



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# Landelijke en lokale ambities *mentale gezondheid en preventie*

Verdiepende consultaties voor het  
thema mentale gezondheid in  
het Nationaal Preventieakkoord



# 1. Inleiding

Deze factsheet is onderdeel van een verkenning naar het uitbreiden van het Nationaal Preventieakkoord met het thema mentale gezondheid. Het ministerie van VWS heeft aan het RIVM, Trimbos-instituut en GGD GHOR Nederland gevraagd om deze verkenning in samenwerking uit te voeren. De verkenning is beschreven in vier factsheets:

1. Landelijke en lokale ambities mentale gezondheid en preventie
2. Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie
3. Kennisinfrastructuur mentale gezondheid en preventie
4. Monitoren mentale gezondheid

De verkenning is een vervolg op een scoping studie uitgevoerd door het Trimbos-instituut, en eerdere consultaties van partijen in het veld door het ministerie van VWS naar de mogelijkheden en contouren van een Nationaal Preventieakkoord mentale gezondheid (medio 2021).<sup>1</sup> Hieruit blijkt dat de urgentie voor het thema mentale gezondheid hoog is en dat er een breed draagvlak is voor een preventieve gezamenlijke aanpak.<sup>2</sup> De coronapandemie heeft dit besef versterkt. In het nieuwe coalitieakkoord is eind 2021 de ambitie opgenomen om het bestaande Nationaal Preventieakkoord te verbreden met het thema mentale gezondheid.<sup>3</sup>

In deze eerste factsheet staan de bevindingen van verdiepende consultaties van landelijke (n=16), regionale (n=5) en lokale partijen (n=8) over de huidige activiteiten en ambities voor mentale gezondheid en kansen die het toevoegen van het thema mentale gezondheid aan het Nationaal Preventieakkoord biedt. In de kaders staan resultaten uit een aanvullende vragenlijst onder 25 GGD'en en een gemeente met GGD-taken (n=26). Tot slot volgt een overzicht van kernbevindingen.

In deze factsheet wordt met preventie op het thema mentale gezondheid zowel het bevorderen van mentaal welbevinden als het voorkomen van psychische aandoeningen bedoeld.

## 2. Huidige situatie

### 2.1 Belang van mentale gezondheid en huidige activiteiten

#### *Gedeelde urgentie voor het werken aan mentale gezondheid*

De geconsulteerde landelijke partijen zijn het erover eens dat er op het thema mentale gezondheid een verschuiving nodig is van zorg naar preventie. Waarbij gespecialiseerde (GGZ-)zorg beschikbaar blijft voor mensen die dit nodig hebben. De urgentie komt voort uit het vastlopen van de zorg, de toename van mentale klachten en uitval door een toename van (ervaren) druk op school en werk, en meer recent de gevolgen van de coronapandemie. Mentale gezondheid heeft volgens de partijen intrinsieke waarde voor individueel welbevinden en functioneren en voor een productieve samenleving. Partijen erkennen het belang van maatschappelijke factoren voor de mentale gezondheid en het belang van mentale gezondheid voor de samenleving. Iedere geconsulteerde partij wil graag vanuit het eigen perspectief en de eigen mogelijkheden een bijdrage leveren aan het bevorderen van mentaal welbevinden en het voorkomen van psychische aandoeningen. Tegelijkertijd geven zij aan dat dit een brede maatschappelijke opgave is. Het toevoegen van het thema mentale gezondheid in het bestaande Preventieakkoord zien zij als kans om hier samen aan te werken.

#### *Diversiteit aan activiteiten door landelijke partijen*

Landelijke partijen werken op diverse manieren aan mentale gezondheid, door bijvoorbeeld belangenbehartiging of het stimuleren en faciliteren van regionale en lokale organisaties bij het werken aan mentale gezondheid. Beleid en activiteiten zijn vooral gericht op verschillende leefomgevingen. Ter illustratie:

- **Onderwijs:** curricula gericht op sociaalemotionele vaardigheden, verplicht sociaal veiligheidsbeleid, faciliteren Gezonde School-aanpak en monitoren van het welbevinden.
- **Werk:** focus ligt op duurzame inzetbaarheid, men wil mensen met psychische problemen aan het werk houden (uitval voorkomen) en werknemers mentaal vitaal houden.
- **Zorg:** meer gericht op geïndiceerde preventie (bij klachten), behandeling of zorggerelateerde preventie (zoals terugvalpreventie) bij zwaardere problematiek als verslaving, depressie of suicide (GGZ). Daarnaast ontstaan nieuwe samenwerkingsconcepten zoals consultatiefunctie GGZ, Groene GGZ en Welzijn op recept.
- **Welzijn:** activiteiten gericht op versterken van de sociale basis, vergroten van veerkracht en aanpak eenzaamheid.
- **Wonen:** voorkomen van uithuiszettingen en dakloosheid, een Actieagenda wonen.

- **Wijk:** activiteiten gericht op sociale structuren, groene en veilige leefomgeving of gezonde sportomgeving (wandelen en sporten in omgeving).

Doordat mentale gezondheid vaak geen eigen beleid of programma heeft, maar onderdeel is van ander beleid of andere programma's, zijn activiteiten niet altijd (primair) gericht op mentale gezondheid. Daardoor ontbreekt afstemming tussen beleid en programma's en is vaak sprake van versnippering.

