

ADVIESNOTA

Datum	13 maart 2025
Onderwerp	Totstandkoming voorstel Mentale gezondheid, gekoppeld aan jaarrekeningresultaat 'Samen voor gezond'.
Organisatieonderdeel	GGD
Auteurs	P. van Prooijen, E. Kuilder
Afgestemd met verantwoordelijke	Ja
Ten behoeve van	Algemeen bestuur DG&J

Geachte leden van het Algemeen Bestuur,

Het dagelijks bestuur informeert u over het volgende:

Aanleiding/eerder genomen besluit

Op 7 november 2024 heeft het Algemeen Bestuur gesproken over het resultaat ter hoogte van 350.000 euro dat is ontstaan binnen het budget Samen voor Gezond 2020-2024. Het Algemeen Bestuur heeft besloten om pas bij vaststelling van de jaarrekening 2024 (op 10 juli 2025) te besluiten over de bestemming van de 350.000 euro. Hierbij is afgesproken dat de DG&J in aanloop naar 10 juli een voorstel doet voor preventie op het gebied van mentale gezondheid, ter hoogte van maximaal dit bedrag. Besluitvorming over het plan mentale gezondheid wordt zodoende gekoppeld aan de besluitvorming over de jaarrekening 2024 en de begroting 2026.

Met primaire preventie op mentale gezondheid willen we eraan bijdragen dat de instroom in hulpverleningstrajecten minder groot wordt, of dat er minder zware trajecten nodig zijn. En op langere termijn: dat mentale ongezondheid ook minder wordt doorgegeven naar toekomstige generaties. De cijfers in Nederland en ook in Zuid-Holland Zuid laten zien dat de mentale gezondheid van inwoners er niet goed voor staat. Cijfers in de jeugdmonitor (13-15 jaar) en volwassenenmonitor (18+) tonen een neerwaartse trend, dus hun mentale gezondheid wordt slechter. De cijfers in de leeftijdsgroep 16 tot en met 25 jaar (Jongvolwassenenmonitor, 2022 en 2024) zijn in 2024 weliswaar licht verbeterd ten opzichte van 2022, maar tonen in absolute zin de grootste mentale ongezondheid van alle drie de doelgroepen. Binnen de groep jongvolwassenen (16 tot en met 25 jaar) springen vooral meiden er negatief uit, en ook laagopgeleiden.

Ter illustratie kunnen we op basis van data van de SOJ aangeven dat in september 2024 zo'n 3.300 jongeren in Zuid-Holland Zuid onder de 18 jaar gebruik maakten van jeugd-GGZ. Daarvan zaten 400 jongeren in een basis-GGZ traject, dat gemiddeld een behandelduur heeft van zes maanden en 1.400 euro per traject kost. De overige 2.900 jongeren zaten in een specialistisch GGZ traject. Daarbinnen is sprake van een grote variatie aan zwaarte van trajecten, doorlooptijden en kosten. Er is een kleine terugloop zichtbaar in de vraag naar basis- en specialistische GGZ omdat jonge inwoners tegenwoordig vaker worden geholpen via het lokale team of door de POH GGZ. Daarnaast kan een aanpak met primaire preventie bijdragen aan deze beweging.

Bestuurlijk proces

Het bestuurlijke proces rondom vaststelling van de jaarrekening 2024 en de begroting 2026 kent twee momenten in het Algemeen Bestuur:

- De conceptbehandeling vindt plaats op 3 april, waarna op 14 april een zienswijzeprocedure start. Documenten die op 3 april in het Algemeen Bestuur moeten liggen, moeten ambtelijk op 11 februari gereed zijn.
- Op 10 juli vindt definitieve besluitvorming plaats. Documenten die op 10 juli in het Algemeen Bestuur worden behandeld, moeten ambtelijk op 20 mei gereed zijn.

Het was, zoals aangegeven, voor de DG&J niet mogelijk om op 11 februari een volledig voorstel voor mentale gezondheid gereed te hebben. Het is immers van belang dat er voldoende en zorgvuldige afstemming met bestuurders, ambtenaren en andere partners plaatsvindt. Toewerken naar een gezamenlijk en gedragen plan is belangrijk. Daarom ontvangt u nu, voor het Algemeen Bestuur van 3 april, voorliggende notitie met informatie die gereed was op 11 februari. Tijdens behandeling op 3 april wordt een presentatie gegeven met de stand van zaken op dat moment.

Het streven is dat de programmamanager, die verantwoordelijk is voor de totstandkoming van het voorstel, vóór het Algemeen Bestuur van 3 april alle individuele AB-wethouders samen met de desbetreffende ambtenaar publieke gezondheid spreekt, om van gedachten te wisselen over de gezamenlijke richting. Ook staat mentale gezondheid op de agenda van het Ambtelijk Overleg Publieke Gezondheid op 11 maart 2025.

Tussen het Algemeen Bestuur van 3 april en het indienen van het definitieve voorstel richting het Algemeen Bestuur van 10 juli (20 mei) vindt ook nog nadere afstemming met inwoners en partners plaats. Met welke partners precies in gesprek wordt gegaan, hangt af van de richting waarin het voorstel zich inhoudelijk ontwikkelt.

Totstandkoming voorstel mentale gezondheid

Om tot een voorstel voor mentale gezondheid te komen, doorloopt de GGD de volgende stappen.

Stap 1: Kwantitatief en kwalitatief in beeld brengen wat het centrale probleem/vraagstuk is: hoe ziet de mentale gezondheid eruit van inwoners van Zuid-Holland Zuid? Wat zijn landelijke ontwikkelingen?

Deze stap vormt het fundament en vertrekpunt van het vraagstuk. Om dit in beeld te brengen wordt gebruik gemaakt van de data uit de GGD-gezondheidsmonitors ZHZ, van literatuurstudies en van overige inhoudelijke expertise die de GGD/DG&J heeft op dit onderwerp. De GGD maakt daarbij gebruik van haar nauwe samenwerking met kennisinstituten als het Trimbos-instituut, Movisie, RIVM, NJI en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Ook participeert de GGD onder andere in het 'Landelijk dekkend netwerk effectief mentaal gezondheidsbeleid' (een opdracht van het ministerie van VWS aan het Trimbos-instituut). Het gaat hier ook om oorzaken van en verklaringen voor trends in mentale gezondheid.

Waar het grootste deel van de GGD vooral met preventie aan de voorkant van de keten werkt, hebben OGGZ, LVS, SOJ en Veilig Thuis kennis over inwoners die zorg en ondersteuning nodig hebben (achterkant van de keten), en welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. Dit raakt veelal de mentale gezondheid van inwoners. Ook die kennis wordt in deze stap benut.

Stap 2: Doel en rol duiden

Hierin wordt een afbakening gemaakt binnen mentale gezondheid, wordt het na te streven doel bepaald en wordt de rol van de GGD gedefinieerd.

Stap 3: Opstellen van een (programmatische) aanpak op mentale gezondheid

Dit gaat om het samenstellen van een set van acties en interventies die bijdraagt aan het beoogde doel. De aanpak bevat ook de strategie, inclusief benodigde samenwerking met partners en benodigde randvoorwaarden.

Deze aanpak komt onder andere tot stand op basis van:

- Kennis over effectieve interventies op mentale gezondheid.
- Wat denkt de doelgroep: wat helpt hen?
- Praktijkkennis van professionals: wat zien zij en wat zou naar hun inschatting helpend zijn?

Hierbij wordt ook nagegaan welke initiatieven er al zijn in de regio. Ook wordt onderzocht of zich kansen voordoen voor cofinanciering, bijvoorbeeld in de vorm van het aanvragen van subsidiemiddelen bij instituten als ZonMw.

Medewerkers van OGGZ, LVS, SOJ en Veilig Thuis worden nauw betrokken bij het ontwikkelen van het voorstel voor mentale gezondheid, zodat een set aan interventies ontstaat die daadwerkelijk het verschil gaan maken voor jongeren/jongvolwassenen in ZHZ.

Stap 4: Merkbaar en meetbaar

De beoogde aanpak moet zo veel mogelijk meetbaar en in ieder geval merkbaar worden gemaakt.

Stand van zaken op 11 februari 2025

Bij het schrijven van voorliggende notitie (dd. 11 februari) is stap 1 in concept grotendeels afgerond en wordt gewerkt aan stappen 2 en 3. In bijlage 1 geeft de GGD een beknopte samenvatting van de uitkomsten tot nu toe. In bijlage 2 vindt u een onderzoeksrapport behorend bij stap 1. Tijdens de presentatie op 3 april in het Algemeen Bestuur wordt dit toegelicht, aangevuld met wat tussen 11 februari en 3 april verder is ontwikkeld. Op 10 juli ligt er een compleet voorstel klaar, waarover u kunt besluiten.

Portefeuillehouder: Marc Merx
Informatie: Erika Kuilder
Telefoonnummer: 06-10417485
E-mail: e.kuilder@ggdzhz.nl

Bijlagen:

1. Inhoudelijke uitkomsten en inzichten tot nu toe (bij Adviesnota Totstandkoming voorstel Mentale gezondheid, gekoppeld aan jaarrekeningresultaat 'Samen voor gezond'), 10 februari 2025;
2. 'De status van mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid: een verkenning', 10 februari 2025.

Bijlage 1 Inhoudelijke uitkomsten en inzichten tot nu toe

bij de AB-adviesnota "Totstandkoming voorstel Mentale gezondheid" (AB 3 april 2025)

10 februari 2025

In deze bijlage leest u achtereenvolgens:

- Definitie van mentale gezondheid
- Beknopt cijfermatig beeld van de gezondheid in Zuid-Holland Zuid
- Oorzaken/verklarende factoren van mentale (on)gezondheid
- Verklaringen voor trends in mentale gezondheid en zorgvraag
- Beoogde doel (dit is in concept)
- Rol GGD in mentale gezondheid (i.r.t. dit concept doel)
- Toewerken naar een concreet voorstel: kiezen van impactvolle oplossingen

Definitie mentale gezondheid

De definitie van mentale gezondheid die we hanteren, luidt:

"De manier waarop je je verhoudt tot jezelf en tot anderen en hoe je omgaat met de uitdagingen in het dagelijks leven. Tegelijkertijd gaat het ook over hoe jij en anderen in de samenleving dit ervaren" (Trimbos-instituut, Van Bon-Martens et al., 2022).

Cijfermatig beeld mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid

In bijlage 2 treft u het uitgebreide onderzoeksrapport waarin de GGD de cijfers over mentale gezondheid uit drie gezondheidsmonitors heeft geanalyseerd voor Zuid-Holland Zuid: jeugdmonitor, jongvolwassenmonitor en de volwassenmonitor. Voor de groep jongvolwassenen is, omdat zij er het slechtst uit naar voren komen, per thema een verdieping aangebracht: op geslacht, opleidingsniveau en onderverdeling van leeftijden binnen de groep 16-25 jaar. In het rapport staat ook geduid hoe de cijfers wel en niet kunnen en mogen worden geïnterpreteerd en vergeleken.

De uitkomsten van dat rapport vatten we als volgt samen:

De cijfers in Nederland en ook in Zuid-Holland Zuid laten zien dat de mentale gezondheid van inwoners er niet goed voor staat. Cijfers in de jeugdmonitor (13-15 jaar) en volwassenmonitor (18+) tonen een neerwaartse trend, dus hun mentale gezondheid wordt slechter. De cijfers in de leeftijdsgroep 16 tot en met 25 jaar (Jongvolwassenmonitor, 2022 en 2024) over mentale gezondheid zijn in 2024 weliswaar licht verbeterd ten opzichte van 2022, maar tonen in absolute zin de grootste mentale ongezondheid van alle drie de doelgroepen. Binnen de groep jongvolwassenen (16 tot en met 25 jaar) springen vooral meiden er negatief uit, en ook laagopgeleiden. Alle GGD-gezondheidsmonitors zijn gebaseerd op zelfrapportage.

In tabel 1 leest u de uitkomsten uit de monitor jongvolwassenen, gehouden in 2022 en 2024. In tabel 2 staat een overzicht van het aantal inwoners in de leeftijd 16- tot en met 25 jaar per gemeente in Zuid-Holland Zuid. Hieruit blijkt onder andere dat van de groep 16- tot en met 25-jarigen in Zuid-Holland Zuid:

- 57% ofwel 31.300 16-25-jarigen zich enigszins tot sterk eenzaam voelen;
- 23% ofwel 12.630 16-25-jarigen zich sterk eenzaam voelen;
- 42% ofwel 23.063 16-25-jarigen vaak of veel last hebben van stress;
- 45% ofwel 24.711 16-25-jarigen psychische klachten ervaren op basis van de 'MHI-5'; MHI-5 is een internationale standaard waarmee psychische klachten worden gemeten op basis van zelfrapportage over ervaren mentale gezondheid in de afgelopen vier weken. 45% betekent dat bijna de helft van deze leeftijdsgroep zichzelf dus mentaal niet gezond voelde in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek;
- 28% ofwel 15.376 16-25-jarigen in de twaalf maanden voorafgaand aan het onderzoek suïcide overwoog.

