

# Het contacteren van professionele hulpverleners omwille van sociale of emotionele problemen bij net-gehuwde en net-samenwonende koppels: de rol van partner- en relatiekenmerken

Elien Colman<sup>1</sup>, Veerle Buffel<sup>1</sup> , Piet Bracke<sup>1</sup>   
<sup>1</sup> Universiteit Gent

## Abstract

Onderzoek naar de determinanten van het gebruik van professionele hulpverlening omwille van sociale en emotionele problemen heeft zich tot nu toe hoofdzakelijk geconcentreerd op het belang van individuele kenmerken. In deze bijdrage gaan we na of het zorggebruik van net-gehuwde en net-samenwonende mannen en vrouwen (N=798 koppels) ook beïnvloed wordt door hun partner, hun relatie (duur, gezondheidsgerelateerde steun en conflict) en het verbreken van een eerdere samenwonenrelatie. We vinden geen directe invloed van intieme relaties bij mannen, maar bij vrouwen vinden we dat diegenen die ooit gescheiden zijn en diegenen die veel conflicten hebben met hun partner een minder goede mentale gezondheid hebben en bijgevolg een grotere kans hebben om een professionele hulpverlener gecontacteerd te hebben. Uit de resultaten blijkt ook dat, los van de behoefte aan hulp, vrouwen minder vaak een professionele hulpverlener contacteren, naargelang ze langer samenwonen met hun partner. Het belang van deze resultaten voor verder onderzoek en het beleid worden besproken.

## 1 INLEIDING

Tot nu toe heeft het onderzoek naar de determinanten van het gebruik van professionele hulpverlening zich hoofdzakelijk geconcentreerd op individuele kenmerken. Zo is het meeste onderzoek gebaseerd op het Behavioral Model of Health Services Use (Andersen 1995), dat contacten met professionele hulpverlening hoofdzakelijk beschouwt als het gevolg van individuele behoeften, de individuele evaluatie van deze behoefte, socio-economische en demografische kenmerken van het individu. De beslissing om professio-

nele hulp te zoeken is echter vaak het resultaat van een interactief proces, en niet zozeer het gevolg van een louter individuele beslissing (Pescosolido 1992). Sinds kort hebben enkele onderzoekers het belang van sociale relaties erkend. Deze studies hebben aan het licht gebracht dat familieleden een gelijkaardig consumptiepatroon hebben met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg (Cardol, Spreeuwenberg et al. 2005; Cardol, Groenewegen et al. 2006; Cardol, van den Bosch et al. 2006; Sepehri, Moshiri et al. 2008; Pai, Godboldo Brooks et al. 2010). De bestaande studies focussen echter enkel op contacten met professionele hulpverleners om-

wille van somatische klachten en hebben zich tot nu vooral geconcentreerd op het zoeken naar professionele hulp voor kinderen. De studie van Lave en collega's (2002) vormt hier een uitzondering op. In deze studie worden de gelijkenissen met betrekking tot het beroep doen op geestelijke gezondheidszorg binnen Amerikaanse gezinnen beschreven. Het is echter ook belangrijk om te achterhalen hoe sociale relaties een rol spelen bij het zoeken naar professionele hulp.

In deze studie wordt nagegaan hoe iemands partner en de kenmerken van de partnerrelatie het gebruik van professionele hulpverlening omwille van sociale of emotionele problemen beïnvloeden. Mentale problemen, en in het bijzonder depressieve gevoelens, zijn vaak voorkomend in Vlaanderen in vergelijking met andere West-Europese landen (Ryssaert, Avonts et al. 2011). Onderzoek bij Vlaamse huisartsen heeft uitgewezen dat het grootste aantal nieuwe episodes van mentale problemen in Vlaanderen wordt vastgesteld bij jonge mannen en vrouwen (Boffin, Declercq et al. 2012). Bovendien is het aantal suïcidepogingen binnen deze groep jonge volwassenen behoorlijk hoog (De Jaegere, Wittouck et al. 2011). Een belangrijke factor voor het voorkomen van suïcide is het zoeken naar hulp voor psychische problemen. Dit wordt ook erkend in het actieplan van minister Jo Vandeurzen ter vermindering van het aantal zelfdodingen in Vlaanderen. Eén van de voorgestelde actiepunten in dit plan is het aanmoedigen van zoeken naar hulp en het doorbreken van het stigma rond professioneel zorggebruik omwille van psychische problemen (Vandeurzen 2012). Vlamingen zoeken immers niet zo vaak hulp en hebben ook minder vaak de intentie om hulp te zoeken bij psychische pro-

blemen in vergelijking met Nederlanders (Reynders, Scheerder et al. 2011). Het is dan ook belangrijk om inzicht te krijgen wie wel en wie geen professionele hulp zoekt omwille van emotionele of sociale problemen binnen de groep van jonge volwassenen, en hoe centrale sociale relaties zoals de partnerrelatie hier een rol in spelen.

## **2 BEVINDINGEN UIT EERDER ONDERZOEK**

Partners lijken doorgaans op elkaar wat betreft welbevinden en mentale gezondheidsproblemen (Hippisley Cox, Coupland et al. 2002; Butterworth & Rodgers 2006; Stimpson, Peek et al. 2006; Desai, Schimmack et al. 2012). Partners zijn bovendien belangrijke actoren in het beslissingsproces of men al dan niet professionele hulp gaat zoeken omwille van sociale en emotionele problemen. Wanneer één van beide partners problemen ervaart, wordt dit veelal beschouwd als een gemeenschappelijk probleem. Koppels proberen dan ook samen het hoofd te bieden aan eventuele problemen (Lewis, McBride et al. 2006). Ze helpen elkaar om het probleem te herkennen en te oordelen of de symptomen ernstig genoeg zijn om professionele hulp voor te zoeken. Ze kunnen elkaar stimuleren om hulp te zoeken en opvolgen of de partner in kwestie deze hulp effectief heeft gezocht (Lewis & Butterfield 2007; Thoits 2011). Bovendien heeft voorgaand onderzoek uitgewezen dat zowel het ervaren van relatiemoeilikheden en het verbreken van een relatie leidt tot een hoger zorggebruik (Prigerson, Maciejewski et al. 1999; Bracke, Colman et al. 2010; Schonbrun & Whisman 2010). Problemen met de partner worden dan ook door een aanzienlijk deel van de patiënten aangehaald

tijdens een huisartsconsultatie (Boffin, Declercq et al. 2012).

### 2.1 GESLACHTSVERSCHILLEN

Er bestaan belangrijke geslachtsverschillen in het zoeken naar professionele hulp omwille van sociale of emotionele problemen. Vrouwen doen vaker dan mannen beroep op professionele hulpverlening. Deze geslachtsverschillen worden veelal verklaard door de stelling dat vrouwen eerder zorgende rollen worden aangeleerd. Zo leren ze om bekommerd te zijn om het welzijn van hun kinderen en hun partner. Dit zorgt ervoor dat vrouwen meer aandacht besteden aan symptomen, dat zij deze symptomen vaker toeschrijven aan een ziekte, dat zij gemakkelijker praten over hun problemen, hun symptomen vaker rapporteren en dat het voor hen meer aanvaardbaar is om professionele hulp te zoeken (Phillips & Segal 1969; van Wijk & Kolk 1997). Bijgevolg doen ze vaker beroep op deze hulp (Bracke, Colman et al. 2010) en stimuleren ze hun partners ook vaker om professionele hulp te zoeken (Markey, Markey et al. 2005).

Mannen daarentegen, zijn eerder geneigd om symptomen van emotionele problemen te negeren. Indien ze deze symptomen toch herkennen, beschouwen zij deze minder vaak als een reden om professionele hulp voor te zoeken (van Wijk & Kolk 1997; Galdas, Cheater et al. 2005). Ze staan dan ook eerder weigerachtig tegenover het zoeken naar professionele hulp voor zichzelf (Bracke, Colman et al. 2010) en proberen ook hun partner te ontmoedigen om professionele hulp te zoeken (Markey, Markey et al. 2005).

