

SAMEN BOUWEN AAN GEESTELIJKE GEZONDHEID:

Een geïntegreerd beleidskader voor meer geestelijke
gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Procesrapport

Als bijlage bij het beleidsplan

Departement Zorg, samen met Steunpunt WVG, Möbius, Over de Muur en
Vlaams Instituut Gezond Leven

INHOUD

1	INTRODUCTIE	10
1.1	Situering van het gezondheidsprobleem	10
1.2	Situering van het beleidsplan	10
1.3	Ontwikkeling van het beleidsplan	11
1.3.1	Reikwijdte van het beleidsplan	12
1.3.2	Principes om te komen tot het beleidsplan	14
1.3.3	Beoogd resultaat	15
1.3.4	Groepen betrokken bij het traject om tot het beleidsplan te komen	16
1.4	Structuur van dit procesrapport	19
2	ONDERZOEKSMETHODEN	21
2.1	Overzicht van de gebruikte methoden	21
2.2	Afstemming met relevante actoren	22
2.2.1	Traject met stakeholders	22
2.2.2	Indicatorenwerkgroep	30
2.2.3	Expertenpanel	31
2.3	Literatuuronderzoek en documentanalyse	31
2.3.1	Doelgerichte literatuurstudie	31
2.3.2	Documentanalyse	31
2.3.3	Systematische review	32
3	EXPLORATIEFASE	36
3.1	Typologieën inzake geestelijke gezondheidsbevordering en preventie	36
3.2	Determinanten van geestelijke gezondheid	38
3.3	Beleidsprioriteiten inzake geestelijke gezondheidsbevordering en preventie	39
3.3.1	Geestelijke gezondheidsbevordering vanuit een public health benadering	39
3.3.2	Een levensloop- en settinggerichte benadering	39
3.3.3	Een intersectorale en Health in All Policies aanpak	40
3.3.4	Inzetten op effectieve en kosteneffectieve interventies	40
3.3.5	Maar ook voldoende ruimte laten voor innovatie	41

4	MISSIE, VISIE EN STRATEGIE	43
5	STRATEGISCHE EN OPERATIONELE DOELSTELLINGEN	47
5.1	Determinanten voor geestelijke gezondheid	47
5.1.1	Methode	47
5.1.2	Resultaten	49
5.2	Sleutelactoren en sleutelmomenten: kansen om in te spelen op determinanten van geestelijke gezondheid	61
5.2.1	Methode	61
5.2.2	Resultaten	61
5.3	Doelstellingen en feedbackproces	70
5.3.1	Methode	70
5.3.2	Feedback op doelstellingen	71
5.3.3	Resultaat	73
6	(KOSTEN)EFFECTIEVE INTERVENTIES OM DE GEESTELIJKE GEZONDHEID TE BEVORDEREN	85
6.1	Effectieve interventies: verdiepende literatuurstudie	85
6.1.1	Methode	86
6.1.2	Resultaten	86
6.1.3	Algemene conclusie	129
6.1.4	Opmerkingen van experts	129
6.2	Kosteneffectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: verdiepende literatuurstudie	133
6.2.1	Methode	133
6.2.2	Resultaten	134
6.2.3	Conclusie	139
6.2.4	Kanttekening	139
7	KETENANALYSE EN HEFBOOMANALYSE	140
7.1	Methode	140
7.1.1	Hefboomanalyse	141
7.1.2	Ketenanalyse	142
7.1.3	Coaching sessies omtrent samenwerking	143

7.2	Reflectie over samenwerking	144
7.3	Resultaat	147
7.3.1	Randvoorwaarden op micro-, meso- en macro-niveau	147
7.3.2	Randvoorwaarden voor samenwerking	148
7.3.3	Inzichten vanuit coachingssessies en (in)formele contactmomenten	149
7.3.4	Verbinden van theorie en praktijk	154
8	PORTFOLIO MANAGEMENT	157
8.1	Opmaken van een eerste inventaris van bestaande acties	157
8.1.1	Methode	157
8.1.2	Resultaat	158
8.2	Nagaan of bestaande acties binnen de reikwijdte van het beleidsplan vallen en bepalen van de sterkte van deze acties	158
8.2.1	Methode	158
8.2.2	Resultaat	159
8.3	Plotten van sterke bestaande acties met een substantieel bereik op de geformuleerde doelstellingen, om hiaten te bepalen	159
8.3.1	Methode	159
8.3.2	Resultaat	166
8.4	Identificeren van bestaande acties die in aanmerking komen voor opschaling	168
8.4.1	Methode	168
8.4.2	Resultaat	168
8.5	Lanceren van een oproep voor het indienen van actiefiches voor nieuwe acties om hiaten af te dekken en voor de opschaling van bestaande sterke acties	197
8.5.1	Methode	197
8.5.2	Resultaat	209
9	INDICATOREN VOOR OPVOLGING EN EVALUATIE	216
9.1	Methode	216
9.1.1	Relevante achtergrondliteratuur	217
9.1.2	Eerste indicatorenwerkgroep: exploratie van databronnen en criteria van indicatoren	221
9.1.3	Documentenanalyse	223
9.1.4	Tweede indicatorenwerkgroep	228
9.1.5	Reductie van longlist tot finale set (shortlist)	229
9.1.6	Aanbevelingen van experts	229