Tabel 1: Mentale gezondheid jongvolwassenen (16-25 jaar), totaal, man/vrouw en laag-/hoogopgeleid

Indicator	totaal 2022	totaal 2024	man 2024	vrouw 2024	laag opgeleid 2024 mannen en vrouwen	hoog opgeleid 2024 mannen en vrouwen
Angst of depressie laatste 4 weken <i>absoluut</i>	84% 46.127	80% 43.930	73%	87%	80%	80%
Eenzaamheid enigszins tot sterk eenzaam <i>absoluut</i>	64% 35.144	57% 31.300	52%	62%	68%	50%
Eenzaamheid (Sterk eenzaam) <i>absoluut</i>	27% 14.827	23% 12.630	19%	26%	32%	17%
Weerbaarheid (voldoende weerbaar) <i>absoluut</i>	79% 43.381	83% 45.578	89%	77%	83%	85%
Gelukkig voelen <i>absoluut</i>	55% 30.202	62% 34.046	67%	58%	55%	66%
Herstel na moeilijke periode <i>absoluut</i>	53% 29.104	59% 32.399	68%	51%	48%	67%
(Vaak/Veel) stress <i>absoluut</i>	47% 25.809	42% 23.063	30%	53%	43%	42%
Psychische klachten (MHI-5) <i>absoluut</i>	54% 29.653	45% 24.711	35%	56%	54%	41%
Overwegen van suïcide (12 mnd) <i>absoluut</i>	33% 18.121	28% 15.376	25%	31%	40%	21%

Bron: GGD ZHZ, Monitor jongvolwassenen 2022, 2024

Tabel 2: Aantal inwoners van 16 tot en met 25 jaar per gemeente in Zuid-Holland Zuid (1 januari 2024):

Gemeente	Aantal inwoners van 16 tot en met 25 jaar	Procentueel aandeel van jongeren in ZHZ in %
Alblasserdam	2395	4,4
Dordrecht	14325	26,1
Gorinchem	4538	8,3
Hardinxveld-Giessendam	2409	4,4
Hendrik-Ido-Ambacht	3711	6,8
Hoeksche Waard	9815	17,9
Molenlanden	6103	11,1
Papendrecht	3684	6,7
Sliedrecht	3003	5,5
Zwijndrecht	4930	9,0
Totaal ZHZ	54913	100,0

Bron: <https://opendata.cbs.nl/>

Met de conclusies uit dit cijfermatige beeld ligt het voor de hand om de uitwerking van het voorstel voor mentale gezondheid te richten op het voorkomen dat de mentale gezondheid vanaf 16 jaar verslechtert.

Oorzaken/verklarende factoren mentale (on)gezondheid

De cijfers over mentale (on)gezondheid roepen als vraag op wat oorzaken zijn van mentale (on)gezondheid. In onderstaande figuur staat een overzicht met factoren die (bij voldoende aanwezigheid) beschermend werken of (bij onvoldoende aanwezigheid) mensen juist kwetsbaar maken voor mentale gezondheid. Hierbij is een onderscheid aan te brengen tussen individuele en omgevingsfactoren. (Iemands) mentale gezondheid wordt bepaald door een complex samenspel van deze factoren, waarin ook nog wederkerige effecten kunnen zitten. Een groot deel hiervan komt overeen met de determinanten die worden toegelicht in het onderzoeksrapport van de GGD in bijlage 2. Dit past ook bij de beleidstheorie die onder het Meerjarenprogramma van de DG&J ligt: 30% van iemands gezondheid wordt bepaald door individuele factoren en 70% door collectieve factoren, waarop een individu geen directe invloed heeft.

Figuur 1: individuele en omgevingsfactoren die van invloed zijn op mentale gezondheid

INDIVIDUELE FACTOREN				
DEMOGRAFISCH	SOCIAALECONOMISCH	LEVENSGEBEURTENISSEN	LEEFSTIJL	GEZONDHEID ALGEMEEN
- Etniciteit - Geslacht - Leeftijd - Burgerlijke staat	- Bestaanszekerheid - Meedoen in de samenleving - Opleidingsniveau - Arbeidspositie	Traumatische ervaringen	- Slapen - Sociale mediagebruik - Lichamelijke activiteit - Alcoholgebruik - Cannabisgebruik - Roken	- Ervaren gezondheid - Kwaliteit van leven

OMGEVINGSFACTOREN				
GEZIN	WOON- EN LEEFOMGEVING	ONDERWIJSOMGEVING	WERKOMGEVING	SAMENLEVING
- Opvoedklimaat in gezin - Thuisituatie	- Sociale leefomgeving - Veiligheid woonomgeving - Fysieke woonomgeving	- Sociale omgeving op school - Belasting door school of studie	- Sociale omgeving op werk - Belasting door arbeid	- Normen en waarden samenleving - Complexiteit maatschappij - Huisvestingsbeleid - Stelsel sociale zekerheid - Onderwijsstelsel

Bron: RIVM en Trimbos-instituut, *Conceptueel kader bij Monitor mentale gezondheid, 2023*.

De vetgedrukte factoren zijn onderzocht in de monitor Mentale Gezondheid van RIVM en Trimbos. Onderwerpen die niet zijn opgenomen in de Monitor mentale gezondheid (op basis van expertraadpleging) zijn cursief gedrukt.

Mentale gezondheid wordt dus gevormd door individuele en omgevingsfactoren. Deze zijn tijdens iedere leeftijdsfase van invloed. Ze werken door in de mentale gezondheid van latere leeftijdsfases en van de volgende generaties. Het Trimbos-instituut adviseert daarom om bij preventie uit te gaan van een levensloopbenadering van mentale gezondheid en van jongs af aan al in te zetten op mentale weerbaarheid. Op die manier kunnen beschermende factoren zoveel mogelijk worden bevorderd. Hoe jonger er sprake is van beschermende factoren, des te groter de kans op veerkracht in het verdere leven en dus ook in de fase van jongvolwassenheid. In het opgroeien naar volwassenheid zijn in elke levensfase weer andere zaken

aanvullend helpend vanuit preventie. Daar waar wordt gekozen voor investeringen op mentale gezondheid via scholen, hebben doorgaande leerlijnen daarom de voorkeur.

Verklaringen voor trends in mentale gezondheid en zorgvraag

Er bestaan geen nationale of internationale referentiekaders om precies te bepalen of cijfers hoog, erg hoog of te hoog zijn. De vraag "wat is normaal" is dan ook niet goed te beantwoorden. De percentages zijn echter wel dusdanig dat de GGD de situatie als ongewenst beoordeelt. Dit is ook de geldende opvatting in Nederland over de mentale gezondheid onder jongvolwassenen. Er is zowel in onze regio als ook landelijk een toename zichtbaar in de vraag naar mentale hulp.

De huidige maatschappij waarin jongvolwassenen opgroeien is uiteraard anders dan de maatschappij van twintig of dertig jaar geleden. Het Trimbos-instituut heeft in 2024 de *Quickscan Mentale Gezondheid en zorggebruik jongvolwassenen* gemaakt, met daarin a) verklaringen voor huidige trends in mentale gezondheid en b) verklaringen voor toegenomen zorggebruik. Dit onderzoek geeft een beeld van de maatschappij waarin jongvolwassenen momenteel leven en tegen welke zaken zij aanlopen die van invloed zijn op hun mentale gezondheid. Deze inzichten kunnen helpend zijn in het maken van keuzes in het voorstel voor mentale gezondheid in ZHZ. Hieronder staat een samenvatting van de verklaringen.

Verklaringen voor toename in mentale ongezondheid

Maatschappelijke factoren die de toename in mentale ongezondheid verklaren:

- Over de coronacrisis als oorzaak van toegenomen mentale ongezondheid zijn de meningen in onderzoeken verdeeld. Er zijn studies die dit (mede) als verklaring zien en er zijn studies die zeggen dat het daaraan niet is toe te wijzen omdat de verslechtering onder jongvolwassenen al voor de coronacrisis in gang was gezet.
- Prestatiedruk: toegenomen ervaren prestatiedruk verslechtert de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen. In de *'Factsheet mentale gezondheid jongeren en studenten'* (Verweij Jonker Instituut, maart 2024) staat *"dat in 2021 het percentage leerlingen dat prestatiedruk ervoer door schoolwerk in het basis- en voortgezet onderwijs ruim drie keer zo hoog was als in 2001. Vooral in het voortgezet onderwijs en bij vervolgopleidingen ligt de ervaren druk door schoolwerk hoog"*.
- Maatschappelijke stressbronnen: jongvolwassenen worden tegenwoordig met groeiende maatschappelijke onzekerheden geconfronteerd. De situatie op de woningmarkt, gestegen kosten voor het dagelijks leven, klimaatverandering en polarisatie in de samenleving ervaren zij als stressbronnen.
- 'Besmettelijkheid' van mentale problemen: aangetoond is dat mensen zich slechter gaan voelen als iemand in de sociale omgeving mentale problemen heeft.
- Grotere bekendheid mentale gezondheid: initiatieven die bewustwording van mentale gezondheid vergroten, leiden tot betere herkenning van mentale problemen en nauwkeuriger rapportage ervan. Deze initiatieven kunnen ook leiden tot zogenaamde 'over-interpretatie': als mildere en tijdelijke vormen van stress als psychisch probleem worden ervaren.
- Individualisering van de samenleving verslechtert de mentale gezondheid.

Factoren in de directe leefomgeving

- Sociale media: binnen de wetenschap bestaat nog geen consensus over de positieve of negatieve invloed hiervan op mentale gezondheid. Als er sprake is van problematisch social mediagebruik (hiervan is sprake als social mediagebruik leidt tot problemen die vergelijkbaar zijn met verslavingsgedragingen) dan leidt dat tot negatieve gevolgen. Internationaal is uit onderzoek gebleken dat actief sociaal mediagebruik tot meer mentale problemen kan leiden, maar in Nederland is dat verband nog niet eenduidig aangetoond. In Nederland zijn wel verbanden gevonden tussen problematisch en passief mediagebruik en mentale problemen. In Nederland is uit onderzoek bovendien gebleken dat actief social mediagebruik ook positieve effecten kan hebben, omdat iemand dan het gevoel heeft ergens bij horen en aansluiting vindt.

- Discriminatie: ervaring hiermee op het VO is tussen 2017 en 2021 gestegen en draagt negatief bij aan mentale gezondheid.
- Echtscheidingen en eenoudergezinnen: het aandeel echtscheidingen is stabiel. Echter, dit zegt niets over ouders die uit elkaar gaan zonder getrouwd te zijn geweest. Er is wel een toename in opgroeien in eenoudergezinnen. Deze ontwikkelingen hangen mogelijk samen met de toename in mentale problemen bij jongvolwassenen.

Individuele factoren

- Moeite met omgaan met tegenslagen: jongvolwassenen van nu hebben mogelijk meer moeite met het omgaan met tegenslagen. Het niet direct beschikken over een succesvolle baan of eigen huis worden als tegenslag ervaren. Dit leidt mogelijk tot meer mentale ongezondheid.

Verklaringen voor trends in toegenomen zorggebruik:

Maatschappelijke factoren:

- Afname van mentale gezondheid; zie de verklaringen hierboven.
- Coronacrisis: in het begin van de crisis was toegang tot zorg beperkt. In latere fasen was er meer aandacht voor mentale gezondheid. Dit heeft de zorgvraag misschien laten toenemen.
- Afname stigma: mensen zoeken daardoor makkelijker hulp. Dit geldt vooral voor mildere psychische problemen als burn-out, somberheids- en angstklachten.
- Toenemende medicalisering van psychische klachten: veel mentale problematiek ontstaat door maatschappelijke problemen (zoals schulden of eenzaamheid). Vervolgens worden die problemen in de zorg veelal op individueel niveau behandeld vanuit medisch-curatief perspectief, inclusief DSM-5-label i.v.m. vergoeding vanuit de zorgverzekering.
- Hoge geluksnorm, hoge eisen aan zelfredzaamheid van individu en gezin: in de huidige individualistische maatschappij gelden impliciete normen met veel nadruk op zelfredzaamheid en maakbaarheid, met een hoge geluksnorm. Jongeren ervaren dat ze bepaalde zaken moeten kunnen realiseren en als dat tegenzit en zij voelen zich daardoor niet goed in hun vel, zoeken zij mentale hulp. Individuele gezinnen (jongere doelgroepen) ervaren ook druk om te voldoen aan hoge eisen van opgroeien en onderwijs. Als dat problemen oplevert, wordt ook sneller professionele zorg gezocht.
- Zelfdiagnoses door social media nemen toe: dit leidt enerzijds tot het beter en eerder herkennen van stoornissen. Anderzijds leidt het tot over-interpretatie van normale symptomen en het zoeken naar hulp door mensen bij wie symptomen geen negatief effect hebben op de kwaliteit van leven.
- Decentralisatie jeugdzorg: met de decentralisatie moest zorg laagdrempeliger en beter bereikbaar zijn. Nabijheid leidt tot hoger zorggebruik als te weinig wordt ingezet op preventie en als snel wordt verwezen naar zwaardere zorg. Als lichte problemen snel worden aangepakt, kan het wel zwaardere zorg voorkomen.
- Landelijke uitrol POH-ggz in huisartsenzorg per 2008: de toegenomen beschikbaarheid hiervan kan eraan hebben bijgedragen dat jongvolwassenen in de afgelopen jaren meer gebruik hebben gemaakt van huisartsenzorg.

Bronnen:

Trimbos-instituut, *Quickscan Mentale Gezondheid en zorggebruik jongvolwassenen*, 2024.

Verweij Jonker Instituut, *'Factsheet mentale gezondheid jongeren en studenten'*, maart 2024

Input van LVS, SOJ en VT

Uit gesprekken met professionals van SOJ, VT, LVS blijkt dat het bovenstaande verklaringen voor genoemde trends worden herkend. Zij gaven hierop vanuit de praktijk ook nog interessante aanvullingen en beeldvorming. We vatten hun input als volgt samen:

- De complexiteit van problemen neemt toe en zit op veel verschillende onderliggende oorzaken, individueel maar ook zeker in het systeem rondom jongeren, jongvolwassenen en gezinnen.
- Jongeren/jongvolwassenen voelen zich eenzaam, zitten veel thuis en op hun telefoon. Pestgedrag op social media en via gaming neemt toe. Waar vroeger pestgedrag onder schooltijd plaatsvond, gaat

dit nu vierentwintig uur per dag door. Dus waar een kind vroeger niet meer naar school wilde, zie je nu eerder depressieve klachten staan omdat de druk continu aanwezig is.

Druk vanuit social media op jongeren wordt als groot ervaren; ze worden "geacht" steeds online aanwezig te zijn en staan daardoor continu 'aan'. Kinderen spelen minder buiten en zitten meer binnen, in het gezin, op de bank met social media of online games.