### 2.2 DUUR SAMENWONEN

Verschillende studies hebben aangegeven dat de mentale gezondheid van partners steeds meer op elkaar begint te lijken naar mate ze langer samenwonen (Butterworth & Rodgers 2006; Desai, Schimmack et al. 2012) en dat partners elkaars gezondheidsgedrag en het gebruik van professionele hulpverlening beïnvloeden (Umberson 1987; Umberson 1992; Westmaas, Wild et al. 2002; Falba & Sindelar 2008; Staff, Schulenberg et al. 2010; Baron, Smith et al. 2011; Novak & Webster 2011). Op basis van de bovengenoemde geslachtsverschillen kunnen we verwachten dat hoe langer mannen samenwonen met een vrouw, hoe groter de kans zal zijn dat ze beroep hebben gedaan op een professionele hulpverlener. Voor vrouwen verwachten we dat de kans dat ze een professionele hulpverlener gecontacteerd hebben afneemt naarmate ze langer samenwonen met een mannelijke partner.

### 2.3 STEUN VAN DE PARTNER MET BETREKKING TOT GEZONDHEID

Bij gezondheidsproblemen is iemands partner doorgaans de meest belangrijke bron van steun (August & Sorkin 2010). Partners praten over hun problemen en proberen deze samen het hoofd te bieden (Lewis, McBride et al. 2006). Dit geldt uiteraard ook voor mentale problemen. We kunnen er dan ook van uitgaan dat de partner betrokken is bij de interpretatie van de psychische symptomen en bij het beslissingsproces om al dan niet te zoeken naar professionele hulp voor deze klachten. Ook hier kunnen we geslachtsverschillen veronderstellen. We verwachten een positief effect van steun van een vrouwelijke partner omdat voorgaand onderzoek heeft uitgewe-

zen dat vrouwen hun partners stimuleren om professionele hulp te zoeken (Markey, Markey et al. 2005). Aangezien mannen professioneel zorggebruik eerder ontmoedigen (Markey, Markey et al. 2005) veronderstellen we een negatief effect op het gebruik van professionele hulpverlening van steun van een mannelijke partner.

#### 2.4 CONFLICT IN HUIDIGE RELATIE

Conflicten in de partnerrelatie leiden tot meer depressieve symptomen en omgekeerd (Choi & Marks 2008; Whisman & Uebelacker 2009). We kunnen dan ook verwachten dat partners die veel conflicten hebben vaker aankloppen bij een professionele hulpverlener (Prigerson, Maciejewski et al. 1999; Schonbrun & Whisman 2010). Het onderzoek naar de relatie tussen partnerconflict en zorggebruik is echter vrij schaars. Een studie in de Verenigde Staten heeft uitgewezen dat moeilijkheden binnen de relatie leiden tot een hoger zorggebruik, dat niet volledig kan worden toegeschreven aan een grotere behoefte aan hulp (Schonbrun & Whisman 2010). We verwachten dan ook dat partners die veel conflicten hebben vaker hulp zoeken bij een professionele hulpverlener, zelfs nadat verschillen in behoefte in rekening worden gebracht. Aangezien verschillende studies hebben uitgewezen dat vrouwen gevoeliger zijn voor conflicten binnen hun relatie kunnen we verwachten dat conflict vooral bij vrouwen leidt tot het zoeken van professionele hulp (Laurent, Kim et al. 2009; Kouros & Cummings 2011).

#### 2.5 OOI GESCHIEDEN

Een scheiding heeft gevolgen voor velerlei factoren die geassocieerd zijn met het gebruik

van professionele hulpverlening. Zo leidt een scheiding vaak tot stress, depressieve gevoelens en angst (Demo & Acock 1996; Bracke 1998; Simon & Marcussen 1999; Amato 2000; Wade & Cairney 2000; Williams & Dunne Bryant 2006; Meadows, McLanahan et al. 2008; Symoens, Colman et al. 2011), zowel op korte (Blekesaune 2008) als op lange termijn (Lorenz, Simons et al. 1997; Amato 2000). Dit leidt vooral bij alleenstaande gescheiden personen tot een hoger zorggebruik (Wang, Lane et al. 2005; Bracke, Colman et al. 2010; Colman, Symoens et al. 2012), maar ook herpartnerde gescheiden vrouwen zoeken vaker professionele hulp in vergelijking met gehuwde vrouwen die nooit gescheiden zijn (Colman, Symoens et al. 2012). Daarom verwachten we dat diegenen die ooit samengewoond hebben met een andere partner dan hun huidige partner, vaker een professionele hulpverlener contacteren dan dat we zouden verwachten op basis van hun mentale gezondheid.

#### 2.6 GEBRUIK VAN PROFESSIONELE HULPVERLENING DOOR PARTNER

Diegenen die ervaring hebben met mentale gezondheidsproblemen herkennen gemakkelijker de problemen van anderen. Dit leidt ertoe dat ook hun gezinsleden vaker gebruik maken van hulpverlening omwille van sociale of emotionele problemen (Zwaanswijk, Verhaak et al. 2003). Zelfs eenvoudigweg iemand kennen die ooit dergelijke hulp heeft gezocht verhoogt de kans om zelf hulp te zoeken voor sociale of emotionele problemen (Rickwood and Braithwaite 1994; Vogel, Wade et al. 2007). Daarom verwachten we dat diegenen wiens partner een professionele hulpverlener heeft gecontacteerd omwille van

sociale of emotionele problemen, zelf ook een grotere kans hebben om deze hulp te zoeken.

## 2.7 ACHTERGRONDKENMERKEN

Voorgaand onderzoek naar verschillen in het gebruik van gezondheidszorg omwille van sociale of emotionele problemen heeft zich hoofdzakelijk geconcentreerd op socio-economische verschillen. Deze hebben erop gewezen dat personen die in armere huishoudens wonen minder vaak professionele hulp zoeken voor mentale problemen (Gouwy, Christiaens et al. 2005) en dat diegenen die niet voltijds werken minder vaak beroep doen op professionele hulpverlening (Gouwy, Christiaens et al. 2005; Bracke, Colman et al. 2010; Colman, Symoens et al. 2012). Met betrekking tot de invloed van opleiding is men tot tegenstrijdige resultaten gekomen (Lin, Goering et al. 1996; Gouwy, Christiaens et al. 2005; Bracke, Colman et al. 2010; Colman, Symoens et al. 2012). In de multivariate analyses zal dan ook rekening worden gehouden met deze socio-economische achtergrondkenmerken. Daarenboven zal ook ouderschap in acht genomen worden. De transitie naar ouder gaat gepaard met nieuwe verantwoordelijkheden en lasten, die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de mentale gezondheid (Evenson & Simon 2005; Muhammad & Gagnon 2010).

## 3 GEBRUIKTE GEGEVENS

We maken gebruik van de steekproef van net-gehuwden en net-samenwonenden uit de studie Scheiding in Vlaanderen (Mortelmans, Pasteels et al. 2011). De steekproef is gebaseerd op een selectie van heteroseksuele koppels die voor de eerste maal trouwden in 2008

enerzijds, en een selectie van ongehuwde koppels die in 2008 zijn gaan samenwonen anderzijds. De selectie van samenwonende koppels was gebaseerd op basis van domicilie. Bijgevolg zijn zowel wettelijk als niet-wettelijk samenwonende koppels vertegenwoordigd in de steekproef. Koppels waarvan één van de partners ooit al eens gehuwd en vervolgens gescheiden is, of niet van bij de geboorte de Belgische identiteit heeft, werden uitgesloten. Koppels waarvan één of beide partners jonger dan 18 waren, of ouder dan 40, werden ook uit de steekproef geweerd. De respondenten werden geïnterviewd gedurende de herfst van 2010 met behulp van CAPI (Computer-assisted personal interview). Van 39% van de 1100 geselecteerde gehuwde koppels namen beide partners deel aan het onderzoek, bij de samenwonende partners was dit 35%. Enkel koppels waarvan volledige informatie beschikbaar is worden opgenomen in deze studie. De uiteindelijke steekproefgrootte bedraagt 798 koppels.