9.1.7	Longlist met niet weerhouden populatie-indicatoren	233
9.1.8	Geïdentificeerde hiaten voor potentiële nieuwe indicatoren	235
9.1.9	Verdere stappen en aandachtspunten	239
9.2	Resultaat: Finale set van populatie-indicatoren opgedeeld per type en cluster	241
9.2.1	Primaire uitkomstindicatoren	242
9.2.2	Intermediaire uitkomstindicatoren	243
9.2.3	Impactindicatoren	244
9.2.4	Determinanten	244
10	GEZONDHEIDSECONOMISCH RAAMWERK	247
10.1	Inleiding	247
10.2	Soorten gezondheidseconomische evaluaties	247
10.3	Framework voor rapportering van gezondheidseconomische evaluaties	248
10.4	Toepassing van de CHEERS II op GGB en universele/selectieve preventie	251
10.4.1	Item 4 Gezondheidseconomisch analyseplan.	252
10.4.2	Item 5 Onderzoekspopulatie.	254
10.4.3	Item 6 Context en locatie.	255
10.4.4	Item 7 Te vergelijken interventies en strategieën.	256
10.4.5	Item 8 Perspectief.	256
10.4.6	Item 9 Tijdshorizon.	258
10.4.7	Item 10 Discontering.	259
10.4.8	Item 11 12 13 Selectie, meting en waardering van uitkomstmaten.	260
10.4.9	Item 14 15 Kosten.	263
10.4.10	Item 16 Model.	264
10.4.11	Item 17 Analyses en aannames.	267
10.4.12	Item 18 Heterogeniteit.	268
10.4.13	Item 19 Verdelingseffecten.	268
10.4.14	Item 20. Onzekerheid.	269
10.4.15	Item 21 Co-Creatie.	272
10.5	Transfereerbaarheid van resultaten van buitenlandse origine	273
10.5.1	Kwalitatieve benadering	273
10.5.2	Kwantitatieve benadering	281
10.6	Aanbevelingen tot gezondheidseconomisch onderzoek	284

11	AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN DOOR EXPERTEN	286
11.1	Eerste duizend dagen	287
11.1.1	Algemene aandachtspunten	287
11.1.2	Recente maatschappelijke evoluties	287
11.1.3	Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen	289
11.2	Kinderen en jongeren	290
11.2.1	Maatschappelijke evoluties	290
11.2.2	Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen	291
11.3	(Jong)volwassenen	292
11.3.1	Maatschappelijke evoluties	292
11.3.2	Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen	294
11.4	Ouderen	294
11.4.1	Maatschappelijke evoluties	294
11.4.2	Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen	295
12	SAMENVATTENDE CONCLUSIES	296
13	REFERENTIES	298

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1. Twee-continua model voor geestelijke gezondheid	12
Figuur 2. Reikwijdte van het beleidsplan GGB op basis van de typologie van Arango et al. (2018)	14
Figuur 3. Beoogd resultaat van het participatief traject in kader van het beleidsplan GGB	16
Figuur 4. Overzicht actoren betrokken in het traject om te komen tot een beleidsplan GGB	18
Figuur 5. Overzicht elementen procesrapport.....	19
Figuur 6. Determinanten van geestelijke gezondheid in 4 niveaus (individueel, familie, gemeenschap, structureel)	38
Figuur 7. Samenhang tussen missie, visie en strategie	43
Figuur 8. Levensloopbenadering met specifieke aandachtspunten	46
Figuur 9. Flow om te komen tot het overzicht aan prioritaire en belangrijke determinanten.....	48
Figuur 10. Flowdiagram over de totstandkoming van de doelstellingen van het beleidsplan.	70
Figuur 11. Sjabloon voor oefening ketenanalyse in sessie 22 mei 2024.....	142
Figuur 12. Effectladder (Van Yperen & Veerman, 2004).....	158
Figuur 13. Reikwijdte beleidskader GGB	158
Figuur 14. Flowdiagram over de totstandkoming van de shortlist populatie-indicatoren	216
Figuur 15. Overzicht aan determinanten in de Nederlandse Monitor Mentale Gezondheid.....	219
Figuur 16. Het Canadees ‘Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework’.	220
Figuur 17. Visuele voorstelling besliskundig Markov model	265
Figuur 18. Voorbeeld van een Tornadodiagram, uit Pil et al. (2013) ⁴¹⁶	270
Figuur 19. Visuele voorstelling incrementeel kosteneffectiviteitsvlak	271