- In toenemende mate worden tijdelijke of permanente vrijstellingen voor leerplicht verstrekt, op grond van artikel 5 onder a van de Leerplichtwet. Dit gebeurt op lichamelijke of psychische grond, waarbij psychische grond toeneemt. Dit is gebaseerd op landelijk onderzoek en zien we ook in regio ZHZ.
- Daarnaast wordt gezien dat ouders soms wat te snel problematiseren: zij zien iets bij hun kind, en zij vinden dat daar meteen naar moet worden gekeken. Bij voorkeur door de huisarts, die een verwijzing kan geven.
- Prestatiedruk is zichtbaar en curlinggedrag van ouders speelt een rol. Zodra jongeren meer op eigen benen gaan staan, valt die bescherming van ouders weg en weten ze niet goed hoe te handelen en hoe om te gaan met tegenslag. De huidige generatie jongeren en jongvolwassenen is niet gewend om "nee" te horen. Ze hebben moeite met het omgaan met tegenslag en teleurstelling.
- Binnen gezinssystemen lopen ook zaken stuk; kinderen hebben problemen op school, hebben moeite met gezag, ouders voelen zich machteloos en vinden het soms ook moeilijk om hulp te accepteren.
- Netwerken in familie en de buurt kunnen een groot positief verschil maken, in combinatie met hulpverlening. Dit kan helpen om op eigen kracht, samen met deze mensen, stappen voorwaarts te zetten. Tegelijkertijd zien we dat de steunstructuren en netwerken per gezin kleiner worden. Terwijl het netwerk op social media groot is, betekent dat in het "echte" dagdagelijkse leven weinig. Hulp vragen bij de buurvrouw wordt bovendien als drempel ervaren.
- De mate waarin tijdens de basisschoolperiode al adequaat wordt ingespeeld op (beginnende) problematiek is wisselend. Niet altijd wordt dan tot de kern doorgedrongen. De overstap voor leerlingen van PO naar VO is sowieso een grote stap. Vaak wordt gezien dat leerlingen die om uiteenlopende redenen geen stabiele basis hebben voor hun mentale gezondheid, pas op het VO - waarin meer eigen regie wordt gevraagd - echt uit het systeem 'klappen'.

Beoogde doel (concept)

Op basis van de uitkomsten uit onderzoek, adviseren we om de inzet van primaire preventie in het voorstel voor mentale gezondheid te richten op primaire preventie onder jongvolwassenen. Om manifestatie op 16-jarige leeftijd zoveel mogelijk te voorkomen, moet preventie dus tijdig vóór die leeftijd worden ingezet. In concept luidt het doel nu: mentale gezondheid van jongvolwassenen (definitie: 16-25 jaar) tijdig preventief bevorderen/versterken.

Rol GGD in mentale gezondheid

De *inhoudelijke rol* van de GGD op mentale gezondheid is gericht op primaire preventie: gezonde mensen gezond houden. In beginsel richt de GGD zich daarbij op collectieve interventies, in groepen. Binnen het collectief kan een nader onderscheid worden gemaakt: interventies kunnen zich richten op de gehele bevolking, of op een selectie van groepen die een verhoogd risico lopen op mentale ongezondheid.

De GGD verleent géén individuele dienstverlening op dit terrein; dit zou vallen onder geïndiceerde preventie en valt buiten de rol van de GGD.

De GGD vervult ten aanzien van mentale gezondheid momenteel twee *typen rollen*:

- a) De GGD adviseert gemeenten en andere partners over (beleid en) uitvoering, gebaseerd op haar data en expertise ten aanzien van mentale gezondheid. Hierbij wordt ook de relatie gelegd met andere inhoudelijke expertisegebieden van de GGD zoals leefomgeving, verslavingspreventie en gezonde schoolaanpak. Waar het grootste deel van de GGD vooral met preventie aan de voorkant van de keten werkt, hebben OGGZ, LVS, SOJ en Veilig Thuis kennis over inwoners die zorg en ondersteuning nodig hebben, en welke oorzaken daaraan ten grondslag liggen. Dit raakt ook vaak de mentale gezondheid van inwoners. Deze kennis wordt ook benut.
- b) De GGD neemt de coördinatie van uitvoering op zich van (samenhangende sets van) interventies rondom mentale gezondheid, binnen diverse leefomgevingen waarin kinderen/jongeren actief zijn. De uitvoering van deze interventies vindt veelal door derden plaats.

Bij het opstellen van een concreet voorstel voor mentale gezondheid zal de focus komen te liggen op primaire preventie onder kinderen/jongeren waarmee wordt voorkomen dat de mentale gezondheid op zestienjarige leeftijd verslechtert. Onderdeel van de uitwerking is ook in hoeverre specifieke focus op meiden gewenst is en op lager opgeleiden. Wat betreft de conclusie dat laagopgeleide jongvolwassenen een grotere mentale ongezondheid laten zien: het is niet zo dat intelligentieniveau rechtstreeks samenhangt met mentale gezondheid. Wel is er samenhang zichtbaar tussen de kansen die laagopgeleiden krijgen in de maatschappij; deze zijn anders en soms kleiner dan onder hoogopgeleiden. Op die manier leidt dit tot een slechtere mentale gezondheid.

Toewerken naar een concreet voorstel: kiezen van impactvolle oplossingen

Omdat mentale gezondheid zoals gezegd wordt bepaald door een complex samenspel aan factoren is er geen ultiem antwoord te geven op de vraag welke oplossingen/interventies het allerbeste kunnen worden ingezet om de meeste impact te maken. Levensloopaanpakken zijn aan te raden.

Binnen het overzicht van factoren (zie p.4) kan vanuit rolneming en verantwoordelijkheid van gemeenten én van de GGD als uitvoeringsorganisatie worden bekeken op welke factoren zij invloed kunnen uitoefenen. Beide organisaties kunnen elkaar daarin versterken.

De impact van primaire preventie is altijd moeilijk specifiek aantoonbaar, zeker ook door het complexe samenspel van factoren die - in dit geval mentale - gezondheid beïnvloeden. Ter illustratie kunnen we op basis van data van de SOJ aangeven dat in september 2024 zo'n 3.300 jongeren in Zuid-Holland Zuid onder de 18 jaar gebruik maakten van jeugd-GGZ. Daarvan zaten 400 jongeren in een basis-GGZ traject, dat gemiddeld een behandelduur heeft van zes maanden en 1.400 euro per traject kost. De overige 2.900 jongeren zaten in een specialistisch GGZ traject. Daarbinnen is sprake van een grote variatie aan zwaarte van trajecten, doorlooptijden en kosten.

Met primaire preventie op mentale gezondheid willen we eraan bijdragen dat de instroom in dergelijke trajecten minder groot wordt, of dat er minder zware trajecten nodig zijn. En op langere termijn: dat mentale ongezondheid ook minder wordt doorgegeven naar toekomstige generaties. Er is overigens wel al een kleine terugloop zichtbaar in de vraag naar basis- en specialistische GGZ omdat jonge inwoners tegenwoordig vaker worden geholpen via het lokale team of door de POH GGZ.

Nederlands Jeugd instituut geeft in haar rapport "Effecten van preventie in het jeugdveld" (maart 2021) aan dat de onderzoeken, waarin naar de (kosten)effectiviteit van preventieve jeugdinterventies is gekeken, aantonen dat investeren in preventie (kosten)effectief kan zijn. Wel laten deze onderzoeken, net als veel buitenlandse studies, vaak geringe effectgroottes zien. Een belangrijke reden daarvoor is dat veel van deze interventies uit losse projecten bestaan die zich richten op een klein onderdeel van de leefwereld van de doelgroep. Uit literatuur is bekend dat een doelgerichte, integrale, gecoördineerde en langdurige aanpak de impact van preventie vergroot. Een preventieve aanpak werkt het beste wanneer gebruik wordt gemaakt van een combinatie van interventies die zich richten op meerdere risico- en beschermende factoren en wanneer er sprake is van een sterke samenwerking tussen partijen in verschillende domeinen.

Bij het uiteindelijk opstellen van een concrete aanpak met impactvolle oplossingen, wordt rekening gehouden met de volgende zaken:

- De leidende principes die bij het MJP zijn vastgesteld voor zowel de DG&J in het geheel, als voor de GGD in het bijzonder.
- Preventieve interventies kunnen zich richten op versterking in/via diverse leefomgevingen ('settings') waarin jongeren/ jongvolwassenen zich bewegen. In willekeurige volgorde zijn dat: de thuisomgeving, school of werk, vrije tijdsomgeving (inclusief sport en buurt) en online. Dit zijn omgevingen waarbinnen jongeren zichzelf ontwikkelen tot volwassenen en die hun mentale gezondheid beïnvloeden.
- Bij het kiezen van interventies vindt een bewust afwegingsproces plaats. De interventies moeten bijdragen aan het positief beïnvloeden van beschermende factoren van mentale gezondheid en zo het versterken van mentale weerbaarheid. Daarbij kan zowel worden gekozen uit bewezen effectieve interventies, als uit interventies die dat (nog) niet zijn. Interventies moeten vaak een jarenlang proces doorlopen om het predicaat "bewezen effectief" te krijgen. Dat wil niet zeggen dat

interventies die dat nog niet hebben, niet goed zouden zijn om in te zetten. We maken steeds transparante afwegingen op basis van wetenschappelijke kennis, en kijken ook wat past bij de behoeften van jongeren.

- In relatie tot het proces waarmee het voorstel tot stand komt: bij voorkeur betreft de GGD jongeren hier zelf ook bij. Wat belangrijk is om bewust van te zijn: het gaat om jonge inwoners met een mogelijke mentale kwetsbaarheid. Hierbij moet steeds goed worden afgewogen in hoeverre het verantwoord is om met de doelgroep zelf in gesprek te gaan. Gesprekken over mentale gezondheid kunnen bepaalde reacties opwekken bij jongeren, waarbij soms nazorg nodig is. Dat moet dan wel kunnen worden gegarandeerd.
- Bij voorkeur starten interventies in een lokale of regionale infrastructuur en raken daar ook ingebed.
- Waar mogelijk koppelen we interventies aan reeds bestaande programma's (lokaal, regionaal) voor de beoogde doelgroep, ook als deze programma's wellicht van oorsprong met een ander doel zijn opgezet. Soms kan via die programma's ook de mentale gezondheid positief worden beïnvloed.
- We willen met investeringen structureel effect sorteren voor meerdere jaren, ook als financiering plaatsvindt met eenmalige middelen.
- Keuzes voor interventies passen binnen het gedachtengoed van een levensloopbenadering, doorgaande leerlijnen en integrale aanpakken en zijn dus in principe geen losstaande activiteiten.
- Keuzes voor interventies zijn in principe geen zaken die anderen al doen. Tenzij ze de werking ervan verder versterken.

De status van mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid: een verkenning.

10 februari 2025



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Opzet	4
2	Status mentale gezondheid in ZHZ	4
2.1	Definitie mentale gezondheid	4
2.2	Trends in mentale gezondheid	5
2.3	Verkennen van groepen in een kwetsbare positie	7
2.3.1	Eenzaamheid	7
2.3.2	Veerkracht.....	8
2.3.3	Weerbaarheid	9
2.3.4	Stress	10
2.3.5	Suïcidegedachten	11
2.3.6	Psychische klachten	12
2.3.7	Gelukkig voelen.....	13
2.4	Toekomstverkenning RIVM	14
2.5	Vergelijk met buurlanden	14
2.6	Conclusie en discussie	15
3	Sociale determinanten	16
4	Advies voor een programma mentale gezondheid	19
5	Literatuur	21

1 Inleiding

In dit document geven we een beknopt overzicht van de mentale gezondheid van inwoners in de regio Zuid-Holland Zuid (ZHZ). De analyses zijn gebaseerd op data uit de gezondheidsmonitors voor jeugd (13-15 jaar), jongvolwassenen (16-25 jaar), en ouderen en volwassenen (18 jaar en ouder). De gezondheidsmonitors zijn gebaseerd op zelfrapportage en bieden inzicht over gezondheid in de breedste zin. Met beschrijvende statistieken en uitsplitsingen naar bevolkingsgroepen bieden we inzicht in de mentale gezondheid en krijgen we een beeld waar preventie of hulp het meest nodig is. Daarnaast is (beknopt) literatuuronderzoek uitgevoerd om de resultaten verder te onderbouwen en om inzicht te krijgen in sociale determinanten van mentale gezondheid.

Deze verkenning is uitgevoerd in opdracht van de directeur van de GGD ZHZ om mede als onderbouwing te dienen voor het ontwikkelen van een programma mentale gezondheid in de regio. De vraag was om de mentale gezondheid van jongeren, jongvolwassenen en volwassenen in ZHZ te verkennen, inclusief historische ontwikkeling. Daarnaast was de vraag om, indien mogelijk, op basis van het inzicht prioritaire doelgroepen te identificeren en tenslotte om de determinanten van mentale gezondheid in kaart te brengen.

Het document heeft als doel om inzicht te geven in de mentale gezondheid van de inwoners in ZHZ en te adviseren op prioriteiten voor preventie en hieruit is de volgende vraagstelling naar voren gekomen:

- Wat is de huidige status van de mentale gezondheid in ZHZ?
- Welke (historische) trends zijn zichtbaar?
- Bij welke bevolkingsgroepen is primaire preventie het meest nodig?
- Welke determinanten spelen een sleutelrol in mentale (on)gezondheid?

Kernboodschap:

Op basis van de in hoofdstuk 2 en 3 gepresenteerde cijfers en de in hoofdstuk 4 verkende sociale determinanten uit de verschillende gezondheidsmonitors kunnen we concluderen dat:

1. De mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid zorgwekkend is. Hoewel de indicatoren soms verschillen in vraagstelling en meetmethoden tussen de monitors, geven ze gezamenlijk een consistent beeld van verslechtering of blijvend hoge waarden op gebieden die essentieel zijn voor mentale gezondheid.
2. Dat jongvolwassenen en dan met name jonge vrouwen, laag opgeleide jongvolwassenen en jongeren in een kwetsbare sociaaleconomische positie meer rapporteren dat hun mentale gezondheid onder druk staat.
3. Dat de interactie tussen verschillende sociale determinanten complex is, maar dat een *mental-health-in-all policies* benadering waarin de verbetering van de economische, educatieve, sociale en fysieke omgeving gerelateerde omstandigheden de verbetering van de publieke mentale gezondheid mogelijk maakt.