## 4 RESULTATEN

### 4.1 BESCHRIJVENDE RESULTATEN

De kenmerken van de steekproeven van mannen en vrouwen worden weergegeven in Tabel 1. Het gaat hier om een steekproef van jonge koppels met over het algemeen een goede mentale gezondheid. De scores op depressiviteit zijn behoorlijk laag in deze steekproef. Slechts 2,8% van de mannen en 7,4% van de vrouwen ervaart een hoge frequentie van depressieve symptomen. In overeenstemming met binnen- en buitenlandse studies rapporteren de vrouwen in deze sample iets meer depressieve symptomen dan man-

nen (Mirowsky & Ross 1995; Koopmans & Lamers 2007; Symoens, Colman et al. 2011) en hebben zij ook vaker beroep gedaan op minstens één huisarts, psycholoog of psychiater omwille van sociale of emotionele problemen (Koopmans & Lamers 2007; Bracke, Colman et al. 2010; Colman, Symoens et al. 2012).

Met betrekking tot de relatiekenmerken vinden we kleine verschillen tussen mannen en vrouwen. In vergelijking met vrouwen voelen

mannen zich iets meer gesteund door hun partner met betrekking tot problemen met hun gezondheid. Vrouwen en mannen verschillen niet systematisch van elkaar wat betreft het rapporteren van conflicten.

#### 4.2 BIVARIATE VERBANDEN

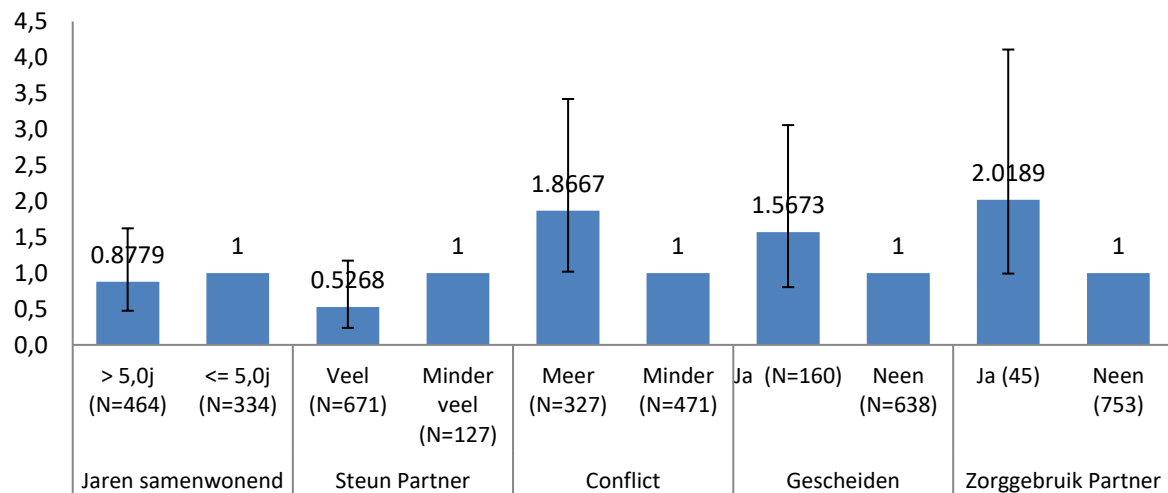
Wanneer we het verband tussen de relatiekenmerken en het gebruik van professionele hulpverlening bekijken zonder hierbij rekening

**Tabel 1 Beschrijvende gegevens voor de steekproef van mannen en vrouwen (N = 798)**

	MANNEN		VROUWEN	
	N	%	N	%
Contact met professionele hulpverlener	45	5.6	115	11.4
Gescheiden	168	21.1	160	20.1
Ouderschap	172	21.6	190	23.8
Gehuwd	432	45.1	432	45.1
Equivalent Huishoudinkomen				
EHI < 80% mean	179	22.4	195	24.4
EHI 80 - 119% mean	466	58.4	452	56.6
EHI 120%+ mean	115	14.3	99	12.4
EHI missing	38	4.8	52	6.5
Opleiding				
Laag	69	8.6	51	6.4
Gemiddeld	332	41.6	233	29.2
Hoog	397	49.7	514	64.4
Voltijds werk	759	95	598	74.9
	$\bar{x}$	SA	$\bar{x}$	SA
Duurtijd samenwonen	5.08	3.00	5.05	3.05
Gezondheidsgerelateerde steun van partner	3.89	0.31	3.83	0.41
Conflicten met partner	3.56	2.53	3.56	2.53
Depressieve symptomen	3.43	2.71	4.39	3.32
Subjectieve gezondheid	4.16	0.65	4.13	0.68
Leeftijd	28.33	4.09	26.16	3.60

Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-10

**Figuur 1 Odds ratio's voor mannen met betrekking tot het contacteren van een professionele hulpverlener naar jaren samenwonend, gezondheidsgerelateerde steun van partner, partnerconflict, gebruik van professionele hulpverlening van partner en scheiding**



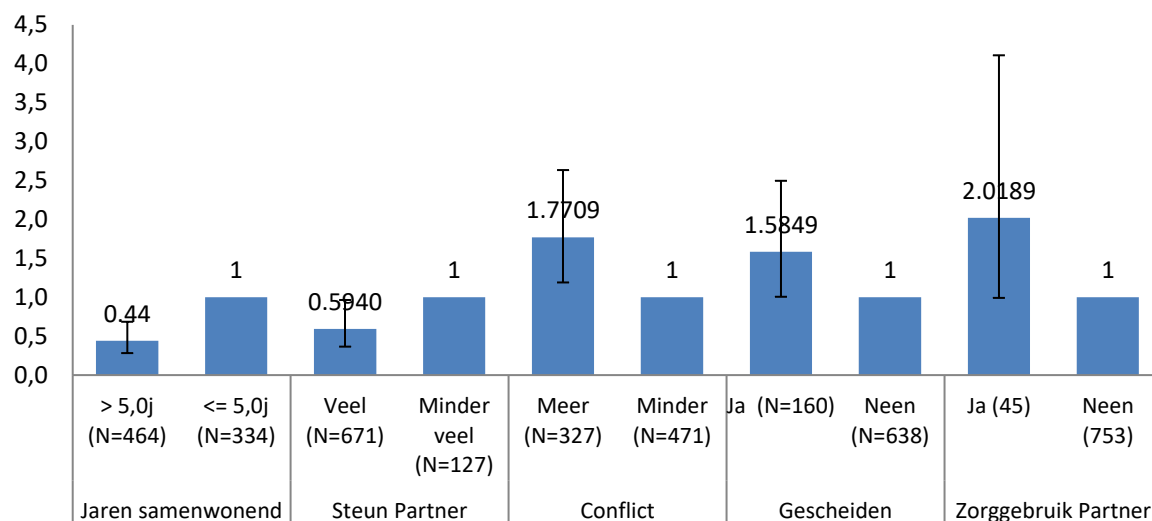
Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-10

te houden met eventuele verschillen in depressiviteit, subjectieve gezondheid en socio-economische achtergrondkenmerken, worden er bij mannen geen verschillen in contacten met professionele hulpverleners gevonden naar samenwoningsduur, gezondheidsgerelateerde steun van de partner en scheiding. Mannen die veel partnerconflicten hebben (OR = 1,867\*, zie ook Figuur 1) en diegenen wiens partner contact heeft gehad met een professionele hulpverlener hebben een grotere kans om zelf ook beroep te hebben gedaan op een hulpverlener (OR = 2.019\*).

Bij vrouwen vinden we meer verschillen in zorggebruik naar relatiekenmerken; deze worden geïllustreerd in Figuur 2. Hieruit blijkt dat vrouwen die langer dan het steekproefgemiddelde (5 jaar) samenwonen met hun partner minder vaak een hulpverlener hebben

gecontacteerd dan diegenen die minder lang samenwonen met hun partner (OR = 0,440\*\*\*). Ook vrouwen die veel steun krijgen van hun partner met betrekking tot gezondheidsproblemen hebben minder beroep gedaan op een professionele hulpverlener dan diegenen die weinig of redelijk wat steun krijgen (OR = 0,594\*). Vrouwen die meer conflicten hebben dan gemiddeld (OR = 1,117\*\*) vrouwen die ooit hebben samengewoond met een andere partner dan hun huidige partner (OR = 1,585\*) en vrouwen wiens partner beroep heeft gedaan op een hulpverlener (OR = 2,019\*) hebben een grotere kans om een professionele hulpverlener te contacteren.