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1. Overzicht van gebruikte onderzoeksmethoden	21
Tabel 2. Aantal deelnemers per stakeholdersessie	22
Tabel 3. Sessie 1: agendapunten en gebruikte methoden.....	23
Tabel 4. Sessie 2: agendapunten en gebruikte methoden.....	25
Tabel 5. Sessie 3: agendapunten en gebruikte methoden.....	27
Tabel 6. Overzicht van personen die minstens aan één stakeholdersessie deelnamen.....	27
Tabel 7. Leden van de indicatorenwerkgroep.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Tabel 8. Experten die input en feedback gaven op het beleidsplan GGB.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Tabel 9. Gebruikte zoekstring voor de literatuurstudie naar effectieve en kosteneffectieve interventies	34
Tabel 10. Inclusie- en exclusiecriteria van reviews.	35
Tabel 11. Typologie van Caplan (1964) en de IOM (1994).....	36
Tabel 12. Typologie van Arango et al. (2018).....	37
Tabel 13. Effectladder van Van Yperen en Veerman over het niveau van bewijskracht van interventies ¹⁶	41
Tabel 14. Prioritaire en belangrijke determinanten volgens de stakeholders.....	50
Tabel 15. Eerste duizend dagen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.....	62
Tabel 16. Kinderen en jongeren: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting.....	63
Tabel 17. Volwassenen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting	65
Tabel 18. Ouderen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting	67
Tabel 19. Resultaat van de toepassing van de Dominance Ranking methode	134
Tabel 20. Overzicht van alle besproken interventies over alle levensfasen heen.....	141
Tabel 21. Randvoorwaarden per analyseniveau	148
Tabel 22. Bepaling hiaten	160
Tabel 23. Overzicht van geïnventariseerde acties	169
Tabel 24. Mapping van nieuwe acties op strategische en operationele doelstellingen	199
Tabel 25. Overzicht van nieuwe acties.....	210
Tabel 26. Overzicht van op te schalen acties	212
Tabel 27. Veelgebruikte types van indicatoren om een beleidsplan te evalueren.....	217
Tabel 28. Weerhouden databronnen met surveydata.	224

Tabel 29. Niet weerhouden databronnen met surveydata.	225
Tabel 30. Overzicht van potentiële indicatoren uit registratiebronnen.	227
Tabel 31. Beschrijving van de types indicatoren en clustering per thema. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
Tabel 32. Populatie-indicatoren buiten finale selectie	233
Tabel 33. Beschrijving van de types indicatoren en clustering per thema. Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.	
Tabel 34. Overzicht van primaire uitkomstindicatoren	242
Tabel 35. Overzicht van intermediaire uitkomstindicatoren	243
Tabel 36. Overzicht van impactindicatoren	244
Tabel 37. Overzicht van determinanten.....	244
Tabel 38. Onderscheidende karakteristieken van gezondheidszorgevaluaties	248
Tabel 39. CHEERS-II, vertaalde Nederlandse versie door Werbrouck en collega's (2024)	249
Tabel 40. Overzicht types kosten	257
Tabel 41. Verschillende types gezondheidseconomische evaluaties	261
Tabel 42. Knock-out en specifieke criteria kwalitatieve benadering	274
Tabel 43. Concreet voorbeeld Beckman & Svensson (2015)	276
Tabel 44. Algemene transfereerbaarheidsindex.....	281
Tabel 45. Specifieke transfereerbaarheidsindex.....	283

1 INTRODUCTIE

1.1 SITUERING VAN HET GEZONDHEIDSPROBLEEM

Volgens de Gezondheidsenquête van Sciensano (2018) heeft een derde van de Vlamingen een laag psychisch welbevinden, en ervaart 15% waarschijnlijk psychische problemen¹. De meeste mensen zijn matig tevreden over hun leven, een op tien geeft aan erg ontevreden te zijn over hun leven, en slechts twee op tien is erg tevreden over hun leven. De cijfers voor jongeren tonen een gelijkaardig verhaal: hoewel de meerderheid vrij tevreden is over het leven, ervaart een derde psychische klachten².

Psychische problemen hebben een grote impact op de persoon zelf, de naasten en de samenleving. Bij de persoon in kwestie gaat de psychische problematiek vaak gepaard met fysieke, sociale en financiële problemen. Zo vertonen mensen met psychische problemen vaker gedrag dat schadelijk is voor de gezondheid, zoals roken en overmatig gebruik van alcohol en andere middelen³. De psychische kwetsbaarheid kan participatie aan arbeid en educatie verhinderen, met een verhoogd risico op (kans)armoede tot gevolg. Daarnaast zijn beperkingen in psychisch en sociaal functioneren belastend voor familieleden, vrienden en naasten.

Psychische problemen hebben ook voor de maatschappij een hoge kostprijs omwille van onder andere de uitgaven voor zorg en inkomensvervangende uitkeringen. De OESO schatte, op basis van cijfers uit 2015, dat psychische problemen in België ons jaarlijks 20 miljard kosten⁴. Met gegevens van een grootschalig Nederlands onderzoek naar mentale gezondheid onderzochten wetenschappers hoe veranderingen in geestelijke gezondheid de maatschappelijke kosten (bv. zorguitgaven, persoonlijke kosten en productiviteitsverliezen) beïnvloeden⁵. Een verbetering van 5% in mentaal welbevinden bij 1 miljoen volwassenen kan een jaarlijkse kostenbesparing opleveren van €144 miljoen. Daarnaast zou een (hypothetische) afname van 5% in de prevalentie van depressie en angst resulteren in kostenreducties van respectievelijk €15 miljoen en €17 miljoen.