1.1 Opzet

We beginnen met een overzicht van trends in de belangrijkste indicatoren om inzicht te krijgen in hoe de situatie in de loop der jaren is veranderd. Uit deze data concluderen we dat de mentale gezondheid over het algemeen is verslechterd en dat de absolute waarden van bepaalde indicatoren reden tot zorg zijn. Vervolgens stratificeren we de resultaten op basis van drie achtergrondkenmerken: geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Uit de stratificatie blijkt dat jongvolwassenen, ondanks een lichte verbetering van hun mentale gezondheid ten opzichte van de vorige monitor (jaar 2022), nog steeds de meest kwetsbare groep is en dat hier de meeste winst te behalen valt. Verder zien we dat geslacht de grootste verschillen laat zien, gevolgd door opleidingsniveau. Daarna verkennen we in hoofdstuk 4 op basis van beperkte wetenschappelijke literatuur de sociale determinanten van mentale gezondheid. De review is beperkt vanwege de korte doorlooptijd tussen het verstrekken van de opdracht en de verwachte oplevering van de resultaten. Tenslotte wordt in het laatste hoofdstuk een advies gegeven voor het te ontwikkelen programma mentale gezondheid.

2 Status mentale gezondheid in ZHZ

2.1 Definitie mentale gezondheid

Mentale gezondheid wordt in Nederland gedefinieerd als:

"De manier waarop je je verhoudt tot jezelf en tot anderen en hoe je omgaat met de uitdagingen in het dagelijks leven. Tegelijkertijd gaat het ook over hoe jij en anderen in de samenleving dit ervaren" (van Bon-Martens et al., 2022).

Indicatoren voor mentale gezondheid worden doorgaans in drie categorieën ingedeeld:

- **Mentaal welbevinden:** tevredenheid, geluk en kwaliteit van leven.

- **Mentale problemen:** stress, angst en somberheid.
- **Psychische stoornissen:** gediagnosticeerde aandoeningen op basis van ernst en aard van klachten.

Naast deze indeling hebben we ons ook gebaseerd op het werk van McGrath et al. (2024), dat een overzicht biedt van belangrijke mentale gezondheid-indicatoren. In hun studie worden Zelfbeoordeelde mentale gezondheid, Lichamelijke activiteit, Levensvoldoening, Stress, Eenzaamheid, Sociale participatie, Netwerk, verbinding en steun als topindicatoren genoemd.

Op basis van bovenstaande definities, categorieën en de inzichten uit McGrath et al. (2024) hebben we een selectie gemaakt van indicatoren uit de gezondheidsmonitors die relevant zijn voor de mentale gezondheid. De volgende indicatoren worden in dit rapport geanalyseerd:

Mentaal welbevinden
Weerbaarheid, gelukkig voelen, herstel na moeilijke periode, psychische klachten (MHI-5)
Mentale problemen
Eenzaamheid, (vaak) stress, overwegen van suïcide
Psychische stoornissen
Hoog risico op angst- en depressiestoornis

2.2 Trends in mentale gezondheid

Bij jongeren (13-15 jaar) zien we een toename van (zeer) vaak stress hebben (van 41% in 2019 naar 49% in 2023), terwijl het percentage dat makkelijk stress kan doorstaan is afgenomen van 45% in 2021 naar 41% in 2023. Het gevoel van geluk is eveneens sterk gedaald, van 83% in 2019 naar slechts 76% in 2023. Daarnaast overweegt 21% van de jongeren suïcide, een alarmerend percentage. Dit, gecombineerd met een stijging in psychische klachten (28% in 2023), toont aan dat de mentale druk onder jongeren aanzienlijk is toegenomen.

Ook onder volwassenen en ouderen (18+) zijn zorgwekkende trends zichtbaar. Vooral de toename in eenzaamheid en risico op angst- en depressiestoornissen valt op. Het percentage volwassenen met een hoog risico op een angst- of depressiestoornis is meer dan verdubbeld van 4% in 2009 naar 10% in 2022, terwijl het matige risico is toegenomen van 32% naar 43% in dezelfde periode. Ook het percentage dat (zeer) ernstig eenzaam is, steeg van 7% in 2009 naar 13% in 2022. Suïcidale gedachten kwamen in 2022 bij 11% van de volwassenen voor, wat eveneens reden tot grote zorg is.

De trendcijfers laten zien dat bij jongvolwassenen (16-25 jaar) sprake is van een positieve trend: verschillende indicatoren wijzen op verbeteringen in de afgelopen twee jaar. Het percentage jongvolwassenen met psychische klachten (MHI-5) is gedaald van 54% in 2022 naar 45% in 2024, en het percentage dat vaak of veel stress ervaart is afgenomen van 47% naar 42%. Ook het percentage dat eenzaamheid ervaart, zowel enigszins tot sterk (57% in 2024 ten opzichte van 64% in 2022) als sterk eenzaam (23% ten opzichte van 27%), is gedaald. Daarnaast toont de toename in weerbaarheid (van 79% naar 83%) aan dat jongvolwassenen meer veerkracht lijken te hebben ontwikkeld.

Ondanks deze verbeteringen zijn de absolute waarden bij jongvolwassenen nog altijd zorgwekkend hoog. Het percentage dat angst of depressie rapporteert, ligt in 2024 nog steeds op 80%, terwijl 28% aangeeft suïcide te hebben overwogen in het afgelopen jaar. Deze cijfers tonen aan dat de mentale gezondheid binnen deze groep, hoewel enigszins verbeterd, nog steeds fragiel is en dat zij onevenredig zwaar worden getroffen door mentale gezondheidsproblemen.

Daarbij moet worden meegenomen dat elke levensfase een eigen profiel van mentale gezondheid met zich meebrengt: de uitdagingen van de puberteit verschillen van die van jongvolwassenen, die voor het eerst zelfstandig in de samenleving moeten functioneren. Generationeel ontstaan er verschillende patronen in mentale gezondheid, waardoor directe vergelijkingen tussen leeftijdsgroepen niet zonder meer mogelijk zijn. Deze complexiteit wordt verder vergroot door de impact van de COVID-pandemie en bijbehorende overheidsmaatregelen, evenals structurele maatschappelijke veranderingen. Jongvolwassenen bevinden zich in een unieke situatie waarin traditionele zekerheden – zoals een vaste baan, een betaalbare woning en een stabiele carrière – steeds minder vanzelfsprekend zijn.

Conclusie

Ondanks zorgwekkende trends bij jongeren en de volwassenen en ouderen op het gebied van mentale gezondheid, blijkt de groep jongvolwassenen de meest kwetsbare groep. De percentages jongvolwassenen waar de mentale gezondheid zorgwekkend is, is simpelweg groter dan bij jongeren en de volwassenen en ouderen.

Tabel 1 Trendgegevens van mentale gezondheid indicatoren voor Jeugd

Indicatoren Jeugd	2019	2021	2023
Eenzaamheid (vaak-altijd)		9%	10%
Eenzaamheid (soms-altijd)		27%	30%
(Vaak/Veel) stress door 1 of meer factoren	41%	40%	49%
Makkelijk stress doorstaan		45%	41%
Gelukkig voelen	83%	78%	76%
Herstel na moeilijke periode		68%	63%
Psychische klachten (MHI-5) - ernstig			3%
Psychische klachten (MHI-5)		25%	28%
Overwegen van suïcide		18%	21%

Tabel 2 Trendgegevens van mentale gezondheid indicatoren voor Jongvolwassenen

Indicatoren Jongvolwassenen	2022	2024
Angst of depressie laatste 4 weken	84%	80%
Eenzaamheid enigszins tot sterk eenzaam	64%	57%
Eenzaamheid (Sterk eenzaam)	27%	23%
Weerbaarheid (voldoende weerbaar)	79%	83%
Gelukkig voelen	55%	62%
Herstel na moeilijke periode	53%	59%
(Vaak/Veel) stress	47%	42%
Psychische klachten (MHI-5)	54%	45%
Overwegen van suïcide (12 maanden)	33%	28%

Tabel 3 Trendgegevens van mentale gezondheid indicatoren voor Ouderen en Volwassenen

Indicatoren Ouderen en Volwassenen	2009	2012	2016	2020	2022

Eenzaamheid (matig)	33%	33%	33%	35%	35%
Eenzaamheid ((zeer) ernstig)	7%	8%	9%	10%	13%
Matig risico angst en depressie stoornis	31%	29%	35%	37%	41%
Hoog risico angst en depressie stoornis	4%	5%	5%	6%	10%
(Vaak/Veel) stress				17%	19%
Psychische klachten (MHI-5)	16%				22%
Overwegen van suïcide		5%			11%

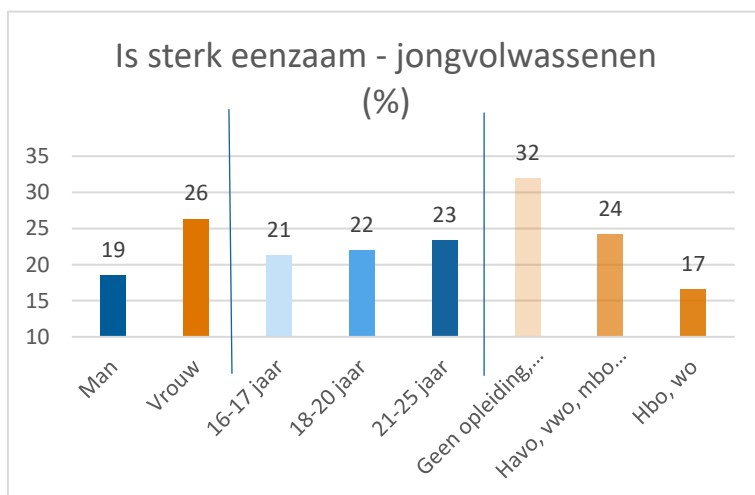
2.3 Verkennen van groepen in een kwetsbare positie

Nu is vastgesteld dat jongvolwassenen de meest kwetsbare groep zijn op het gebied van mentale gezondheid, verdiepen we ons verder in de verschillen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau binnen de groep jongvolwassenen volgens de meest recente gezondheidsmonitor (2024). In onderstaande analyse vergelijken we deze achtergrondkenmerken per thema. Waar beschikbaar gebruiken we data uit de meest recente gezondheidsmonitors van andere doelgroepen ter ondersteuning van onze bevindingen.

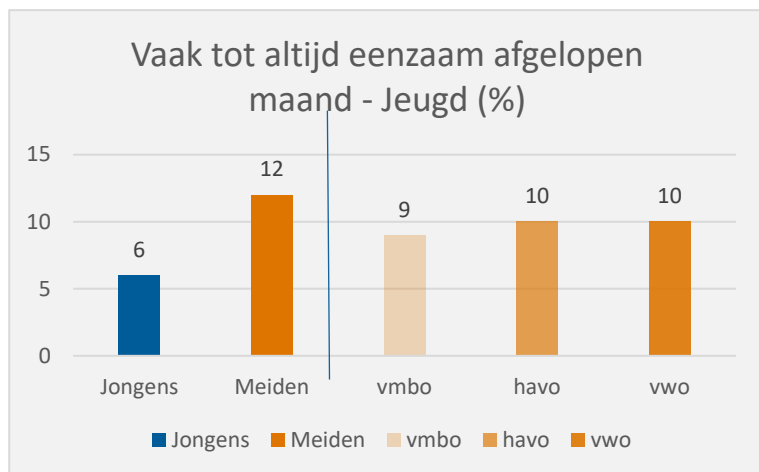
2.3.1 Eenzaamheid

Eenzaamheid wordt vaak genoemd als een van de belangrijkste indicatoren voor mentale gezondheid. Het is echter belangrijk om te vermelden dat de vraagstellingen over eenzaamheid verschillen tussen de diverse gezondheidsmonitors, waardoor de resultaten niet direct vergelijkbaar zijn. Dit sluit vergelijkingen binnen subgroepen niet uit, aangezien verschillen tussen deze groepen wel inzicht bieden.

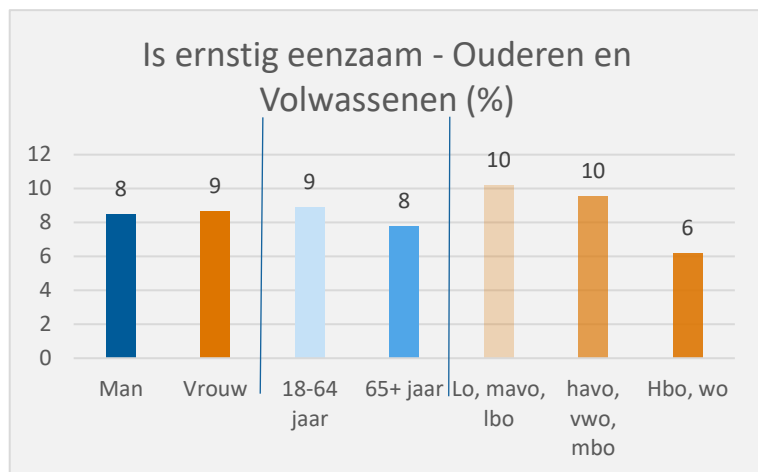
Bij jongvolwassenen zien we dat vooral vrouwen en laagopgeleiden hogere percentages van sterke eenzaamheid rapporteren. Onder jongeren vormen vooral meiden een risicogroep, terwijl bij volwassenen en ouderen het opleidingsniveau een belangrijke factor blijft.



