



Rijksoverheid

Uit balans

IBO mentale gezondheid en ggz



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	6
1. Inleiding	12
1.1 Aanleiding	12
1.2 Afbakening	12
1.3 Terminologie	13
1.4 Wat is mentale gezondheid?	15
1.5 Onderzoeksaanpak	16
1.6 Leeswijzer	16
2. Ontwikkelingen in mentale gezondheid en gebruik van ondersteuning en zorg	18
2.1 Ontwikkelingen in de mentale gezondheid	18
2.2 Ontwikkelingen in gebruik van ondersteuning en zorg	22
3. Kenmerken, determinanten en gevolgen van mentale gezondheid en psychische problematiek	26
3.1 Kenmerken van (hulp bij) psychische klachten	27
3.2 Invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op mentale klachten en aandoeningen	30
3.3 Determinanten – wat beïnvloedt de mentale gezondheid?	32
3.4 Wat is de impact op het individu?	38
3.5 Maatschappelijke kosten psychische problematiek	39
4. Theoretisch kader en huidig beleid	42
4.1 Theoretisch kader	43
4.1.1 Theoretisch kader mentaal gezondheidsbeleid	43
4.1.2 Theoretisch kader stelsel ondersteuning en zorg	44
4.2 Huidig beleid	47
4.2.1 Mentale gezondheid	47
4.2.2 Stelsel – huidig beleid	48
4.2.3 Lopende beleidsontwikkelingen	53
5. Problemen mentale gezondheid en ondersteuning en zorg bij psychische klachten	55
5.1 Problemen mentale gezondheid	55
5.2 Hoe gaat het met de ondersteuning en zorg bij psychische klachten?	56
5.2.1 Toegankelijkheid	56
5.2.2 Kwaliteit	58
5.2.3 Betaalbaarheid	59

6. Probleemanalyse	63
6.1 Overkoepelende constatering: Aard psychische problematiek	64
6.2 Kernoorzaak 1: Gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie ontbreekt	65
6.3 Kernoorzaak 2: Vraag groter dan aanbod	68
6.4 Kernoorzaak 3: Benodigd aanbod komt onvoldoende tot stand	71
6.4.1 Zvw	71
6.4.2 Wlz	75
6.5 Kernoorzaak 4: Versnippering	76
6.6 Conclusie	80
7. Beleidsopties	82
7.1 Bouwblokken	84
7.2 Hervorming van het stelsel	86
7.3 Pakketten	90
7.3.1 Budgetneutraal pakket	91
7.3.2 Intensiveringspakket	96
7.3.3 Besparingspakket	98
7.4 Totaaloverzicht beleidsopties en hervormingen	101
Bijlagen	103
BIJLAGE 1 Samenstelling werkgroep	104
BIJLAGE 2 Taakopdracht	105
BIJLAGE 3 Literatuurlijst	109
BIJLAGE 4 Gesprekspartners	123
BIJLAGE 5 Ervaringen werkbezoeken	125
BIJLAGE 6 Afkortingenlijst	127
BIJLAGE 7 Toelichting bronnen ontwikkeling mentale gezondheid in Nederland	128
BIJLAGE 8 Effectieve interventies preventie	130
BIJLAGE 9 Lopende beleidsontwikkelingen	132
BIJLAGE 10 Financiële reeksen bij de pakketten	135

LOSSE BIJLAGEN

BIJLAGE 11 - Ahti - IBO mentale gezondheid en GGZ: het kwantitatief in kaart brengen van de GGZ in Nederland

BIJLAGE 12 - Beleidsopties IBO mentale gezondheid en GGZ

Voorwoord

Mentale gezondheid raakt iedereen. We kennen allemaal wel iemand die te maken heeft met psychische problemen, variërend van lichte klachten tot ernstige en complexe problematiek. Psychische klachten hebben grote impact op het welbevinden en persoonlijk leven van mensen. Maar psychische problemen zijn niet slechts een individueel, maar ook een maatschappelijk probleem. De impact van mentale problemen is voelbaar in families, de zorg, op scholen, op de arbeidsmarkt, in de strafrechtketen en in wijken. De urgentie is groot. De mentale gezondheid in Nederland verslechtert, vooral onder jongeren.

Van de omvang en ernst van de problematiek in de ggz hebben we een goed beeld gekregen tijdens werkbezoeken, ronde tafels en uitgebreide gesprekken met ervaringsdeskundigen, zorgprofessionals, zorginstellingen, inkoopers zoals gemeenten en zorgverzekeraars, wetenschappers en maatschappelijke organisaties. We hebben gezien dat juist voor de mensen met een complexe hulpvraag vaak geen tijdige of passende zorg is, met schrijnende situaties als gevolg. Het is ons duidelijk geworden dat de vormgeving van de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek zeer versnipperd is, wat grote uitdagingen voor professionals en zorginstellingen met zich mee brengt en ervoor zorgt dat patiënten soms niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ook hebben wij gezien dat met meer preventief beleid en aandacht voor mentale gezondheid in bijvoorbeeld het onderwijs of op werk nog veel te winnen valt. Wij zijn onder de indruk van de veerkracht en vindingrijkheid van de ervaringsdeskundigen die wij hebben gesproken en van de toewijding van de zorgprofessionals en zorginstellingen om goede zorg te leveren.

Uit al deze gesprekken is ons ook duidelijk geworden dat juist omdat mentale gezondheid zo veel aspecten van het leven raakt en de onderliggende oorzaken divers zijn, de problemen niet ondervangen kunnen worden vanuit één enkel beleidsveld of één beleidsmaatregel. In dit IBO zijn daarom verschillende beleidsopties uitgewerkt. Tegelijkertijd wordt geconcludeerd dat met deze opties niet alle problemen volledig kunnen worden opgelost. Daar zijn de problemen te fundamenteel voor. Daarvoor moet ook een hervorming van het stelsel, met name op het terrein van de inkoop van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek, worden overwogen en uitgewerkt.

Het was een voorrecht de werkgroep voor te zitten en mee te werken aan dit rapport. Ik wil alle mensen die we hebben gesproken, met ons mee hebben gelezen en ons hebben geïnspireerd bedanken. Dit geldt ook voor de werkgroepleden die met grote betrokkenheid hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport. Maar mijn grootste dank gaat uit naar Marleen Elshof, Sophie Wellen, Romy van Rooijen, Marieke Ouwering en Bart van de Gevel; jullie waren een geweldig secretariaat.

Ons werk zit er nu op. Wij hopen dat anderen de in het rapport geboden richtingen en handvatten gaan oppakken en verder brengen, want helder is, niets doen is geen optie. Daarvoor is het persoonlijk lijden te groot en zijn de maatschappelijke kosten te hoog.

Manon Leijten, onafhankelijk voorzitter IBO mentale gezondheid en ggz

Den Haag, september 2025

Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz



De mentale gezondheid verslechtert

- Bijna de helft van de Nederlandse bevolking heeft last van mentale problemen.
- Ook onder jongeren en jongvolwassenen is een stijging in mentale problemen te zien van 38% in 2014 naar 52% in 2024.
- Er zijn hoge maatschappelijke kosten mee gemoeid: € 17 tot € 51 miljard. Psychische klachten en aandoeningen trekken diepe sporen in het persoonlijk leven van mensen.



Het huidige stelsel van ondersteuning en zorg is onhoudbaar



Toegankelijkheid

Wachttijden worden steeds langer en leiden tot schrijnende situaties.



Kwaliteit

Voor mensen met een complexe hulpvraag is er onvoldoende passend aanbod beschikbaar. Mensen vallen tussen wal en schip.



Betaalbaarheid

De uitgaven aan de ggz groeien harder dan verwacht en harder dan in andere zorgsectoren.

Problemanalyse

Psychische problematiek is afhankelijk van persoonlijke context, kan een onvoorspelbaar beloop hebben en is moeilijk af te bakenen. Daardoor is een primair medische benadering vaak te beperkt en soms ook niet nodig. Beleid houdt hier onvoldoende rekening mee. Deze constatering loopt als een rode draad door ondertaande vier kernoorzaken:

1

Gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid **ontbreekt**.

2

De vraag naar geestelijke gezondheidszorg is aanzienlijk **groter** dan het **aanbod**.

3

Benodigd hulpaanbod komt onvoldoende tot stand, zeker voor mensen met ernstige problematiek.

4

Ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk **versnipperd**.

Beleidsopties



Voorkomen

- Structurele aanpak opzetten voor preventie en vroeginterventie, bijvoorbeeld door een richtlijn mentaal gezond blijven en betere lokale verankering.
- Maatregelen op terreinen buiten de zorg, zoals schulden, het tegengaan van verslaving en regulering sociale media.



Prioriteren

- Begrenzen gebruik ggz, bijvoorbeeld door aanpassen behandelduur en inperken aanspraak voor sommige groepen.
- Vervangend hulpaanbod, bijvoorbeeld door meer laagdrempelige steunpunten en e-communities.



Sturen

- Meer aanbod voor mensen met een ernstige problematiek, bijvoorbeeld door tariefdifferentiatie en een structurele investering in de acute ggz.
- Doelmatiger aanbod, bijvoorbeeld door meer groeps- en hybride behandelingen en bevorderen van zorgcontractering.



Verbreden

- Betere samenwerking binnen zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld door gezinsgericht werken, betere nazorg en terugvalopties en domeinoverstijgende populatiebesteding.
- Meer samenwerken met het werkdomein en meer passende woonplekken.

Stelselhervorming

De problemen in het stelsel zijn zo fundamenteel dat een hervorming moet worden overwogen. Het is daarbij noodzakelijk om in de inkoop van ieder geval de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek te herzien, door de concurrentie in de inkoop in de huidige vorm weg te nemen.

Samenvatting

Psychische klachten en aandoeningen trekken diepe sporen in het persoonlijk leven van mensen. Ze drukken zwaar op veel aspecten van het dagelijks leven. Ook bij families en naasten kan de impact groot zijn. Psychische problematiek zorgt voor een grotere kans op lichamelijke klachten en heeft een negatieve invloed op arbeidsmarktkansen en schoolprestaties. Naast de impact op het individu en de omgeving, zijn de gevolgen ook voelbaar in de samenleving. Bijvoorbeeld op de gezondheidszorg, op scholen, op de arbeidsmarkt, in de strafketen en in de sociale samenhang van wijken en gemeenschappen.

Psychische klachten zorgen voor maatschappelijke kosten van naar schatting € 17 tot € 51 miljard per jaar. De maatschappelijke kosten van psychische klachten zijn hoger dan die van de meeste somatische (lichamelijke) aandoeningen, omdat klachten zich op jonge leeftijd manifesteren en vaak een chronisch of episodisch karakter hebben. Het grootste deel van de maatschappelijke kosten is gerelateerd aan productiviteitsverlies en verzuim op de arbeidsmarkt.

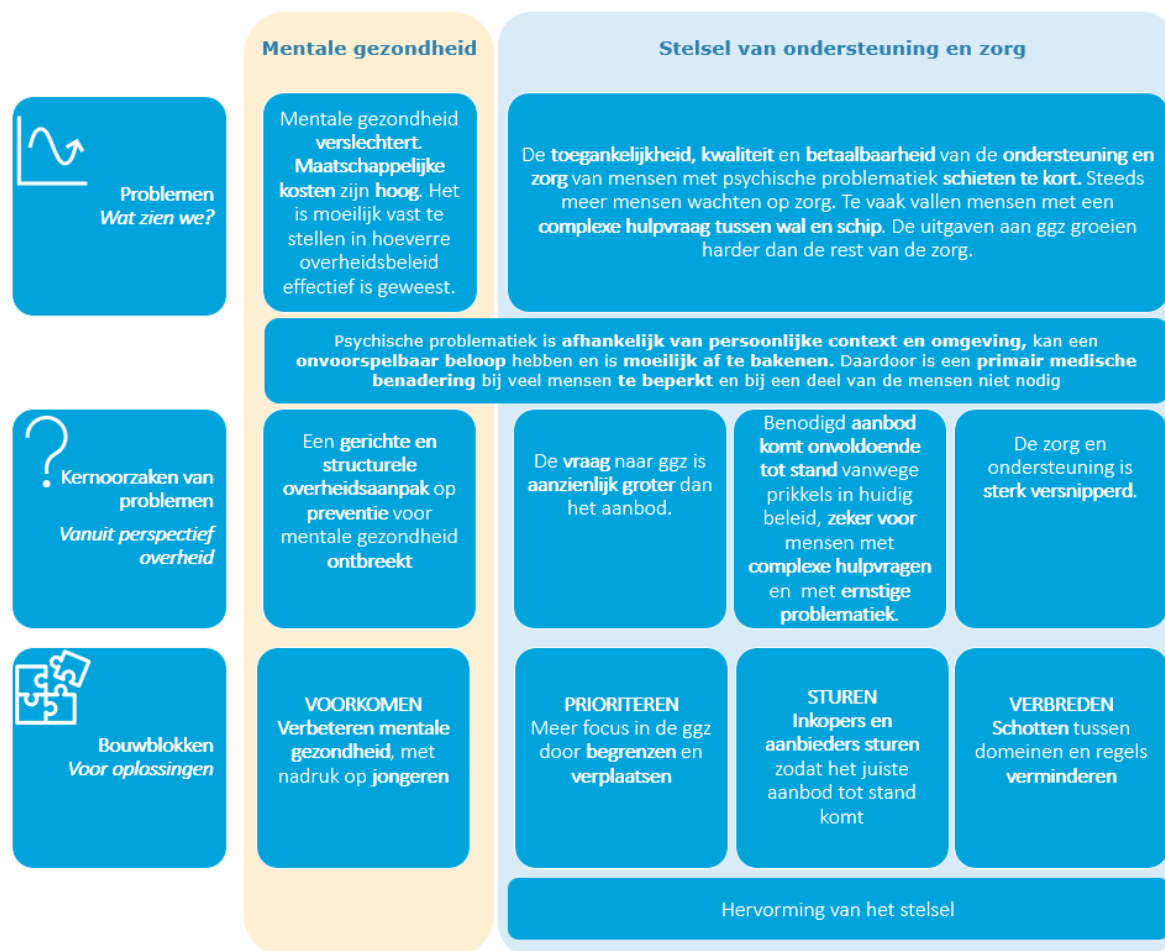
De mentale gezondheid in Nederland verslechtert en meer mensen doen een beroep op ondersteuning en zorg voor psychische problematiek. Bijna de helft van de Nederlanders ervaart mentale problemen. Zo gaf in 2024 44% van de volwassen Nederlanders aan in de afgelopen vier weken angst- of depressiegevoelens te hebben gehad. In 2014 was dit nog 37%. Vooral onder jongeren en jongvolwassenen (16 tot en met 25 jaar) is een duidelijke stijging te zien in angst- en depressiegevoelens: van 38% in 2014 naar 52% in 2024. Een deel van deze mensen zoekt en krijgt ondersteuning of zorg bij de psychische problematiek (vanuit de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet). In totaal maakten 1,57 miljoen volwassenen gebruik van zorg bij psychische aandoeningen in 2024. Met name jongere generaties maken relatief veel gebruik van geestelijke gezondheidszorg (ggz). Het gebruik van specialistische ggz groeit bij de groep jongvolwassenen het hardst. Zowel de wachttijden als het aantal wachtenden nemen toe. Voor alle vormen van specialistische ggz wachten mensen langer dan de hiervoor afgesproken normen.

Verschillende risico- en beschermende factoren hebben invloed op de mentale gezondheid. Het gaat om bijna alle aspecten van het leven. Schulden, leefstijlfactoren (zoals onvoldoende slaap en overmatig middelengebruik) en factoren in iemands woon-, leef-, werk-, en onderwijsomgeving, kunnen de mentale gezondheid onder druk zetten. Net als maatschappelijke en (geo)politieke ontwikkelingen en crises. Andersom kan een deel van deze factoren ook juist een positieve invloed hebben, bijvoorbeeld het hebben van werk en een stabiele sociale basis. Het staat niet precies vast waarom de mentale gezondheid in Nederland verslechtert. De ontwikkeling van maatschappelijke normen heeft hier ook invloed op. Het lijkt erop dat mentale problemen steeds meer als medisch probleem worden gezien. Dit wordt ook wel medicalisering genoemd.

Het stelsel van ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is in de huidige vorm niet houdbaar. De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid schieten te kort. De manier waarop ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten is georganiseerd kent ernstige gebreken. Daar zijn juist mensen die de hulp hard nodig hebben de dupe van. Steeds meer mensen worden geholpen in de ggz, maar tegelijkertijd is er sprake van lange wachtlijsten. Met name mensen met een complexe hulpvraag of ernstige psychische problematiek moeten lang wachten op passende hulp of vallen tussen wal en schip, met schrijnende situaties tot gevolg. Er is weinig bruikbare uitkomst informatie over de ggz beschikbaar, waardoor de kwaliteit van zorg vaak moeilijk kan worden vastgesteld. Uit verschillende onderzoeken komt wel naar

voren dat voor mensen met een complexe hulpvraag onvoldoende passend aanbod beschikbaar is. Desondanks groeien de uitgaven aan de curatieve ggz van 3,3 miljard euro in 2015 tot bijna 5,6 miljard euro in 2024. Dit is harder dan de uitgaven aan de Zvw als geheel. Ook de uitgaven aan de ggz in de Wlz zijn de laatste jaren meer toegenomen dan verwacht. De combinatie van de groeiende vraag, het groeiende aanbod, de groeiende kosten, de steeds langere wachttijden en het feit dat er mensen met zeer ernstige problemen zijn die in dit stelsel niet goed worden geholpen, maakt dat het huidige stelsel zonder aanpassing niet houdbaar is.

Figuur S.1 Schematische weergave problemen, kernoorzaken en bouwblokken



Probleemanalyse

Overkoepelend is bij de vormgeving van het huidige beleid te weinig oog voor de intrinsieke aard van psychische problematiek. Psychische problematiek is afhankelijk van de

persoonlijke context en omgeving, kan een onvoorspelbaar beloop hebben en is moeilijk af te bakenen. Opvattingen over wat gezond is en wat niet zijn tijdsgebonden. De oplossing bij psychische klachten ligt zelden in een puur medische benadering. Vaak is iemand ook geholpen bij hulp bij bijvoorbeeld werk, bestaanszekerheid, wonen of sociale contacten. Werk biedt zingeving, structuur en inkomen en verbetert daarmee de mentale gezondheid, mits de arbeidssituatie en omstandigheden goed zijn. Financiële stress of woningonzekerheid dragen juist bij aan het ontwikkelen van mentale klachten. Het beloop van de klachten kan bovendien onvoorspelbaar zijn. Periodes zonder klachten kunnen zich afwisselen met periodes waarin de klachten het functioneren ernstig beïnvloeden. De huidige vormgeving van het beleid in combinatie met de intrinsieke aard van psychische problematiek kan voor medicalisering van klachten zorgen. Ook heeft het huidige

beleid te weinig aandacht voor het belang van de sociale omgeving en context op iemands mentale gezondheid.

In het IBO worden vier kernoorzaken geïdentificeerd die leiden tot de problemen in het mentale gezondheidsbeleid en het stelsel van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. Het gebrek aan aansluiting van beleid op de aard van psychische klachten, loopt als een rode draad door deze vier kernoorzaken. Deze analyse richt zich specifiek op de oorzaken die direct raken aan het beleid en handelingsperspectief van de overheid. Daarom gaat het in deze analyse veel over beleid en (prikkels in) het stelsel. Uiteraard zijn er veel meer factoren die van invloed zijn op mentale gezondheid en de manier waarop de ondersteuning en zorg functioneert, zoals maatschappelijke ontwikkelingen en het handelen van alle professionals die zich dagelijks inzetten voor goede ondersteuning en zorg.

- 1) **De verslechtering van de mentale gezondheid heeft een veelheid aan oorzaken, ook oorzaken waar de overheid geen invloed op heeft. Preventief beleid op het gebied van mentale gezondheid staat nog in de kinderschoenen.** De overheid voert beperkt preventief beleid op mentale gezondheid en een gerichte en structurele overheidsaanpak ontbreekt. De preventieve taak van gemeenten ziet niet specifiek op mentale gezondheid en het Rijk vult de verantwoordelijkheid in met tijdelijke programma's. De opbrengsten van preventieve maatregelen komen vaak niet terecht bij de partij die de kosten moet maken ('wrong-pocket'-probleem). Bij beleidsterreinen die een indirect effect hebben op de mentale gezondheid, bijvoorbeeld op het vlak van wonen of sociale zekerheid, ontbreekt aandacht voor die indirecte gevolgen. Niet alle mogelijkheden om gedrag te beïnvloeden door middel van regulering en beprijzing worden ingezet. Verder is er weinig wetenschappelijke kennis over de (kosten)effectiviteit van interventies die de mentale gezondheid verbeteren. Er wordt onvoldoende ingezet op het vergroten van kennis bij en handelingsperspectief voor mensen die mentale gezondheidsproblemen willen voorkomen of beginnende mentale problemen willen verminderen. Sommige psychische klachten zijn zodanig dat mensen er niet zelf of met hun omgeving uitkomen. Voor hulp bij psychische problematiek bestaat het stelsel van ondersteuning of zorg. De oorzaken van de problemen in dit stelsel zijn hieronder beschreven.
- 2) **De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod, dat tegen haar grenzen aanloopt.** De vraag naar ondersteuning en zorg stijgt. Het percentage volwassenen met een psychische aandoening in de afgelopen twaalf maanden is gestegen van 17% (tussen 2007-2009) naar 26% (tussen 2019-2022). Nog geen vijfde van de mensen met een psychische aandoening maakt gebruik van ggz. De *potentiële* vraag naar ggz is dus nog veel groter dan de werkelijke vraag, zeker bij een maatschappelijke tendens tot medicaliseren. Het hulpaanbod is de afgelopen jaren toegenomen, maar loopt tegen grenzen aan. Nederland heeft al een relatief grote ggz-sector met veel psychiaters en psychologen in vergelijking met andere landen. En desondanks is nergens in de zorg het personeelstekort zo hoog als in de ggz. Het begrenzen van de vraag naar ggz is tot dusver ingewikkeld gebleken. Overheid en inkopers in de ggz hebben, vanwege de niet objectief waarneembare aard van de problematiek, namelijk nog minder dan in andere zorgsectoren bruikbare criteria om het gebruik af te bakenen. Psychische problematiek is in dit stelsel ook vatbaar voor medicalisering. Een deel van de mensen is beter geholpen buiten de ggz, het hulpaanbod buiten de ggz is echter beperkt beschikbaar. Naast het eigen risico en de wachtlijsten, zijn er voor mensen met een hulpvraag beperkt drempels om zorg te gebruiken. Dit leidt tot de conclusie dat het aanbod in de huidige vorm niet kan meegroeien met de vraag. De verwachting is dat zowel de wachttijden, als de uitgaven aan de ggz blijven toenemen. Regie op begrenzing en verplaatsing van vraag is

nodig. Op dit moment vindt immers al impliciete begrenzing van ggz-gebruik plaats, maar nu bepalen deels de prikkels in het stelsel en wie goed de weg weet te vinden in het complexe stelsel wie wanneer wordt geholpen. Niet begrenzen leidt zo ook tot begrenzen maar dan impliciet, dit heeft gevolgen voor de toegankelijkheid. Als geen regie wordt gevoerd op begrenzing, blijven de wachtlijsten lang en vallen mensen met een complexe hulpvraag buiten de boot.

- 3) **Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek.** In de Zvw hebben zorgaanbieders onvoldoende belang bij het realiseren van aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek en complexe hulpvragen. Dit komt door prikkels in de bekostiging en dynamieken op de arbeidsmarkt. De wrange werkelijkheid is dat het in het huidige stelsel aantrekkelijker is om mensen met lichte problematiek te helpen. Zorginkoop zou hier tegenwicht aan moeten bieden, maar sturing door inkopers komt onvoldoende uit de verf. Dit type zorg voldoet vaak niet aan de voorwaarden die nodig zijn voor inkoop in gereguleerde concurrentie. Hierdoor kunnen inkopers niet effectief sturen op de doelmatige inzet van het beschikbare aanbod of hebben ze hier te weinig belang bij. In de ggz bestaat het risico op overbehandeling en de inzet van (meer efficiënte) groepsbehandeling en digitale zorg blijft achter. Binnen de Wlz hebben aanbieders en inkopers minder financieel belang bij doelmatige zorg omdat inkopers niet risicodragend zijn. Bovendien sluit het principe van langdurige zorg niet goed aan op een deel van de doelgroep omdat psychische klachten episodisch zijn, terwijl een Wlz-indicatie in principe voor het leven is.
- 4) **Als laatste is de ondersteuning en zorg voor psychische problematiek sterk versnipperd georganiseerd.** Mensen met psychische problemen zijn voor hulp vaak afhankelijk van meerdere aanbieders die werken vanuit verschillende wetten en domeinen. Er is niet één partij verantwoordelijk voor de coördinatie van een integrale aanpak voor individuen of gezinnen. Hierdoor kan het gebeuren dat vele hulpverleners bij een hulpvraag betrokken zijn die elk naar één aspect van het probleem kijken, maar een persoon of gezin toch niet voldoende wordt geholpen. Voor vraagstukken die tussen wetten invallen of waar meerdere wetten mee gemoeid zijn, is het vaak ook de vraag wie deze hulp moet leveren of betalen. Het blijkt lastig om domeinoverstijgend samenwerken gefinancierd te krijgen. Ook bestaat er bij inkopers de mogelijkheid om zorg af te wentelen naar andere wetten, zodat zij de kosten niet hoeven dragen. Dit kan tot gevolg hebben dat niemand de verantwoordelijkheid neemt, waardoor mensen tussen wal en schip vallen. Ook niet-ggz interventies kunnen helpen bij psychische klachten, maar de versnippering maakt samenwerking met het woon-, arbo- en sociaal domein extra ingewikkeld. Het risico is dat mensen toch in de medische route belanden, terwijl dit niet de beste oplossing hoeft te zijn.

Beleidsopties en hervorming

De urgentie van de problemen is groot. Een effectieve aanpak van de overheid om deze problemen aan te pakken vraagt meer aandacht voor een gerichte en structurele aanpak voor mentale gezondheid, prioriteren binnen de groeiende vraag, het tot stand brengen van voldoende passend aanbod en het terugdringen van de versnippering. Op dit moment worden, onder andere in verschillende bestuurlijke akkoorden, al maatregelen genomen die ingrijpen op de oorzaken. Hierop is in dit IBO deels voortgebouwd. In het IBO zijn beleidsopties en denkrichtingen voor hervormingen uitgewerkt. Deze richten zich op het verbeteren van de mentale gezondheid en op de oorzaken van de problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek aanpakken.

De beleidsopties in dit IBO zijn in te delen in vier bouwblokken: VOORKOMEN, PRIORITEREN, STUREN EN VERBREDEN. Het bouwblok VOORKOMEN richt zich op het verbeteren van de mentale gezondheid en bevat beleidsopties voor meer preventie en vroeg-interventie, zoals het opzetten van een structurele aanpak door betere lokale verankering van preventie voor mentale gezondheid en een richtlijn mentaal gezond blijven. Er zijn ook beleidsopties op beleidsterreinen buiten de zorg ontwikkeld zoals het tegengaan van verslaving en beperken van sociale media. Het bouwblok heeft bijzondere aandacht voor de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen. De overige drie bouwblokken richten zich op het stelsel van ondersteuning en zorg. Het doel van het bouwblok PRIORITEREN is om vraag naar ggz te begrenzen en vraag te verplaatsen naar hulpaanbod buiten de zorg, om daarmee de focus van de ggz te richten op degenen voor wie andere hulp niet afdoende is. Voorbeelden van begrenzende maatregelen zijn aanpassen van behandelduur en het inperken van de aanspraak op ggz. Meer laagdrempelige steunpunten en e-communities kunnen deels als vervangend hulpaanbod fungeren. Maatregelen in het bouwblok STUREN zorgen dat overheid en inkopers beter kunnen sturen op de totstandkoming van het juiste aanbod. De maatregelen richten zich op meer aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek, bijvoorbeeld door tariefdifferentiatie en een structurele investering in de acute ggz. Ook bevat het maatregelen voor sturen op een doelmatigere inzet van bestaand aanbod, bijvoorbeeld door meer groeps- en hybride behandelingen en het bevorderen van zorgcontractering. In het bouwblok VERBREDEN zitten maatregelen om schotten binnen en tussen domeinen te verminderen, zodat mensen de hulp krijgen die ze nodig hebben. De beleidsopties richten zich op het faciliteren en verplichten van onderlinge samenwerking in het zorg- en welzijnsdomein, bijvoorbeeld door gezinsgericht werken en betere nazorg en terugvalopties. Ook richten maatregelen zich op het bevorderen van samenwerking met domeinen buiten de zorg, zoals het werkdomein en het realiseren van passende woonplekken.

Het is nodig om een meer fundamentele hervorming van het stelsel te overwegen, met als doel om de ondersteuning en zorg bij psychische klachten te verbeteren. Het stelsel is onhoudbaar in de huidige vorm. De problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek zijn immers verbonden met de manier waarop het stelsel is ingericht, zoals de inkoop in concurrentie en de versnippering van zorg over verschillende wetten. Dat betekent dat aanpassingen binnen het huidige stelsel de oorzaken van de problemen niet allemaal kunnen adresseren. Daarom is het nodig om een hervorming van het stelsel te onderzoeken en uit te werken.

Bij het uitwerken van de hervorming is het noodzakelijk om de inkoop van in ieder geval de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek te herzien, door de concurrentie in de inkoop in de huidige vorm weg te nemen. Zowel voor zorgaanbieders als voor verzekeraars zijn er in het huidige stelsel te weinig prikkels om zich te richten op goede zorg voor mensen met ernstige problematiek en met complexe hulpvragen. Daarbij komt dat mensen met complexe hulpvragen vaker behoefte hebben aan een integrale aanpak, waardoor de coördinatieproblematiek bij concurrentie tussen inkopers grotere invloed heeft. Daarnaast zijn de maatschappelijke consequenties en die van het individu van het ontbreken van passend hulpaanbod groot voor mensen met ernstige psychische problematiek. In het IBO zijn vijf denkrichtingen voor een hervorming uitgewerkt. De vormgeving van de hervorming vergt echter meer onderzoek en uitwerking, zodat een zorgvuldige afweging kan worden gemaakt. Aan alle hervormingen kleven voor- en nadelen.

Het IBO bevat drie pakketten. Een budgetneutraal pakket met beleidsopties uit alle 'bouwblokken', waardoor het pakket ingrijpt op alle vier de geconstateerde kernoorzaken van de problemen. Daarnaast zijn ook een investeringspakket en een besparingspakket uitgewerkt. De pakketten geven houvast bij welke maatregelen in samenhang kunnen worden genomen. Alle pakketten bevatten de maatregel om een hervorming van het stelsel nader uit te werken. Beiden zijn immers nodig: de problemen in de mentale gezondheid en in het stelsel van ondersteuning en zorg zijn groot en urgent, terwijl een hervorming veel tijd kost. Daarbij komt dat alleen een hervorming van het stelsel óf alleen aanpassingen binnen het stelsel op zichzelf niet voldoende is om in te grijpen op alle oorzaken van de problemen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Mentale gezondheid raakt ons allemaal. Iedereen kent wel iemand – of is zelf iemand – die te maken heeft (gehad) met psychische problemen. Iedereen heeft wel eens periodes met mentale disbalans. Deze gaan soms vanzelf of met hulp van anderen in de eigen omgeving weer over. Een deel van de klachten trekt diepe sporen in het persoonlijke leven van mensen en heeft ook op maatschappelijke schaal grote impact. Dit is voelbaar in de gezondheidszorg, in gezinnen en families, op scholen, op de arbeidsmarkt door ziekteverzuim en uitval, en in de sociale samenhang van wijken en gemeenschappen. Dit leidt tot hoge maatschappelijke kosten. De persoonlijke omgeving en maatschappelijke context spelen een cruciale rol bij zowel het ontstaan als het beloop van deze klachten. Juist door deze breedte is het onderwerp zo ingewikkeld – maar ook zo urgent.

De mentale gezondheid verslechtert en het stelsel van ondersteuning en zorg voor psychische klachten staat onder druk. Het aantal mensen dat psychische klachten heeft is groot en groeiende. Het feit dat vooral de jongere generatie relatief veel mentale problemen ervaart is zorgelijk. Psychische problemen hebben namelijk een episodisch karakter en kunnen een leven lang terugkomen. De vraag naar ondersteuning en zorg stijgt. Steeds meer mensen worden geholpen met ondersteuning en zorg, maar tegelijkertijd wachten steeds meer mensen op hulp. Met name voor mensen met een complexe hulpvraag geldt dat zij lang moeten wachten op passende hulp, met schrijnende situaties als gevolg. Andere uitdagingen zijn het personeelstekort en noodzakelijke domeinoverstijgende samenwerking die vaak stroef verloopt.

De verslechtering van de mentale gezondheid en druk op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek is de aanleiding voor dit Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO). Door de krapte op de arbeidsmarkt en de schaarste van middelen is het niet de verwachting dat deze problematiek zichzelf de komende jaren zal oplossen. Dit vraagt om het analyseren van het (preventieve) beleid voor mentale gezondheid en van de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek, en hiervoor beleidsopties uit te werken.

1.2 Afbakening

Dit Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) richt zich op de preventie voor mentale gezondheid en de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek. De preventie, en ondersteuning en zorg zijn in meerdere wetten geregeld. De wetten die onderdeel uitmaken van dit IBO zijn de Zorgverzekeringswet (curatieve ggz), Wet langdurige zorg (Wlz-ggz), Wet maatschappelijke ondersteuning (beschermd wonen en andere ondersteuning), Jeugdwet (Jeugd-ggz en ondersteuning) en de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Wet forensische zorg (Wfz), de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) vallen niet binnen de reikwijdte van dit IBO, omdat deze zich richten op specifieke patiëntgroepen en er recent evaluaties zijn geweest van deze wetten. Mentale gezondheid wordt vooral beïnvloed door omgeving en context. Daarom worden in dit IBO ook beleidsterreinen buiten de ondersteuning en zorg die invloed hebben op mentale gezondheid meegenomen.

1.3 Terminologie

Woorden doen ertoe. De manier waarop wordt gesproken over mentale gezondheid beïnvloedt hoe mensen zichzelf zien. In dit IBO is geprobeerd zorgvuldig met begrippen om te gaan en niet onnodig te medicaliseren. Hieronder worden een aantal kernbegrippen toegelicht die in dit IBO geregeld worden gebruikt.

- **Mentale gezondheid.** Mentale gezondheid is de manier waarop iemand zich verhoudt tot zichzelf en tot anderen en hoe iemand omgaat met de uitdagingen in het dagelijks leven. Tegelijkertijd gaat het ook over hoe deze persoon en anderen in de samenleving dit ervaren.¹ Mentale gezondheid komt tot stand door een wisselwerking tussen mentaal welbevinden enerzijds en psychische aandoeningen anderzijds. Beide aspecten zijn een continuüm. Een hoog mentaal welbevinden hoeft dus niet gepaard te gaan met de afwezigheid van een psychische aandoening en andersom.²
- **Psychische klachten of problematiek.** Breed begrip dat wijst op gevoelens, gedachten of gedragingen die als vervelend of belemmerend worden ervaren. Deze klachten kunnen licht tot zeer ernstig zijn.³ Onder deze definitie vallen dus zowel klachten van mensen bij wie door een professional een psychische aandoening is vastgesteld, als andere psychische klachten. Als synoniem wordt ook gesproken over mentale klachten. Hoofdstuk 2.2 bevat een uitgebreide beschrijving van de aard van psychische klachten.
- **Psychische aandoening.** Deze term wordt in het IBO gebruikt als geduid wordt op een gediagnostiseerde aandoening conform de DSM-5.⁴ Dat is bijvoorbeeld relevant bij de aanspraak op verzekerde zorg. Als synoniem wordt soms gesproken over een psychische stoornis.

Beschrijving van de hulpvraag bij psychische klachten:

De complexiteit van een hulpvraag van iemand met psychische klachten hangt af van 1) de ernst van de psychische problematiek; 2) de complexiteit van het (organiseren van) het hulpaanbod (zie figuur 1.1).⁵ Mensen met een hulpvraag worden in dit IBO ook wel patiënten of cliënten genoemd. Over het algemeen wordt het begrip cliënt gebruikt voor iemand die hulp krijgt in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz) en het begrip patiënt als iemand zorg ontvangt uit bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hieronder zijn de begrippen toegelicht die in dit IBO worden gebruikt bij het definiëren van de hulpvraag.⁶

¹ Trimbos-instituut (2022)

² Trimbos-instituut (2021)

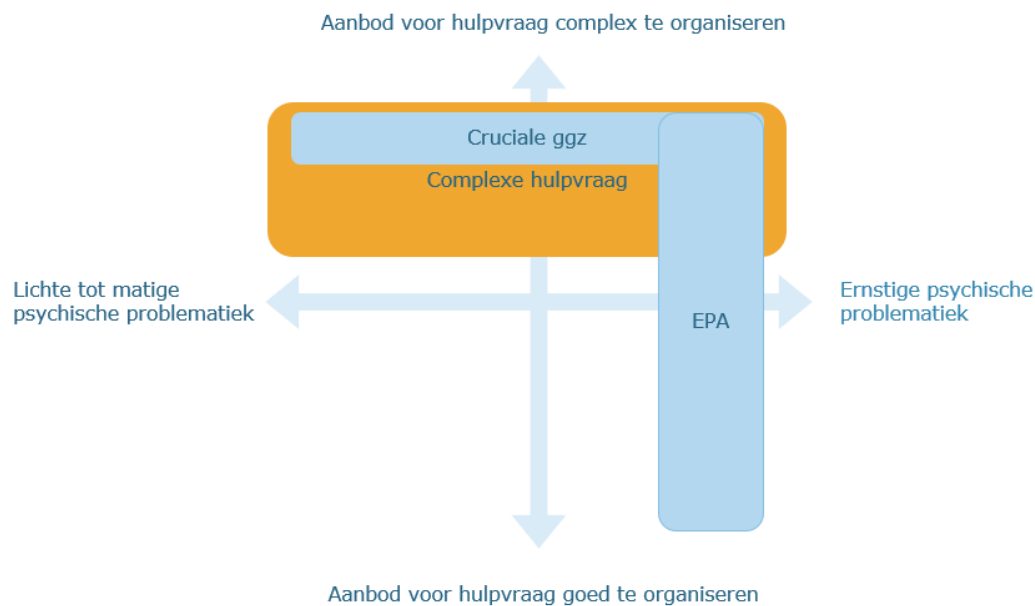
³ Trimbos-instituut (2023)

⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Zie uitgebreidere toelichting over de DSM in hoofdstuk 2.2.

⁵ Zorginstituut Nederland (2025)

⁶ Hiervoor is gebruik gemaakt van het Landelijk Kwaliteitsstatuut ggz en definities uit het zorgprestatie-model (ZPM). Deze beschrijvingen zijn in dit IBO echter verbreed, omdat het IBO zich richt op alle mensen met psychische klachten en op het brede aanbod van ondersteuning en zorg. Daarbij is van belang te benoemen dat de gehanteerde definities niet uitpuutend of strikt afgebakend zijn. In de praktijk is er sprake van nuance en grijze gebieden.

Figuur 1.1 Definitie van complexe hulpvraag.



Lichte tot matige psychische problematiek. Hierbij wordt bedoeld op psychische klachten die licht tot matig zijn in ernst. Ook hulpvragen van mensen met risicogevoelige stabiele problematiek en mensen met instabiele chronische problematiek met een laag tot matig risico vallen onder deze definitie.⁷ Onder deze definitie vallen zowel mensen met psychische aandoeningen (conform de criteria uit de DSM), als mensen met andere psychische klachten. Ook bij 'lichte' problematiek kunnen de gevolgen voor het individu en de maatschappij groot zijn door bijvoorbeeld uitval op werk of school of het niet kunnen zorgen voor kinderen.

Ernstige psychische problematiek. Het gaat om psychische klachten die ernstig tot zeer ernstig zijn. Het kan hierbij gaan om hulpvragen van mensen die een hoge lijdensdruk ervaren en grote beperkingen in het functioneren hebben. Het kan ook gaan om mensen waarbij het risico op suïcidaliteit groot is of waarbij sprake is van 'acting out'-gedrag en instabiliteit/impulsiviteit, met risico's voor de hulpvrager zelf en diens omgeving. Mensen met een 'Ernstige psychische aandoening' (EPA) vallen sowieso onder deze definitie, maar die in dit IBO gebruikte definitie is breder.⁸ EPA gaat alleen om mensen die langdurig zorg gebruiken, terwijl in dit rapport ook de problematiek van bijvoorbeeld mensen met een acute ernstige psychiatrische ontregeling of eerste zeer zware depressie worden bedoeld, die nog geen langdurige geschiedenis van zorggebruik hebben.

Complexe hulpvraag. Het gaat hier om hulpvragen waarbij het in het huidige stelsel moeilijk is om aanbod te organiseren dat passend is bij de hulpvraag. De complexiteit van de hulpvraag is niet per definitie afhankelijk van de ernst van de klachten. Ook lichte of matige problematiek kan tot complexe hulpvragen leiden. Een hulpvraag kan complex zijn in het huidige stelsel, vanwege de volgende aspecten:

⁷ Zorginstituut Nederland (2025)

⁸ De definitie is door de introductie van het zorgprestatie model in 2022 aan verandering onderhevig. Zie Vektis (2025a) en Delespaul (2013)

- Ten eerste kan de aard van de psychische problematiek het complex maken om hulp te vinden die goed passend is. Hierbij gaat het vaak **om bepaalde combinaties van psychische problematiek, die specifieke expertise of bejegening vragen**. Experts noemen dat er omissies in het huidige aanbod zijn voor mensen met een licht verstandelijke beperking met (ernstige) psychische klachten. Ook voor mensen met autisme, een verslaving of persoonlijkheidsproblematiek, gecombineerd met andere psychische klachten kan het ingewikkeld zijn om passende hulp te vinden. Dat geldt in sommige gevallen ook voor mensen die externaliserend (bijvoorbeeld agressief) gedrag vertonen.
- Ten tweede kan het gaan om iemand die **hulp vanuit verschillende domeinen** nodig heeft. Denk aan zowel een behandeling voor een verslaving, als begeleiding van andere gezinsleden vanwege opvoedproblematiek, als schuldhulpverlening. Deze hulpverlening is niet vanzelfsprekend op elkaar afgestemd. Passend, integraal aanbod organiseren kan complex zijn het huidige stelsel.
- Daarnaast bestaat nog het begrip **cruciale ggz**. Cruciale ggz is 'ggz met een hoge logistieke (zorgaanbod) en inhoudelijke (zorgvraag) complexiteit, waarbij patiënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen wanneer deze zorg (tijdelijk) niet meer beschikbaar is'.⁹ Het gaat om aanbod van acute, outreachende, beveiligde, klinische en hoogspecialistische zorg (binnen de ggz en binnen het ziekenhuis). Voor het bieden van deze zorg zijn bijvoorbeeld veel verschillende professionals nodig, deels ook 24 uur per dag. Hoewel 'cruciale ggz' geen duiding is van de hulpvraag, maar van het type aanbod, is het relevant om te noemen. Hoewel niet elke hulpvraag van iemand die gebruik maakt van cruciale ggz direct complex te noemen is op basis van de twee bovenstaande criteria (denk aan een eerste psychose), is het cruciale ggz-aanbod dus wel relatief 'complex' om te organiseren.

De complexiteit van de hulpvraag is afhankelijk van het moment in tijd en van iemands context. Bijvoorbeeld: iemand die psychosegevoelig is, kan lange tijd stabiel zijn en voldoende hebben aan laagcomplex hulpaanbod (of zelfs geen hulp), maar door verandering in het leven in een instabiele fase terecht komen waarbij een integraal, complex te organiseren hulpaanbod nodig is.

1.4 Wat is mentale gezondheid?

Je bent niet ziek als je ongelukkig bent. Ongelukkig zijn maakt deel uit van het leven, en ermee omgaan is wezenlijk, ik zou zelfs willen zeggen levensbelangrijk. – Dirk De Wachter, De kunst van het ongelukkig zijn.

Mentale gezondheid gaat over mentaal welbevinden en positief functioneren en de aanwezigheid van psychische klachten. Het ervaren van boosheid, verdriet, angst, schuldgevoel, piekeren en allerlei andere emoties en gedragingen kunnen gezonde mentale reacties zijn in het dagelijks leven en horen ook bij het leven. Deze gevoelens hebben invloed op hoe iemand zich voelt en reageert op uitdagingen. Mentale gezondheid komt tot stand door een wisselwerking tussen mentaal welbevinden enerzijds en psychische aandoeningen anderzijds. Beide aspecten zijn een continuüm. Een hoog mentaal welbevinden hoeft dus niet gepaard te gaan met de afwezigheid van een psychische aandoening en andersom.¹⁰ Mentale gezondheid is dus niet hetzelfde als de afwezigheid van psychische aandoeningen of psychische klachten. Bij mentale gezondheid gaat het ook om positief functioneren: het gevoel hebben dat je je capaciteiten kunt inzetten, je nuttig bezig kunt houden, en positieve relaties kunt onderhouden.¹¹ De invulling van

⁹ De Juiste Zorg op de Juiste Plek (2023)

¹⁰ Trimbos-instituut (2021)

¹¹ Westerhof & Keyes (2009)

wat het betekent om mentaal gezond te zijn kan dus verschillen per persoon en is mede afhankelijk van hoe hier in een samenleving over wordt gedacht en hoe de maatschappij is ingericht.

Periodes van mentale disbalans kunnen voor iedereen onderdeel van het leven zijn.

Iedereen ervaart weleens momenten waarop ze mentaal niet in evenwicht zijn en bijvoorbeeld somber of prikkelbaar zijn. Dit kan komen door (een combinatie van) levensgebeurtenissen, veranderingen in de sociale omgeving of genetische aanleg. De ene persoon is hier kwetsbaarder voor dan de ander. Mentale disbalans ontstaat vaak wanneer er een opeenstapeling van risicofactoren zich voordoet. Bij verergering van klachten waarbij iemand de grip erop kwijtraakt is er mogelijk sprake van een psychische aandoening. Op basis van de ernst en de aard van de psychische klachten kan een psychische aandoening gediagnostiseerd worden. De overgang van psychische klachten naar een psychische aandoening is een glijdende schaal, die onder meer afhangt van de mate waarin de klachten het dagelijks leven belemmeren.¹² In het Nederlandse zorgstelsel wordt veelal de DSM-5 gebruikt voor het classificeren van psychische aandoeningen.

1.5 Onderzoeksaanpak

Dit onderzoeksrapport is tot stand gekomen met informatie verzameld uit:

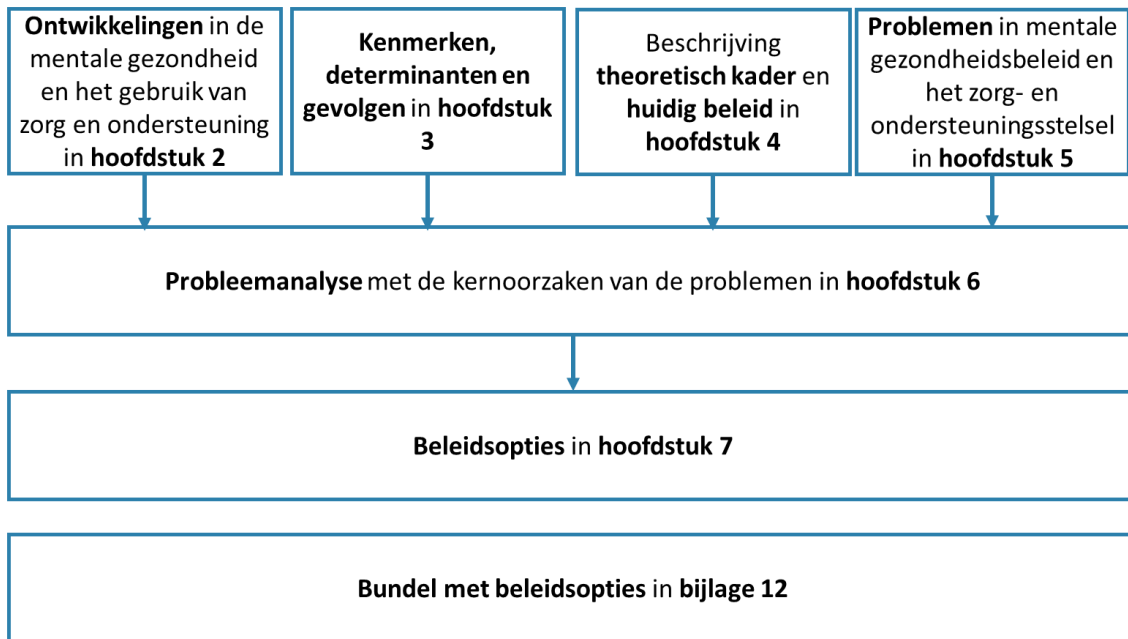
- Documentstudies op basis van beleidsevaluaties en -onderzoek, wetenschappelijke literatuur, Kamerbrieven en jaarverslagen van brancheorganisaties;
- Ronde tafels en individuele gesprekken met experts en organisaties. In bijlage 4 wordt een overzicht gegeven van alle gesprekspartners.
- Bijeenkomst met ervaringsdeskundigen en werkbezoeken bij verschillende organisaties. In bijlage 4 en 5 wordt verslag gedaan van deze ervaringen.

In opdracht van het IBO heeft het Amsterdam health & technology institute (ahti) een dataonderzoek uitgevoerd naar hoe gebruik van curatieve ggz (Zvw) zich over de jaren heen heeft ontwikkeld, wie ggz gebruikt en in hoeverre multiproblematiek een rol speelt bij mensen die ggz gebruiken. Deze bevindingen komen terug in verschillende hoofdstukken van het IBO. Het rapport dat ahti heeft opgeleverd is als bijlage bij het IBO gevoegd.

1.6 Leeswijzer

In het IBO worden allereerst de belangrijkste ontwikkelingen in de mentale gezondheid en het gebruik van ondersteuning en zorg geschetst (hoofdstuk 2). Voor een goede probleemanalyse en effectieve beleidsopties is het nodig om mentale gezondheid en psychische klachten beter te begrijpen (hoofdstuk 3). Bij de probleemanalyse is gebruik gemaakt van een theoretisch kader. Ook is het voorafgaand aan de analyse nuttig om kennis te hebben van het huidige beleid (beiden hoofdstuk 4). Vervolgens wordt beschreven welke problemen zichtbaar zijn in de mentale gezondheid en het stelsel van ondersteuning en zorg. Hierbij wordt vooral gericht op de uitkomsten van overheidsbeleid (hoofdstuk 5). Daarna wordt geanalyseerd wat de kernoorzaken in het beleid van de overheid zijn van de geconstateerde problemen (hoofdstuk 6). In het IBO zijn vervolgens beleidsopties en denkrichtingen voor inkoop- en aanbodhervormingen uitgewerkt (hoofdstuk 7). Het volledige overzicht van de uitgewerkte beleidsopties is als bijlage 12 toegevoegd aan het rapport.

¹² VZinfo (z.d.)



2. Ontwikkelingen in mentale gezondheid en gebruik van ondersteuning en zorg

- Veel Nederlanders ervaren mentale problemen, en de mentale gezondheid verslechtert. In 2024 gaf 44% van de volwassen Nederlanders aan in de afgelopen vier weken angst en depressiegevoelens te hebben gehad, in 2014 was dit nog 37%. Het percentage volwassenen met een psychische aandoening in de afgelopen twaalf maanden is gestegen van 17% in de periode tussen 2007-2009 naar 26% in de periode 2019-2022. Vooral onder jongeren en jongvolwassenen is een duidelijke stijging te zien in angst- en depressiegevoelens, namelijk van 38% in 2014 naar 52% in 2024. Vrouwen hebben vaker psychische aandoeningen dan mannen (28% t.o.v. 24% in de afgelopen twaalf maanden).
- Het is zorgelijk dat het aantal jongvolwassenen met mentale problemen stijgt. Psychische problemen hebben namelijk een episodisch karakter en kunnen een leven lang terugkomen. Dit gaat ten koste van de kwaliteit van leven en kan leiden tot hoge maatschappelijke kosten in de samenleving vanwege onder andere verminderde participatie. Op basis van dataonderzoek in de periode 2016-2021 lijkt het alsof er sprake is van een generatie-effect, jongere generaties gebruiken meer ggz dan oudere generaties, in plaats van een leeftijdseffect.
- In de ondersteuning en zorg worden steeds meer mensen geholpen. Het totaal aantal mensen dat zorg krijgt vanwege psychische klachten is tussen 2017 en 2023 gestegen van 1,39 naar 1,57 miljoen per jaar. De grootste stijging is zichtbaar in het aantal mensen dat zorg ontvangt van de praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-ggz). De wachttijden voor ggz nemen toe. Voor alle vormen van specialistische ggz voor volwassenen is de gemiddelde wachttijd langer dan de hiervoor afgesproken normen. Het aantal wachtplakken loopt ieder jaar op tot inmiddels meer dan 100.000. Wachttijdgegevens zijn niet volledig betrouwbaar, maar geven wel een indicatie van de situatie.
- Het gebruik van ggz is het hoogst bij de jongere generaties. 5 op de 100 18- tot 29-jarigen maakte in 2019 gebruik van de specialistische ggz ten opzichte van minder dan 2 op de 100 66-plussers. Het gebruik van specialistische ggz groeit bij deze groep jongvolwassenen ook het hardst. Andere factoren die samenhangen met een hoge of lage prevalentie van ggz-gebruik zijn inkomensbron, huishoudsamenstelling en migratieachtergrond.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de ontwikkelingen van de mentale gezondheid in Nederland (paragraaf 2.1) en de ontwikkelingen in het gebruik van ondersteuning en zorg bij psychische klachten (paragraaf 2.2).

2.1 Ontwikkelingen in de mentale gezondheid

De huidige staat en ontwikkeling van mentale gezondheid in Nederland kan worden beschreven aan de hand van de uitkomsten van verschillende indicatoren uit verschillende onderzoeken.¹³ In bijlage 7 wordt een overzicht gegeven van welke onderzoeken naar mentale gezondheid in Nederland zijn gebruikt in dit IBO.

¹³ Zie bijlage 7 met een toelichting op de verschillende onderzoeken naar mentale gezondheid in Nederland die geraadpleegd zijn in dit IBO.

Het meten van de staat en ontwikkeling van mentale gezondheid is niet gemakkelijk. Ten eerste is de mentale gezondheid een veelzijdig concept dat uiteenlopende dimensies omvat - van ervaren levenstevredenheid tot klinisch gediagnosticeerde aandoeningen - die onderling sterk kunnen variëren. Verschillende indicatoren geven verschillende dimensies van mentale gezondheid weer. Een hoge levenstevredenheid kan bijvoorbeeld gepaard gaan met angstgevoelens. Ten tweede hebben de beschikbare onderzoeksinstrumenten beperkingen. Veel studies zijn gebaseerd op zelfrapportage en interviews, doorgaans aan de hand van een beperkte steekproefomvang. Ze bieden vooral inzicht in voorkeuren of belevingen, in plaats van daadwerkelijk gedrag of objectieve uitkomsten. Bij interpretatie van de resultaten kan het moeilijk zijn om de invloed van (veranderingen in) maatschappelijke normen, zoals medicalisering en taboes, op de mentale gezondheid vast te stellen. Ten derde schieten de meetinstrumenten die voorhanden zijn vaak tekort, in bijvoorbeeld de veelgebruikte EuroQol-5D vragenlijst gaat maar 1/5 van de vragen over mentale gezondheid waardoor schommelingen minder goed zichtbaar zijn.