#### *Regionaal en lokaal: beleid en programma's*

In het algemeen vinden de gemeenten preventie op het thema mentale gezondheid belangrijk, GGD'en rekenen dit tot hun kerntaken. Mentale gezondheid is lokaal en regionaal als thema toegevoegd aan lopend beleid of lopende programma's. Bijvoorbeeld door de verbinding met landelijke programma's als Kansrijke Start en JOGG of lokale programma's gericht op een gezonde leefstijl of sociaal beleid (zoals armoedeaanpak). Meermaals wordt mentale gezondheid expliciet genoemd als thema in het lokale of regionale preventieakkoord. Ook wordt er via de benadering van positieve gezondheid gewerkt aan mentale gezondheid. Een enkel programma is specifiek opgezet om mentale gezondheid te bevorderen, zoals Thrive. Gecoördineerde inzet op mentale gezondheid wordt door lokale en regionale partijen ervaren als een uitdaging vanwege de breedte van het thema en het afstemmen van diverse activiteiten. Vaak is er een breed palet aan activiteiten voor verschillende doelgroepen. Ter illustratie: bij jeugd wordt ingezet op sociaal-emotionele vaardigheden en weerbaarheid, bij jongeren en studenten op welzijn (mede door de coronacrisis), bij volwassenen op stress en depressie, en bij ouderen op veerkracht en eenzaamheid. Voor preventie van psychische problemen worden oplossingen steeds meer in het sociaal domein gezocht.

#### *Huidig beleid en uitvoering mentale gezondheid bij GGD'en (26 GGD'en)*

- Bij 25 van de 26 GGD'en is mentale gezondheid een thema binnen de organisatie, bij driekwart staat het op de beleidsagenda.
- Genoemde doelen voor dit thema zijn: vroegsignalering, preventie, bewustwording en het vergroten van weerbaarheid van kwetsbare groepen.
- Belangrijkste doelgroepen zijn: jongeren (73%), jongvolwassenen (69%), kinderen op de basisschool/middelbare school (69%), mensen met een lage sociaaleconomische status (58%).





## 2.2 Doelgroepen

Veel van de partijen geven aan de gehele levensloop (-9 maanden tot 100 jaar) een belangrijk uitgangspunt te vinden. De geconsulteerde partijen noemen daarnaast een aantal momenten uit de levensloop en meerdere specifieke doelgroepen waarop zij inzetten bij het bevorderen van de mentale gezondheid. Voorbeelden van belangrijke momenten in de levensloop zijn de transitie van school naar werk, en zwangerschap. De meest genoemde doelgroepen zijn jeugd en jongeren, omdat bij hen de basis wordt gelegd voor de mentale gezondheid in het verdere leven. Daarnaast worden kwetsbare groepen het meest genoemd als doelgroep. Welke kwetsbare groepen dat zijn, varieert met de context. Groepen kunnen kwetsbaar zijn vanwege armoede, schulden, een lage sociaaleconomische positie, maatschappelijke opvang of psychische kwetsbaarheid. Andere genoemde doelgroepen zijn studenten en jongvolwassenen, werkenden in het algemeen en specifieke beroepsgroepen als de zorg, het onderwijs of beroepsgroepen die te maken hebben met heftige situaties, ouderen, mantelzorgers, statushouders en LHBTIQ+. Als risicofactoren worden een niet-westerse migratieachtergrond en het hebben van een naaste met psychische problemen genoemd waaronder Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) of Kinderen van Ouders met een Verslaving (KOV).

## 2.3 Keuze en monitoring van activiteiten

### *Kennis als belangrijke bron voor landelijke keuzes*

Voor veel landelijke partijen is kennis een eerste belangrijke bron om keuzes voor activiteiten te maken. Deze kennis komt bijvoorbeeld van experts, wetenschappelijke onderzoeken, samenwerking met kennisinstututen, monitorgegevens en interventieoverzichten. Ervaringskennis van leden, inwoners, jongeren en gemeenten wordt geduid als tweede belangrijke bron. Een uitdaging die bij de keuze van activiteiten genoemd wordt, is het delen van kennis, het ophalen en delen van ervaringen en het kijken vanuit eenzelfde

(begrippen)kader. Ten slotte worden beleidskaders, plannen en programma's genoemd. Voorbeelden hiervan zijn het Nationaal Preventieakkoord, de lokale preventieakkoorden waaraan mentale gezondheid soms al is toegevoegd, de verplichting van een sociaal veiligheidsbeleid en de brede maatschappelijke samenwerking burn-outklachten (BMS).

Voor de monitoring van de uitvoering worden veelal bestaande monitors genoemd: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), GGD Gezondheidsmonitors, de TNO-monitors arbeid en het Nationaal cohortonderzoek onderwijs. Sommige partijen willen meer datagestuurde werken. Een uitdaging bij het gebruik van data vinden zij het vinden van een gedeeld kader tussen verschillende onderzoekstradities op het gebied van welzijn en gezondheid.

### *Beleidskaders en monitors belangrijke basis voor regionale en lokale keuzes*

Gemeenten en GGD'en gebruiken vooral beleidskaders en beschikbare kennis uit monitors als bronnen voor de keuze van activiteiten. Daarnaast is samenwerking en overleg van belang: lokaal in de wijk of regionaal. Veelgenoemde beleidskaders zijn nationale en lokale nota's volksgezondheid, de regionale en lokale preventieakkoorden en beleidsplannen voor het sociaal domein en jeugd. Ook de mogelijkheid voor inbedding in lokale meerjarige programma's speelt een rol. Gemeenten en GGD'en zien de koppeling van mentale gezondheid aan dergelijke bestaande beleidsinitiatieven als kans.