Figuur 1 Eenzaamheid onder jongvolwassenen (2024) naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau



Figuur 2 **Eenzaamheid onder jeugd** (2023) naar geslacht en opleidingsniveau



Figuur 3 **Eenzaamheid onder ouderen en volwassenen** (2022) naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau

2.3.2 Veerkracht

Veerkracht is een complex en veelzijdig aspect van mentale gezondheid. Het wordt gedefinieerd als:

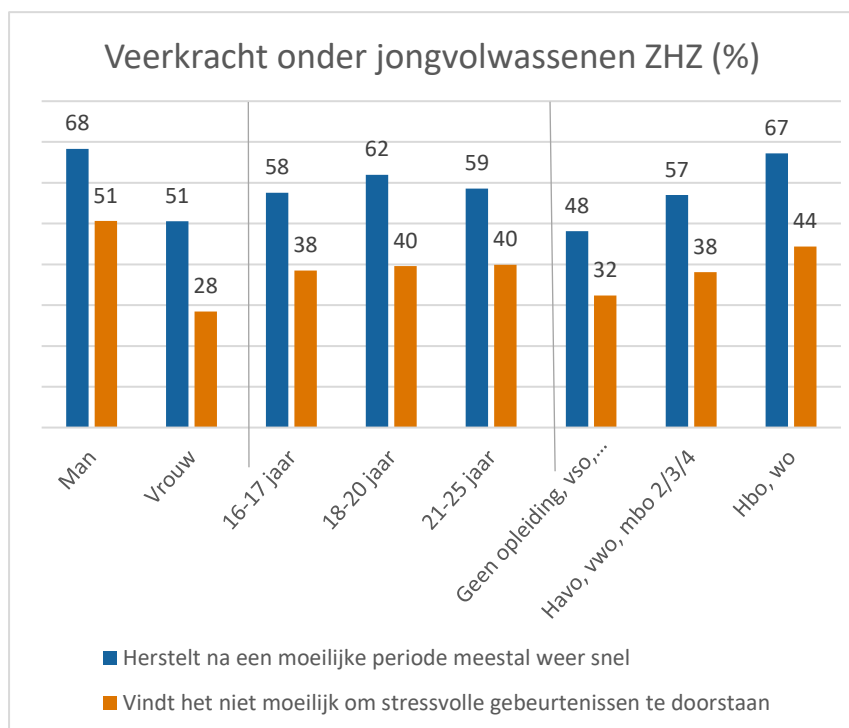
"Het proces van aanpassen aan of omgaan met belangrijke bronnen van stress of trauma, ook wel uitdagingen genoemd. De gewenste uitkomst van veerkracht is het behouden van gezondheid en welzijn, of zelfs een betere gezondheid en welzijn dan verwacht gezien de ervaren tegenslag. Hulpbronnen van het individu en de omgeving vergemakkelijken dit proces van aanpassen en terugveren bij tegenspoed. Gedurende de levensloop varieert veerkracht."

— Windle et al. (2011)

Voor veerkracht gebruiken we twee indicatoren die vergelijkbaar zijn tussen jongvolwassenen en jongeren:

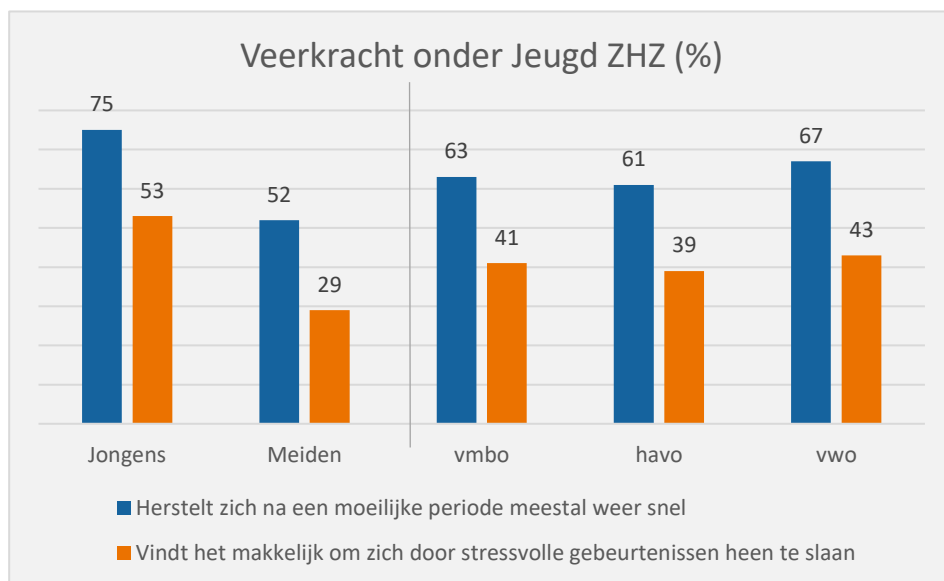
- "Herstelt meestal snel na een moeilijke periode"
- "Vindt het niet moeilijk om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan"

Deze indicatoren zijn op vergelijkbare wijze gemeten in de gezondheidsmonitors, waardoor directe vergelijking mogelijk is.



Figuur 4 **Verdeling van veerkracht indicatoren onder jongvolwassenen** (2024) naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau

Bij zowel jongeren als jongvolwassenen zien we duidelijke verschillen op basis van geslacht, waarbij vrouwen en meiden op beide indicatoren lager scoren dan mannen en jongens. Onder jongvolwassenen varieert veerkracht sterk naar opleidingsniveau: laagopgeleiden hebben een lagere veerkracht dan hoogopgeleiden. Dit patroon zien we niet terug bij jongeren.

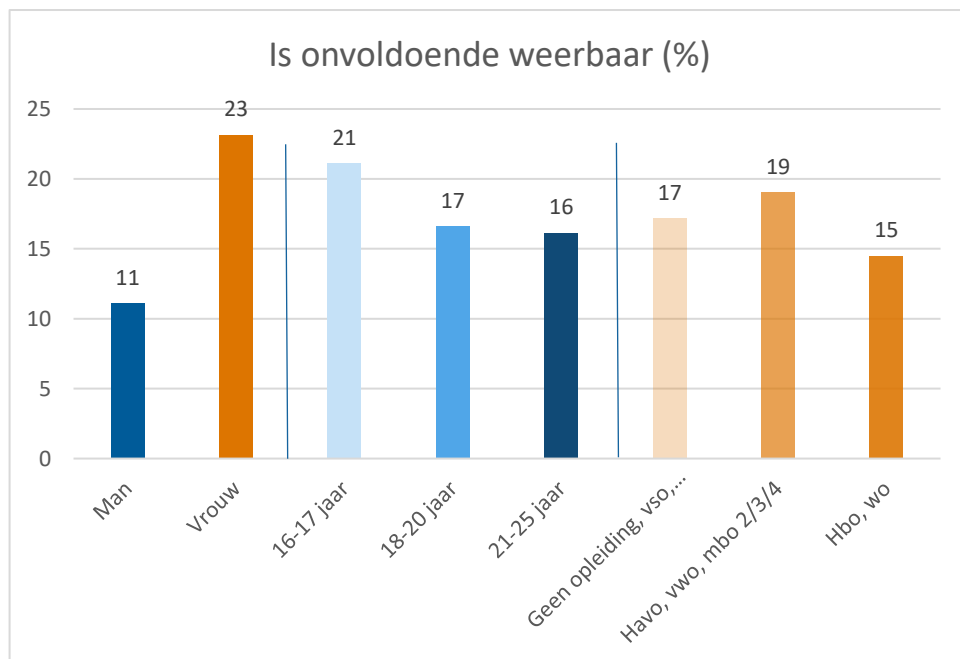


*Figuur 5 Verdeling van **veerkracht** indicatoren onder **jeugd** (2023) naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau*

2.3.3 Weerbaarheid

Weerbaarheid is nauw verbonden met veerkracht en verwijst naar het vermogen om voor jezelf op te komen, met respect voor de wensen en grenzen van anderen. In de jongvolwassenenmonitor wordt weerbaarheid gemeten met een samengestelde indicator die, op basis van een score, bepaalt of iemand onvoldoende weerbaar is. Voor de overige gezondheidsmonitors is een vergelijkbare indicator niet beschikbaar.

Uit de resultaten blijkt dat jongvolwassen vrouwen de meest kwetsbare groep vormen: 23% wordt geclassificeerd als onvoldoende weerbaar. Daarnaast scoort de jongste leeftijdscategorie (16-17 jaar) iets hoger (i.e. slechter) dan de overige leeftijdsgroepen. Het opleidingsniveau lijkt daarentegen geen invloed te hebben op weerbaarheid.

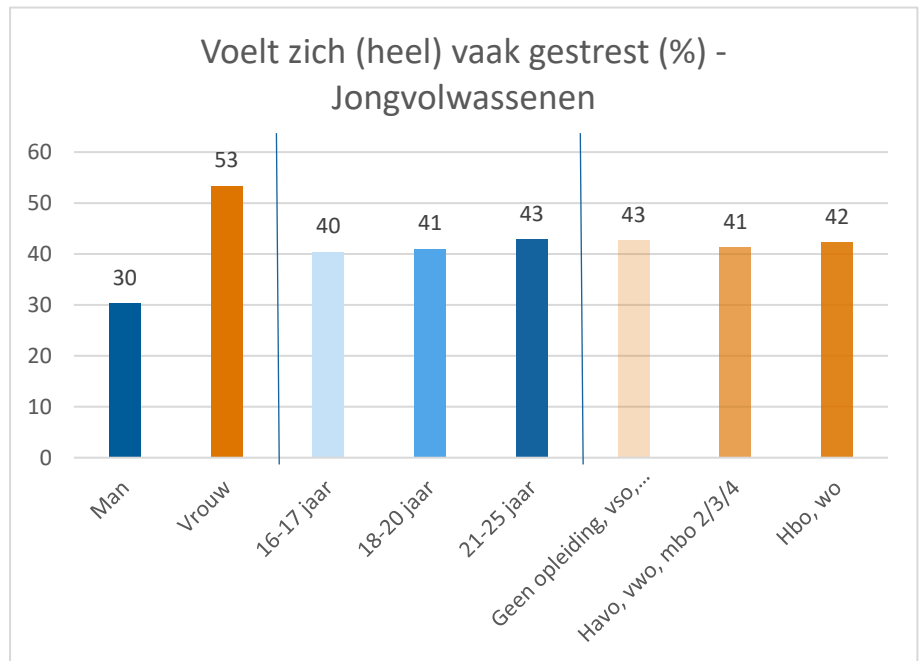


*Figuur 6 Percentage **jongvolwassenen** (2024) dat onvoldoende **weerbaar** is naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau*

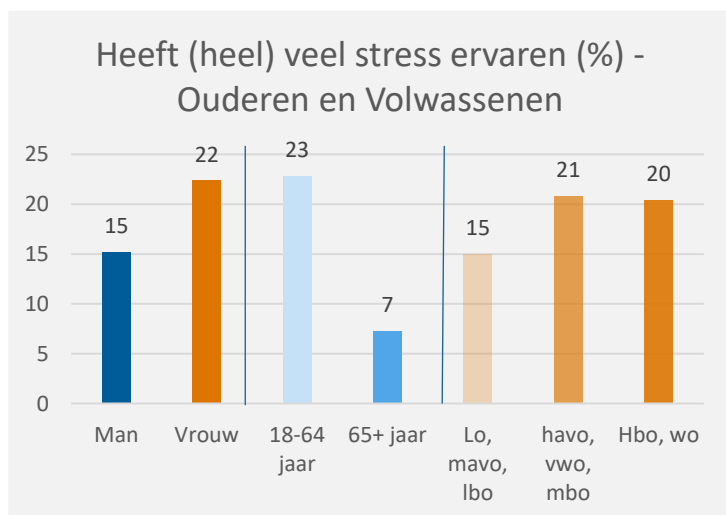
2.3.4 Stress

Stress speelt in elke levensfase een andere rol en wordt door individuen verschillend ervaren. Hoewel een bepaalde mate van stress gezond kan zijn, is langdurige, hoge stress per definitie schadelijk. De gezondheidsmonitors meten stress op verschillende manieren: de monitor voor jeugd richt zich op het aantal factoren dat bijdraagt aan stress, terwijl bij de andere monitors de intensiteit of duur van stress wordt gemeten. Dit maakt een directe vergelijking tussen de monitors niet mogelijk, maar de relatieve verschillen tussen subgroepen kunnen wel worden geanalyseerd.

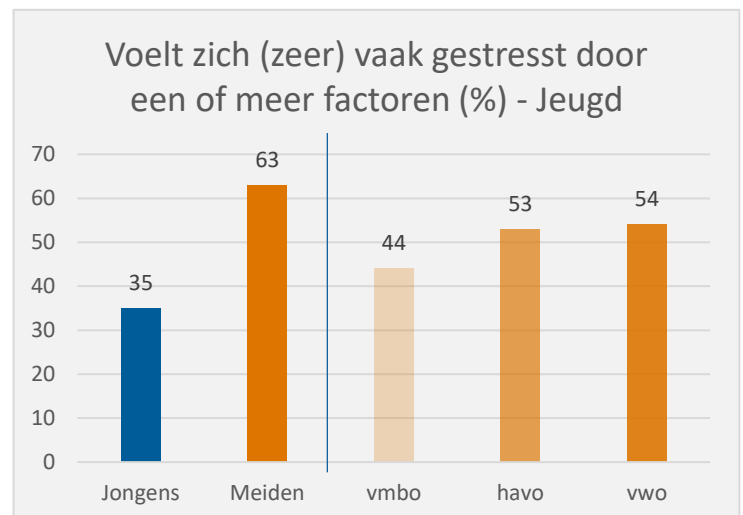
Uit alle gezondheidsmonitors blijkt dat vrouwen en meiden consequent hoger scoren op de respectieve stressindicatoren dan mannen en jongens. Opleidingsniveau en specifieke leeftijdscategorieën hebben over het algemeen weinig invloed op de ervaren stress, met uitzondering van de volwassenen en ouderen, waar de 65-plussers aanzienlijk minder vaak '(heel) veel stress' rapporteren.