Veel Nederlanders ervaren mentale problematiek en de mentale gezondheid in Nederland verslechtert. Het aandeel volwassenen (18+) Nederlanders dat in de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) aangeeft in de afgelopen vier weken angst-of depressiegevoelens te hebben gehad is tussen 2014 en 2024 gestegen van 36,6% naar 44,2% (zie figuur 2.1).¹⁴ Zelf-gerapporteerde psychische klachten nemen voornamelijk toe in de leeftijdscategorieën tot 65 jaar. Ook het aantal psychische aandoeningen neemt toe. Op basis van gestructureerde diagnostische interviews is in het NEMESIS-onderzoek geconstateerd dat het percentage volwassenen met een psychische aandoening in de afgelopen twaalf maanden, dus gedurende het jaar voorafgaand aan het onderzoek, is gestegen tussen 2007-2009 en 2019-2022 van 17% naar 26%.¹⁵ Uit deze interviews blijkt ook dat de toename in psychische aandoeningen groter was voor 18- tot 34-jarigen dan voor 35-plussers, groter voor studenten dan voor werkkenden en groter voor mensen wonend in de stad dan voor mensen wonend op het platteland.¹⁶ De prevalentie van psychische aandoeningen was volgens een vergelijking van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) in Nederland hoger (18,9%) dan het EU-gemiddelde (17,17%) in 2021.¹⁷ Op het gebied van levenstevredenheid is Nederland in Europees perspectief een hoge middenmoter.¹⁸ Het aantal zelfdodingen in Nederland (10,6 per 100.000 personen) lag in 2021 iets boven het EU-gemiddelde (10,3 per 100.000 personen).¹⁹ Het zelfdodingscijfer was de afgelopen jaren redelijk stabiel, tussen 2018 en 2024 fluctueerde het zelfdodingscijfer tussen de 10,3 en 10,9 per 100 duizend inwoners. Wel is er in de afgelopen vijftien jaar stijging te zien in het aantal suïcides bij mensen onder de 30 jaar.²⁰

¹⁴ CBS (z.d.-a)

¹⁵ Trimbos-instituut (z.d.-a)

¹⁶ Trimbos-instituut (z.d.-b)

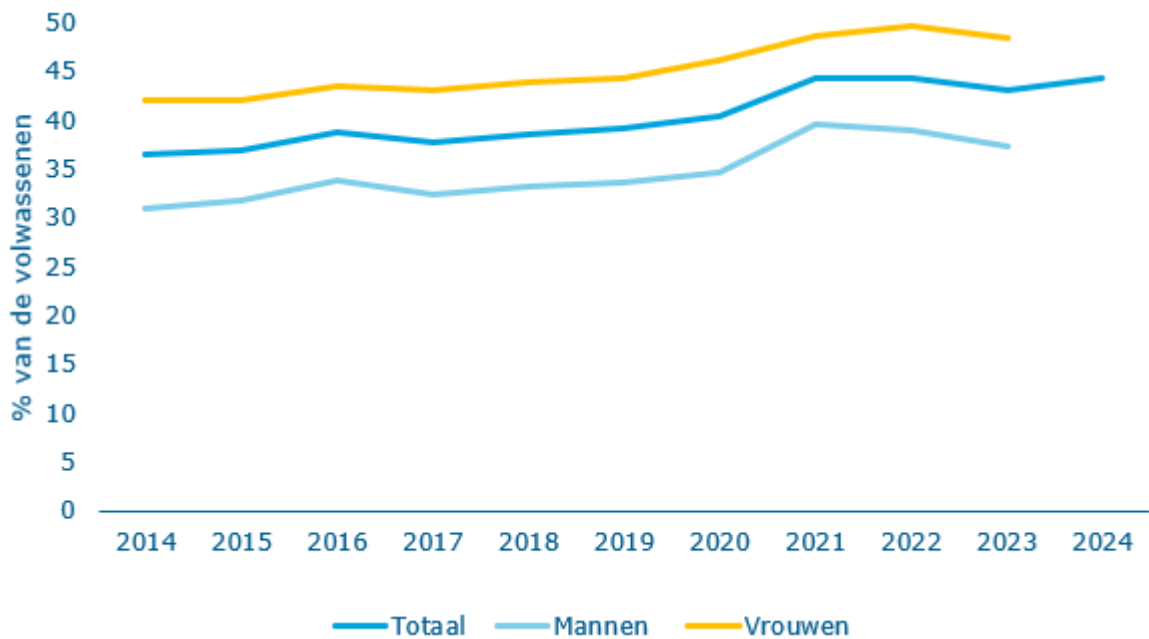
¹⁷ IHME (2024)

¹⁸ Eurostat (2025)

¹⁹ Eurostat (2025a)

²⁰ CBS (2025a)

Figuur 2.1 Ontwikkeling angst- en depressiegevoelens in de afgelopen vier weken in % van volwassenen (totaal, mannen en vrouwen) 2014-2024.²¹



De verslechtering van de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen is zorgelijk. Het percentage jongvolwassenen (16 t/m 25 jaar) dat in de CBS gezondheidsenquête in de afgelopen vier weken angst- of depressiegevoelens had was in 2014 38,5% en in 2024 52%. Bij vrouwen kwam dit vaker voor dan bij mannen (zie figuur 2.2).²² Ondanks een voorzichtige verbetering na de Covid-periode, is de langjarige trend dat de hoeveelheid jongvolwassenen met deze gevoelens stijgt. Uit ander onderzoek blijkt dat scholieren van 12 tot en met 16 jaar dat 29,6% in 2023 'relatief veel' mentale problemen ervaren. Dit is een toename ten opzichte van 19,7% in 2017. Deze klachten komen meer voor bij jongeren met een praktische opleiding (vmbo-b 37,8%, vmbo-g/t 32,8%) dan met een theoretische opleiding (havo 29,2%, vwo 22,2%).²³ Scholieren tussen de 12 en 16 jaar geven hun leven gemiddeld een 7,4. Jongens geven hun leven gemiddeld een 7,8 en meisjes een 7,6.²⁴

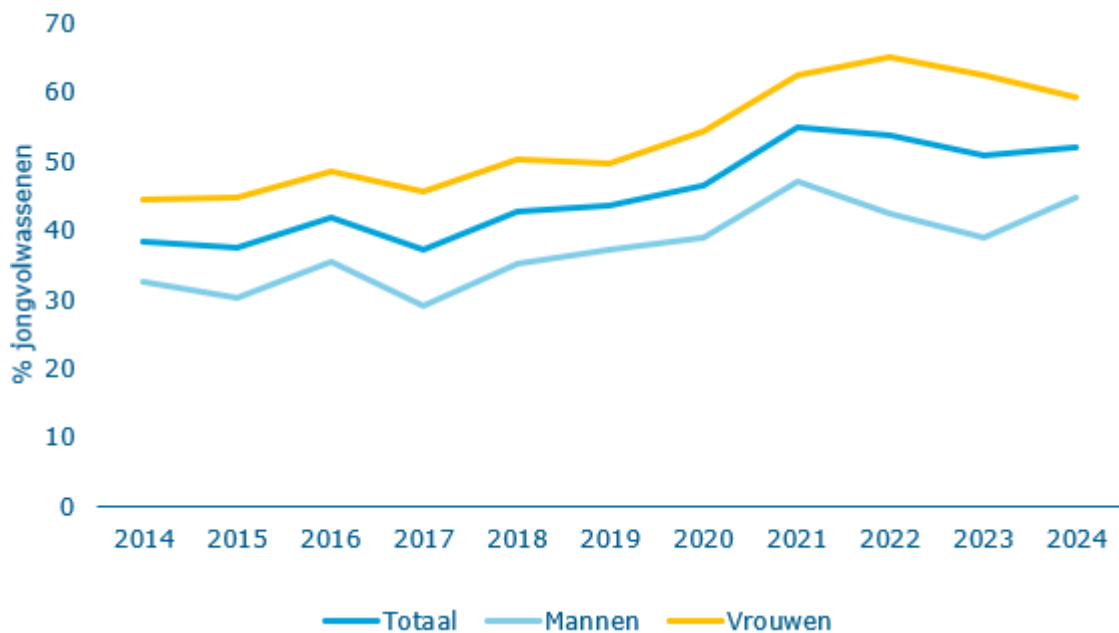
²¹ CBS (z.d.-a), VZInfo (z.d.) (bronbestand CBS bewerkt door RIVM voor gegevens mannen en vrouwen)

²² RIVM (z.d.) (bronbestand CBS, bewerkt door RIVM)

²³ Trimbos-instituut (z.d.-c)

²⁴ Trimbos-instituut (z.d.-i)

Figuur 2.2 Ontwikkeling angst- en depressiegevoelens in de afgelopen vier weken in % van jongvolwassenen 16-25 jaar (totaal, mannen en vrouwen) 2014-2024.²⁵

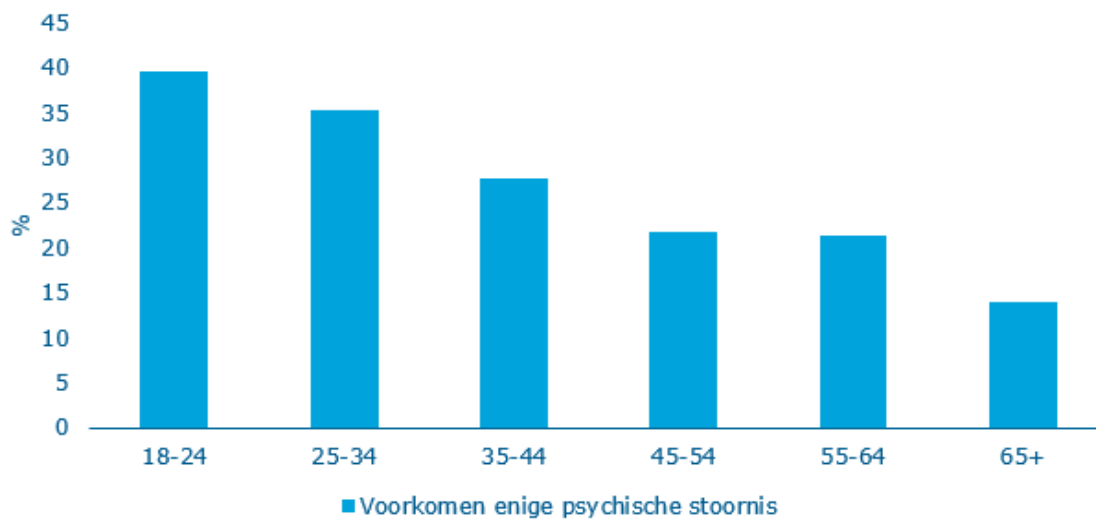


Vrouwen, jongvolwassenen en mensen met een praktische opleiding hebben vaker psychische aandoeningen dan andere groepen. Uit gestructureerde klinische interviews van NEMESIS-3 in de periode 2019-2022 blijkt dat het percentage vrouwen (27,85%) met een psychische aandoening in de afgelopen twaalf maanden hoger was dan het percentage mannen (24%). In jongere leeftijdscohorten is het percentage met een psychische aandoeningen hoger dan in oudere cohorten. Zo had in het leeftijdscohort van 18-24 39,6% een psychische aandoening, ten opzichte van 21,4% in leeftijdscohort 55-64 en 13,9% in leeftijdscohort 65+ (zie figuur 2.3). Psychische aandoeningen komen ook vaker voor bij mensen met een praktische opleiding (27,9%) dan bij volwassenen met hbo of universiteit als hoogst afgeronde opleiding (24,4%). Er blijkt bovendien dat psychische aandoeningen vaker voorkomen bij volwassenen die alleen wonen, die werkloos zijn (in vergelijking met een betaalde baan), bij mensen met een laag inkomen en bij mensen die wonen in een stedelijke omgeving.²⁶

²⁵ RIVM (z.d.) (bronbestand CBS, bewerkt door RIVM)

²⁶ Trimbos-instituut (z.d.-d) en Ten Have, M. et al. (2023)

Figuur 2.3 Prevalentie enige psychische stoornis per leeftijdsgroep in percentages in de afgelopen twaalf maanden, periode 2019-2022.²⁷



Het aantal personen met onbegrepen gedrag is volgens de registraties van de politie toegenomen. Mensen met onbegrepen gedrag zijn door een opeenstapeling van problemen de grip op hun leven kwijt, maar vragen meestal geen hulp. Deze mensen kunnen een psychische aandoening hebben, maar er kunnen ook andere redenen zijn voor het gedrag zoals bijvoorbeeld dementie, schulden, dakloosheid.²⁸ Wanneer een incident zich voordoet en er vermoeden is van onbegrepen gedrag, wordt dit door de politie geregistreerd. Het aantal registraties is dan ook niet het aantal personen; iemand die vaker in beeld komt heeft meerdere registraties. Voor een groep van circa 10.000 personen wordt de politie 10 of meer keer per jaar gebeld.²⁹ Het aantal registraties van onbegrepen gedrag bij de politie is de laatste jaren toegenomen van 44.571 in 2012, naar 149.817 in 2024.³⁰ De stijging in het aantal rapportages kan ook komen door het effect van systematische rapportage. Bij circa 35% van de registraties van onbegrepen gedrag gaat over ggz-gerelateerd gedrag.³¹ Het aantal patiënten met contact met een crisisdienst ggz neemt daarentegen de laatste jaren licht af.³²

2.2 Ontwikkelingen in gebruik van ondersteuning en zorg

Het totaal aantal mensen dat zorg krijgt vanwege psychische klachten is tussen 2017 en 2024 gestegen van 1,39 naar 1,57 miljoen (zie tabel 2.1). Afgezet tegen de groei van de het aantal inwoners in deze periode, is er een relatieve daling in het gebruik zichtbaar. Wel is er relatief gezien een stijging zichtbaar bij het aantal mensen dat zorg vanuit de POH-ggz ontvangt. Deze stijging in het gebruik van ggz in de Wlz heeft te maken met de openstelling van de Wlz voor mensen met psychische problematiek. Het beroep op jeugdzorg en Wmo maatwerkvoorzieningen is gestegen, maar is het onduidelijk welk deel hier betrekking heeft op psychische klachten.

²⁷ Trimbos-instituut (z.d.-b)

²⁸ Rijksoverheid (2024a)

²⁹ Koekkoek (2024)

³⁰ Politie (2024)

³¹ De Nederlandse GGZ (z.d.)

³² RIVM (2024a)

Tabel 2.1 Aantal gebruikers ondersteuning en zorg bij psychische klachten 2017 t.o.v. 2024.³³

AANTAL GEBRUIKERS	2017	2024
Zorg vanwege psychische klachten	1.387.000	1.574.000
Waarvan POH-ggz	608.000	765.000
Waarvan curatieve ggz	918.000	978.000
Waarvan specialistische ggz	545.000	641.000
Waarvan Wlz-ggz	6.000	32.000

De wachttijden voor ondersteuning en zorg nemen toe. Voor alle vormen van specialistische ggz voor volwassenen zijn de gemiddelde wachttijden langer dan de afgesproken Treeknormen.³⁴ Voor sommige diagnosegroepen loopt de landelijke gemiddelde wachttijd op tot 24 tot 28 weken (trauma, persoonlijkheidsstoornissen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen als ADHD en autisme), met in enkele regio's uitschieters tot gemiddelden ver daarboven (voor een aantal diagnosegroepen gemiddeld zelfs meer dan een jaar. Het aantal wachtplekken lijkt elk jaar op te lopen tot inmiddels meer dan 100.000.³⁵ Wachttijdgegevens zijn niet volledig betrouwbaar, en schetsen geen accuraat beeld van wachttijden voor specifieke diagnosegroepen maar geven wel een indicatie van de situatie.³⁶ Voor beschermd wonen bleek uit een onderzoek uit 2019 de gemiddelde wachttijd 35 weken te zijn.³⁷

Het gebruik van ggz is het hoogst bij de jongere generaties, het ggz-gebruik stijgt hier het hardst. Het gebruik van ggz is beduidend hoger onder 18 tot 49-jarigen dan bij oudere leeftijdscohorten. Het gebruik onder 18- tot 29-jarigen is het hoogst, namelijk 50 per duizend personen ten opzichte van 47 per duizend bij 30- tot 49-jarigen, 32 per 1000 bij 50- tot 65-jarigen en nog minder bij oudere generaties.³⁸ Bovendien stijgt het ggz gebruik het hardst bij de jongste leeftijdscohorten (zie figuur 2.4).³⁹ Dat past bij het beeld van de verslechtering van de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen de afgelopen 10 jaar. De kosten per gebruiker zijn ook relatief hoog bij het leeftijdscohort 18- tot 29-jarigen. Hierbij geldt dat onder jongvolwassenen het man-vrouw verschil groter is dan in de gehele populatie. Voor de periode 2016-2021 heeft ahti bekeken of de stijging in zorggebruik een leeftijdseffect (jongeren gebruiken altijd meer ggz dan oudere generaties) was of een generatie-effect (de jongste generatie heeft hoger ggz gebruik dan de oudere generaties)). Een definitieve conclusie is op basis van de korte periode waarover data beschikbaar is niet mogelijk, maar in deze periode leek er sprake te zijn van een generatie effect. Ieder jaar gebruikten jonge mensen meer zorg dan het jaar ervoor (figuur 2.5). Bovendien bleef het hoge zorggebruik stabiel tijdens de jaren die erop volgden. Als er daadwerkelijk sprake is van een generatie-effect, dan heeft dit gevolgen voor de houdbaarheid van het ggz stelsel. Dit zou namelijk betekenen dat de vraag naar zorg de komende jaren sterk zal stijgen.

³³ Vektis (2025a)

³⁴ Treeknormen zijn afspraken over de maximaal aanvaardbare wachttijden voor niet-spoedeisende zorg in Nederland.

³⁵ NZa (2025)

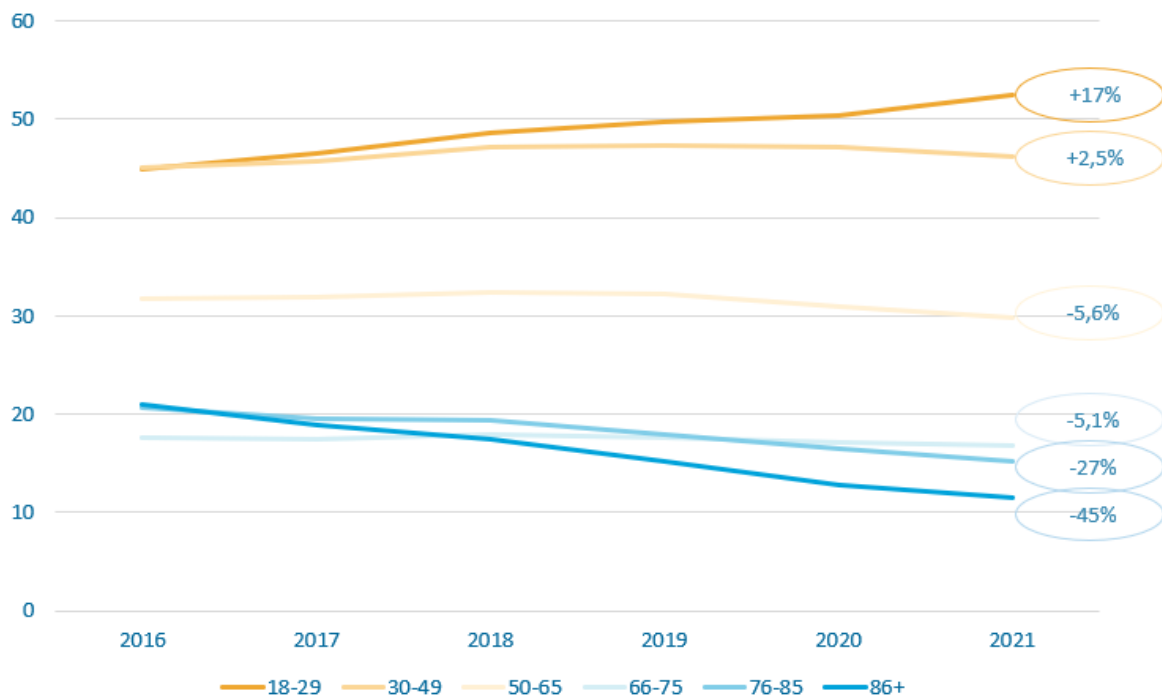
³⁶ Talma Instituut (2024)

³⁷ KPMG (2020)

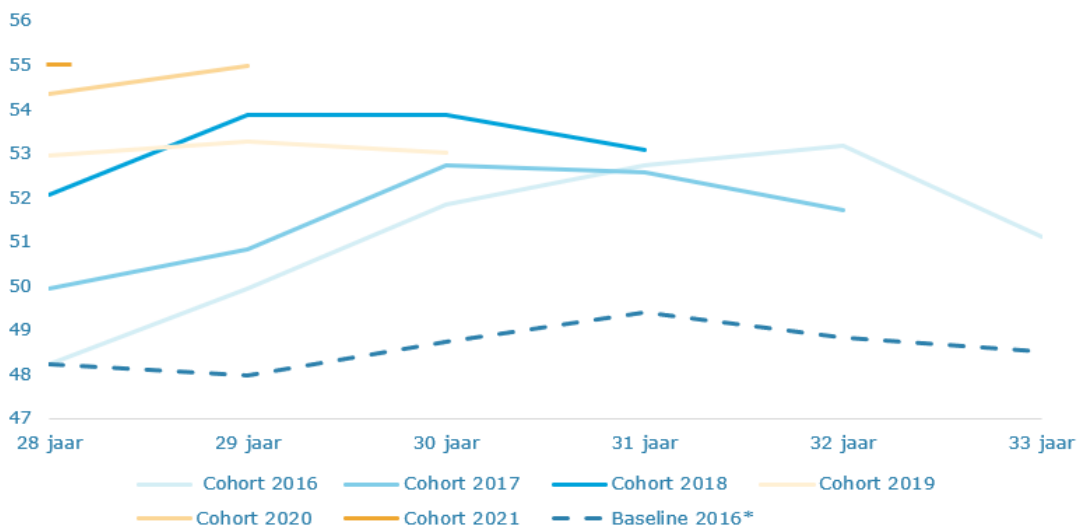
³⁸ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2016-2021 data)

³⁹ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2016-2021 data)

Figuur 2.4 Gebruik specialistische ggz over tijd, ingedeeld naar leeftijd (prevalentie per 1.000, 2016-2021) en groei 2021 t.o.v. 2016 in percentages.



Figuur 2.5 Prevalentie specialistische ggz (per 1000) tussen 2016 en 2021 per cohort 28-jarigen.



*Baseline 2016 betreft de geobserveerde prevalentie voor elke leeftijd in het jaar 2016. Binnen een cohort volgen we de prevalentie van de populatie 28-jarigen in het 'startjaar' over de tijd. Bijvoorbeeld: de lijn 'Cohort 2016' volgt de prevalentie van de populatie die 28 jaar is in 2016, 29 jaar is in 2017, etc.

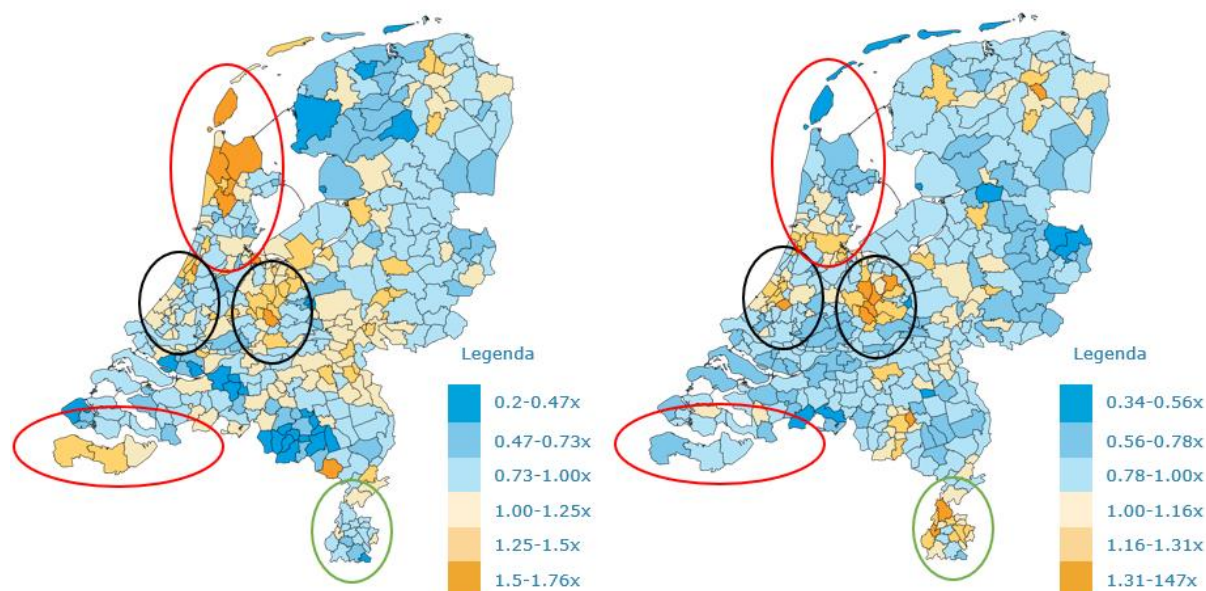
Factoren die de meeste samenhang laten zien met een hoge of lage prevalentie van ggz-gebruik zijn in volgorde van relevantie: inkomensbron, huishoudsamenstelling, leeftijd en migratieachtergrond.⁴⁰ Het type inkomensbron correleert het meest met ggz-gebruik. Ontvangers van bijstand, en uitkeringen gebruiken vaker ggz dan ontvangers van loon, pensioen,

⁴⁰ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahiti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data)

WW, zelfstandigen en ontvangers van inkomen uit vermogen. Het hebben van werk lijkt dus een belangrijke factor, al valt uit deze correlatie niet af te leiden in welke richting(en) het verband loopt. Andere factoren die sterk samenhangen met ggz-gebruik zijn huishoudsamenstelling en leeftijd. Voor huishoudsamenstelling geldt dat mensen met een eenpersoonshuishouden meer gebruikmaken van ggz dan de rest van de populatie. Bovendien gebruiken jonge mensen (tussen de 18 en 49) meer ggz dan oudere leeftijdsgroepen. Mensen zonder en met een tweede generatie migratieachtergrond maken meer gebruik van ggz dan inwoners met een eerste generatie migratieachtergrond. Bovengenoemde groepen maken gemiddeld ook hogere kosten in de ggz. Een deel van hen hoort tevens vaker bij de 10% gebruikers die de hoogste kosten in de ggz maken. Zo is 25% van de gebruikers van specialistische ggz tussen de 18 en 29 jaar, maar als alleen wordt gekeken naar de 10% gebruikers met de hoogste kosten, dan maakt deze groep 28% van de gebruikers uit.

Het gebruik van ggz varieert sterk tussen gemeenten in Nederland.⁴¹ Omdat de populatiesamenstelling varieert per gemeente is hiervoor gecorrigeerd op basis van leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen en huishoudsamenstelling (figuur 2.6). Hierdoor kunnen regio's beter met elkaar vergeleken worden. In een aantal regio's (Kop van Noord-Holland, Zuid Zeeland, rood omcirkeld) gaan verhoogde kosten voor basis-ggz samen met lagere kosten voor specialistische ggz zonder verblijf. In andere regio's, vooral de randstad, is echter sprake van zowel hogere kosten in de basis-ggz als in de specialistische ggz (zwart omcirkeld). In Zuid-Limburg zijn de kosten in de basis-ggz relatief laag, terwijl de kosten in de specialistische ggz zonder verblijf juist hoog zijn (groen omcirkeld).

Figuur 2.6 Kosten per inwoner van basis ggz (links) en specialistische ggz (rechts) t.o.v. verwacht op basis van leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen en huishoudsamenstelling, 2019.



⁴¹ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahiti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data)

3. Kenmerken, determinanten en gevolgen van mentale gezondheid en psychische problematiek

- Om het zorg- en ondersteuningsstelsel adequaat vorm te geven, is het essentieel om de complexe aard van psychische klachten te doorgronden:
- De persoonlijke omgeving en maatschappelijke context spelen een belangrijke rol bij het ontstaan en het beloop van klachten. Op individueel niveau is de ontwikkeling van psychische problematiek daarom onvoorspelbaar.
- Er is ruimte voor interpretatie in de classificatie van psychische aandoeningen. Dit is vanwege de volgende drie kenmerken: 1) psychische klachten zijn meestal niet fysiek zichtbaar in lichaam en brein; 2) ze bevinden zich op een continuüm (bijvoorbeeld de overgang tussen somberheid en klinische depressie); waardoor er geen hard onderscheid is tussen ziek en gezond; 3) symptomen van verschillende aandoeningen kunnen elkaar overlappen.
- Het succes van behandelingen in de ggz hangt niet alleen af van methode van de interventie zelf, maar vooral van de kwaliteit van de behandelrelatie en de context van de patiënt. Behandeling kan de ziektelast verlichten, maar neemt deze zelden volledig weg. Daarnaast kunnen ook andere interventies dan een ggz-behandeling, helpend zijn bij psychische klachten.
- Mentale gezondheid wordt beïnvloed door verschillende risico- en beschermende factoren. Zo is er een verband tussen een laag inkomen, financiële problemen en schulden, en psychische klachten. Het hebben van werk geeft structuur, inkomen en een sociale basis, en heeft daarmee een positieve invloed op de mentale gezondheid. Leefstijlfactoren zoals overmatig gebruik van middelen of sociale media kunnen van invloed zijn op de mentale gezondheid. Tot slot zijn omgevingsfactoren, zoals woon- en leefomgeving, gezin en onderwijsomgeving, relevant.
- De manier waarop een samenleving tegen psychische klachten aankijkt is continu aan verandering onderhevig. De tendens is dat menselijke ervaringen en gedragingen vaker als medische problematiek worden beschouwd - een proces dat bekend staat als medicalisering. Dit ligt op de loer vanwege het moeilijk objectiveerbare karakter van psychische klachten. Welvaart draagt er ook aan bij dat immateriële zaken, zoals mentaal welzijn, belangrijker worden. Verschillende psychiaters stellen dat het normale lijden, zoals verdriet en verwardheid, minder wordt geaccepteerd in onze samenleving, waardoor medische termen worden gebruikt om het te legitimeren.
- Voor de betrokkenen zelf hebben psychische klachten en aandoeningen verstrekkende gevolgen. De levenskwaliteit neemt merkbaar af, de kansen op de arbeidsmarkt worden negatief beïnvloed en onderwijsprestaties kunnen eronder lijden, wat weer doorwerkt in toekomstige maatschappelijke participatie. Er is ook een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden.
- De maatschappelijke kosten van psychische problematiek zijn aanzienlijk. Afhankelijk van de gehanteerde berekeningsmethode worden deze geschat tussen de € 17 en € 51 miljard per jaar. Dit bedrag omvat niet alleen de directe uitgaven aan ondersteuning en zorg, maar ook indirecte kosten die voortvloeien uit verminderde arbeidsparticipatie, beroep op sociale zekerheidsregelingen en belasting van het justitiële apparaat.

Voor een goede probleemanalyse en effectieve beleidsopties over de verslechtering van de mentale gezondheid en het functioneren van het stelsel van ondersteuning en zorg van psychische

problematiek, is het nodig om mentale gezondheid en psychische klachten beter te begrijpen. In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de kenmerken van psychische klachten die relevant zijn bij het functioneren van het stelsel (paragraaf 3.1), in de manier waarop mentale gezondheid wordt beïnvloed (paragrafen 3.2 en 3.3) en in wat de impact van psychische klachten en aandoeningen is op het individu (paragraaf 3.4) en de maatschappij (paragraaf 3.5).

3.1 Kenmerken van (hulp bij) psychische klachten

'Van alle lijden is de psychische nood het wonderbaarlijkst. Als niets anders belast het de mens in zijn functioneren, ondermijnt de hoop en verlamt het leven. Psychisch lijden kent maat noch fundament, is onmetelijk diep of flinterdun, soms in realiteit geënt maar ook volkomen ongegrond. Vatbaar voor suggestie kan lijden in een oogwenk ieder bedwelmen om even plots als gekomen weer spoorloos te verdwijnen en indien ongehoord mens en gemeenschap meedogenloos ontwrichten. Psychisch lijden is onmiskenbaar en onmeetbaar. Voor onszelf amper te verdragen, maar voor een buitenstaander nauwelijks te verstaan.' – Damiaan Denys, *Het tekort van het teveel*⁴²

Het is belangrijk om de aard van psychische klachten te begrijpen omdat dit relevant is voor de vormgeving van het zorg- en ondersteuningsstelsel. Het is echter niet gemakkelijk om de kenmerken van psychische klachten of DSM-5 geclassificeerde psychische aandoeningen zo objectief mogelijk te beschrijven. Professionals en wetenschappers nationaal en internationaal hebben hier verschillende perspectieven op, waar ook verschillend taalgebruik bij hoort. Onderstaand worden de belangrijkste aspecten benoemd die relevant zijn voor de vormgeving van het beleid voor mentale gezondheid, ondersteuning en zorg.

Psychische klachten worden beïnvloed door biologische en psychosociale factoren en de sociaal-culturele context van iemand; deze factoren beïnvloeden elkaar onderling.⁴³ Ieder individu heeft een bepaalde mate van psychische kwetsbaarheid. De mate van kwetsbaarheid is mede afhankelijk van psychologische factoren zoals omgang met stress en negatieve denkpatronen. Daarnaast is de sociaal-culturele context waarin iemand zich bevindt relevant. Dit zijn factoren zoals de sociale omgeving, werk- en leefsituatie, culturele verwachtingen en hoe in een samenleving wordt omgegaan met gezondheid, ziekte en zorg. Ook genetische factoren kunnen een rol spelen, maar onderzoek laat zien dat psychiatrische en neurologische aandoeningen relatief weinig genetische risicofactoren delen.⁴⁴ In essentie geldt dat als aandoeningen eerder in het leven beginnen, ze meer erfelijk lijken te zijn. Deze diversiteit aan oorzaken betekent vaak ook dat er niet één duidelijk aanwijsbare oorzaak van de psychische klachten is, maar een samenspel van factoren.⁴⁵ Kwetsbaarheid komt in verschillende gradaties voor binnen de bevolking. Het is een glijdende schaal en niet-binair.⁴⁶

Het beloop van psychische klachten is op individueel niveau vaak onvoorspelbaar en episodisch. De reden voor de onvoorspelbaarheid is dat de omgeving en context van een individu vaak een grote rol spelen bij zowel het ontstaan als de behandeling van psychische klachten. De grilligheid van het menselijk leven zorgt er dus voor dat het beloop van de klachten veranderlijk is.⁴⁷ Deze onvoorspelbaarheid maakt het lastig om in te schatten bij wie de klachten 'vanzelf' zullen afnemen en wie professionele hulp nodig heeft. Hierdoor wordt het maken van de juiste

⁴² Denys (2020)

⁴³ Uher & Zwickler (2017)

⁴⁴ Anttila et al. (2018)

⁴⁵ Marsman et al. (2020)

⁴⁶ Scheepers (2021)

⁴⁷ Geert & De Ruiter (2022)

keuzes in triage bemoeilijkt. Het is niet zo dat het beloop altijd volledig onvoorspelbaar is. Er zijn aandoeningen, bijvoorbeeld lichte angst- en stemmingsstoornissen, waarbij het beloop van de klachten bij een behandeling volgens een gestandaardiseerde zorgpad, voor een deel van de hulpvragers wel redelijk voorspelbaar verloopt. Psychische problematiek heeft vaak een episodisch of chronisch beloop.

Psychische aandoeningen zijn moeilijk af te bakenen, waardoor er in de classificatie ruimte is voor interpretatie. Psychische aandoeningen zijn meestal niet zichtbaar in het lichaam of het brein. Er zijn vaak geen duidelijke lichamelijke afwijkingen die je kunt meten of zien. Veel symptomen van psychische aandoeningen zijn eigenschappen of gevoelens die iedereen wel eens ervaart, zoals somberheid. Er is een continuüm tussen somberheid die iedereen weleens ervaart en een zware depressie. Aandoeningen zoals angst en depressie zijn dus dimensioneel.⁴⁸ Verder zijn veel symptomen niet uniek voor één specifieke aandoening; ze kunnen voorkomen bij verschillende aandoeningen. Dit maakt het onderscheid tussen verschillende diagnoses ingewikkeld. Het feit dat klachten vaak niet zichtbaar, dat ze een continuüm kunnen zijn, kunnen fluctueren in de tijd en dat symptomen kunnen overlappen tussen aandoeningen betekent dat er ruimte is voor interpretatie in de classificatie en diagnostiek. Een diagnose van een psychische aandoening wordt vooral gesteld op basis van gesprekken en observaties, waarbij de beleving van de patiënt centraal op een bepaald moment in de tijd, in een bepaalde context staat. Het is in ons huidige stelsel aan de behandelaar om te beoordelen wanneer deze klachten dusdanig ernstig zijn dat er sprake is van een psychische aandoening op basis van de DSM-5 (zie onderstaande blauws box voor een toelichting op de DSM-5). Dit vraagt om zorgvuldige interpretatie en inschatting van de mate van lijdensdruk. Gevolg van het feit dat psychische aandoeningen moeilijk af te bakenen zijn en symptomen veranderen over de tijd, is dat er mensen met psychische kwetsbaarheid zijn waarbij gedurende hun leven veel verschillende DSM-classificaties worden gesteld.

De effectiviteit van een behandeling in de ggz is mede-afhankelijk van de behandelrelatie, de patiënt en de context van een patiënt. De behandeling neemt maar een deel van de ziektelast weg. De effectiviteit van een behandeling is mede-afhankelijk van de context van een patiënt, als oorzaken in de omgeving niet worden geadresseerd is een behandeling minder effectief. Ook blijken de baten van behandeling ongelijk verdeeld over de samenleving. Uit onderzoek met Nederlandse data blijkt dat mensen met een hoger inkomen een grotere kans op functionele verbetering aan het eind van een behandeltraject hadden.⁴⁹ Bovendien is de relatie tussen de behandelaar en patiënt van belang voor de effectiviteit van een behandeling.⁵⁰ Een behandeling vergt actieve participatie van een patiënt.⁵¹ Er is veel onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van ggz-behandelingen en er zijn bewezen effectieve behandelingen beschikbaar. Een overzichtsartikel laat zien dat het per aandoening verschilt welk deel van de patiënten er baat bij heeft (gemeten als minimaal 50% symptoomvermindering tussen uitgangssituatie en eindonderzoek) en dat behandeling maar een deel van de ziektelast weg kan nemen. Het hoogste gemeten respons was 42% voor depressieve aandoeningen en het laagste was 24% voor borderline persoonlijkheidsstoornis.⁵² Dus ook van de mensen die baat hebben bij een behandeling, zal vaak gelden dat klachten zijn verminderd, maar niet volledig zijn verdwenen. Desalniettemin kan ook een vermindering van een deel van de klachten veel bijdragen aan de kwaliteit van leven. Een andere meta-analyse laat zien dat behandeling voordelen heeft, waarbij de gemiddelde effecten verschillen per aandoening. Voor sommige problematiek geldt dat

⁴⁸ Dit geldt niet voor alle psychische aandoeningen. Ernstige psychische aandoeningen zoals schizofrenie en bipolaire stoornissen zijn categoriaal.

⁴⁹ Lopes et al. (2023)

⁵⁰ Goldsmith et al. (2015)

⁵¹ Jørgensen et al (2024)

⁵² Cuijpers et al. (2024)

gemiddeld een klein tot matig voordeel werd gevonden, dat geldt bijvoorbeeld voor psychosen of suïcidale gedachten. Voor andere problematiek geldt dat er gemiddeld een groot voordeel van behandeling werd gevonden, bijvoorbeeld bij depressie, problematisch gokken of PTSD. De onderzoekers geven aan dat wel verder onderzoek nodig is naar 'wat voor wie werkt'.⁵³ Kanttekeningen bij onderzoeken naar de effectiviteit van behandeling zijn onder andere dat het moeilijk vast te stellen is waarom de interventies effectief zijn en dat in de praktijk behandeling vaak minder effectief is dan in een onderzoekssetting. Ook is niet van tevoren te bepalen welke interventie voor welke individu effectief zal zijn.⁵⁴ Daarbij komt dat er ook andere interventies dan een ggz-behandeling effectief kunnen zijn bij verminderen van psychische klachten. Denk aan mindfulness, ondersteuning vanuit de sociale omgeving of hulp bij het oplossen van andere problemen in iemand leven.⁵⁵ Ondanks al het onderzoek naar effectiviteit van psychotherapie, zijn er de afgelopen 50 jaar geen grote doorbraken geweest die de diagnostiek of medische behandelingen van (ernstige) psychiatrische klachten substantieel hebben verbeterd.⁵⁶

Toelichting op de DSM en de rol van de DSM in de ggz

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is het standaardwerk voor de classificatie van psychische aandoeningen. In 1952 is de eerste versie van de DSM gepubliceerd, omdat er in onderzoek en literatuur verwarring was over het gebruik van termen als 'depressie' en 'psychose'. Het handboek helpt wetenschappers en onderzoekers om uniforme definities te hanteren.

Op dit moment wordt voor het classificeren van psychische aandoeningen in de psychiatrie gewerkt met de DSM-5. In de DSM 5 zijn twintig hoofdgroepen opgenomen, zoals depressieve stemmingsstoornissen, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, en trauma- en stressorgerelateerde aandoeningen. Onder deze twintig hoofdgroepen vallen honderden psychische aandoeningen. Bovendien zeggen deze twintig hoofdgroepen niets over de ernst van de klachten. Er zijn dan ook grote verschillen in de klachten van de populatie binnen de hoofdgroepen.

De classificaties in de DSM bestaan uit opsommingen van verschillende kenmerken of symptomen die we vaak in combinatie met elkaar tegenkomen. Als iemand voldoet aan een bepaald minimum van deze kenmerken, kunnen de problemen geclassificeerd worden als een aandoening. Let op: een DSM-classificatie is geen diagnose. Een diagnose wordt per individu gesteld door een daartoe bevoegd professional en biedt inzicht in de specifieke beleving van een patiënt. De diagnose houdt rekening met oorzaken en onderliggende mechanismen en wordt gebruikt voor het opstellen van een effectieve behandeling. Hierbij wordt de DSM-classificatie vaak gebruikt als hulpmiddel, het is dus in het huidige stelsel noodzakelijk om deze te gebruiken maar niet voldoende. Al in de eerste uitgave van de DSM werd benadrukt dat de categorieën niet moesten worden opgevat als 'ziekten of entiteiten', maar als beschrijvingen van fenomenen zonder dat daar een biologisch substraat aan ten grondslag lag.

Er is ook kritiek op de DSM. Psychisch lijden gaat over de unieke binnenwereld van een individu, dus een vertaling naar een classificatie zal altijd spanning met zich meebrengen. De DSM ordent menselijk gedrag in groepen. Het risico hiervan is dat al het gedrag wordt

⁵³ Harrer et al. (2025)

⁵⁴ Scheepers (2021), Denys (2020) en Oenen (2019)

⁵⁵ Hofmann et al. (2010).

⁵⁶ Dean (2017)

verklaard vanuit die ordening, terwijl de classificatie geen indicatie geeft van de oorzaak of de zwaarte van de problematiek.

De DSM biedt wel een instrumentarium voor psychiaters, psychologen en andere ggz-professionals om psychische aandoeningen te classificeren en deze classificatie te gebruiken bij het stellen van een diagnose. Daarnaast biedt de DSM een gedeelde taal voor professionals en onderzoekers, nationaal en internationaal. Zorgverzekeraars hanteren DSM-classificaties als basis voor vergoeding van behandelingen. Een DSM-diagnose is nodig om zorg vergoed te krijgen. Dit kan een stimulans met zich meebrengen om diagnoses te stellen.

Er is een groeiende groep professionals die pleit voor een minder prominente rol van de DSM in het ggz-stelsel en meer ruimte voor 'transdiagnostisch' werken, omdat in het behandeltraject de individuele context van het individu bepalender is dan de DSM-classificatie. Andere professionals wijzen op het belang van het gebruiken van een (internationaal) erkende classificatie in de psychiatrie en in het stelsel. Zowel kleine als grote ggz-instellingen werken al (deels) transdiagnostisch. In het huidige stelsel van curatieve ggz is echter nog wel een DSM-classificatie nodig voor de vergoeding van een behandeling.

3.2 Invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op mentale klachten en aandoeningen

'Geluk is niet de norm. Een goed leven is een leven waarin je betekenis vindt, ondanks het onvermijdelijke lijden dat erbij hoort.' – Dirk de Wachter, *De kunst van het ongelukkig zijn*

De ontwikkeling van maatschappelijke normen heeft invloed op de mentale gezondheid en hoe we omgaan met psychische klachten. Medicalisering en diagnose-expansie kunnen ertoe leiden dat steeds meer verschijnselen als medisch probleem worden gezien.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) identificeert in het rapport 'Op de Rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving' drie maatschappelijke ontwikkelingen die bijdragen aan een hypernerveuze samenleving en daarmee aan de druk op de mentale volksgezondheid.⁵⁷ De RVS identificeert allereerst het 'geïnstitutionaliseerd individualisme', wat betekent dat er door instituties en in beleid en uitvoering van beleid nadruk wordt gelegd op het individu. De tweede maatschappelijke ontwikkeling die zij noemen is de 'zelfsturende prestatiesamenleving', waarmee de RVS duidt op de prestatiedruk die verweven zit in de maatschappij. Als laatste noemen zij 'belemmerende versnelling'; we vinden niet alleen dat we beter moeten, maar ook dat we dat sneller moeten doen.⁵⁸ Tevens heeft de RVS in 2017 geconstateerd dat er een tendens is om gedrag dat past bij een bepaalde levensfase te duiden als een individueel medisch probleem.⁵⁹ Dit wordt ook wel medicalisering genoemd: 'het proces waarbij verschijnselen die voorheen niet tot het medische domein worden gerekend, in toenemende mate worden gedefinieerd en behandeld als medische problemen.' Het medische domein kan ook van binnenuit worden uitgebreid door middel van diagnose-expansie. Hierbij worden steeds meer, steeds mildere en steeds vroegere

⁵⁷ De RVS pleit er in hun advies voor om de mentale volksgezondheid te verbeteren, omdat oorzaken van de druk op de mentale gezondheid deels buiten de mensen zelf ligt.

⁵⁸ RVS (2025b)

⁵⁹ RVS (2017)

afwijkingen gediagnostiseerd, ook bij mensen zonder klachten.⁶⁰ Een voorbeeld hiervan is de toename in autisme-diagnoses.⁶¹ Psychiater en filosoof Damiaan Denys laat in zijn boek 'Het tekort van het teveel' zien dat wat de ggz tot zijn kernopdracht rekent in de afgelopen decennia is opgerekt: van het behandelen van psychische ziektes naar het bevorderen van mentaal welzijn.⁶² Medicalisering en diagnose-expansie kunnen ongewenste gevolgen hebben, zoals de belasting van het collectief gefinancierde zorgstelsel en meer aandacht voor lichte tot matige psychische problematiek, waardoor mensen met complexe psychische problematiek minder goed aan bod komen.

Er zijn verschillende partijen en ontwikkelingen die een rol spelen bij medicalisering en diagnose-expansie. De inrichting van het ggz-stelsel draagt bij aan de trend van medicalisering, bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders betaald worden voor het stellen van een diagnose. Vervolgens is het voor zorgaanbieders ook aantrekkelijk om een behandeling aan te bieden. Ook de vormgeving van beleid buiten de zorg is hierbij relevant. Denk bijvoorbeeld aan leraren op school die denken dat een leerling ADHD heeft en daar hulp voor nodig heeft. Dit wordt gestimuleerd door beleid dat scholen extra financiert voor scholieren met een diagnose. Ook taalgebruik in media en door influencers op sociale media spelen een rol, bijvoorbeeld door het laagdrempelige gebruik van woorden als trauma, depressie, autisme of ADHD. Mensen worden zich bewuster van gevoelens en plakken zichzelf ook gemakkelijker een bepaald label op. Verschillende psychiaters menen dat het normale lijden, zoals verdriet, jaloezie, agressie en verwardheid, niet meer geaccepteerd wordt door de samenleving. Dit is volgens hun een belangrijke reden voor medicalisering. Om het lijden te legitimeren, om het te rechtvaardigen voor jezelf en voor de ander in de samenleving, biedt een medische term uitkomst.⁶³

De prevalentie-inflatie hypothese en de netwerktheorie wijzen ook op de invloed van maatschappelijke normen in onze omgang met psychisch lijden. De prevalentie-inflatie hypothese stelt dat de toenemende bewustwording van mentale problemen leidt tot over-interpretatie, waardoor jongeren vaker mentale problemen rapporteren.⁶⁴ Bij overheidsbeleid dat zich richt op het doorbreken van het taboe rond praten over mentale gezondheid is het belangrijk om ook aandacht te hebben voor het effect van co-rumineren (het excessief bespreken van zorgen en problemen en negatieve emoties), in het bijzonder bij meisjes.⁶⁵ Door co-rumineren ontstaat het risico dat mentale klachten worden 'overgenomen'. De netwerkhypothese stelt dat psychische stoornissen geen geïsoleerde aandoeningen zijn, maar complexe netwerken van symptomen die elkaar kunnen besmetten.⁶⁶

Dat maatschappelijke normen invloed kunnen hebben op hoe we omgaan met psychische problematiek, is mogelijk een verklaring voor opvallende verschillen in medicijngebruik tussen gemeenten in Nederland. De prevalentie van het gebruik van antipsychotica (gecorrigeerd voor de persoonskenmerken leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen en huishoudsamenstelling) verschilt sterk tussen regio's, en is opvallend hoog in Zeeland en Brabant. De prevalentie van ADHD-medicatie is juist opvallend hoog in de Randstad (zie figuur 3.1).⁶⁷

⁶⁰ RVS (2025a)

⁶¹ Vanuit Autisme Bekeken (2021)

⁶² Denys (2020)

⁶³ Denys (2020), De Wachter (2019)

⁶⁴ Foulkes & Andrews (2023)

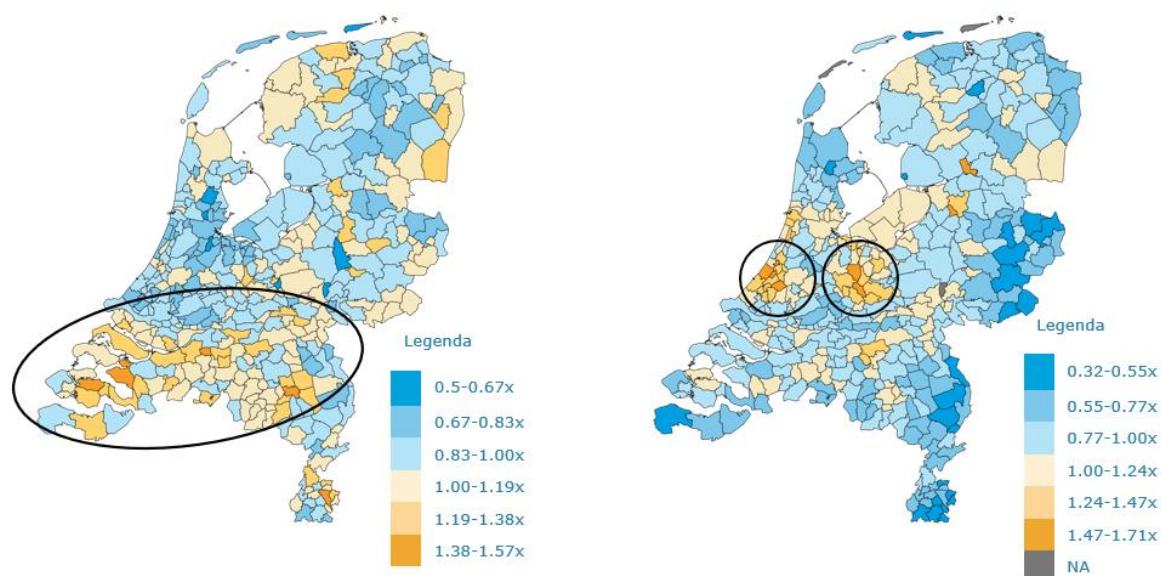
⁶⁵ Vuijk & Weerheijm (2022)

⁶⁶ Borsboom (2017)

⁶⁷ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data)

Culturele factoren, zoals maatschappelijke normen en waarden, kunnen een verklaring zijn voor deze verschillen. Dit is echter niet onderzocht.

Figuur 3.1. Index gebruik antipsychotica t.o.v. verwachting⁶⁸ (links) en index gebruik ADHD-medicatie t.o.v. verwachting (rechts), volwassenen 2019.



Bovendien kunnen ook economische ontwikkelingen, zoals de ontwikkeling van welvaart, invloed kunnen hebben op hoe een maatschappij omgaat met mentale klachten. In het algemeen geldt dat gezondheidszorg door economen op macroniveau een luxegoed wordt genoemd. Dit betekent dat als mensen en landen rijker worden, ze relatief meer geld uitgeven aan zorg.⁶⁹ De reden hiervoor is dat gezondheid altijd belangrijk blijft, terwijl consumptie steeds minder toegevoegde waarde heeft wanneer er al welvaart is. Dit geldt ook voor psychische gezondheidszorg. Daarom stijgt het aandeel van zorg in de economie als landen welvarender worden.

3.3 Determinanten – wat beïnvloedt de mentale gezondheid?

"Psychisch lijden is vaak een normale reactie op een abnormale situatie. We moeten niet alleen naar het individu kijken, maar ook naar de context waarin het lijden ontstaat." - Paul Verhaeghe

De mentale gezondheid wordt beïnvloed door risico- en beschermende factoren. Bijna alle aspecten van het leven kunnen invloed hebben op de mentale gezondheid.⁷⁰ De invloed van deze factoren kan extra groot zijn tijdens verschillende belangrijke fases en overgangen in het leven zoals net na de geboorte, in de pubertijd of in een periode van rouw.⁷¹

⁶⁸ Verwachting op basis van leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen en huishoudsamenstelling

⁶⁹ Schut (2011)

⁷⁰ Het Trimbos-instituut, het RIVM en de GGD GHOR hebben op basis van literatuuronderzoek 31 indicatoren geïdentificeerd die samenhangen met de mentale gezondheid. Deze factoren kunnen een beschermende werking hebben of iemand juist kwetsbaar maken. Het gaat hierbij om individuele factoren en omgevingsfactoren. RIVM (2023) en RIVM (2024)

⁷¹ Nicolaou et al. (2025)

Tabel 3.1. Overzicht determinanten mentale gezondheid.