Een ander uitgangspunt voor het kiezen van activiteiten is de beleidsvisie van gemeenten en GGD'en zelf. Er wordt bijvoorbeeld ingezet op positieve gezondheid, integraal werken, vroegsignalering, een wijkgerichte aanpak of samenwerking met stakeholders. Versterking van de samenwerking met ervaringsdeskundigen of doelgroepen wordt door sommigen als kans gezien, echter in de praktijk vinden zij dit nog wel weerbarstig. Het op maat maken van bestaande interventies en de borging of duurzaamheid van het aanbod zijn punten van aandacht.

Kennis over de mentale gezondheid in de gemeente of regio wordt vooral gehaald uit de GGD-monitors. De resultaten worden vaak geduid in regionale samenwerkingsverbanden, gesprekken met gemeenten of met stakeholders uit de wijk, om gezamenlijk de keuze voor activiteiten te maken. Ook de kennis en instrumenten van kennisinstituten of databanken worden gebruikt. Soms wordt aanvullend eigen onderzoek gedaan. Bij monitoring gaat het naast de kwantitatieve GGD-monitors ook over kwalitatief onderzoek of procesevaluaties. Gemeenten vinden het soms lastig om goed te monitoren: het meten van effecten van beleid is lastig en de financiering van activiteiten krijgt vaak voorrang. Parameters voor het meten van mentale gezondheid worden gemist; voor monitoring zou het helpen om tot een eenduidige set van parameters te komen. Een aantal gemeenten werkt datagestuurd met cijfers op wijk- of gemeenteniveau, bijvoorbeeld van [waarstaatjegemeente.nl](http://waarstaatjegemeente.nl), en koppelen van data in overleg met stakeholders aan effectief aanbod. Datagestuurd werken wordt nog als uitdaging gezien: het opzetten van lokale dashboards is lastig, net als een goede vertaling van resultaten naar beleid. Bij gemeenten die meer datagestuurd willen werken is de personele capaciteit soms een probleem.

Andere uitdagingen zitten voor gemeenten en GGD'en vooral in het organiseren van de samenhang tussen activiteiten voor diverse levensfasen en leefomgevingen en de daarvoor benodigde samenwerking. Daarnaast is er niet één aanpak van mentale gezondheid, deze verschilt tussen regio's, gemeenten en wijken. Naast inhoudelijke afwegingen spelen ten slotte financiering en voorwaarden van subsidies een rol bij de keuze voor activiteiten.

## 2.4 Samenwerking

### *Landelijk veel partijen en veel kansen voor samenwerking*

Landelijke partijen noemen diverse partijen waarmee samenwerkingen bestaan om mentale gezondheid te bevorderen of psychische aandoeningen te voorkomen: ministeries, gemeenten, provincies, kennisinstituten, koepelorganisaties, cliëntenorganisaties, zorgverzekeraars en nog meer. Zij zien nog kansen voor concrete samenwerking met werkgeversorganisaties, natuurorganisaties, vrijwilligers, projectontwikkelaars, hogescholen en universiteiten. De waarde van domeinoverstijgend werken, omdat mentale gezondheid niet vanuit één enkel domein is aan te pakken, wordt breed herkend.

Landelijke partijen zien diverse kansen voor samenwerking, waaronder:

- versterken van samenwerking tussen ministeries (zoals VWS, OCW, SZW);
- stimuleren van gemeenten om de regie te pakken op samenhang en samenwerking;

- lokaal verbinden van domeinen, zoals het sociaal domein, jeugd en zorg (GGZ, huisartsen);
- verbeteren van samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en GGZ;
- verbinden van praktijk, beleid en wetenschap, benutten van wetenschappelijke kennis;
- verduidelijken van rol en verantwoordelijkheden van actoren, zoals scholen;
- werken in (lerende) netwerken en een lokale ondersteuningsstructuur.

Landelijke partijen noemen wel dat ze een beperkte invloed hebben op regionaal en lokaal beleid door de beleidsvrijheid van bijvoorbeeld onderwijsinstellingen en gemeenten.

### *Meer domeinoverstijgende samenwerking bij regionale en lokale partijen*

Gemeenten hebben een regierol en een aanjaagfunctie en werken onder andere samen met het sociaal domein (welzijnswerk, jongerenwerk, gezinswerkers), werk en inkomen, onderwijs, sport en cultuur, en de zorg (GGZ, huisartsen, POH GGZ). Voorbeelden zijn het verbinden van het sociaal domein met de GGZ, een wijkgericht preventieprogramma, of programma's vanuit werk en inkomen. Andere partijen waarmee gemeenten en GGD'en samenwerken zijn bijvoorbeeld jongeren, vrijwilligers, kennisinstellingen en universiteiten. Er liggen nog kansen voor samenwerking met huisartsen en ziekenhuiszorg, maar ook met schuldhulpverlening.

Lokale en regionale partijen zien diverse kansen en uitdagingen voor samenwerking, waaronder:

- versterken van samenwerking tussen domeinen (sport, sociaal, groen, fysiek, economie) is een uitdaging. Dat er samenhang is, is helder, maar waar kun je het beste beginnen?;
- verbindingen leggen met nieuwe partijen om in te zetten op kansengelijkheid en armoede;
- omgaan met verschillende vormen van preventie met eigen kaders en financiering vanuit de Wpg, Jeugdwet en Wmo (schotten);
- werken vanuit dezelfde opgave heeft een cultuuromslag nodig;
- GGD'en kunnen een verbindende rol spelen als neutrale en onafhankelijke partij, maar deze rol wordt ze nog niet altijd gegund;
- er is meer mogelijk en wenselijk in de samenwerking met (hoger) onderwijs, maar dat is soms lastig omdat zij overlopen door drukte, personeelsproblemen en afhankelijk zijn van wat er in de gemeente aan ondersteuning mogelijk is;
- betere samenwerking met arbodiensten of bedrijven voor het aanpakken van burn-out;
- aansluiten bij regionale coalities met ziekenhuis, GGZ, apotheken, huisartsen, en inwoners.