**Figuur 2 Odds ratio's voor vrouwen met betrekking tot het contacteren van een professionele hulpverlener naar jaren samenwonend, gezondheidsgerelateerde steun van partner, partnerconflict, gebruik van professionele hulpverlening van partner en scheiding.**



Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-10

Deze beschrijvende resultaten bij de vrouwen zijn aldus in lijn met alle vooropgestelde hypothesen.

In een volgende stap gaan we aan de hand van logistische regressies na of de hierboven beschreven verschillen in contacten met professionele hulpverleners naar relatiekenmerken al dan niet te wijten zijn aan verschillen in achtergrondkenmerken of in de behoefte aan hulp. Vrouwen en mannen ervaren immers meer depressieve symptomen naar mate ze meer conflicten hebben met hun partner ( $p$  mannen = 0,196\*\*,  $p$  vrouwen = 2,900\*\*) en naar mate ze zich minder gesteund voelen door hun partner met betrekking tot hun gezondheid ( $p$  mannen = -0,100\*\*,  $p$  vrouwen = -0,195\*\*).

#### 4.3 RESULTATEN VAN DE MULTIVARIATE ANALYSES

Wanneer de socio-economische kenmerken in rekening worden gebracht in een logistische regressie (zie Tabel 3 in appendix), wordt bij mannen opnieuw geen invloed gevonden van de duur van het samenwonen, gezondheidsgerelateerde steun van de partner, conflict met de partner en een voorgaande scheiding. Ook wanneer gecontroleerd wordt voor depressieve symptomen en subjectieve gezondheid wordt er geen associatie gevonden tussen partner- en relatiekenmerken en het contacteren van een professionele hulpverlener (zie Tabel 2). Het gebruik van professionele hulpverlening van jonge mannen lijkt aldus niet direct beïnvloed door hun intieme relaties. Het zorggebruik van mannen wordt hoofdzakelijk bepaald door de behoefte aan



**Tabel 2 Resultaten van de logistische regressies voor mannen en vrouwen**

	MANNEN		VROUWEN	
	OR	BI	OR	BI
Constante	0,735		0,904	
Jaren samenwonend	1,017	0,908 - 1,140	0,857 ***	0,783 - 0,937
Steun van partner i.v.m. gezondheid	0,778	0,324 - 1,868	0,796	0,500 - 1,269
Conflict met partner	0,993	0,868 - 1,136	1,068	0,983 - 1,160
Gescheiden	1,033	0,449 - 2,375	0,945	0,522 - 1,710
Gebruik van hulpverlening door partner	1,704	0,772 - 3,758	1,862	0,860 - 4,034
Depressieve symptomen	1,212 ***	1,104 - 1,331	1,143 ***	1,073 - 1,217
Subjectieve gezondheid	0,512 **	0,323 - 0,812	0,616 **	0,445 - 0,854
Gehuwd	0,536	0,270 - 1,062	0,863	0,559 - 1,333
Ouderschap	1,387	0,597 - 3,220	0,823	0,463 - 1,463
Leeftijd	1,060	0,978 - 1,148	1,047	0,979 - 1,119
Equivalent huishoudinkomen				
EHI < 80% gemiddelde	0,615	0,253 - 1,494	0,792	0,447 - 1,404
EHI > 120% gemiddelde	0,975	0,361 - 2,633	0,381 *	0,159 - 0,915
EHI ontbrekende waarde	0,927	0,202 - 4,266	0,830	0,339 - 2,034
Opleiding				
Laag	0,937	0,279 - 3,139	0,973	0,402 - 2,353
Hoog	1,010	0,503 - 2,028	1,300	0,771 - 2,190
Voltijds werkend	0,262 **	0,090 - 0,763	0,751	0,453 - 1,245

Bron: Scheiding in Vlaanderen, 2009-10

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01 \*\*\*p&lt;0,001

hulp, hier aangegeven door depressieve symptomen (OR = 0,212\*\*\*) en subjectieve gezondheid (OR = 0,512\*\*). Achtergrondkenmerken blijken ook geen rol te spelen wanneer de behoefte aan hulp in rekening gebracht wordt. De enige uitzondering hierop is dat mannen die voltijds werken minder vaak hulp zoeken (OR = 0,262\*\*) in vergelijking met zij die halftijds of niet werken.

De resultaten bij de vrouwen geven aan dat wanneer de achtergrondkenmerken in rekening worden gebracht (zie Tabel 3 in appendix), er niet langer een effect van scheiding, gezondheidsgerelateerde steun en zorggebruik van de partner te vinden is. Vrouwen hebben wel een grotere kans hebben om een professionele hulpverlener gecontacteerd te hebben wanneer ze nog niet zo lang samenwonen met hun partner (OR = 0,866\*\*\*) en

naargelang ze meer conflicten hebben (OR = 1.119\*\*). Wanneer we ook de indicatoren van behoefte aan hulp in rekening brengen, is het effect van relatieconflicten niet langer significant (zie Tabel 2). De vaststelling dat vrouwen vaker een professionele hulpverlener contacteren naargelang ze meer conflicten hebben met hun partner kan dus worden toegeschreven worden aan hun grotere behoefte aan hulp. Het negatieve effect van de duur van het samenwonen blijft wel statistisch significant en kan dus niet verklaard worden door verschillen in (mentale) gezondheid (OR = 0,857\*\*\*). Ook bij vrouwen wordt het gebruik van professionele hulpverlening hoofdzakelijk bepaald door de behoefte aan hulp. Zij die meer depressieve symptomen ervaren (OR = 1,143\*\*\*) en hun eigen gezondheid (OR = 0,616\*\*) minder goed evalueren hebben vaker beroep gedaan op minstens één professionele hulpverlener omwille van sociale of emotionele problemen. We vinden geen effecten van achtergrondkenmerken, behalve dat vrouwen die kunnen beschikken over een groter dan gemiddeld huishoudinkomen minder vaak beroep doen op een hulpverlener (OR = 0,381\*).

## 5 BEPERKINGEN

Bij het interpreteren van de resultaten dient men enkele beperkingen van deze studie in het achterhoofd te houden. Eerst en vooral is er een beperking met betrekking tot de tijdsordering. Deze studie is gebaseerd op een cross-sectionele survey waarin aan de respondenten werd gevraagd of ze in het jaar voorafgaand aan het interview een professionele hulpverlener hebben gecontacteerd. Bijgevolg weten we niet welke van beide partners eerst

hulp heeft gezocht. Bovendien is er geen informatie beschikbaar over het zorggebruik van de partner in de jaren voordien, waardoor de langetermijneffecten niet in rekening kunnen worden gebracht. Dit kan dus leiden tot een onderschatting van het verband tussen het zorggebruik van twee partners. Om een beter inzicht te krijgen in hoe partners elkaar beïnvloeden in hun zorggebruik is er dan ook nood aan longitudinale koppeldata.

Een andere beperking is dat de gebruikte indicatoren van (mentale) gezondheid, depressieve symptomen en subjectieve gezondheid, te eng zijn om alle sociale of emotionele redenen te dekken waarom personen een huisarts, psychiater of psycholoog contacteren. Anderzijds controleren we zo wel voor het meest voorkomende mentale gezondheidsprobleem in Europa, namelijk depressie (Spinney 2009). Bovendien wordt subjectieve gezondheid zeer vaak gebruikt als indicator voor behoefte aan hulp, aangezien deze indicator een goede prognostische waarde heeft (Idler & Benyamini 1997), zelfs voor mentale gezondheidsproblemen (Beekman, Deeg et al. 1995; Thielke, Diehr et al. 2010).

Daarnaast interpreteren respondenten mentale gezondheidsproblemen vaak als fysieke klachten. Hierdoor worden een aantal contacten met professionele hulpverleners omwille van fysieke problemen die eigenlijk symptomen zijn van mentale gezondheidsproblemen gemist in deze analyse, aangezien we enkel contacten met hulpverleners omwille van sociale of emotionele problemen in beschouwing nemen.