1.2 SITUERING VAN HET BELEIDSPLAN

De afgelopen jaren kreeg het thema geestelijke gezondheid ook in Vlaanderen steeds meer beleidsmatige aandacht. Het **Vlaams regeerakkoord 2024-2029** benadrukt dat mentaal welzijn, mentale weerbaarheid en veerkracht een integrale maatschappelijke aanpak vereisen om een warm en welvarend Vlaanderen te creëren. Verschillende Vlaamse beleidsnota's benoemen geestelijke gezondheid expliciet als doelstelling binnen hun specifieke beleidsdomeinen. Dit geldt uiteraard ook voor de **Beleidsnota 2024-2029 Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding**. Vlaams minister Caroline Gennez heeft daarin mentaal welzijn als een van de vijf speerpunten opgenomen.

Geestelijke gezondheidsbevordering werd binnen het preventief gezondheidsbeleid lange tijd vooral benaderd vanuit het perspectief van suïcidepreventie via het **Vlaams Actieplan Suïcidepreventie**. Toch is geestelijke gezondheidsbevordering veel meer dan dat: het gaat om het versterken van mentale vaardigheden, het bevorderen van welzijn en het voorkomen van een breed spectrum aan problemen. Daarom werd het thema in 2022 toegevoegd aan de Gezondheidsdoelstelling en het strategisch plan **De Vlaming Leeft Gezonder in 2025**. De gezondheidsdoelstelling beoogt een gezondere levensstijl voor de Vlaamse bevolking en richt zich op een brede waaier van preventiethema's, waaronder gezond eten, bewegen, sedentair gedrag, tabak, alcohol en drugs. Door geestelijke gezondheidsbevordering te integreren in het bredere

kader van gezondheidsbevordering, wordt een holistische benadering nagestreefd die zowel fysieke, sociale als mentale aspecten van gezondheid omvat. Dit is logisch, aangezien de verschillende elementen van een gezonde leefstijl elkaar beïnvloeden en kunnen versterken.

Daarnaast is geestelijke gezondheidsbevordering verweven met beleidsplannen van andere domeinen, zoals het Jeugd- en Kinderrechtenplan, en het Actieplan Welbevinden voor de Land- en Tuinbouw en het Ouderenplan. Hoewel het ontzettend waardevol is om concrete doelgroepen te benaderen en specifieke maatregelen te nemen, is het tegelijkertijd cruciaal dat de Vlaamse overheid en regering inhoudelijk op dezelfde lijn zitten. Een gemeenschappelijke visie en consistente aanpak versterken niet alleen de efficiëntie, maar dragen ook bij aan meer samenhang en impact voor de Vlaming.

Om het thema verder te versterken, sloot de Vlaamse Regering in 2020 een beheersovereenkomst Geestelijke Gezondheidsbevordering af met het Vlaams Instituut Gezond Leven en The Human Link, als partnerorganisatie geestelijke gezondheidsbevordering, gericht op het uitwerken van een reeks acties ter versterking van de geestelijke gezondheid van de Vlaming. Enkele voorbeelden van acties die in het kader van deze beheersovereenkomst worden uitgewerkt zijn: de Geluksdriehoek.be en NokNok.be, Geluk in de Klas en Expeditie Geluk in scholen, Warme bedrijven, het versterken van mentale vaardigheden van zorgverleners en kwetsbare groepen zoals LGBTQI+ personen en NEET-jongeren en het versterken van een cultuursensitieve houding binnen preventieve gezondheidszorg.

Binnen het brede beleidskader, waar verschillende beleidsdomeinen dit maatschappelijk probleem willen verhelpen, heeft de Vlaamse overheid doorheen de jaren een veelheid aan acties, projecten, initiatieven en programma's gefinancierd ter bevordering van de geestelijke gezondheid. Het werkveld kent een groot aantal actoren die vanuit verschillende visies en invalshoeken aan dit thema werken. Hun expertise en inspanningen vormen een onmisbare meerwaarde, maar verdienen een samenhangend beleid zodat de impact ervan gemaximaliseerd kan worden. Via een goede coördinatie kan overlap in financiering en initiatieven voorkomen worden en hiaten beter opgespoord en verholpen worden.

Kortom, er is dringend nood aan een globaal en helder conceptueel kader voor geestelijke gezondheidsbevordering en preventie. Dit kader moet toelaten om het bestaande aanbod te structureren, samenwerking te optimaliseren en een duidelijke koers voor de toekomst uit te stippelen. Deze visie kan dienen om prioriteiten te bepalen voor nieuwe actieplannen, programma's en initiatieven en om tegelijk het belangrijke werk van de sector beter te ondersteunen en te waarderen.

1.3 ONTWIKKELING VAN HET BELEIDSPLAN

Hoe kreeg het beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen vorm? Dit hoofdstuk belicht het traject dat leidde tot een beleidsplan dat inspeelt op de complexe noden en uitdagingen van de samenleving. Centraal stond een participatieve aanpak waarin kennis, ervaring en de visie van diverse belanghebbenden samenkwamen. Het proces werd gestuurd door een consortium en ondersteund door duidelijke principes, met als resultaat een beleidsplan dat breed gedragen is en concrete handvatten biedt voor implementatie en monitoring.

1.3.1 Reikwijdte van het beleidsplan

Via een vooronderzoek of exploratiefase (zie hoofdstuk 3) in 2023 door LUCAS KU Leuven werden eerste krijtlijnen voor het beleidsplan GGB vastgelegd. De afbakening van het beleidsplan GGB is gebaseerd op twee modellen: het twee-continua-model van Keyes (2005)¹ en de typologie van Arango et al (2018)².