### Samenwerking GGD'en en gemeenten rond mentale gezondheid (26 GGD'en)

- 18 Van de 26 GGD'en geven aan te weten wat speelt bij gemeenten rond dit thema.
- Alle GGD'en ondersteunen gemeenten bij mentale gezondheid vooral met beleidsadvies en monitoring en iets minder vaak, maar nog altijd bij ruim de helft, bij de uitvoering van interventies.
- GGD'en werken rond dit thema samen met de gemeentelijke afdelingen volksgezondheid (96%), voortgezet onderwijs/mbo (92%), primair onderwijs (77%), sociale (wijk)teams (65%) en GGZ-instellingen (65%).
- (Bijna) de helft van de GGD'en wil in de nabije toekomst samenwerken met werkgevers/werkgeversorganisaties, gemeentelijke afdelingen maatschappelijke ontwikkeling en huisartsen.

## 2.5 Financiering

### Landelijk een mix van structurele en incidentele financiering

Landelijke partijen gebruiken diverse financieringsbronnen om hun activiteiten op het gebied van mentale gezondheid te bekostigen. Een aantal partijen maakt gebruik van subsidies van de landelijke overheid of weet dat lokale partijen gebruikmaken van tijdelijke financieringsbronnen als Samen cultuur maken of het Steunpakket sociaal en mentaal welzijn. Ook lokale en regionale overheden dragen soms bij aan de financiering. De zorgverzekeraars worden beperkt genoemd, bijvoorbeeld in een initiatief voor Groene GGZ of juist omdat zij interventies als wandelcoaching nog niet vergoeden. Andere financieringsbronnen zijn fondsen of sponsoring, of bijdragen van leden of partners.

### Regionale en lokale preventie uit eigen middelen of incidenteel gefinancierd

Ook gemeenten maken gebruik van financieringsbronnen van de landelijke overheid, zoals middelen gekoppeld aan het Preventieakkoord, gelden vanuit het Nationaal Programma Onderwijs en het Steunpakket sociaal en mentaal welzijn en leefstijl. Veelal worden eigen middelen ingezet, vanuit het sociaal domein (Wmo), publieke gezondheid, de buurtsportcoachregeling of op projectbasis. Soms financieren gemeente en GGD samen de preventieve inzet van de GGZ. Een aantal gemeenten werkt samen met zorgverzekeraars. Zo investeren zorgverzekeraars in de GGZ of in projecten, werken gemeenten samen met het Zorgkantoor of is er vanuit een preventiecoalitie domeinoverstijgende bekostiging gerealiseerd. Voor vrijwel alle uitvoering van lokale en regionale preventie geldt dat het gaat om incidentele middelen en dat structurele financiering lastig te realiseren is.

## 2.6 Eigen ambities

### Ambities voor mentale gezondheid

Sommige partijen, vooral gemeenten, formuleren hun ambities in termen van de mentale gezondheid. Daarbij leggen zij verschillende accenten. Voorbeelden zijn: zelfredzame en weerbare mensen met minder mentale problemen en uitval, verbeteren van mentale gezondheid en maatschappelijk functioneren, psychisch fitte inwoners, gelijke kansen op mentale gezondheid, en stoppen van stijgende trends voor mentale problemen. Sommige ambities zijn daarbij ook wat breder dan alleen mentale gezondheid, zoals een inclusieve samenleving, gezonde en vitale inwoners, verminderen van (mentale) gezondheidsverschillen, goede kwaliteit van leven, en minder stapeling van problematiek.

### Ambities voor het beïnvloeden van determinanten

Een aantal ambities is gericht op het beïnvloeden van determinanten van mentale gezondheid. Soms zijn deze ambities in algemene termen geformuleerd, zoals (*mental-*) *health-in-all-policies*, het aanpakken van de bron in plaats van het individuele gedrag, of meer 'upstream' werken. In andere gevallen zijn deze ambities concreter en gericht op het beïnvloeden van determinanten, bijvoorbeeld het terugdringen van stress, ervaren werkdruk of prestatiedruk, het terugdringen van kinderarmoede, het investeren in een gezonde en groene leefomgeving en bestaanszekerheid, en meer sporten en bewegen.

### Ambities voor strategie en randvoorwaarden

De meeste ambities hebben betrekking op de strategie en randvoorwaarden om te komen tot een mentaal gezonde samenleving. De strategische ambities gaan over de wijze waarop de partij zelf aan mentale gezondheid wil werken en wat andere partijen zouden moeten doen. Deze ambities omvatten een integrale mix van doelen, uitgaande van de levensloopbenadering en de drie preventieniveaus:

- universeel (bewustwording, destigmatiseren, het versterken van de sociale basis);
- selectief (versterken vroegsignalering en de toegankelijkheid van zorg en werk);
- geïndiceerd (voorzieningen en interventies bij klachten).

Ambities voor randvoorwaarden zijn onder andere gericht op kennis en monitoring, planmatig werken, draagvlak, duurzaamheid en integraliteit, samenwerking en rol- en taakverdeling, eigen rol en positie, financiering, en landelijke regelgeving, afspraken en ondersteuning.