INDIVIDUELE FACTOREN	OMGEVINGSFACTOREN
Demografische factoren: <ul style="list-style-type: none"> • Etniciteit • Geslacht • Leeftijd • Burgerlijke staat 	Gezin: <ul style="list-style-type: none"> • Opvoedklimaat • Thuisituatie
Sociaaleconomische factoren: <ul style="list-style-type: none"> • Bestaanszekerheid • Meedoen in de samenleving • Opleidingsniveau • Arbeidspositie 	Woon- en leefomgeving: <ul style="list-style-type: none"> • Sociale leefomgeving • Veiligheid woonomgeving • Fysieke woonomgeving
Levensgebeurtenissen: <ul style="list-style-type: none"> • Traumatische ervaringen 	Onderwijsomgeving: <ul style="list-style-type: none"> • Sociale omgeving op school • Belasting door school of studie
Leefstijl: <ul style="list-style-type: none"> • Slapen • Gebruik sociale media • Lichamelijke activiteit • Alcoholgebruik • Cannabisgebruik • Roken 	Werkomgeving: <ul style="list-style-type: none"> • Sociale omgeving op het werk • Belasting door arbeid
Gezondheid algemeen: <ul style="list-style-type: none"> • Ervaren gezondheid • Kwaliteit van leven 	Samenleving: <ul style="list-style-type: none"> • Normen en waarden • Complexiteit van de maatschappij • Huisvestingsbeleid • Stelsel sociale zekerheid • Onderwijsstelsel

Er is een verband tussen een laag inkomen, inkomensverlies, financiële problemen en schulden en psychische klachten. Dit laat onderzoek van het Trimbos-instituut zien. Hierbij is de stress die schulden en een laag inkomen veroorzaken de belangrijkste oorzaak voor psychische klachten.⁷² Ander onderzoek laat zien dat inkomensverlies of in armoede terechtkomen zorgt voor een hoger risico op depressie, of een klein negatief effect heeft op de mentale gezondheid.⁷³ Ook het onderzoek van ahti laat zien dat een laag inkomen samengaat met hoog ggz-gebruik. Ook wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd en geslacht blijkt de prevalentie van ggz-gebruik bij lage inkomens hoger dan verwacht (zie figuur 3.2). Uit onderzoek van het CPB blijkt dat problematische schulden sterk verband houden met slechte mentale gezondheid en hogere zorgkosten.⁷⁴ Daarnaast hebben mensen met schulden een hoger risico op zelfmoordpogingen.⁷⁵

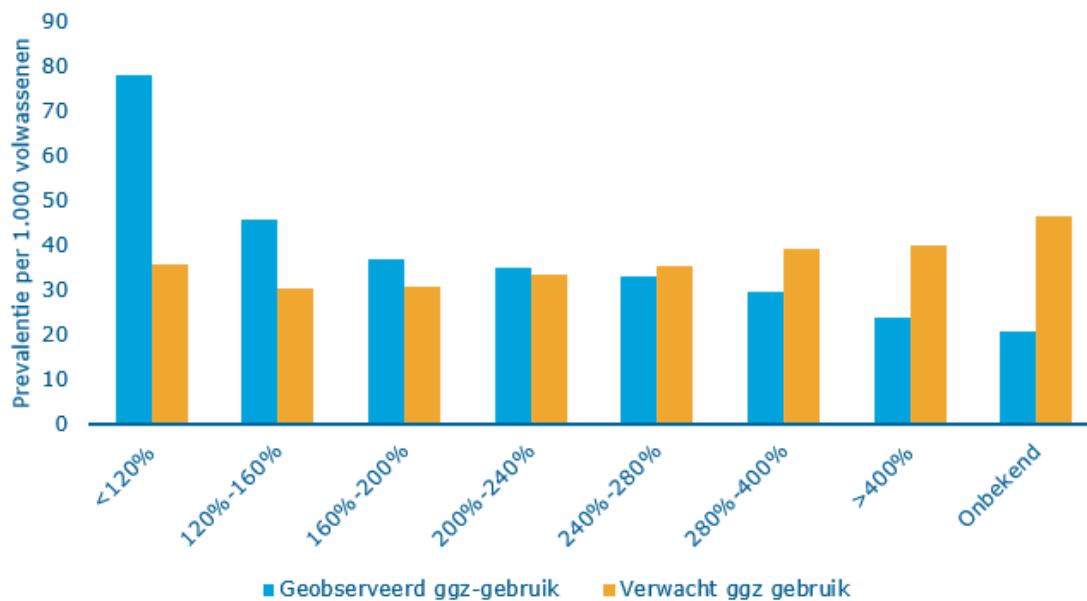
⁷² Trimbos-instituut (2025a)

⁷³ Nicolaou et al. (2025) en Thomson et al. (2022)

⁷⁴ CPB (2021)

⁷⁵ Naranjo, Glass & Williams (2021)

Figuur 3.2. Geobserveerd ggz-gebruik ten opzichte van verwacht gebruik o.b.v. leeftijd en geslacht voor verschillende huishoudinkomens (% van sociaal minimum, 2019).⁷⁶



Het hebben van werk geeft structuur, inkomen en een sociale basis, en heeft daarmee een positieve invloed op de mentale gezondheid, mits de werkomstandigheden goed zijn.⁷⁷ Indien werk zorgt voor meer bestaanszekerheid of een stabiele basis biedt, kan dit een positieve invloed hebben op de mentale gezondheid.⁷⁸ Dit komt bijvoorbeeld door de structuur, sociale interactie en zingeving die werk biedt.⁷⁹ Werkenden beoordelen hun gezondheid positiever dan niet-werkenden.⁸⁰ Ook doen mensen met een arbeidsbeperking minder vaak een beroep op de ggz als zij werk hebben, en slaat een behandeling in de ggz beter aan bij patiënten met werk, vergeleken met patiënten zonder werk.⁸¹ Goed en passend werk is dus gezond en bevordert het welzijn, ook voor mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Werkstress (mogelijk ontstaan door slechte werkomstandigheden en in combinatie met andere factoren) kan daarentegen een negatieve invloed op mentale gezondheid hebben.⁸² Andersom kan mentale gezondheid ook invloed hebben op (de kans op) werk, en daalt de kans op werk door lange ggz-wachlijsten.⁸³ Uit het onderzoek van ahti blijkt dat de kosten en het gebruik van specialistische ggz het hoogst zijn voor mensen met een uitkering, vergeleken met mensen die loon ontvangen (zie figuur 3.3). Bovendien zijn onder werknemers met een deeltijdbaan (<60%) de kosten en het gebruik van ggz hoger dan onder werknemers met een voltijdsbaan. Hierbij geldt dat de relatie twee kanten op kan werken. Ggz-gebruik kan hoger zijn onder mensen met een uitkering en deeltijdsfunctie omdat ze geen baan hebben, en het kan zo zijn dat ze geen (voltijds)baan hebben omdat ze psychische klachten hebben. Dit is niet verder onderzocht.

⁷⁶ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data)

⁷⁷ Modini et al. (2016)

⁷⁸ Thomson et al. (2022)

⁷⁹ Trimbos-instituut (2025b)

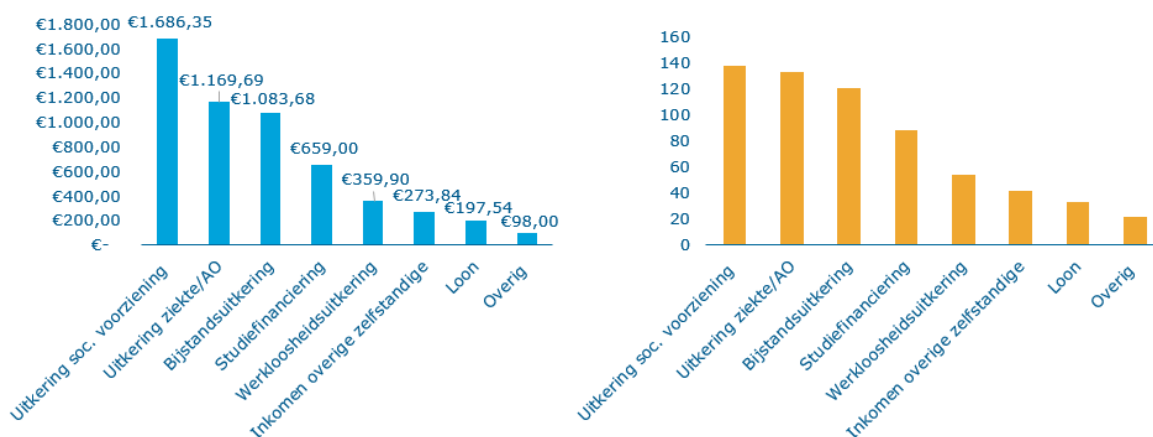
⁸⁰ Kasper (2019) en Thomson et al. (2022)

⁸¹ CPB & SCP (2020) en Van Oosten et al. (2023)

⁸² Stansfeld & Candy (2006)

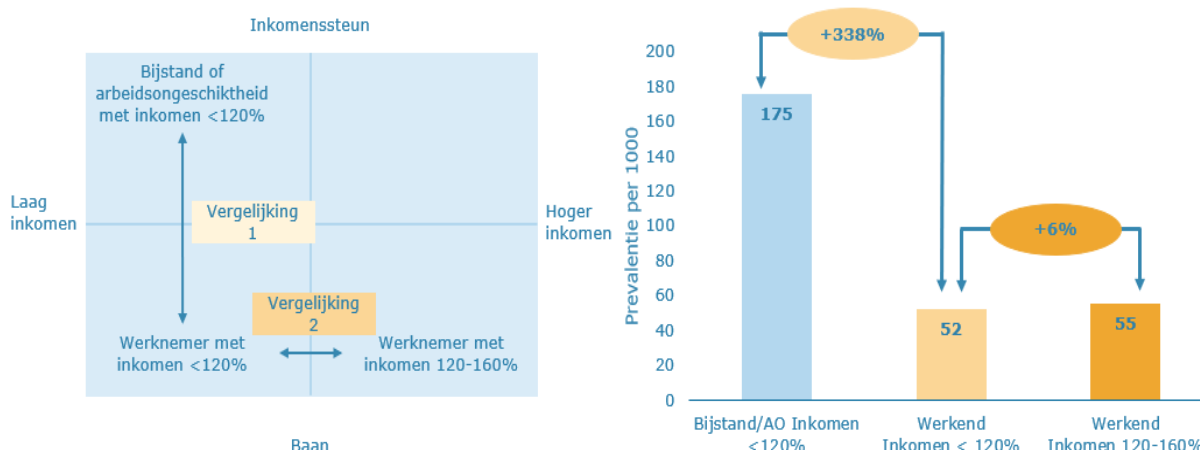
⁸³ SEO economisch onderzoek (2019) en Prudon (2025a)

Figuur 3.3: Kosten per inwoner (links) en prevalentie ggz-gebruik per 1.000 inwoners (rechts) voor specialistische ggz naar belangrijkste inkomensbron binnen het huishouden (2019)⁸⁴



Het generiek verhogen van lage inkomens door middel van een contante uitkering heeft volgens internationaal onderzoek echter geen significant positief effect op de mentale gezondheid.⁸⁵ Onderzoek van ahti lijkt te bevestigen dat het hebben van werk een belangrijkere determinant is voor het gebruik van ggz dan de hoogte van het inkomen.⁸⁶ Het ggz-gebruik van werkenden met een laag inkomen (<120% sociaal minimum) is namelijk 3 keer zo laag als het ggz-gebruik van mensen met een bijstands- of arbeidsongeschiktheidsuitkering (AO-uitkering) met een vergelijkbaar inkomen (vergelijking 1 in figuur 3.4). Tussen werkenden met een laag inkomen (<120% sociaal minimum) en werk met een iets hoger inkomen (120-160% sociaal minimum) zit nauwelijks een verschil in ggz-gebruik (vergelijking 2 figuur in 3.4). Het is echter niet bekend hoe de causaliteit loopt. Het hebben van werk kan structuur en zingeving bieden en daarmee psychische klachten verminderen. Er kan ook sprake zijn van een selectie-effect, omdat mensen met meer psychische klachten moeilijker aan het werk komen of hier geen ruimte voor hebben. Uitspraken over causaliteit vergen nader verdiepend onderzoek.

Figuur 3.4: Prevalentie ggz-gebruik per 1.000 van mensen met een bijstands- of AO-uitkering (laag huishoudinkomen: <120% sociaal minimum), werkenden met een laag inkomen (huishoudinkomen: <120% sociaal minimum) en werkenden met een iets hoger inkomen (huishoudinkomen: 120-160% sociaal minimum), in 2019



⁸⁴ De categorie 'overig' toont het gewogen gemiddelde van de winst zelfstandig van ondernemers, inkomen uit vermogen en loon van directeur-grootaandeelhouder. Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data).

⁸⁵ Miller et al. (2024)

⁸⁶ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data).

Stabiliteit en kwaliteit van huisvesting heeft een relatie met mentale gezondheid.

Ander onderzoek laat zien dat dak- en thuisloosheid vaak gepaard gaat met mentale problematiek. De stabiliteit van huisvesting is belangrijk voor de mentale gezondheid. Onderzoek laat zien dat dreigende huisuitzettingen zorgen voor toenemende psychische klachten.⁸⁷ Een lage kwaliteit van huisvesting met problemen zoals schimmel of slechte isolatie verhoogt het risico op mentale problemen.⁸⁸ Mentale problemen kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van het verliezen van een (t)huis.

Er is sprake van een wisselwerking tussen overmatig middelengebruik (alcohol, drugs en gokken) en mentale gezondheid. Overmatig middelengebruik verhoogt het risico op verslaving, en verslaving is een psychische aandoening. Verslaving gaat vaak gepaard met andere psychische klachten. Ongeveer de helft van de mensen met een verslavingsprobleem heeft ook andere psychische klachten.⁸⁹ Mensen die overmatig middelen gebruiken, geven ten opzichte van niet-gebruikers aan meer te maken te hebben met angstige periodes. En meer mensen hebben volgens eigen zeggen last van een depressie.⁹⁰ Een verslechterde mentale gezondheid kan ook aanleiding zijn om middelen te gebruiken.⁹¹ Tevens overlappen veel risico- en beschermende factoren voor mentale gezondheid en middelengebruik.⁹²

Sociale media kunnen verslavend zijn en schadelijke gevolgen hebben voor mentaal welzijn. Meta-onderzoek laat een overwegend negatief verband zien tussen sociale mediagebruik en mentale gezondheid. De omvang van het verband en de mate waarin het verband causaal is, zijn onderdeel van wetenschappelijke debat.⁹³ Recent onderzoek toont aan dat 60% van de adolescenten aangeeft negatieve effecten te ondervinden van sociale media op mentaal welzijn, zelfvertrouwen en hechte vriendschappen terwijl maar 5% enkel positieve effecten ervaart.⁹⁴ Het soort gebruik en type sociale media-gebruik maakt uit: TikTok lijkt bijvoorbeeld meer negatieve effecten te hebben dan Whatsapp en langdurig gebruik is schadelijker dan gematigd gebruik. Algoritmes zijn dusdanig vormgegeven dat je er zo veel mogelijk tijd op doorbrengt. Zeker kinderen zijn extra gevoelig voor dit soort verslavende prikkels. Onderzoek suggereert dat gebruikers door de verslavende vormgeving en angst wat te missen significant tijd doorbrengen op digitale apparaten dan optimaal is voor hun welzijn.⁹⁵ Ook geeft een significant deel van de jongeren aan dat ze minder sociale media willen gebruiken, maar dat het niet lukt. Ook blijkt dat een derde van de Amerikaanse kinderen op 11-jarige leeftijd al verhoogde kans had op verslaving aan sociale media.⁹⁶ Het is voor (ouders van) individuele gebruikers vaak lastig om sociale media-gebruik in te perken, omdat anderen wel online blijven.

Daarnaast beïnvloedt de fysieke gezondheid de mentale gezondheid. Er is sprake van interactie tussen psychische en somatische aandoeningen, het is een vicieuze cirkel. Psychische en somatische aandoeningen hebben vaak dezelfde genetische, sociaaleconomische en gedragsgerelateerde risicofactoren. Bovendien kunnen symptomen of (bijwerkingen van) behandelingen van somatische aandoeningen de psychische balans verstoren en vice versa.⁹⁷ Ook de (bijwerkingen van) behandelingen van psychische aandoeningen kunnen de psychische balans (verder) verstoren. Tegelijkertijd zijn beschermende factoren voor een goede fysieke gezondheid, zoals regelmatige lichaamsbeweging en gezonde voeding en slaap, ook beschermende factoren voor de mentale gezondheid.

⁸⁷ *Vásquez-Vera et al. (2017)*

⁸⁸ *Pevalin et al. (2017)*

⁸⁹ *Jellinek (z.d.)*

⁹⁰ *Trimbos-instituut (2025) en Hupkens (2023)*

⁹¹ *Takala et al. (1993) en Jane-Llopis & Matytsina (2006)*

⁹² *Trimbos-instituut (2022a)*

⁹³ *Girela-Serrano et al. (2024)*

⁹⁴ *Wal, A. van der et al. (2024)*

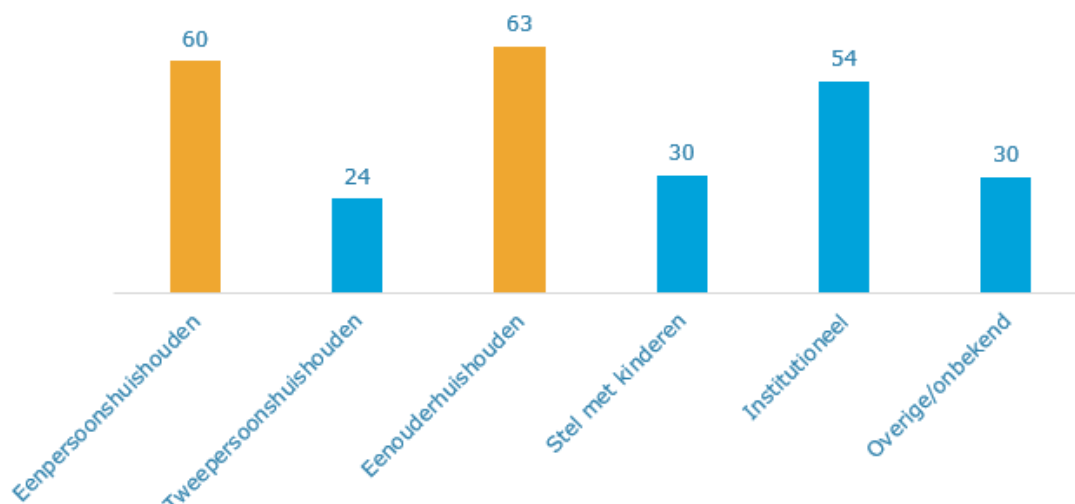
⁹⁵ *Allcott, Gentzkow & Song (2022)*

⁹⁶ *Xiao et al. (2025)*

⁹⁷ *Gold et al. (2020)*

Eenzaamheid is een risicofactor voor de mentale gezondheid en lid zijn van een gemeenschap is een beschermende factor.⁹⁸ Volwassenen die zich eenzaam voelen hebben een groter risico om een ernstige stemmings-, angst- of middelenstoornis te ontwikkelen dan niet-eenzaame volwassenen.⁹⁹ Omgekeerd hebben mensen met een dergelijke stoornis een verhoogd risico om gevoelens van eenzaamheid te ervaren. Ook voor jongeren geldt dat eenzaamheid van invloed is op mentale gezondheid. Er is een verband tussen eenzaamheid en depressie gevonden.¹⁰⁰ Uit onderzoek van ahti blijkt ook dat ggz-gebruik meer voorkomt bij mensen die alleen wonen dan bij mensen in een meerpersoonshuishouden (zie figuur 3.5).¹⁰¹

Figuur 3.5. Prevalentie gebruik specialistische ggz per 1.000 mensen op basis van huishoudsamenstelling, 2019.



De gezinssituatie heeft invloed op de mentale gezondheid. Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en Kinderen van ouders met verslavingsproblemen (KOV) lopen twee tot vier keer meer kans dan andere kinderen om zelf ook psychische problemen of een verslaving te ontwikkelen. Ruim een kwart (27,9%) van alle thuiswonende kinderen tot en met 17 jaar in Nederland is KOPP/KOV.¹⁰² Het kan gaan om één of beide ouders. De kans dat kinderen met jeugdzorg te maken krijgen is aanzienlijk groter voor kinderen van gescheiden ouders, of ouders die gaan scheiden, dan voor kinderen van ouders die bij elkaar zijn.¹⁰³

De onderwijsomgeving kan op verschillende manieren invloed hebben op mentale gezondheid. Prestatiedruk is een potentiële risicofactor voor mentale gezondheidsproblemen bij adolescenten. Verschillende studies laten een positieve associatie zien tussen academische druk en depressie, angst, zelfbeschadiging en suïcidale gedachten.¹⁰⁴ Slechte schoolprestaties kunnen leiden tot mentale gezondheidsproblemen. Omgekeerd kunnen mentale gezondheidsproblemen leiden tot slechte schoolprestaties. Studeren wordt onder 18- tot 21-jarigen geassocieerd met lager ggz-gebruik, maar onder 26- tot 29-jarigen met hoger gebruik (zie figuur 3.6).¹⁰⁵

⁹⁸ Trimbos-instituut (2021)

⁹⁹ Trimbos-instituut (2019)

¹⁰⁰ Movisie (2021) en Erzen & Çikrikci (2018)

¹⁰¹ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data).

¹⁰² Trimbos-instituut (z.d.)

¹⁰³ Batterink et al. (2022)

¹⁰⁴ Steare et al. (2023)

¹⁰⁵ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data).

Figuur 3.6: Prevalentie ggz gebruik per 1000 uitgesplitst naar leeftijdsgroepen en naar huidige studie, 2019

	18-21	22-25	26-29
Totaal	46	50	53
MBO	44	58	58
HBO	34	48	64
WO	35	45	70
Niet	63	50	52

(Geo)politieke ontwikkelingen en crises kunnen een negatief effect hebben op de mentale gezondheid. Pessimisme over politieke ontwikkelingen is gelinkt aan stress en depressieklachten.¹⁰⁶ Het verband ligt in het gevoel van veiligheid en in het gevoel dat behoeftes kunnen worden vervuld. Als een persoon het gevoel heeft die te verliezen door politieke ontwikkelingen, kan dat leiden tot stress- of depressieklachten. Ook klimaatverandering heeft een negatief effect op mentale gezondheid: zowel direct, door de effecten van natuurrampen, als indirect, door angst en onzekerheid over de toekomst.¹⁰⁷

3.4 Wat is de impact op het individu?

Psychische klachten en aandoeningen verminderen de kwaliteit van leven. Mensen met ernstige psychische aandoeningen rapporteerden een fors lagere kwaliteit van leven dan de algemene bevolking in 2020: 6,4 ten opzichte van 7,6.¹⁰⁸ Psychische klachten zorgen voor beperkingen in het dagelijkse leven. Zo kunnen deze klachten ervoor zorgen dat iemand zich terugtrekt uit het sociale leven. Dit kan er op zijn beurt weer voor zorgen dat de mentale gezondheid verder verslechtert.¹⁰⁹ Mensen met een ernstige psychische aandoening leven gemiddeld tien tot twintig jaar korter dan de algemene bevolking.¹¹⁰ De verhoogde kans op suïcide verklaart maar een deel van de vroegtijdige sterfte, ongeveer twee derde komt door een verhoogde kans op fysieke aandoeningen.¹¹¹ Dit kan komen door neveneffecten van medicatie, minder motivatie voor een gezonde levensstijl en verhoogde stressniveaus.

Mensen met psychische klachten hebben minder goede kansen op de arbeidsmarkt, vaak een hoger ziekteverzuim en een grotere kans op langdurige arbeidsongeschiktheid.

Meerdere wetenschappelijke studies wijzen uit dat het hebben van mentale klachten de kans op werk aanzienlijk vermindert.¹¹² Uit studies in Nederland blijkt dat mensen met psychische aandoeningen, mede door negatieve beeldvorming bij werkgevers, een kleinere baankans hebben dan mensen met lichamelijke beperkingen. Dit kan ook leiden tot inkomensverlies. Verzuim als gevolg van psychische klachten (8,2%) komt in Nederland, na verzuim als gevolg van griep of verkoudheid (55,5%).¹¹³ Verzuim door psychische klachten duurt gemiddeld 63 dagen. Dit is veel langer dan andere redenen voor verzuim. Het aandeel psychische klachten in verzuimvolume zal daarom aanmerkelijk hoger liggen dan 8%. Daarnaast blijkt uit data van 2020 dat ongeveer 42% van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt verstrekt op grond van psychische klachten.¹¹⁴ De aard van psychische problematiek (non-lineair) verhoudt zich soms niet goed tot de bescherming

¹⁰⁶ Yang et al. (2019) en Ortlund et al. (2025)

¹⁰⁷ Cianconi, Betrò & Janiri (2020)

¹⁰⁸ Trimbos-instituut et al. (2025)

¹⁰⁹ Movisie et al. (2016)

¹¹⁰ Chan et al. (2023)

¹¹¹ Trimbos-instituut et al. (2022)

¹¹² Olesen et al. (2013) en Luciano & Meara (2014) en Frijters, Johnston & Shields (2014)

¹¹³ CBS (z.d.) en TNO et al. (2025)

¹¹⁴ CBS (2022) en UWV (z.d.)

van sociale zekerheid en re-integratie. Dit gaat ervanuit dat je weer volledig herstelt, terwijl psychische problematiek zich episodisch kan voordoen.

Psychische klachten kunnen ook schoolprestaties beïnvloeden. Mentale aandoeningen hebben een negatieve invloed op cognitieve functies, zoals geheugen, concentratie en verwerkingsnelheid en kunnen daarmee invloed hebben op vaardigheden.¹¹⁵ De helft van de hbo- en wo-studenten ervaarde in 2023 hinder van psychische klachten bij studie, werk en sociale contacten. 32% van hen ervaarde veel of heel veel hinder.¹¹⁶ Het gaat hierbij om klachten als stress, angstklachten of sombere stemming. Van de groep die (heel) veel hinder ervaarde, gaf 81% aan depressie-/angstklachten te hebben gehad in de afgelopen vier weken. Er is geen beeld van hoe dit zich over tijd heeft ontwikkeld. Volgens CBS-onderzoek komen psychosociale problemen bijna drie keer zo vaak voor onder jeugdigen die voortijdig schoolverlaten (36 procent) dan onder jeugdigen die school niet vroegtijdig verlaten (13 procent).¹¹⁷

3.5 Maatschappelijke kosten psychische problematiek

Mentale klachten en psychische aandoeningen brengen maatschappelijke kosten met zich mee: naar schatting € 17 tot € 51 miljard. Verschillende academici hebben de kosten van mentale klachten voor de samenleving in kaart gebracht. Deze kosten bestaan zowel uit directe zorgkosten als indirecte kosten, gerelateerd aan de arbeidsmarkt, sociale zekerheid en andere domeinen. Deze schattingen lopen sterk uiteen vanwege methodologische verschillen. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) includeert meer psychische aandoeningen en rekent bijvoorbeeld ook de kosten van overlijden door psychische aandoeningen mee.

- In 2023 heeft Wijnen et al. de economische kosten van psychische aandoeningen in Nederland gekwantificeerd. Data uit de NEMESIS-studie is gebruikt om de kosten op het gebied van zorg, productiviteitsverlies en private kosten in kaart te brengen. Er wordt geconcludeerd dat de kosten van psychische aandoeningen per 1 miljoen mensen € 790 miljoen waren in 2019, wat voor heel Nederland neerkomt op € 17 miljard in 2023.¹¹⁸
- In 2025 zal een studie verschijnen van Korteling et al waarin de economische kosten van mentale klachten worden geschat op € 1,5 miljard per 1 miljoen inwoners. Dit komt neer op € 27 miljard per jaar.¹¹⁹
- In 2018 heeft de OESO de directe (gezondheidszorg en sociale zekerheid) en indirecte kosten (arbeidsmarktparticipatie en productiviteit) van mentale gezondheidsproblemen in verschillende landen geschat. Nederland stond in de top-3 van landen met de hoogste kosten. De kosten voor Nederland kwamen neer op 5,1% van het bbp. Dit is € 51 miljard in 2023.¹²⁰

Studies laten zien dat de maatschappelijke kosten op verschillende terreinen neerslaan, waaronder productiviteitsverlies, in het justitieel domein en in het sociaal domein.

Studies schatten in dat tussen de 40 en 85% van de totale kosten gerelateerd zijn aan productiviteitsverlies en het sociaal domein.¹²¹ Vooral voor de groep met lichtere klachten zijn er hogere opportuniteitskosten met betrekking tot arbeidsparticipatie (kans op deelname in arbeidsproces is groter). Doordat er mensen zijn die vanwege psychische klachten niet of minder

¹¹⁵ Abramovitch, Short & Schweiger (2021)

¹¹⁶ RIVM & Trimbos-instituut (2023)

¹¹⁷ CBS et al. (2021)

¹¹⁸ 17,8 mln. inwoners en inflatiecorrectie van 21,8% o.b.v inflatie in de tussenliggende jaren. Wijnen et al. (2023)

¹¹⁹ Korteling et al. (under review)

¹²⁰ OECD/EU (2018)

¹²¹ OECD (2014), Gustavsson et al. (2011), Trimbos-instituut (2021) en Korteling, et al. (under review)

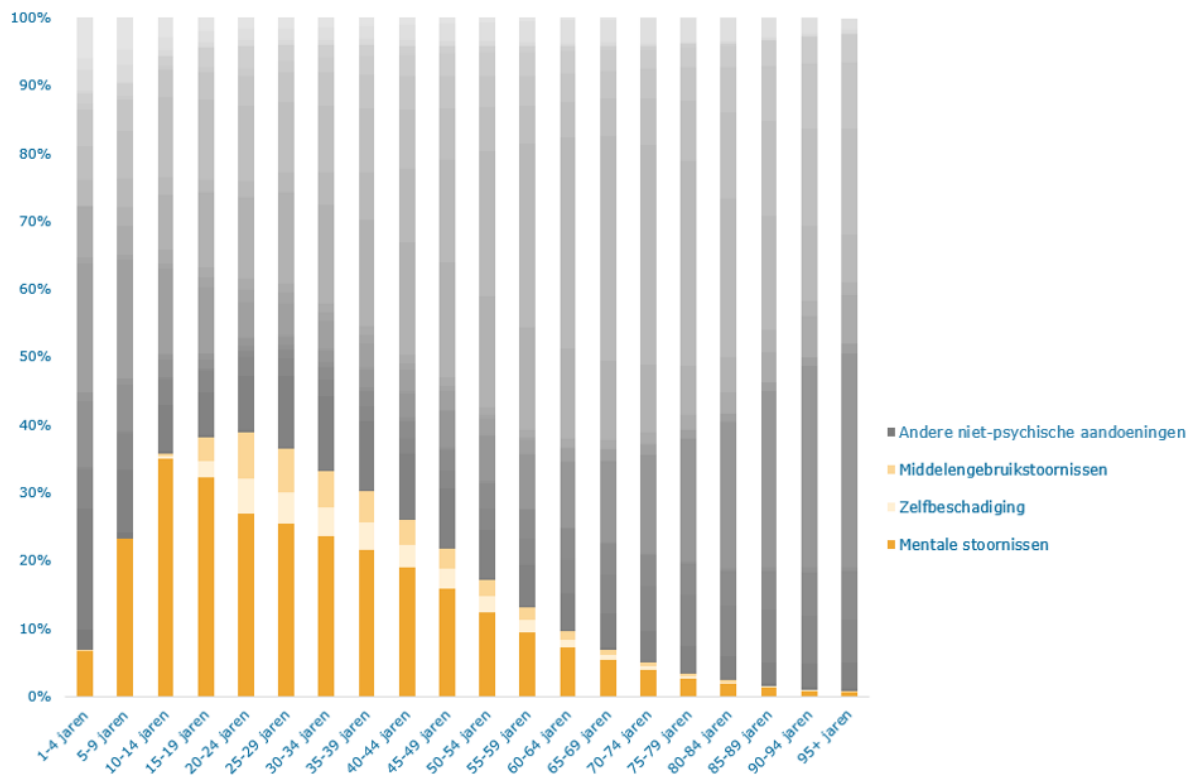
werken zijn er extra kosten, zoals productieverlies. Deze kosten slaan deels neer in het publieke domein, bijvoorbeeld met uitkeringen voor de bijstand, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid. Een deel van de kosten komt bij werkgevers terecht. Bijvoorbeeld voor loondoorbetaling bij ziekte, premies voor werknemersverzekeringen en heffing Zvw. De politie geeft aan dat meldingen van personen met onbegrepen gedrag een groot beslag leggen op de politiecapaciteit. De groep met zwaardere klachten brengt naar verwachting hogere kosten mee in het justitiële systeem. Bij bijvoorbeeld een substantieel deel van de gedetineerden was sprake van een psychische aandoening.¹²² In het kader van dit IBO heeft ahti onderzoek gedaan naar de samenloop van ggz-gebruik en het justitieel domein. De uitkomsten hiervan zijn opgenomen in bijlage 10.

Het voorkomen, verhelpen of het beperken van de gevolgen van mentale klachten en psychische aandoeningen kan de maatschappij daarom veel opleveren. De hoge maatschappelijke kosten van mentale klachten en psychische aandoeningen komen doordat mentale klachten en psychische aandoeningen zich vaak op een jonge leeftijd manifesteren (meestal tussen het 15^e en 25^e levensjaar) in combinatie met de episodische uiting van de psychische aandoening. De zorgkosten voor psychische aandoeningen vormen in de levensfase tussen het 10^e en het 40^e levensjaar meer dan 30% van de verloren levensjaren door ziekte (zie figuur 3.7). Daarbovenop is er sprake van maatschappelijke kosten op verschillende andere gebieden dan in de zorg. Een kleine studie naar mensen met complexe casuïstiek laat zien dat een investering van 1 euro in een integrale aanpak kan leiden tot maatschappelijke baten van 1 tot ruim 2 euro, met name door lagere kosten op het gebied van veiligheid (van stadstoezicht tot detentie).¹²³

¹²² Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving [NSCR] et al. (2021)

¹²³ Cebeon en XpertiseZorg (2023)

Figuur 3.7 Ziektebelasting in DALY (disability adjusted life year, gezonde levensjaren verloren door ziekte) van psychische aandoeningen ten opzichte van alle andere aandoeningen, per leeftijd.¹²⁴



¹²⁴ IHME (2024)

4. Theoretisch kader en huidig beleid

- Dit interdepartementaal beleidsonderzoek hanteert een aantal concepten en analytische kaders voor het duiden van preventief beleid dat zich richt op mentale gezondheid en het stelsel van zorg- en ondersteuning.
- Preventief beleid omvat twee hoofdcomponenten: (1) gezondheidsbevordering (het stimuleren van mentaal welbevinden) en (2) preventie (het voorkomen dan wel beperken van psychische problematiek). Bij de beoordeling van preventieve beleidsinterventies moet onderscheid worden gemaakt tussen effectiviteit, kosteneffectiviteit en het potentieel voor kostenreductie.
- De Wet publieke gezondheid heeft betrekking op gezondheidsbevordering. Gemeenten en GGD'en zijn op basis van deze wet verantwoordelijk voor de uitvoering van publieke gezondheidstaken. In deze wet ontbreken echter specifieke bepalingen of doelstellingen aangaande mentale gezondheid. In aanvulling op de wet zijn er een aantal landelijke, soms rijksbrede, programma's om de mentale gezondheid te verbeteren.
- De overheid heeft via aanpalende domeinen ook indirect effect op de mentale gezondheid. Beleidsinterventies op terreinen zoals sociale zekerheid en onderwijs hebben consequenties voor de mentale gezondheid van burgers, ook wanneer dit niet het primaire beleidsdoel is. Deze secundaire effecten op mentale gezondheid worden momenteel niet structureel in kaart gebracht of geëvalueerd, waardoor een volledig beeld van de beleidsimpact ontbreekt.
- Het zorg- en ondersteuningsstelsel dient te waarborgen dat drie fundamentele publieke belangen worden gediend: (1) kwalitatief hoogwaardige zorg, (2) adequate toegankelijkheid en (3) financiële houdbaarheid. Deze drie dimensies waartussen veelal een spanning bestaat - vormen het analytisch raamwerk waarmee dit IBO de prestaties van het stelsel beschouwt.
- De overheid draagt de verantwoordelijkheid voor de inrichting van het ondersteunings- en zorgstelsel voor burgers met mentale problematiek en psychische aandoeningen. Dit stelsel kenmerkt zich door een gefragmenteerde structuur, verdeeld over vier wettelijke kaders. Elk van deze wetten reguleert specifieke vormen van ondersteuning en zorg, waarbij de verantwoordelijkheid voor inkoop bij verschillende actoren is belegd. De problemen van mensen laten zich niet begrenzen door deze wettelijke kaders.
- Voor een stelsel op basis van gereguleerde marktwerking, zoals binnen de Zvw, is het van belang dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan, zoals adequate risicoselectie van verzekerden, afgebakende zorgproducten en tarieven gebaseerd op integrale kosten.
- In zorgakkoorden, zoals het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) van juli 2025, worden afspraken gemaakt tussen de overheid en de sector om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te waarborgen. In het AZWA stonden gelijkwaardige toegankelijkheid en het afwenden van het arbeidsmarkttekort centraal. Voor de ggz zijn afspraken gemaakt over onder andere transparantie en differentiatie van wachttijden, wachtlijstbemiddeling en behandelcapaciteit voor complexe zorgvragen en samenwerking met andere domeinen.

4.1 Theoretisch kader

In dit IBO worden voor mentale gezondheid en het stelsel van ondersteuning en zorg een aantal begrippen en kaders gebruikt waarvan de invulling en theorie in dit hoofdstuk worden toegelicht.

4.1.1 Theoretisch kader mentaal gezondheidsbeleid

4.1.1.1 Publiek mentaal gezondheidsbeleid

Publiek mentaal gezondheidsbeleid richt zich op het bevorderen, bewaken en beschermen van de mentale gezondheid van de bevolking of specifieke groepen. Het doel van publiek gezondheidsbeleid kan het verbeteren van gezondheid en het bevorderen van welvaart (participatie) en rechtvaardigheid (verminderen gezondheidsverschillen) zijn.¹²⁵ Preventieve maatregelen kunnen echter ook als paternalistisch worden ervaren. Er is daarom een spanningsveld tussen gezondheidsbescherming en individuele zelfbeschikking.

Publiek mentaal gezondheidsbeleid kan bestaan uit promotie en preventie.¹²⁶ Het doel van promotie is vooral gericht op het bevorderen van mentaal welbevinden, zoals door het versterken van het mentaal vermogen en een gezonde leefomgeving (inclusief gezondheidsbescherming). Voorbeelden van beleidsmaatregelen zijn het versterken van beschermende factoren zoals de sociaal-emotionele ontwikkeling en het terugdringen van risicofactoren zoals de toegankelijkheid van verslavende middelen. Het doel van preventie is het voorkomen van het ontstaan van psychische aandoeningen (ziektepreventie). Dit kan zich richten op verschillende doelgroepen. Universele preventie richt zich op de algehele bevolking, bijvoorbeeld met landelijke voorlichtingscampagnes over het belang van mentale gezondheid. Selectieve preventie richt zich op (hoog)risicogroepen, bijvoorbeeld interventies bij kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. Geïndiceerde preventie richt zich op individuen met een hoog risico, zoals cursussen voor werkenden met stressgerelateerde symptomen (denk aan slaapproblemen of prikkelbaarheid). Deze indeling in soorten preventie bij psychische stoornissen geldt internationaal en wordt ook door het Zorginstituut Nederland (ZiN) gehanteerd.

4.1.1.2 Effectief, kosteneffectief en kostenbesparend preventief beleid

Interventies op het gebied van preventie kunnen worden beoordeeld op basis van drie criteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit en kostenbesparing.

- **Effectiviteit.** De OESO constateerde dat de kwaliteit van het bewijs over de effectiviteit van preventief mentaal gezondheidsbeleid nog beperkt is.¹²⁷ Dit komt onder andere door de grote variatie in indicatoren die worden gebruikt om effectiviteit te meten, kleine steekproeven en methodologische verschillen tussen studies. Daardoor zijn resultaten soms wel consistent, maar niet altijd statistisch significant. De OESO adviseert beleidsmakers om te investeren in het versterken van de wetenschappelijke onderbouwing van mentale gezondheidsinterventies. Bijvoorbeeld door onderzoekers en professionals te stimuleren om interventies systematisch te evalueren binnen gestandaardiseerde kaders voor effectmeting en dataverzameling. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) werkt aan een investeringsmodel. Dit is een systematische aanpak om preventieve maatregelen te beoordelen, budgettair te onderbouwen en het effect ervan te monitoren.¹²⁸ Dit betekent echter niet dat er helemaal geen kennis is van

¹²⁵ Centraal Planbureau (CPB) et al. (2025)

¹²⁶ Trimbos-instituut (2021)

¹²⁷ OECD (nog te publiceren)

¹²⁸ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2025)

bewezen effectieve interventies. In bijlage 8 wordt een overzicht gegeven van bewezen effectieve maatregelen voor het verbeteren van de mentale gezondheid. McKinsey stelt dat door het opschalen van bekende effectieve interventies naar 90% van de populatie in Nederland 36% van de totale mentale gezondheidsklachten kan worden voorkomen en 1,1 gezonde levensjaren per persoon kunnen worden gewonnen.¹²⁹

- **Kosteneffectiviteit.** Preventieve en curatieve maatregelen worden als kosteneffectief gezien wanneer de kosten per gewonnen Quality Adjusted Life Year (QALY) voldoen aan een bepaalde betalingsbereidheid, of wanneer de nieuwe maatregel goedkoper is dan de huidige aanpak met een grotere of gelijke gezondheidswinst. Preventieve maatregelen voor mentale klachten worden vanwege de gekozen methodologie benadeeld in het vaststellen van de kosteneffectiviteit. In Nederland hangt de betalingsbereidheid voor gezondheidswinst af van de ziektelast. Bij aandoeningen met een hoge ziektelast zijn we bereid veel meer te betalen dan bij aandoeningen met een lagere ziektelast. Dit benadeelt de kosteneffectiviteit van preventieve interventies.¹³⁰ Daarnaast geldt dat er voor het bepalen van de kosteneffectiviteit van preventieve maatregelen methodologische uitdagingen zijn. De vragenlijsten die worden gebruikt om QALYs te meten (bijvoorbeeld de aanbevolen EuroQol-5D) zijn niet altijd gevoelig genoeg voor psychische klachten, omdat deze ondervertegenwoordigd zijn in de vragenlijsten.
- **Kostenbesparend.** Kosteneffectieve maatregelen zijn niet altijd kostenbesparend, dat wil zeggen dat ze niet per definitie leiden tot daadwerkelijke vermindering van de collectieve uitgaven. Het is niet eenvoudig te berekenen of maatregelen kostenbesparend zijn. Het beeld voor de korte en lange termijn kan namelijk verschillen. Dat een preventieve maatregel niet kostenbesparend is, betekent nadrukkelijk niet dat het onverstandig beleid is. Deze eis wordt immers ook niet gesteld aan de curatieve of langdurige zorg.¹³¹

4.1.2 Theoretisch kader stelsel ondersteuning en zorg

4.1.2.1 Trilemma

Een zorgstelsel moet voldoen aan drie publieke waarden: kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.¹³² Deze waarden kunnen een trilemma zijn omdat bij het streven naar twee waarden de derde in het gedrang kan komen. Een stelsel dat zich richt op toegankelijkheid en kwaliteit zal hoge kosten met zich meebrengen en daarom in mindere mate betaalbaar zijn. Als de betaalbaarheid en toegankelijkheid hoog in het vaandel staan, dan zal de kwaliteit van zorg verminderen. En als een stelsel zich richt op kwaliteit en betaalbaarheid, dan zal het stelsel niet voor iedereen toegankelijk zijn. Tegelijkertijd zijn er soms ook beleidsmaatregelen die alle drie de waarden kunnen verbeteren.

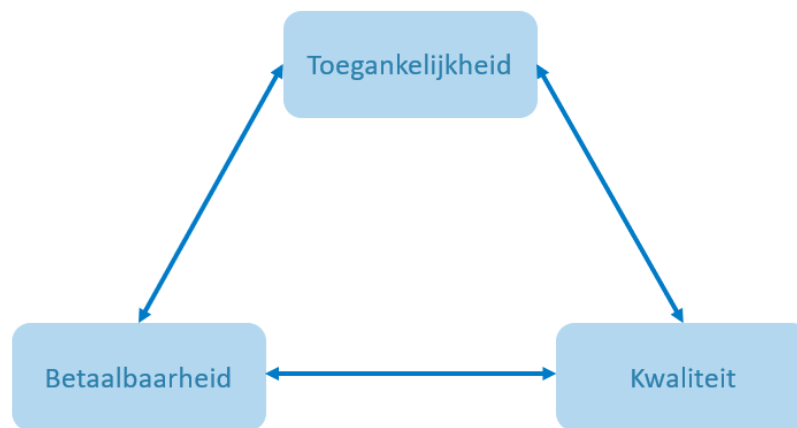
¹²⁹ Herbig, Coe & Enomoto (2025)

¹³⁰ Kennisplatform Preventie (2023)

¹³¹ Hasekamp (2025)

¹³² Rijksoverheid (2020)

Figuur 4.1: Trilemma van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid



Het trilemma wordt in dit IBO als kader gehanteerd om te analyseren tot welke problemen en uitkomsten het stelsel leidt. Hierbij is het belangrijk om te benoemen dat niet alle uitkomsten van beleid altijd te vangen zijn onder één van de drie waarden. Daarom worden soms (arbitraire) keuzes gemaakt.

- **Toegankelijkheid:** In de kern gaat toegankelijkheid over de (tijdige) beschikbaarheid en bereikbaarheid van het aanbod ten opzichte van de vraag. Het gaat dus bijvoorbeeld ook over de wachttijden, wie toegang heeft tot ondersteuning en zorg en individuele drempels voor toegankelijkheid (zoals eigen betalingen).
- **Kwaliteit:** De definitie van kwaliteit is niet eenduidig en in ontwikkeling. Elementen die een rol spelen bij het begrip kwaliteit zijn het veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verlenen van ondersteuning en zorg, waarbij het aanbod is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. In deze analyse zijn ook de elementen die raken aan 'passende ondersteuning en zorg' onder de waarde kwaliteit gevat, hoewel er raakvlakken zijn met toegankelijkheid.
- **Betaalbaarheid:** Betaalbaarheid gaat over hoeveel de ondersteuning en zorg de overheid kost, ook in relatie tot uitgaven aan andere collectieve sectoren. Ook gaat het over de houdbaarheid van de uitgaven in de toekomst.

4.1.2.2 Markt- en overheidsfalen

Overheidsingrijpen kan afhankelijk zijn van de aanwezigheid van marktfalen en in hoeverre de overheid iets aan het marktfalen wil doen. Marktfalen zijn situaties waarin de (vrije) markt niet leidt tot een maatschappelijk gezien optimale of efficiënte verdeling van goederen en diensten. Marktfalen kunnen zich voordoen als een markt niet voldoet aan de voorwaarden voor marktwerking. In een sector zoals de zorg, waarmee publieke belangen zijn gemoeid, zijn marktfalen aanwezig. Dit is een reden voor de overheid om in te grijpen op de markt. Afhankelijk van de kenmerken van de desbetreffende markt kan dit ingrijpen variëren van het reguleren van de marktwerking tot een dienst publiek aanbieden. Voorbeelden van marktfalen zijn natuurlijke monopolies, externe effecten en informatie asymmetrie die averechtse selectie en moral hazard veroorzaakt.

Tegelijkertijd kan overheidsingrijpen ook met overheidsfalen gepaard gaan.

Overheidsfalen is het maatschappelijk gezien niet optimaal uitpakken van overheidsbeleid in een markt. Een manier om het overheidsbeleid te beoordelen is door te onderzoeken of de (maatschappelijke) baten van het overheidsbeleid groter zijn dan de (maatschappelijke) kosten. Bij deze welvaartsefficiëntie kunnen zowel 'winnaars' als 'verliezers' zijn, omdat het totale saldo

leidend is en niet de verdeling ervan.¹³³ Er zijn verschillende vormen van overheidsfalen zoals efficiëntieproblemen, sturingsproblemen, informatieproblemen, rationaliteitsproblemen en verstoringproblemen.

4.1.2.3 Voorwaarden voor gereguleerde marktwerking

De curatieve zorg en dus ook de curatieve ggz zijn in Nederland ingericht als een stelsel met gereguleerde concurrentie. Niet iedere zorgsoort is hier in dezelfde mate voor geschikt. Gereguleerde concurrentie betekent dat zorgaanbieders met elkaar concurreren binnen een kader van overheidsregels en toezicht. Ook zorgverzekeraars concurreren met elkaar. Zij zijn risicodragend en onderhandelen met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en volume van zorg. Patiënten hebben keuzevrijheid tussen verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De overheid stelt kaders, regels en minimumstandaarden vast. Het doel van gereguleerde concurrentie is om via marktprikkels de efficiëntie te verhogen, terwijl tegelijkertijd publieke waarden zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid worden beschermd. Niet iedere zorgsoort is echter geschikt voor inkoop in gereguleerde concurrentie. Er zijn een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan.¹³⁴ Als niet aan deze voorwaarden wordt voldaan dan is het risico groter dat het stelsel niet optimaal functioneert.

De randvoorwaarden voor gereguleerde marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt (zie figuur 4.2) zijn:

1. Verzekerden kunnen kiezen uit voldoende zorgverzekeraars.
2. Verzekerden kunnen zonder (grote) belemmeringen van verzekeraar wisselen.
3. Adequate risicoverevening om risicoselectie zoveel mogelijk te voorkomen.
4. Voldoende kritische verzekerden zodat verzekeraars verantwoording moeten afleggen over de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
5. Adequate consumenteninformatie en prestatie-indicatoren zodat consumenten geïnformeerde keuzes kunnen maken op basis van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

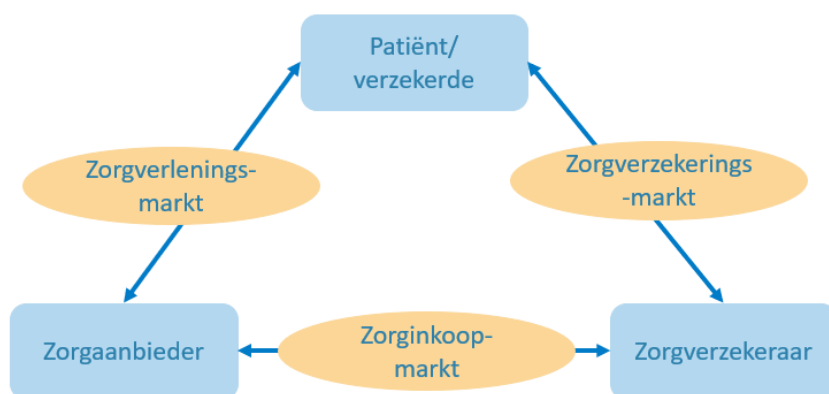
De randvoorwaarden voor gereguleerde marktwerking op de zorginkoopmarkt zijn:

1. Eenduidige productdefinities zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders duidelijke afspraken kunnen maken over de zorg.
2. Op integrale kosten gebaseerde tarieven om te voorkomen dat aanbieders tegen kunstmatig lage prijzen kunnen concurreren en om kruissubsidiëring te voorkomen.
3. Betwistbare marktaandelen, zodat de onderhandelingsmacht evenwichtig is verdeeld tussen de vraagzijde (verzekeraars) en de aanbodzijde (zorgaanbieders).

¹³³ Kalshoven & Verbaak, *De Argumentenfabriek* (2018)

¹³⁴ Van de Ven et al. (2013) en Schut, van der Geest en Varkevisser (2005)

Figuur 4.2. Visualisatie zorgmarkten



4.2 Huidig beleid

Alle aspecten van het leven hebben invloed op de mentale gezondheid. De mentale gezondheid is dus van iedereen. Het onderwijs, de werkomgeving, familie, vrienden, de buurt en de overheid hebben er allen invloed op. De overheid beïnvloedt de mentale gezondheid op drie manieren. Ten eerste via preventief mentaal gezondheidsbeleid. Ten tweede heeft ook overheidsbeleid van beleidsterreinen buiten de zorg invloed op de mentale gezondheid. Ten derde is de overheid verantwoordelijk voor het stelsel van ondersteuning en zorg. In dit hoofdstuk wordt het huidige beleid toegelicht.

4.2.1 Mentale gezondheid

4.2.1.1 Preventief gezondheidsbeleid

Met de Wet publieke gezondheid neemt de overheid maatregelen om mensen te beschermen tegen gezondheidsrisico's waar ze zelf onvoldoende of geen invloed op hebben. De Wpg beoogt een integrale aanpak voor publieke gezondheidszorg. De Wpg richt zich daarbij op zowel de samenleving als geheel als op risicogroepen. De Wpg wordt uitgevoerd door gemeenten en GGD'en. Gemeenten ontvangen hiervoor middelen via het Gemeentefonds (via algemene uitkeringen, integratie-uitkeringen, decentralisatie-uitkeringen en specifieke uitkeringen), en financieren hiermee ook de GGD'en.

In de wet is niet expliciet opgenomen dat ook de mentale gezondheid moet worden bevorderd en welke taken gemeenten en GGD'en hiervoor moeten uitvoeren. Het aanbod ter verbetering van mentale gezondheid verschilt sterk per gemeente. Wel kan de Rijksoverheid sturen op het gemeentelijke aanbod door prioriteiten te stellen in de vierjaarlijkse Landelijke Nota Gezondheidsbeleid. In de landelijke nota gezondheidsbeleid 2025-2028 behoren mentale gezondheid en suïcidepreventie tot de thema's.

Daarnaast voert de Rijksoverheid een aantal (landelijke) programma's in om de mentale gezondheid van Nederlanders te verbeteren. Zo is in 2022 de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' gestart.¹³⁵ Het vorige kabinet stelde hier in totaal € 40 miljoen voor beschikbaar voor de jaren 2022 tot en met 2025. Ook zijn er programma's rondom middelengebruik, zoals de aanpak drugspreventie. Daarnaast treedt in 2026 de Wet integrale suïcidepreventie in werking.

¹³⁵ Rijksoverheid (2022)

Hiervoor is structureel € 10 miljoen per jaar voor gemeenten beschikbaar. Verder financiert en subsidieert de Rijksoverheid ook landelijke kennisinstututen zoals het RIVM, het Trimbos instituut, NIVEL, stichting 113 Zelfmoordpreventie en stichting Pharos.

4.2.1.2 Algemeen overheidsbeleid

Ook overheidsbeleid op andere domeinen heeft veel invloed op de (determinanten van) mentale gezondheid. Het primaire doel van dit beleid is niet om de mentale gezondheid te verbeteren, de invloed op mentale gezondheid is hierbij vaak een tweede-orde effect. De precieze effecten van verschillende beleidsterreinen op de mentale gezondheid verschillen per situatie en worden niet systematisch gemonitord. Voorbeelden van beleidsterreinen met tweede orde effecten op de mentale gezondheid zijn het sociaizekerheidsbeleid, het arbeidsmarktbeleid, het onderwijsbeleid, het justitieel beleid en het woningmarktbeleid. Een voorbeeld hiervan is dat het woningmarktbeleid effect heeft op dak- en thuisloosheid. Een ander voorbeeld is dat gunstige voorwaarden in de Werkeloosheidswet bijvoorbeeld op de korte termijn kunnen bijdragen aan de mentale gezondheid, omdat het financiële zekerheid biedt. Maar als dit de participatie vermindert, dan kan het op de lange termijn een negatief effect hebben op de mentale gezondheid, vanwege het positieve verband tussen participatie en mentale gezondheid.

4.2.2 Stelsel – huidig beleid

4.2.2.1 Hervormingen en overhevelingen

De ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek is versnipperd over verschillende wetten georganiseerd. Dit is via overhevelingen tot stand gekomen.

Ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problemen wordt geleverd vanuit verschillende wetten, namelijk de Zvw, Wmo, Wlz, Jeugdwet en de Wfz.¹³⁶ De mensbeelden van deze wetten verschillen, waardoor de geleverde ondersteuning en zorg niet altijd op elkaar aansluit. In de Zvw is het mensbeeld dat verzekerden kritische zorgconsumenten zijn, die in staat zijn om op de zorgmarkt de voor hen geschikte aanbieder te kiezen. Het mensbeeld in de Wlz gaat ervan uit dat mensen de rest van hun leven ondersteuning en zorg nodig hebben, waarbij het perspectief op zelfstandig wonen en/of maatschappelijke participatie beperkt is. Het mensbeeld in de Wmo en de Jeugdwet is dat burgers hun ondersteuningsvragen zoveel mogelijk zelf of in hun sociale netwerk op lossen, en dat de gemeenten in beeld komen als dit ontoereikend is. Figuur 4.3 laat zien welke zorgsoorten in welke wet zijn ondergebracht. Deze versnippering is via een aantal overhevelingen tot stand gekomen. Er is dus niet integraal vanuit de ggz gekeken welk beleid gepast is.

Ook een aantal bestuurlijke akkoorden hebben invloed gehad op de vormgeving van de ondersteuning en zorg. Bestuurlijke akkoorden zijn landelijke afspraken tussen de overheid en de sector over kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ondersteuning en zorg. Sinds 2011 zijn bestuurlijke akkoorden van invloed geweest op de vormgeving van beleid. Dit zorgt ervoor dat beleid draagvlak heeft in de sector. Het heeft echter als keerzijde dat er beperkt integraal gestuurd kan worden op beleid en er compromissen worden gesloten. In de akkoorden is de basis gelegd voor de ambulantisering van de ggz. Nederland beschikte over een relatief grote capaciteit aan intramurale ggz-voorzieningen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst ggz 2013-2014 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken te werken aan een laagdrempeligere, meer herstelgerichte ambulante ggz. De

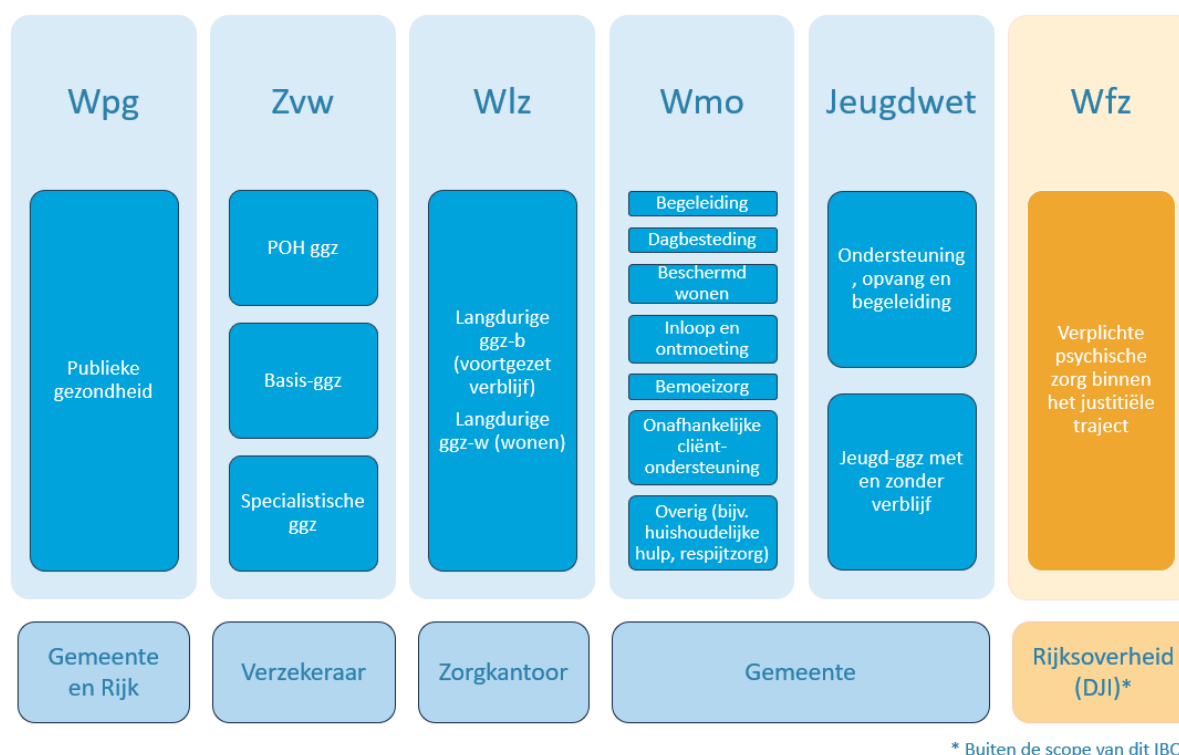
¹³⁶ De Wet forensische zorg is buiten de scope van dit IBO. Andere relevante wetten zijn de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang, die de rechten regelen van mensen die te maken hebben met verplichte of gedwongen zorg. Ook deze wetten zijn buiten de scope van dit IBO en zullen niet nader worden toegelicht.

afpraak was om de intramurale capaciteit tot het jaar 2020 met een derde af te bouwen. Ook zijn afspraken gemaakt om de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren.¹³⁷ Het meest recente bestuurlijke akkoord is het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (zie paragraaf 4.2.3 voor nadere toelichting).

