychotica nam, in beperktere mate, toe. Zo steeg het aandeel van 0,54% naar 0,59%, een significante stijging van 9,26% ($p < 0,001$). Daarnaast steeg ook het aandeel van jonge werkenden dat een psychotherapeutisch consult bij een psychiater had van 2,56% naar 3,09%, oftewel een stijging van 20,7% ($p < 0,001$).

Figuur 9 – Proportie van gebruikers van mentale gezondheidszorg tussen 18 en 35 jaar



De bovenstaande cijfers wijzen op een structurele toename van de mentale kwetsbaarheid bij jonge volwassenen op de arbeidsmarkt. Bepaalde groepen blijken

¹⁰⁷ [Geestelijke Gezondheid: Angst en depressie | Sciensano \(2024\). Health Status Report](#)

bovendien ook systematisch kwetsbaarder te zijn. Zo wijzen onze cijfers uit dat vooral arbeiders, vrouwen, mensen met een verhoogde tegemoetkoming en werknemers vanaf 32 jaar oud meer kans maken op chronisch gebruik van antidepressiva. In Vlaanderen ligt deze kans bovendien ook hoger dan in andere regio's. Voor antipsychotica zijn arbeiders, mannen, mensen met een verhoogde tegemoetkoming en inwoners van Vlaanderen kwetsbaarder. Wat psychotherapie betreft, merken we opnieuw dat arbeiders hier kwetsbaarder voor zijn. Ook vrouwen, inwoners van Brussel en mensen met een verhoogde tegemoetkoming zoeken vaker hulp bij een psychiater.

Deze bevindingen benadrukken het belang van een gedifferentieerd beleid. De arbeidscontext lijkt een cruciale rol te spelen: arbeiders maken meer kans op gebruik van mentale gezondheidszorg, wat kan wijzen op een verhoogde mentale belasting in fysiek veeleisende werkomgevingen. Ook socio-economische factoren zijn bepalend: mensen met een verhoogde tegemoetkoming hebben niet alleen een groter risico op mentale gezondheidsproblemen, maar worden ook geconfronteerd met meer belemmeringen om toegang te krijgen tot zorg van hoge kwaliteit.¹⁰⁸

De stijgende cijfers kunnen mogelijk verklaard worden door een destigmatisering van mentale gezondheidsproblemen via doelgerichte campagnes. Toch is het zorgwekkend dat het gebruik van medicatie sterker stijgt dan het gebruik van psychotherapie. Dit kan wijzen op een onevenwichtige toegang tot niet-medicamenteuze zorg, of op een voorkeur voor snelle, farmacologische oplossingen in plaats van duurzame begeleiding.¹⁰⁹

Tegelijkertijd merken we op dat de conventie voor eerstelijnspsychologie, gericht op milde tot matige psychische stoornissen, er duidelijk in slaagt deze doelgroep te bereiken. Onze gegevens laten een duidelijke oververtegenwoordiging zien van jongeren (12-39 jaar) onder degenen die er gebruik van maken. Zoals we weten, dekt deze conventie slechts een deel - weliswaar een gedeeltelijk, maar inmiddels significant deel - van het ambulante aanbod in de psychologische zorg.

¹⁰⁸ Bruffaerts, R. et al. 2024. De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor 2023. Zorgnet-Icuro.

¹⁰⁹ [Destigmatisering | Brussels Platform Geestelijke Gezondheid](#) (geraadpleegd op 11/07/2025)

08 Nota's

[illegible]



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

Onze studies op www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, oktober 2025
(ondernemingsnummer 411.766.483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

helan  Onafhankelijk ziekenfonds

 freie
krankenkasse

part&namut
Mutualité Libre