# 3. Input voor het Nationaal Preventieakkoord

## 3.1 Ambities voor het landelijke akkoord

### *Maatschappelijke beweging naar voren*

Partijen geven aan dat de ambities voor het thema mentale gezondheid in het Preventieakkoord stevig mogen zijn, gekoppeld aan voldoende tijd (10-30 jaar), energie en middelen. De nadruk dient te liggen op de voorkant: het duurzaam beschermen en bevorderen van de mentale gezondheid van iedereen. Daarnaast vroegsignalering en passende, tijdige en toegankelijke hulp. Dit vraagt om samenhang en samenwerking tussen organisaties in het domein zorg en welzijn en daarbuiten, zoals werk en inkomen. De beweging naar voren wordt gezien als een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Partijen benoemen het belang van een sterke sociale basis en inzet op het maatschappelijke debat over destigmatiseren, normaliseren en demedicaliseren.

### *Doelgroepen en levensloopbenadering*

De partijen zijn eensgezind in hun ambitie om het bevorderen van mentale gezondheid te richten op de gehele populatie (universele preventie). De levensloopbenadering in relatie tot leefomgevingen, bijbehorende levensfasen en transitie wordt hierbij als helpend ervaren. Vanuit de levensloopbenadering dient er bijzondere aandacht voor jeugd te zijn. Partijen vinden het eveneens belangrijk om specifiek in te zetten op kwetsbare groepen (selectieve en geïndiceerde preventie). Deze kwetsbare groepen zijn zeer divers, en worden contextueel bepaald aan de hand van signalen, monitorcijfers en onderzoeksgegevens.

### *Kansen voor domeinoverstijgend beleid*

Het toevoegen van het thema mentale gezondheid aan het Nationaal Preventieakkoord wordt in alle consultaties gezien als belangrijke kans om tot een echt domeinoverstijgende preventieve aanpak te komen. Interdepartementale afspraken met een heldere beschrijving van verantwoordelijkheden, rollen en taken geeft concreet 'handen en voeten' aan het principe van *mental-health-in-all-policies* en biedt zo een voorbeeld voor domeinoverstijgende samenwerking op regionaal en lokaal niveau.

### *Landelijke kaderstelling en lokale invulling*

Landelijke heldere overkoepelende kaders en afspraken in het Preventieakkoord zijn volgens alle partijen van belang. Zij reiken hiervoor verschillende ingrediënten aan, waaronder visie en een helder begrippenkader, uitgangspunten, inhoudelijke speerpunten en voorwaarden. De concrete

invulling van deze kaders vraagt om lokale uitwerking, op basis van lokale behoeften en mogelijkheden om aan te sluiten bij wat er al wordt gedaan. Lokale en regionale thema's, problemen en ideeën kunnen daarbij op hun beurt het landelijke beleid voeden. Zowel landelijke als regionale partijen vinden het belangrijk dat er lokaal ruimte is om te leren en te experimenteren. De meeste partijen benadrukken dat een akkoord richting kan geven, maar geen concrete activiteiten of interventies moet voorschrijven.



### *Sturing en evaluatie*

Bij landelijke kaders met lokale ruimte om deze in te vullen, passen volgens de geconsulteerde partijen ook randvoorwaarden over eigenaarschap, samenwerking, kwaliteitsnormen en financiën. Partijen denken aan bindende afspraken over kernthema's, uniformiteit van processen en planmatige invulling, inzet van en samenwerking met stakeholders, bestuurlijke inbedding, kwaliteit en monitoring, het verbinden van programma's, ruimte om te experimenteren en op te schalen. Landelijke sturing kan plaatsvinden met bijvoorbeeld een jaarlijkse evaluatie van deze bindende afspraken.

## 3.2 Aandachtspunten voor lokale of regionale uitvoering

### *Gebruikmaken van wat er is: inhoudelijke samenhang*

Alle partijen geven aan het belangrijk te vinden dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van wat er al is. Een enkele landelijke partij benadrukt juist het belang van lef om af te wijken van bestaande lijnen en buiten de institutionele kaders te kijken. Een belangrijke motivatie om aan te sluiten bij wat er is, is het aanbrenge van

samenhang op de inhoud. Leefstijl, fysieke gezondheid en mentale gezondheid staan niet los van elkaar en vragen om een 'holistische' of integrale benadering. Het toevoegen van het thema mentale gezondheid aan het huidige Nationaal Preventieakkoord vinden partijen vanuit dat oogpunt logisch. Dit geldt ook voor de lokale preventieakkoorden. Daarnaast geven partijen aan dat het belangrijk is om de diverse landelijke programma's bij elkaar te brengen of op elkaar af te stemmen. Concrete voorbeelden zijn het hoofdlijnenakkoord en de hervormingsagenda jeugd.

### *Benutten en versterken van bestaande kennis en structuren*

Het toevoegen van het thema mentale gezondheid aan het Nationaal Preventieakkoord wordt door partijen gezien als een belangrijk vliegwiel om bestaande programma's te versterken. Daarmee kan worden geleerd van eerdere ervaringen en kunnen bestaande denklijnen, zoals het koppelen van ontmoeting aan bewegen, worden voortgezet. Aansluiten bij en benutten wat er al is en al gebeurt, voorkomt overbelasting van beleidsmakers en uitvoerders en kan bestaande initiatieven en structuren versterken. Genoemde voorbeelden zijn: het aansluiten op de onderwijspraktijk, het benutten van de infrastructuur van buurthuizen, het versterken van sociale netwerken, het benutten van gezonde school(-adviseurs) en bestaande klankbordgroepen, verbinding met de 'rijke schooldag', gebruik van bestaande werkgeversportals, en het benutten van bestaande monitors en ondersteunende kennisinfrastructuren.