4.2.2.2 Ondersteunings- en zorgstelsel

In de verschillende wetten zijn verschillende zorgsoorten ondergebracht. Dit wordt hieronder beschreven en is weergegeven in onderstaand figuur. In de onderstaande tabel wordt samengevat wat de uitgaven aan de verschillende zorgsoorten zijn.

Figuur 4.3: Overzicht wetten, zorgsoorten en inkoopers mentale gezondheid en ggz.



Tabel 4.1: Uitgaven aan ondersteuning en zorg voor psychische problematiek¹³⁸

DOMEIN	UITGAVEN 2024 (IN MILJOENEN EURO'S)
POH-ggz	255
Curatieve ggz (Zvw)	5.567
Wlz-ggz (Wlz)	2.676
Beschermd Wonen (Wmo) ¹³⁹	1.731
Wet forensische zorg ¹⁴⁰	1.336

¹³⁷ Trimbos-instituut (2019a)

¹³⁸ NZa (z.d.), Rijksoverheid (2025b) en Rijksoverheid (2025c). POH-ggz betreft het cijfer voor 2023.

¹³⁹ Dit zijn de middelen die vanaf de begroting worden overgeheveld naar het Gemeentefonds, door middel van een integratie-uitkering. Aangezien deze middelen niet geoormerkt zijn, kan het zijn dat er in de praktijk minder of meer budget naar Beschermd Wonen gaat.

¹⁴⁰ Valt buiten de scope van dit IBO

4.2.2.2.1 Zorgverzekeringswet (curatieve ggz en POH-ggz)

Binnen de Zvw wordt huisartsenzorg (met als onderdeel de POH-ggz), de generalistische basis ggz en de specialistische ggz aangeboden.¹⁴¹ De huisarts beoordeelt als poortwachter of een patiënt met psychische klachten doorverwezen moet worden naar ggz, en welke zorgverlener het beste past. De patiënten met lichte psychische klachten worden door de huisarts samen met een praktijkondersteuner (POH-ggz) behandeld. De POH-ggz en huisarts bieden vraagverheldering, diagnostiek, kortdurende behandeling, ondersteuning of begeleiding aan. In 2024 bezochten 765.000 mensen de POH-ggz.¹⁴²

Als de vraag complexer is, kan iemand na verwijzing terecht in de curatieve ggz. Die richt zich op het diagnosticeren en behandelen van psychische aandoeningen, met als doel het werken aan herstel. In 2024 hebben 978.000 mensen met psychische klachten zorg ontvangen uit de curatieve ggz. In de generalistische basis-ggz worden lichte tot matige klachten behandeld met een laag tot matig risico en weinig complexiteit (denk aan enkelvoudige aandoeningen, zoals een angststoornis of een milde depressie). In de specialistische ggz (641.000 in 2024) worden mensen met ernstige en complexe psychische aandoeningen behandeld (denk aan persoonlijkheidsstoornissen of psychotische stoornissen of problematiek waarbij een multidisciplinaire nodig is).¹⁴³ De specialistische ggz kan ambulante worden aangeboden of met verblijf. Met verblijf betekent dat iemand in een kliniek verblijft gedurende de behandeling. Daarnaast is er ook sprake van outreachende zorg, waarbij professionals naar de patiënt toe gaan. In de ggz wordt het begrip Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) gebruikt voor mensen die over een langere periode een psychiatrische aandoening hebben, daardoor langdurige beperkingen ondervinden en meerdere zorgbehoeftes hebben.¹⁴⁴ Voor de introductie van het Zorgprestatie-model in 2022 gold een ruimere EPA-definitie.¹⁴⁵ Het aantal volwassen patiënten dat onder de EPA-definitie valt is door de definitiewijziging afgenomen van 202.700 (2021) naar 59.300 (2023), terwijl er geen aanwijzingen zijn dat de zorgvraag van de populatie is gewijzigd.¹⁴⁶

In 2023 waren er ongeveer 4.800 zorgaanbieders die zorg declareren binnen de curatieve ggz. Dat waren 600 instellingen en 4.200 vrijgevestigde praktijken. De (grote) instellingen behandelen gezamenlijk ongeveer 78% van de patiënten, en maken 93% van de kosten (zie figuur 4.4).¹⁴⁷ De grootste 31 aanbieders zijn verantwoordelijk voor 70% van de omzet in de ggz.¹⁴⁸ Het aantal vrijgevestigden neemt toe van 2200 in 2018 naar 2800 in 2023.¹⁴⁹

¹⁴¹ Let op: er wordt sinds de invoering van het Zorgprestatie-model niet meer gedeclareerd op basis van basis en gespecialiseerde ggz, maar het onderscheid is nog wel relevant in de triage en de organisatie van het zorgaanbod.

¹⁴² NZa (z.d.)

¹⁴³ Cijfers over gebruik specialistische ggz voor dit IBO ontvangen van Vektis.

¹⁴⁴ Delespaul (2013)

¹⁴⁵ De definitie is door de introductie van het zorgprestatie-model in 2022 aan verandering onderhevig. Zie Vektis (2024).

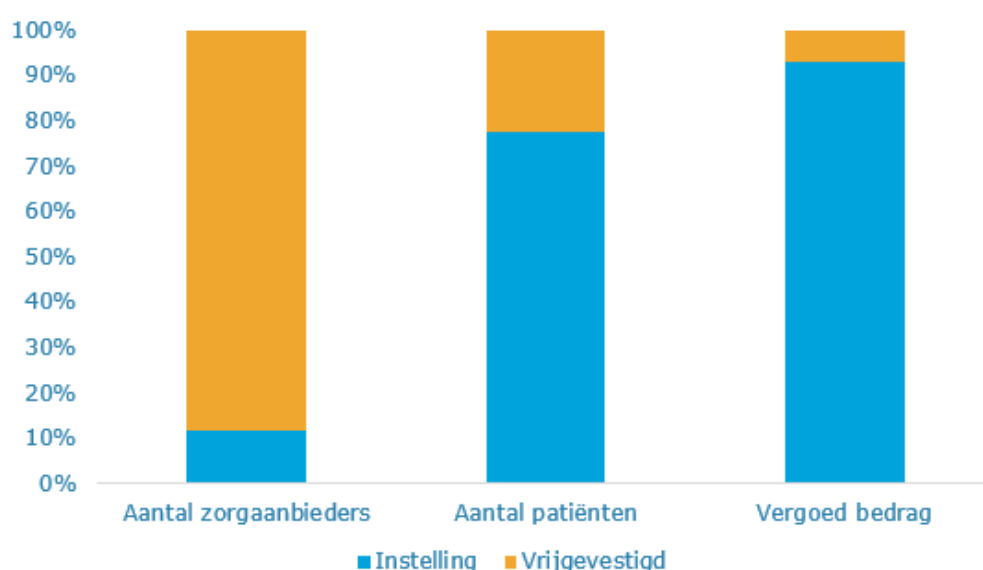
¹⁴⁶ Vektis (2024)

¹⁴⁷ Vektis (2025)

¹⁴⁸ Zorgverzekeraars Nederlands (2020)

¹⁴⁹ Let op: deze cijfers verschillen van de Vektis cijfers omdat de NZa de instellingen met een omzet van minder dan 250.000 euro en vrijgevestigden met een omzet van minder dan 30.000 euro niet meeneemt. NZa (z.d.).

Figuur 4.4 Aantal zorgaanbieders, aantal patiënten en vergoed bedrag voor instellingen en vrijgevestigden¹⁵⁰



De curatieve ggz wordt ingekocht door zorgverzekeraars. Voor de curatieve ggz is de bekostiging geregeld met het Zorgprestatie­model, waarbij losse consulten worden gedeclareerd. De zorgverzekeraars maken afspraken met aanbieders over de tarieven, op basis van de maximumtarieven die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vaststelt. De kosten voor de curatieve ggz vallen onder het verplicht eigen risico, die voor de huisartsenzorg (inclusief POH GGZ) niet. In 2024 werd bijna € 5,6 miljard uitgegeven aan de curatieve ggz.¹⁵¹ Voor de POH-ggz was dit in 2023 € 255 miljoen.¹⁵²

4.2.2.2.2 Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is er voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht om ernstig nadeel te voorkomen. Mensen met een Wlz-indicatie vanwege een psychische aandoening kunnen aanspraak maken op verschillende zorgvormen, zoals begeleiding, dagbesteding, verzorging en psychologische behandeling. De zorg kan thuis gegeven worden, of iemand kan bij een zorgaanbieder gaan wonen. Iemand met een psychische aandoening kan een indicatie krijgen voor ggz-wonen (ggz-w) of ggz-voortgezet verblijf (ggz-b). Ggz-w is meestal met verblijf en per 1 januari 2021 geïntroduceerd. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor ggz-w zorg. Deze zorg is doorgaans primair gericht op kwaliteit van leven en stabiliteit. Ruim 33.000 mensen hebben een indicatie voor ggz-w. Ggz-b krijgt men wanneer zij na drie jaar onafgebroken behandeling met verblijf in de Zvw voortzetting van die zorg nodig hebben. Dan gaat de zorg over van de Zvw naar de Wlz op grond van een indicatie voor Wlz-ggz-b (ook wel het *driejaarscriterium* of *voortgezet verblijf* genoemd). Mensen met een Wlz-indicatie voor ggz-b worden niet getoetst aan de toegangscriteria van de Wlz en ontvangen een tijdelijke indicatie met een geldigheidsduur van drie jaar. Ongeveer 1800 mensen hadden in 2024 een indicatie voor ggz-b.¹⁵³ Er is in de Wlz ruimte voor ontwikkeling binnen de mogelijkheden die mensen hebben. De focus op het (weer) zelfstandig kunnen meedoen in de samenleving is in de Wlz echter minder sterk aanwezig.¹⁵⁴ Wlz-ggz wordt vaak geleverd door grote ggz-instellingen, beschermd wonen locaties,

¹⁵⁰ Vektis (2024)

¹⁵¹ Rijksoverheid (2025a)

¹⁵² NZa (z.d.)

¹⁵³ Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.-e)

¹⁵⁴ Trimbos-instituut (2025d)

woonzorginstellingen of pgb-gefinancierde individuele zorgverleners. Binnen dit aanbod zijn (bijna) geen vrijevestigingen.

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorg. De hoogte van de eigen bijdrage in de Wlz is afhankelijk van welke zorg wordt ontvangen (zorg in de thuissituatie of wonen bij een zorgaanbieder), inkomen, vermogen, leeftijd en gezinssamenstelling.¹⁵⁵ In 2024 werd bijna € 2,7 miljard uitgegeven aan de ggz in de Wlz.¹⁵⁶

4.2.2.2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)

De Wmo biedt allerlei vormen van ondersteuning voor mensen met psychische problematiek. Het gaat om voorzieningen die eraan bijdragen dat iemand zo goed mogelijk mee kan doen met de samenleving en zo zelfstandig mogelijk kan leven. Er wordt bij deze voorzieningen onderscheid gemaakt tussen algemene voorzieningen (breed toegankelijk) en maatwerkvoorzieningen (hiervoor moet iemand aan bepaalde voorwaarden voldoen). Algemene voorzieningen zijn bijvoorbeeld laagdrempelige steunpunten, ontmoetingsruimten en maatschappelijke opvang. Onderdeel hiervan zijn herstelacademies, waar mensen terecht kunnen voor hulp om vanuit eigen kracht met psychische problemen te leren leven. Maatwerkvoorzieningen zijn bijvoorbeeld de mogelijkheid om begeleiding te ontvangen voor het leren om dagelijkse handelingen zelf te doen of hulp bij sociale zelfredzaamheid.¹⁵⁷ Verder bestaat er de dagbesteding, waarbij mensen activiteiten doen om op een zinvolle manier invulling aan de dag te geven. Tevens wordt vanuit de Wmo soms bemoeizorg ingezet, wanneer iemand zelf niet om hulp vraagt maar dit wel nodig heeft.¹⁵⁸

Daarnaast wordt vanuit 44 centrumgemeenten beschermd wonen geregeld, voor mensen die (nog) niet zelfstandig kunnen wonen vanwege psychische en/of psychosociale problemen.¹⁵⁹ In 2024 maakten bijna 27 duizend mensen gebruik van beschermd wonen.¹⁶⁰ Beschermd wonen wordt voornamelijk geleverd door een Regionale Instelling voor Beschermd en Begeleid Wonen, of door een ggz-instelling met woonzorg. Er zijn ook kleinschalige initiatieven (denk aan een woonboerderij) of pgb-gefinancierde aanbieders die beschermd wonen leveren. Een minder intensieve vorm is woonbegeleiding, waarbij iemand zelfstandig woont en er een begeleider thuis langs komt.¹⁶¹ Ook kunnen mensen bij de Wmo terecht voor cliëntondersteuning, respijtzorg, huishoudelijke hulp en ondersteuning van mantelzorgers.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inkoop en uitvoering van de ondersteuning die onder de Wmo valt. De Wmo wordt grotendeels gefinancierd vanuit het Gemeentefonds. Het is aan gemeenten zelf hoe zij de middelen besteden die zij via het Gemeentefonds ontvangen. Voor de meeste maatwerkvoorzieningen wordt door inwoners een eigen bijdrage betaald. Er is geen inzicht in hoeveel door gemeenten wordt uitgegeven aan psychische problematiek in de Wmo. Gemeenten krijgen voor beschermd wonen wel specifieke middelen. Het gaat om ongeveer € 1,7 miljard in 2025.¹⁶² Dit bedrag is niet geormerkt. In totaal ontvangen gemeenten ongeveer € 8 miljard voor de uitvoering van Wmo taken.

¹⁵⁵ Voor een deel van de cliënten in de Wlz komt de ggz-behandeling nu nog ten laste van de Zvw (overgangsrecht). Cliënten betalen in dit geval, bovenop de eigen bijdrage voor de Wlz, het verplicht eigen risico Zvw voor de ggz-behandeling die zij ontvangen.

¹⁵⁶ Rijksoverheid (2025a).

¹⁵⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.)

¹⁵⁸ Gemeenten zijn niet verplicht tot het leveren van bemoeizorg en grondslag ervoor ontbreekt.

¹⁵⁹ Rijksoverheid (z.d.)

¹⁶⁰ Centraal Bureau voor de Statistiek (2025b)

¹⁶¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.-b)

¹⁶² Rijksoverheid (2024)

4.2.2.2.4 Jeugdwet

Zorg en ondersteuning voor kinderen en jeugdigen tot 18 jaar wordt geleverd vanuit de Jeugdwet. Onder de Jeugdwet valt een breed scala aan ondersteuning en zorg voor jeugdigen: ondersteuning bij de opvoeding, opvang en begeleiding van kinderen, zorg bij gedragsproblematiek en psychische aandoeningen, jeugdbescherming, jeugdreclassering, persoonlijke verzorging en behandeling/begeleiding voor kinderen met een verstandelijke beperking (afhankelijk van de ernst kan deze zorg ook onder de Wlz vallen). Ook is er specifiek voor jeugdigen met psychische problematiek de jeugd-ggz, zowel ambulante als met verblijf. In de Jeugdwet wordt de ondersteuning en zorg geleverd door grote instellingen, kleinere instellingen of vrijgevestigden. In 2022 zouden er 6.476 aanbieders zijn die jeugdzorg leveren (let op: dit is breder dan alleen voor jeugdigen met psychische problematiek). Dit aantal is sinds 2015 (5.316 aanbieders) ook flink gestegen.¹⁶³

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inkoop en uitvoering van de ondersteuning en zorg die onder de Jeugdwet valt. Dit wordt gefinancierd vanuit het Gemeentefonds (algemene uitkering). Vanuit de Rijksoverheid worden middelen beschikbaar gesteld in het Gemeentefonds, zonder oormerking. Er geldt geen eigen bijdrage voor ondersteuning en zorg via de Jeugdwet (behalve voor woningaanpassingen). Het is niet mogelijk aan te geven welke uitgaven gemeenten doen voor ondersteuning en zorg voor jeugdigen met psychische problematiek.

4.2.2.2.5 Wet forensische zorg (Wfz)

Met de Wet forensische zorg (Wfz) wordt de verplichte zorg geregeld voor justitiabelen met een psychische aandoening of beperking. De maatregel van terbeschikkingstelling met dwangverpleging (tbs) is hiervan het meest bekende voorbeeld. Forensische zorg wordt gefinancierd door het ministerie van Justitie en Veiligheid. In 2024 stond voor de verlening van de forensische zorg circa € 1.3 miljard op de begroting van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Met de Wfz kan een strafrechter door middel van het zogenaamde 'schakelartikel' ook onvrijwillige zorg opleggen met een niet-strafrechtelijk kader, op grond van de Wvvgg of Wzd. Dit artikel wordt beperkt gebruikt.

4.2.3 Lopende beleidsontwikkelingen

Verschillende lopende beleidsontwikkelingen zijn relevant voor dit IBO. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn in juli 2025 afspraken gemaakt met de sector.¹⁶⁴ Het AZWA bouwt voort op het Integraal Zorgakkoord (IZA) en stelt gelijkwaardige toegang tot zorg en het afwenden van het onbeheersbare arbeidsmarkttekort (streefdoel 100.000 fte minder tekort tot 2028) centraal. Belangrijke afspraken voor mentale gezondheid en ggz zijn:

- Meer behandelcapaciteit vrijspelen voor complexe zorgvragen door middelen en personeel te verschuiven van lichtere naar complexere ggz-zorg.
- Versnelde implementatie van hybride- en groepsbehandelingen als voorliggende optie, met een contractueel groeipad van ten minste 6% voor alle aanbieders in 2027.
- Contact tussen huisartsen, ggz en het sociaal domein verbeteren om doorverwijzingen naar de ggz te voorkomen als het passender is om iemand hulp te bieden in het sociaal domein.
- Laagdrempelige steunpunten voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en Mentale Gezondheidsnetwerken worden opgeschaald.

¹⁶³ Jeugdautoriteit (2023)

¹⁶⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2025a)

- Verbeterde transparantie over wachttijden en opschoning van wachtlijsten, waardoor zorgverzekeraars proactief kunnen bemiddelen voor patiënten die langer wachten dan de Treeknorm. De Treeknormen worden geactualiseerd en gedifferentieerd op urgentie.
- Ggz-aanbieders stoppen vanaf 2026 met exclusiecriteria, tenzij strikt noodzakelijk voor laag-volume, hoog-complexe zorg.
- Versterken van avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten, met als doel 70% participatie van inzetbare psychiaters in 2027.
- Herijking van behandelduur, -vorm en -doelstellingen in richtlijnen en zorgstandaarden, met focus op het vaststellen en evalueren van gedeelde behandeldoelen.
- Het Ggz-kader krijgt een structurele opwaartse bijstelling van €202 miljoen vanaf 2027, en tarieven voor cruciale zorg worden verhoogd om investeringen mogelijk te maken.

Er is ook beleid in ontwikkeling op andere beleidsterreinen binnen en buiten de zorg die relevant zijn voor dit IBO.

Het Actieprogramma mentale gezondheid en ggz versterkt het AZWA door specifieke maatregelen voor de curatieve ggz, gericht op verbetering van toegang en het borgen van cruciale ggz. Dit omvat het optimaliseren van de door- en uitstroom uit de ggz. De Werkagenda "Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening" richt zich op passende langdurige ondersteuning en zorg voor volwassenen, inclusief de interactie tussen Wlz, Wmo en Zvw. Een direct resultaat hiervan is het Actieplan Passende zorg voor dakloze mensen met een Wlz-indicatie, dat dakloosheid van deze kwetsbare groep moet tegengaan door betere samenwerking en het creëren van passende woonzorgplekken. De Brede aanpak verward en onbegrepen gedrag, streeft naar vroegsignalering, outreachende hulp en passende opvang voor mensen met verward en onbegrepen gedrag. De Werkagenda Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg vult dit beleid aan door zich specifiek te richten op personen die een combinatie van zorg en beveiliging nodig hebben of behandeling gericht op het beheersen van risicovol gedrag. De Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028, wil de jeugdhulp, inclusief mentale gezondheid, steviger verbinden aan aanpalende domeinen zoals onderwijs en volwassenen-ggz. Ook wordt geregeld dat de inkoop van meer specialistische ggz wordt verbeterd. Het Wetsvoorstel Versterking regie volkshuisvesting beoogt meer regie op de volkshuisvesting, met als doel om meer betaalbare woningen te bouwen en de positie van kwetsbare woningzoekenden, waaronder mensen met psychische problematiek.

5. Problemen mentale gezondheid en ondersteuning en zorg bij psychische klachten

- De mentale gezondheid verslechtert en dit brengt veel maatschappelijke kosten met zich mee. Met name bij jongeren en jongvolwassenen is de afgelopen 10 jaar een duidelijke stijging te zien. Het is moeilijk vast te stellen in hoeverre overheidsbeleid effectief is geweest bij het verbeteren van de mentale gezondheid of het voorkomen van verdere achteruitgang.
- De wijze waarop ondersteuning en zorg bij psychische klachten georganiseerd is levert niet de gewenste uitkomsten op voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Deze drie waarden staan onder druk.
- **Toegankelijkheid:** Steeds meer mensen worden geholpen, maar tegelijkertijd wachten steeds meer mensen op hulp. Voor alle vormen van specialistische ggz zijn de gemiddelde wachttijden langer dan de Treeknormen. Met name voor mensen met een complexe hulpvraag geldt dat zij lang moeten wachten op passende hulp, met schrijnende situaties als gevolg.
- **Kwaliteit:** Er is weinig bruikbare uitkomst informatie over de ggz beschikbaar, waardoor de kwaliteit van zorg vaak niet kan worden vastgesteld. Uit verschillende onderzoeken komt wel naar voren dat voor mensen met een complexe hulpvraag onvoldoende passend aanbod beschikbaar is. Ze vallen te vaak tussen wal en schip.
- **Betaalbaarheid:** De uitgaven aan de curatieve ggz groeien harder dan de uitgaven aan de Zvw als geheel. Ook de uitgaven aan ggz in de Wlz zijn de laatste jaren meer toegenomen dan verwacht. Met name de gemiddelde uitgaven per patiënt binnen de curatieve specialistische ggz groeien.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de problemen zijn in de ontwikkeling van en het gevoerde beleid op mentale gezondheid (paragraaf 5.1). Vervolgens wordt beschreven welke problemen er zichtbaar zijn als uitkomst van het gevoerde beleid op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ondersteuning en zorg (paragraaf 5.2).

5.1 Problemen mentale gezondheid

Zoals in hoofdstuk 2 en 3 is beschreven verslechtert de mentale gezondheid en brengt psychische problematiek veel maatschappelijk kosten met zich mee. Met name bij jongeren en jongvolwassenen is een duidelijke stijging van klachten te zien over de afgelopen 10 jaar, ondanks enige verbetering na de Covid-periode. De maatschappelijke kosten van mentale klachten en psychische aandoeningen zijn hoog, ze brengen zo een € 17 tot € 51 miljard met zich mee.

Het is moeilijk vast te stellen in hoeverre overheidsbeleid effectief is geweest bij het verbeteren van de mentale gezondheid of het voorkomen van verdere achteruitgang. Het is onduidelijk in hoeverre de verslechtering van de mentale gezondheid kan worden verklaard door een verschuiving in maatschappelijke normen, door ontwikkelingen in de samenleving of door overheidsbeleid. Dit komt deels omdat het op de lange termijn ingewikkeld is om te bepalen wat invloed heeft op de mentale gezondheid. Er is ook beperkt inzicht in de effectiviteit van beleid dat zich richt op het verbeteren van de mentale gezondheid en de preventie van psychische

klachten. Veel beleidsinterventies, zoals bijvoorbeeld langjarige programma's worden namelijk niet geëvalueerd. En als dit wel wordt gedaan, worden de resultaten van het beleid niet gespecificeerd naar de impact op de mentale gezondheid. Dit geldt bijvoorbeeld voor de voortgangsrapportage van de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'.¹⁶⁵ Door deze kennislacunes zijn de uitkomsten van het bestaande beleid op de mentale gezondheid niet te duiden.

Wel is vastgesteld dat gemeenten verschillen in de mate waarin zij de afgelopen jaren prioriteit hebben gegeven aan de mentale gezondheid. De uitvoering van het beleid dat zich richt op publieke gezondheid ligt bij gemeenten. Het RIVM constateert dat bij sommige gemeenten mentale gezondheid al langer hoog op de agenda staat, terwijl andere gemeenten nog bezig zijn met beleidsontwikkeling.¹⁶⁶ Verder geeft de RVS aan dat de manier waarop gemeenten hun rol in de publieke gezondheidszorg invullen verschilt per gemeente en dat de monitoring van de resultaten versnipperd is.¹⁶⁷ Er zijn verschillen in de lokale context van gemeenten en daarom is enige mate van variatie in de gemeentelijke beleidsontwikkeling logisch. Maar te veel onderlinge beleidsongelijkheid is ook onwenselijk.

5.2 Hoe gaat het met de ondersteuning en zorg bij psychische klachten?

In deze paragraaf worden de uitkomsten van het stelsel van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek beschreven. Het functioneren van het stelsel zal worden beoordeeld per doel uit het trilemma toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Met 'uitkomsten' wordt bedoeld op zowel de problemen en de positieve uitkomsten die mensen met psychische klachten ervaren als ze gebruik (willen) maken van zorg- en ondersteuning, als op de macro-uitkomsten voor de hele samenleving.

5.2.1 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van ondersteuning en zorg bij psychische problematiek staat onder druk, zeker voor mensen met een complexe hulpvraag. Steeds meer mensen worden in de ggz geholpen, maar het lukt niet om aan de vraag te voldoen. Dat blijkt uit wachttijdinformatie, diverse onderzoeken en schrijnende verhalen over mensen die niet tijdig worden geholpen.

De wachttijden voor ggz en beschermd wonen zijn lang en het aantal mensen op de wachtlijst groeit. Voor alle vormen van specialistische ggz voor volwassenen zijn de gemiddelde wachttijden langer dan de afgesproken Treeknormen.¹⁶⁸ Voor sommige diagnosegroepen loopt de landelijke gemiddelde wachttijd op tot 24 tot 28 weken (trauma, persoonlijkheidsstoornissen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen als ADHD en autisme), met in enkele regio's uitschieters tot gemiddelden ver daarboven (voor een aantal diagnosegroepen gemiddeld zelfs meer dan een jaar). Daarbij komt dat een gemiddelde wachttijd niets zegt over uitschieters in wachttijden. Alleen voor de generalistische basis ggz ligt de gemiddelde wachttijd op de Treeknorm van 14 weken.¹⁶⁹ Het aantal wachtplekken lijkt elk jaar op te lopen tot inmiddels meer dan 100.000.¹⁷⁰ Wachttijdgegevens zijn niet volledig betrouwbaar, en schetsen geen accuraat beeld van wachttijden voor specifieke diagnosegroepen maar geven wel een indicatie van de

¹⁶⁵ Rijksoverheid (2023)

¹⁶⁶ RIVM (2024b)

¹⁶⁷ RVS (2023)

¹⁶⁸ Treeknormen zijn afspraken over de maximaal aanvaardbare wachttijden voor niet-spoedeisende zorg in Nederland.

¹⁶⁹ NZA (2025)

¹⁷⁰ NZA (2025)

globale situatie.¹⁷¹ Een nieuwe werkwijze om wachttijden accurater in beeld te brengen wordt geïmplementeerd.¹⁷² Het beeld van de lange wachttijden wordt bevestigd door huisartsen. Zij geven aan dat zij veel problemen ervaren met het doorverwijzen van mensen naar de ggz, zowel door de lange wachttijden als doordat zij een gebrek aan samenwerking ervaren. Hierdoor zijn huisartsen lang verantwoordelijk voor patiënten die ze eigenlijk niet goed kunnen helpen.¹⁷³ Voor jeugdhulp en beschermd wonen vanuit de gemeente is beperkt wachttijdinformatie beschikbaar. Wel zijn er kwalitatieve signalen dat de wachttijden in de jeugdhulp soms lang zijn.¹⁷⁴ Voor beschermd wonen bleek uit een onderzoek uit 2019 de gemiddelde wachttijd 35 weken te zijn.¹⁷⁵

Mensen met ernstige problematiek wachten vaak net zo lang of zelfs langer op passende hulp in vergelijking mensen met lichte of matige problematiek. Met schrijnende situaties tot gevolg. In 2020 en 2024 trok de Algemene Rekenkamer deze conclusie.¹⁷⁶ Met name mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) moeten volgens dit onderzoek te lang wachten.

Ook de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de NZa signaleren dat het zorg- en ondersteuningsaanbod in regio's nog onvoldoende aansluit bij de hulpvraag van mensen met complexe problematiek.¹⁷⁷ Zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, aanbieders, patiëntenorganisaties en het ministerie van VWS ontvangen geregeld casussen waarbij mensen met een complexe hulpvraag niet de goede ondersteuning en zorg kunnen vinden en/of waarbij het ingewikkeld is om passende zorg te bieden. Uit de cijfers over wachttijden in de Zvw zijn op dit moment nog geen specifieke conclusies te trekken over de wachttijden voor mensen met ernstige problematiek. Dit komt omdat de wachttijdinformatie alleen op diagnose beschikbaar is en niet op zorgzwaarte. Duidelijk is wel dat de wachttijden voor de generalistische basis-ggz gemiddeld korter zijn dan voor specialistische ggz, en dat er uitschieters zijn in de wachttijden van mensen met ernstige problematiek die langer wachten dan het gemiddelde. Ook de jeugdhulp is voor jongeren met ernstige problematiek niet goed toegankelijk. De IGJ constateert dat in de gesloten jeugdzorg vrijwel nergens een combinatie van tijdige en passende hulp én onderwijs of dagbesteding beschikbaar is en dat passende vervolghulp ontbreekt.¹⁷⁸ In de open jeugdhulp is nauwelijks aanbod voor jongeren die een combinatie van problemen hebben. Denk aan jongeren die naast psychische problematiek ook problemen hebben met agressieregulatie, of een verslaving.¹⁷⁹

Door de toename van wachttijden voor specialistische ggz kunnen we concluderen dat de vraag naar specialistische ggz groter is dan het huidige aanbod. Het aantal patiënten dat gebruik maakte van specialistische ggz tussen 2018 en 2021 liet een daling zien van 550.000 naar 515.000. Na de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek in 2022 is het gebruik van specialistische ggz gestegen van 618.000 in 2022 tot 641.000 patiënten in 2024.¹⁸⁰ De cijfers van voor 2022 en vanaf 2022 zijn onvergelijkbaar door de verandering in de bekostigingssystematiek.¹⁸¹ Bovenop de recente groei in het aantal patiënten, zijn ook wachttijden en het aantal wachtplekken gestegen voor de specialistische ggz. Uit deze cijfers kan worden

¹⁷¹ Vrije Universiteit Amsterdam (z.d.)

¹⁷² NZA (2025b)

¹⁷³ Landelijke Huisartsen Vereniging (2025)

¹⁷⁴ IGJ (2024)

¹⁷⁵ KPMG (2020)

¹⁷⁶ Algemene Rekenkamer (2024)

¹⁷⁷ IGJ (z.d.)

¹⁷⁸ IGJ (2024)

¹⁷⁹ IGJ (2024b)

¹⁸⁰ NZA (z.d.)

¹⁸¹ Voor 2022 werd gemeten hoeveel mensen een DBC-traject startte in een jaar. Vanaf 2022 wordt gemeten hoeveel mensen in een jaar gebruik hebben gemaakt van specialistische ggz. Zorgtrajecten die over de jaargrens heen lopen, werden eerder slechts in één jaar meegeteld en vanaf 2022 in beide jaren.

geconcludeerd dat het aanbod tussen 2022 en 2024 is gestegen. Er zijn immers meer mensen geholpen. De stijging is echter onvoldoende om aan de vraag te voldoen.

5.2.2 Kwaliteit

De kwaliteit van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek is moeilijk vast te stellen, onder andere vanwege beperkte beschikbaarheid van uitkomstinformatie. In dit IBO wordt onder kwaliteit ook meegenomen over het aanbod is afgestemd op de behoefte van de patiënt, dus of er passend aanbod aanwezig is. Uit verschillende onderzoeken komt in ieder geval het beeld naar voren dat mensen met een complexe hulpvraag niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Er is weinig bruikbare uitkomst informatie over de ggz beschikbaar waardoor de kwaliteit van zorg vaak niet kan worden vastgesteld. De reden hiervoor is dat er geen consensus is over hoe je kwaliteit in de ggz moet meten en of je het kunt meten. Dit komt onder andere doordat het beloop van aandoeningen onvoorspelbaar is en het per patiënt verschilt in hoeverre de behandeling effect heeft. De informatie die beschikbaar is betreft informatie over clienttevredenheid. Deze informatie blijkt echter maar beperkt nuttig voor keuze-informatie voor patiënten en in de inkoop.¹⁸² Zorgaanbieders gebruiken beperkt spiegelinformatie om van elkaar te leren en te verbeteren. Op dit moment werken partijen in de ggz in het *Programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz* samen aan meer transparantie over de kwaliteit van de ggz met ondersteuning van het ZiN. Ook zijn er initiatieven om binnen de ggz tot zinvolle kwaliteitsindicatoren te komen en datagedreven verbeteringen te realiseren, zoals binnen het recent opgerichte Nationaal Netwerk Depressie (NND).

Uit verschillende onderzoeken komt desondanks consistent het beeld naar voren dat de kwaliteit van zorg voor mensen met ernstige psychische klachten onvoldoende is. De Onderzoeksraad voor de Veiligheid heeft in 2018 onderzoek gedaan naar de veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving.¹⁸³ Uit dit onderzoek blijkt dat de veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening én die van hun omgeving in Nederland onvoldoende gewaarborgd is. Het huidige zorgsysteem is niet ingericht op de complexe, langdurige en vaak meervoudige problematiek van deze groep, waardoor zowel patiënten als hun omgeving risico lopen. De Onderzoeksraad doet momenteel vervolgonderzoek omdat de gesignaleerde problematiek nog steeds aanwezig is en de aanbevelingen uit 2019 niet zijn opgevolgd. De IGJ heeft daarnaast recent geconstateerd dat bij vooral kleine instellingen en zelfstandig werkende zorgverleners binnen de langdurige zorg te vaak niet of onvoldoende in staat zijn om deskundige en professionele zorg te bieden aan kwetsbare ggz-cliënten.¹⁸⁴

Vooral voor mensen met een complexe hulpvraag is vaak geen passende zorg beschikbaar. Uit informatie van toezichthouders en uit gesprekken met patiënten blijkt dat er weinig plekken zijn waar mensen die combinaties van verschillende problemen hebben terecht kunnen en de zorg kunnen ontvangen die ze nodig hebben. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen die een combinatie van verslavingsproblematiek, ggz problematiek en een verstandelijke beperking hebben, maar ook voor mensen die met problemen in andere terreinen in hun leven kampen, zoals werkloosheid, geen stabiele woonsituatie of problematische schulden. Toenemende specialisatie zorgt ervoor dat er steeds minder professionals zijn die mensen met complexe zorg kunnen behandelen. Uit een peiling van patiëntenorganisatie MIND bleek dat iets meer dan de helft van de

¹⁸² Zorginstituut (2022)

¹⁸³ Onderzoeksraad voor veiligheid (2019)

¹⁸⁴ IGJ (2025)

bijna 300 respondenten door één of meerdere zorgaanbieders werd geweigerd.¹⁸⁵ De helft van hen kreeg te horen dat zij te complex waren, een derde hoorde dat er geen passend zorgaanbod was. Dit nadat een ruime meerderheid van de respondenten al langer op de zorg moest wachten dan de maximaal afgesproken tijd.

Tevens lijkt er sprake te zijn van praktijkvariatie en variatie in de naleving van behandelrichtlijnen. Allereerst blijkt uit toezichtsinformatie van de IGJ dat kleine aanbieders vaak de deskundigheid missen voor mensen met een psychische aandoening die een indicatie hebben voor de ggz in de Wlz.¹⁸⁶ De IGJ ontvangt steeds meer signalen dat de vaak kleine aanbieders of solisten van ggz in de Wlz niet aan de eisen voor kwaliteit en patiëntveiligheid voldoen. Verder blijkt uit onderzoek dat er variatie is in de naleving van behandelrichtlijnen bij suïcidaal gedrag. Dit kan gevolgen hebben voor de zorgresultaten.¹⁸⁷ Als laatste blijkt uit onderzoek van de IGJ dat er bovendien grote verschillen zijn in het toepassen van gedwongen zorg.¹⁸⁸ Zo stelt de IGJ dat het uitgangspunt dat dwang zo min mogelijk wordt toegepast, alleen als het echt niet anders kan, nog niet overal in de zorg wordt nageleefd.

Ook medicalisering kan zorgen voor een verminderde kwaliteit van ondersteuning en zorg. Door medicalisering worden milde psychische problemen die bij het leven horen behandeld in het medisch domein, terwijl mensen met dit soort problemen vaak beter op een andere manier geholpen kunnen worden.¹⁸⁹ Dit kan leiden tot onnodige medicalisering van lichte zorgvragen én ten koste gaan van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen, wanneer er onvoldoende capaciteit is om deze mensen goed te helpen.

5.2.3 Betaalbaarheid

Betaalbaarheid gaat over wat de samenleving bereid is om collectief aan ondersteuning en zorg bij psychische klachten uit te geven. Dit is uiteindelijk een politieke keuze, maar zal ook samenhangen met de uitkomsten van toegankelijkheid en kwaliteit. Er is daarom geen algemene uitspraak te doen over wat een gewenst uitgavenniveau is. Ook is het lastig om uitgaven in internationaal opzicht te vergelijken. Zorg en ondersteuning bij psychische klachten is per land anders georganiseerd, wordt anders gefinancierd en heeft uiteenlopende definities (vallen bijvoorbeeld de zorguitgaven voor dementie hier wel of niet onder?). In het verleden heeft de OESO dit in kaart gebracht voor een deel van de landen, maar deze cijfers moeten dus met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.¹⁹⁰ Deze verouderde cijfers laten zien dat er grote verschillen zijn tussen landen. In deze vergelijking lijkt Nederland wat betreft collectieve uitgaven aan ondersteuning en zorg bij psychische klachten ten opzichte van de totale collectieve zorguitgaven boven het OESO-gemiddelde te liggen (8,3% t.o.v. 6,7%). Er zijn daarbij landen die een aanzienlijk kleiner aandeel lijken uit te geven - zoals bijvoorbeeld Italië (3,4%) - en landen die een aanzienlijk groter aandeel lijken uit te geven, zoals bijvoorbeeld Frankrijk (15%).

Voor de betaalbaarheid is de beheersing van de uitgaven aan ondersteuning en zorg bij psychische klachten van belang. Er zijn verschillende ontwikkelingen die erop wijzen dat dit de laatste jaren onder druk staat. Een hoger dan verwachte uitgavenontwikkeling leidt tot budgettaire overschrijdingen, en kan leiden tot de noodzaak om binnen de zorg of elders te bezuinigen. Er zijn een aantal ontwikkelingen die erop lijken te wijzen dat deze uitgavenbeheersing bij de ondersteuning en zorg bij psychische klachten de laatste jaren onder druk staat. Zo stijgen

¹⁸⁵ MIND Platform (2023)

¹⁸⁶ IGJ (2025)

¹⁸⁷ Setkowski et al. (2020)

¹⁸⁸ IGJ (2024c)

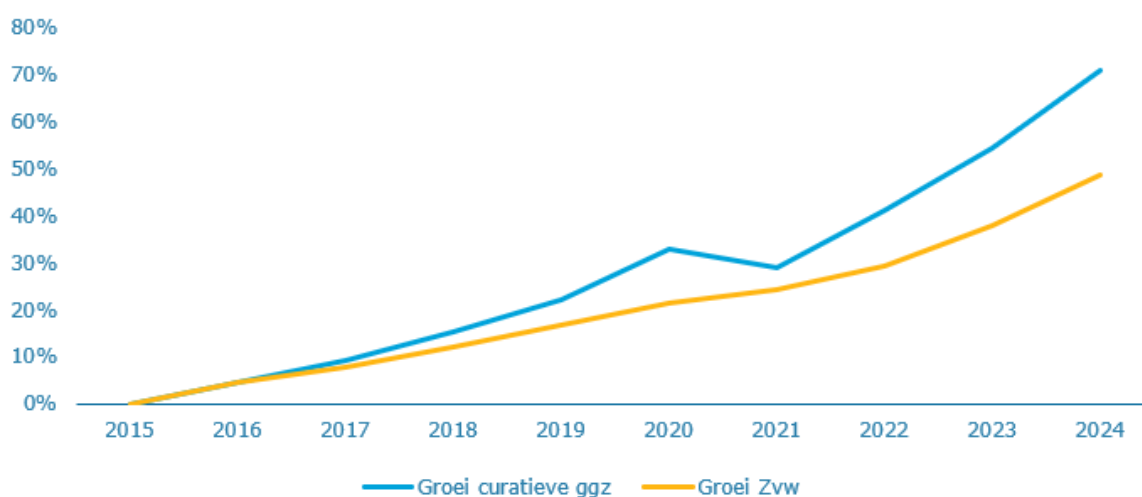
¹⁸⁹ Zorginstituut Magazine (2021)

¹⁹⁰ OECD (2021)

de reële uitgaven relatief harder dan in andere zorgsectoren. Er is daarbij een beperkt inzicht in de onderliggende oorzaken van deze stijging, waardoor het voor de overheid moeilijk is om maatregelen te nemen om de uitgavenontwikkeling desgewenst bij te sturen.

De stijging van de uitgaven aan de curatieve ggz ligt de laatste tien jaar hoger dan de stijging van de uitgaven aan de Zvw als geheel. De uitgaven aan de curatieve ggz zijn toegenomen van € 3,3 miljard in 2015 tot bijna € 5,6 miljard in 2024. De uitgaven aan curatieve ggz zijn deze periode met 71% toegenomen, terwijl de uitgaven aan de gehele Zvw binnen dezelfde periode met 48% zijn toegenomen (zie figuur 5.1). Puur op basis van demografische ontwikkeling zou juist een lagere groei van de uitgaven aan curatieve ggz ten opzichte van de gehele Zvw verwacht mogen worden. Zorg en ondersteuning bij psychische klachten wordt immers relatief vaak aan jongere mensen geleverd. De geraamde stijging in verband met demografische ontwikkeling wordt binnen de curatieve ggz voor de periode 2022-2025 op 0,6% per jaar geraamd ten opzichte van 1,1% voor de gehele Zvw.¹⁹¹

Figuur 5.1: Percentuele groei (t.o.v. 2015) van uitgaven curatieve ggz ten opzichte van de gehele Zvw.¹⁹²



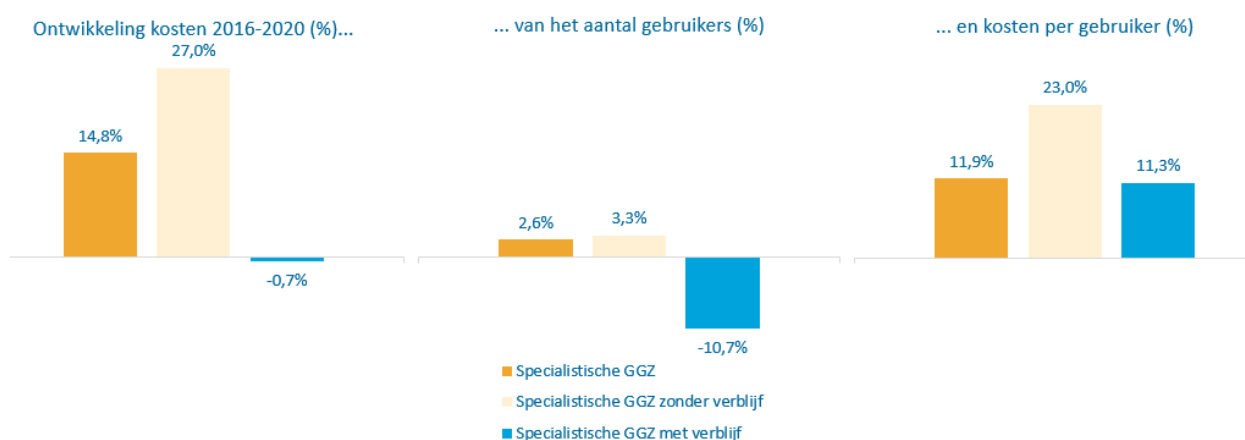
De stijging van de uitgaven aan curatieve ggz komt vooral doordat de kosten per gebruiker zijn toegenomen. In de periode 2016 – 2020 bedroeg de reële groei in kosten van de curatieve specialistische ggz 15%, waarvan 12% wordt gedreven door een stijging in de kosten per gebruiker (zie figuur 5.2).¹⁹³ Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals een toename van de gemiddelde intensiteit van een behandeling of meer indirecte tijd. Een mogelijke verklaring voor toename van de intensiteit van behandelingen is een toenemende zorgzwaarte in de specialistische ggz zonder verblijf. Ontwikkelingen als de introductie van de POH-ggz in 2015 en de ambulantisering, waardoor minder mensen klinisch worden geholpen, zouden hieraan kunnen bijdragen. Er zijn echter geen cijfers over zorgzwaarte in die periode.

¹⁹¹ CPB (2019) en interne raming VWS

¹⁹² Stand Ontwerpbegroting 2026. De uitgaven totaal Zvw en ggz van 2021 zijn gecorrigeerd voor de schadedip GGZ. Door de overstap van diagnose behandel combinaties naar consultbekosting per 1 januari 2022 werden alle in 2021 gestarte behandelingen uiterlijk 31 december 2021 afgesloten. Hoewel deze aanpassing geen gevolgen had voor de hoeveelheid ggz die feitelijk werd geleverd, was er hierdoor in 2021 om administratieve redenen wel sprake van eenmalig lagere zorguitgaven in termen van schadelast. De impact was berekend op € 1.247 miljoen. De werkelijke ggz-uitgaven bedroegen in 2021 € 2.954 miljoen en de Zvw-uitgaven € 50.766 miljoen.

¹⁹³ Hierbij is gecorrigeerd voor algemene prijsstijging en demografische ontwikkelingen. Kosten betreffen de kosten voor specialistische ggz, exclusief medicatie. Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2016-2020 data)

Figuur 5.2: Reële ontwikkeling in totale kosten, gebruik en kosten per gebruiker van specialistische ggz tussen 2016 en 2020, gecorrigeerd voor inflatie en bevolkingsgroei¹⁹⁴



Ook in de Wlz zijn de uitgaven voor de zorg aan mensen met een psychische aandoening de laatste jaren toegenomen. Sinds 2021 kunnen mensen met een psychische aandoening een indicatie voor de Wlz krijgen als zij een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht. Sindsdien is een deel van de groep mensen die voorheen zorg ontving vanuit de Wmo (beschermd wonen of andere vormen van ondersteuning) en/of Zvw overgegaan naar de Wlz. De uitgaven zijn gestegen van € 1,6 miljard in 2021 tot bijna € 2,7 miljard in 2024.¹⁹⁵ Dit zijn hogere uitgaven dan vooraf was voorzien. Een belangrijke reden daarvoor is dat het aantal mensen dat in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie vanwege een psychische aandoening veel hoger is uitgevallen dan eerder door het ministerie van VWS is ingeschat. De instroom lijkt inmiddels gestabiliseerd te zijn. In 2025 worden maandelijks circa 100 nieuwe Wlz-indicaties afgegeven aan mensen met een psychische aandoening. Sinds de toegang tot de Wlz mogelijk is gemaakt in 2021 is het aantal cliënten gedaald dat gebruik maakt van Wmo beschermd wonen.

De uitgavenontwikkeling waarover in het IZA afspraken gemaakt zijn voor de curatieve ggz is niet gerealiseerd. Het macrokader ggz is naar aanleiding van overschrijdingen in 2024 en vanaf 2025 structureel met ongeveer € 200 miljoen naar boven bijgesteld.¹⁹⁶

De kosten binnen de curatieve ggz zijn scheef verdeeld. De 10% mensen met de hoogste zorgkosten in de specialistische ggz maakten samen ongeveer 54% van de kosten, terwijl de 10% mensen met de laagste zorgkosten samen slechts 1% van de kosten maakten (zie figuur 5.3).¹⁹⁷ Meer middelen vrijmaken voor mensen met een intensievere hulpvraag door te korten op zorg bij lichte hulpvragen, zal alleen kunnen als het zorggebruik van een grote groep gebruikers met een lichte zorgvraag wordt beperkt. Als bijvoorbeeld 10% van de totale kosten van de specialistische ggz (€ 365 miljoen) verschoven zou worden van mensen met de goedkoopste zorgvraag naar de groep mensen met een intensievere hulpvraag, dan zou 47,5% van de mensen met de laagste kosten geen zorg meer moeten ontvangen (zie tabel 5.1).¹⁹⁸

¹⁹⁴ De ontwikkeling in gebruiker en de ontwikkeling in kosten per gebruiker tellen niet op tot de ontwikkeling in totale kosten vanwege de overlap in effecten.

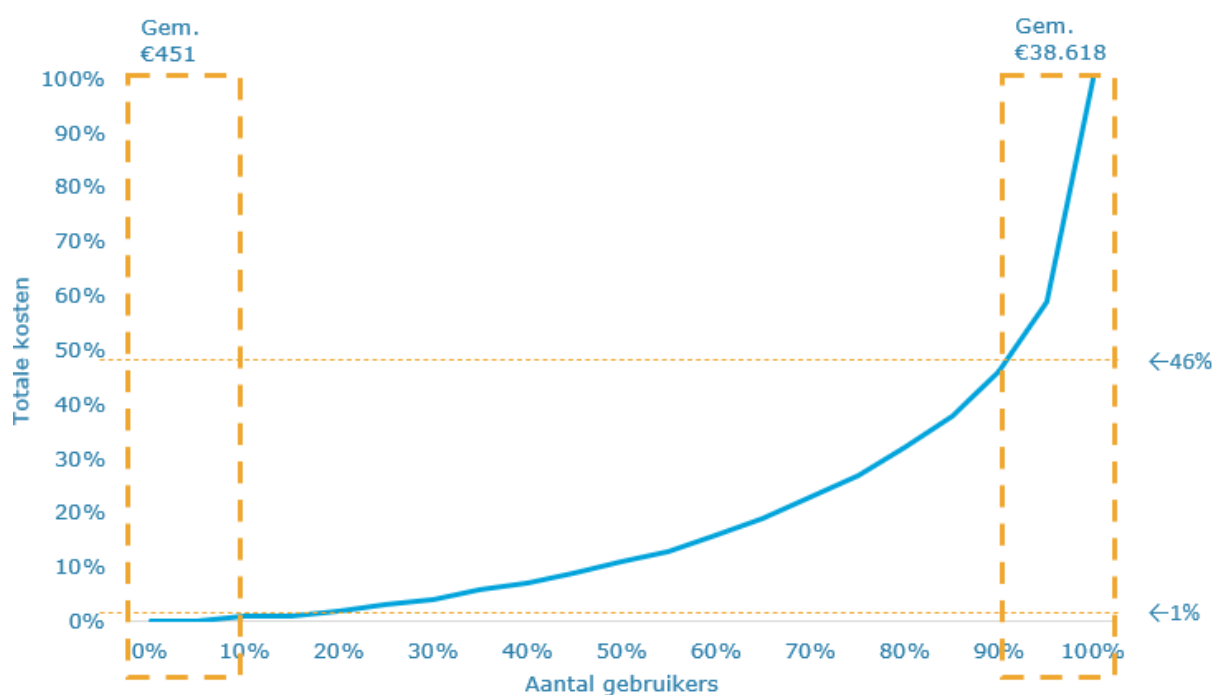
¹⁹⁵ Stand Ontwerpbegroting 2026 VWS

¹⁹⁶ Rijksoverheid (2025)

¹⁹⁷ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data).

¹⁹⁸ Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data).

Figuur 5.3: Aandeel gebruikers (x-as) en kosten (y-as) specialistische ggz, % 2019



Tabel 5.1: Gevolgen van een besparing van 5%, 10% of 20% in de specialistische ggz in bedrag, aantal personen en % van totaal gebruik bij gebruikers met de laagste en hoogste kosten, 2019

	TE REDUCEREN BEDRAG (MLN)	GEBRUIKERS MET LAAGSTE KOSTEN 'LINKERZIJDE VAN DE CURVE' (AANTAL, % VAN TOTAAL GEBRUIK)	GEBRUIKERS MET HOOGSTE KOSTEN 'RECHTERZIJDE VAN DE CURVE' (AANTAL, % VAN TOTAAL GEBRUIK)
5% kostenvermindering	€ 183	167.000 (32,5%)	3.553 (0,7%)
10% kostenvermindering	€ 365	244.559 (47,5%)	6.279 (2,3%)
20% kostenvermindering	€ 730	341.095 (66,3%)	12.558 (4,5%)

6. Probleemanalyse

- In de vorige hoofdstukken is geconstateerd dat de mentale gezondheid verslechtert en dat de huidige organisatie van ondersteuning en zorg de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid onder druk zet. In dit hoofdstuk wordt eerst een overkoepelende constatering gedaan, en worden vervolgens vier kernoorzaken besproken die raken aan het beleid en handelingsperspectief van de overheid:
- Overkoepelend wordt onvoldoende rekening gehouden met de aard van psychische problematiek. In hoofdstuk 2 staat het weerbarstige karakter beschreven: het is afhankelijk van de persoonlijke context en omgeving, kan een onvoorspelbaar beloop hebben en is moeilijk af te bakenen. Hierdoor is een primair medische benadering voor veel mensen te beperkt en voor sommige mensen niet nodig. Deze constatering loopt als een rode draad door de probleemanalyse.
- De eerste kernoorzaak is dat een gerichte en structurele overheidsaanpak om mentale gezondheid te verbeteren ontbreekt. De preventieve taak van gemeenten en GGD'en ziet niet specifiek op mentale gezondheid en het Rijk vult de verantwoordelijkheid in met tijdelijke programma's. Bij beleidsterreinen die een indirect effect hebben op de mentale gezondheid ontbreekt aandacht voor de indirecte gevolgen. Ook is er weinig wetenschappelijke kennis over (kosten)effectieve interventies en zijn er weinig prikkels voor investeringen in preventieve interventies.
- De tweede kernoorzaak signaleert dat de vraag naar ggz aanzienlijk groter is dan het aanbod. Deze vraag stijgt bovendien en de prevalentie van psychische aandoeningen neemt toe. Het aanbod is de afgelopen jaren weliswaar ook toegenomen, maar loopt tegen grenzen aan. Daarbij komt dat aanbod extra vraag kan creëren en dat psychische problematiek vatbaar is voor medicalisering. Het begrenzen van de vraag naar ggz is tot dusver ingewikkeld gebleken, omdat het moeilijk is een zorgvraag objectief af te bakenen.
- De derde kernoorzaak is het uitblijven van het benodigde aanbod. In de Zvw hebben zorgaanbieders onvoldoende belang bij het realiseren van aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek. Het stelsel faciliteert zorg voor mensen met een lichte zorgvraag meer dan voor mensen met een zware zorgvraag. Zorginkoop zou hier tegenwicht aan moeten bieden, maar sturing door inkopers komt onvoldoende uit de verf, mede omdat dit type zorg vaak niet voldoet aan de voorwaarden die nodig zijn voor inkoop in gereguleerde concurrentie. Daarnaast worden niet alle mogelijkheden om het aanbod doelmatiger in te zetten, zoals groepsbehandeling, gebruikt.
- De vierde kernoorzaak is de sterk versnipperde organisatie van de ondersteuning en zorg bij psychische problematiek. Dit is het geval binnen én tussen wetten en domeinen. Hierdoor is er niet één partij verantwoordelijk voor de coördinatie van een integrale aanpak voor individuen of gezinnen. Er zijn problemen in de bekostiging en in de mogelijkheden tot afwentelen en er is onduidelijkheid over waar iemand terecht kan. Tevens bemoeilijkt de versnippering ook de samenwerking met domeinen buiten de zorg, zoals bijvoorbeeld met het woon-, arbo- en sociaal domein.
- De manier waarop ondersteuning en zorg is georganiseerd, schiet tekort voor de mensen die hard nodig hebben. De inrichting zal beter moeten aansluiten bij de aard van psychische problematiek. Het geheel en de samenloop van beleid voor psychische problematiek is daarmee zonder aanpassing onhoudbaar.