## 6 DISCUSSIE

Tot nu toe hebben studies naar de determinanten van het gebruik van professionele hulpverlening zich hoofdzakelijk geconcentreerd op de invloed van individuele kenmerken. In deze studie hebben we het belang van sociale relaties bij het zoeken naar professionele hulp proberen aan te tonen. Hierbij hebben we ons geconcentreerd op de meest centrale relatie, namelijk de partnerrelatie. Meer bepaald hebben we nagegaan of de duur van het samenwonen, gezondheidsgerelateerde steun van een partner, partnerconflicten, ooit een scheiding hebben meegemaakt en het zorggebruik van de partner een rol spelen bij het zoeken naar professionele hulp omwille van sociale en emotionele problemen. Hoewel we slechts gemengde evidentie vinden voor de vooropgestelde hypothesen, ondersteunen de resultaten van deze studie toch het belang van intieme relaties voor het zorggebruik van vrouwen.

Bij de steekproef van vrouwen waren de resultaten van de beschrijvende statistieken telkens conform aan de vijf hypothesen. Vrouwen wiens partner een professionele hulpverlener heeft gecontacteerd zullen dit ook vaker zelf doen. Hoe langer ze samenwonen met hun partner en hoe meer gezondheidsgerelateerde steun ze van hem krijgen, hoe kleiner de kans dat vrouwen professionele hulp zoeken. Wanneer ze veel conflicten hebben of ooit gescheiden zijn hebben ze een grotere kans om een professionele hulpverlener gecontacteerd te hebben.

De multivariate analyses hebben uitgewezen dat het hogere gebruik van professionele hulpverlening bij vrouwen die ooit met een

andere partner hebben samengewoond en van vrouwen die veel conflicten hebben met hun partner kan worden toegeschreven worden aan het feit dat zij meer hulp nodig hebben aangezien zij een minder goede mentale gezondheid hebben. Dit duidt erop dat vrouwen een professionele hulpverlener contacteren omwille van psychische problemen die het gevolg zijn van conflicten met hun partner, of het gevolg zijn van eventuele problemen door een verbroken relatie. Het is dan ook van belang dat hulpverleners peilen naar deze bronnen van psychische problemen bij hun patiënten.

De bevinding dat vrouwen minder vaak een professionele hulpverlener contacteren naarmate ze langer samenwonen met hun partner kan echter niet worden verklaard door eventuele verschillen in behoefte aan hulp of andere achtergrondkenmerken. Deze bevinding is in lijn met studies die aangeven dat mannen het zorggebruik ten behoeve van hun familieleden proberen te beperken (Singh 2003; Markey, Markey et al. 2005) en suggereert dat vrouwen hun gezondheidszorgconsumptie verminderen naarmate ze langer samenwonen. In het onderzoek naar het verband tussen informele en formele steun worden twee hypothesen naar voor geschoven. Langs de ene kant is er de crowding-out hypothese, die stelt dat sociale steun een substituuut kan vormen voor de professionele, formele hulpverlening (Broadhead, Gehlbach et al. 1989; Litaker & Love 2005). Langs de andere kant stelt de crowding-in hypothese dat diegenen die op sociale steun kunnen rekenen net vaker professionele hulp zullen zoeken, aangezien vrienden en familieleden helpen om psychische problemen te signaleren en de persoon in kwestie kunnen stimuleren om formele hulp

te zoeken (Carpentier & White 2002; Bracke, Colman et al. 2010; Knowlton, Yang et al. 2011). In tegenstelling tot de verwachtingen wordt er in deze studie geen invloed gevonden van gezondheidsgerelateerde steun van de partner. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er te weinig variatie is in de scores op deze indicator. Bijna alle respondenten hebben immers aangegeven dat ze redelijk veel of veel steun krijgen van hun partner bij zorgen of eventuele problemen met hun gezondheid. Toch voegen de resultaten van deze studie een belangrijke nuancering toe aan het crowding –in/crowding-out debat. Immers, hoe langer een vrouw samenwoont met een mannelijke partner, hoe kleiner de kans dat ze een professionele hulpverlener zal contacteren. Hoewel deze bevindingen in lijn zijn met de crowding-out hypothese, kunnen we niet concluderen dat de gegeven steun een substituuft vormt voor professionele hulpverlening. Het zou immers ook zo kunnen zijn dat mannen het zoeken naar professionele hulp ontmoedigen, en dat hun invloed daardoor leidt tot een lager zorggebruik.

In deze studie vinden we maar weinig invloed van demografische en socio-economische achtergrondkenmerken op het gebruik van professionele hulpverlening. We kunnen echter niet concluderen dat er geen socio-economische drempels zijn bij het zoeken naar hulp. Er kon immers geen onderscheid gemaakt worden tussen niet-gespecialiseerde en gespecialiseerde hulp, wegens het geringe aantal respondenten dat gebruik gemaakt heeft van gespecialiseerde hulp. Voorgaand onderzoek heeft reeds uitgewezen dat niet-gespecialiseerde hulpverleners zoals een huisarts vaker gecontacteerd worden door diegenen die het financieel minder breed hebben.

## 7 BELEIDSIMPLICATIES

Jonge mannen en vrouwen zijn kwetsbaar voor nieuwe episodes van mentale gezondheidsproblemen en suïcidepogingen (Bonneweyn, Bruffaerts et al. 2007; De Jaegere, Wit-touck et al. 2011; Boffin, Declercq et al. 2012). In het actieplan ter vermindering van het aantal zelfdodingen in Vlaanderen van minister Jo Vandeurzen wordt de promotie van het gebruik van professionele hulpverlening als één van de actiepunten naar voor geschoven (Vandeurzen 2012). Er blijkt hierover immers nog steeds schroom te bestaan. Bovendien hebben Vlamingen in vergelijking met Nederlanders meer negatieve attitude ten opzichte van het zoeken van professionele hulp, minder kennis van het aanbod van zorgverlening en zoeken Vlamingen minder professionele hulp (Reynders, Scheerder et al. 2011; Boffin, Declercq et al. 2012). Vooral mannen staan weigerachtig tegenover het zoeken van professionele hulp en ontraden soms ook hun familieleden om dergelijke hulp te zoeken (Schor, Starfield et al. 1987; Singh 2003; Markey, Markey et al. 2005; Phares, Fields et al. 2006).

Het bespreekbaar maken van psychische problemen en het optimaliseren van het zorggebruik bij mensen met psychische problemen, is ook één van de doelstellingen van het actieplan van minister Jo Vandeurzen. Hulp zoeken aanmoedigen en stigma doorbreken wordt hierin als één van de strategieën ter bevordering van de geestelijke gezondheid naar voor geschoven (Vandeurzen 2012). Hiertoe heeft men onder andere het beeldvormingsproject 'Te Gek!?' gelanceerd, dat psychische problemen bespreekbaar probeert te maken in de media en bij het grote publiek aan de hand

van lessenpakketten, tv-reportages, krantenbijdragen, concerten, cd's, voorstellingen,... Binnen het kader van dit project hebben reeds vele bekende Vlamingen over hun ervaringen met psychische problemen getuigd. Zo probeert men het sociale taboe rond psychische problemen te doorbreken.

Naast het aanpakken van de beeldvorming worden ook inspanningen geleverd om de hulpverlening toegankelijker te maken. Hierbij wordt anonimiteit als drempelverlagende conditie ten volle benut. Instrumenten die hun toegankelijkheid danken aan hun anonimiteit, zijn bijvoorbeeld websites ([www.noknok.be](http://www.noknok.be), [www.fitinjehoofd.be](http://www.fitinjehoofd.be)), games, telefonische en online hulp. Het is uiteraard positief dat er wordt ingezet op laagdrempelige hulpverlening, maar door vooral in te zetten op anonieme zorgverlening, wordt het stigma rond het gebruik van geestelijke gezondheidszorg niet ten gronde aangepakt. Enerzijds wordt er inderdaad rekening gehouden met het feit dat mensen net omwille van het stigma liever niet te koop lopen met hun mentale problemen en de hulp die ze ervoor inroepen. Anderzijds zorgt deze anonieme aanpak er niet voor dat psychische hulp zoeken uit de taboesfeer wordt gehaald. Sterker nog, het schaamtegevoel dat veel zorggebruikers vandaag teistert, wordt een vertrekpunt voor het uitwerken van zorgvoorzieningen.