### *Betrek de juiste stakeholders op gepaste wijze*

Vanwege de maatschappelijke opgave vinden de partijen het belangrijk dat er goed wordt nagedacht over de keuze voor stakeholders waarmee het akkoord tot stand wordt gebracht. Dit geldt ook voor de wijze waarop medezeggenschap wordt georganiseerd. Zij pleiten er voor om de doelgroep mede te laten bepalen wat nodig is en waar de middelen aan worden besteed. Voorbeelden van doelgroepen zijn jongeren, studentenvakbonden en patiëntenfederaties. Voor de verschillende leefomgevingen zijn er specifieke stakeholders waaraan gedacht kan worden, zoals arbodiensten en grote bedrijven voor de leefomgeving 'werk'. Tegelijkertijd wordt er gewaarschuwd voor een enorm proces met allerlei partijen aan tafels. Goed omgaan met belangen en een mogelijk ongelijkwaardige inbreng door statusverschillen zijn aandachtspunten.

### *Diverse ideeën over het procesontwerp*

Over het proces voor de totstandkoming voor een akkoord is er minder gelijkgestemdheid. Enerzijds stellen partijen voor om snel en goed met een voorstel en procesontwerp op hoofdlijnen te komen, anderzijds om niet top-down te komen met een voorstel en vooral de tijd te nemen voor de

processen. De ene partij ziet het akkoord als een beweging: een dynamisch en doorlopend proces, de andere adviseert het akkoord gezamenlijk op te stellen omwille van gedeeld eigenaarschap en commitment.

### *Heldere landelijke kaders voor financiering preventie*

De partijen vinden heldere landelijke kaders voor de financiering van preventie van belang. De verwachting bij veel partijen is dat zorgverzekeraars een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de financiering van preventie, vanuit de gedachte dat zij daar ook baat bij zullen hebben. Zelf geven zorgverzekeraars aan dat zij maar een beperkte rol kunnen spelen op grond van de wetgeving. De landelijke overheid heeft een belangrijke rol bij de kaderstelling en realisatie van de randvoorwaarden voor de rollen en verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie en onderlinge samenwerking. Een aantal partijen verzoekt daarbij om scherpe en in de praktijk werkbare afspraken voor de financiering van leefstijlgerelateerde aanpakken in het sociaal domein en de GGZ.

#### *Input voor thecma mentale gezondheid in Preventieakkoord vanuit GGD'en (26 GGD'en)*

- 24 GGD'en steunen het idee om mentale gezondheid toe te voegen aan bestaande Preventieakkoorden.
- Mentale gezondheid als thema in het Nationaal Preventieakkoord werkt bevorderend voor lokaal/regionaal akkoord door:
  - opname van het thema mentale gezondheid in de landelijke beleidsagenda;
  - koppeling met andere gezondheidsthema's;
  - beschikbaarheid van beleids- en implementatievoorbeelden;
  - structurele beschikbaarheid van financiële middelen.
- Rollen van de GGD'en bij mentale gezondheid:
  - adviseur richting gemeenten en ketenpartners (26 GGD'en);
  - verbinding tussen uitkomsten monitor en beleid/interventies (25 GGD'en);
  - data genereren (onder ander gezondheidsmonitor) en data analyses (24 GGD'en);
  - vertaling landelijk naar regionaal of lokaal akkoord (23 GGD'en);
  - coördinator of trekker van het programma (19 GGD'en);
  - uitvoering van interventies (14 GGD'en).
- Gewenste ondersteuning om rol te vervullen rond dit thema is: overzicht, tijd, draagvlak, capaciteit en financiële middelen.



### 3.3 Gewenste landelijke ondersteuning voor regionale en lokale uitwerking

#### Ondersteuning bij het proces

Vooral de gemeenten en GGD'en geven aan het belangrijk te vinden dat niet alleen geïnvesteerd wordt in de procesbegeleiding voor de totstandkoming van lokale of regionale akkoorden, maar ook daarna. Zo wordt bijvoorbeeld de wens geuit om ondersteuning te krijgen bij het betrekken van de zorgverzekeraars. Vanuit een landelijke organisatie kan een adviseur ondersteunen bij de vertaling van het landelijke akkoord naar de lokale en regionale akkoorden. Tevens kan die adviseur de samenwerking tussen lokale en landelijke organisaties faciliteren en zo bijdragen aan een meer uniforme werkwijze. Vooral GGD'en pleiten ervoor om een regionaal coördinerende rol bij de GGD'en te beleggen, in aansluiting op hun verantwoordelijkheden vanuit de Wpg en de ambities voor toekomstig preventiebeleid.<sup>4</sup>

#### Ondersteuning bij kennisgestuurd werken

Vanuit veel partijen wordt benoemd dat er een landelijke ondersteunde kennisinfrastructuur nodig en gewenst is om zo *evidence-based* handelen in praktijk en beleid te versterken en te verankeren. Partijen vinden het belangrijk om te voorkomen dat kennis over wat werkt versnipperd blijft. Het gaat dan onder meer over:

- het opleiden en toerusten van professionals door in te zetten op de curricula van opleidingen en onderling leren;
- het ontwikkelen en actueel houden van richtlijnen;
- het ontsluiten van kennis over wat werkt, effectieve interventies, aanpakken en programma's;
- het landelijk faciliteren van de implementatie hiervan;
- het faciliteren en uitvoeren van onderzoek naar effectiviteit en implementatie;
- het ondersteunen bij het (lokaal) monitoren van de opbrengsten en de effecten van (activiteiten van) het akkoord;
- een centraal toegangspunt waar kennis en opbrengsten van lokaal beleid gebundeld en beschikbaar worden gesteld, zoals praktijkvoorbeelden of kennis over integrale samenwerkingen.