In hoofdstuk 5 zijn de problemen benoemd van het mentale gezondheidsbeleid en van de ondersteuning en zorg bij psychische klachten. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de onderliggende oorzaken – ook wel kernoorzaken - in het gevoerde overheidsbeleid zijn. Deze kernoorzaken kunnen vervolgens aangrijpingspunten zijn voor beleidsopties. De vier geconstateerde kernoorzaken worden allemaal beïnvloed door de overkoepelende constatering over de aard van mentale gezondheid en psychische problematiek. Deze kenmerken van mentale gezondheid en psychische klachten zijn een gegeven en inherent aan de aard van psychische problematiek. Het is belangrijk om hier kennis van te hebben, omdat deze kenmerken doorwerken in de vier geformuleerde kernoorzaken van de geconstateerde problemen. Zie figuur 6.1 voor een overzicht van de problemen en kernoorzaken.

Figuur 6.1: Overzicht problemen en kernoorzaken mentale gezondheid en ondersteuning en zorg



6.1 Overkoepelende constatering: Aard psychische problematiek

Psychische problematiek is afhankelijk van iemands persoonlijke context en omgeving, kan een onvoorspelbaar beloop hebben en is moeilijk af te bakenen. Daardoor is een primair medische benadering bij veel mensen te beperkt en bij een deel van de mensen niet nodig.

Zowel in beleid als in de samenleving wordt psychische problematiek nog vaak benaderd met een lineaire, medische en individuele blik, net als somatische aandoeningen. Psychische klachten worden gezien als een probleem van het individu dat door de zorg kan worden opgelost door de juiste behandeling toe te passen.¹⁹⁹ Er wordt hierbij soms nog te gemakkelijk gedacht dat een zorgmedewerker een diagnose kan stellen en dat vervolgens een bewezen effectieve behandeling kan worden gestart die de patiënt geneest. Voor een groot deel van de psychische problematiek is deze benadering te beperkt en moet het worden aangevuld met andere elementen en ondersteuning, of zelfs volledig vervangen worden door hulp buiten het medisch domein. Dat betekent niet dat een medische benadering bij niemand helpt.

¹⁹⁹ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2025b)

Het is daarom belangrijk om bij het beleid rondom mentale gezondheid en psychische problematiek rekening te houden met de kenmerken van psychische problematiek, zoals toegelicht in paragraaf 3.2. De meest relevante punten zijn:

- Psychische problematiek heeft een grote diversiteit aan oorzaken. Biologische, psychosociale en sociaal culturele factoren hebben invloed op psychische klachten en vaak beïnvloeden deze factoren elkaar.
- Het beloop van klachten is op individueel niveau onvoorspelbaar. De grilligheid van het menselijk leven zorgt er dus voor dat het beloop van de klachten veranderlijk is. Psychische problematiek is vaak episodisch en kan op meerdere momenten in het leven terugkeren.
- Psychische aandoeningen zijn moeilijk objectief af te bakenen. Dit komt doordat symptomen meestal niet fysiek zichtbaar zijn in het lichaam of het brein, klachten dimensioneel kunnen zijn (geen hard onderscheid tussen ziek en gezond) en symptomen kunnen overlappen tussen aandoeningen. Hierdoor is er in de classificatie van aandoeningen en in de behandeling ruimte voor interpretatie.
- De effectiviteit van een behandeling is mede-afhankelijk van de behandelrelatie, de patiënt en de context van een patiënt. Vanwege de diversiteit aan oorzaken verschilt het van persoon tot persoon wat helpt om er weer bovenop te komen. Dit ligt vaak ook buiten het medisch domein en hangt nauw samen met de context/omgeving waarin iemand zich bevindt.²⁰⁰
- De ontwikkeling van maatschappelijke normen heeft invloed op hoe we omgaan met psychische klachten. Doordat psychische aandoeningen moeilijk af te bakenen zijn, zijn ze vatbaar voor medicalisering.

6.2 Kernoorzaak 1: Gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie ontbreekt

Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt

De verslechtering van de mentale gezondheid vormt een breed maatschappelijk vraagstuk. Deze kernoorzaak richt zich specifiek op het handelingsperspectief van de overheid in relatie tot mentale gezondheid en beschrijft waarom effectief beleid om de mentale gezondheid te verbeteren ontbreekt.

Er wordt door de overheid beperkt actie ondernomen om de mentale gezondheid te bevorderen. Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt. Aan mentale gezondheid wordt momenteel alleen invulling gegeven met vrijblijvend decentraal beleid bij gemeenten en GGD'en via de Wpg en met tijdelijke (langjarige) programma's. Denk bijvoorbeeld aan de aanpak Mentale Gezondheid of preventieve programma's voor jeugdigen studenten in het onderwijs. De centrale overheid geeft echter weinig richting aan de decentrale overheden over of en welk beleid ze moeten voeren om de mentale gezondheid te bevorderen. En door de tijdelijke aard van deze programma's wordt niet ingezet op een structurele aanpak en wordt aandacht voor mentale gezondheid onvoldoende geborgd. Dit terwijl preventieve maatregelen vaak pas op de lange termijn effect hebben.

²⁰⁰ Zie uitwerking en onderbouwing in hoofdstuk 3.1.

Door de decentralisatie van het publieke mentale gezondheidsbeleid is er beperkt zicht op de inzet en resultaten van beleid en kan er centraal nauwelijks bijgestuurd worden.

De inzet en uitkomsten van decentraal beleid worden niet structureel gemonitord. Dit geldt voor publieke gezondheid in het algemeen en dus ook voor de publieke mentale gezondheid. De Rijksoverheid legt alleen verantwoording af over hoe het stelsel functioneert, maar niet over het beleid dat gemeenten voeren en de resultaten daarvan. De RVS constateert wel dat er verschillen zijn tussen gemeenten in hoe ze invulling geven aan hun rol in de publieke gezondheidszorg en dat de monitoring van geboekte voortgang versnipperd en onvoldoende breed is en dat verantwoording niet sluitend is.²⁰¹ Hierdoor is niet duidelijk of het beleid van de gemeenten bijdraagt aan het verbeteren van de mentale gezondheid. Vanwege de gedelegeerde verantwoordelijkheid is het afhankelijk van lokale besluitvorming welk beleid wordt gevoerd, en kan er beperkt centraal worden gestuurd.

Bij aanpalende domeinen ontbreekt aandacht voor indirecte effecten op de mentale gezondheid en flankerend beleid om deze mogelijke negatieve effecten van beleid op de mentale gezondheid te mitigeren.

Beleid van andere departementen op andere beleidsterreinen heeft gevolgen voor de mentale gezondheid. Zo kan het tekort aan betaalbare woonruimte tot mentale problemen leiden of het werken aan herstel bemoeilijken.²⁰² In het onderwijs wordt niet altijd structureel aandacht besteed aan sociaal-emotionele vaardigheden en psychologische opvoeding en er is geen structurele kennis en ondersteuningsinfrastructuur. In de eerstelijnszorg is er te weinig aandacht voor geldzorgen en schulden, waardoor mentale klachten die ontstaan uit financiële stress niet goed worden opgepakt en worden doorverwezen door bijvoorbeeld huisartsen. Sociale media wordt beperkt gereguleerd. Ondanks het feit dat het exacte effect van sociale media op mentaal welzijn nog onderdeel is van het wetenschappelijke debat, kan er een reden zijn voor overheidsingrijpen vanuit het verzorgingsprincipe; diverse landen maken hier al wetgeving voor. De mogelijke baten van het beperken van gebruik van sociale media bij kinderen zijn naar verwachting namelijk groter dan de kosten van ingrijpen. Het beïnvloeden van gedrag ter verbetering van de mentale gezondheid via regulering en beprijzing wordt Volgens de 'Best Buys'²⁰³ van de WHO zou rondom alcohol namelijk vooral ingezet moeten worden op prijsregulering en het reguleren van marketing en de fysieke beschikbaarheid van alcohol.²⁰⁴

Op het terrein van sociale zekerheid, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden wordt niet altijd rekening gehouden met mensen met mentale problematiek terwijl hier de indirecte effecten het zwaarst wegen.

Ggz-gebruik is hoog onder uitkeringsgerechtigden, de psychische problematiek kan de oorzaak van de uitkering zijn, maar toeleiding naar werk zou voor uitkeringsgerechtigden juist ook voor een verbeterde mentale gezondheid kunnen zorgen. Vanwege de daling van de mentale gezondheid, maar ook vanwege psychosociale arbeidsbelasting, loopt de instroom van mensen met psychische aandoeningen in de WIA verder op. PTSS en burn-out zijn steeds vaker een diagnose bij de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, vooral bij jonge vrouwen. In beleid rondom re-integratie naar werk kan meer rekening worden gehouden met het niet-lineaire, episodische beloop van mentale problemen. Werkgevers nemen vanwege (financiële) prikkels en het stigma rond mentale problemen vaak geen werknemers met mentale problemen aan. Daarnaast is er weinig contact tussen arboartsen en de ggz, waardoor psychische klachten die (mede) werkgerelateerd zijn niet adequaat gesignaleerd en behandeld worden.

²⁰¹ RVS (2023b)

²⁰² RVS (2023b)

²⁰³ Een 'Best Buy' is een bewezen (kosten)effectieve maatregel.

²⁰⁴ WHO (2018)

Bij het maken van beleid op domeinen buiten de zorg wordt de impact op de mentale gezondheid niet expliciet meegenomen, omdat het verbeteren van de mentale gezondheid niet het primaire doel is. Hierdoor wordt geen flankerend beleid gemaakt om mogelijke effecten op de mentale gezondheid te mitigeren. Er is nu geen gecoördineerde, gestructureerde en departement overstijgende aanpak, maar hier wordt wel aan gewerkt. Het risico bestaat dat andere beleidsdoelen botsen met het streven naar mentale gezondheid.

De kennisbasis voor effectief mentaal gezondheidsbeleid kent substantiële lacunes en er zijn weinig prikkels voor investeringen. De wetenschappelijke onderbouwing van (kosten)effectiviteit van interventies op het gebied van mentale gezondheid blijft achter bij die voor somatische aandoeningen omdat de meeste economische evaluaties zich traditioneel primair richten op fysieke gezondheidsuitkomsten. Hierdoor wordt mentale gezondheidswinst ondergewaardeerd in beleidsafwegingen.²⁰⁵ Het vaststellen van causale verbanden wordt bemoeilijkt door de complexe interactie tussen determinanten van mentale gezondheid. Het investeringsklimaat voor preventieve interventies wordt gehinderd door structurele barrières. De opbrengsten manifesteren zich vaak pas op lange termijn en kennen inherente onzekerheid. De baten van preventieve maatregelen komen vaak bij andere partijen dan de investeerder terecht. Dit is het zogenaamde 'wrong pocket'-probleem.²⁰⁶ Deze factoren belemmeren het ontwikkelen van kennis over effectieve preventieve aanpakken en bemoeilijken investeringen in het versterken van mentale gezondheid.

Ook de kennisbasis over mentale gezondheid van de algemene bevolking is beperkt. Het ontbreekt burgers aan inzicht in vroege signalen van mentale problematiek en kennis over beschikbare interventies. Veel mensen weten wat ze moeten doen om bijvoorbeeld een ongezond gewicht te voorkomen, maar er is minder bekend over wat gedaan kan worden om somberheidsklachten te verhelpen. Dit gebrek aan 'mentale gezondheidsgeletterdheid' resulteert in een uitgestelde vraag naar hulp, waarbij pas professionele ondersteuning wordt gezocht wanneer klachten zich reeds hebben verergerd - met alle maatschappelijke en persoonlijke kosten van dien.²⁰⁷

Meer beleid op het gebied van publieke mentale gezondheid is van belang vanwege de aard en omvang van psychische problematiek en de maatschappelijke kosten die dit met zich meebrengt. Gedurende het leven heeft 50% van de mensen psychische klachten. De problematiek begint vaak in de jeugd en kan episodisch terugkeren, is sterk afhankelijk van de context en omgeving en brengt hoge maatschappelijk kosten met zich mee. Bovendien is de behandel-effectiviteit van de ggz beperkt. Dit pleit ervoor om beleid te voeren op publieke mentale gezondheid. Het is niet houdbaar om een gezondheidssysteem in te richten dat bij veelvoorkomende aandoeningen alleen inzet op zorg als de klachten ontstaan.

²⁰⁵ Kennisplatform Preventie (2023)

²⁰⁶ CPB et al. (2025)

²⁰⁷ Jorm, Christensen & Griffiths (2006) en Salerno (2016)

6.3 Kernoorzaak 2: Vraag groter dan aanbod

De vraag naar ggz is aanzienlijk groter dan het aanbod

De vraag naar ondersteuning en zorg stijgt. De prevalentie van psychische aandoeningen stijgt. Hierdoor is de vraag naar zorg potentieel vele malen groter dan het huidige gebruik. Om in aanmerking te komen voor verzekerde zorg in de Zvw gelden twee criteria: verwijzing door de huisarts en het vermoeden van een diagnose op basis van DSM. Het percentage volwassenen met een psychische aandoening is de afgelopen 12 jaar fors toegenomen volgens het NEMESIS onderzoek. Van 17% in 2007-2009 naar 26% in 2019-2022. Nog geen vijfde van de mensen met een psychische aandoening (18%) maakt gebruik van de geneeskundige ggz.²⁰⁸ Dit betekent dat er nog veel meer mensen recht op zorg hebben dan er nu gebruik van (kunnen) maken. De stijgende prevalentie van psychische aandoeningen en het in verhouding lage gebruik van ggz-zorg bij psychische aandoeningen illustreert de spanning tussen het ruim gedefinieerde recht op zorg op basis van een DSM-classificatie en de uitvoerbaarheid hiervan in het huidige stelsel. Zeker als er een tendens is om psychische problematiek te medicaliseren. Bovendien is het de vraag of iedereen die in aanmerking komt voor ggz-zorg, hier ook baat bij heeft.

Hoewel het aanbod is toegenomen loopt het aantal mensen dat in de sector werkt tegen grenzen aan. Zo is ten opzichte van 2018 het totaal aantal werkzame GZ-psychologen in 2022 met 17% gegroeid naar meer dan 15.000.²⁰⁹ Volgens de prognoses zou dit aantal in 2032 gegroeid moeten zijn naar meer dan 20.000. Het is echter de vraag of het aantal professionals in de sector mee kan groeien met de vraag, en of dit wenselijk is. Vanwege de structurele krapte op de arbeidsmarkt zal het moeilijk zijn om extra personeel aan te trekken. Nergens in de zorg is de vacaturegraad zo hoog als in de ggz, en de verwachting is dat dit in de toekomst verder zal stijgen. In de ggz stonden er in 2024 70 vacatures per duizend banen open, terwijl er in zorg en welzijn breed 42 per duizend open stonden.²¹⁰ De verwachting is dat, indien er niets verandert, het arbeidsmarkttekort zal stijgen van 8.600 in 2025 naar 20.800 duizend in 2034.²¹¹ Tegelijkertijd is het aantal professionals in de ggz gegroeid van 90.000 in 2018 naar ongeveer 119.000 in 2025.²¹² Eind 2024 gaf 40,9% van de werknemers in de ggz aan de werkdruk (veel) te hoog te vinden, ten opzichte van 35,4% zorgbreed.²¹³ Daarbij komt dat het aantal mensen dat in de zorg werkt op dit moment al 1 op 6 is. Als dit verder stijgt dan gaat dit waarschijnlijk ten koste van andere sectoren die om personeel verlegen zitten. Bovendien is het aantal psychologen (zie figuur 6.2) en psychiaters werkzaam in de ggz al relatief ruim in internationaal perspectief. In Nederland werkten in 2023 25 psychiaters per 100.000 inwoners. In Europa werken er alleen in Zwitserland, Liechtenstein, Duitsland en Griekenland verhoudingsgewijs meer psychiaters.²¹⁴ Meer aanbod (in combinatie met meer gebruik) maakt de zorg ook duurder, wat zich vertaalt in hogere premies, hogere lasten en/of verdringing van andere collectieve uitgaven. Dat betekent dus dat er grenzen zijn aan de hoeveelheid ondersteuning en zorg die collectief georganiseerd kan worden.

²⁰⁸ Trimbos-instituut (z.d.b)

²⁰⁹ Capaciteitsorgaan (2023)

²¹⁰ CBS (z.d.)

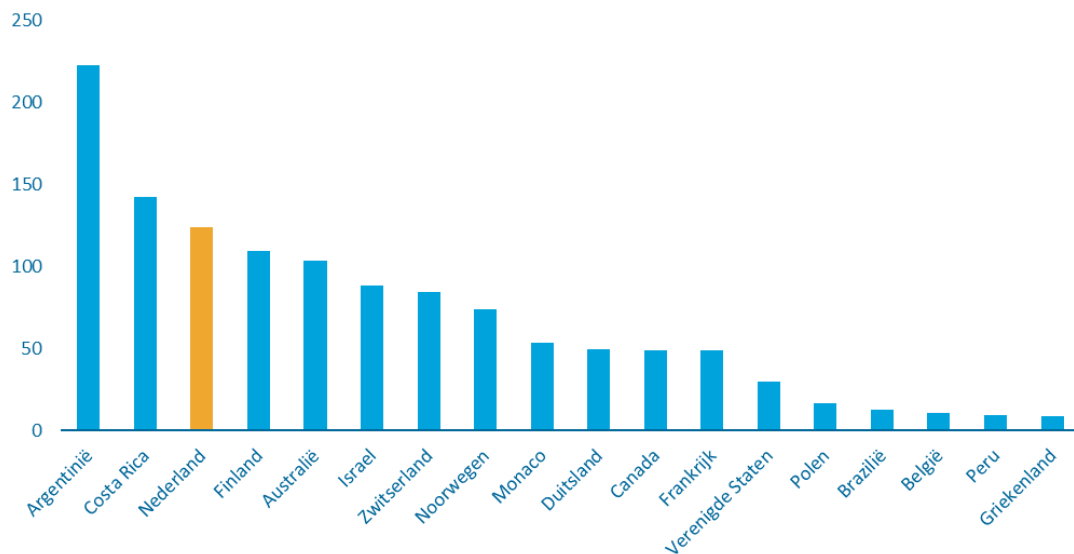
²¹¹ Ministerie van VWS (z.d.-c)

²¹² CBS (z.d. -b)

²¹³ CBS (z.d. -c)

²¹⁴ Eurostat (2025b)

Figuur 6.2: Aantal psychologen werkzaam per 100.000 inwoners²¹⁵



Daarbij komt dat aanbod ook extra vraag kan creëren. Dit komt doordat aanbieders in de ggz mogelijkheden hebben om de vraag te beïnvloeden, gezien de aard van psychische problemen, de grote potentiële vraag en het brede recht op verzekerde zorg. Aanbieders kunnen 'reclame' maken en patiënten behandelen die volgens de criteria recht op zorg hebben, maar waarbij het de vraag is of het bieden van een ggz-behandeling wel wenselijk is, zowel voor het individu als maatschappelijk. Onderzoeken laten zien dat er sprake is van aanbod-geïnduceerde zorg in de ggz. Zo worden meer mensen geholpen in wijken waar meer psychologen en psychiaters zijn gevestigd.²¹⁶ Ook is bij de invoering van het eigen risico in de ggz gebleken dat als er minder patiënten zijn, deze tijd door psychologen en psychiaters die bij gebudgetteerde aanbieders werken wordt opgevuld door andere patiënten langer te behandelen. Dit is ook een vorm van aanbod-geïnduceerde vraag.

Onderzoeken komen tot tegengestelde conclusies over of de introductie van de POH-ggz tot aanbod-geïnduceerde vraag leidt, of dat de POH-ggz voorkomt dat mensen in de basis- of specialistische ggz komen. Onderzoek wat zich vooral richt op de verschillen tussen praktijken wijst erop dat wanneer de inzet van POH-ggz in huisartsenpraktijken hoog is, er minder mensen met een depressie of klachten van depressieve aard in de generalistische basis-ggz of specialistische ggz terechtkomen.²¹⁷ Ander onderzoek naar de toename van de inzet van de POH-ggz binnen praktijken over de tijd, wijst erop dat de behandeling door de POH-ggz vooral wordt ingezet als aanvulling, en niet als vervanging van behandeling in de generalistische basis of gespecialiseerde ggz. Patiënten die behandeld worden door de POH-ggz kunnen in twee groepen worden opgedeeld. De grootste groep (twee derde van alle patiënten) wordt enkel en alleen behandeld door de POH-ggz, en zou ook geen andere behandeling hebben ontvangen in de afwezigheid van de POH-ggz. De tweede groep (één derde van alle patiënten) wordt behandeld door de POH-ggz, maar ontvangt ook zorg binnen de basis of gespecialiseerde ggz. Deze groep zou in de afwezigheid van de POH-ggz, dezelfde behandeling hebben ontvangen binnen de basis of gespecialiseerde ggz. Dit onderzoek laat dus zien dat er bijna geen mensen zijn die, doordat ze behandeld worden door de POH-ggz, minder zorg binnen de basis of gespecialiseerde ggz

²¹⁵ WHO (2019)

²¹⁶ Ahti (2024)

²¹⁷ Dros et al. (2024)

gebruiken. In dat geval zou de POH-ggz dus geen druk wegnemen bij de andere zorgsoorten en tot aanbod-geïnduceerde vraag leiden. Dit onderzoek wijst er ook op dat vooral groepen die voor de introductie van de POH-ggz al relatief vaak gebruik maakten van mentale gezondheidszorg (lager opleidingsniveau, geen migratieachtergrond, vrouwen), een grotere kans hebben om behandeld te worden door de POH-ggz. Dit betekent dus dat de ongelijkheid in behandeling is toegenomen. Tenslotte laat het onderzoek zien dat de toename in kans op behandeling door de POH-ggz ook niet geleid heeft tot verbeteringen in de arbeidsmarktpositie van patiënten.²¹⁸

Tegelijkertijd wordt de vraag naar zorg van mensen met psychische klachten nauwelijks afgeremd. Ons stelsel is zo ingericht dat bij psychische klachten een ggz-behandeling de logische route voor mensen is. En vanwege de brede aanspraak en het gebrek aan alternatieve vormen van hulp, is het begrijpelijk dat de huisarts en de POH-ggz mensen naar de ggz verwijzen en mensen met een hulpvraag dit advies opvolgen. Immers, de impact van psychische klachten op het dagelijks leven is ingrijpend en mensen zijn op zoek naar hulp. Ook het ontbreken van eigen bijdragen (naast het eigen risico) maakt dat hulpvragers doorgaans minder kritisch hoeven af te wegen of een behandeling daadwerkelijk nodig is, en wanneer die kan worden beëindigd. Bij een eerdere invoering van een eigen bijdrage in de ggz bleek dat patiënten hier wel gevoelig voor zijn, destijds daalde het aantal gestarte behandelingen met 35%.²¹⁹ Tegelijkertijd kan voor een deel van de hulpvragers een eigen bijdrage, hoe beperkt ook, een financiële drempel zijn om hulp te zoeken die zij wel echt nodig hebben. Dit blijkt uit het feit dat het aantal gedwongen opnames van mensen met zware psychische aandoeningen verdubbelde. En ook het aantal acute opnames destijds steeg met 25%.²²⁰

Daarnaast is begrenzing van het gebruik van ggz in regelgeving door de overheid en inkoper op basis van een classificatie van een aandoening lastig. Begrenzen van toegang tot zorg op basis van classificaties kan leiden tot upcoding. Een voorbeeld is het besluit om bij de DSM-classificatie aanpassingsstoornis (bijv. burn-out) in de curatieve ggz niet meer te vergoeden. Het effect was dat het aantal mensen met andere DSM-classificaties steeg omdat mensen onder een ander DSM-code werden behandeld.²²¹ Daarnaast zegt een DSM-classificatie niets over de ernst of zwaarte van een aandoening. Inkopers en overheid zijn afhankelijk van de professionele inschatting van verwijzers en andere professionals of iemand zorg nodig heeft. In de Zvw is de zorgvraagtypering ontwikkeld met als doel om zorgbehoefte transparant te maken, door een verband te leggen tussen zorgvraag van groepen patiënten en inzet van zorg. De zorgvraagtypering staat sinds half 2022 op de factuur en wordt doorontwikkeld.²²² De zorgvraagtypering kan op groepsniveau tot op een bepaald niveau een inschatting maken van de zorgvraag op basis van kenmerken van de hulpvrager. Maar in hoeverre de zorgvraag van een individu op termijn voorspeld kan worden en dus gebruikt kan worden voor begrenzing van toegang tot zorg staat ter discussie. De grote invloed van de context en de onvoorspelbaarheid van het beloop van psychische problematiek maken het immers ingewikkeld om de zorgvraag in te schatten.

²¹⁸ Prudon (2025b)

²¹⁹ Lambregts & Van Vliet (2018)

²²⁰ Ravesteijn et al. (2017)

²²¹ Algemene Rekenkamer (2015)

²²² Adviescommissie zorgvraagtypering ggz (z.d.)

6.4 Kernoorzaak 3: Benodigd aanbod komt onvoldoende tot stand

Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand vanwege prikkels in het huidige beleid, dit geldt zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek.

6.4.1 Zvw

Zorgaanbieders hebben onvoldoende belang bij het prioriteren van zorg voor mensen met ernstige of complexe problematiek. Aanbieders hebben vanuit de bekostiging en de eventuele overkoepelende (financiële) afspraken niet altijd een belang om complexere of ernstige zorgvragen te prioriteren. Door een gebrek aan goede informatie over de zorgvraag, de effectiviteit van de behandeling en de kosten van zorg voor patiënten met een ernstige problematiek, maken inkopers vaak gebruik van inkoopafspraken die zijn gebaseerd op gemiddelde opbrengsten en kosten. Deze generieke benadering stimuleert aanbieders om zich te richten op patiënten bij wie de zorgvraag en kosten relatief voorspelbaar en onder het gemiddelde blijven. Tegelijkertijd worden aanbieders in de bekostiging gecompenseerd voor indirecte tijd op basis van een berekening van het gemiddelde, terwijl indirecte tijd juist bij complexe zorg cruciaal is voor afstemming tussen hulpverleners of ondersteuning van mantelzorgers. Het leidt ertoe dat er onvoldoende zorgaanbod is voor mensen met ernstige en complexe problematiek.

Ook de schaarste op de arbeidsmarkt kan het voor aanbieders aantrekkelijker maken om patiënten te behandelen met minder complexe casuïstiek. Het behandelen van mensen met complexe problematiek kan belastend zijn voor het personeel, bijvoorbeeld omdat avond-, nacht- en weekenddiensten noodzakelijk zijn, omdat het kan gaan om patiënten met disruptief gedrag of omdat een meer beperkte kans op herstel minder voldoening geeft (zie onderstaande casus).²²³ De personeelstekorten zijn in bepaalde regio's hoger dan in andere. Omdat de zorgvraag substantieel groter is dan het aanbod en er lange wachttijden zijn, hebben zorgaanbieders de mogelijkheid om te kiezen welke (groepen) patiënten ze willen behandelen en in welke regio ze dat willen doen. In vergelijking met grote zorginstellingen behandelen vrijgevestigde praktijken meer cliënten met lichtere problematiek.²²⁴ Er is een dynamiek zichtbaar dat de hulpvragen in (grotere) instellingen zwaarder worden en grote instellingen personeel verliezen omdat professionals vertrekken naar kleinere aanbieders of voor zichzelf beginnen in een vrijgevestigde praktijk.

Zorg voor mensen met complexe hulpvragen onaantrekkelijk

Een professional vertelt: "Ik leerde in mijn opleiding al dat veel hulpverleners graag 'Javis-clieñten' hebben. Dat is een afkorting voor 'jong, aantrekkelijk, verbaal begaafd, intelligent en sociaal aangepast'. De moeilijkere klanten moeten wachten of het contact ermee wordt afgesloten. In België noemden ze het de 'pistache-nootjes'. De laatste paar moeilijke nootjes die je met je handen niet open krijgt, blijven in het schaalte liggen."

²²³ Ministerie van VWS (2024)

²²⁴ Informatie opgeleverd door Vektis over zware en lichtere patiëntengroepen in het kader van het IBO (2025).

Zorginkoop zou hier in de curatieve ggz tegenwicht aan moeten bieden, maar sturing door inkopers komt door verschillende factoren onvoldoende uit de verf. Verzekeraars hebben een zorgplicht en moeten voor al hun verzekerden goede zorg inkopen, dus ook voor mensen met ernstige en complexe problematiek. Tegelijkertijd is er binnen de risicovereeniging gemiddeld genomen sprake van ondercompensatie voor verzekerden met hoge ggz-kosten. Ten tweede zorgt het onvoorspelbare beloop van psychische aandoeningen ervoor dat het tot dusver complex is gebleken om eenduidige producten te definiëren. Terwijl deze eenduidige producten wel nodig zijn om zorgverzekeraars en zorgaanbieders duidelijke afspraken te laten maken over de zorg. In het zorgprestatie-model (ZPM) wordt gedeclareerd op basis van losse zorgprestaties. Mogelijk dat de zorgvraagtypering hier meer inzicht in geeft, maar deze staat tot op heden in de kinderschoenen. Ten derde ontbreekt het aan betrouwbare uitkomst-informatie, waardoor zorgverzekeraars geen afspraken kunnen maken over kwaliteit. Het is de vraag of deze uitkomst-informatie uiteindelijk beschikbaar komt, omdat het beloop van psychische klachten grillig is en het verband tussen behandeling en uitkomst beperkt. Ten vierde spelen ook andere factoren mee zoals de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van grote zorginstellingen. Zij hebben vanwege hun grootte en regionale functie een relatief grote onderhandelingsmacht. Vrijgevestigden hebben minder macht tegenover zorgverzekeraars en hebben meestal alleen de mogelijkheid om een contract met standaard voorwaarden te tekenen. De mogelijkheid om ongecontracteerde zorg te verlenen versterkt echter de positie van deze aanbieders. Het aandeel niet-gecontracteerde zorg is ongeveer 6,8% van de totale zorgkosten in de ggz.²²⁵ Het nadeel hiervan is dat zorgverzekeraars beperkt prijs- en kwaliteitsafspraken kunnen maken met deze aanbieders.

Casus – Gebrek aan passend ggz-aanbod bij ernstige problematiek

Een 48-jarige man met autisme, een persoonlijkheidsstoornis en ernstige gedragsproblemen zoekt na enkele dagbehandelingen en korte opnames gespecialiseerde hulp, maar komt op een wachtlijst van drie jaar te staan. De ggz-instelling in zijn regio acht zich niet voldoende toegerust om een passende behandeling te bieden, maar kan wel zijn crisisgevoeligheid verminderen — ook hiervoor is echter een wachtlijst. In de tussentijd ontvangt hij beperkte Wmo-ondersteuning en ambulante zorg ter overbrugging. Door het gebrek aan adequate hulp valt hij uit op zijn werk en komt in de WIA terecht. De situatie thuis escaleert, met spanningen die leiden tot onveiligheid voor zijn vrouw en kinderen. Pogingen tot wachtlijstbemiddeling via zijn zorgverzekeraar en de regiotafel complexe casuïstiek leveren niets op. Dit heeft te maken met de complexiteit van de casus en het feit dat hij al ambulante behandeling krijgt en op een wachtlijst staat. Wanneer hij uiteindelijk wordt opgeroepen voor een intake, wordt hij alsnog afgewezen vanwege de ernst van zijn gedragsproblemen.²²⁶

De achterliggende oorzaak waarom de zorg bij ernstige psychische problemen onvoldoende tot stand komt is dat dit type zorg vaak niet voldoet aan de voorwaarden die nodig zijn voor inkoop in gereguleerde concurrentie. In de Zvw wordt de zorg bij psychische aandoeningen in gereguleerde concurrentie ingekocht. Gereguleerde concurrentie kan bijdragen aan betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg indien zoveel mogelijk aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Dit is maar beperkt het geval in de ggz, en vooral in de zorg voor mensen met ernstige problematiek. Oorzaken hiervan zijn het grillige beloop van de zorgvragen,

²²⁵ Vektis (2025)

²²⁶ Deze casus is behandeld door het team Complexe casuïstiek van VWS.

het feit dat er geen heldere afbakening is tussen ziek en niet ziek, het belang van de context waar een persoon zich in bevindt en de onduidelijkheid over welke hulp werkt voor wie (zie box hieronder). Toen de ggz werd overgeheveld naar de Zvw werd door gezondheidseconomen al gesteld dat ernstige psychische problematiek niet aan de benodigde randvoorwaarden voldeed. Dit lijkt niet te zijn veranderd.²²⁷ Deze wijze van ordening van het stelsel brengt een groter risico op negatieve effecten met zich mee, bijvoorbeeld dat het aanbod onvoldoende tot stand komt.

Gereguleerde concurrentie

In de ggz wordt in beperkte mate aan de voorwaarden voor een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt en zorginkoopmarkt voldaan. Randvoorwaarden waar ernstige psychische problematiek niet aan voldoet zijn:

- Adequate risicoverevening. Het risicovereveningsmodel voor ggz-kosten scoort op verschillende maatstaven stelselmatig minder goed dan het risicovereveningsmodel voor somatische zorgkosten.²²⁸ Verzekerden met hoge ggz-kosten worden gemiddeld ondergecompenseerd, terwijl verzekerden zonder of met lage ggz-kosten gemiddeld overgecompenseerd worden. Dit geldt ook als gecorrigeerd wordt voor een regulier verzekeraarsrisico, namelijk de mogelijkheid dat mensen in een jaar meer kosten maken dan ingeschat (er zijn ook verzekerden die minder kosten dan geraamd).²²⁹ Hier zijn beleidsmaatregelen voor genomen, maar die lossen niet het hele probleem op. Over- en ondercompensaties brengen prikkels voor risicoselectie met zich mee.²³⁰
- Kritische patiënten. Het is onzeker of het aantal kritische patiënten voldoende is om invloed uit te oefenen op het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars. Maar een klein percentage van de verzekerden stapt jaarlijks over. Bovendien lijken verzekerden voornamelijk oog te hebben voor de hoogte van de kosten van een zorgverzekering en lijken zij minder naar kwaliteit te (kunnen) kijken, omdat het inzicht hierin ontbreekt. Hier komt bij dat het onwaarschijnlijk is dat juist de (relatief kleine groep) mensen met een ernstige of complexe zorgvraag invloed kan uitoefenen op het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. De patiënt kan ook beperkt kiezen bij welke professional die terecht kan, zeker bij meer ernstige of complexe hulpvragen.
- Adequate consumenteninformatie en prestatie-indicatoren. Er is weinig betrouwbare uitkomstinformatie beschikbaar voor de curatieve ggz voor inkopers en consumenten. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars minder sturen op kwaliteit van zorg en doelmatigheid, terwijl consumenten nauwelijks mogelijkheden hebben om aanbieders op kwaliteit te onderscheiden.²³¹ Ook worden professionals slechts in beperkte mate beoordeeld op de kwaliteit van de geleverde zorg. De belangen die gepaard gaan met uitkomstinformatie zijn voor zorgaanbieders groot. Initiatieven om uitkomstinformatie op grote schaal transparant te maken voor consumenten en inkopers komen dan ook niet van de grond. Wanneer er wél initiatieven ontstaan, is er een grote prikkel voor aanbieders om de gepresenteerde uitkomsten positief te beïnvloeden. Dit gaat ten koste van de betrouwbaarheid van de informatie. Daarmee rijst de vraag of echt objectieve uitkomstinformatie - en daarmee ook adequate consumenteninformatie - in de curatieve ggz haalbaar is.

²²⁷ Schut, Van der Geest & Varkevisser (2005)

²²⁸ Cattel et al. (2024)

²²⁹ Ministerie van VWS (2023)

²³⁰ Van Kleef & Van Vliet (2025)

²³¹ Zorginstituut Nederland (2022)

- Eenduidige productdefinities. Vanwege het onvoorspelbare beloop van psychische aandoeningen is het tot dusver complex gebleken om eenduidige producten te definiëren. Eenduidige producten helpen zorgverzekeraars en zorgaanbieders om duidelijke afspraken te maken over de zorg. In het ZPM wordt gedeclareerd op basis van losse zorgprestaties. Mogelijk geeft de zorgvraagtypering meer inzicht in de zwaarte van de zorgvraag en de daaruit volgende zorgbehoefte, maar het gebruik hiervan staat nog in de kinderschoenen.
- Tarieven integrale kosten. De tarieven in het ZPM worden gebaseerd op kostprijsonderzoek, waarbij integrale kosten worden meegenomen. Er gelden echter maximumtarieven, waarbinnen zorgverzekeraars vrij zijn om te onderhandelen.
- Geen betwistbare marktaandelen. In de ggz is niet altijd sprake van betwistbare marktaandelen. De zorgaanbiedersmarkt heeft in de meeste regio's kenmerken van een oligopolie, waardoor de onderhandelingsmacht niet evenwichtig is verdeeld. In de meeste regio's is bijvoorbeeld sprake van maar één of enkele grote instellingen die zorg bieden voor mensen met een complexe hulpvraag bieden. Deze instellingen hebben daardoor een grote onderhandelingsmacht ten opzichte van zorgverzekeraars.²³²

Er zijn ook factoren die ervoor zorgen dat het beschikbare aanbod niet efficiënt wordt ingezet, zoals een risico op overbehandeling.

Een ggz-behandeling heeft afnemende meeropbrengsten en overbehandeling kan in sommige gevallen zelfs schadelijk zijn omdat het de autonomie van patiënten kan ondermijnen. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de eerste paar behandelingen veel meer gezondheidswinst opleveren, dan de daaropvolgende behandelingen.²³³ Er zijn in de ggz verschillende prikkels voor overbehandeling. Zorgprofessionals en zorginstellingen zijn medisch aansprakelijk voor hun patiënten en professionals vallen onder het tuchtrecht. Dat kan ertoe leiden dat een zorgprofessional liever te veel doet dan te weinig, om er zeker van te zijn dat het na uitstroom uit zorg goed gaat met de patiënt. Patiënt en behandelaar bouwen vaak een band op, waardoor het voor een behandelaar ingewikkeld kan zijn om een behandeling af te ronden als een patiënt net voldoende functioneert maar nog niet goed. Ook patiënten hebben weinig prikkels om een behandeling af te ronden als zij de hulp van professionals als prettig en helpend ervaren. Daarnaast wordt bekostigd op basis van productie en is behandelduur niet gereguleerd.²³⁴ Hierdoor komt het vaak voor dat behandelingen te lang doorlopen.

De inzet van groepsaanbod en digitale en hybride ggz blijft achter. Groepsbehandeling wordt beperkt ingezet, terwijl dit even effectief of effectiever kan zijn dan een-op-een behandeling.²³⁵ Groepsaanbod komt tot dusver beperkt van de grond vanwege voorkeuren van behandelaars en patiënten, financiële en administratieve drempels, omdat er in opleidingen nog te weinig aandacht aan wordt besteed en omdat het nog onvoldoende in richtlijnen nog is verwerkt.²³⁶ Ook voor digitale en hybride zorg geldt dat er bewezen effectieve en efficiëntere interventies zijn, die nog maar in beperkte mate worden ingezet.²³⁷ Aandachtspunt is dat er beperkt van elkaar wordt geleerd tussen instellingen en dat de adoptie van digitale of hybride zorg door medewerkers van ggz-instellingen uitdagend kan zijn.

²³² Brouns, Douven & Kemp (2021)

²³³ Oberjé, Tanke & Jeurissen (2016) en Berk & Parker (2009)

²³⁴ Met een deel van de ggz-instellingen hebben verzekeraars omzetplafonds afgesproken waardoor deze problematiek hier in mindere mate optreedt.

²³⁵ Rosendahl et al. (2021)

²³⁶ Koementas-de Vos & Daemen (2024)

²³⁷ Digizo.nu (2025).

De investeringscapaciteit van een aantal ggz-instellingen staat onder druk waardoor zij niet de benodigde investeringen kunnen doen in onderhoud van vastgoed, in innovatie en in digitalisering. In 2022 was een derde van de onderzochte grote ggz-instellingen verlieslatend.²³⁸ In 2023 was er sprake van enige verbetering en is het aandeel instellingen in de rode cijfers verminderd naar een kwart. In 2024 is opnieuw verbetering van de financiële positie te zien. De bedrijfsopbrengsten namen in 2024 met gemiddeld 8,6% toe ten opzichte van 2023.²³⁹ Desalniettemin hebben grote ggz-instellingen die acute en hoogcomplexe zorg leveren een lage kredietrating. Een kwart van de instellingen heeft een rating van bb+ of lager en is daarmee niet kredietwaardig. Hierdoor staat de investeringscapaciteit onder druk. De EBTIDA-marge is namelijk afgenomen. Hierdoor zijn instellingen niet altijd in staat om de benodigde vervangingsinvesteringen uit te voeren, wat effect heeft op zowel de patiënten als de medewerkers van deze instellingen.²⁴⁰

Bij beperkt aanbod ontstaat er een dynamiek waardoor mensen met lichte en milde problematiek beter hun weg naar zorg weten te vinden omdat zij meer regie hebben.

Juist mensen met een relatief lichte zorgvraag weten beter hun weg te vinden naar het aanbod. Bij de mensen met ernstige problematiek ontbreekt deze regie, omdat zij door hun psychische problematiek juist hulp bij het vinden van de weg naar ondersteuning en zorg nodig hebben of zelfs zorgmijndend zijn. Door deze dynamiek gaat zorg steeds minder naar mensen die de zorg ook het hardst nodig hebben.

6.4.2 Wlz

Zowel zorgkantoren als aanbieders van Wlz-ggz hebben beperkt financieel belang bij doelmatige zorg. Zorgkantoren zijn niet risicodragend en hebben daarom beperkt belang om langdurige zorg doelmatig in te kopen.²⁴¹ Wel hebben zorgkantoren te maken met een jaarlijks regionaal budget waarbinnen zij de zorg moeten inkopen. Hieruit volgt de contracteerruimte, welke onderverdeeld wordt door middel van een verdeelmodel. Zorgkantoren moeten alles binnen dit kader oplossen in geval van overschrijding, en mogen eventuele overschotten niet zelf houden. In de praktijk blijkt dat tussentijdse opwaartse bijstellingen van volumeramingen hebben geleid tot een accommoderende ophoging van het uitgavenplafond, waardoor er sprake is van zachte budgetbeperkingen. Dit beperkte belang zal via de zorginkoop ook doorwerken naar aanbieders van Wlz-ggz.

Het principe van blijvende zorgverlening in de Wlz sluit niet goed aan op een deel van de doelgroep die gebruik maakt van ggz in de Wlz. In de Wlz wordt verondersteld dat mensen de rest van hun leven ondersteuning en zorg nodig hebben, waarbij het perspectief op zelfstandig wonen en/of maatschappelijke participatie beperkt is. Gezien het onvoorspelbare beloop van psychische aandoeningen is het voor een deel van de mensen die vanwege psychische problemen in de Wlz zit de vraag of zij daadwerkelijk levenslang ondersteuning nodig hebben. Deze mensen krijgen hierdoor minder stimulans om maatschappelijk te participeren, terwijl dit juist voor zingeving kan zorgen en verlichting van klachten kan bieden. Het veronderstellen van een blijvende behoefte staat ook haaks op de herstellbeweging in de ggz, die ervan uitgaat dat er altijd hoop is, hoe uitzichtloos de situatie ook lijkt.

²³⁸ EY (2024)

²³⁹ BS Health consultancy (2025)

²⁴⁰ NVB & NBA (2023)

²⁴¹ Varkevisser et al. (2023)

6.5 Kernoorzaak 4: Versnippering

De ondersteuning en zorg voor psychische problematiek is sterk versnipperd

De ondersteuning en zorg voor psychische problemen is versnipperd georganiseerd in meer dan vier verschillende wetten. Door de aard van psychische problematiek is deze versnippering extra problematisch. Mensen kunnen ondersteuning en zorg krijgen voor psychische klachten vanuit de Zvw, Wmo, Jeugdwet en Wlz. Daarnaast spelen ook de Wfz (forensische zorg), Wpg (openbare ggz) en Wvggz (verplichte ggz) een rol. Ook binnen wetten is de zorg versnipperd tussen (gespecialiseerde) aanbieders die exclusiecriteria hanteren, waardoor samenwerking moeilijk tot stand komt. Verschillende kenmerken van de aard van psychische problematiek maken dat deze versnippering problematisch is. Voor herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen is samenhang en continuïteit nodig.²⁴² Vanwege het belang van de context bij psychische problematiek kan het zijn dat iemand baat heeft bij zowel behandeling door een GZ-psycholoog uit de Zvw, als hulp bij het aanbrengen van structuur een de dag (ondersteuning uit Wmo), als bij hulp vanwege gedragsproblematiek van een kind (Jeugdhulp).²⁴³ Dit is zeker het geval bij mensen (of gezinnen) waar multiproblematiek of comorbiditeit speelt. Binnen de specialistische ggz heeft 2 op de 3 gebruikers te maken met clusterproblematiek (o.b.v. de onderzochte clusters) (zie figuur 6.3).²⁴⁴ Het gebeurt ook veel dat mensen met psychische klachten opeenvolgend ondersteuning en zorg nodig hebben uit verschillende wetten, omdat de behandeling (Zvw) is afgerond maar iemand nog wel een bepaalde vorm van ondersteuning (Wmo) nodig heeft om de kans op terugval te verkleinen.²⁴⁵ Daarnaast is niet altijd direct duidelijk wat iemand met psychische problematiek helpt om te herstellen, terwijl in het versnipperde stelsel wel gekozen moet worden welke zorg of ondersteuning wordt gevraagd.²⁴⁶ De versnippering van ondersteuning en zorg en de verkokering van de bekostiging, in combinatie met de aard van mentale en psychische klachten heeft verschillende gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

²⁴² Trimbos-instituut (2014)

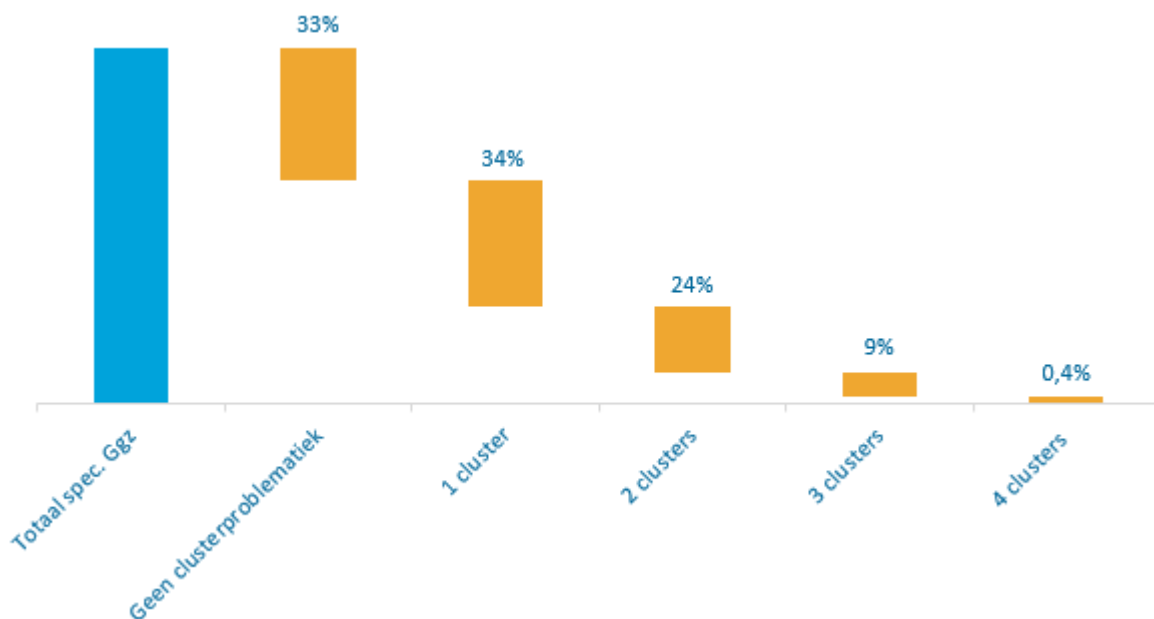
²⁴³ Het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (2019)

²⁴⁴ Voor dit IBO is in kaart gebracht wat de overlap is van ggz-gebruik met andere domeinen: het justitieel domein, Wmo-gebruik, inkomensondersteuning en somatisch zorggebruik. Hieruit blijkt dat 2/3 van de mensen die specialistische ggz gebruiken ook te maken heeft met problematiek in een van deze andere levensgebieden, en 1/3 met problematiek in minimaal twee andere levensgebieden. In hoe meer andere levensgebieden mensen problematiek ervaren, hoe groter de kans is dat ze gebruik maken van specialistische ggz. Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen van het Amsterdam Health & Technology Institute (ahti) op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2019 data)

²⁴⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (z.d.-e)

²⁴⁶ Treichler et al. (2021)

Figuur 6.3 Overlap tussen gebruik specialistische ggz en problematiek op andere levensgebieden (inkomenssteun, top 25% hoogste kosten somatische zorg, Wmo gebruik, justitieel domein d.m.v. afdoening bij OM of de rechter o.b.v. uitstroomjaar), 2019



Door de versnippering is er niet één partij verantwoordelijk voor de coördinatie van een integrale aanpak.

Als iemand een complexe hulpvraag heeft, bijvoorbeeld door multiproblematiek op verschillende aspecten in het leven, dan heeft diegene vaak een integrale aanpak nodig met hulp uit meerdere wetten. Door de versnippering, en omdat geen partij verantwoordelijk is voor het domeinoverstijgend samenwerken, ontstaan coördinatieproblemen. Daardoor bestaat het risico dat niemand het geheel aan problemen kan aanpakken. Een ggz-instelling heeft de verantwoordelijkheid om de psychische problematiek te behandelen. Als echter blijkt dat iemand zijn post niet openmaakt en schulden opbouwt, kan via een gemeente (Wmo en schuldhulpverlening) daarvoor hulp worden ingeschakeld. Als iemand daarnaast ook een kind heeft dat problemen heeft op school en ook met psychische klachten kampt, zijn ook Jeugdhulporganisaties en school betrokken. Het risico van het huidige stelsel is dat naar elk probleem afzonderlijk wordt gekeken en de problematiek van een persoon of een gezin niet als geheel kan worden benaderd. Zo kan het gebeuren dat vele hulpverleners bij een hulpvraag betrokken zijn, maar iemand toch niet voldoende wordt geholpen.²⁴⁷ Bovendien zijn er problemen met informatiedeling waardoor het overzicht vaak ontbreekt. Vanwege de coördinatieproblemen komt ook de samenwerking die nodig is om hulp te organiseren voor zorgmijders onvoldoende van de grond.

De versnippering zorgt ook voor problemen in de bekostiging van een integrale aanpak en vermindert de prikkel voor preventie of vroeginterventie.

De bekostiging is gekoppeld aan wetten en er zijn weinig mogelijkheden voor domeinoverstijgende bekostiging. Voor vraagstukken die tussen wetten vallen, of waar meerdere wetten mee gemoeid zijn, is het daarom vaak de vraag wie deze hulp moet leveren of betalen.²⁴⁸ Niet voor alle vormen van consultatie van de ggz vanuit het sociaal domein is een betaaltitel. En als deze er wel is, dekken deze soms niet alle activiteiten. Een zorgaanbieder heeft dan geen financiële prikkel om iets op te pakken wat niet strikt onder de bekostiging valt (zoals het organiseren van domeinoverstijgende samenwerking).

²⁴⁷ Zie onder andere casus van Michelle van Tongerlo, activistische straatarts die bij één casus honderd verschillende hulpverleners opsomde die bij één gezin betrokken waren geweest maar geen hulp aanboden.

²⁴⁸ Andersson Elffers Felix (2023)

Dit kan tot gevolg hebben dat niemand de verantwoordelijkheid neemt, waardoor mensen tussen wal en schip vallen. Vroeg interveniërende of preventieve maatregelen kunnen voor een maatschappelijke kostenbesparing zorgen.²⁴⁹ Vanwege de versnippering in de bekostiging komen deze investeringen vaak niet bij de partij terecht die hier baat bij heeft waardoor ze niet tot stand komen (het wrong pocket-probleem).²⁵⁰

Verslavingszorg

De verslavingszorg heeft te maken met de nadelige gevolgen van de schotten in het zorgsysteem. Verslaving komt namelijk vrijwel altijd voor in combinatie met andere psychische problematiek.²⁵¹ Dat vraagt om intensieve samenwerking met andere zorgaanbieders, terwijl de financiering versnipperd is over talloze domeinen en partijen, met verschillende wet- en regelgeving.

Mensen met een verslaving zoeken vaak hulp voor urgente problemen, zoals depressie of dakloosheid, waarbij de verslaving op de achtergrond meespeelt. Die verwevenheid maakt behandeling complex: psychische klachten zijn moeilijk te behandelen wanneer iemand onder invloed is, en verslaving is nauwelijks aan te pakken als de andere problematiek niet eerst gestabiliseerd is.²⁵² De huidige schotten tussen zorgdomeinen belemmeren een integrale benadering. Dat zorgt voor versnippering en vertraging in de hulpverlening.

Verslavingszorg wordt bekostigd vanuit uiteenlopende bronnen, zoals de Zvw (10 zorgverzekeraarconcerns), justitie, de Wmo en Jeugdzorg (rond de 350 gemeenten), subsidies, reclassering en de Wlz (31 zorgkantoren). Met al deze partijen moeten jaarlijks contracten afgesloten worden. Gestandaardiseerde contracten ontbreken, iedere inkoper heeft eigen voorwaarden. Dat heeft voor de instellingen een enorme administratieve last tot gevolg. De afzonderlijke inkopende partijen hebben volgens zorginstellingen bovendien vaak onvoldoende kennis van de inkoop van deze zorg. Kader blauw tekst. Dit kader kan gebruikt worden om iets uit te lichten of op te laten vallen.

Versnippering leidt tot een gebrek aan continuïteit van zorg. Dit is extra problematisch voor mensen met wisselende hulpbehoeftes. Bij psychische problematiek is de kans groot dat mensen een wisselende behoefte aan hulp hebben. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die gebruik maakt van een beschermd wonen plek, tijdelijk acuut moet worden opgenomen, waarna de beschermd wonen plek vergeven is aan iemand anders. Overgangen tussen verschillende wetten en tussen verschillende instellingen binnen een wet zorgen voor een gebrek aan continuïteit van zorg en vormen daarmee een risico voor de kwaliteit en verhogen de kans op terugval (zie onderstaande casus). Deze problemen worden versterkt door het feit dat wachtlijsten bijna overal in de ggz langer zijn dan de Treeknormen, waardoor er lange tijd zit tussen de overgang van instelling naar instelling. Ook bij de overgang van de Jeugdwet naar de Zvw zijn er risico's in de continuïteit van ondersteuning en zorg voor jongeren. Een jongere tot 18 jaar krijgt ondersteuning of zorg vanuit de Jeugdwet. Wanneer de jongere 18 jaar wordt, moet de ondersteuning of zorg over naar de Wmo en de Zvw. Dit kan ervoor zorgen dat de jongere opnieuw op de wachtlijst moet, er geen aanspreekpunt meer is tot er nieuwe zorg is of dat de overdracht niet soepel verloopt. Ook voor ouders en verzorgers is de overgang groot. Bij Jeugdhulp hebben zij vaak een

²⁴⁹ Bussemaker & Kramer (2020)

²⁵⁰ RIVM (2015)

²⁵¹ Trimbos-instituut (2021)

²⁵² Jellinek (2025)

grote rol, bij de volwassenen ggz is hun betrokkenheid bij de behandeling/hulp veel beperkter. Het is al mogelijk om verlengde jeugdhulp (tot 23 jaar) toe te passen, maar dit is geen verplichting en deze regelruimte wordt niet altijd gebruikt. Overgangsproblemen spelen ook bij de overgang van de Zvw-zorg naar ondersteuning uit het sociaal domein of van de ggz terug naar de huisarts.