Het taboe rond de geestelijke gezondheidszorg kan enkel aangepakt worden door tegelijk de beeldvorming rond psychische problemen aan te pakken, het gebruik maken van hulp om deze problemen bespreekbaar te maken en de toegankelijkheid van de zorg te optimaliseren. Een concreet voorbeeld hiervan zijn de multidisciplinaire huisartsenprak-

tijken in Nederland, waar huisartsen samenwerken met andere hulpverleners zoals psychologen. Deze praktijken zijn even toegankelijk als andere huisartspraktijken (Braspenning, Wichers et al. 2007) en plaatsen de psychische hulpverlening binnen het vertrouwde en maatschappelijk aanvaarde kader van de huisartspraktijk. De Nederlandse huisartsen vervullen bovendien, meer dan de Vlaamse huisartsen, een belangrijke doorverwijzende rol (Reynders, Scheerder et al. 2011). Deze sterkere samenwerking tussen de medische en niet-medische hulpverlening kan mogelijks verklaren waarom Nederlanders gemakkelijker de weg vinden naar de hulpverlening voor mentale problemen. Ook in Vlaanderen is de huisarts het belangrijkste aanspreekingspunt bij psychische problemen, maar hier verloopt de samenwerking met andere disciplines minder vlot. Huisartsen behandelen een groot deel van deze patiënten zelf (Boffin, Declercq et al. 2012), terwijl dit slechts in beperkte mate aan bod komt in hun opleiding (Hermans, De Witte et al. 2012). Meer aandacht voor mentale problemen in de basisopleiding geneeskunde is dus noodzakelijk, opdat huisartsen beter opgeleid zouden zijn om patiënten met dergelijke problemen te helpen. Bovendien zou dit ertoe kunnen leiden dat meer studenten geïnteresseerd geraken in deze materie en kiezen voor de nu weinig populaire specialisatierichting psychiatrie (Dom 2011; Hermans, De Witte et al. 2012).

Drie kwart van de patiënten die bij een huisarts langsgaan omwille van een nieuwe episode van depressie krijgen een voorschrift van antidepressiva (Boffin, Declercq et al. 2012). Een vrij klein deel van de patiënten wordt doorverwezen naar geestelijke gezondheidszorg op de tweede en derde lijn. Doordat de

samenwerking met, en de doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening minder vlot verloopt dan in Nederland, vindt men in Vlaanderen minder vlot de weg naar de professionele hulpverlening (Reynders, Scheerder et al. 2011). Meer overleg met andere zorgverleners, of een gedeelde aanpak zou nochtans wenselijk zijn (Boffin, Declercq et al. 2012).

## 8 REFERENTIES

- Amato, P. R. (2000). "The consequences of divorce for adults and children." *Journal of Marriage and Family* 62(4): 1269-1287.
- Andersen, R. M. (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36(1): 1-10.
- August, K. and D. Sorkin (2010). "Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control." *Social science & medicine* 71(10): 1831-1838.
- Baron, K., T. Smith, et al. (2011). "Spousal involvement in CPAP adherence among patients with obstructive sleep apnea." *Sleep & breathing* 15(3): 525-534.
- Beekman, A., D. Deeg, et al. (1995). "Predicting the course of depression in the older population: results from a community-based study in The Netherlands." *Journal of Affective Disorders* 34(1): 41-49.
- Blekesaune, M. (2008). "Partnership Transitions and Mental Distress: Investigating Temporal Order." *Journal of Marriage and Family* 70: 879-890.
- Boffin, N., T. Declercq, et al. (2012). Patiënten met een nieuwe episode van depressie in de huisartsenparktijk in het Vlaams Gewest: gegevens van het Belgische netwerk van Huisartsenpeilpraktijken in 2008 [online publicatie]. Brussel, Vlaams Agentschap zorg & Gezondheid.
- Bonneweyn, A., R. Bruffaerts, et al. (2007). "Lifetime risk and age-of-onset of mental disorder in the Belgian general population." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 42: 522-529.
- Bracke, P. (1998). "Depressiviteit en de economische gevolgen van echtscheiding voor vrouwen en mannen." *Mens en Maatschappij* 73: 233-252.
- Bracke, P., E. Colman, et al. (2010) "Divorce, divorce rates, and professional care seeking for mental health problems in Europe: a cross-sectional population-based study." *BMC Public Health* 10 DOI: 10.1186/1471-2458-10-224
- Braspenning, J., L. Wichers, et al. (2007). "Praktijkvoering LINH-praktijken representatief." *Huisarts en Wetenschap* 50(4): 230-231.
- Broadhead, W. E., S. H. Gehlbach, et al. (1989). "Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice." *Medical care* 27(3): 221-233.

- Butterworth, P. and B. Rodgers (2006).  
"Concordance in the mental health of spouses: analysis of a large national household panel survey." *Psychological Medicine* 36(5): 685-697.
- Cardol, M., P. Groenewegen, et al. (2006).  
"Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behaviour by shared circumstances, socialisation and selection." *Social science & medicine* 63(4): 920-932.
- Cardol, M., P. Spreeuwenberg, et al. (2005).  
"Shared help seeking behaviour within families: a retrospective cohort study." *BMJ. British medical journal* 330(7496): 882-884B.
- Cardol, M., W. J. H. M. van den Bosch, et al. (2006). "All in the family: headaches and abdominal pain as indicators for consultation patterns in families." *Annals of family medicine* 4(6): 506-511.
- Carpentier, N. and D. White (2002). "Cohesion of the primary social network and sustained service use before the first psychiatric hospitalization." *The journal of behavioral health services & research* 29: 404-418.
- Choi, H. and N. Marks (2008). "Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment." *Journal of Marriage and Family* 70(2): 377-390.
- Colman, E., S. Symoens, et al. (2012)  
"Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders." *BMC Health Services Research* 12 DOI: doi:10.1186/1472-6963-12-420.
- De Jaegere, E., C. Wittouck, et al. (2011). *De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen. Jaarverslag 2010, Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, UGent.*
- Demo, D. and A. Acock (1996). "Singlehood, marriage, and remarriage: The effects of family structure and family relationships on mothers' well-being." *Journal of family issues* 17: 388-407.
- Desai, S., U. Schimmack, et al. (2012). "Spousal Similarity in Depression: A Dyadic Latent Panel Analysis of the Panel Study of Belgian Households." *Journal of abnormal psychology* 121(2): 309-314.
- Dom, G. (2011). "Psychiater, een aantrekkelijke beroepskeuze?" *Tijdschrift voor Psychiatrie* 53(11): 793-796.
- Evenson, R. J. and R. W. Simon (2005).  
"Clarifying the relationship between parenthood and depression." *Journal of Health and Social Behavior* 46(4): 341-358.



- Falba, T. and J. Sindelar (2008). "Spousal concordance in health behavior change." *Health services research* 43(1 Pt 1): 96-116.
- Galdas, P., F. Cheater, et al. (2005). "Men and health help-seeking behaviour: literature review." *Journal of advanced nursing* 49(6): 616-623.
- Gouwy, A., W. Christiaens, et al. (2005). "Mental health service use in the general Belgian population: estimating the impact of mental health and social determinants." *Archives of Public Health* 66: 50-68.
- Hermans, M. H. M., N. De Witte, et al. (2012). "The state of psychiatry in Belgium." *International review of psychiatry* 24(4): 286-294.
- Hippisley Cox, J., C. Coupland, et al. (2002). "Married couples' risk of same disease: cross sectional study." *BMJ. British medical journal* 325(7365): 636-638A.
- Idler, E. and Y. Benyamini (1997). "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies." *Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21-37.
- Knowlton, A., C. Yang, et al. (2011). "Informal Care and Reciprocity of Support are Associated with HAART Adherence Among Men in Baltimore, MD, USA." *AIDS AND BEHAVIOR* 15(7): 1429-1436.
- Koopmans, G. and L. Lamers (2007). "Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity." *Social science & medicine* 64(6): 1216-1230.
- Kouros, C. and E. M. Cummings (2011). "Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms." *American journal of orthopsychiatry* 81(1): 128-138.
- Laurent, H., H. Kim, et al. (2009). "Longitudinal effects of conflict behaviors on depressive symptoms in young couples." *Journal of family psychology* 23(4): 596-605.
- Lave, J., P. Peele, et al. (2002). "An exploratory analysis of behavioral health care use within families." *Psychiatric Services* 53(6): 743-748.
- Lewis, M. and R. Butterfield (2007). "Social control in marital relationships: Effect of one's partner on health behaviors." *Journal of Applied Social Psychology* 37(2): 298-319.
- Lewis, M., C. McBride, et al. (2006). "Understanding health behavior change among couples: an interdependence and communal coping approach." *Social science & medicine* 62(6): 1369-1380.
- Lin, E., P. Goering, et al. (1996). "The use of mental health services in Ontario:

- epidemiologic findings." *Canadian journal of psychiatry* 41(9): 572-577.
- Litaker, D. and T. Love (2005). "Health care resource allocation and individuals' health care needs: examining the degree of fit." *Health policy* 73(2): 183-193.
- Lorenz, F., R. Simons, et al. (1997). "Married and recently divorced mothers' stressful events and distress: Tracing change across time." *Journal of Marriage and Family* 50.
- Markey, C. N., P. M. Markey, et al. (2005). "Marital status and health beliefs: Different relations for men and women." *Sex roles* 53(5-6): 443-451.
- Meadows, S., S. McLanahan, et al. (2008). "Stability and change in family structure and maternal health trajectories." *American sociological review* 73(2): 314-334.
- Mirowsky, J. and C. E. Ross (1995). "Sex-Differences in Distress: Real or Artifact?" *American sociological review* 60(3): 449-468.
- Mortelmans, D., I. Pasteels, et al. (2011). *Divorce in Flanders. Data collection and Code Book*. [[Http://divorceinlanders.be](http://divorceinlanders.be)].
- Muhammad, A. and A. Gagnon (2010). "Why Should Men and Women Marry and Have Children? Parenthood, Marital Status and Self-perceived Stress among Canadians." *Journal of health psychology* 15(3): 315-325.
- Novak, S. and G. Webster (2011). "Spousal social control during a weight loss attempt: A daily diary study." *Personal relationships* 18(2): 224-241.
- Pai, C.-W., A. Godboldo Brooks, et al. (2010). "Spousal concordance for overall health risk status and preventive service compliance." *Annals of epidemiology* 20(7): 539-546.
- Pescosolido, B. A. (1992). "BEYOND RATIONAL CHOICE - THE SOCIAL DYNAMICS OF HOW PEOPLE SEEK HELP." *American journal of sociology* 97(4): 1096-1138.
- Phares, V., S. Fields, et al. (2006). "Getting fathers involved in child-related therapy." *Cognitive and behavioral practice* 13(1): 42-52.
- Phillips, D. L. and B. E. Segal (1969). "Sexual status and psychiatric symptoms." *American sociological review* 34(1): 58-72.
- Prigerson, H. G., P. K. Maciejewski, et al. (1999). "The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women." *Medical care* 37(9): 858-873.
- Reynders, A., G. Scheerder, et al. (2011). *Suicide in Vlaanderen en Nederland. Een*

- verklaring vanuit sociaal cognitieve factoren en hulpzoekend gedrag. Leuven.
- Rickwood, D. J. and V. A. Braithwaite (1994). "Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems." *Social science & medicine* 39(4): 563-572.
- Ryssaert, L., D. Avonts, et al. (2011). *Gezondheid en Zorg in Vlaanderen, Europees gekaderd. De Sociale Staat van Vlaanderen 2011*. J. Noppe, L. Vanderleyden and M. Callens. Brussel, Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Schonbrun, Y. and M. Whisman (2010). "Marital distress and mental health care service utilization." *Journal of consulting and clinical psychology* 78(5): 732-736.
- Schor, E., B. Starfield, et al. (1987). "Family health. Utilization and effects of family membership." *Medical care* 25(7): 616-626.
- Sepehri, A., S. Moshiri, et al. (2008). "Taking account of context: how important are household characteristics in explaining adult health-seeking behaviour? The case of Vietnam." *Health policy and planning* 23(6): 397-407.
- Simon, R. W. and K. Marcussen (1999). "Marital transitions, marital beliefs, and mental health." *Journal of Health and Social Behavior* 40(2): 111-125.
- Singh, I. (2003). "Boys will be boys: fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment." *Harvard review of psychiatry* 11(6): 308-316.
- Spinney, L. (2009). "European Brain Policy Forum 2009: Depression and the European Society." *European Psychiatry* 24(5): 550-551.
- Staff, J., J. Schulenberg, et al. (2010). "Substance use changes and social role transitions: Proximal developmental effects on ongoing trajectories from late adolescence through early adulthood." *Development and psychopathology* 22(04): 917-932.
- Stimpson, J. P., M. K. Peek, et al. (2006). "Depression and mental health among older Mexican American spouses." *Aging and mental health* 10(4): 386-393.
- Symoens, S., E. Colman, et al. (2011). *Welbevinden van (ex-)partners en kinderen. Scheiding in Vlaanderen D. P. Mortelmans, Inge; Bracke, Piet; Matthijs, Koen; Van bavel, Jan; Van Peer, Christine*. Leuven, Acco: 237-266.
- Thielke, S., P. Diehr, et al. (2010). "Prevalence, incidence, and persistence of major depressive symptoms in the Cardiovascular Health Study." *Aging & Mental Health* 14(2): 168-176.

- Thoits, P. (2011). "Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health." *Journal of Health and Social Behavior* 52(2): 145-161.
- Umberson, D. (1987). "Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration." *Journal of Health and Social Behavior* 28: 306-319.
- Umberson, D. (1992). "Gender, marital status and the social control of health behavior." *Social science & medicine* 34(8): 907-917.
- Van de Velde, S., P. Bracke, et al. (2010). "Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8." *Social science research* 39(3): 396-404.
- van Doorslaer, E. and A. Jones (2004). "Income-related inequality in health and health care in the European Union." *Health economics* 13(7): 605-608.
- van Wijk, C. M. and A. M. Kolk (1997). "Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory." *Social science & medicine* 45(2): 231-246.
- Vandeuren, J. (2012). "Persmededeling van Jo Vandeuren, Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Minister Vandeuren lanceert nieuwe actieplan om zelfdodingen te verminderen." Retrieved 2012/09/07, 2012.
- Vogel, D., N. Wade, et al. (2007). "Seeking help from a mental health professional: the influence of one's social network." *Journal of clinical psychology* 63(3): 233-245.
- von dem Knesebeck, O., E. Pattyn, et al. (2011). "Education and depressive symptoms in 22 European countries." *International journal of public health* 56(1): 107-110.
- Wade, T. J. and J. Cairney (2000). "Major depressive disorder and marital transition among mothers: results from a national panel study." *The journal of nervous and mental disease* 188(11): 741-750.
- Wang, P., M. Lane, et al. (2005). "Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of general psychiatry* 62(6): 629-640.
- Westmaas, J. L., T. C. Wild, et al. (2002). "Effects of gender in social control of smoking cessation." *Health psychology* 21(4): 368-376.
- Whisman, M. and L. Uebelacker (2009). "Prospective Associations Between Marital Discord and Depressive Symptoms in Middle-Aged and Older Adults." *Psychology and aging* 24(1): 184-189.

Williams, K. and A. Dunne Bryant (2006).

"Divorce and adult psychological well-being: Clarifying the role of gender and child age." *Journal of Marriage and Family* 68(5): 1178-1196.

Zwaanswijk, M., P. F. M. Verhaak, et al. (2003).

"Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature." *European child & adolescent psychiatry* 12(4): 153-161.