Figuur 7 Verdeling van **jongvolwassenen** (2024) dat zich (heel) vaak **gestrest** voelt naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau



Figuur 9 Verdeling van **ouderen en volwassenen** (2022) dat (heel) veel **stress** ervaart naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau

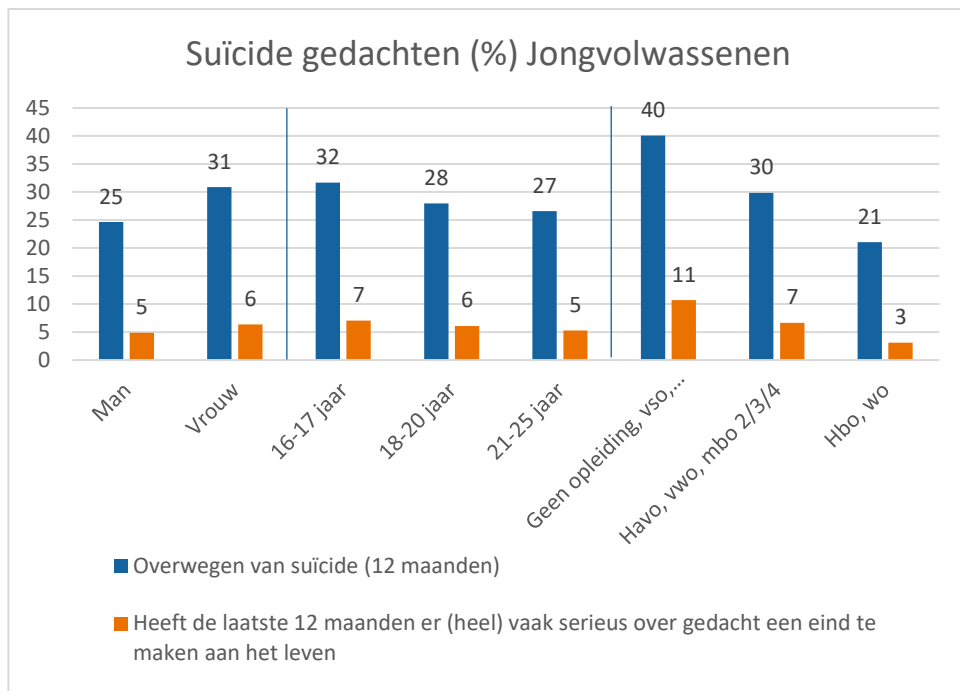


Figuur 8 Verdeling van **jeugd** (2023) dat zich (zeer) vaak **gestrest** voelt door een of meer factoren; naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau

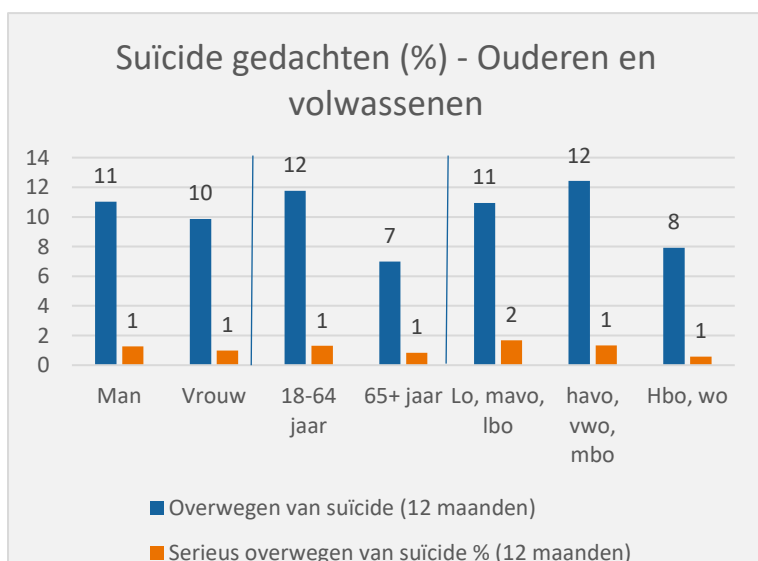
2.3.5 Suicidegedachten

Mentale gezondheidsproblemen kunnen leiden tot negatieve gedachten, waaronder suïcidegedachten. In alle gezondheidsmonitors worden twee indicatoren gebruikt om deze gedachten te meten: het overwegen van levensbeëindiging in het algemeen, en een ernstigere vorm waarbij het 'serieus overwegen' wordt gerapporteerd (bij volwassenen en ouderen) of het 'serieus vaak overwegen' (bij jeugd en jongvolwassenen).

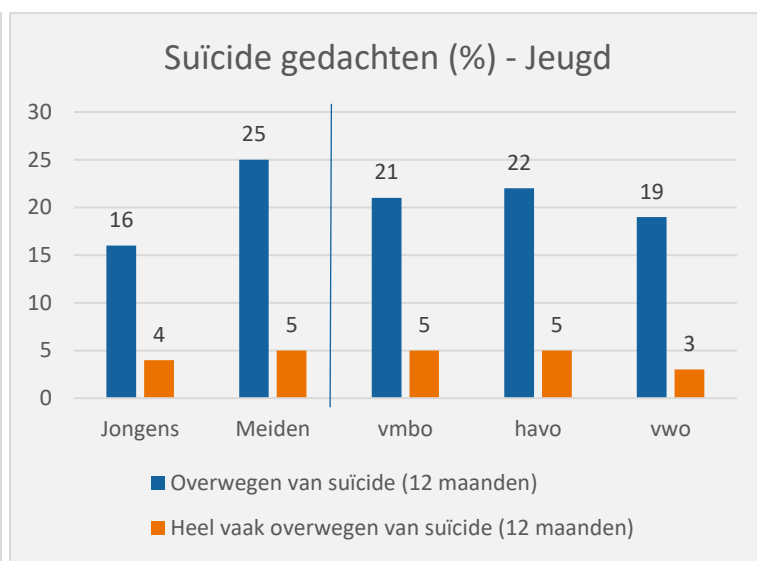
Geslacht blijkt een belangrijke factor te zijn: vrouwen en meiden overwegen vaker suïcide dan mannen en jongens. Echter, bij de ernstigere vorm van suïcidegedachten zien we geen noemenswaardig verschil tussen de geslachten. Opleidingsniveau speelt daarentegen wel een rol bij jongvolwassenen, waar lager opgeleiden vaker ernstigere suïcidegedachten hebben. Bij volwassenen en ouderen zien we met name dat 65-plussers minder vaak overwegen een einde aan hun leven te maken.



Figuur 10 Percentage van **jongvolwassenen** (2024) dat **suicide gedachten** heeft naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau



Figuur 12 Percentage van **ouderen en volwassenen** (2022) dat **suicide gedachten** heeft naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau



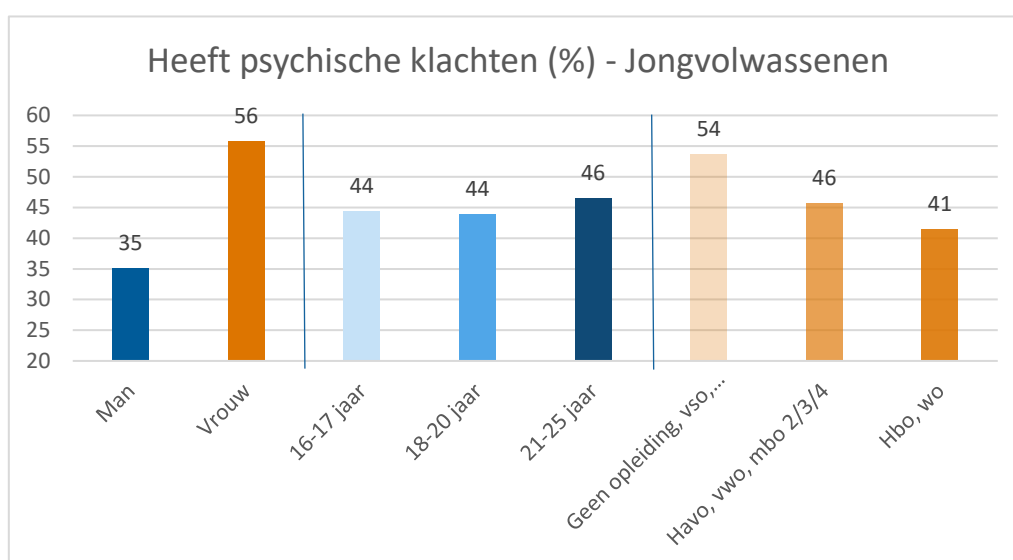
Figuur 11 Percentage van **jeugd** (2022) dat **suicide gedachten** heeft naar geslacht en opleidingsniveau

2.3.6 Psychische klachten

De indicator voor psychische klachten is gebaseerd op de Mental Health Index (MHI-5), een gestandaardiseerde vragenlijst waarbij een score onder een specifieke afkapwaarde wordt beschouwd als een aanwijzing voor psychische problemen. Omdat deze indicator op dezelfde manier wordt gemeten in alle drie de gezondheidsmonitors, zijn directe vergelijkingen goed mogelijk.

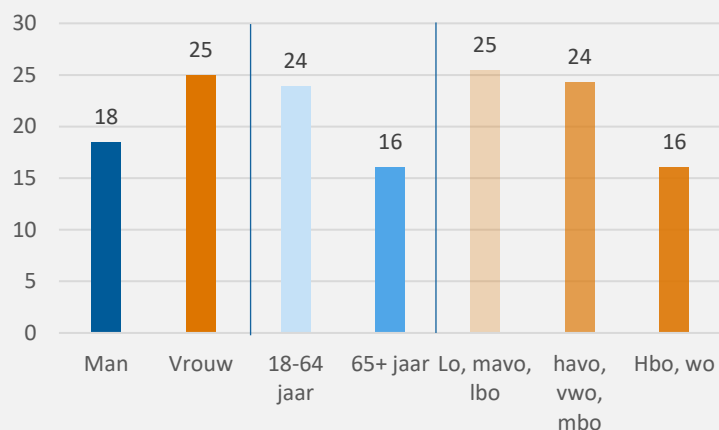
Het is belangrijk te vermelden dat sommige levensfasen van nature gepaard gaan met meer psychische klachten. Jongvolwassenen vormen een kwetsbare groep, omdat deze fase vaak wordt gekenmerkt door grote veranderingen, zoals de overgang van puberteit naar volwassenheid, financiële verantwoordelijkheden, de zoektocht naar stabiliteit, en ontwikkelingen op sociaal en emotioneel vlak.

Uit de gezondheidsmonitors blijkt dat vrouwen en meiden in alle leeftijdsgroepen het hoogste percentage psychische klachten rapporteren. Daarnaast speelt opleidingsniveau een significante rol: bij jongvolwassenen en volwassenen en ouderen hebben lager opgeleiden aanzienlijk vaker psychische klachten dan hoger opgeleiden.



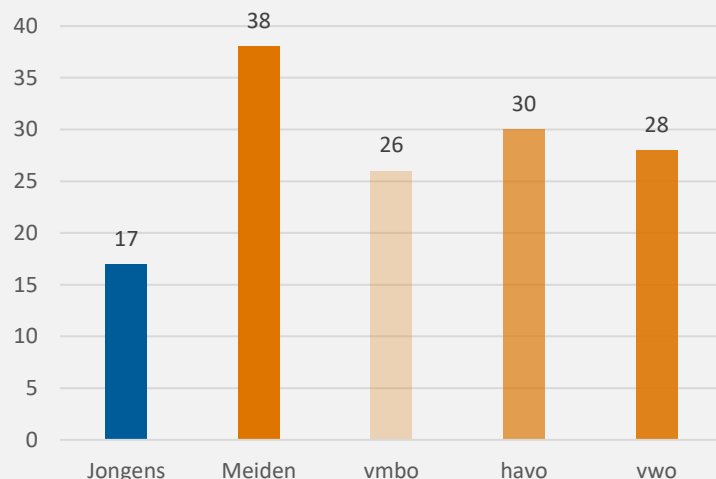
*Figuur 13 Percentage van **jongvolwassenen** (2024) dat **psychische klachten** heeft volgens MHI-5 index; naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau*

Heeft psychische klachten (%) - Ouderen en volwassenen



Figuur 14 Percentage van **ouderen en volwassenen** (2022) dat **psychische klachten** heeft volgens MHI-5 index; naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau

Heeft psychische klachten (%) - Jeugd



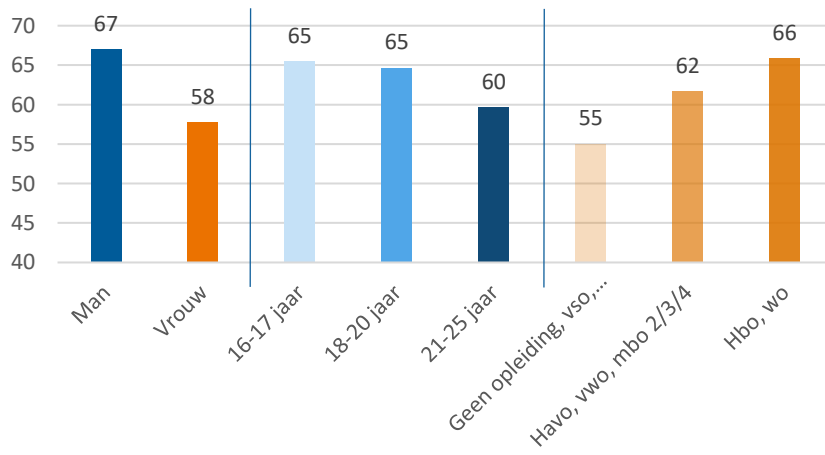
Figuur 15 Percentage van **jeugd** (2023) dat **psychische klachten** heeft volgens MHI-5 index; naar geslacht en opleidingsniveau

2.3.7 Gelukkig voelen

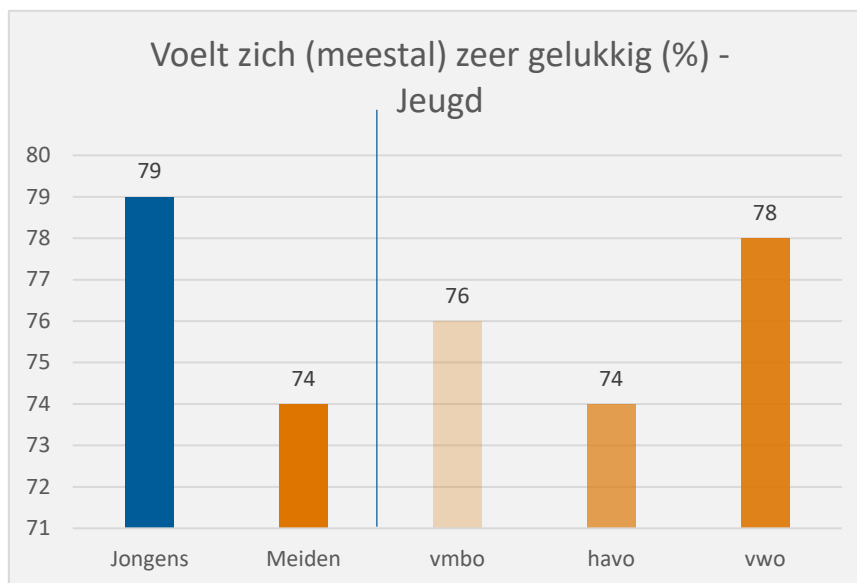
De indicator *gelukkig voelen* wordt gemeten bij zowel jongvolwassenen als jeugd, hoewel de vraagstellingen enigszins verschillen. Bij jongvolwassenen wordt gevraagd of men zich voortdurend gelukkig voelde in de afgelopen vier weken, terwijl bij de jeugd de vraag gericht is op of men zich meestal (zeer) gelukkig voelt. Hierdoor zijn de resultaten niet direct vergelijkbaar tussen de twee groepen, maar ze bieden wel inzicht in de relatieve verschillen binnen de subgroepen.