De zorg is vaak ook versnipperd tussen de behandelwijzen voor verschillende aandoeningen vanwege de richtlijnen, exclusiecriteria en overspecialisatie. Dit zorgt voor onduidelijkheid bij welke organisatie mensen terecht kunnen. Het stelsel ontmoedigt transdiagnostisch werken, onder andere omdat voor het ontvangen van een vergoeding een DSM-classificatie nodig is. Behandelen op basis van een DSM-classificatie vergroot volgens een groep professionals het risico op 'rigide' behandeling volgens richtlijnen, met als risico dat beperkt naar de context van de persoon wordt gekeken. Veel instellingen of behandelaars hanteren exclusiecriteria. Een reden hiervoor kan zijn dat ze de kennis niet in huis hebben om bepaalde patiënten met multiproblematiek te helpen. Een andere reden kan zijn dat patiënten met meerdere aandoeningen voor hogere kosten kunnen zorgen. Met exclusiecriteria selecteren aanbieders welke patiënten er geen toegang krijgen tot behandeling of ondersteuning. Het gaat bijvoorbeeld om ggz-aanbieders die patiënten uitsluiten op basis van een laag verstandelijke beperking, veiligheidsrisico, verslaving, persoonlijkheidsstoornissen of autisme. Exclusiecriteria komen zowel voor in de ggz, als bij bijvoorbeeld beschermd wonen voor. Hierdoor is het vooral voor patiënten met multiproblematiek en comorbiditeit moeilijk om de juiste zorg te vinden. Ook de vergaande specialisatie van ggz-behandelingen en -instellingen kan het ingewikkeld maken voor patiënten om een instelling te vinden die de zorg biedt die zij nodig hebben. Het vraagt veel eigen regie van een hulpvrager om de weg te vinden in het complexe stelsel, terwijl dit juist voor iemand met psychische kwetsbaarheid op dat moment lastig kan zijn.

Versnippering geeft de mogelijkheid om zorg af te wentelen naar andere wetten.

Risicodragende inkopers, zoals zorgverzekeraars en gemeenten kunnen door de versnippering patiënten 'afwentelen' naar andere wetten, zodat zij de kosten niet hoeven te dragen. Dit gebeurt voornamelijk bij patiënten die hogere kosten met zich meebrengen. Zo kunnen aanbieders in de Wmo of gemeenten mensen naar het CIZ verwijzen om een Wlz-indicatie aan te vragen. Indien iemand voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz, dan wordt deze indicatie afgegeven. Gemeenten kunnen hier belang bij hebben, omdat zij dan niet meer de ondersteuning voor deze relatief kostbare groep hoeven te bekostigen. Aanbieders kunnen hier belang bij hebben omdat de tarieven in de Wlz hoger zijn dan in de Wmo en een Wlz-indicatie een onbeperkte geldigheidsduur heeft, in tegenstelling tot vaak kortdurende Wmo-beschikkingen voor bijvoorbeeld beschermd wonen. Dit brengt het risico met zich mee dat deze patiënten niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. In de Wlz zijn minder doelmatigheidsprikkels voor inkopers dan in de Wmo. Vanwege de verschillen in tarieven en in doelmatigheidsprikkels kan dit ook beheersbaarheidsproblemen met zich meebrengen.

Casus - Tussen wal en schip met maatschappelijke consequenties

Mevrouw (40) staat onder curatele en is al enkele jaren bekend bij FACT, waar is geprobeerd haar te begeleiden richting sociaal-maatschappelijk herstel (o.a. wonen en werken). Ze leefde zwervend, verbleef soms bij kennissen of in treinen, en had wisselend behandelcontact. Eerdere opvangtrajecten mislukten, onder ander door het niet verschijnen op afspraken. Ze werd aangemeld bij het Zorg- en Veiligheidshuis, maar belandde na een brandstichting in detentie. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie adviseerde een zorgmachtiging, maar deze werd afgewezen;

ook observatie in het Pieter Baan Centrum werd niet opgelegd. Het crisisteam verzocht via de gemeente om een OGGZ-aanmelding, maar binnen de ggz werd geoordeeld dat verdere zorg geen meerwaarde meer had – alles is al geprobeerd. Na haar detentie kwam zij zonder toezicht vrij. Haar gedrag kenmerkt zich door agressie, overlast, diefstal, stalking en vermoedelijk een psychotische kwetsbaarheid. Pogingen tot overname door forensische zorg (Inforsa) mislukten vanwege het ontbreken van een titel of motivatie. FACT sloot uiteindelijk het dossier omdat verdere behandeling niet doelmatig werd geacht. Mevrouw zit inmiddels opnieuw in detentie (i.v.m. mishandeling). De advocaat heeft een nieuw onderzoek naar een zorgmachtiging aangevraagd, maar ook hierop is terughoudend gereageerd. Mevrouw voldoet bijna aan de criteria voor een ISD-maatregel, maar de betrokken zorgpartijen zien momenteel geen mogelijkheden meer.²⁵³

Ook niet-ggz interventies zijn belangrijk bij psychische klachten. De versnippering binnen de zorg maakt samenwerking met bijvoorbeeld het woon-, arbo- en sociaal domein extra ingewikkeld en zorgt voor medicalisering. De oorzaken en mogelijke oplossingen van psychische problemen zijn zeer afhankelijk van de context van een persoon.

Duidelijk is dat niet-ggz interventies kunnen helpen bij psychische klachten, bijvoorbeeld door mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats een woning te bieden, mensen aan werk te helpen of door schuldenproblematiek op te lossen. Daarom is voor passende hulp afstemming met andere domeinen nodig, zoals het sociaal domein (Wmo, Participatiewet, Jeugdwet en Wet gemeentelijke schuldhulpverlening), het woondomein, arbozorg, de politie of studentpsychologen. Versnippering binnen de ggz zelf maakt de opgave nog groter om afstemming te vinden met andere domeinen. De 'standaardroute' is dat iemand met psychische problemen naar de huisarts gaat of, in geval van de Jeugdwet, naar een andere verwijzer. Veelvoorkomende opties zijn dat iemand bij de huisarts of POH-ggz wordt geholpen of een verwijzing krijgt naar een ggz-instelling of jeugdhulpinstelling, waarmee de hulpvraag wordt gemedicaliseerd. Het is voor de huisarts of verwijzer binnen de jeugdwet vaak moeilijker om iemand door te verwijzen naar (mogelijk zelfs efficiëntere) interventies buiten de ggz, zoals schuldhulpverlening of aanbod vanuit de Wmo. Bijvoorbeeld omdat ze niet direct herkennen dat er een achterliggend probleem is (een huisarts heeft beperkt de tijd en soms weinig kennis van de relatie tussen mentale gezondheid en andere beleidsdomeinen en patiënten schamen zich vaak), omdat ze de juiste route niet weten om iemand door te verwijzen en de medische route voor de hand ligt vanwege het brede recht op ggz en de huidige richtlijnen.²⁵⁴ De recente introductie van mentale gezondheidsnetwerken in elke regio, waarbij het mogelijk wordt voor een huisarts om te verwijzen naar een verkennend gesprek, kan hierbij helpen. In het verkennend gesprek komen professionals uit het sociaal domein en de ggz – samen met de persoon om wie het gaat – tot een plan om met de hulpvraag aan de slag te gaan.

6.6 Conclusie

Een gerichte en structurele overheidsaanpak op preventie voor mentale gezondheid ontbreekt. Dit terwijl de mentale gezondheid verslechtert en de maatschappelijke kosten hoog zijn. Het preventieve mentale gezondheidsbeleid staat in de kinderschoenen.

De manier waarop ondersteuning en zorg zijn georganiseerd schieten tekort voor de mensen die dit het meest nodig hebben. Het beleid en het stelsel zijn onvoldoende passend bij de aard van

²⁵³ Deze casus is behandeld door het team *Complexe casuïstiek van VWS*.

²⁵⁴ Ministerie van VWS (z.d. -d)

psychische problematiek. De oorzaken van de problemen in zijn deels direct gerelateerd aan de inrichting van het stelsel. Ze grijpen op elkaar in en versterken elkaar. Het beleid en het stelsel van ondersteuning en zorg bij psychische problematiek zijn daarom in de huidige vorm onhoudbaar.

7. Beleidsopties

- In dit IBO is geconstateerd dat de mentale gezondheid verslechtert, preventief mentaal gezondheidsbeleid nog in de kinderschoenen staat en het stelsel van ondersteuning en zorg in de huidige vorm onhoudbaar is. In het IBO zijn beleidsopties uitgewerkt die inzetten op het verbeteren van de mentale gezondheid. Ook zijn beleidsopties uitgewerkt die de oorzaken van de problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek aanpakken. Dit zijn zowel beleidsopties binnen het stelsel van ondersteuning en zorg, als denkrichtingen voor de hervorming van het stelsel.
- De beleidsopties in dit IBO grijpen aan op de vier kernoorzaken van de problemen die in dit IBO zijn geconstateerd. De beleidsopties zijn in te delen in vier bouwblokken: VOORKOMEN, PRIORITEREN, STUREN en VERBREDEN.
- Binnen het bouwblok VOORKOMEN zijn in dit IBO twee soorten maatregelen uitgewerkt om de mentale gezondheid te verbeteren. Ten eerste via preventie en vroeg-interventie in het zorg en welzijnsdomein. Ten tweede met preventieve maatregelen op andere beleidsterreinen dan de zorg. In de beleidsopties in het bouwblok voorkomen heeft de mentale gezondheid van jongeren en jongvolwassenen bijzondere aandacht.
- Het doel van het bouwblok PRIORITEREN is om vraag naar ggz te begrenzen en waar passend te verplaatsen naar hulpaanbod buiten de zorg.
- Maatregelen in het bouwblok STUREN zorgen ervoor dat inkopers en aanbieders meer belang en mogelijkheden hebben om een beter aanbod te organiseren. Het bevat maatregelen die sturen op voldoende aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek. Daarnaast zitten er maatregelen in dit bouwblok die ervoor zorgen dat het beschikbare aanbod doelmatiger wordt ingezet.
- In het bouwblok VERBREDEN zitten maatregelen om schotten binnen en tussen domeinen te verminderen, zodat mensen de hulp krijgen die ze nodig hebben. De beleidsopties die onder dit bouwblok vallen zien op het verminderen van de negatieve gevolgen van de huidige versnipperde organisatie van zorg- en ondersteuning. Daarnaast zitten er beleidsopties in dit bouwblok die samenwerking met andere domeinen bevorderen rondom de hulp aan mensen met psychische klachten.
- De problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek zijn deels verbonden met de manier waarop het stelsel is ingericht. Dat betekent dat aanpassingen binnen het huidige stelsel de oorzaken van de problemen niet allemaal kunnen adresseren. Dat betekent dat een meer fundamentele hervorming van het stelsel moet worden overwogen. Het is daarbij noodzakelijk om in ieder geval de inkoop van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek te herzien, door de concurrentie in de inkoop in de huidige vorm weg te nemen. In het IBO zijn vijf denkrichtingen voor een hervorming uitgewerkt. De vormgeving van de hervorming vergt echter meer onderzoek en uitwerking, zodat een zorgvuldige afweging kan worden gemaakt. Aan alle hervormingen kleven voor- en nadelen.
- Het IBO bevat drie pakketten: een budgetneutraal pakket met beleidsopties uit alle 'bouwblokken', waardoor ze ingrijpen op alle vier de geconstateerde kernoorzaken van de problemen. Daarnaast zijn ook een investeringspakket en een besparingspakket uitgewerkt. Deze pakketten geven houvast bij welke maatregelen kunnen worden genomen. Alle pakketten bevatten de maatregel om een hervorming van het stelsel nader te onderzoeken en uit te werken.

In dit IBO zijn 37 beleidsopties uitgewerkt om de mentale gezondheid te bevorderen en de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten te verbeteren. Ideeën voor beleidsopties zijn onder andere opgehaald uit de gevoerde gesprekken met experts en organisaties, betrokkenen uit de praktijk, ervaringsdeskundigen en uit (recente) onderzoeken. De beleidsopties zijn ondergebracht in vier bouwblokken die voortbouwen op de kernoorzaken die zijn geconstateerd in H6. Deze bouwblokken worden nader toegelicht in paragraaf 7.1. In paragraaf 7.2 zijn een aantal denkrichtingen uitgewerkt om het stelsel van ondersteuning en zorg bij psychische problematiek meer fundamenteel te hervormen. In dit IBO wordt een aantal beleidsopties gepresenteerd in drie pakketten; een budgetneutraal pakket en twee varianten op dit pakket die per saldo extra middelen vergen dan wel een besparing opleveren. Deze pakketten worden toegelicht in paragraaf 7.3. Bijlage 12 bevat de uitgewerkte beleidsopties en de denkrichtingen voor de meer fundamentele herzieningen van het stelsel.

Bij het selecteren en ontwikkelen van de beleidsopties is rekening gehouden met de afspraken die recent in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zijn gemaakt.

Verschillende afspraken uit het AZWA grijpen in op de kernoorzaken van de problemen die in dit IBO zijn geconstateerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de afspraken over exclusiecriteria, transparantie van wachttijdinformatie. Een aantal beleidsopties in dit IBO bouwt verder op afspraken die in het AZWA zijn gemaakt. Deze maatregelen zijn varianten op de AZWA-afspraken of gaan verder dan de afspraken die in het AZWA zijn gemaakt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de AZWA-afspraken over het herijken van Zvw-aanspraken en behandelduur, laagdrempelige steunpunten, de opschaling van AI, betere bezetting ANW-diensten, opschalen van digitaal aanbod en groepsbehandeling, verbeteren van informatie over consultatiefunctie huisarts sociaal domein en afspraken over passend vervolg na afronding. Ook ander beleid dat in uitvoering of ontwikkeling is, zoals de IZA-afspraken, de Hervormingsagenda Jeugd en het Actieprogramma mentale gezondheid en ggz, dragen bij aan de geïdentificeerde kernoorzaken van de problemen. Meer informatie over het AZWA en andere lopende beleidsontwikkelingen kan worden gevonden in bijlage 9.

Bij het nadenken over en uitwerken van beleidsopties en hervormingen gelden een aantal overkoepelende aandachtspunten.

1. De aard van psychische problematiek maakt onder andere dat er een grote diversiteit aan hulpvragers en patiënten is, dat het per persoon kan verschillen welke hulp het meest passend is en dat er een risico op medicalisering is. Effectief beleid houdt rekening met de aard van psychische problematiek.
2. De overheid heeft beperkt invloed op de mentale gezondheid. Verder is veelal niet bekend of interventies die de mentale gezondheid verbeteren ook zorgen voor een lagere instroom in het ondersteunings- en zorgdomein. Desondanks kan mentale gezondheidswinst op zichzelf staan een na te streven beleidsdoel zijn vanwege de hoge individuele en maatschappelijke prijs van psychische problematiek.
3. Geen enkel stelsel van preventie, ondersteuning en zorg is perfect en er zal altijd sprake zijn van een uitruil tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.
4. Professionals, aanbieders, inkopers en hulpvragers zelf bepalen in de dagelijkse praktijk mede hoe een stelsel functioneert, binnen de randvoorwaarden die de overheid schept. Voor veel veranderingen in het zorg- en ondersteuningsstelsel geldt dat de overheid afspraken moet maken met inkopers of zorgprofessionals. Dit vraagt dus om medewerking van deze partijen. Dit kan beïnvloeden hoe snel en goed verandering in de dagelijkse praktijk wordt gerealiseerd.

Veel beleid in de ggz is de afgelopen jaren tot stand gekomen door middel van bestuurlijke akkoorden met partijen uit de sector. Partijen committeren zich aan de gemaakte afspraken, maar – zeker bij tegengestelde belangen, kunnen veranderingen in de ggz relatief langzaam gaan. En dat terwijl de problemen urgent zijn. Verschillende beleidsopties uit dit IBO vergen meer sturing vanuit de overheid. Akkoorden zullen niet voldoende zijn om deze opties te realiseren.

5. De zorgkosten in de ggz zijn zeer scheef verdeeld zijn. De kosten voor mensen met ernstige psychische problematiek zijn zo hoog, dat alleen een schuif van mensen en middelen van zorg voor mensen met lichtere problematiek naar mensen met ernstige problematiek niet de oplossing kan zijn voor de huidige toegankelijkheid- en kwaliteitsproblemen.
6. In afwegingen over beleidsopties kan ook rekening worden gehouden met de maatschappelijke kosten: uitval op de arbeidsmarkt brengt veel maatschappelijke kosten met zich mee, juist ook door het hoge aantal mensen met lichte en milde psychische klachten. Tegelijkertijd zijn maatschappelijke kosten op het gebied van openbare orde en veiligheid vaker verbonden aan mensen met ernstige psychische problematiek.

7.1 Bouwblokken

In dit IBO is geconstateerd dat de mentale gezondheid verslechtert, de overheid weinig doet om de mentale gezondheid te verbeteren en dat de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het stelsel van ondersteuning en zorg tekortschiet. De oorzaak hiervan ligt in de vier kernoorzaken uit de probleemanalyse. Voor elk van deze vier kernoorzaken zijn beleidsopties uitgewerkt. Deze beleidsopties zijn in te delen in vier bouwblokken: VOORKOMEN, PRIORITEREN, STUREN en VERBREDEN (zie figuur 7.1). Om de verschillende oorzaken van de problemen in de mentale gezondheid en ondersteuning en zorg te adresseren zijn beleidsopties uit alle bouwblokken nodig. Beleidsopties kunnen voor meerdere bouwblokken een verbetering betekenen, maar zijn ingedeeld bij het bouwblok waar ze naar verwachting het meeste effect op hebben. Voor sommige van deze beleidsopties geldt dat ze een ingrijpende hervorming schetsen die nader moet worden uitgewerkt en onderzocht als daartoe besloten wordt; andere fiches zijn concreet genoeg om op korte termijn te implementeren.

Figuur 7.1. Overzicht kernoorzaken uit probleemanalyse en bouwblokken



Binnen het bouwblok VOORKOMEN zijn in dit IBO twee soorten maatregelen uitgewerkt om de mentale gezondheid te verbeteren, namelijk via meer preventie en vroeg-interventie in het zorg- en welzijnsdomein en via preventieve maatregelen op beleidsterreinen buiten de zorg. Het ontbreekt nu aan een overkoepelende aanpak om mentale gezondheid in Nederland te verbeteren. De overheid is verantwoordelijk voor preventief gezondheidsbeleid en vroeg-interventie gericht op mentale problematiek. Dit gebeurt nu voornamelijk vrijblijvend en op lokaal niveau zonder landelijk integraal beleid. Er is daarbij ook onvoldoende wetenschappelijke kennis over de werkzaamheid van interventies. Er zijn voor dit IBO maatregelen uitgewerkt die kunnen worden genomen om dit beleid te versterken. Ten tweede heeft de overheid via beleid op andere terreinen dan zorg en welzijn, invloed op de verschillende determinanten van mentale problemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om invloed op bestaanszekerheid via inkomens- en armoedebelief of op gebruik van verslavende middelen via voorlichting, regulering en beprijzing. Volgens de 'Best Buys'²⁵⁵ van de WHO zou rondom alcohol namelijk vooral ingezet moeten worden op prijsregulering en het reguleren van marketing en de fysieke beschikbaarheid van alcohol.²⁵⁶ De overheid kan dus met een brede overheidsaanpak op andere beleidsterreinen dan in zorg en welzijn, maatregelen nemen om de mentale gezondheid te verbeteren. In andere IBO's en ambtelijke adviezen zijn eerder ook maatregelen uitgewerkt die een positief effect kunnen hebben op de mentale gezondheid. Denk aan een betaalpauze bij levensgebeurtenissen uit het IBO problematische schulden, versterking van levensvaardigheid uit het IBO MBO, maatregelen die (doorstroom uit) passend wonen stimuleren uit het IBO huurbeleid en verhoging van het minimumloon uit de Commissie Sociaal Minimum. Ook de rapporten IBO vereenvoudiging sociale zekerheid, IBO jeugdcriminaliteit, Technische Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven, IBO arbeidsmigratie, synthesrapport Bouwstenen voor een beter belastingstelsel en het IBO WIA (nog te publiceren) bevatten relevante maatregelen. Voor dit IBO zijn beleidsalternatieven uitgewerkt op gebieden waarvan de werkgroep heeft geconstateerd dat er nog lacunes zijn.

In de beleidsalternatieven krijgt de mentale gezondheid van kinderen, jongeren en jongvolwassenen bijzondere aandacht. In de eerste plaats omdat psychische problemen zich veelal manifesteren voor het 25^e levensjaar. Ten tweede geldt dat wanneer iemand eenmaal psychische problemen heeft, deze problemen vaak episodisch terugkomen in het latere leven. Uit meerdere economische analyses en businesscases komt naar voren dat een maatschappelijke investering in preventie van mentale gezondheid kan leiden tot grote besparingen van kosten voor de zorg, politie en arbeidsmarkt.²⁵⁷ Ten derde blijkt uit onderzoek dat jongeren en specifiek studenten veel gebruik maken van de ggz en verwante medicijnen.²⁵⁸ Uit onderzoek blijkt ook dat het voor jongeren heel gebruikelijk is om een tijdelijke dip te ervaren in hun mentale gezondheid. De oorzaak is dat het brein nog volop in ontwikkeling is.²⁵⁹ Het normaliseren van deze ontwikkeling en het inzetten op de veerkracht en weerbaarheid van jongeren, voorkomt stigmatisering en verdere medicalisering. Het versterken van veerkracht biedt jongeren ook duurzame handvatten om met tegenslagen om te gaan, nu én later in het leven.

Het doel van het bouwblok PRIORITEREN is om vraag naar ggz te begrenzen en vraag te verplaatsen naar hulpaanbod buiten de zorg om daarmee de ggz te focussen op degenen voor wie andere hulp niet afdoende is. De vraag naar ggz is hoog en potentieel nog veel

²⁵⁵ Een 'Best Buy' is een bewezen (kosten)effectieve maatregel.

²⁵⁶ WHO (2018)

²⁵⁷ Uitval van arbeidskrachten is één van de grootste maatschappelijke kosten. Het totaal aan kosten van psychische problemen is naar schatting € 17 – € 51 miljard. Wijnen et al. (2023), Korteling et al. (under review), OESO (2018) en MHCC (2023)

²⁵⁸ HBSC, Trimbos-instituut & Sociaal en Cultureel Planbureau (2024)

²⁵⁹ Crone (2018)

groter dan nu het geval is. Meer regie op begrenzing is nodig. Nu vindt ook al begrenzing plaats, maar dan zonder regie en door het systeem. Bijvoorbeeld door de lange wachtlijsten en mensen waarvoor geen passend aanbod is. Dit heeft als gevolg dat de mensen die het beste de weg in het stelsel kunnen vinden en geen complexe hulpvraag hebben, vaak eerder aan bod komen. De werkgroep constateert dat de overheid duidelijkere kaders kan stellen die onnodige medicalisering tegengaan, overbehandeling voorkomen en ervoor zorgen dat het schaarse ggz-aanbod wordt ingezet voor de mensen met problematiek die niet op een andere manier kan worden geadresseerd. Daarom zijn er in dit IBO een aantal begrenzingsmaatregelen uitgewerkt. Tegelijkertijd blijven de problemen van de mensen die hulp vragen bestaan. Daarom zijn ook maatregelen uitgewerkt die inzetten op meer vormen van hulp bij psychische problematiek buiten het zorgdomein. De begrenzings- en verplaatsingsmaatregelen zijn dus een belangrijke aanvulling op elkaar.

Maatregelen in het bouwblok STUREN zorgen dat meer wordt gestuurd op inkopers en aanbieders, zodat het juiste aanbod tot stand komt, zeker voor mensen met complexe hulpvragen en ernstige problematiek. Het benodigde aanbod komt onvoldoende tot stand. Het aanbod is relatief ontoegankelijk voor mensen met ernstige problematiek. Dit komt omdat gereguleerde marktwerking niet geschikt is voor de inkoop van in ieder geval de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Er kan vanuit de overheid of door inkopers, als ze hier de juiste instrumenten voor hebben, meer gestuurd worden op totstandkoming van dit aanbod. Daarnaast wordt het beschikbare aanbod te weinig doelmatig ingezet: groepsbehandelingen en digitale en hybride zorg blijven bijvoorbeeld achter. Maatregelen in dit IBO geven inkopers sturingsinstrumenten, zodat zij meer kunnen sturen op doelmatigheid. Daarnaast worden normerende maatregelen ingezet om doelmatigere behandelvormen tot stand te laten komen.

In het bouwblok VERBREDEDEN zitten maatregelen om schotten binnen en tussen domeinen te verminderen, zodat mensen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Alle aspecten van het leven kunnen invloed hebben psychische klachten. Daarom is het belangrijk om in de hulp aan mensen met psychische klachten breder te kijken dan alleen de zorg. Vaak zijn bijvoorbeeld het sociaal domein, hulp bij huisvesting of de arbeidsomgeving ook relevant in de adresseren van de problematiek. Factoren die bij kunnen dragen aan het verminderen van psychische klachten zijn in aparte wetten en domeinen georganiseerd, deze schotten tussen domeinen staan een integrale benadering in de weg. Daarnaast zorgt deze versnippering voor hoge administratieve lasten voor instellingen. De beleidsopties die onder dit bouwblok vallen zien op het verminderen van de negatieve gevolgen van de huidige organisatie van zorg- en ondersteuning. Maatregelen in dit bouwblok richten zich op twee dingen: samenwerking tussen verschillende instellingen binnen de ondersteuning en zorg bevorderen en samenwerking met domeinen buiten de zorg bevorderen bij hulp aan mensen met psychische problematiek.

7.2 Hervorming van het stelsel

De werkgroep constateert dat een meer fundamentele hervorming van het stelsel van ondersteuning en zorg bij psychische klachten moet worden overwogen. Het is daarbij noodzakelijk om de inkoop van in ieder geval de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek te herzien, door de concurrentie in de inkoop in de huidige vorm weg te nemen. Het doel van een hervorming is om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek te verbeteren, zodat de hulp goed aansluit op de aard van psychische problematiek. Aanpassingen binnen het huidige stelsel zijn niet voldoende om de grote problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek allemaal op te

lossen. Daarvoor zijn sommige problemen te fundamenteel van aard. Daarbij komt dat de oorzaken van de problemen niet los van elkaar te zien zijn: zij versterken elkaar wederzijds en grijpen op in elkaar. Juist ook omdat psychische problematiek afhankelijk is van persoonlijke context en omgeving, een onvoorspelbaar beloop kan hebben, moeilijk af te bakenen is en een primair medische benadering bij veel mensen te beperkt is en bij een deel van de mensen niet nodig, knelt de huidige inrichting van het stelsel van ondersteuning en zorg. Het geïsoleerd aanpakken van afzonderlijke oorzaken binnen het stelsel is onvoldoende om de problemen aan te pakken. De inrichting van het stelsel zelf maakt deel uit van de problematiek.

Een belangrijke reden voor een hervorming is dat het benodigd aanbod onvoldoende tot stand komt, zeker voor mensen met ernstige psychische problematiek. Zorgaanbieders hebben te weinig belang bij het prioriteren van deze problematiek. Zorginkoop zou hier tegenwicht tegen moeten bieden, maar deze sturing komt onvoldoende uit de verf. De reden hiervoor is dat de zorg bij psychische problematiek niet voldoet aan de voorwaarden die nodig zijn voor inkoop in gereguleerde concurrentie. De negatieve gevolgen hiervan zijn in het bijzonder zichtbaar bij de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Er is geen prikkel voor verzekeraars om aantrekkelijk te zijn voor mensen met ernstige psychische problematiek. Hierdoor is er sprake van negatieve effecten zoals selectieproblemen. Ook hebben mensen met ernstige psychische problematiek vaker behoefte aan een integrale aanpak, waardoor de coördinatieproblematiek bij concurrentie tussen inkopers grotere invloed heeft. Daarnaast zijn de consequenties van het niet hebben van passend hulpaanbod groot voor zowel de mensen met ernstige psychische problematiek zelf als voor de maatschappij.

Ook voor de andere kernoorzaken uit de probleemanalyse geldt dat een hervorming van het stelsel nodig is om de problemen grondig te adresseren. Begrenzing en prioritering van curatieve ggz is vanwege de grote vraag naar zorg nodig, maar in het huidige stelsel lastig te realiseren, omdat er in het huidige stelsel sprake is van een verzekerd recht waarbij elk individu recht heeft op de zorg die binnen de 'aanspraak' valt en het afbakenen van psychische problematiek moeilijk is. Een eventuele stelselwijziging kan helpen om meer mogelijkheden te creëren om aanspraak te beperken en meer samenhang te realiseren tussen het ggz-aanbod en het overige hulpaanbod in het sociaal domein. De versnippering van de ondersteuning en zorg is direct te relateren aan het feit dat de hulp bij psychische klachten in meerdere wetten georganiseerd is die niet goed op elkaar aansluiten. Bovendien kan preventie en vroegsignalering alleen echt worden gestimuleerd als er sprake is van risicodragende inkopers die voor alle ondersteuning en zorg verantwoordelijk zijn, zodat het daadwerkelijk in hun belang is om tijdig in te grijpen bij beginnende problematiek.

In dit IBO is een start gemaakt met het uitwerken van vier inkoopvormingen en een aanbodhervorming. Drie van deze inkoopvormingen kunnen bijdragen aan een betere totstandkoming van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek, namelijk varianten A, B en C. Deze verkenning kan dienen als startpunt voor verdere uitwerking. Een invoering van één van deze varianten zal naar verwachting meerdere kabinetsperiodes beslaan. Gezien het hier denkrichtingen betreft kunnen de financiële gevolgen nog niet in kaart worden gebracht. Indien wordt gekozen voor een hervorming waarbij wordt ingezet op meer en beter aanbod voor mensen met ernstige problematiek, dan kan dat tot hogere kosten leiden. Zie bijlage 12 voor een nadere beschrijving van de hervormingen en een eerste indicatie van de kansen en risico's.

Hervormingen van het stelsel

Denkrichtingen hervormingen inkoop

In dit IBO zijn een aantal opties voor meer fundamentele hervormingen van de inkoop van ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek uitgewerkt, om de geconstateerde kernoorzaken uit de probleemanalyse te adresseren en de ondersteuning en zorg te verbeteren. Deze opties kunnen als startpunt van nadere uitwerking dienen.

- **A. Centrale inkoop zonder concurrentie van ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek.** Dit kan worden gerealiseerd door 1) een zorgverzekeraar per regio namens alle verzekeraars te laten inkopen, 2) aan een partij per regio een publieke concessie te verlenen of 3) een landelijke Rijksinkoper deze zorg in te laten kopen buiten de Zvw om. Het doel van deze optie is om te zorgen voor een toegankelijk aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek. Een cruciale randvoorwaarde is dat een houdbare afbakening kan worden gemaakt tussen lichte en ernstige ggz. Deze variant heeft als risico dat de ondersteuning en zorg verder versnipperd, omdat een extra inkoper wordt geïntroduceerd.
- **B. Regionale volksverzekering voor de hele ggz.** Hele ggz – incl. jeugd ggz, curatieve ggz, langdurige ggz en beschermd wonen – wordt ondergebracht in een nationale volksverzekering en regionaal ingekocht door een niet-risicodragende inkoper. In deze variant wordt concurrentie in de inkoop verminderd, zonder dat een tweedeling moet worden gemaakt tussen lichte en complexe problematiek. Door de hele ggz samen te brengen in een verzekering kan de versnippering worden verminderd. Het risico van deze variant is dat de niet-risicodragende inkoper te inschikkelijk kan zijn richting zorgaanbieders. Dit kan resulteren in (te) hoge prijzen en aanbodvolumes. Doordat alle burgers een verzekerd recht hebben, blijft het risico bestaan dat er concurrentie is om capaciteit tussen de zorg voor mensen met lichtere en meer ernstige problematiek.
- **C. Mentale gezondheidsketen in regio GGD+.** De regio over de gehele mentale gezondheidsketen (van preventie en sociaal domein tot en met de specialistische ggz, voor zowel volwassenen als jeugdigen) wordt volledig belegd bij een publieke entiteit op regionaal niveau (GGD+). Deze hervorming kan investeren in preventie stimuleren en bijdragen aan demedicalisering en een integrale benadering van hulpvragen. De hele ggz wordt hierbij uit de gereguleerde marktwerking gehaald. Door de inkoop van ondersteuning en zorg per regio bij één partij te leggen, wordt afwentelproblematiek voorkomen waardoor mensen met ernstige of complexe problematiek geprioriteerd kunnen worden. Deze variant is een schone lei benadering en gaat dus gepaard met hoge transitierisico's en -kosten, bijvoorbeeld omdat de hele ggz wordt overgeheveld naar een partij die geen ervaring heeft met inkoop en beperkt kennis heeft over de ggz. Het risico van deze variant is dat de vraag naar ondersteuning en zorg in brede zin zal toe nemen en dat, ondanks vormen van begrenzing van het aanbod, de vraag groter blijft dan het beschikbare aanbod.
- **D. Lichte ggz overhevelen naar de Wmo.** Deze hervorming kan versnippering terugdringen omdat de lichte ggz, jeugdhulp, Wmo-ondersteuning, welzijn en schuldhelpverlening allemaal door dezelfde inkoper worden gerealiseerd. Hierdoor kan betere aansluiting worden gezocht bij andere beleidsdomeinen. Daarnaast kan de overheveling bijdragen aan demedicalisering omdat gemeenten makkelijker kunnen doorverwijzen naar andere voorzieningen dan de zorg. Het is de vraag of gemeenten de vereiste kennis en schaal hebben om ggz-zorg in te kopen. Een cruciale randvoorwaarde

is dat een houdbare afbakening kan worden gemaakt tussen de ggz voor mensen met lichte en ernstige psychische problematiek. Deze variant richt zich alleen op lichte en milde problematiek. Deze variant biedt dus geen oplossing voor het feit dat zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek onvoldoende tot stand komt. Hiervoor moet aanvullend beleid worden ontwikkeld.

Denkrichting hervorming aanbod

Enkel het hervormen van de inkoop is niet voldoende om de problemen te adresseren. Een doel van het hervormen van de inkoop, is dat daardoor beter gestuurd kan worden op veranderingen die de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek verbeteren. Het aanbod van ondersteuning en zorg moet dus anders worden ingericht. In dit IBO is, naast de beleidsopties in de bouwblokken, ook een meer fundamentele hervorming van het toekomstig zorg- en ondersteuningslandschap voor mentale gezondheid en psychische problematiek uitgewerkt.

- **E. Regionale Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) als coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg m.b.t. mentale gezondheid.** Regionale mentale gezondheidsnetwerken zijn dé toegangspoort voor alle mentale gezondheidsvragen, met meer laagdrempelig hulpaanbod en begrensd curatief aanbod. Alle aanbieders van vergoede zorg zijn verplicht aangesloten bij het regionale netwerk en de POH-ggz wordt afgeschaft. De doelen van deze hervorming zijn o.a. demedicaliseren, begrenzen, wachttijden verminderen en versnippering van hulpaanbod tegengaan.

Hervormingen vergen een zorgvuldige afweging, want aan alle hervormingen kleven voor- en nadelen. Ervaringen met bijvoorbeeld de overheveling van de Jeugdwet naar gemeenten leren dat met dergelijke stelselwijzingen niet lichtzinnig moet worden omgesprongen. Vanwege de grote publieke belangen zal er in elk privaat stelsel sprake zijn van marktfalen, de gevolgen hiervan kunnen worden gemitigeerd door middel van regulering. Tegelijkertijd kan (meer) overheidsingrijpen of sturing gepaard gaan met overheidsfalen. Het is dus te simpel om te veronderstellen dat een ander stelsel alle problematiek gaat oplossen en geen nieuwe problemen creëert. Het gaat immers niet alleen over het stelsel zelf, maar ook over de invulling hiervan. En in elk stelsel moeten afruilen worden gemaakt tussen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Of een hervorming leidt tot betere toegankelijkheid, kwaliteit of betaalbaarheid is onzeker. Bovendien zullen stelselhervormingen transitiekosten met zich meebrengen. In de nadere uitwerking van de hervormingen moet in ieder geval het volgende worden overwogen:

1. **Waar begint en eindigt de rol van de overheid.** Het gaat daarbij om fundamentele keuzes: welke vormen van ondersteuning en zorg moeten collectief worden vergoed en georganiseerd, en welke verantwoordelijkheid kan bij individu of samenleving worden gelegd? Evenzeer speelt de vraag of de overheid zich nadrukkelijker wil richten op preventie en vroegsignalering, of juist bepaalde domeinen meer wil overlaten aan maatschappelijke initiatieven. Dit zijn principiële keuzes die onlosmakelijk verbonden zijn met een fundamentele herziening van het stelsel.
2. **De ggz organiseren als verzekerd recht of brede voorziening.** In beide gevallen heeft de burger recht op hulp, maar een voorzieningenstelsel met individuele en collectieve voorzieningen geeft de inkoper meer vrijheid om het aanbod van voorzieningen door middel van beleidsplannen en verordeningen af te stemmen op de lokale situatie en de situatie van

de burger, vaak in zijn sociale context. Hiermee kan het medicalisering tegengaan. Ook kan er mogelijk meer ingezet worden op collectieve voorzieningen.

3. **Wel of geen afbakening tussen mensen met een lichte en ernstige psychische problematiek.** Door de inkoop en/of organisatie van de zorg voor mensen met ernstige problematiek anders in te richten dan voor de mensen met een lichtere hulpvraag, zou de zorg voor de eerste groep met meer prioriteit kunnen worden ingekocht. Het is echter de vraag of het in de ggz mogelijk is om dit onderscheid te maken. Een goede tweedeling moet aan twee voorwaarden voldoen: 1. het moet zorginhoudelijk kloppen en 2. het moet op objectieve criteria zijn gebaseerd zodat het bijvoorbeeld handhaafbaar is in de triage/indicatiestelling en eenvoudig te herleiden is in declaraties om afwentelingsproblemen en upcoding te voorkomen.
4. **Op welk niveau de inkoop moet worden georganiseerd: lokaal, regionaal of nationaal.** Het organiseren van inkoop op lokaal niveau heeft het voordeel dat gemeenten dichtbij de mensen en hun omgeving staan en verantwoordelijk zijn voor gemeentelijke voorzieningen in het sociaal domein. Op regionaal en zeker op nationaal niveau is het moeilijker om de ondersteuning en zorg nauw aan te sluiten op gemeentelijke voorzieningen en het sociaal domein. Aan de andere kant is voor de inkoop van specialistische ondersteuning en zorg voldoende kennis en kunde nodig, wat op regionaal of nationaal niveau vanwege de schaal beter te organiseren is. De hervorming van de Jeugdzorg heeft laten zien dat het ggz-aanbod voor jongeren met ernstige of complexe problematiek niet goed tot stand kwam. Een ander mogelijk gevolg van het organiseren van de zorg op lokaal niveau is dat er (grote) verschillen ontstaan in de kwaliteit en toegankelijkheid van het aanbod.
5. **De mate van concurrentie.** Voor ernstige psychische problematiek blijkt de huidige vorm van inkoop in de gereguleerde marktwerking ongeschikt. Ook lichte en milde psychische problematiek voldoet niet aan alle voorwaarden van gereguleerde marktwerking. Het gevolg is dat er voor deze groep sprake is van medicalisering en overbehandeling. Tegelijkertijd kan gereguleerde marktwerking ook met doelmatigheidsvoordelen gepaard gaan waardoor meer aanbod kan worden gerealiseerd. Dit vergt een genuanceerde afweging.
6. **Risicodragende inkoop.** De Zvw, Wmo en Jeugdzorg kennen een risicodragende inkoop, maar de Wlz niet. Risicodragendheid kan de prikkels voor doelmatige zorginkoop verbeteren, maar kan ook leiden tot risico-selectie waardoor toegankelijkheid voor mensen met ernstige problematiek juist afneemt.
7. **Vormgeving van triage en indicatiestelling.** Indicatiestelling door zorgverleners brengt een risico met zich mee dat hulpvragen relatief snel worden gemedicaliseerd. Onafhankelijke indicatiestelling kan voor bureaucratie en vertraging zorgen, geeft ook niet altijd prikkels tot kostenbeheersing en sluit niet goed aan op het episodische karakter en onvoorspelbare beloop van psychische klachten.
8. **Samenhang met oplossingen buiten de zorg.** Psychische problematiek heeft vaak oorzaken die buiten de zorg liggen en oplossingen liggen vaak ook in andere domeinen. Bij het uitwerken van de hervorming moet rekening worden gehouden met de benodigde samenhang tussen domeinen.

7.3 Pakketten

Vanwege de grote hoeveelheid maatregelen die in dit IBO zijn uitgewerkt, is een deel van de beleidsopties gepresenteerd in pakketten. De werkgroep heeft drie pakketten samengesteld met maatregelen die de belangrijkste oorzaken van de problemen in de mentale gezondheid en ondersteuning en zorg adresseren. Ieder pakket bevat maatregelen in alle vier de bouwblokken. Het eerste pakket is een budgetneutraal pakket met maatregelen die elkaar aanvullen. Het tweede pakket bevat intensivering in onder andere de hulp voor mensen met

ernstige psychische problematiek en in hulp in andere domeinen. Het derde pakket is een besparingspakket, waarin begrenzen, normeren en beprijzen centraal staan.

7.3.1 Budgetneutraal pakket

Tabel 7.1 Budgettair effect uitgaven budgetneutraal pakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	STRUC.
VOORKOMEN		
1	Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid	4
2	Mentale gezondheid lokaal beter verankeren	10
3	Richtlijn mentaal gezond blijven	1,7
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0
5a	Lokale integrale verslavingspreventie	22,5
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen ²⁶⁰	0
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%) (besparing zorgkosten)	-25
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media	0
6c	Bindend verbod smartphones scholen	0
PRIORITEREN		
12	Verscherpen van de aanspraak	-80
9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0
16	Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten en verwijzen van medisch naar sociaal domein: ambitieniveau 37,5%	114,5
17	Totstandkoming e-communities	2
STUREN		
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0
22	Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding	0
27	Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT: impuls 22,5%	155
19	Groepsbehandeling voorliggend maken	-200
20	Hybride zorg voorliggend maken	-100
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz	-30
VERBREDEDEN		
29	Gezinsgericht werken	39
28a	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts	19
28b	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Het uitbreiden van het 'verkennd gesprek'	5,4
28d	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versnelde instroom in de ggz	0

²⁶⁰ Deze maatregel zal enerzijds leiden tot lagere zorguitgaven en anderzijds tot lagere accijnsinkomsten. Vanwege het ontbreken van recente cijfers is nieuw onderzoek nodig om hiervan een inschatting te maken.

28e	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versterken consultatie ggz door de huisarts en het sociaal domein	40
34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebepresting	0
30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	0
31	Personen met levenslooppaanpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz	3
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	0
35	Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg	0
36	Onderzoek effectiviteit en inzet IPS bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen	8,5
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terugleiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	10,4
Hervormingen		
	Hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen uitwerken	0
Totaal		0

Tabel 7.2 Budgettaire effect inkomsten budgetneutraal pakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	STRUC.
VOORKOMEN		
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-559
Totaal		-559

Het budgetneutrale pakket bevat beleidsalternatieven die op een samenhangende wijze ingrijpen op de oorzaken van de problemen die in dit IBO zijn geconstateerd. Het budgettaire beslag van deze maatregelen is op lange termijn budgetneutraal. Incidenteel zijn er wel budgettaire effecten. Bijlage 10 bevat het overzicht van zowel de incidentele als de structurele uitgaven van de beleidsalternatieven in de pakketten. Om dit pakket ook incidenteel budgetneutraal vorm te geven kan ervoor gekozen worden om maatregelen later in te laten gaan en/of meer geleidelijk te laten ingroeien. De beleidsalternatief over accijnsverhoging leidt zowel tot besparingen in de zorgkosten als tot fiscale opbrengsten. De fiscale opbrengsten hebben geen effect op de uitgaven en worden daarom niet meegeteld in totaal aan uitgaven. De beleidsalternatieven uit het budgetneutrale pakket zijn hieronder per bouwblok toegelicht.

VOORKOMEN

In dit pakket wordt preventief en vroeg-interventie beleid geïntensiveerd door mentale gezondheid te verankeren in de Wpg, mensen meer handvatten te geven om zelf in te grijpen bij mentale klachten en door aandacht aan schuldenproblematiek te besteden in de somatische zorg. Het huidige preventieve beleid voor mentale problemen is vrijblijvend en versnipperd georganiseerd. Bovendien zijn er verschillende manieren om eerder vroegtijdig in te grijpen. Ten eerste kan de investering in een kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid er aan bijdragen dat er meer kennis wordt ontwikkeld over effectieve preventieve maatregelen op andere beleidsterreinen (**optie 1**). In het pakket is ook de maatregel opgenomen dat mentale gezondheid

als beleidsdoel in de Wpg wordt verankerd, waardoor alle GGD-regio's hier aandacht aan moeten besteden. Dit kan gepaard gaan met middelen om decentrale maatregelen voor mentale gezondheid structureel te financieren en daarmee beter te verankeren (**optie 2**). De maatregel 'Richtlijn mentaal gezond blijven' zorgt ervoor dat mensen meer kennis aangereikt krijgen over wat ze kunnen doen om mentaal gezond te blijven en als ze last hebben van (beginnende) mentale klachten (**optie 3**). Vroeg-interventie en vroeg-signalering kan (het verergeren van) mentale klachten en psychische problemen voorkomen. Mensen met geldzorgen en /of schulden ervaren stress, dit kan zich uiten in mentale en fysieke gezondheidsklachten. Vroegtijdig signaleren en doorverwijzen bij financiële problemen vanuit de huisartsenzorg of de geboortezorg kan leiden tot een vroegtijdige verwijzing en het beroep op de zorg verminderen (**optie 4**).

In het budgetneutrale pakket zitten ook maatregelen ter verbetering van de mentale gezondheid op andere beleidsterreinen dan in de zorg: voorkomen van verslaving en begrenzen van sociale media. Overmatig middelengebruik kan mentale klachten veroorzaken, verergeren en in stand houden. Bovendien gaat met verslaving vaak multi-problematiek gepaard. In het pakket zijn beleidsopties uitgewerkt om alcoholgebruik en drugsgebruik (verder) te reguleren. Dit kan door in te zetten op lokale integrale verslavingspreventie, alcohol met een alcoholpercentage 6% of hoger alleen via de slijterij te laten verkopen en door prijsverhogingen in te voeren voor alcoholhoudende drank (**optie 5a, 5b en 5c**). De accijnzen zijn inkomsten voor de overheid. De hogere kosten voor de minimumprijs zijn voor de verkopers. De WHO en het RIVM hebben geconcludeerd dat een verhoging van alcoholaccijnzen zal leiden tot een daling in het gebruik en daarmee aanzienlijke effecten heeft op de volksgezondheid. Daarnaast is in de beleidsopties bijzondere aandacht voor verstandig online mediagebruik, onder andere door jongeren. Hoewel de discussie hierover nog niet wetenschappelijk is beslecht, willen we in dit IBO niet voorbij gaan aan de mogelijkheden om deze ontwikkeling te beïnvloeden. Ten eerste kunnen de risico's van smartphones en sociale media voor de mentale gezondheid van jongeren worden geadresseerd door het invoeren van een bindende leeftijdsgrens (**optie 6a**). Daarnaast is in het pakket een bindend verbod van smartphonegebruik op scholen opgenomen (**optie 6c**). Overigens moet daarbij niet uit het oog worden verloren dat gedoseerd online gebruik buiten de schoolomgeving voor veel jongeren ontspannend is en dat voor sommige jongeren online contact zelfs een uitweg kan zijn uit eenzaamheid of onveilige (thuis)situaties.

PRIORITEREN

Vraag naar ggz wordt in dit pakket geprioriteerd en begrensd door middel van het aanpassingen in aanspraak en behandelduur, zodat de ggz kan focussen op de mensen voor wie andere vormen van hulp niet afdoende zijn. Binnen de Zvw en de Wlz bepalen de aanspraken welke rechten mensen hebben op de vergoeding van zorg. In het pakket worden deze aanspraken verscherpt, door strikter te definiëren wanneer iemand met een psychische aandoeningen daadwerkelijk recht heeft op 'curatieve ggz' (**optie 12**). De twee lichtste zorgvraagtypen hebben geen aanspraak meer op een vergoeding voor het gebruik van curatieve ggz. Vanwege het feit dat psychische aandoeningen moeilijk zijn af te bakenen kan dit leiden tot een risico op re- of upcoding, waardoor het beoogde effect deels teniet kan worden gedaan. Hier moet rekening mee worden gehouden bij implementatie. Tevens wordt de passende duur van een behandeling in de ggz in richtlijnen en zorgstandaarden opgenomen om overbehandeling te voorkomen (**optie 9**).

In het pakket worden andere vormen van hulp buiten de curatieve ggz beschikbaar gesteld, namelijk meer laagdrempelige steunpunten, de ketenaanpak sociaal verwijzen

en e-communities. Om te borgen dat alle mensen met mentale klachten toegang hebben tot ondersteuning kan een laagdrempelig aanbod voor psychische klachten vanuit de Wmo wettelijk worden verankerd. Dit zijn onder andere laagdrempelige steunpunten waar mensen met psychische kwetsbaarheid binnen kunnen lopen en aan hun herstel kunnen werken en de ketenaanpak sociaal verwijzen (**optie 16**). Verder kan de overheid de totstandkoming van (een netwerk van) goed vindbare en betrouwbare e-communities stimuleren. Binnen deze communities kunnen volwassenen met mentale problemen of psychische aandoeningen contact met elkaar leggen, informatie vinden en (tips voor) ondersteuning krijgen (**optie 17**).

STUREN

Vier maatregelen in het budgetneutrale pakket sturen op meer aanbod voor mensen met ernstige psychische problematiek, namelijk tariefdifferentiatie, verplichte ANW-diensten en een structurele intensivering in de acute ggz. Het tarief waarmee de verzekeraar nu de aanbieder bekostigt, is afhankelijk van de complexiteit van het zorgaanbod. Deze beleidsoptie zou de tariefstelling aanpassen naar differentiatie op basis van de complexiteit van de daadwerkelijke zorgvraag. Hierdoor wordt via de inkoop zorg voor mensen met complexe hulpvraag gestimuleerd (**optie 25**). Zo wordt voorkomen dat er een belang is bij aanbieders is om patiënten in een te complexe setting te behandelen, en kunnen zorgverzekeraars ervoor zorgen dat die capaciteit en middelen ook echt gaan naar mensen die dit nodig hebben. Een andere reden voor aanbieders om zich vooral op mensen met lichte zorgvraag te richten is dat het behandelen van complexe patiënten meer belastend kan zijn voor het personeel, bijvoorbeeld omdat avond- nacht- en weekenddiensten (ANW) en crisisdiensten noodzakelijk zijn. Het is een optie om deze diensten te verplichten voor alle psychiaters via wetgeving zodat de lasten eerlijker worden verdeeld (**optie 21**). Verder kan de regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken (**optie 22**) eraan bijdragen dat de binding van professionals met een regio en sector of domein versterkt wordt. Het beoogde effect is dat meer mensen kiezen om te werken voor aanbieders van zorg voor mensen met een complexe hulpvraag waar nu tekorten zijn. Als laatste wordt een investering van structureel € 155 miljoen in de acute ggz voorgesteld, specifiek in de HIC (High Intensive Care) en IHT (Intensive Home Treatment) om daarmee de beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg te vergroten (**optie 27**).

Daarnaast zitten in het pakket maatregelen die normeren dat het bestaande aanbod doelmatiger wordt ingezet. Het sturen op doelmatigere inzet van aanbod kan door middel van het dwingend stimuleren van groepsbehandeling naar 15% van het totaal aanbod in 2030. Er kan worden gestuurd door in richtlijnen en zorgstandaarden op te nemen 'groepsbehandeling voorliggend tenzij' en door via het inkoopbeleid afspraken te maken over de hoeveelheid groepsbehandeling (**optie 19**). Daarnaast wordt hybride behandeling dwingend gestimuleerd naar 15% van het totaalaanbod in 2030 (**optie 20**). Online- en groepsbehandeling blijken vaak even effectief als een reguliere behandeling, en kunnen soms effectiever zijn. Daarnaast leveren ze een arbeidsbesparend effect op. Om verzekeraars te stimuleren meer zorg in te kopen voor mensen met een complexe hulpvraag en om te kunnen sturen op doelmatige inzet van het zorgaanbod, is van belang dat zij hier afspraken over kunnen maken met zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben op dit moment echter de mogelijkheid om ook ongecontracteerde zorg te verlenen, en kunnen zich daardoor onttrekken aan het maken van deze afspraken. Een optie is om contractering in de ggz te bevorderen door de minimale vergoeding voor ongecontracteerde zorg in regelgeving vast te stellen en deze vergoeding voor de ggz te verlagen (**optie 23**). Hiermee worden zorgaanbieders geprikkeld om een contract af te sluiten met de zorgverzekeraar en kan de zorgverzekeraar beter sturen op de verdeling van de schaarse capaciteit. Juist een deel van de mensen met een complexe hulpvraag maakt op dit moment gebruik van ongecontracteerde zorg.

Daarom is het van belang dat zorgverzekeraars, met inbreng van vertegenwoordigers van patiënten, plannen maken om het sluiten van een contract aantrekkelijker te maken voor zorgaanbieders die zich richten op zorg voor mensen met ernstige problematiek of een complexe hulpvraag.

VERBREDEDEN

Verschillende maatregelen in het pakket verplichten of faciliteren samenwerking tussen instellingen in het zorg- en welzijnsdomein. Voor mensen met complexe hulpvragen is een integrale aanpak, waarin de verschillende onderdelen van problematiek worden geadresseerd, van belang. In dit IBO zijn verschillende maatregelen opgenomen die dit bevorderen. Gezinsgericht werken (**optie 29**) draagt eraan bij dat in gezinnen, waar vaak zorg uit de jeugdwet, Zvw en Wmo samenkomt, een integrale aanpak kan worden gevoerd. Betere samenwerking tussen de verschillende zorgdomeinen kan ook bijdragen aan betere doorstroom. Bijvoorbeeld door uitstroom uit de ggz te bevorderen via nazorg en terugvalopties (**optie 28a, 28b, 28d en 28e**). Als patiënten en behandelaars weten dat patiënten bij terugval weer terug kunnen naar de instelling waar ze in behandeling waren, dan kunnen ze eerder de zorginstelling verlaten. Deze beleids optie stimuleert snellere uitstroom uit de ggz. Op deze manier kan ruimte worden gecreëerd voor nieuwe cliënten, wat bijdraagt aan het verkorten van de wachttijden in de ggz. Een experiment met regionale, domeinoverstijgende populatiebesteding (**optie 34**) kan de integrale samenwerking in regio's waar dit al goed verloopt, verbeteren.

Daarnaast zijn er opties die zich richten op mensen met ernstige psychische problematiek, waarbij soms ook sprake is van onbegrepen gedrag en de maatschappelijke gevolgen daarvan. Het budgetneutrale pakket bevat een optie om zorginstellingen toe te rusten op cliënten met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico, zodat zij meer handelingsperspectief hebben en cliënten minder vaak tussen wal en schip vallen na afloop van de strafrechtelijke titel (**optie 30**). Ook bevat het een optie om te borgen dat personen met een levensloopaanpak (onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico) die zich kwalificeren voor de Wlz, hier ook voor worden geïndiceerd (**optie 31**). Dat is nu door bijvoorbeeld zorgmijding niet altijd het geval. Het experiment met regionale afspraken tussen aanbieders en financiers over mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico kan bij succes landelijk worden uitgebreid (**optie 32**), zodat in elke regio heldere afspraken zijn die voor een integraal hulpaanbod zorgen en afwentelproblematiek tussen partijen voorkomen.