#### Toereikende middelen, nu en in de toekomst

Ook voor de lokale en regionale akkoorden geven veel partijen aan dat het belangrijk is dat de middelen toereikend zijn voor ambities. Een 'aanjaagbudget' helpt om lokale of regionale akkoorden tot stand te brengen, vervolgens zijn ook structurele middelen nodig om de akkoorden te onderhouden en door te ontwikkelen. Naast deze middelen

voor een lokale ondersteuningsstructuur, is er behoefte aan (extra) middelen voor monitoring, onderzoek en innovatie en bij sommige partijen voor de uitvoering. Duurzame financiering is belangrijk voor de opbouw en het behoud van capaciteit en expertise. Om te zorgen dat de inzet rendeert, geven zij suggesties om deze vooral terecht te laten komen bij de partijen die ermee aan de slag moeten, zoals scholen, of om de middelen te oormerken zodat ze worden besteed zoals bedoeld. Partijen vinden het vanzelfsprekend tot noodzakelijk dat er randvoorwaarden worden verbonden aan de toekenning van middelen, om daarmee doelmatigheid te borgen.

### 3.4 Eigen rol en bijdrage

#### Eigen rol en bijdrage landelijke partijen

Landelijke overheden geven aan een rol te kunnen spelen bij het agenderen en benutten van raakvlakken bij inhoudelijke speerpunten, het kunnen benaderen van partijen in verschillende sectoren, het investeren in onderzoek en in het ontwikkelen en opschalen van aanpakken.

*Landelijke branche- en ledenorganisaties* geven aan een rol te kunnen spelen door mee te denken en mee te doen. Zoals bij het maken van landelijke afspraken en deelname aan tafels, het ondersteunen van de lokale akkoorden, het verbinden met andere akkoorden, het adviseren over inhoud, en communicatie. Daarbij kunnen zij het Preventieakkoord uitdragen naar hun achterban en kunnen zij hun infrastructuren benutten voor het benaderen, uitvragen, mobiliseren en faciliteren van hun leden, het ontsluiten en verspreiden van kennis en handreikingen, het zien van goede voorbeelden en opschalen van effectieve aanpakken.

#### Eigen rol en bijdragen lokale en regionale partijen

Gemeenten en GGD'en geven aan een bijdrage aan het Nationaal Preventieakkoord te kunnen leveren door het adviseren van de landelijke overheid en het leveren van kennis en voorbeelden uit de lokale setting. De GGD'en geven aan in de eigen regio en voor gemeenten een kennisrol te willen vervullen op basis van hun kennis- en adviesfunctie in publieke gezondheid en monitoringdata. Tevens willen zij een rol vervullen in het verbinden van landelijke partijen en lokale plannen, en ten behoeve van de samenhang in het regionale veld. Een gemeente geeft aan te kunnen zorgen voor aansluiting bij het preventienetwerk in de lokale uitvoering.

## 4. Kernbevindingen

### Huidige activiteiten en ambities voor mentale gezondheid

- De urgentie om te werken aan mentale gezondheid wordt onderschreven, zowel landelijk als regionaal en lokaal; een verschuiving van zorg naar preventie wordt gezien als noodzakelijk.
- Alle geconsulteerde partijen zijn in meer of mindere mate zelf actief om mentale gezondheid te bevorderen en/of psychische aandoeningen te voorkomen.
- Er is nog weinig samenhang in de activiteiten en de bijdrage van deze activiteiten aan mentale gezondheid niet altijd expliciet of concreet.
- Veel partijen vinden de gehele levensloop (-9 maanden tot 100 jaar) een belangrijk uitgangspunt om aan mentale gezondheid te werken.
- Huidige activiteiten zijn zowel gericht op de hele samenleving als op specifieke doelgroepen in verschillende leefomgevingen (school, werk, zorg, thuis, wijk). Vooral jeugd en jongeren en kwetsbare groepen krijgen aandacht.
- Mentale gezondheid is lokaal en regionaal als thema toegevoegd aan lopend beleid of lopende programma's (landelijk of lokaal), en soms ook aan het lokale of regionale preventieakkoord.
- Bij de keuzes voor activiteiten laten partijen zich leiden door de eigen visie en context, door verschillende kennisbronnen waaronder monitors, en door kansen.
- Partijen werken veel samen met andere partijen. Vooral gemeenten hebben een regierol als het gaat om domeinoverstijgende samenwerking.
- Er liggen nog volop kansen en uitdagingen voor effectievere domeinoverstijgende samenwerking. Dat geldt ook voor rol- en taakverdeling en financieringsstromen.
- De financiering is vaak incidenteel en gekoppeld aan subsidies, projecten en programma's.
- Partijen hebben ambities op verschillende niveaus: gericht op mentale gezondheid, gericht op het beïnvloeden van determinanten, en gericht op strategie en randvoorwaarden.