## 9 APPENDIX

### 9.1 GEBRUIKTE AFKORTINGEN EN WISKUNDIGE TEKENS

p = significantieniveau

P = correlatie

SA = standaardafwijking

OR = odds ratio

BI = betrouwbaarheidsinterval

### 9.2 EXTRA TABEL

**Tabel 3: Resultaten van de logistische regressies voor mannen en vrouwen, zonder de indicatoren van behoefte aan hulp**

	MANNEN			VROUWEN		
	OR	BI		OR	BI	
Constante	0,254			0,656		
Jaren samenwonend	0,998	0,896	1,112	0,866	**	0,794 0,945
Steun van partner i.v.m. gezondheid	0,725	0,316	1,665	0,658	*	0,418 1,036
Conflict met partner	1,063	0,942	1,200	1,119	**	1,035 1,210
Gescheiden	0,982	0,442	2,181	0,998		0,563 1,771
Gebruik van hulpverlening door partner	1,839	0,871	3,884	1,735		0,814 3,698
Gehuwd	0,551	0,289	1,052	0,852		0,559 1,299
Ouderschap	1,298	0,589	2,865	0,883		0,513 1,522
Leeftijd	1,080	0,999	1,167	1,033		0,969 1,101
Equivalent huishoudinkomen						
EHI < 80% gemiddelde	0,615	0,263	1,439	0,885		0,515 1,522
EHI > 120% gemiddelde	0,889	0,343	2,302	0,403	*	0,176 0,922
EHI ontbrekende waarde	0,922	0,205	4,137	0,926		0,389 2,200
Opleiding						
Laag	0,931	0,296	2,924	0,885		0,515 1,522
Hoog	0,898	0,459	1,755	0,403		0,176 0,922
Voltijds werkend	0,280	*	0,102 0,767	0,926		0,389 2,200

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

### 9.3 OPERATIONALISERING VAN DE VARIABELEN

#### 9.3.1 Afhankelijke variabele

Het gebruik van professionele hulpverlening werd bepaald door na te gaan welke van de volgende personen de respondent heeft gecontacteerd omwille van sociale of emotionele problemen gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het interview: (1) een huisarts, (2) psychiater, (3) andere geneesheer-specialist (geen psychiater), (4) psycholoog, (5) relatie-en gezinstherapeut, (6) alternatieve geneeskundige (vb. homeopaat, acupuncturist, osteopaat, chiropractor,...) of (7) niemand. Het was mogelijk om meerdere antwoordcategorieën aan te duiden. Aangezien we ons in deze studie concentreren op het gebruik van professionele hulpverlening omwille van sociale en emotionele problemen, nemen we enkel contacten in beschouwing met die professionele hulpverleners die hier wellicht het vaakst voor worden gecontacteerd: huisartsen, psychologen en psychiaters. Respondenten die minstens één van deze professionele hulpverleners hebben gecontacteerd krijgen een score 1, de anderen scoren 0.

#### 9.3.2 Onafhankelijke variabelen

De *duurtijd van het samenwonen* werd berekend op basis van de datum van samenwonen en de datum van het interview. Indien deze informatie ontbrak, werd het aantal jaren dat men samenwoont berekend op basis van de leeftijd.

De *gezondheidsgerelateerde steun* die men ontvangt van de partner werd bepaald door te vragen: in welk mate wordt u door uw partner gesteund bij zorgen of eventuele problemen met uw gezondheid? De mogelijke antwoorden waren: (1) Geen steun van partner, (2) Weinig steun van partner, (3) Redelijk veel steun van partner en (4) Veel steun van partner. De meeste respondenten (89,3% mannen en 84,1% vrouwen) gaven aan dat ze veel steun ontvingen van hun partner.

De maat voor *conflict* met de partner werd berekend volgens dezelfde werkwijze als Symoens en Bracke (2012). Respondenten werd gevraagd: Hoe vaak hebben de volgende situaties zich in de voorbije twaalf maanden voorgedaan tussen u en uw partner?: (a) Elkaar verwijten maken, (b) schreeuwen of roepen, (c) lichamelijk geweld gebruiken, (d) met iets gooien of opzettelijk iets stuk maken en (e) niet meer met elkaar praten. De mogelijke antwoordcategorieën waren: (0) Nooit, (1) Minder dan 1 keer per maand, (2) 1 keer per maand, (3) Verschillende keren per maand (maar niet wekelijks), (4) 1 keer per week, (5) Verschillende keren per week (maar niet dagelijks) en (6) Dagelijks. De antwoorden op de 5 items werden opgeteld, resulterend in een schaal van 0 tot 30.

Om na te gaan of de respondenten ooit *gescheiden* zijn werd aan de samenwonenden gevraagd: 'Hebt u ooit samengewoond met een andere partner?'. Aan de gehuwden werd gevraagd: 'Hebt u voor uw huwelijk samengewoond met een andere partner?'. Respondenten konden telkens antwoorden met 'Ja' (%) of 'Neen' (%).

De afhankelijke variabele in de steekproef van mannen wordt in de analyse van hun partners toegevoegd als indicator van *gebruik van hulpverlening door partner* en omgekeerd.

*Depressieve symptomen* werd gemeten met behulp van de 8-items versie van de Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D8) (Radloff, 1977). Deze schaal is ontworpen om groepen met een hoger risico op de ontwikkeling van een depressie te identificeren. Er wordt gevraagd hoe vaak men zich gedurende de week voorafgaand aan het interview gedeprimeerd gevoeld heeft, gelukkig was, zich eenzaam gevoeld heeft,... De antwoordmogelijkheden bestonden uit: (0) Zelden of nooit, (1) Soms, (2) Vaak of (3) Altijd of bijna altijd. De scores op de 8 items worden opgeteld wat resulteert in een schaal gaande van 0 tot 24. Hoge scores wijzen op een hoge frequentie en intensiteit van depressieve symptomen. De CES-D8-schaal heeft een goede betrouwbaarheid, zowel in de steekproef van mannen (Cronbach's alpha mannen = 0.721), als in de steekproef van vrouwen (Cronbach's alpha vrouwen = 0.779). We beschouwden depressie als een continuüm en gebruiken aldus geen cut-offs. Een uitzondering hierop wordt gemaakt bij de beschrijving van de sample, waarbij we nagaan welk percentage van de steekproef van mannen en de steekproef van vrouwen in hoge mate depressieve symptomen ervaren. Hierbij gebruiken we in navolging van voorgaande studies (Van de Velde, Bracke et al. 2010; von dem Knesebeck, Pattyn et al. 2011) een cut-off point van 10.

*Subjectieve gezondheid* wordt ook opgenomen in de analyses. Deze indicator van behoefte is gerelateerd aan zowel de fysieke als de mentale gezondheid (Mavaddat et al., 2011; Singh-Manoux et al., 2006). Het werd gemeten aan de hand van de vraag 'Hoe is je algemene gezondheidstoestand?'. De antwoordmogelijkheden waren (1) Zeer slecht, (2) Slecht, (3) Gaat wel (redelijk), (4) Goed en (5) Zeer goed.

Wat betreft burgerlijke staat maken we een onderscheid tussen zij die *gehuwd* zijn en zij die ongehuwd samenwonen.

Respondenten die minstens één biologisch of geadopteerd kind hebben worden beschouwd als *ouders*. Stief- of pleegkinderen worden niet meegerekend.

*Leeftijd* werd berekend op basis van de geboortedatum en de datum van het interview.

Het *equivalent huishoudinkomen* werd berekend volgens de richtlijnen van de 'OECD Modified Scale' (Haagenars, De Vos, & Zaidi, 2011). Er werden 4 verschillende inkomenscategorieën gedefinieerd: minder dan 79% van het gemiddelde, 80-119% van het gemiddelde (referentiecategorie), meer dan 120% van het gemiddelde en zij die een ontbrekende waarde hebben op deze variabele.

Met betrekking tot tewerkstellingsstatus werden er twee verschillende categorieën onderscheiden: diegenen die *voltijds werken* (referentiecategorie) versus diegenen die niet voltijds werken. Er wordt geen onderscheid gemaakt binnen de categorie van niet-voltijds werkenden aangezien hun aantal te gering is.



Er werden drie verschillende *opleidingscategorieën* gedefinieerd: hoog (tertiair), gemiddeld (secundair) en laag (ongeschoold tot primair onderwijs). De categorie 'gemiddeld' werd telkens als referentiecategorie gebruikt.

## **ENGLISH ABSTRACT**

Although the literature on determinants of health care use has traditionally been concentrating on individual determinants, the couple can also be considered as an important entity in the study of mental health care use. We examine how the mental health care use of recently cohabiting or newlywed men and women (N=798 couples) is influenced by the mental health care use of their partner, characteristics of their relationship (years living together, health-related support, conflict) and a broken cohabiting relationship. We find no direct effects of intimate relationships on men's mental health care use. Among women, results show that those who have ever been separated and those who have more conflicts with their partner have a higher health care use, which can be attributed to their higher need for care. Results also show that the longer women live with their male partner, the less mental health care they consume.

Keywords: Professional care, mental health, partnerships, young couples