In het pakket zitten ook maatregelen die samenwerking met domeinen buiten de zorg bevorderen. Betere samenwerking tussen de arbozorg en de ggz kan een preventieve werking hebben. De arbodienst kan middels vroeg-signalering en consultatie ervoor zorgen dat klachten niet verergeren (**optie 35**). Samenwerking kan tot stand worden gebracht door een consultatiefunctie, modulair samenwerken en integrale behandeling. Daarnaast kan de re-integratie van mensen met psychische klachten op de arbeidsmarkt of in het onderwijs worden bevorderd met het uitbreiden Individuele Plaatsing en Steun (IPS) (**opties 36 en 37**). Het doel van IPS kan worden uitgebreid van re-integratie van werk naar ook het initieel onderwijs of een leerwerktraject. Bovendien kan onderzoek worden gedaan naar of inzet van IPS voor enkelvoudige (i.p.v. meervoudige) psychische klachten effectief is.

HERVORMINGEN

Onderdeel van het pakket is het advies om een inkoopvorming voor in ieder geval zorg voor mensen met ernstige psychische problemen nader uit te werken (zie paragraaf 7.2). Dit type zorg voldoet niet aan de voorwaarden die nodig zijn voor inkoop in gereguleerde

concurrentie. De werkgroep constateert dat dit vraagt om een hervorming van de inkoop en het aanbod van deze zorg. In dit IBO is een start gemaakt door een aantal denkrichtingen voor inkoopvormingen en een aanbodhervorming uit te werken. Deze verkenning kan dienen als startpunt. De werkgroep constateert dat bij de hervorming in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek herziening nodig heeft, maar bij het nader uitwerken moet ook rekening worden gehouden met de effecten op de andere oorzaken van de problemen. Zo zou moeten worden nagestreefd dat versnippering zoveel mogelijk wordt verminderd en dat er na hervorming meer mogelijkheden zijn om vraag te begrenzen. Tevens zou het wenselijk zijn als inkopers prikkels hebben voor preventie.

7.3.2 Intensiveringspakket

In het intensiveringspakket zitten maatregelen die bijdragen aan de vier bouwblokken en een aanvullende intensivering leveren op de hulp bij ernstige psychische problematiek en hulp in andere domeinen. Uit het onderzoek van ahti is gebleken dat de kosten in de ggz zeer scheef verdeeld zijn. Hierdoor kan schuif van minder zorg voor mensen met lichtere problematiek naar meer zorg voor mensen met ernstige problematiek niet de enige oplossing zijn voor voldoende passend aanbod voor de laatste groep. Een intensivering kan bijdragen aan de kwaliteit en toegankelijkheid van deze zorg, zonder een substantieel deel van de mensen met lichte en milde klachten toegang tot zorg te ontfemen. Bovendien zijn de maatschappelijke kosten van psychische problematiek hoog. Een intensivering in de ggz zou bij kunnen dragen aan het verminderen van deze kosten, kortere wachttijden correleren bijvoorbeeld meer een hogere kans op werk.²⁶¹ In het intensiveringspakket zitten maatregelen die het zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen met ernstige problematiek vergroten en maatregelen die een extra impuls geven aan de verbreding van de aanpak van psychische problematiek over domeinen heen.

Het is de vraag of de extra middelen in een intensiveringspakket doelmatig kunnen worden ingezet. Het is namelijk de vraag of budget de meest beperkende factor is in het tot stand komen van de benodigde oplossingen, er is namelijk ook sprake van krapte op de arbeidsmarkt. Bovendien staat het niet vast dat investeringen in de ggz leiden tot een verbetering in de mentale gezondheid. Er moet worden voorkomen dat een intensivering leidt tot aanbodgeïnduceerde vraag en verdere medicalisering. Het intensiveringspakket bevat dezelfde maatregelen als het budgetneutrale pakket, aangevuld met een aantal extra maatregelen.

Tabel 7.3 Budgettaire effect uitgaven investeringspakket pakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	STRUC.
VOORKOMEN		
1	Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid	4
2	Mentale gezondheid lokaal beter verankeren	10
3	Richtlijn mentaal gezond blijven	1,7
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0
5a	Lokale integrale verslavingspreventie	22,5
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen ²⁶²	0

²⁶¹ Prudon (2025a)

²⁶² Deze maatregel zal enerzijds leiden tot lagere zorguitgaven en anderzijds tot lagere accijnsinkomsten. Vanwege het ontbreken van recente cijfers is nieuw onderzoek nodig om hiervan een inschatting te maken.

5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-25
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media	0
6c	Bindend verbod smartphones scholen	0
8	Structurele integrale aanpak mentale gezondheid en ondersteuning op scholen	191,1
PRIORITEREN		
12	Verscherpen van de aanspraak	-80
9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0
16	Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten en verwijzen van medisch naar sociaal domein	114,5
17	Totstandkoming e-communities	2
STUREN		
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0
22	Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding	0
27	Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT: impuls 22,5%	155
19	Groepsbehandeling voorliggend maken	-200
20	Hybride zorg voorliggend maken	-100
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz	-30
26	Schuif groei curatieve zorgsectoren naar ggz sector via akkoorden	0
VERBREDEN		
29	Gezinsgericht werken	39
28a	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts	19
28b	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: het uitbreiden van het 'verkenkend' gesprek	5,4
28d	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versnelde instroom in de ggz	0
28e	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versterken consultatie ggz door de huisarts en het sociaal domein	40
34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebeplooiing	0
30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	0
31	Personen met levensloopaanpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz	3
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	0
35	Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg	0
36	Onderzoek effectiviteit en inzet IPS bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen	8,5
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	10,4
28c	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Strippenkaart / waakvlamcontact	160
33	Meer passende woonplekken	PM
Hervormingen		

Hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen uitwerken	0
Totaal	351,1 + PM

Tabel 7.4 Budgettaire effect inkomsten investeringspakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	STRUC.
VOORKOMEN		
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-559
Totaal		-559

Het voorkomen van mentale problemen bij jongeren kan worden geïntensiveerd door een structurele aanpak op scholen. De maatregel structurele aanpak mentale gezondheid en ondersteuning op school hulpverlening op scholen (**optie 8**) beoogt een integrale aanpak van preventie, vroegsignalering en hulp op scholen. De beleidsoptie beoogt de mentale gezondheid van jongeren te verbeteren en doorverwijzing naar zorg waar mogelijk te voorkomen. Ook zorgt integraal werken aan welzijn en veerkracht voor een betere omgang met tegenslag, nu en later.

De toegankelijkheid van het aanbod voor mensen met (ernstige) psychische problematiek kan worden vergroot met een intensivering. Zo is het mogelijk om mensen na afronding van een ggz-behandeling een 'strippenkaart' te geven voor een aantal korte consultmomenten bij een ggz-professional die zij in de toekomst kunnen inzetten, zonder eerst op de wachtlijst voor ggz-zorg te komen (**optie 28c**). De rationale is dat dit professionals en patiënten helpt om behandeling tijdig af te ronden, omdat een laagdrempelige terugvaloptie beschikbaar is. Daarnaast kan de hulp aan mensen met ernstige psychische problematiek worden verbeterd door gemeenten te verplichten om passende woonplekken (Skaeve Huse) te realiseren (**optie 33**). Deze maatregel is aanvullend op het wetsvoorstel Versterking regie op volkshuisvesting, dat bijdraagt aan meer passende woonplekken, doordat mensen die uitstromen uit Beschermd wonen in alle gemeenten verplicht in aanmerking moeten komen voor urgentie, waardoor er meer ruimte voor instroom in Beschermd wonen-voorzieningen wordt gerealiseerd.

Intensiveringen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek kunnen worden gefinancierd, door middelen te verschuiven vanuit andere zorgsectoren naar de ggz. Op deze manier zou het aanbod aan curatieve ggz kunnen toenemen ten koste van het aanbod in de overige curatieve zorg (**optie 26**). Voor zowel de ggz als de overige curatieve zorgsectoren zouden daarvoor akkoorden gesloten moeten worden, waarin ook concrete doelmatigheidsmaatregelen afgesproken moeten worden om de besparing te realiseren. Voor een intensivering kunnen ook extra middelen ter beschikking worden gesteld in de Rijksbegroting.

7.3.3 Besparingspakket

In het besparingspakket zitten maatregelen die beogen bij te dragen aan de vier bouwblokken, met focus op voorkomen, begrenzen en sturen. Gezamenlijk leiden deze maatregelen tot een besparing. Voor preventie voor mentale klachten worden in dit bouwblok alleen normerende en beprijzende maatregelen ingezet. Deze maatregelen kunnen op termijn tot lagere zorguitgaven leiden, als het voorkomt dat mensen psychische klachten ontwikkelen. Voor het prioriteren van vraag naar zorg wordt er in dit bouwblok van uitgegaan dat hulpvragen die niet

meer in de zorg terecht kunnen, in de persoonlijke sfeer worden opgelost. Ook wordt met financiële drempels gebruik van ggz afgeremd. Voor verplaatsen van zorgvraag naar vervangend hulpaanbod is beperkt ruimte in dit pakket. Zorginkopers krijgen meer sturingsinstrumenten om de schaarse capaciteit beter te verdelen. In het besparingspakket zijn slechts een beperkt aantal beleidsopties opgenomen die investeren in het verbreden van het zorgaanbod, namelijk alleen in maatregelen gericht op mensen met een complexe hulpvraag.

Het besparingspakket bevat maatregelen die beogen bij te dragen aan de bouwblokken, maar gaat met risico's gepaard. Vanwege de bestaande kennislacunes en gebrekkige wettelijke basis voor preventief beleid voor mentale gezondheid, zullen alleen losse normerende en beprijsende maatregelen niet voldoende zijn om tot een integrale beleidsaanpak te komen. Een aantal maatregelen uit het pakket verminderen de toegang tot zorg zonder dat vervangend aanbod wordt geregeld, dit kan leiden tot verergering van de psychische problematiek. Het terugdraaien van toegang tot de Wlz voor ggz zorgt voor beleidsonzekerheid voor een kwetsbare groep die al lange tijd kampt met ernstige psychische problemen. Het invoeren van eigen betalingen kan leiden tot zorgmijding. Het besparingspakket bevat deels dezelfde maatregelen als het budgetneutrale pakket, maar een aantal maatregelen zijn toegevoegd en verwijderd.

Tabel 7.5 Budgettair effect uitgaven besparingspakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	STRUC.
VOORKOMEN		
3	Richtlijn mentaal gezond blijven	1,7
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen ²⁶³	0
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-25
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media	0
6c	Bindend verbod smartphones scholen	0
PRIORITEREN		
12	Verscherpen van de aanspraak	-80
9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0
17	Totstandkoming e-communities	2
10b	Eigen bijdrage basis en specialistische ggz	-200
15	Hele ggz uit Wlz	-380
STUREN		
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0
19	Groepsbehandeling voorliggend maken	-200
20	Hybride zorg voorliggend maken	-100
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz	-30
VERBREDEN		
34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebepoortering	0

²⁶³ Deze maatregel zal enerzijds leiden tot lagere zorguitgaven en anderzijds tot lagere accijnsinkomsten. Vanwege het ontbreken van recente cijfers is nieuw onderzoek nodig om hiervan een inschatting te maken.

30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	0
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	0
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	10,4
Hervormingen		
	Hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen uitwerken	0
Totaal		-1000,9²⁶⁴

Tabel 7.6 Budgettaire effect inkomsten besparingspakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	STRUC.
VOORKOMEN		
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-559
Totaal		-559

In het besparingspakket worden alleen normerende en beprijzende maatregelen ingezet om de mentale gezondheid te bevorderen. Deze maatregelen kunnen op termijn tot lagere zorguitgaven leiden als het voorkomt dat mensen psychische klachten ontwikkelen. Beprijzende maatregelen kunnen voor inkomsten zorgen. De preventiemaatregelen die een investering vragen vervallen.

In het besparingspakket zitten maatregelen die vraag prioriteren om medicalisering tegen te gaan. De hulpvraag zal, meer dan in het budgetneutrale pakket, in de persoonlijke sfeer moeten worden opgevangen. In het budgetneutrale pakket zitten een aantal maatregelen om zorggebruik te begrenzen. In dit pakket worden deze maatregelen aangevuld met eigen betalingen voor de basis en specialistische ggz om mensen te stimuleren af te zien van een beroep op zorg als dit niet noodzakelijk is, en te kiezen voor een andere benadering (**optie 10b**). Als alternatief kan ook gekozen worden om de halvering van het eigen risico naar 165 euro terug te draaien, omdat door deze halvering de druk op de ggz toeneemt. Een nadeel van eigen betalingen is dat dit tot zorgmijding kan leiden bij mensen die de zorg wel echt nodig hebben, en zo later tot een toename van de klachten.

Veel meer mensen dan voorzien hebben een indicatie voor zorg uit de Wlz gekregen toen de Wlz werd opengesteld voor mensen met een psychische aandoening. Een evaluatieonderzoek naar de effecten van de openstelling van de Wlz voor deze doelgroep wordt naar verwachting eind 2025 afgerond. In hoeverre dit heeft geleid tot (beter) passende zorg voor mensen met een psychische aandoening en een langdurige zorgvraag is onderwerp van dit onderzoek. In het besparingspakket kan worden besloten om deze openstelling terug te draaien en de Wlz niet meer toegankelijk te maken voor mensen met psychische problemen (**optie 15**). De mensen die nu zorg ontvangen uit de Wlz zouden dan terug moeten naar de Zvw of Wmo.

Het besparingspakket bevat tegenover begrenzen van de ggz door het inperken van de aanspraak en het introduceren van een eigen bijdrage, alleen vervangend hulpaanbod buiten de zorg met een

²⁶⁴ Het betreft hier een optelling van de budgettaire gevolgen van individuele maatregelen. Als maatregelen gezamenlijk ingevoerd worden moet rekening gehouden worden met mogelijke interactie-effecten.

maatregel over de totstandkoming van (een netwerk van) goed vindbare en betrouwbare e-communities. Dat betekent dat hulpvragen die niet meer in de ggz terecht kunnen zullen, voornamelijk in de persoonlijke sfeer moeten worden opgevangen, met als risico extra druk op de huisartsenzorg.

In het besparingspakket worden scherpere keuzes gemaakt over waar te investeren voor het verbreden van het zorgaanbod. Er worden nog steeds maatregelen genomen om meer samenwerking tussen instellingen en domeinen te stimuleren, maar dit zijn enkel maatregelen die een beperkte investering vragen en zich specifiek richten op mensen met een complexe hulpvraag.

7.4 Totaaloverzicht beleidsopties en hervormingen

Tabel 7.4 Totaaloverzicht van alle beleidsopties en denkrichtingen voor hervormingen uit het IBO mentale gezondheid en ggz – zie bijlage 12 voor de uitwerking van de maatregelen

OVERZICHT BELEIDSOPTIES EN DENKRICHTINGEN HERVORMINGEN	
Nr.	Maatregel
DENKRICHTINGEN HERVORMINGEN	
A	Centrale inkoop zonder concurrentie van ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek.
B	Regionale volksverzekering voor de hele ggz
C	Hele mentale gezondheidsketen in regie van GGD+
D	Lichte ggz overhevelen naar de Wmo
E	Regionale Mentale Gezondheidsnetwerken (MGNs) als coördinatiepunt voor alle preventie, ondersteuning en zorg
BELEIDSOPTIES	
VOORKOMEN	
1	Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid
2	Mentale gezondheid lokaal beter verankeren
3	Richtlijn mentaal gezond blijven
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden
5	Verslaving
5a	Lokale integrale verslavingspreventie
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging en minimum unit pricing)
5d	Inzetten op preventie van gameverslaving
6	Sociale media
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media
6b	Reguleren verslavende en schadelijke elementen sociale media minderjarigen
6c	Bindend verbod smartphones scholen
6d	Verplichte toestemming ouders en risico-informatie bij verkoop smartphones aan kinderen (16-)
7	Digitale geletterdheid jongeren versterken via onderwijs
8	Structurele integrale aanpak mentale gezondheid en ondersteuning op scholen
PRIORITEREN	

9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden
10	Eigen bijdrage
10a	Eigen bijdrage basis ggz
10b	Eigen bijdrage basis en specialistische ggz
11	Aanspraak basis-ggz als fysiotherapie
12	Verscherpen van de aanspraak
13	Zorgprofiel ggz-wonen 1 uit de Wlz
14	Tijdelijke Wlz-indicaties
15	Hele ggz uit de Wlz
16	Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten en verwijzen van medisch naar sociaal domein
17	Totstandkoming e-communities
18	Faciliteren van AI-ondersteuning in ggz
STUREN	
19	Groepsbehandeling voorliggend maken
20	Hybride zorg voorliggend maken
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten
22	Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz
24	Inzet transparantieladder voor versterken kwaliteitstransparantie ggz
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype
26	Schuif groei curatieve zorgsectoren naar ggz sector via akkoorden
27	Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT
VERBREDEN	
28	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties
28a	Overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts
28b	Het uitbreiden van het 'verkennend gesprek'
28c	Strippenkaart / waakvlakcontact
28d	Versnelde instroom in de ggz
28e	Versterken consultatie ggz door de huisarts en het sociaal domein
29	Gezinsgericht werken
30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico
31	Personen met levensloopaanpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico
33	Meer passende woonplekken
34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebepoorting
35	Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg
36	Onderzoek effectiviteit en inzet IPS bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terugleiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject

Bijlagen

Samenstelling werkgroep

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE
Manon Leijten	Voorzitter	Autoriteit, Consument & Markt
Sophie Wellen	Secretaris	Ministerie van Financiën
Romy van Rooijen	Secretaris	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Marieke Ouwerling	Secretaris tot juni 2025	Ministerie van Financiën
Marleen Elshof	Secretaris vanaf januari 2025	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Bart van de Gevel	Secretaris vanaf juni 2025	Ministerie van Financiën
Birgit ten Cate	Werkgroeplid	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Koen Mijnen	Werkgroeplid	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Toep van Dijk	Werkgroeplid	Ministerie van Financiën
Dick Kabel	Werkgroeplid	Ministerie van Financiën
Erwin van Dam	Werkgroeplid	Ministerie van Algemene Zaken
Wouter Dronkers	Werkgroeplid	Ministerie van Justitie & Veiligheid
Jasper de Jong	Werkgroeplid	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Henrike Karreman	Werkgroeplid	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Taakopdracht

Aanleiding

Steeds meer mensen hebben mentale klachten en/of psychische aandoeningen.²⁶⁵ Mentale klachten en psychische aandoeningen hebben grote invloed op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Zo kunnen mensen met deze klachten problemen ondervinden met de lichamelijke gezondheid, wonen, werk en persoonlijke relaties. De toename in mentale klachten leidt, samen met andere ontwikkelingen zoals aanbodgeïnduceerde vraag, tot een toenemend beroep op professionele ondersteuning en zorg. De domeinen en sectoren die ondersteuning of zorg leveren aan mensen met mentale klachten staan in toenemende mate voor grote uitdagingen; zoals grote instroom en het stokken van de door- en uitstroom. Het blijkt voor zorgaanbieders aantrekkelijk te zijn om patiënten met een (relatief) lichte zorgvraag eerder te helpen dan patiënten met een zwaardere zorgvraag.²⁶⁶ Vooral mensen met complexe problematiek komen daardoor vaak op lange wachtlijsten terecht of krijgen geen ondersteuning. Andere uitdagingen zijn het personeelstekort en noodzakelijke domeinoverstijgende samenwerking die vaak stroef verloopt. Door deze uitdagingen kan niet iedereen die dat nodig heeft gebruik maken van passende ondersteuning en zorg op het juiste moment.

Onder meer door de toegenomen instroom zijn de uitgaven aan ondersteuning en zorg voor mensen met mentale klachten en psychische aandoeningen de afgelopen jaren toegenomen. Deze uitgaven zullen naar verwachting verder groeien.²⁶⁷ De personele, financiële en maatschappelijke houdbaarheid van de ondersteuning en zorg staat hierdoor onder druk. Tegelijkertijd heeft een slechte mentale gezondheid effect op andere delen van de maatschappij; zo kan het bijvoorbeeld zorgen voor verminderde arbeidsproductiviteit of onderwijsdeelname/prestaties, (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid, verhoogde criminaliteit en extra druk op de politie.²⁶⁸ Investerings in mentale gezondheid kunnen daardoor voor positieve maatschappelijke opbrengsten zorgen. Andersom kunnen ontwikkelingen in de maatschappij zorgen voor een verslechterde mentale gezondheid.

Bovenstaande vraagt om een IBO over mentale gezondheid en ggz. Mentale gezondheid is de manier waarop iemand zich verhoudt tot zichzelf en tot anderen en hoe iemand omgaat met de uitdagingen in het dagelijks leven. Tegelijkertijd gaat het ook over hoe deze persoon en anderen in de samenleving dit ervaren.²⁶⁹ Met de ggz wordt in dit IBO alle ondersteuning en zorg rondom mentale klachten en psychische aandoeningen vanuit de Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet en Wpg bedoeld. Met het IBO wordt mede invulling gegeven aan de motie Raemakers die vraagt om een goed integraal beeld van de structurele problemen in de ggz.²⁷⁰ Bij de analyse van de structurele problemen worden ook aanpalende beleidsterreinen betrokken voor zover die bijdragen aan de gesignaleerde problemen.

Doelen van het IBO

Het IBO heeft als doel te komen tot:

²⁶⁵ VZinfo (z.d., Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.-a). Mogelijke verklaringen voor deze toename worden in het IBO onderzocht.

²⁶⁶ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021).

²⁶⁷ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021).

²⁶⁸ Trimbos-Instituut (z.d.-e).

²⁶⁹ Trimbos-Instituut (z.d.-f).

²⁷⁰ Tweede Kamer (2022).

- A. een brede probleemanalyse;
- B. een overzicht van het handelingsperspectief van de overheid ter voorkoming en beperking van mentale klachten en psychische problemen en voor het oplossen van de structurele problemen in de toegang en inrichting van de ondersteuning en zorg;
- C. uitwerking van concrete beleidsvarianten op basis van het handelingsperspectief.

Aanpak en opdracht aan de werkgroep

A. Brede probleemanalyse:

De brede probleemanalyse gebeurt o.a. aan de hand van de volgende aandachtspunten:

- Mentale gezondheid: Welke (beleids)ontwikkelingen en trends zijn er de afgelopen jaren geweest als het gaat om (verslechtering van) mentale gezondheid, zijn er verschillen in doelgroepen (o.a. sekse, leeftijd, culturele achtergrond) en hoe verhoudt het beeld in Nederland zich tot andere landen? Wat zijn de verklaringen voor de toename van mentale klachten? Welke (maatschappelijke) factoren zijn van invloed op mentale gezondheid? Wat is bekend over de gevolgen van mentale klachten en aandoeningen voor het individu en op de samenleving (zoals sociale zekerheid, het onderwijs, veiligheid en de arbeidsmarkt)? Hoe is de ontwikkeling bij ongewijzigd beleid? Maak bij bovenstaande indien nodig onderscheid tussen jongeren, jongvolwassenen en volwassenen.
- Toegang tot ondersteuning en zorg: Het gaat hier om alles rondom de toegang tot en met de verwijzing naar formele zorg en plaatsing op de wachtlijst (dus voordat iemand een diagnose heeft). Welke factoren beïnvloeden de vraag naar ondersteuning en zorg? Welke mogelijkheden zijn er vanuit de informele zorg qua ondersteuning? Komt de cliënt op de juiste plek binnen en is er sprake van passende zorg? Hoe verloopt de toegang in de verschillende domeinen? Worden mensen tijdig geholpen?
- Inrichting van ondersteuning en zorg: Wat is de ontwikkeling van de wachtlijsten in de Wmo, Wlz, Jeugdwet en Zvw? Vindt er selectie op basis van zorgzwaarte plaats (zijn er exclusiecriteria)? Hoe is de ondersteuning en zorg rondom mentale klachten en psychische aandoeningen georganiseerd incl. prikkels, juridische-, financierings- en bekostigingsstructuren en hoe heeft zich dit ontwikkeld? In hoeverre sluit het ondersteunings- en zorgaanbod nu aan op de vraag? Hoe werkt de door- en uitstroom van cliënten (incl. vervolg- en nazorg, terugval)? Hoe effectief, doelmatig en integraal is de ondersteuning en zorg? Hoe wordt samenwerking binnen en tussen de stelsels vormgegeven, hoe wordt deze wel of niet bevorderd en wat betekent dit voor (de kwaliteit van) het ondersteunings- en zorgaanbod?

Betrek in de analyse in ieder geval de beleidslijnen uit bestaande programma's en recent gesloten akkoorden waar mentale gezondheid in voorkomt; IZA, GALA en het Nationaal Preventieakkoord, de Hervormingsagenda Jeugd, het WOZO, 'Mentale gezondheid: van ons allemaal', en 'Eén tegen eenzaamheid'. Betrek tevens de resultaten van het midterm review IZA.

B. Overzicht van handelingsperspectief van de overheid ter voorkoming en beperking van mentale klachten en psychische problemen en voor het oplossen van de structurele problemen in de toegang en inrichting van de ondersteuning en zorg:

Het gaat hier om de mogelijkheden voor de overheid om de mentale gezondheid te verbeteren waardoor het beroep op ondersteuning en zorg bij mentale en psychische problemen kan

verminderen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het RIVM onderzoek²⁷¹ naar de belangrijkste factoren die van invloed zijn op mentale gezondheid en welk handelingsperspectief de overheid hierbij heeft. Tevens gaat het om de mogelijkheden van de overheid om structurele problemen in de toegang en inrichting van de ondersteuning en zorg op te lossen.

C. Uitwerking van concrete beleidsvarianten op basis van het handelingsperspectief:

Het gaat hier om beleidsopties die een significante impact hebben op de personele, financiële en maatschappelijke houdbaarheid²⁷² van de ondersteuning en zorg rondom mentale klachten en psychische aandoeningen door;

1. Het voorkomen van mentale klachten en het verbeteren van de mentale gezondheid, hier wordt breder gekeken dan het VWS-domein. Er zijn vele factoren die van invloed zijn op de mentale gezondheid, die ook overlappen en interactie hebben met elkaar (zie RIVM onderzoek²⁷³). Daarom is op basis van het RIVM rapport de praktische keuze gemaakt om de beleidsopties buiten het VWS-domein te richten op maximaal vier indicatoren waaronder bestaanszekerheid (armoede, schulden en wonen), werk/arbeidsparticipatie en belasting door school of studie. Deze opties kunnen op korte en lange termijn toezien.
2. Het verbeteren van passende toegang tot de ondersteuning en zorg; en,
3. De inrichting van ondersteuning en zorg, waaronder de samenwerking binnen en tussen de stelsels.

Het is uitdrukkelijk de bedoeling om de driedeling zoals hierboven opgesomd gelijkwaardig te behandelen in het IBO. Beschrijf in de aangedragen beleidsopties in ieder geval de effecten op de mentale gezondheid, de uitvoerbaarheid (o.a. samenwerking binnen en tussen stelsels en domeinen), de randvoorwaarden die nodig zijn, de brede financiële gevolgen van de beleidsvarianten, het maatschappelijk draagvlak en of dit bevordert dat de cliënt de juiste ondersteuning of zorg op de juiste tijd en plek ontvangt. Conform de IBO-spelregels wordt tenminste één besparingsoptie uitgewerkt. Voor beleidsopties die reeds zijn/worden uitgewerkt in andere onderzoeken zoals de Commissie Sociaal Minimum, het IBO Problematische Schulden, Toekomst Toeslagen, kan worden verwezen naar deze rapporten, in plaats van deze opties (opnieuw) uit te werken in dit IBO.

Scope en grondslag

Tabel 1 bevat de grondslag van dit IBO. In de grondslag zijn de structurele kosten opgenomen die voor de ondersteuning en zorg in de Zvw, Wlz en Beschermd Wonen (Wmo) worden gemaakt. De incidentele middelen in deze domeinen zijn niet meegenomen in de tabel. In dit IBO gaat het ook over het bredere sociaal domein, Wmo, Wpg, Jeugdwet, bestaanszekerheid (armoede, schulden en wonen), werk/arbeidsparticipatie en belasting door school of studie. De kosten in deze domeinen zijn niet meegenomen in de grondslag, omdat deze niet te herleiden zijn of niet uit te drukken in termen van ondersteunings- en zorgkosten. Op deze beleidsterreinen worden uitdrukkelijk ook beleidsopties ontwikkeld.

²⁷¹ RIVM (2024).

²⁷² Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021).

²⁷³ RIVM (2024).

Tabel 1. Kosten van de ondersteuning en zorg rondom mentale klachten en psychische aandoeningen in miljoenen euro's²⁷⁴

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
POH-GGZ*	205	217	235				
Curatieve ggz (Zvw)	4.336	2.957**	4.601	5.036	5.505	5.558	5.553
Langdurige ggz (Wlz)	622	1.603** *	2.070	2.421	2.677	2.773	2.735
Beschermd Wonen (Wmo)****	1.938	1.489	1.498	1.641	1.731	1.746	1.747
Begrotingsgefinancierde uitgaven curatieve ggz (Art. 2)	24	26	28	12	15	17	25

*Hier zijn NZa cijfers gebruikt, die maar tot 2022 lopen.

**Eenmalige schadelastdip door invoering van het Zorgprestatie model

*** Openstelling Wlz voor Zvw en Wmo cliënten

**** Dit zijn de middelen die vanaf de begroting worden overgeheveld naar het Gemeentefonds, middels een integratie Uitkering. Aangezien deze middelen niet geormerkt zijn, kan het zijn dat er in de praktijk minder of meer budget naar Beschermd Wonen gaat.

Organisatie van het onderzoek

De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van VWS, FIN, OCW, SZW en JenV. BZK neemt deel als agendalid. Relevante experts, ervaringsdeskundigen en organisaties worden op een passende manier betrokken. De werkgroep staat onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. De voorzitter wordt ondersteund door een secretariaat bestaande uit medewerkers van VWS en FIN. Het IBO start in november 2024 en het rapport wordt uiterlijk eind juni 2025 opgeleverd. De omvang van het rapport is niet groter dan 30 pagina's plus een samenvatting van maximaal 5 pagina's.

²⁷⁴ POH-GGZ: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/kerncijfers-huisartsenzorg>

Curatieve ggz en langdurige ggz:

- 2020: Jaarverslag VWS 2023
- 2021 t/m 2023: Verdiepingsbijlagen Zvw en Wlz OW 2025
- 2024 t/m 2026: Ontwerpbegroting VWS 2025

Beschermd wonen:

- 2020 t/m 2023: Jaarverslag VWS 2023
- 2024 t/m 2026: Ontwerpbegroting VWS 2025

Begrotingsgefinancierde uitgaven curatieve zorg:

- 2020 t/m 2023: Jaarverslag VWS 2023
- 2024 t/m 2026: Ontwerpbegroting VWS 2025

Literatuurlijst

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Abramovitch, A., Short, T., & Schweiger, A. (2021). The C Factor: Cognitive dysfunction as a transdiagnostic dimension in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 86, 102007.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102007>

Adviescommissie zorgvraagtypering ggz (z.d.). In 2022 en 2023 werken we aan zorgvraagtypering.

<https://adviescommissie.zorgprestatie.nl/>

Algemene Rekenkamer (2024, 14 mei). Extra geld voor ggz en andere maatregelen vergroten toegankelijkheid complexe zorg iets. *Nieuwsbericht | Algemene Rekenkamer*.

<https://www.rekenkamer.nl/actueel/nieuws/2024/05/15/extra-geld-voor-ggz-en-andere-maatregelen-vergroten-toegankelijkheid-complexe-zorg-iets>

Algemene Rekenkamer (2015). Basispakket zorgverzekering.

<https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2015/04/28/basispakket-zorgverzekering>

Allcott, H., M. Gentzkow en L. Song (2022). Digital addiction. *The American Economic Review*, 112(7), 2424–2463

Amsterdam health & technology institute (2024, 24 september). Een verdieping op GGZ-gebruik in Amsterdam en haar gebruikers. <https://ahti.nl/2024/09/24/een-verdieping-op-ggz-gebruik-in-amsterdam-en-haar-gebruikers/>

Andersson Elffers Felix. (2023). Van schotten naar verbinding. Ontschot financiering in en rondom het sociaal domein.

Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., Escott-Price, V., Falcone, G. J., Gormley, P., Malik, R., Patsopoulos, N. A., Ripke, S., Wei, Z., Yu, D., Lee, P. H., Turley, P., Grenier-Boley, B., Chouraki, V., Kamatani, Y., . . . Furlotte, N. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*, 360(6395). <https://doi.org/10.1126/science.aap8757>

Asper, M. M., Hallén, N., Lindberg, L., et al. (2018). Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 241, 154–163

Badir, M., Van der Vlugt, G., & Van der Sluijs, D. (2025). Problematisch gebruik smartphones en sociale media vereist beleidsdebat. *Economisch Statistische Berichten*. https://esb.nu/wp-content/uploads/2025/01/028-031_Badir.pdf

Batterink, M., Van Plaggenhoef, W., & Significant Public. (2022). Relatie tussen scheidingen, GGZ-gebruik en jeugdzorggebruik: Nader onderzoek. *Significant Public*.

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/03/22/tk-bijlage-3-significant-public-rapportage-relatie-scheidingen-ggz-en-jeugdhulp>

Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43(9), 787–794. <https://doi.org/10.1080/00048670903107559>

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13.

<https://doi.org/10.1002/wps.20375>

Braghieri, L., Levy, R., & Makarin, A. (2022). Social Media and Mental Health. *American Economic Review*, 112(11), 3660–3693. <https://doi.org/10.1257/aer.20211218>

Brouns, C., Douven, R., & Kemp, R. (2021). Prices and market power in mental health care: Evidence from a major policy change in the Netherlands. *Health Economics*, 30(4), 803–819.

<https://doi.org/10.1002/hec.4222>

BS Health Consultancy (2025). Factsheet Bedrijfsmatige performance GGZ-aanbieders 2024. *Kompas in zorg*. <https://www.kompasinzorg.nl/resources/docs/factsheet-bedrijfsmatige-performance-ggz-aanbieders-2024.pdf>

Bussemaker, J., & Kramer, A. (2020). Van weelde naar waarde: Cubaanse lessen voor de (ouderen) zorg. *TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 98(4), 152-155.

Capaciteitsorgaan (2023, 16 juni). Hoeveel GZ-psychologen zijn de komende jaren nodig? *Capaciteitsorgaan*. <https://capaciteitsorgaan.nl/hoeveel-gz-psychologen-zijn-de-komende-jaren-nodig/>

Cattel, D., Eijkenaar, F., Panturu, R.C., Kleef, R.C., van, Vliet, R.C.J.A., van. (2024). *Erasmus School of Health Policy & Management*. Onderzoek risicoverevening 2025: Overall Toets. <https://open.overheid.nl/documenten/f6ec2de9-6fc6-4c85-8591-73706499fb5d/file>

Cebeon en XpertiseZorg (2023). Maatschappelijke kosten en baten integrale aanpak van complexe casuïstiek. Analyse voor het Zorg- en Veiligheidshuis Midden-Brabant. <https://www.zorgenveiligheidshuizen.nl/wp-content/uploads/doc/veiligheidshuizen/midden-brabant/Maatschappelijke-kosten-en-baten-ZVH-Midden-Brabant.pdf>

Centraal Bureau voor de Statistiek Statline. (z.d.-a). Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken. Geraadpleegd van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85454NED/table?ts=1758101264976>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.b). Ziekteverzuim. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/werkenden/ziekteverzuim>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.c.). AZW Dashboard. <https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.-d). AZWStatLine: Dataset 24163NED [Online databasetabel]. Geraadpleegd van <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24163NED/table?ts=1735810471015>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.-e). AZW StatLine: Dataset 24126NED [Online database]. Geraadpleegd van <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24163NED/table?ts=1735810471015>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.-f). Personen met indicatie zorg met verblijf; zcp en regio. Geraadpleegd van <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40004NED/table?dl=C63D3>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.-g). Gezondheidsenquête vanaf 2014. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksomschrijvingen/gezondheidsenquete-vanaf-2014>

Centraal Bureau voor de Statistiek, Bos, B., Molenaar, R., & Zweerink, J. (2021). Samenhang tussen problemen en de kans op voortijdig schoolverlaten. In *cbs.nl*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/aanvullende-statistische-diensten/2021/samenhang-tussen-problemen-en-de-kans-op-voortijdig-schoolverlaten?onepage=true>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, 13 maart). 42 procent van uitkeringen arbeidsongeschiktheid door psychische klachten. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/11/42-procent-van-uitkeringen-arbeidsongeschiktheid-door-psychische-klachten>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025a, 22 mei). 1 849 zelfdodingen in 2024. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/21/1-849-zelfdodingen-in-2024#:~:text=Het%20zelfdodingscijfer%20houdt%20rekening%20met,9%20per%20100%20duizend%20iwnoners.>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2025b, mei). Vaker zorg vanuit de WMO, meer jongvolwassenen kregen hulp. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2025/20/vaker-zorg-vanuit-de-wmo-meer-jongvolwassenen-kregen-hulp>

Centraal Planbureau & Sociaal en Cultureel Planbureau (2020). De brede baten van werk. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/03/20/de-brede-waarde-van-werk>

Centraal Planbureau (2021). When financials get tough, life gets rough? problematic debts and ill health. <https://www.cpb.nl/system/files/cpbmedia/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-428-Problematic-debts-and-ill-health.pdf>

Centraal Planbureau, Nixdorf, E., Piena, M., & Roos, A. F. (2025). Economisch perspectief op gezondheid en preventie. <https://www.cpb.nl/economisch-perspectief-op-gezondheid-en-preventie>

Chan, J. K. N., Correll, C. U., Wong, C. S. M., Chu, R. S. T., Fung, V. S. C., Wong, G. H. S., ... & Chang, W. C. (2023). Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294>

Cianconi, P., Betrò, S., & Janiri, L. (2020). The Impact of Climate Change on Mental Health: A Systematic Descriptive Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00074>

Crone, E. (2008). Het puberende brein : over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie.

Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Harrer, M., Basic, D., Cristea, I. A., ... & Karyotaki, E. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World psychiatry*, 23(2), 267-275. <https://doi.org/10.1002/wps.21203>

Dean, C. E. (2017). Social inequality, scientific inequality, and the future of mental illness. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12(1), 10.

De Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2023). Handreiking cruciale ggz voor het goede gesprek en inventarisatie. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/actueel/nieuws/handreiking-cruciale-ggz-voor-het-goede-gesprek-en-inventarisatie/>

Delespaul, P. (2013, 13 juni). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie* <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-9772> *Consensus-over-de-definitie-van-mensen-met-een-ernstige-psychische-aandoening-EPA-en-hun-aantal-in-Nederland*

Denys, D. (2020). Het tekort van het teveel: De paradox van de mentale zorg (1ste editie). *Nijgh & van Ditmar*.

Digizo.nu. (2025). Digitale processen dragen bij aan toegankelijkheid ggz. <https://digizo.nu/digitale-processen-dragen-bij-aan-toegankelijkheid-ggz/>

Douven, R., Hlobil, T., & Schippers, L. (2023). Behandeluitkomsten gespecialiseerde ggz-behandelaren: ggz-instelling versus vrijgevestigd. *TPEdigitaal*. <https://www.tpedigitaal.nl/artikel/behandeluitkomsten-gespecialiseerde-ggz-behandelaren-ggz-instelling-versus-vrijgevestigd>

Van Driesten, G., Lensen, F., Wessels, K. (2024). Zó werkt publieke gezondheidszorg. *De Argumentenfabriek*. <https://www.argumentenfabriek.nl/wp-content/uploads/2024/05/Zo-werkt-publieke-gezondheidszorg-InkijkEx.pdf>

Dros, J. T. et al. (2024). Healthcare utilization patterns of individuals with depression after national policy to increase the mental health workforce in primary care: a data linkage study. *BMC primary care*, 25(1), 1-10.

EY. (2024). EY Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2024. *Ernst & Young Nederland*. <https://www.ey.com/nl/nl/ey-barometer-nederlandse-gezondheidszorg>

Erzen, E., & Çikrikci, Ö. (2018). The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *International Journal Of Social Psychiatry*, 64(5), 427-435. <https://doi.org/10.1177/0020764018776349>

Eurostat. (2025). Overall life satisfaction by level of satisfaction, age and educational attainment. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pw05_custom_14319277/default/bar?lang=en

Eurostat. (2025a). Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ASDR2_custom_5782225/default/table?lang=en

Eurostat. (2025b). Physicians by category (hlth_rs_physcat). https://doi.org/10.2908/HLTH_RS_PHYSCAT

Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010>

Frijters, P., Johnston, D. W., & Shields, M. A. (2014). THE EFFECT OF MENTAL HEALTH ON EMPLOYMENT: EVIDENCE FROM AUSTRALIAN PANEL DATA. *Health Economics*, 23(9), 1058–1071.

<https://doi.org/10.1002/hec.3083>

Geert, P. van, & de Ruiter, N. (2022). Toward a process approach in psychology: stepping into Heraclitus' river. *Cambridge University Press*.

GGz Centraal. (z.d.). Extrapsy. GGz Centraal. Geraadpleegd op 22 augustus 2025, van <https://extrapsy.nl/>

Girela-Serrano, et al. (2022). Impact of mobile phones and wireless devices use on children and adolescents' mental health: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1621–1651. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02012-8>

Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., ... & Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 69.

<https://doi.org/10.1038/s41572-020-0200-2>

Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365–2373. <https://doi.org/10.1017/s003329171500032x>

Gustavsson, A. et al (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European*

Neuropsychopharmacology, 21(10), 718–779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>

Harrer, M., Miguel, C., Van Ballegooijen, W., Ciharova, M., Plessen, C. Y., Kuper, P., ... & Cuijpers, P. (2025). Effectiveness of psychotherapy: Synthesis of a “meta-analytic research domain” across world regions and 12 mental health problems. *Psychological bulletin*, 151(5), 600.

<https://doi.org/10.1037/bul0000465>

Hasekamp, P. (2025, april). Preventie is financieel geen wondermiddel. *CPB Website*.

<https://www.cpb.nl/preventie-financieel-geen-wondermiddel>

HBSC, Trimbos-instituut, Sociaal Cultureel Planbureau, & Universiteit Utrecht. (2024). HBSC-trends in welzijn en middelengebruik 2009/10 - 2021/22: Nederlandse jongeren vergeleken met internationale leeftijdgenoten. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2024/06/25/hbsc-trends-in-welzijn-en-middelengebruik-2009-10---2021-22>

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). (z.d.). About. Geraadpleegd van <https://hbsc.org/about/>

Henderson, C., Dixon, S., Bauer, A., et al. (2019). Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: Findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(8), 1324–1334.

Herbig, B., Coe, E., & Enomoto, K. (2025, 25 april). Investing in the future: How better mental health benefits everyone. *McKinsey & Company*. <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/investing-in-the-future-how-better-mental-health-benefits-everyone>

Hofmann, D.G., Sawyer, A.T., Witt A.A., Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Hupkens, E. D. C. (2023, 13 december). Drugsgebruik en (mentale) gezondheid. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/drugsgebruik-en-mentale-gezondheid?onpage=true#c-4--Drugsgebruik-en--mentale--gezondheid>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (z.d.). Toezicht op aanpak wachttijden ggz.

<https://www.ijg.nl/zorgsectoren/jeugdzorg/jeugdzorg/wachttijden-in-de-ggz>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2024). Onvoldoende passende hulp in de JeugdzorgPlus.

<https://www.ijg.nl/publicaties/rapporten/2024/02/29/factsheet-onvoldoende-passende-hulp-in-de-jeugdzorgplus>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2024b, april). Zorg over passende hulp voor jongeren met complexe hulpvragen in open jeugdhulp. <https://www.ijg.nl/actueel/nieuws/2024/04/25/zorg-over-passende-hulp-voor-jongeren-met-complexe-hulpvragen-in-open-jeugdhulp>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2024c, juni). Grote verschillen in het toepassen van gedwongen zorg. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/nieuws/2024/06/20/grote-verschillen-in-het-toepassen-van-gedwongen-zorg>

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2025, juni). Meer deskundigheid nodig voor passende Wlz-zorg aan kwetsbare ggz cliënten. <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2025/06/04/meer-deskundigheid-nodig-voor-passende-wlz-zorg-aan-kwetsbare-ggz-clienten>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Geraadpleegd op: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Jane-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug And Alcohol Review*, 25(6), 515–536. <https://doi.org/10.1080/09595230600944461>

Jellinek. (z.d.). Behandelingen bij Jellinek. <https://www.jellinek.nl/ik-zoek-hulp-voor-mezelf/behandelingen/verslaving-en-psychische-problemen/>

Jeugdautoriteit. (2023, 23 juni). De stand van de jeugdzorg 2023: Aanbieders. <https://www.jeugdautoriteit.nl/publicaties/de-stand-van-de-jeugdzorg-2023/6.-aanbieders>

Jørgensen, K., Lerbæk, B., Frederiksen, J., Watson, E., & Karlsson, B. (2024). Patient participation in mental health care—perspectives of healthcare professionals and patients: a scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(8), 794-810.

Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). The Public's Ability to Recognize Mental Disorders and their Beliefs about Treatment: Changes in Australia Over 8 Years. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40(1), 36–41. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01738.x>

Kalshoven, F., Verbraak, M. (2018). Wat veroorzaakt overheidsfalen?: Naar een rijker beeld van overheidshandelen. *De Argumentenfabriek*. <https://argumentenfabriek.nl/media/2945/overheidsfalentotaal.pdf>

Kasper, H. (2019). Arbeidsmarktpositie en gezondheid. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 35(1). <https://doi.org/10.5117/2019.035.001.008>

Kennisplatform Preventie (2023). Preventie op waarde schatten: Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie. https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2024-01/Preventie-op-waarde-schatten---Advies-technische-werkgroep-kosten-baten-preventie-dec-23_DEF.pdf

Kiers, B. (2023, 26 juli). Floortje Scheepers: 'Het medische model is te dominant in de ggz'. *Zorgvisie*. <https://www.zorgvisie.nl/floortje-scheepers-het-medische-model-is-te-dominant-in-de-ggz/?ipaccess=1>

Kleef, R. van, & Van Vliet, R. (2025). Evaluatie risicoverevening 2024 & 2025. *Erasmus School Of Health Policy*. <https://www.eur.nl/en/esHpm/media/2025-03-eindrapport-evaluatie-risicoverevening-2024-2025>.

Knapp, M., King, D., Romeo, R., et al. (2013). Cost effectiveness of a manual based coping strategy programme in promoting the mental health of family carers of people with dementia (the START (STrAtegies for RelaTives) study): A pragmatic randomised controlled trial. *The BMJ*, 347, f6342

Koekkoek, B. (2024) Van 'verwarde personen' naar onbegrepen gedrag: aanknopingspunten in zorg en veiligheid. *Tijdschr Psychiatr*. 2024;66(8):470-476 <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13393-Van-verwarde-personen-naar-onbegrepen-gedrag-aanknopingspunten-in-zorg-en-veiligheid>

Koementas-de Vos, M., & Daemen, M. (2024). Groepstherapie in de ggz: een van de beoogde oplossingen voor wachtlijstproblematiek, maar hoe? *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 51(3),220. https://www.groepspsychotherapie.nl/nvvp/_sitefiles/file/tijdschrift/2024/2024_4groepstherapieindeggz.pdf

Korteling, S.J., Ten Have, M., Thielen, F.W., Van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Luik, A.I., Wijnen, B.F.M. (under review) Trends in the Economic Burden of Mental Disorders Over Twelve Years: the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study.

KPMG. (2020). Wachtlijsten beschermd wonen: Onderzoek naar inzicht in en oplossingsrichtingen voor de wachttijden en wachtlijsten beschermd wonen. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-937709.pdf>

Lambregts, T., & Van Vliet, R. (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. *ESB*.
<https://esb.nu/ggz-gebruik-daalt-door-invoering-eigen-bijdrage/>

Landelijke Huisartsen Vereniging. (2025, 3 juli). Doorverwijzing naar ggz onverminderd problematisch. *LHV*.
<https://www.lhv.nl/nieuws/doorverwijzing-naar-ggz-onverminderd-problematisch-lhv-pleit-voor-snelle-overname-behandelverantwoordelijkheid/>

Lopes, F. V., Ravesteijn, B., Van Ourti, T., & Riumallo-Herl, C. (2023). Income inequalities beyond access to mental health care: a Dutch nationwide record-linkage cohort study of baseline disease severity, treatment intensity, and mental health outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 10(8), 588–597.
[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(23\)00155-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(23)00155-4)

Luciano, A., & Meara, E. (2014). Employment Status of People With Mental Illness: National Survey Data From 2009 and 2010. *Psychiatric Services*, 65(10), 1201–1209. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300335>

Lynch, F. L., Hornbrook, M., Clarke, G. N., et al. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1241–1248.

Marsman, A., Pries, L. K., Ten Have, M., de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Bak, M., ... & van Os, J. (2020). Do current measures of polygenic risk for mental disorders contribute to population variance in mental health?. *Schizophrenia Bulletin*, 46(6), 1353-1362.

Miller, S., Rhodes, E., Bartik, A. W., Broockman, D. E., Krause, P. K., & Vivalt, E. (2024). Does income affect health? Evidence from a randomized controlled trial of a guaranteed income (No. w32711). *National Bureau of Economic Research*.

MIND Platform. (2023, september). MIND onderzoek naar toegankelijkheid ggz.

<https://mindplatform.nl/nieuws/mind-onderzoek-naar-toegankelijkheid-ggz-helpt-van-zorqvragers-geweigerd>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). Begeleiding: welke wet? *Hulp en Zorg Thuis | Regelhulp - Ministerie van VWS*.

<https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/ondersteuning/woonbegeleiding/financiering>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-b). Beschermd wonen. Psychische Klachten | Regelhulp - Ministerie van VWS. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/psychische-klachten/beschermd-wonen#:~:text=Aanbieders,beschermd%20wonen%2C%20zoals%20sommige%20zorgboerderijen.>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-c). Prognosemodel Zorg en Welzijn: Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)dashboard. Geraadpleegd op [datum], van

<https://prognosemodelzw.nl/dashboard/stories-dashboard/geestelijke-gezondheidszorg--ggz->

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-d). Toezicht Sociaal Domein. Wat regel je als huisarts?

<https://www.toezichtsociaaldomein.nl/onderwerpen/huisartsen-en-schuldhelpverlening/huisartsen>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.-e). Toezicht Sociaal Domein. Laagdrempelige hulp bij psychische problemen [Laagdrempelige hulp bij psychische problemen | Onderwerpen | Toezicht Sociaal Domein](#)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2023, 17 februari). Antwoord op kamervragen nr. 1580.

<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20222023-1580.html>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024). Antwoord op vragen van het lid Westerveld over het aanbod van (hoog)specialistische GGZ-behandelingen en de reductie van High Intensive Care-capaciteit bij GGz Breburg. In *tweedekamer.nl*.

<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2024Z12382&did=2024D34299>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). Kamerstuk: Investeringsmodel voor preventie.

<https://open.overheid.nl/documenten/06cbeccb-813f-4f08-9d42-e66d8e5b9d36/file>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025a). Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord: Onderhandelaarsakkoord – 3 juli 2025. <https://open.overheid.nl/documenten/08462f05-243d-4da4-898b-6473808011ca/file>

Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R. A., Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2016). The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331-336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>

Movisie, Winsemius, A., Ballering, C., Scheffel, R., & Schoorl, R. (2016). Wat werkt bij sociaal en gezond?: Over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid. In *movisie.nl*. <https://www.movisie.nl/sites/default/files/publication-attachment/Wat-werkt-dossier-Sociaal-en-gezond%20%5BMOV-11388262-1.2%5D.pdf>

Movisie (2021). Eenzaamheid onder jongeren: Verkenning van de stand van zaken in literatuur, beleid en praktijk. *movisie.nl*. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2021-05/Eenzaamheid%20onder%20jongeren.pdf>

Naranjo, D. E., Glass, J. E., & Williams, E. C. (2021). Persons With Debt Burden Are More Likely to Report Suicide Attempt Than Those Without. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 82(3). <https://doi.org/10.4088/jcp.19m13184>

De Nederlandse GGZ. (z.d.). Inbreng parlementaire verkenning naar verward onbegrepen gedrag en veiligheid op 4 maart. <https://cms.denederlandseggz.nl/assets/common/Inbreng-parlementaire-verkenning-naar-onbegrepen-gedrag-en-veiligheid-4-maart.pdf>

Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving [NSCR], Appelman, J., Dirkzwager, A., & Van der Laan, P. (2021). Tabellenboek behorend bij: Kenmerken van justitiabelen: een systematisch literatuuronderzoek. https://nscr.nl/app/uploads/2021/03/DJI_Kenmerken-van-justitiabelen_Tabellenboek_20210104.pdf

Newcom Research & Consultancy (2025) Nationaal Social Media Onderzoek 2025. <https://www.newcom.nl/wp-content/uploads/2025/01/Nationale-Social-Media-onderzoek-2025-Basisrapportage-Newcom-25-1-2025.pdf>

NVB & NBA (2023). Brief aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport. Betreft: zorgen over financiële ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Nicolaou, M., Shields-Zeeman, L. S., Van Der Wal, J. M., & Stronks, K. (2025). Preventing depression in high-income countries—A systematic review of studies evaluating change in social determinants. *PLoS ONE*, 20(5), e0323378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323378>

Nivel. (2024, mei). Minder mensen met een depressie in de basis- of specialistische GGZ bij huisartspraktijken waar de POH-GGZ veel wordt ingezet. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/minder-mensen-met-een-depressie-de-basis-specialistische-ggz-bij-huisartspraktijken-waar-de>

Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). Kerncijfers huisartsenzorg. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/kerncijfers-huisartsenzorg>

Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). Kerncijfers ggz: Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz). <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2025). Informatiekaart wachttijden en wachtplekken ggz - oktober 2024. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_786033_22/

Nederlandse Zorgautoriteit. (2025b, juli). Informatiekaart Toelichting nieuwe werkwijze: wachttijden uit declaratiedata. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_797784_22/1/

Oberjé, E. Tanke, M, van Dijk,W & Jeurissen. P (2016). De relatie tussen behandelduur en behandel succes in de GGZ. Academie voor betaalbare zorg <https://demat.nl/wp-content/uploads/2019/02/Celsus-Academie-voor-betaalbare-zorg-De-relatie-tussen-behandelduur-en-behandel-succes-in-de-ggz.pdf>

Oenen, F.J. van (2019). Het misverstand psychotherapie. *Boom*

-
- Olesen, S. C., Butterworth, P., Leach, L. S., Kelaher, M., & Pirkis, J. (2013). Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. *BMC Psychiatry*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-144>
-
- Onderzoeksraad voor veiligheid (2019). Zorg voor veiligheid: Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving. In *onderzoeksraad.nl*. https://onderzoeksraad.nl/wp-content/uploads/2023/11/20183461_rapportage_psychiatrische_aandoeningen_epa_interactief_190405.pdf
-
- Oosten, A. J. van, Van Mens, K., Blonk, R. W. B., Burdorf, A., & Tiemens, B. (2023). The relationship between having a job and the outcome of brief therapy in patients with common mental disorders. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05418-z>
-
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). Mental Health and Work: Netherlands. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2014/12/mental-health-and-work-netherlands_q1q496f4/9789264223301-en.pdf
-
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2018/11/health-at-a-glance-europe-2018_q1q91fe4/health_glance_eur-2018-en.pdf
-
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. Chapter 4 An integrated and multi-sectoral approach to mental health. *OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris*, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>
-
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). State of Health in the EU Nederland: Landenprofiel gezondheid 2023. https://health.ec.europa.eu/document/download/535adddf-c659-4169-abc7-d864ff190ea7_en?filename=2023_chp_nl_dutch.pdf&prefLang=nl
-
- Organisation for Economic Co-operation and Development. New approaches to mental health challenges. Nog te publiceren.
-
- Ortlund, K., Chandler, M., Lin, B., Anastario, M., & Eick, S. M. (2025). Politics negatively impacts women's mental health in Georgia: depression, anxiety, and perceived stress from 2023-2024. *Social Science & Medicine*, 368, 117800. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117800>
-
- Oss, J. J. van (2017). De DSM-5 voorbij!: Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Bohn Stafleu van Loghum.
-
- Pevalin, D. J., Reeves, A., Baker, E., & Bentley, R. (2017). The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. *Preventive medicine*, 105, 304–310. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.020>
-
- Politie. (2024). Jaarcijfers politie: stijging overlast personen met verward gedrag houdt aan. politie.nl. <https://www.politie.nl/nieuws/2025/januari/16/00-jaarcijfers-politie-stijging-overlast-personen-met-verward-gedrag-houdt-aan.html>
-
- Prudon, R. (2025a). Is Delayed Mental Health Treatment Detrimental to Employment?. *Review of Economics and Statistics*, 1-46.
-
- Prudon, R. (2025b). (Not) Talking through our mental problems: The impact of talk therapy on healthcare utilization and employment. Under review.
-
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen <https://www.raadrvs.nl/documenten/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>
-
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2023). Op onze gezondheid. In *De Noodzaak van een Sterkere Publieke Gezondheidszorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/05/23/rvs-advies-op-onze-gezondheid>
-
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2025a). Iedereen bijna ziek: Over de keerzijden van diagnose-expansie. <https://www.raadrvs.nl/documenten/2025/04/15/advies-iedereen-bijna-ziek>
-
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2025b). Op de Rem! Voorbij de hypernerveuze samenleving.
-

Ravesteyn, B., Schachar, E. B., Beekman, A. T., Janssen, R. T., & Jeurissen, P. P. (2017). Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment, and acute care. *JAMA psychiatry*, 74(9), 932-939.