Het **twee-continua-model** beschrijft geestelijke gezondheid als een wisselwerking tussen twee afzonderlijke dimensies: mentaal welbevinden (i.e., hoog versus laag niveau) en psychopathologie (i.e., aan- of afwezigheid van psychische problemen).⁷ Deze dimensies vormen samen vier kwadranten (zie Figuur 1), die de verschillende posities weerspiegelen waarin mensen zich kunnen bevinden en waartussen ze gedurende hun leven kunnen bewegen.

Het twee-continua model plaatst geestelijke gezondheid op een continuüm met vier kwadranten:

- Lage psychopathologie en een hoog niveau van mentaal welbevinden: dit kwadrant wordt beschouwd als het optimale gezondheidswakdrant, waarbij mensen zowel vrij zijn van ernstige psychische symptomen als goed in staat zijn om met uitdagingen om te gaan en positief in het leven staan;
- Hoge psychopathologie en een hoog niveau van mentaal welbevinden: in dit kwadrant bevinden zich mensen die ondanks de aanwezigheid van psychopathologie toch veerkrachtig zijn en in staat zijn om positieve zaken in het leven te ervaren;
- Hoge psychopathologie en een laag niveau van mentaal welbevinden: de personen in dit kwadrant bevinden zich in een kwetsbare positie en worstelen met zowel psychische klachten als overwegend negatieve emoties;
- Lage psychopathologie en een laag niveau van mentaal welbevinden: hier bevinden zich mensen met minimale psychische klachten, die desondanks een gevoel van ontevredenheid of ontbreken van positieve emoties in het leven ervaren.

Figuur 1. Twee-continua model voor geestelijke gezondheid

¹ Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* Jun 2005;73(3):539-48. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539

² Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry.* Jul 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/s2215-0366(18)30057-9



Het twee-continua model benadrukt dat geestelijke gezondheid geen zwart-wit maar een complex gegeven is, dat meer is dan het ontbreken van psychopathologie. Een hoge mate van mentaal welbevinden gaat dus niet automatisch gepaard met minder psychische klachten, maar het werkt wel beschermend. Het moedigt een bredere benadering aan die zich richt op het cultiveren van positieve aspecten van mentaal welbevinden, veerkracht en tevredenheid met het leven. Kortom, het model impliceert dat het altijd zinvol is om het mentaal welbevinden te versterken, ook wanneer er sprake is van psychopathologie.

Het twee-continua model maakt ook duidelijk dat de termen “geestelijke gezondheid” en “mentaal welbevinden” gerelateerd zijn aan elkaar, maar niet hetzelfde betekenen³. **Een persoon is geestelijk gezond wanneer deze tegelijk geen of slechts minimale psychische problemen heeft én een hoog niveau van mentaal welbevinden ervaart en dus in positieve zin goed functioneert.** Dit is dan ook de definitie van geestelijke gezondheid die werd gehanteerd voor het beleidsplan GGB.

Het **beleidsplan GGB** richt zich op de vier groepen, maar de acties zijn vooral gericht op het **verhogen van het mentaal welbevinden** (de verticale as in Figuur 1) als onderdeel van de geestelijke gezondheid. Dit betekent dat het beleidsplan beoogt om het mentaal welbevinden van de gehele bevolking verhogen, inclusief dat van personen met psychopathologie. Op deze manier wordt voorkomen dat psychische problemen ontstaan, hoewel de focus niet ligt op het aanpakken van bestaande psychopathologie.

De verdere afbakening van het beleidsplan is gebaseerd op de **typologie van Arango et al.⁸ (2018)**. Het beleidsplan hanteert de typologie van Arango om de veelheid aan strategieën, programma's of maatregelen om geestelijke gezondheid te bevorderen en psychische problemen aan te pakken

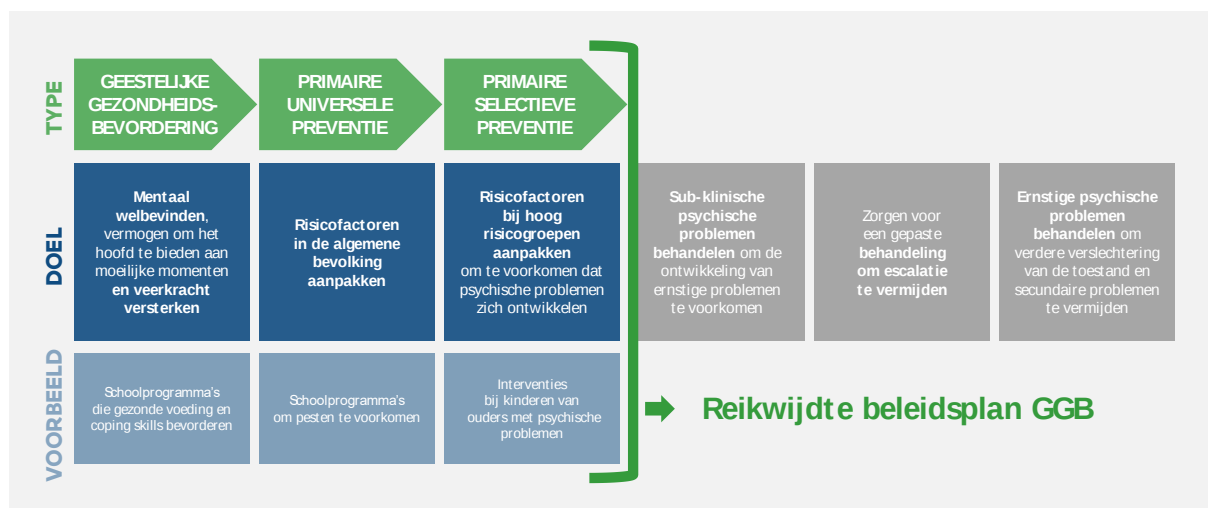
³ Voor de leesbaarheid en de uniformiteit in taalgebruik binnen dit beleidsplan worden overal de termen ‘geestelijke gezondheid’ en ‘geestelijke gezondheidsbevordering’ gebruikt, met – in het kader van dit beleidsplan – een duidelijke focus op mentaal welbevinden, zoals hierboven toegelicht. Soms worden beide termen ook aanvullend naast elkaar gebruikt.