Geslacht blijkt ook hier een belangrijke factor: vrouwen en meiden rapporteren het minst gelukkig te zijn, met name onder jongvolwassenen. Binnen de jongvolwassenengroep speelt leeftijd een beperkte rol, maar het opleidingsniveau maakt een duidelijk verschil. Hoe hoger het opleidingsniveau, des te groter het aandeel dat zich gelukkig voelt.

Voelde zich in de laatste 4 weken vaak tot voortdurend gelukkig (%) - Jongvolwassenen



Figuur 16 Verdeling van **jongvolwassenen** (2024) dat zich in de laatste 4 weken vaak tot voortdurend **gelukkig voelde**; naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau



*Figuur 17 Verdeling van **jeugd** dat zich in de laatste 4 weken vaak tot voortdurend **gelukkig** voelde; naar geslacht, leeftijdscategorie en opleidingsniveau*

2.4 Toekomstverkenning RIVM

Het RIVM heeft zeer recent haar resultaten gepubliceerd van de VTV. Hierin is ook aandacht voor mentale gezondheid en maken een projectie richting 2025.

‘Bij beide generaties hebben maatschappelijke ontwikkelingen en grote veranderingen tijdens hun leven veel invloed op hun toekomstige gezondheid en leefstijl. De mentale gezondheid van de jongeren van nu zal in 2050 naar verwachting hetzelfde zijn, of iets verbeteren. De negatieve effecten van de coronacrisis nemen naar verwachting langzaam af. Deze verbetering kan worden afgeremd door de effecten op de lange termijn van de psychische klachten en stoornissen die nu vaak voorkomen bij jongeren.

De mentale gezondheid van de huidige vijftigplussers zal naar verwachting minder goed zijn in 2050. Dat komt omdat zaken die een negatieve invloed op de mentale gezondheid hebben, zoals eenzaamheid, mantelzorg geven en financiële bestaansonzekerheid, in de toekomst vaker zullen voorkomen.’ (RIVM, 2024).

2.5 Vergelijk met buurlanden

Mentale gezondheid in ZHZ in vergelijking met buurlanden

Het beeld van de mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid (ZHZ) komt grotendeels overeen met het landelijke beeld. Om onze cijfers in perspectief te plaatsen, hebben we deze vergeleken met gegevens uit Duitsland en België. Hoewel een één-op-één-vergelijking niet mogelijk is vanwege verschillen in vraagstellingen en leeftijdscategorieën, biedt deze vergelijking toch een algemeen beeld. Voor dit voorlopige onderzoek hebben we ons beperkt tot beschikbare cijfers over eenzaamheid en stress, omdat deze indicatoren het meest aansluiten bij onze eigen meetinstrumenten. Een overzicht van alle relevante cijfers is te vinden in tabel 4.

Eenzaamheid

In Duitsland rapporteert het Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB, 2024) cijfers over eenzaamheid onder jongvolwassenen (19-27 jaar). Hierbij wordt gekeken naar iedereen die aangeeft zich ‘gedeeltelijk’, ‘enigszins’ of ‘compleet’ eenzaam te voelen. Dit komt redelijk overeen met onze categorie ‘enigszins tot sterk eenzaam’. Volgens de Duitse statistiek voelt 44,5% van de jongvolwassenen zich eenzaam, terwijl dit percentage in ZHZ aanzienlijk hoger ligt, namelijk 57%. In België richt de statistiek zich op ernstigere vormen van eenzaamheid. Data van Statbel uit Q4 2024 tonen het percentage jongvolwassenen (16-24 jaar) dat zich ‘altijd of meestal’ eenzaam voelt, wat vergelijkbaar is met onze categorie ‘sterk eenzaam’. In België rapporteert 6,1% van de jongvolwassenen zich ‘altijd of meestal’ eenzaam, terwijl dit percentage in ZHZ veel hoger ligt, namelijk 23% (bijna een op de vier).

Stress

Voor stress is in Duitsland gevraagd aan jongvolwassenen (16-28 jaar) of zij in de afgelopen 12 maanden stress hebben ervaren die hen overbelastte. Deze vraag sluit redelijk aan bij onze indicator ‘(heel) vaak stress’. In Duitsland geeft 32% van de jongvolwassenen aan overbelast te zijn door stress, terwijl het percentage in ZHZ dat (heel) vaak stress ervaart 42% is. In Duitsland heerst over het algemeen een gevoel van noodzaak met betrekking tot stress (Bild, 2024)

Conclusie

Hoewel de gebruikte indicatoren en vraagstellingen niet volledig overeenkomen, ontstaat er een duidelijk beeld van de ernst van de situatie. Duitsland uit grote zorgen over de mentale gezondheid van jongvolwassenen terwijl de cijfers tussen Nederland en Duitsland vergelijkbaar zijn. Deze bevindingen benadrukken de noodzaak om mentale gezondheid in ZHZ als prioriteit te behandelen en preventieve maatregelen en verder onderzoek te overwegen. Een gedetailleerd overzicht van alle vergelijkingen en cijfers is weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 4 Vergelijking van verschillende mate van eenzaamheid en stress met Duitsland en België

Indicator Leeftijds groep		ZHZ 18-25	Duitsland 19-27	België 16-24
Eenzaamheid (enigszins tot sterk)		57%		
Eenzaamheid (gedeeltelijk, tot sterk)			44,5%	
Eenzaamheid (sterk eenzaam)		23%		
Eenzaamheid (altijd of meestal eenzaam)				6,1%
Indicator Leeftijds groep		ZHZ 18-25	Duitsland 16-28	
Stress (veel)		42%		
Stress (overbelast)			32%	

2.6 Conclusie en discussie

In ons onderzoek constateren we relatief hoge waarden voor indicatoren van mentale problemen in alle gezondheidsmonitors. Er is zelfs sprake van een negatieve trend bij jeugd (13-15 jaar) en volwassenen en ouderen (18+). Jongvolwassenen (16-25 jaar) blijken echter het meest te lijden op het gebied van mentale gezondheid, gemeten aan de hand van absolute waarden. Binnen de groep volwassenen en ouderen scoort de jongste leeftijdscategorie vergelijkbaar slecht. Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere rapportages van het CBS (CBS, 2022) en Trimbos (Trimbos).

Factoren die van invloed zijn op mentale gezondheid zijn al langer bekend (zie Sociale determinanten) en kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën: individueel, familie, gemeenschap en structureel. De exacte impact per factor is echter moeilijk te kwantificeren, omdat mentale gezondheid het resultaat is van een complex samenspel tussen deze elementen en sterk afhankelijk is van de specifieke situatie. Hierdoor zijn de precieze oorzaken van het huidige (negatieve) beeld van de mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid vooralsnog onduidelijk en is nader onderzoek noodzakelijk.

Vervolgonderzoek zou aanvullende indicatoren kunnen omvatten die mogelijk van invloed zijn op mentale gezondheid, zoals slaap, schermtijd en lichaamsbeweging. Daarnaast is kwalitatief onderzoek nodig om de ervaringen en percepties van de bevolking beter te begrijpen. Hoewel er geen vaste referentiewaarden bestaan om te bepalen wat als hoog, laag, goed of slecht moet worden beschouwd, duiden de gepresenteerde percentages er volgens onze inschatting op dat de mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid zorgwekkende niveaus bereikt.

Hoewel er aanwijzingen zijn dat de coronapandemie een rol speelt in de slechte mentale gezondheid van jongvolwassenen (RIVM-rapport 2022-0182), kunnen we geen vergelijkingen maken met de situatie vóór de pandemie, omdat de gezondheidsmonitor voor jongvolwassenen pas tijdens deze periode is gestart. Het zou onterecht zijn om aan te nemen dat de huidige situatie een terugkeer naar een eerdere baseline is, omdat er geen gegevens zijn die dat bevestigen. Wat we wél zeker weten, is dat de mentale gezondheid van jongvolwassenen momenteel zorgwekkend is. Het is dan ook onverantwoord om te wachten met actie op basis van speculaties of hoop. Bovendien blijft het onzeker of de negatieve impact van corona vanzelf zal verdwijnen. De World Health Organization (WHO) pleit voor onmiddellijke actie en voortdurende monitoring van de mentale gezondheid:

- "Het creëren en implementeren van beleid en programma's om beschermende omgevingen op school, in gezinnen en onder leeftijdsgenoten te versterken."
- "Het is belangrijk om de invloed van de pandemie op de mentale gezondheid en het welzijn van kinderen en adolescenten in de gaten te houden en uit te zoeken hoe we hen kunnen helpen om een betere mentale gezondheid en welzijn te bereiken tijdens toekomstige wereldwijde gezondheidsuitdagingen." (WHO, 2023).

Uit ons onderzoek blijkt verder dat vrouwen en lager opgeleiden onevenredig getroffen worden. Ook in ander onderzoek naar welzijn, mentale gezondheid en weerbaarheid vormen vrouwen/meiden een risicogroep die extra aandacht verdient. Meiden voelen zich minder weerbaar (Schoemaker et al., 2019), beoordelen hun leven minder positief dan jongens, en rapporteren vaker emotionele problemen en hogere prestatiedruk (Kleinjan et al., 2020; Movisie, 2021). Diepgaand onderzoek is nodig om de onderliggende oorzaken van deze trends te identificeren en om effectieve beleidsmaatregelen te ontwikkelen.

Wij concluderen dat de mentale gezondheid onder toenemende druk staat en dat directe actie vereist is. Jongvolwassenen, vrouwen en lager opgeleiden zijn de meest kwetsbare groepen, wat in lijn is met bevindingen uit eerdere studies.

3 Sociale determinanten

Er zijn verschillende determinanten die van invloed kunnen zijn op de publieke mentale gezondheid. Deze determinanten kunnen zowel individuele als maatschappelijke factoren omvatten. In de praktijk is mentale gezondheid het resultaat van een complexe interactie tussen deze verschillende determinanten. Preventiebeleid moet daarom zowel individuele als systemische benaderingen combineren om de mentale gezondheid van de bevolking effectief te verbeteren.

In Engeland heeft de School for Public Health Research een conceptueel kader ontwikkeld voor publieke mentale gezondheid: www.publicmentalhealth.co.uk. Dit kader is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, maar er is ook kennis van inwoners gebruikt om de belangrijkste determinanten voor mentale gezondheid met elkaar in verband te brengen. In het kader wordt op vier niveaus verschillende determinanten onderscheiden. Deze zijn in onderstaande tabel vertaald en samengevat:

Tabel 5 Determinanten van mentale gezondheid in vier categorieën. (Bron: NIHR, www.publicmentalhealth.co.uk)

Niveau	Determinanten
Individueel	Socio-demografisch
	Levensgebeurtenissen en kansen
	Trauma en tegenslag
	Fysieke en psychologische gezondheid
	Karakter eigenschappen
	Identiteit
Familie	Familiestructuur
	Familie dynamiek
Gemeenschap	Sociale omgeving
	Geografische en fysieke omgeving
	Bureaucratische systemen en publieke dienstverlening
Structuur	Normen en rechten
	Brede factoren (ongelijkheid, klimaatverandering)
	Bestuur en politiek
	Industrie (commerciële factoren, (sociale) media en marketing)

Sociale determinanten

Onderzoekers van het Trimbos Instituut hebben in Baar *et al* (2022) een literatuurreview gedaan naar welke beleidsinterventies op sociale determinanten van mentale gezondheid in hoge-inkomenslanden beïnvloeden. Hiervoor hebben zij een theoretisch model ontwikkeld en bespreken vier thema's die invloed hebben op mentale gezondheid, te weten economische omstandigheden, buurt en fysieke omgeving, maatschappelijke en sociale context en opleiding. Daarnaast zijn er nog twee thema's, maar die worden in de review niet besproken. Deze thema's zijn voedings- en middelenomgeving en het gezondheidszorgsysteem. In deze notitie de laatste twee thema's wel op basis van aanvullende (maar beperkte) literatuur besproken.

Tabel 6 Sociale determinanten die invloed hebben op de mentale gezondheid van een individu. Bron: J. van Baar, N. Bos, J. Kramer, L. Shields-Zeeman, 2022.



In de categorie **economische omstandigheden** wordt duidelijk dat financiële en werkgerelateerde problemen over het algemeen leiden tot stress en ontnemen de toegang tot psychologische hulpbronnen die nodig zijn om met stress om te gaan, zoals het gevoel van regie op eigen leven en zingeving. Op basis van het beschikbare bewijs is het vergroten van zekerheid en stabiliteit in werk en inkomen van positieve invloed op mentale gezondheid.

In **buurt en fysieke omgeving** is de kwaliteit van huisvesting, de staat van de wijk en betaalbaarheid van woningen medebepalend voor mentale gezondheid. Verschillende omgevingselementen hebben ook positief effect: meer sociale gelijkheid in de buurt, meer natuur, minder energiearmoede en een groter gevoel van veiligheid. Initiatieven die huis- en wijkverbetering tot doel hebben zijn bevorderlijk voor mentale gezondheid, met name voor mensen in lagere sociaal economische positie of met instabiele huisvesting.