Rijksoverheid. (z.d.). Beschermd wonen. Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang/beleid-beschermd-wonen>

Rijksoverheid. (2020). Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020D15415&did=2020D15415

Rijksoverheid. (2022). Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/06/10/aanpak-mentale-gezondheid-van-ons-allemaal>

Rijksoverheid. (2023). Voortgangsrapportage aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'. In *open.overheid.nl*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/12/20/voortgangsrapportage-aanpak-mentale-gezondheid-van-ons-allemaal>

Rijksoverheid (2024). XVI Volksgezondheid, welzijn en sport Rijksbegroting 2025. Begroting | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2024/09/17/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2025>

Rijksoverheid. (2024a). VWS start campagne over hulp bieden bij verward of onbegrepen gedrag. rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2024/08/19/vws-start-campagne-over-hulp-bieden-bij-verward-of-onbegrepen-gedrag#:~:text=Mensen%20met%20verward%20of%20onbegrepen%20gedrag%20zijn%20door%20een%20opeenstapeling,verstandelijke%20beperking%20of%20psychische%20aandoening.>

Rijksoverheid (2025). Wijziging van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2025 (wijziging samenhangende met de Voorjaarsnota). Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 36 725 XVI, nr. 2

Rijksoverheid (2025a). XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport – Rijksjaarverslag. [XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Rijksjaarverslag 2024 | Jaarverslag | Rijksoverheid.nl](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/12/19/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksjaarverslag-2024)

Rijksoverheid (2025b). Ontwerpbegroting Ministerie van VWS 2026.

Rijksoverheid (2025c). Jaarverslag Ministerie van Justitie en Veiligheid 2024. <https://www.rijksfinancien.nl/jaarverslag/2024/VI/onderdeel/7203406>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2020, 13 februari). Het potentieel van preventie. Geraadpleegd van <https://www.kosteneffectiviteitvanpreventie.nl/potentieel-van-preventie>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.d.). Angst- of depressiegevoelens. <https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/adolescenten/angst-depressiegevoelens>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2023). Monitor mentale gezondheid. Advies voor het monitoren van mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. <https://www.rivm.nl/publicaties/monitor-mentale-gezondheid-advies-voor-monitoren-van-mentale-gezondheid-als>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024). Mentale gezondheid. Factoren die van invloed zijn, met handelingsperspectief voor de overheid. <https://www.rivm.nl/publicaties/mentale-gezondheid-factoren-die-van-invloed-zijn-met-handelingsperspectief-voor>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024a). Acute zorg | Gebruik | Crisisdienst ggz. VZinfo.nl. <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/gebruik/crisisdienst-ggz>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2024b). GALA in de gemeentelijke plannen. In *Een Eerste Blik op de Plannen van Aanpak Voor de Brede SPUK-regeling*. <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/KU-2024-0002.pdf>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Trimbos-instituut. (2023). Monitor Mentale gezondheid en Middelengebruik Studenten hoger onderwijs 2023. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/11/AF2137-Monitor-Mentale-gezondheid-en-Middelengebruik-Studenten-hoger-onderwijs-.pdf>

Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent developments in group psychotherapy research. *American Journal Of Psychotherapy*, 74(2), 52–59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>

Salerno, J. P. (2016). Effectiveness of Universal School-Based Mental Health Awareness Programs Among Youth in the United States: A Systematic Review. *Journal Of School Health*, 86(12), 922–931. <https://doi.org/10.1111/josh.12461>

Scheepers, F. E. (2021). Mensen zijn ingewikkeld: Een pleidooi voor de acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen. *De Arbeiderspers*.

Schut, F. T., van der Geest, S. A., & Varkevisser, M. (2005). Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ. *Een economische analyse*.

Schut, F. T. (2011). De houdbaarheid van stijgende zorguitgaven. *Economisch Statistische Berichten (ESB)*, 448. https://esb.nu/wp-content/uploads/2022/11/editie_pdfs_448schut_tcm445-605837.pdf

SEO economisch onderzoek. (2019). Gezondheidsproblemen in WW en bijstand. In *seo.nl*. <https://www.seo.nl/publicaties/gezondheidsproblemen-in-ww-en-bijstand/>

Setkowski, K. et al. (2020). Praktijkvariatie op het gebied van suïcidepreventie in de Nederlandse ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (2018/2018), 439-447.

Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal Of Work Environment & Health*, 32(6), 443–462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>

Stearse, T., Muñoz, C. G., Sullivan, A., & Lewis, G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal Of Affective Disorders*, 339, 302–317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.028>

Takala, J., Ryyänen, O., Lehtovirta, E., & Turakka, H. (1993). The relationship between mental health and drug use. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(4), 256–258. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03453.x>

Talma Instituut (2024). Onderzoek wachtlijsten in de GGZ - Vrije Universiteit Amsterdam. <https://vu.nl/nl/nieuws/2024/onderzoek-wachtlijsten-in-de-ggz>

Ten Have, M., et al. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. <https://cijfers.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/05/World-Psychiatry-2023-Have-Prevalence-and-trends-of-common-mental-disorders-from-2007-2009-to-2019-2022-results-from-the-Netherlands-Mental-Health-Survey-and-Incidence-Studies-NEMESIS.pdf>

Thomson, R. M., Igelström, E., Purba, A. K., Shimonovich, M., Thomson, H., McCartney, G., ... & Katikireddi, S. V. (2022). How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 7(6), e515-e528. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(22\)00058-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(22)00058-5)

TNO, Van den Heuvel, S. G., Bouwens, L., & De Vroome, E. M. M. (2025). Arbobalans 2024. <https://monitorarbeid.tno.nl/wp-content/uploads/sites/16/2025/05/TNO-Arbobalans-2024.pdf>

Treichler, E. B., Evans, E. A., & Spaulding, W. D. (2021). Ideal and real treatment planning processes for people with serious mental illness in public mental health care. *Psychological Services*, 18(1), 93.

-
- Trimbos-instituut. (z.d.). Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen. <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-a). Cijfers: psychische gezondheid. <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-b). Trends naar demografie. Nemesis. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/trends/trends-demografie/>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-c). Mentale problemen. <https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/mentale-gezondheid/mentale-problemen/>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-d). Kerncijfers psychische aandoeningen: demografische kenmerken. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/demografische-kenmerken/>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-e). Arbeid en mentale gezondheid. <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/arbeid-en-mentale-gezondheid/>
-
- Trimbosinstituut. (z.d.-f). Wat is mentale gezondheid? <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/definitie-mentale-gezondheid/>
-
- Trimbosinstituut. (z.d.-g). Achtergrond [NEMESISstudie]. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/over-nemesis/achtergrond-2/>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-h). ScholierenMonitor. <https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/scholierenmonitor>
-
- Trimbos-instituut. (z.d.-i). ScholierenMonitor levenstevredenheid. <https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/mentale-gezondheid/levenstevredenheid/>
-
- Trimbos-instituut, Van Dorsselaer, S., Ramaker, V., Ten Have, M., & De Gee, A. (z.d.). KOPP/KOV: feiten en cijfers. <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/feiten-en-cijfers/>
-
- Trimbos-instituut. (2018). Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen: Perspectieven van panelleden en re-integratieprofessionals. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/01/AF1650-5-LMA2018-Deelonderzoek-5-Achterblijvende-arbeidsparticipatie-onder-mensen-met-psychische-problemen.pdf>
-
- Trimbos-instituut. (2019, 30 september). Het verband tussen eenzaamheid en psychische aandoeningen. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/het-verband-tussen-eenzaamheid-en-psychische-aandoeningen/>
-
- Trimbos-instituut. (2019a). Ambulantisering van de GGZ: Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1661-ambulantisering-van-de-ggz.pdf>
-
- Trimbos-instituut. (2021). Samen werken aan een mentaal gezonde samenleving <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1931-samen-werken-aan-een-mentaal-gezonde-samenleving/>
-
- Trimbos-instituut, Zwanenburg, B., Hulsbosch, L., Knipsel, A., Van Wezel, M., & Kroon, H. (2022). Leefstijl in beeld gebracht. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/11/AF1988-Leefstijl-in-beeld-gebracht-.pdf>
-
- Trimbos-instituut. (2022a). Delphistudie Definitie mentale gezondheid <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1979-delphistudie-definitie-mentale-gezondheid/>
-
- Trimbos-instituut. (2022b). Sociale determinanten van mentale gezondheid: Een kennissynthese. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/10/AF2006-Sociale-determinanten-van-mentale-gezondheid.pdf>
-
- Trimbos-instituut. (2023, 7 juni). Psychische klachten <https://www.trimbos.nl/begrippenlijst/psychische-klachten/>
-
- Trimbos-instituut. (2024, november). De impact van sociale media op het welzijn is niet voor alle jongeren hetzelfde. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/de-impact-van-sociale-media-op-het-welzijn-is-niet-voor-alle-jongeren-hetzelfde/>
-

Trimbos-instituut (2024b). Factsheet Herijking afkapwaarden MHI5: Validering en psychometrische kenmerken van de MHI5 binnen NEMESIS3 (TRI32001). <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2024/09/TRI32-001-Factsheet-Herijking-afkapwaarden-MHI5-def.pdf>

Trimbos-instituut. (2025a). Effecten van sociale determinanten op mentale gezondheid. <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/sociale-determinanten/effecten-op-mentale-gezondheid/>

Trimbos-instituut. (2025b). Werk en (mentale) gezondheid. <https://www.trimbos.nl/kennis/mentale-gezondheid-preventie/expertisecentrum-mentale-gezondheid/arbeid-en-mentale-gezondheid/werk-en-gezondheid/>

Trimbos Instituut. (2025, 13 januari). Nationale Drug Monitor. <https://www.nationaledrugmonitor.nl/>

Trimbos-instituut. (2025). Perspectief in de langdurige ggz: Een verdiepende studie naar beleid en praktijk. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/03/Rapport-Perspectief-in-de-langdurige-ggz.pdf>

Trimbos-instituut. (2025e). Landelijke monitor depressie: vijfde peiling. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/03/TRI61-012-Infographic-Landelijke-Monitor-Depressie-vijfde-peiling.pdf>

Trimbos-instituut, Knipsel, A., Van Jaarsveld, A., Hulsbosch, L., Janson, I., & Van Wezel, M. (2025). Panel Psychisch Gezien 2024. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/02/TRI-75-014-Rapport-Panel-Psychisch-Gezien-2024-Leefsituatie-en-ontvangen-zorg.pdf>

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2022, 16 november). Motie van het lid Raemakers inzake structurele problemen in de geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk II 2022/23, 25 424, nr. 632). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-632.html>

Uher, R., & Zwicker, A. (2017). Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. *World psychiatry*, 16(2), 121-129.

UWV. (z.d.). Uitgekeerde bedragen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. <https://jaarverslag.uwv.nl/uwv-in-cijfers/financieel/uitgekeerde-bedragen-arbeidsongeschiktheidsuitkeringen>

Van Dale, D., Shields-Zeeman, L., Schokker, D., Smit, F., Storm, I., & van Bon-Martens, M. (2022). Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie: Een overzicht van kansen en mogelijkheden per levensfase & economische baten (Trimbos-rapport AF1995). *Trimbos-instituut*.

Vanuit Autisme Bekeken. (2021). Autisme vanuit maatschappelijk perspectief bekeken: Invloed van culturele normen op autisme-diagnostiek. <https://www.vanuitautismebekeken.nl/autisme-vanuit-maatschappelijk-perspectief-bekeken-0>

Varkevisser, M., Wouterse, B., Schut, E. S., Van Der Geest, S., & Bakx, P. (2023). Inkopers van ouderenzorg: prikkels en gedragseffecten. <https://open.overheid.nl/documenten/37583f11-b65b-4acc-a4b4-1431547438d7/file>

Vásquez-Vera, H., Palència, L., Magna, I., Mena, C., Neira, J., & Borrell, C. (2017). The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Social science & medicine* (1982), 175, 199–208. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.010>

Ven, W. P. van de, Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F., Shmueli, A., & Wasem, J. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226–245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>

Vektis (2025a, juli). Factsheet GGZ. <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-ggz>

Vektis. (2024). Factsheet ernstige psychische aandoeningen (EPA) in het zorgprestatie-model. <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-epa-zorgprestatie-model>

Vinkers, C. (2018, 22 januari). Waarom we blij mogen zijn met de DSM in de psychiatrie. *De Jonge Psychiater*. <https://dejongepsychiater.nl/opinie/opinie-opinie/opinie-dsm/>

Vuijk, P., & Weerheijm, R. (2022). Elkaar goedbedoeld de put in praten. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21(2), 16–23. <https://doi.org/10.1007/s12454-022-0699-3>

VZinfo. (z.d.). Mentale gezondheid | Psychische stoornissen. Geraadpleegd op 1 juli 2025, van <https://www.vzinfo.nl/mentale-gezondheid/psychische-stoornissen>

Wachter, D. de (2019). De kunst van het ongelukkig zijn. Tiel: Lannoo.

Wal, A. van der, Beyens, I., Janssen, L. H., & Valkenburg, P. M. (2024). Social media use leads to negative mental health outcomes for most adolescents. *Preprint*, 1-37.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal Of Adult Development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak (WRRrapport nr. 104). WRR. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>

World Health Organization. (2018). NCD Best Buys. Geraadpleegd van EMROPUB_2018_EN_17036.pdf

World Health Organization. (2019). Psychologists working in mental health sector (per 100,000). [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychologists-working-in-mental-health-sector-\(per-100-000\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/psychologists-working-in-mental-health-sector-(per-100-000))

Wijnen, B. F. M., Have, M. T., De Graaf, R., Van Der Hoek, H. J., Lokkerbol, J., & Smit, F. (2023). The economic burden of mental disorders: results from the Netherlands mental health survey and incidence study-2. *The European Journal Of Health Economics*, 25(6), 925–934. <https://doi.org/10.1007/s10198-023-01634-2>

Xiao, Y., Meng, Y., Brown, T. T., Keyes, K. M., & Mann, J. J. (2025). Addictive screen use trajectories and suicidal behaviors, suicidal ideation, and mental health in US youths. *JAMA*.

Yang, X., She, R., Lau, M. M., & Lau, J. T. (2019). Anticipated socio-political developments and related personal responses as structural determinants of mental health problems: A population-based study. *International Journal Of Social Psychiatry*, 66(1), 58–66. <https://doi.org/10.1177/0020764019879948>

Zeeuwse Zorg Coalitie. (z.d.). Enter. Geraadpleegd op 22 augustus 2025, van <https://www.zeeuwsezorgcoalitie.nl/projecten/enter/>

Zorginstituut Magazine. (2021). Medicalisering van mild psychisch lijden zet GgZ onder druk. <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2021/12/13/de-andere-blik-medicalisering-van-mild-psychisch-lijden-zet-ggz-onder-druk>

Zorginstituut Nederland (2022). Onderzoek naar het verzamelen en gebruik van kwaliteitsinformatie in de zorg <https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2022/07/14/onderzoek-naar-het-verzamelen-en-gebruik-van-kwaliteitsinformatie-in-de-zorg>

Zorginstituut Nederland (2025) Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (versie 4.0). <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

Zorgverzekeraars Nederland (2020). De ggz in 2025: Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg. De Argumentenfabriek. <https://www.zn.nl/app/uploads/2023/03/De-ggz-in-2025-vergezicht-van-zorgverzekeraars-op-de-geestelijke-gezondheidszorg1.pdf>

Door ahti zijn de volgende niet openbare bestanden van het CBS gebruikt:

- STAPELINGSMONITOR (bevat meerdere onderliggende bestanden en is door CBS samengesteld)
- ZVWZORGKOSTENTAB
- GGZDECLVEKTIS
- WLZZINTAB
- GBAPERSOONTAB
- MEDICIJNTAB

- UITSTROOMRECHTERTAB
- UITSTROOMOMTAB

Tijdens het IBO mentale gezondheid en ggz is expertise opgehaald bij verschillende organisaties, experts en wetenschappers. Deze informatie is opgehaald in de vorm van ronde tafels over zowel de probleemanalyse als de beleidsopties of in individuele gesprekken. Ook zijn er partijen die hebben meegelezen op het rapport. Hieronder is een overzicht te vinden met de organisaties en wetenschappers die een bijdrage hebben geleverd.

De analyses en uitkomsten van dit IBO zijn op basis van inzichten van de werkgroep opgesteld, en weerspiegelen niet de mening van de geraadpleegde organisaties en individuen.

Organisaties en koepels

- Centraal Planbureau (CPB)
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten (LVVP)
- MEERGGZ
- MIND
- De Nederlandse ggz
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO)
- Pharos
- Phrenos
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP)
- SiRM
- Trimbos Instituut
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Verslavingskunde Nederland
- VNO-NCW
- Zorginstituut Nederland (ZiN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Experts

- Annemiek van Bladeren (Parnassia)
- Laura Batstra (Rijksuniversiteit Groningen)
- Gerco Blok (Emergis & Amarant)
- Marco Bottelier (Accare & Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie)
- Eveline Crone (Universiteit Leiden)
- Erik Dannenberg (expert domeinoverstijgende vraagstukken)
- Philippe Delespaul (Maastricht University)
- Sietsche Dijkstra (Matter of People)
- Jan-Luuk de Groot (De Groot Zorgadvies & Interim)
- Rik Peterse (GZ-psycholoog)
- Rudolf Ponds (Amsterdam UMC)
- Roger Prudon (Lancaster University)
- Marijke Putten (psychiater)
- Damiaan Denys (filosoof en psychiater)
- Ernst van Koesveld (ABDTOPConsult, voorzitter IBO WIA)
- Jim van Os (UMC Utrecht)
- Silvia Evers (Maastricht University & Trimbos Instituut)
- Kayla Green (Erasmus Universiteit en Albeda)

- Richard van Kleef (Erasmus Universiteit)
- Xander Koolman (Vrije Universiteit Amsterdam)
- Hans Kroon (Trimbos Instituut)
- Annemarie Luik (Trimbos Instituut)
- Jochen Mierau (Rijksuniversiteit Groningen)
- Suzanne van Rossum (SMO Breda)
- Floortje Scheepers (UMC Utrecht)
- Laura Shields-Zeeman (Trimbos Instituut)
- Christiaan Vinkers (Amsterdam UMC)
- Marco Varkevisser (Erasmus Universiteit)
- Michiel van der Wolf (Universiteit Leiden)

Het secretariaat wil graag in het bijzonder de ervaringsdeskundigen die een bijdrage hebben geleverd aan dit IBO bedanken. Via MIND zijn wij in contact gekomen met deze ervaringsdeskundigen en hebben we een openhartig gesprek gevoerd over wat het hebben van psychische problematiek met je doet, hoe je je weg moet proberen te vinden binnen het huidige ondersteunings- en zorgstelsel en over de aansluiting van ondersteuning en zorg bij de vraag en behoefte. We hebben gesproken over positieve ervaringen, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen voor deze knelpunten. Het gesprek heeft ons inzicht geboden in hoe het beleid van de overheid uitwerkt in de praktijk en zette scherp waarom dit onderwerp zo ontzettend van belang is. Het werd ons vooral heel duidelijk dat niet voor iedereen hetzelfde werkt en dat er in het huidige stelsel niet altijd ruimte is om de hulpverlening te laten aansluiten bij de behoeften van het individu.

Als onderdeel van het IBO mentale gezondheid en ggz zijn de werkgroep en het secretariaat op verschillende werkbezoeken geweest. Hieronder zijn de ervaringen van een aantal werkgroepleden te vinden.

GGZ Rivierduinen, High Intensive Care – Birgit ten Cate

Op 19 november vond het werkbezoek naar Rivierduinen in Leiden plaats. Na een hartelijk welkom zijn we meegenomen in de organisatie van Zorgfunctie Acut en de zogenaamde patiëntenreis. In het gesprek is aan de orde gekomen dat Rivierduinen soms de enige organisatie is in de regio die de patiënt kan opnemen, omdat andere organisaties exclusiecriteria hanteren. In sommige gevallen is de patiënt eigenlijk nog net te licht is voor de HIC, maar omdat geen opname of intensieve behandeling tot grote problemen kan leiden dat wel gebeurt. Bijvoorbeeld bij risico op suïcidaliteit. Ander knelpunt is dat door lange wachtlijsten in ambulante zorg geen directe opvolging geleverd kan worden aan patiënten. Soms betekent dat een iets langer verblijf dan strikt noodzakelijk (omdat het alternatief, naar huis, schadelijker is), maar vooral betekent dit ontslag zonder directe/passende opvolging. Dit tot het gevolg dat patiënten regelmatig met een terugval weer terugkomen. Om beide issues op te pakken is Rivierduinen met meerdere praktijken in de omgeving afspraken aan het ontwikkelen over eenvoudiger op- en afschalen van zorg. Na het gesprek is een kijkje genomen bij de HIC en de voorzieningen. Met name stil is stilgestaan bij het beleid rond separatie. Bij voorkeur wordt er niet gesepareerd, maar een patiënt samen met begeleiding in een prikkelarme ruimte gezet om tot rust te komen. Dit beleid betekent wel dat minder mensen op de zaal kunnen worden opgevangen.

Parnassia Den Haag – Dick Kabel

Op woensdag 5 februari 2025 vond een werkbezoek plaats bij de Parnassia Groep in Den Haag. Na een welkom door de voorzitter van de raad van bestuur, Anita Wydoodt, maakten de deelnemers kennis met de organisatie en kregen zij een presentatie met cijfers en achtergronden. Daarbij kwamen verschillende thema's aan bod, zoals het voorkomen van zorg en de vraag hoe zorg toegankelijk kan blijven, de prevalentie van psychische klachten en de maatschappelijke waarde van de geestelijke gezondheidszorg. Ook werd stilgestaan bij onderwerpen als de inzet en beschikbaarheid van collega's, de cliëntenlogistiek en wachttijden, de mogelijkheden van digitalisering en de vermindering van administratieve lasten. Verder werd het belang van mentale gezondheidsnetwerken besproken, evenals de herijking van de meerjarige strategie van de Parnassia Groep.

Aansluitend werd aandacht besteed aan i-ggz Den Haag, waar wijkteams een geïntegreerd aanbod bieden van medische en sociale interventies, aangevuld met maatschappelijke, juridische, arbeids- en ervaringsdeskundigheid. Deze werkwijze werd toegelicht door een psychotherapeut en een gz-psycholoog van Parnassia. Vervolgens maakten de deelnemers een korte wandeling over het woon- en zorgpark Bloemendaal en brachten zij een bezoek aan de kliniek.

Tot slot vond aan de hand van praktijkvoorbeelden een interactief gesprek plaats over duurzame oplossingen binnen de jeugd-ggz. Het werkbezoek werd afgesloten met een gezamenlijke terugblik, een vragenronde en discussie.

Verslavingszorg Noord Nederland – Koen Mijnen

Op donderdag 8 mei 2025 waren we uitgenodigd bij Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) om te bespreken wat de ontwikkelingen en uitdagingen zijn in de verslavingszorg. We werden ontvangen

door Gerard Niemeijer, Freddy van der Veen en Remi Moes op locatie Vossenloo in Eelde. VNN is de grootste verslavingszorginstelling in Friesland, Drenthe en Groningen. Belangrijke domeinen preventie, jeugd, outreachende zorg, beschermd wonen, poliklinische zorg, forensische zorg, reclassering en klinische zorg. Dit brede aanbod vertaalt zich ook in meerdere en complexe bekostiging en daarbij horende verantwoordingsvragen.

We werden door Armando Mulder bijgepraat wat VNN doet op de gebied van preventie en vroegsignalering met als belangrijk doel om juist te voorkomen dat mensen verslaafd raken (en daarmee tot de vraag of de naam van VNN wel de juiste is). Vervolgens waren het Annemarie I. en één van haar (voormalig) cliënten die met ons in gesprek gingen over het outreachend jongeren netwerk dat VNN heeft in verschillende gemeenten van noord Nederland. Vooral het verhaal van de 17 jarige cliënt (die gelukkig de weg naar boven had gevonden) was indrukwekkend en liet zien hoe belangrijk het organiseren van ondersteuning en zorg in de nabijheid en een persoonlijke benadering is.

Vervolgens trokken we naar de gezinskliniek De Borch in Eelderwolde. Dat is een concept waarbij gezinnen waarbij (één van) de ouders een verslaving heeft met het gehele gezin hen kan. Hier krijgen zowel de ouder, als het kind als de relatie kind-ouder de ondersteuning en zorg die het nodig heeft. Marjon Niewold en twee collega's verteld hoe deze aanpak vorm kreeg en lieten ons de gezinskliniek.

Jellinek Amsterdam – Erwin van Dam

Maandag 12 mei bracht een delegatie namens de werkgroep een bezoek aan de Jellinek in Amsterdam. Jellinek is onderdeel van Arkin, een instelling voor specialistische ggz. Binnen Arkin richt Jellinek zich specifiek op cliënten met een (hulp)vraag ten aanzien van middelengebruik en verslavingen. Jellinek biedt ondersteuning in de vorm van advies en preventie en zorg uiteenlopend van online zelfhulp tot intensieve (ook klinische) behandelingen bij ernstige verslavingsproblemen. Ook beschikt Jellinek over een eigen centrum voor bijzondere tandheelkunde, speciaal voor cliënten met ernstige gebitsproblemen als gevolg van een middelenverslaving. Tijdens het werkbezoek kreeg de werkgroep een toelichting op het werk van Jellinek, werd een rondgang gemaakt langs de klinische afdeling en de drugstestlocatie en ging de werkgroep in gesprek met een ervaringsdeskundige. Inzichten die werden opgedaan waren o.a. dat een behandeling bij verslavingsproblematiek enkel zinvol is als de cliënt zelf echt aan zijn problematiek wil werken, dat therapie in groepsverband (Minnesota-model) in veel gevallen goed werkt en dat nazorg belangrijk is.

Forensisch Psychiatrisch Centrum Kijvelanden – Wouter Dronkers

We zijn op werkbezoek geweest bij een tbs-kliniek, Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden, een onderdeel van Fivoor. Een indrukwekkende omgeving, met hoge muren, hekken, prikkeldraad, deuren die op slot zitten en een aandacht voor veiligheid die in de haarvaten van de organisatie zit. Met vertegenwoordigers van organisaties in de strafrechtketen (politie, OM, de Reclassering, Dienst Justitiële Inrichtingen, Zorg- en Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond en Fivoor) hebben we een vloeiend en veelzijdig gesprek gevoerd over de doorwerking van de vraagstukken in de ggz naar de strafrechtketen. De professionals onderstreepten het belang van voldoende woon- en verblijfsplekken, en vertelden hoeveel last ze hebben van de versnippering in het zorglandschap die ook het IBO-onderzoek signaleert. We hebben ook stilgestaan bij de maatschappelijke acceptatie van afwijkend gedrag en van risico's, en bij de impact die 'not in my backyard-gedrag' heeft op het werk van professionals die iets willen betekenen voor deze heel moeilijke patiëntengroep. Een waardevol werkbezoek!

Afkortingenlijst

AO-uitkering – Arbeidsongeschiktheidsuitkering
AZWA – Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ – Centrum Indicatiestelling Zorg
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPA – Ernstige Psychiatrische Aandoening
Ggz – Geestelijke gezondheidszorg
IGJ – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZA – Integraal Zorgakkoord
KOPP/KOV – Kinderen van Ouders met Psychische Problemen en Kinderen van Ouders met Verslavingsproblemen
NZa – Nederlandse Zorgautoriteit
OESO – Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
QALY – Quality-Adjusted Life Year
RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Tbs - Terbeschikkingstelling
Wfz – Wet forensische zorg
Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning
Wlz – Wet langdurige zorg
Wpg – Wet publieke gezondheid
Wvggz – Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd – Wet zorg en dwang
ZIN – Zorginstituut Nederland
Zvw - Zorgverzekeringswet

Toelichting bronnen ontwikkeling mentale gezondheid in Nederland

Monitor mentale gezondheid

De Monitor mentale gezondheid geeft inzicht in de (ontwikkeling van) mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking. Deze monitor verzamelt gegevens uit verschillende onderzoeken en bronnen.

Gezondheidsenquête CBS

Methodiek onderzoek en definitie: Ieder jaar neemt het CBS de gezondheidsenquête af, bij 9500 respondenten. Het doel van deze enquête is een zo volledig mogelijk overzicht geven van (ontwikkelingen in) de gezondheid, de medische contacten, de leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking in Nederland.²⁷⁵ De ontwikkeling van angst- en depressiegevoelens wordt in de gezondheidsenquête in kaart gebracht aan de hand van de korte Mental Health Inventory-5 met vijf vragen over mentale gezondheid in de vier weken voorafgaand aan het afnemen van de enquête. Op basis van die vijf vragen krijgt een persoon een MHI-5 score die kan lopen van 0 tot en met 100. Een score van 76 of lager kwalificeert als het hebben van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen 4 weken.²⁷⁶

NEMESIS onderzoek voor psychische aandoeningen

De prevalentie van psychische aandoeningen wordt vastgesteld in het NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Voor de studie voeren getrainde interviewers van een professioneel veldwerkbureau gestructureerde interviews van anderhalf uur met de respondenten.²⁷⁷ Aan de hand van de antwoorden wordt vastgesteld of er sprake is van een psychische aandoening.

ScholierenMonitor: PEILstationsonderzoek en Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Bij de leerlingen uit het basis- en voortgezet onderwijs wordt één keer per twee jaar een vragenlijst afgenomen.²⁷⁸ Eén keer in de vier jaar is dat het PEILstationsonderzoek, en één keer in de vier jaar is dat de HBSC. In beide onderzoeken wordt gevraagd naar levenstevredenheid, mentale problemen, eenzaamheid en druk door schoolwerk. Dit onderzoek is dus op basis van zelfrapportage. De HBSC brengt deze gegevens in kaart in meer dan 50 landen in Europa, Centraal Azië en Canada, waardoor een internationale vergelijking mogelijk is.²⁷⁹ De meest recente cijfers komen uit 2023.

OESO en Eurostat - Europese vergelijking van mentale gezondheid

De OESO publiceert regelmatig rapporten en verzamelt daarvoor zelf of vanuit andere onderzoeken data. Ze maken hiermee onder andere internationale vergelijkingen, ook op het gebied van mentale gezondheid. Eurostat is het statistische bureau van de Europese Unie. Eurostat verzamelt data en maakt statistieken over Europa voor verschillende onderwerpen. Hieronder vallen ook gezondheidsgegevens. De OECD en de Europese Commissie publiceren

²⁷⁵ Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.-g)

²⁷⁶ Trimbos-instituut (2024b).

²⁷⁷ Trimbos-instituut(z.d.-g)

²⁷⁸ Trimbos-instituut(z.d.-h)

²⁷⁹ HBSC (z.d.)

gezamenlijk tweejaarlijks de 'Health at a Glance: Europe'. Ook publiceren de OESO en European Observatory on Health Systems and Policies, in samenwerking met de Europese Commissie eens in de twee jaar een 'Country Health Profile' van Nederland. In 2023 zat daar ook een specifiek deel over de mentale gezondheid in.

Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors study (GBD)

De GBD verzamelt en kwantificeert data over gezondheidsverlies over de tijd heen, voor 204 landen. Onderdeel hiervan is de prevalentie van 'mental disorders'. Zij hebben een tool ontwikkeld waarmee inzicht geboden wordt in o.a. de prevalentie van verschillende aandoeningen. Eén van de aandoeningen waar ze op rapporteren is 'mental disorders'.

Het RIVM heeft in 2020 een overzicht gemaakt van bewezen kosten-effectieve preventieve maatregelen.²⁸⁰ Hierbij zitten ook een aantal interventies die gericht zijn op de mentale gezondheid:

- Preventie van postnatale depressie bij moeders door 'health visitors' die zijn getraind in het beoordelen of vrouwen symptomen hebben van een postnatale depressie en een persoons georiënteerde benadering om deze aan te pakken.²⁸¹ Dit is een kostenbesparende maatregel.
- Preventie van postnatale depressie bij vaders door screening.²⁸² Dit is een kostenbesparende maatregel.
- Psychologische groeps- en individuele ondersteuning voor mantelzorgers die zich inzetten voor een naaste met dementie. Het doel van de interventie is om burn-out, stress of overspannenheid te voorkomen.²⁸³ Dit is een kosteneffectieve maatregel.
- Groepstherapie voor adolescenten waarvan de ouders een depressie hebben (gehad) en daarmee een verhoogd risico hebben om zelf een depressie te krijgen.²⁸⁴ Dit is een kosteneffectieve maatregel.

Het Trimbos-instituut, RIVM en GGD-GHOR hebben in opdracht van VWS ook een overzicht gemaakt van effectieve interventies voor mentale gezondheid gericht op specifieke klachten of groepen.²⁸⁵ Voorbeelden staan hieronder:

- Ronde de geboorte
 - Bevorderen van psychosociale en lichamelijke gezondheid van moeder en kind.
 - Ondersteuning voor ouders in kwetsbare situaties zoals preventieve gezinsondersteunende huisbezoeken voor en na de geboorte die het risico op onder meer kindermishandeling verminderen.
 - Moeders met een (hoog risico op een) postnatale depressie en kans op onveilige hechting.
- Jeugd van 2-12
 - Bevorderen van welbevinden, versterken van sociale competenties om gedragsproblemen te voorkomen.
 - Interventies gericht op risicofactoren en risicogroepen, zoals kinderen waarvan ouders zijn gescheiden of psychische problemen of verslavingsproblemen hebben.
 - Interventies bij beginnende en milde depressieve klachten en angstklachten.
- Adolescenten 12-18 en studenten 18-23
 - Het versterken van sociale en emotionele competenties van jongeren en kinderen om gedragsproblemen te voorkomen en mentale fitheid te versterken.
 - Het beperken van risicofactoren en het ondersteunen van risicogroepen voor mentale gezondheid, zoals (cyber)pesten, kinderen van gescheiden ouders of ouders met psychiatrische problematiek.
 - Verminderen van beginnende en milde klachten met betrekking tot depressie en angst.
- Volwassenen 18-65 en ouderen 65+
 - Versterken en bevorderen van competenties die het mentale welbevinden vergroten.

²⁸⁰ RIVM (2020)

²⁸¹ Henderson et al. (2019)

²⁸² Asper et al. (2018)

²⁸³ Knapp et al. (2013)

²⁸⁴ Lynch et al. (2005)

²⁸⁵ Van Dale et al. (2022)

- Risicofactoren van mentale ongezondheid, zoals mantelzorg, ongezonde leefstijl of psychische klachten die samenhangen met het ontstaan van een psychische stoornis (stress, vermoeidheid, piekeren).
- Het voorkomen of verminderen van milde depressieve klachten, waaronder postnatale depressies.

De factsheet geeft aan dat er minder literatuur is over interventies voor bijvoorbeeld angst, burn-out, studenten, ouderen en interventies die zijn gericht op sociale economische factoren en hun impact op mentale gezondheidsuitkomsten.²⁸⁶ Ook is minder bekend in Nederland over het effect van beleidsmaatregelen die zijn gericht op omgevingsfactoren.

²⁸⁶ Van Dale et al. (2022).

Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)

Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is een formele afspraak tussen verschillende partijen in de zorg om richting aan het zorgbeleid te geven en financiële afspraken te maken. Het AZWA is op 3 juli 2025 vastgesteld door belangenbehartigers (GGD GHOR, LHV, MIND, NFU, en NVZ), beroepsverenigingen (NIP, NVvP V&VN, en ZKN) brancheverenigingen (ActiZ, DNLggz, FMS, InEen, SWN, en Zorgthuisnl), koepelorganisaties (PN en VNG) en verzekeraars (ZN), met nauwe betrokkenheid van overheidspartijen (VWS, IGJ, NZa, en ZINL). De partijen hebben het akkoord op 8 september 2025 ondertekend, waarmee zij een inspanningsverplichting hebben om de gemaakte afspraken te bewerkstelligen.

Het AZWA bouwt voort op de bestaande afspraken van het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het voormalige programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). De primaire doelen van het AZWA zijn het afwenden van een arbeidsmarkttekort en het realiseren van gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn voor alle inwoners van Nederland. Voor de ggz betekent dit dat het doel is dat in 2028 alle ggz-patiënten binnen de Treeknorm behandeld worden. Hiervoor is structureel € 202 miljoen extra beschikbaar gesteld voor de ggz. Om deze doelen te bereiken, richt het akkoord zich op verschillende pijlers:

1. Het verminderen van de administratieve lasten zodat dit per 2030 maximaal 20% van de werktijd van een zorgverlener beslaat door middel van de inzet van technologie. Voor de ggz betekent dit onder andere het opschalen van een programma waarmee groepen van verzekeraars en koplopers in verschillende regio's de transitie naar minder administratieve lasten doormaken. Daarnaast wordt versneld en verantwoord gebruikgemaakt van generatieve en diagnostische kunstmatige intelligentie (AI) en technologische innovatie. AI wordt ingezet om werk efficiënter en plezieriger te maken voor ggz-professionals. AI moet per 2028 minimaal 8.000 arbeidsplaatsen besparen in de zorg, inclusief de GGZ.
2. Het zorgen voor gelijkwaardigere toegang tot zorg, door urgentie leidend te maken, zodat mensen met urgente problemen sneller zorg ontvangen. Daarvoor spreken partijen af dat wachtlijstgegevens in de ggz accuraat en transparant zijn voor zorgverzekeraars, patiënten en verwijzers om proactieve bemiddeling mogelijk te maken. De bestaande Treeknormen voor wachttijden in de ggz worden geactualiseerd en waar nodig gedifferentieerd op basis van urgentie en onderscheid tussen cruciale en overige ggz.
3. Het akkoord streeft naar meer behandelcapaciteit voor complexe zorgvragen door middelen en menskracht te verschuiven van lichtere naar complexere zorg. Hiervoor worden de richtlijnen en zorgstandaarden vanaf 1 januari 2026 aangepast om passende behandelduur en -vormen (zoals groeps- en digitale behandelingen) te standaardiseren en tevens het vaststellen van behandeldoelen en evaluatie te integreren. Voor alle GGZ-aanbieders wordt contractueel een groeipad afgesproken van ten minste 6% hybride (t.o.v. 2022) en 6% groepsbehandeling (t.o.v. 2025) in 2027. Daarnaast wordt korte consultatie tussen huisartsen, ggz en het sociaal domein makkelijker gemaakt om onnodige doorverwijzing naar de ggz te voorkomen. Tot slot stoppen ggz-aanbieders vanaf 2026 met het hanteren van exclusiecriteria, tenzij strikt noodzakelijk voor zorginhoudelijk onderbouwde uitzonderingsgevallen.

4. De versterking van de samenwerking tussen zorg en het sociaal domein (de beweging naar de voorkant). Er wordt ingezet op concrete "basisfunctionaliteiten" op het snijvlak van zorg en sociaal domein die de toestroom in de Zvw-zorg moeten beperken door eerder en beter te helpen. Voor de mentale gezondheid betreft dit onder meer de structurele implementatie van laagdrempelige steunpunten voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en de ontwikkeling van Mentale Gezondheidsnetwerken (incl. Verkennend Gesprek). Er is hiervoor structureel € 371 miljoen beschikbaar gesteld voor het sociaal domein. Bovendien wordt er een doorbraakprogramma gestart met als doel uiterlijk 1 januari 2027 een robuuste continuïteit in dekking van ANW- en crisisdiensten in de ggz te bereiken. De ambitie is dat 70% van de inzetbare psychiaters een bijdrage levert. Er wordt ook gekeken naar hogere tarieven voor cruciale zorg en, indien nodig, wetgeving om de werkdruk eerlijker te verdelen.

Het Actieprogramma mentale gezondheid en ggz

Het actieprogramma mentale gezondheid en ggz is een initiatief van VWS om de mentale gezondheid te verbeteren. De acties zijn een aanvulling op bestaande initiatieven en de afspraken uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Het actieprogramma omvat vijf domeinoverstijgende thema's: (i) versterken van mentale veerkracht, (ii) laagdrempelige ondersteuning, (iii) wachttijdondersteuning, (iv) cliënt- en waakvlamondersteuning, en (v) de overgang jeugd-ggz naar volwassenen-ggz.

De Werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'

De Werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening' zijn bestuurlijke afspraken die in 2023 zijn gemaakt door ZN, VNG, DNLggz, Valente, MIND, en VWS om meer grip te krijgen op de ontwikkelingen in de ondersteuning en zorg voor mensen met een psychische aandoening. De Werkagenda bestaat uit één overkoepelende actie en drie actielijnen. De overkoepelende actie is de (wets)evaluatie van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening. De drie actielijnen van de Werkagenda zijn: (i) beter zicht krijgen op de doelgroep om zo voor hen passende en toekomstbestendige zorg te kunnen realiseren, (ii) verbetering van de ondersteuning en zorg voor mensen met een langdurige psychische aandoening, en (iii) passende ondersteuning en zorg in complexe situaties. Het **Actieplan 'Passende zorg voor dakloze mensen met een Wlz-indicatie'** is één van de uitkomsten van de Werkagenda. Dit actieplan richt zich op het faciliteren en organiseren van passende langdurige zorg voor dakloze mensen met een Wlz-ggz indicatie.

Interdepartementale aanpak verward/onbegrepen gedrag en veiligheid

De aangekondigde interdepartementale aanpak onder regie van het ministerie van BZK, samen met de ministeries van JenV, VWS, VRO en SZW en in samenwerking met gemeenten, zorg- en veiligheidspartners, maatschappelijke organisaties en bedrijven, is een uitwerking op de aanbevelingen uit het eindrapport op de parlementaire verkenning 'Verward/onbegrepen gedrag en veiligheid' (4 juli 2024). Deze aanbevelingen gaan onder andere over het pakken van landelijke regie, het stimuleren van samenwerking en passende financiering, het verbeteren van informatie-uitwisseling, het stimuleren van vroegsignalering en outreachende hulp in wijken, het zorgen voor de juiste bejegening en aandacht in opleidingen, het zorgen voor passende huisvesting en het verlagen van de werklust van de politie en andere instanties.

De minister van BZK bewaakt als procesregisseur de voortgang en samenhang in de opvolging van de aanbevelingen van de parlementaire verkenning, haalt actief signalen op uit de praktijk, en zet zich in voor de juiste randvoorwaarden voor lokale overheden om deze vraagstukken aan te pakken. Ieder bewindspersoon blijft daarnaast inhoudelijk verantwoordelijk voor de aanbevelingen

die onder zijn of haar portefeuille vallen. Tegelijkertijd voelen de ministeries een gezamenlijke verantwoordelijkheid om dat, wat tot nu toe is opgebouwd in de regio's, verder door te ontwikkelen en te verbreden. Onderdeel van de gezamenlijke aanpak zijn het door ontwikkelen van werkende initiatieven, het verbreden naar bestaanszekerheid en wonen, en **de werkagenda aansluiting forensische en reguliere zorg**.

Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028

Jeugdzorg is niet de oplossing voor alle problemen waar jeugdigen en gezinnen mee te maken hebben. Nu ontvangt 1 op 7 jeugdigen vorm van jeugdhulp, dit kan en moet anders. Er ligt een grote opgave om het jeugdstelsel te verbeteren en voor de lange termijn houdbaar te maken.

De Hervormingsagenda bevat een breed pakket aan maatregelen en heeft als doel dat:

- Jongeren weerbaar opgroeien.
- Kinderen en gezinnen die in kwetsbare situaties zitten of dreigen te komen tijdig passende hulp ontvangen.
- Het stelsel houdbaar is voor de toekomst.

Afgesproken is de aanpak de komende periode te intensiveren en prioriteren en hierover afspraken te maken met de sector. Dat doen we volgens vijf lijnen:

- Gezinsgericht werken en samenwerking in sociaal domein om jeugdhulp te voorkomen;
- Jeugdhulp is zo licht als mogelijk, zo zwaar als nodig;
- Kwaliteitsverbetering van de jeugdzorg;
- Betere balans in vraag en aanbod voor beschikbare en passende specialistische hulp;
- Betere data en monitoring voor betere sturing op het stelsel en de voortgang van de Hervormingsagenda.

Wetsvoorstel Versterking regie volkshuisvesting

Het wetsvoorstel Versterking regie volkshuisvesting geeft gemeenten meer regie over de huisvesting van aandachtsgroepen, waaronder mensen die uitstromen uit een ggz-instelling of beschermd wonen. Gemeenten moeten in hun volkshuisvestingsprogramma's deze huisvestingsbehoefte koppelen aan ondersteuning en zorg (zoals via de Wmo). Ook moeten zij bij het maken van lokale prestatieafspraken woningcorporaties én zorgpartijen betrekken. Het wetsvoorstel regelt verder dat mensen die uitstromen uit de ggz of beschermd wonen in alle gemeenten urgentie krijgen bij sociale huurwoningen. Gemeenten worden verplicht hierover onderling afspraken te maken om een evenwichtige verdeling te waarborgen. De woningbouwopgave richt zich op voldoende betaalbare woningen, met 30% sociale huur. Specifieke huisvestingsconcepten kunnen rekenen op financiële ondersteuning via de Regeling Huisvesting Aandachtsgroepen (RHA), die in 2025 € 30 miljoen beschikbaar stelt. Vanaf 2026 wordt dit onderdeel van de bredere Realisatiestimulans. Passende huisvesting blijft een lokale verantwoordelijkheid. Gemeenten, corporaties, zorgaanbieders en andere partners moeten samenwerken om via nieuwbouw, flexwonen en beter gebruik van bestaande woningen aan de vraag te voldoen.

Financiële reeksen bij de pakketten

Budgetneutraal pakket²⁸⁷

Tabel 1. Budgettaire effect uitgaven budgetneutraal pakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
VOORKOMEN								
1	Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid	0,5	4	4	4	4	4	2027
2	Mentale gezondheid lokaal beter verankeren	0	10	10	10	10	10	2027
3	Richtlijn mentaal gezond blijven	0,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	2027
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0,5	0,5	0,5	0	0	0	2029
5a	Lokale integrale verslavingspreventie	17,5	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5	2027
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen ²⁸⁸	0	0	0	0	0	0	2026
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%) (besparing zorgkosten)	-56	-56	-56	-56	-55	-25	2075
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media	0	0	0	0	0	0	2026
6c	Bindend verbod smartphones scholen	0	0	0	0	0	0	2026
PRIORITEREN								
12	Verscherpen van de aanspraak	0	0	0	-45	-80	-80	2030

²⁸⁷ Het budgettaire beslag van deze maatregelen is op lange termijn budgetneutraal. Incidenteel zijn er wel budgettaire effecten. Om dit pakket ook incidenteel budgetneutraal vorm te geven kan ervoor gekozen worden om maatregelen later in te laten gaan en/of meer geleidelijk te laten ingroeien.

²⁸⁸ Deze maatregel zal enerzijds leiden tot lagere zorguitgaven en anderzijds tot lagere accijnsinkomsten. Vanwege het ontbreken van recente cijfers is nieuw onderzoek nodig om hiervan een inschatting te maken.

9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0	0	0	0	0	0	2026
16	Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten en verwijzen van medisch naar sociaal domein: ambitieniveau 37,5%	0	0	0	47,4	62,8	114,5	2033
17	Totstandkoming e-communities	0	2	2	2	2	2	2027
STUREN								
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0	0	0	0	0	0	2026
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0	0	0	0	0	0	2026
22	Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding	0	0	0	0	0	0	2026
27	Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT: impuls 22,5%	0	50	100	155	155	155	2029
19	Groepsbehandeling voorliggend maken	0	-50	-100	-150	-200	-200	2030
20	Hybride zorg voorliggend maken	0	-25	-50	-75	-100	-100	2030
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz	0	0	-30	-30	-30	-30	2028
VERBREDEDEN								
29	Gezinsgericht werken	0	36,5	50,5	64	59,5	39	2034
28a	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts	0	0	19	19	19	19	2028
28b	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Het uitbreiden van het 'verkennend gesprek'	0	0	5,4	5,4	5,4	5,4	2028
28d	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versnelde instroom in de ggz	0	0	0	0	0	0	2026
28e	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versterken consultatie ggz door de huisarts en het sociaal domein	0	40	40	40	40	40	2027

34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebeplooiing	0	0	0	0	0	0	2026
30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	2	0	0	0	0	0	2027
31	Personen met levensloopaanpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz	1,2	2,2	3,1	3,1	3	3	2030
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	0	3,5	14	14	7	0	2031
35	Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg	0,25	0,25	0	0	0	0	2028
36	Onderzoek effectiviteit en inzet IPS bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen	0	0	0	4,4	4,4	8,5	2032
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	0	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	2027
Hervormingen								
	Hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen uitwerken	0	0	0	0	0	0	2026
Totaal		-33,6	52,6	47,1	46,9	-58,3	0	

Tabel 2 Budgettair effect inkomsten budgetneutraal pakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
VOORKOMEN								
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-559	-559	-559	-559	-559	-559	2026
Totaal		-559	-559	-559	-559	-559	-559	2026

Investeringspakket

Tabel 3. Budgettaire effect uitgaven investeringspakket pakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
VOORKOMEN								
1	Investeren in de kennisinfrastructuur voor mentale gezondheid	0,5	4	4	4	4	4	2027
2	Mentale gezondheid lokaal beter verankeren	0	10	10	10	10	10	2027
3	Richtlijn mentaal gezond blijven	0,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	2027
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0,5	0,5	0,5	0	0	0	2029
5a	Lokale integrale verslavingspreventie	17,5	22,5	22,5	22,5	22,5	22,5	2027
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen ²⁸⁹	0	0	0	0	0	0	2026
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-56	-56	-56	-56	-55	-25	2075
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media	0	0	0	0	0	0	2026
6c	Bindend verbod smartphones scholen	0	0	0	0	0	0	2026
8	Structurele integrale aanpak mentale gezondheid en ondersteuning op scholen	0	50	97	191,1	191,1	191,1	2029
PRIORITEREN								
12	Verscherpen van de aanspraak	0	0	0	-45	-80	-80	2030
9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0	0	0	0	0	0	2026
16	Wettelijk verankeren laagdrempelige steunpunten en verwijzen van medisch naar sociaal domein	0	0	0	47,4	62,8	114,5	2033
17	Totstandkoming e-communities	0	2	2	2	2	2	2027

²⁸⁹ Deze maatregel zal enerzijds leiden tot lagere zorguitgaven en anderzijds tot lagere accijnsinkomsten. Vanwege het ontbreken van recente cijfers is nieuw onderzoek nodig om hiervan een inschatting te maken.

STUREN								
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0	0	0	0	0	0	2026
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0	0	0	0	0	0	2026
22	Regionale en sectorale spreiding van opleidingsplekken en verbreding opleiding	0	0	0	0	0	0	2026
27	Vergroten kwaliteit en beschikbaarheid HIC/IHT: impuls 22,5%	0	50	100	155	155	155	2029
19	Groepsbehandeling voorliggend maken	0	-50	-100	-150	-200	-200	2030
20	Hybride zorg voorliggend maken	0	-25	-50	-75	-100	-100	2030
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz	0	0	-30	-30	-30	-30	2028
26	Schuif groei curatieve zorgsectoren naar ggz sector via akkoorden	0	0	0	0	0	0	2026
VERBREDEN								
29	Gezinsgericht werken	0	36,5	50,5	64	59,5	39	2034
28a	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Overdrachtsgesprek tussen ggz, sociaal domein en huisarts	0	0	19	19	19	19	2028
28b	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: het uitbreiden van het 'verkennend' gesprek	0	0	5,4	5,4	5,4	5,4	2028
28d	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versnelde instroom in de ggz	0	0	0	0	0	0	2026
28e	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Versterken consultatie ggz door de huisarts en het sociaal domein	0	40	40	40	40	40	2027
34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebesteding	0	0	0	0	0	0	2026
30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	2	0	0	0	0	0	2027

31	Personen met levensloopaanpak die zich kwalificeren voor de Wlz, worden ook geïndiceerd voor de Wlz	1,2	2,2	3,1	3,1	3	3	2030
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	0	3,5	14	14	7	0	2031
35	Versterken samenwerking arbozorg en ggz-zorg	0,25	0,25	0	0	0	0	2028
36	Onderzoek effectiviteit en inzet IPS bij veel voorkomende enkelvoudige psychische aandoeningen	0	0	0	4,4	4,4	8,5	2032
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	0	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	2027
28c	Uitstroom bevorderen via nazorg en terugvalopties: Strippenkaart / waakvlamcontact	0	0	160	160	160	160	2028
33	Meer passende woonplekken	PM	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Hervormingen								
	Hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen uitwerken	0	0	0	0	0	0	2026
Totaal		-33,6 + PM	102,6 + PM	304,1 + PM	398 + PM	292,8 + PM	351,1 + PM	

Tabel 4 Budgettair effect inkomsten investeringspakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
VOORKOMEN								
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-559	-559	-559	-559	-559	-559	2026
Totaal		-559	-559	-559	-559	-559	-559	2026

Besparingspakket

Tabel 5 Budgettaire effect uitgaven besparingspakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC IN.
VOORKOMEN								
3	Richtlijn mentaal gezond blijven	0,5	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	2027
4	Aandacht in de huisartsenzorg en geboortezorg voor geldzorgen, armoede en schulden	0,5	0,5	0,5	0	0	0	2029
5b	Beschikbaarheid van alcohol van 6% of meer beperken tot slijterijen*	0	0	0	0	0	0	2026
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%) ²⁹⁰	-56	-56	-56	-56	-55	-25	2075
6a	Bindende leeftijdsgrens sociale media	0	0	0	0	0	0	2026
6c	Bindend verbod smartphones scholen	0	0	0	0	0	0	2026
PRIORITEREN								
12	Verscherpen van de aanspraak	0	0	0	-45	-80	-80	2030
9	Passende behandelduur basis-ggz in richtlijnen en zorgstandaarden	0	0	0	0	0	0	2026
17	Totstandkoming e-communities	0	2	2	2	2	2	2027
10b	Eigen bijdrage basis en specialistische ggz	0	0	-200	-200	-200	-200	2028
15	Hele ggz uit Wlz	0	40	40	40	10	-380	2033
STUREN								
25	Tarieven in de ggz differentiëren naar zorgvraagtype	0	0	0	0	0	0	2026
21	Arbeidsmarkt verbeteren: grotere deelname zorgprofessionals aan ANW- en crisisdiensten	0	0	0	0	0	0	2026

²⁹⁰ Deze maatregel zal enerzijds leiden tot lagere zorguitgaven en anderzijds tot lagere accijnsinkomsten. Vanwege het ontbreken van recente cijfers is nieuw onderzoek nodig om hiervan een inschatting te maken.

19	Groepsbehandeling voorliggend maken	0	-50	-100	-150	-200	-200	2030
20	Hybride zorg voorliggend maken	0	-25	-50	-75	-100	-100	2030
23	Bevorderen zorgcontractering in de ggz	0	0	-30	-30	-30	-30	2028
VERBREDEDEN								
34	Experiment regionale, domeinoverstijgende populatiebepoortstelling	0	0	0	0	0	0	2026
30	Toerusting zorginstellingen op cliënten met hoog veiligheidsrisico	2	0	0	0	0	0	2027
32	Landelijke uitbreiding regionale afspraken aanbieders en financiers ten aanzien van mensen met complexe zorgvraag en hoog veiligheidsrisico	0	3,5	14	14	7	0	2031
37	Doeluitbreiding IPS: jongeren terug leiden naar het initieel onderwijs of naar een leerwerktraject	0	10,4	10,4	10,4	10,4	10,4	2032
Hervormingen								
	Hervorming van in ieder geval de inkoop van de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen uitwerken	0	0	0	0	0	0	2026
Totaal		-53	-72,9	-367,4	-487,9	-633,9	-1000,9 ²⁹¹	

Tabel 6 Budgettaire effect inkomsten besparingspakket, in miljoenen (min-teken is saldoverbeterend)

NR.	MAATREGEL	2026	2027	2028	2029	2030	STRUC.	STRUC. IN
VOORKOMEN								
5c	Beprijzen alcohol (accijnsverhoging 50%)	-559	-559	-559	-559	-559	-559	2026
Totaal		-559	-559	-559	-559	-559	-559	2026

²⁹¹ Het betreft hier een optelling van de budgettaire gevolgen van individuele maatregelen. Als maatregelen gezamenlijk ingevoerd worden moet rekening gehouden worden met mogelijke interactie-effecten.