mee op te delen. Figuur 2 geeft de afbakening van de doelgroep en acties van het beleidsplan GGB weer. Het kader onderscheidt zes types van preventiestrategieën:

1. Geestelijke gezondheidsbevordering: gericht op het versterken van mentaal welbevinden en veerkracht in de algemene bevolking;
2. Primaire universele preventie: gericht op het aanpakken van risicofactoren in de algemene bevolking;
3. Primaire selectieve preventie: gericht op het aanpakken van risicofactoren bij groepen met een gekend verhoogd risico op psychische problemen;
4. Primaire geïndiceerde preventie: gericht op personen met lichte of beginnende psychische klachten om de ontwikkeling van ernstige problemen te voorkomen;
5. Secundaire preventie: gericht op het voorzien van een gepaste behandeling voor personen met psychische problemen in een vroeg stadium om escalatie te vermijden.;
6. Tertiaire preventie: gericht op het behandelen van personen met uitgesproken psychische problemen om verdere verslechtering van secundaire problemen te voorkomen.

Het beleidsplan GGB richt zich op de eerste drie preventietypes: geestelijke gezondheidsbevordering, primaire universele preventie en primaire selectieve preventie (groen in de figuur). De focus van het beleidsplan beperkt zich met andere woorden tot geestelijke gezondheidsbevordering en primaire preventie van psychische problemen, zowel universeel (in de algemene bevolking) als selectief (bij bevolkingsgroepen met een verhoogde kwetsbaarheid). De laatste drie preventietypes betreffen het behandelen van (sub)klinische psychische problemen en vallen buiten de scope van het beleidsplan GGB. Interventies gericht op detectie, diagnose, toeleiding tot zorg, behandeling, hervalpreventie en de toegankelijkheid of kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg vallen bijgevolg buiten de scope van het beleidsplan.

Figuur 2. Reikwijdte van het beleidsplan GGB op basis van de typologie van Arango et al. (2018)



1.3.2 Principes om te komen tot het beleidsplan

Bij de start van het traject werden duidelijke afspraken gemaakt over de manier van werken en de focus van het proces. Deze spelregels zorgden ervoor dat de ontwikkeling van het beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) doelgericht en transparant verliep, met aandacht voor concrete prioriteiten, samenwerking en een duidelijke betrokkenheid van alle actoren.

- **De burger staat centraal:** De behoeften en uitdagingen van burgers stonden centraal in de denkoefening. Niet de belangen van actoren of organisaties bepaalden de richting, maar van de bevolking. Tegelijk werd rekening gehouden met de werkomstandigheden van professionals in de sector, om ervoor te zorgen dat zij hun werk op een goede en duurzame manier kunnen uitvoeren.
- **Samenwerking als uitgangspunt:** Samenwerking tussen alle betrokken actoren, zowel op beleidsniveau als op organisatieniveau, werd gezien als een essentieel uitgangspunt. Het proces was gericht op het versterken van synergieën en het bundelen van krachten. Dit leidt tot gezamenlijke voordelen voor burgers, organisaties en andere betrokkenen. Het idee was dat betere samenwerking niet alleen de efficiëntie verhoogt, maar ook kostenbesparend kan zijn en innovatie stimuleert.
- **Focus op concrete en prioritaire acties:** Het doel was een beleidsplan te ontwikkelen dat zo concreet mogelijk is, zonder te streven naar allesomvattendheid. Er werd gekozen voor een insteek vanuit Volksgezondheid, waarbij het stellen van duidelijke prioriteiten centraal stond. Dit maakte het mogelijk om de beschikbare middelen en aandacht effectief in te zetten op de meest impactvolle domeinen.
- **Durven denken in mogelijkheden:** Het traject was erop gericht vaste patronen te doorbreken en bestaande structuren uit te dagen. De bedoeling was niet om vast te blijven zitten in vertrouwde kaders, maar juist om ruimte te creëren voor onorthodoxe oplossingen en het loslaten van conventies.
- **Optimale inzet van middelen:** De inzet van middelen werd op een rationele en transparante manier benaderd. Het uitgangspunt was een stabiel totaalbudget, dat kan meegroeien met de noden van een samenleving in verandering. De nadruk lag op het identificeren van noden om te bepalen welke investeringen nodig zijn om de doelen te bereiken.
- **Vertrouwelijkheid en openheid:** Tijdens het traject werd een cultuur van openheid en vertrouwelijkheid gecreëerd zodat deelnemers vrijuit, zonder terughoudendheid, konden discussiëren en bijdragen. Alle ideeën, voorstellen en discussies werden met respect behandeld en in vertrouwen verwerkt.