In de categorie **sociale en maatschappelijk** context komen vooral beleidsmaatregelen die discriminatie en racisme tegen gaan naar voren die bevorderlijk zijn voor de mentale gezondheid. Op gemeenschapsniveau lijkt sociale steun een rol te spelen bij het verbeteren en in stand houden van mentale gezondheid door een positief effect op veerkracht. Het bevorderen van zorgzame buurten of wijken kan hierin een belangrijke rol spelen.

In de categorie **opleiding** is een hogere opleiding over het algemeen bevorderlijk voor de mentale gezondheid (op latere leeftijd), maar schept ook verwachting over prestige van een baan of status wat juist een gevaar kan worden als deze verwachtingen niet worden ingelost.

De **voedselomgeving** heeft een directe en indirecte invloed op de mentale gezondheid van de bevolking. Er is sterk bewijs dat voedselonzeekerheid een significant effect heeft op stress en depressie (Pourmotabbed et al 2020). Gezonde voeding, toegang tot voedzaam voedsel, het voorkomen van honger en voedselonzeekerheid, en het bevorderen van gezonde eetgewoonten kunnen belangrijke factoren zijn in het bevorderen van geestelijk welzijn. Tegelijkertijd kan een ongezonde voedselomgeving, armoede, beperkte toegang tot gezond voedsel en slechte voedingskeuzes bijdragen aan de verergering van mentale gezondheidsproblemen. Sociale en culturele aspecten van

voedsel hebben ook invloed op de mentale gezondheid. Beleidsmaatregelen die gericht zijn op het verbeteren van de voedselomgeving, zoals het bevorderen van gezonde voeding en het vergroten van de toegang tot gezond voedsel, kunnen helpen de mentale gezondheid op grote schaal te verbeteren.

In een recent verschenen proefschrift over de toegang tot en gebruik van de **geestelijke gezondheidszorg** ongelijk is verdeeld (Vargas Lopez 2024). De onderzoeker concludeert dat er sterke aanwijzingen zijn dat de zogenoemde behandelingskloof het grootst is voor mensen met een sociaaleconomische achterstand. Mensen met een hoger inkomen hebben bovendien aanzienlijk meer kans op functionele verbeteringen als gevolg van de behandeling. Deze verschillen worden niet verklaard door verschillen in diagnose, ernst bij aanvang of ontvangen behandelingsminuten. De conclusie is dat uitsluitend focussen op de toegang tot zorg om de kloof op het gebied van mentale gezondheid te verbeteren niet voldoende is. Het is ook nodig een beter begrip te krijgen van de rol van de sociale omgeving op de behandeling én de kwaliteit van de zorg.

Mental health in all policies

De algemene bevinding van Baar *et al* (2022) is dat sociale determinanten de mentale gezondheid beïnvloeden, maar de relatie is complex en het ontbreekt vaak nog aan bewijs voor causaliteit: 'vaak zijn sociale determinanten onderling met elkaar in interactie', waardoor niet altijd duidelijk is hoe de achterliggende mechanisme bijdragen aan mentale gezondheid. Een voorbeeld is dat een goede baan het negatieve gezondheidseffect van een lagere opleiding kan compenseren. Echter, zo stellen de Baar *et al* (2022) dat het 'erg aannemelijk is dat een verbetering van de economische, educatieve, sociale en omgeving gerelateerde omstandigheden de verbetering van mentale gezondheid mogelijk maakt'. De paden die leiden tot mentale (on)gezondheid komt vaak van een combinatie van sociaaleconomische factoren, sociale steun, (werkgerelateerde)stress, en levensgebeurtenissen. Het samenspel tussen deze factoren kunnen zowel beschermende als risicofactoren vormen. Beleidsmaatregelen die deze determinanten aanpakken, zoals het bevorderen van sociale gelijkheid, het bevorderen van sociale steun, het verminderen van stigma en discriminatie, en het verbeteren van toegang tot zorg, kunnen de mentale gezondheid van de bevolking aanzienlijk verbeteren. Een effectieve benadering die impact maakt op populatieniveau is, met andere woorden, gebaseerd op een *mental health in all policies* benadering (Dale *et al*, 2022). In een evenwichtige aanpak wordt ook ingezet op het verbeteren van de individuele weerbaarheid tegen stressfactoren bij jongeren aan de hand van *assets en resources*. Assets zijn individuele eigenschappen of vaardigheden van jongeren. Resources zijn de sociale omgeving of gemeenschap van jongeren die hen ondersteunen meer weerbaar te worden. Er zijn vier assets van belang om met tegenslagen om te kunnen gaan: positieve identiteit, sociale vaardigheden, zelfregie en zelfregulatie (Kovács *et al*. 2021). Het is wel goed om te beseffen dat dergelijke initiatieven op populatieniveau geen grote veranderingen in uitkomstmaten laat zien, maar dat individuele interventies voor deelnemers natuurlijk wel effect kunnen hebben.

4 Advies voor een programma mentale gezondheid

Mentale gezondheid staat bij veel (leeftijds)groepen in Nederland en ook in Zuid-Holland Zuid onder druk. De middelen en mogelijkheden voor een regionaal programma die aanvullend werkt op een

landelijk programma (Landelijke aanpak mentale gezondheid 2023-2025: van ons allemaal) zijn echter beperkt. De vraag is dus wie *prioriteit* verdienen bij de inzet van schaarse middelen voor preventieve actie. Dit is een moeilijke vraag. Gelukkig heeft de WRR (2018) hierover in het recente verleden in een advies over nagedacht. Zij pleiten voor een moreel filosofische positie die *proportioneel universalisme* wordt genoemd. De WRR beargumenteert dat vanuit deze benadering 'het beleid universeel is en zich dus richt op alle burgers, **maar** wordt aangevuld met ondersteuning van bepaalde doelgroepen. De intensiteit van deze gerichte ondersteuning wordt bepaald door de mate van kwetsbaarheid van de doelgroep. Het doel is dus om het hele sociaaleconomische spectrum gezonder te krijgen, terwijl zoveel mogelijk recht wordt gedaan aan de reële achterstanden van groepen in kwetsbare sociaaleconomische posities, zowel feitelijk als in termen van kansen en capaciteiten' (WRR 2018). Een belangrijke term in dit verband is

gezondheidspotentieel. Deze term verwijst naar de gezondheidswinst die geboekt kan worden of, andersom geredeneerd, het gezondheidsverlies dat vermeden kan worden. Hoewel de WRR zich concentreert op alle volksgezondheidsproblematieken kan deze benadering ons inziens ook toegepast worden op mentale publieke gezondheid. Vanuit deze benadering worden beleidsmaatregelen en plannen gericht op de gehele bevolking zodat in principe iedereen kansen heeft om mentaal gezond te blijven of te worden, maar wordt er tegelijkertijd ingezet op groepen mensen die zich in de meest kwetsbare positie bevinden.

In deze eerste verkenning hebben we laten zien dat de mentale gezondheid in de gehele bevolking niet goed is, maar dat de jongvolwassenen hierin duidelijk naar voren komt als een groep die onder grote psychische druk staat. Als op deze groep wordt ingezoomd, dan vallen vooral jonge vrouwen en jongeren in een slechtere sociaaleconomische positie op. Hier ligt dus een groot gezondheidspotentieel vanwege de ernst van de ziektelast, de cumulatieve effecten voor deze groep en de samenleving en de druk op mensen in een kwetsbare sociaaleconomische positie (SEP). Tegelijkertijd is er meer lokale en regionale kennis nodig over de situatie van deze doelgroep om beleid en acties goed af te stemmen zodat de inspanningen vanuit een programma ook bijdragen aan het verbeteren van de mentale gezondheid.

Wij adviseren om in een regionaal programma voor een *mental health in all policies* benadering te kiezen. Hierin onderscheiden wij drie aspecten.

1. Universele gezondheidsbevorderende beleidsmaatregelen te adviseren aan gemeenten die aansluiten op de in deze verkenning beschreven sociale determinanten en effect hebben op de maatschappelijk structuur en normen (zie model van Trimbos). Het gaat dan **bijvoorbeeld** om het versterken van antidiscriminatie beleid of het werken aan perspectief voor starters op de woningmarkt. Het advies is om in het programma samen met gemeenten en andere belanghebbenden vanuit het perspectief van mentale gezondheid een aantal *integrale maatregelen* uit te werken waar een groot deel van de

Gendersensitief en Intersectioneel

Onder **gender** wordt de sociale, culturele en psychologische kenmerken die het geslacht met zich meebrengen. Een gendersensitieve benadering betekent dat met deze aspecten rekening wordt gehouden in beleid. **Intersectioneel** wil zeggen dat maatschappelijke ongelijkheid gevormd wordt door en samenhangt met verschillende sociale categorieën, zoals gender, maar ook etniciteit, religie, seksualiteit en handicap.

- bevolking van kan profiteren. Sluit hierbij ook aan op de aanpak mentale gezondheid van het rijk.
2. Een specifieke aanpak te ontwikkelen voor jongvolwassenen die gendersensitief is en waarin jongvolwassenen een belangrijke rol hebben in de ontwikkeling en/of onderzoeken van de acties die effect hebben op de leefomstandigheden (zie model van Trimbos) van deze doelgroep.
 3. Een onderzoek pijler op te nemen waarin verdiepend intersectioneel kwalitatief en kwantitatief onderzoek wordt gestart naar de omstandigheden van jonge vrouwen en jongeren in een lage SEP in ZHZ én tijd en ruimte wordt opgenomen voor een evaluatie van (onderdelen) van het programma mentale gezondheid.

5 Literatuur

- Baar, j. van, Bos, N., Kramer, J & Shield-Zeeman, L. (2022) *Sociale determinanten van mentale gezondheid. Een kennissynthese*. Trimbos Instituut.
- BiB 2024 - <https://www.bib.bund.de/Publikation/2024/pdf/Freda-Policy-Brief-Einsamkeit-im-juengeren-und-mittleren-Erwachsenenalter-angestiegen.pdf?blob=publicationFile&v=3>
- Bild 2024 <https://www.bild.de/leben-wissen/gen-y-und-gen-z-juengere-stresst-der-alltag-67038459dd4668399e3bce88?>
- Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W. & De Visser, M. (2018) Van verschil naar potentieel: Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. WRR-Policy Brief 7. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid.
- CBS (2022) <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/16/geluksgemoel-bij-jongvolwassenen-afgenomen>
- Dale, D. van, Shields-Zeeman, L, Schokker, D, Smit, F, Storm & I, Bon-Martens, M van (2022) *Effectieve interventies in beleid mentale gezondheid en preventie: een overzicht van kansen en mogelijkheden per levensfase en economische baten*. Bilthoven: RIVM
- Geluk onder druk?: Onderzoek naar het mentaal welbevinden van jongeren in Nederland
M Kleinjan, I Pieper, G Stevens... - 2020 - UNICEF Netherlands, Den Haag
- Kovács, Z., S. Noor, E. Çankor, J. Geerlings (2021) Wat werkt bij het versterken van weerbaarheid bij jongeren. Utrecht: Movisie.
- McGrath, A., Matthews, E., Murphy, N., Oostveen, I., Wagemakers, A., & Verkooijen, K. (2024). Identification of relevant mental health indicators for European community-based health enhancing physical activity initiatives: An adapted Delphi study. *Mental Health and Physical Activity*, 27, Article 100638.
- Movisie (2021) Zsuzsa Kovács, Sahar Noor, Elif Çankor, Jolien Geerlings. Wat werkt bij het versterken van weerbaarheid van jongeren? Movisie, Wat werkt bij-dossier
- NIHR, School for public health research (2021) Conceptual framework for Public Mental Health. <https://www.publicmentalhealth.co.uk/home>.
- Pourmotabbed, A., Moradi, S., Babaei, A., Ghavami, A., Mohammadi, H., Jalili, C., Symands, M., Miraghajani, M. (2020) Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition* 23 (10): 1-13.

- RIVM-rapport 2022-0182, de Hollander, E; Plantinga-Muis, L; Boer, J; Gerkema, M; Koning, M; Schurink, T; Loef, B (2023) Invloed van de corona-epidemie op de gezondheid en leefstijl van Nederlandse volwassenen. Rapport Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2025) <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/vtv-2024>
- Schoemaker, Casper & Kleinjan, Marloes & Borg, Wieke & Busch, Mirjam & Muntinga, Maaike & Nuijen, Jasper & Dedding, Christine. (2019). Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen. RIVM, 2019. 23 p.
- Statbel - <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/driemaandelijke-monitoring#figures>
- Trimbos
<https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/mentale-gezondheid-jeugd/cijfers/>
- Van Bon-Martens et al (2021)
 Van Bon-Martens, M., Kleinjan, M., De Beurs, D., Nuijen, J., & Van den Brink, C. (2021a). 'Mentale gezondheid bij jeugd' in kaart gebracht. Een participatieve benadering via group concept mapping. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vargas Lopez, F. (2024) *Better evidence for better mental health policy. Mind the inequalities gap*. PhD-thesis, Erasmus MC.
- WHO 2023 Coping through crisis: COVID-19 pandemic experiences and adolescent mental health and well-being in the WHO European Region. Impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022. Technical document <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7680-47447-69735>
- Windle et al A methodological review of resilience measurement scales.
 Windle, G., Bennett, K.M. & Noyes, J.
 Health Qual Life Outcomes 9, 8 (2011). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>

Auteurs

Edis Sepo
Arne Mellaard

m.m.v. Chrystel Luijendijk, Chantal Kenens en Johan van Veelen.

Februari 2025.

Citeren als: Sepo, E en Mellaard, A. (2025) *De status van mentale gezondheid in Zuid-Holland Zuid: een verkenning*. Dordrecht: GGD Zuid-Holland Zuid.

Karel Lotsyweg 40
Postbus 166, 3300 AD Dordrecht

☎ 078 770 8500
✉ info@dgjzhz.nl
🌐 www.dienstgezondheidjeugd.nl