### Input voor het Nationaal Preventieakkoord

- Partijen geven aan dat ambities voor het thema mentale gezondheid in het Preventieakkoord stevig mogen zijn, toevoegen van dit thema kan op brede steun rekenen.
- Partijen vinden 'de beweging naar voren' belangrijk: duurzaam bevorderen van mentaal welbevinden, vroegsignalering, en passende, tijdige en toegankelijke hulp.
- Inspanningen zijn gewenst voor de gehele populatie (universele preventie) met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen (selectieve en geïndiceerde preventie).
- Kwetsbare groepen zijn zeer divers en worden contextueel bepaald aan de hand van signalen, monitorcijfers en onderzoeksgegevens.
- Landelijke heldere overkoepelende kaders en afspraken in het Preventieakkoord zijn volgens alle partijen van belang. De concrete invulling van de landelijke kaders dient lokaal te gebeuren.
- Bij deze landelijke kaders passen ook randvoorwaarden over eigenaarschap, samenwerking, kwaliteitsnormen en financiën.
- De landelijke overheid kan een uitwerking van interdepartementale afspraken maken die als voorbeeld kan dienen voor domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau.
- Voor lokale uitwerking hebben lokale en regionale partijen behoefte aan landelijke ondersteuning bij het proces, kennisgestuurd werken en toereikende middelen, nu en in de toekomst.
- Zowel landelijke als regionale en lokale partijen vinden het belangrijk dat er lokaal ruimte is om van elkaar te leren en te experimenteren.



# 5. Werkwijze en verantwoording

De bevindingen van deze verdiepende consultieronde geven een beeld van huidige activiteiten, ambities en behoeften voor preventie op het thema mentale gezondheid. Door de keuze voor partijen die geconsulteerd zijn, is dit beeld wellicht niet representatief. Het geeft echter wel richting aan een kansrijke uitwerking van het thema mentale gezondheid in het Nationaal Preventieakkoord.

De resultaten in deze factsheet zijn gebaseerd op:

- Consultaties van een brede afspiegeling van 29 landelijke, regionale en lokale partijen
  - *Landelijk*: ministeries van VWS, OCW en SZW, VNG, GGD GHOR Nederland, NHG, Nationale Jeugdraad, VNO-NCW, Sociaal Werk Nederland, VO-raad, Zorgverzekeraars NL, NOC\*NSF, Nature for Health, Divosa, De Nederlandse GGZ en Stichting Mind.
  - *Regionaal*: GGD'en Gelderland-Zuid, Fryslân, Haaglanden, West-Brabant, Flevoland.
  - *Lokaal*: gemeenten Amsterdam, Rotterdam (G4), Groningen, Leiden, Sittard-Geleen (G40), Maashorst, Terneuzen en Wijk bij Duurstede.
- Opzet consultaties
  - Semigestructureerde gespreksleidraad: huidige situatie en input Preventieakkoord.
  - Maximaal 3 personen per geconsulteerde partij, twee interviewers en een notulist.
  - Online, in de periode van 11 januari tot en met 9 februari 2022.
- Vragenlijst onder GGD'en
  - Online uitgezet van 25 januari tot en met 16 februari.
  - Link verstuurd naar deelnemers aan vakgroepen van GGD GHOR Nederland: Gezondheidsbevorderaars, managers Preventie en Gezondheid, Onderzoek, en Beleid.
  - Respons: 26 van 26 (25 GGD'en en een gemeente met GGD-taken). In totaal 41 vragenlijsten retour, ingevuld door manager (4), gezondheidsbevorderaar (14), epidemioloog/onderzoeker (7), beleidsadviseur (15) en anders (3) (meer antwoorden mogelijk).
- Verslaglegging
  - Consultaties: audiovisuele opname, samenvattend verslag, membercheck door deelnemers op feitelijke onjuistheden, geanalyseerd met MAXQDA, beschreven in deze factsheet.
  - Vragenlijst: resultaten in kaders in deze factsheet.

## Referenties

1. Shields-Zeeman, L., Bon-Martens, M. van, & Smit, F. (2021). Scoping studie. Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving: Bouwstenen voor mentale gezondheidsbevordering. Trimbos-instituut.
2. Ministerie van VWS (2021). Kamerbrief Verkenning Nationaal Preventieakkoord Mentale Gezondheid/reactie op motie (kst-32793-573).
3. Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' (2021). Coalitieakkoord tussen VVD, D66, CDA en ChristenUnie.
4. Ministerie van VWS (2021). Kamerbrief Bouwstenen voor een fundament onder toekomstig preventiebeleid.



## Colofon

### **Auteurs:**

Marja van Bon-Martens (Trimbos-instituut)  
Dieuwke Schokker (RIVM)  
Merel Linthorst (GGD GHOR Nederland)  
Nina Bos (Trimbos-instituut)  
Annette Duenk (GGD GHOR Nederland)  
Laura Shields-Zeeman (Trimbos-instituut)  
Ilse Storm (RIVM)

### **Met medewerking van:**

Vera Ramaker (Trimbos-instituut), Selinde Rouwenhorst en Josine Schaap (GGD GHOR Nederland)

### **Bron foto's binnenkant:**

Marieke Duijsters (foto pagina 4 en 10)



Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

*Dit is de eerste factsheet van een serie van vier factsheets over het bevorderen van mentale gezondheid en preventie van psychische klachten en aandoeningen. Deze serie is tot stand gekomen in samenwerking tussen RIVM, Trimbos-instituut en GGD GHOR Nederland, onder projectleiding van Trimbos-instituut.  
Maart 2022*

*De zorg voor morgen begint vandaag*