1.3.3 Beoogd resultaat

Het in 2024 uitgevoerde traject resulteerde in een beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) dat stevig onderbouwd is, breed gedragen wordt door stakeholders en waarvan de impact meetbaar is. Het plan is ontworpen om in te spelen op de noden en uitdagingen van de Vlaamse samenleving en biedt een duidelijke structuur voor verdere beleidsontwikkeling (zie Figuur 3):

- Om te komen tot een **onderbouwd** beleidsplan GGB werd vertrokken vanuit een exploratiefase waarbij goede internationale voorbeelden en beleidsprioriteiten onderzocht werden. Tijdens het traject vond een literatuurstudie over (kosten)effectieve interventies plaats, en droegen verschillende (academische) experts bij aan het beleidsplan.
- Om het beleidsplan **breed gedragen** te maken, werd een diverse en uitgebreide groep van stakeholders betrokken via een participatief traject. Deze groep leverde waardevolle input voor de verschillende onderdelen van het plan. Tegelijk lag de nadruk op het bevorderen van samenwerking en afstemming tussen de vele actoren binnen het domein van GGB, om randvoorwaarden en aanbevelingen voor effectieve samenwerking te verduidelijken.
- Om het beleidsplan **meetbaar** te maken, werden bestaande databronnen en indicatoren onderzocht. Samen met een indicatorenwerkgroep en experts werd een selectie van indicatoren voorgesteld om de impact van het beleidsplan op verschillende niveaus te kunnen

opvolgen. Daarnaast werd een kwaliteitskader opgesteld om de gezondheidseconomische uitkomsten van interventies in de toekomst beter te kunnen evalueren.

- Om ervoor te zorgen dat het beleidsplan effectief **inspeelt op de noden en uitdagingen in de samenleving**, werden diverse stakeholders betrokken die de belangen van de burgers (o.a. kwetsbare groepen) vertegenwoordigen. Er werd een eerste inventarisatie van reeds bestaande acties voor GGB in Vlaanderen gemaakt, waarbij hiaten (doelstellingen waarvoor onvoldoende sterke acties bestaan) en op te schalen acties geïdentificeerd werden.

Figuur 3. Beoogd resultaat van het participatief traject in kader van het beleidsplan GGB



1.3.4 Groepen betrokken bij het traject om tot het beleidsplan te komen

Bij de totstandkoming van het beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) waren diverse actoren betrokken, elk met specifieke rollen en verantwoordelijkheden. Dit uitgebreide samenwerkingsproces heeft bijgedragen aan een breed gedragen en goed onderbouwd resultaat.

1. Departement Zorg

Het Departement Zorg heeft in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid als beleidsvoorbereidende kerntaak onder meer het initiëren en bewaken van beleidsplannen. Daarbij streeft het Departement naar doeltreffend beleid om de impact van de beschikbare middelen te maximaliseren. Concreet stond het in dit beleidstraject in voor het bepalen waar het plan moest landen, het waarborgen van samenhang en afstemming binnen het beleidsveld en het zorgen dat andere betrokken partijen voldoende draagvlak creëerden. Als opdrachtgever hield het toezicht op de kwaliteit en onderzocht het of en hoe een passend natraject kon worden voorzien.

2. Consortiumpartners

Dit traject werd georganiseerd en begeleid door een consortium met vier partners: het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (LUCAS KU Leuven en I-CHER van UGent), Over De Muur, Möbius en het Vlaams Instituut Gezond Leven (vanuit de partnerorganisatie GGB).

De verschillende partners hadden elk bepaalde kerntaken en verantwoordelijkheden:

- Het steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin:
 - **LUCAS KU Leuven** stond in voor de wetenschappelijke onderbouwing en de inhoudelijke afstemming met diverse experts en academici. Als wetenschappelijk orgaan speelde LUCAS een centrale rol in de uitwerking van de inhoud van het beleidsplan en zorgde het voor een stevige verankering in wetenschappelijke inzichten, internationale voorbeelden en input van stakeholders, met het oog op een goed onderbouwd en samenhangend beleidsplan.
 - **I-CHER van UGent** werkte een gezondheidseconomisch raamwerk uit dat een grondige gezondheidseconomische evaluatie van interventies in de toekomst kan faciliteren;
- **Over de Muur** stond in voor het mee in kaart brengen van randvoorwaarden en het formuleren van aanbevelingen voor samenwerking tussen verschillende actoren. Daarnaast zorgde het ervoor dat samenwerking werd meegenomen als een even belangrijk aspect naast de inhoud, om zo duurzame en effectieve samenwerkingen te faciliteren.
- **Möbius** bewaakte het overzicht en de afstemming binnen het consortium en speelde een centrale rol in het belanghebbendenmanagement. Ze waren verantwoordelijk voor het betrekken van de stakeholders tijdens de stakeholdermeetings en hadden een ondersteunende rol bij diverse activiteiten doorheen het traject en bij het uitwerken van het beleidsplan.
- **Het Vlaams Instituut Gezond Leven** werd als lid van de Partnerorganisatie GGB betrokken bij het beleidsproject. Gezond Leven bood ondersteuning op diverse onderdelen van het beleidsplan, waarbij het haar expertise op het gebied van (geestelijke) gezondheidsbevordering en preventie inbracht, mede vanuit haar rol als uitvoerder van het huidige preventief gezondheidsbeleid.

3. Stakeholdergroep

Via een participatief traject werd een groep van stakeholders betrokken. De **samenstelling** van de groep werd door de projectgroep zorgvuldig bepaald, om te zorgen voor:

- Een vertegenwoordiging vanuit de verschillende doelgroepen binnen het domein van GGB;
- Een goede mix van perspectieven vanuit beleid, academische expertise, kennis- of belangenorganisaties en terreinwerking;
- Een groep die met een open, constructieve blik kan nadenken over het toekomstige beleid, waarbij elk deelnemer in staat is om ruimer dan de eigen organisatie/instantie te kijken.

Aan elke organisatie/instantie werd gevraagd om **één deelnemer** af te vaardigen. De logo's van de betrokken organisaties worden weergegeven in Figuur 4.

De stakeholdergroep werd uitgenodigd voor in totaal **drie stakeholdersessies** (in februari, mei en september 2024). In hoofdstuk 2.2 wordt verder toegelicht hoe de stakeholdergroep werd betrokken gedurende deze sessies. **63 organisaties** namen uiteindelijk actief deel aan het traject.

The diagram illustrates the 'Vlaanderen is zorgzaam en gezond samenleven' ecosystem. At the top, a central box contains the title and logos of the Gezondheids-economisch raamwerk, I-CHER, KU Leuven, Weten-schappelijke onderbouwing, STEUNPUNT WELZIJN VOLKSGEZONDHEID & GEZIN, möbius, VLAARIS INSTITUUT GEZOND LEVEN, and Samenwerking OVER DE MUUR. To the left, two ovals represent the Expert en-panel and Indicatoren-werkgroep. Below this, a large box contains numerous logos of partner organizations, including VLAARIS INSTITUUT GEZOND LEVEN, Universiteit Antwerpen, KU Leuven, STEUNPUNT WERK, CO-PREV, RIZIV, VAPH, VICO, THE HUMAN LINK, VIVEL, VLAAMS NETWERK KIES KLEUR tegen PESTEN, Eetexpert, logo, NZZ, VDAB, VLAAMSE WETENSCHAPPELIJKE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSGEZONDHEID, Het CLB helpt, Vag CLB Netwerk, GYM, VLAAMSE VERENIGING VAN KLINISCH PSYCHOLOGEN, CAVARIA, zorg net, CAW, logo, similis, Qovsg, usgib, rode kruis vlaanderen, FONDUS GAVOOR GEZOND, VLAAMSE OUDERENRAAD, ZOEJONG!, and FONDUS GAVOOR GEZOND.

1.4 STRUCTUUR VAN DIT PROCESRAPPORT

Dit procesrapport biedt een overzicht van de verschillende bouwstenen die resulteerden in het beleidsplan GGB. Dit rapport dient bijgevolg als een aanvulling op het beleidsplan GGB en biedt een gedetailleerd overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing en een gedetailleerde weergave van de afstemming met verschillende stakeholdergroepen om tot het beleidsplan te komen.

De **onderzoeksmethoden** geven een samenvattend overzicht van de gebruikte methodieken en van het gelopen traject met de verschillende stakeholdergroepen die betrokken waren in dit traject.

De **exploratiefase** omvat een weergave van de voorbereidende literatuurstudie om te komen tot een vertrekbasis voor een wetenschappelijk onderbouwd beleidskader inzake GGB.

De **missie, visie en strategie** beschrijven de permanente opdracht op het gebied van GGB en schetsen een ideaal toekomstbeeld waarnaar het beleidsplan streeft.

De ambities per levensfase worden vertaald naar concrete doelstellingen die weergeven wat het beleidsplan precies wil realiseren. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen strategische doelstellingen, die het gewenste resultaat bij de einddoelgroep beschrijven, en operationele doelstellingen, die de specifieke rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken actoren verduidelijken.

Bij de uitrol van het beleidsplan worden deze doelstellingen omgezet in acties die door diverse actoren worden gerealiseerd. Het is daarbij cruciaal dat deze acties voldoende wetenschappelijk onderbouwd zijn. Om deze reden bevat het beleidsplan een overzicht van interventies die bewezen **effectief en kosteneffectief** zijn.

Het beleidsplan zet daarnaast sterk in op duurzame en succesvolle samenwerkingen tussen actoren en sectoren, om zo de krachten te bundelen. Een **keten- en hefboomanalyse** helpt de rollen en uitdagingen binnen deze samenwerkingen te verduidelijken. De ketenanalyse identificeert sleutelfactoren voor samenwerking en de verbindingen die nodig zijn om de einddoelgroep effectief te kunnen ondersteunen. De hefboomanalyse analyseert obstakels en potentiële hefboomen op micro, meso- en macroniveau die de uitvoering van interventies kunnen beïnvloeden.

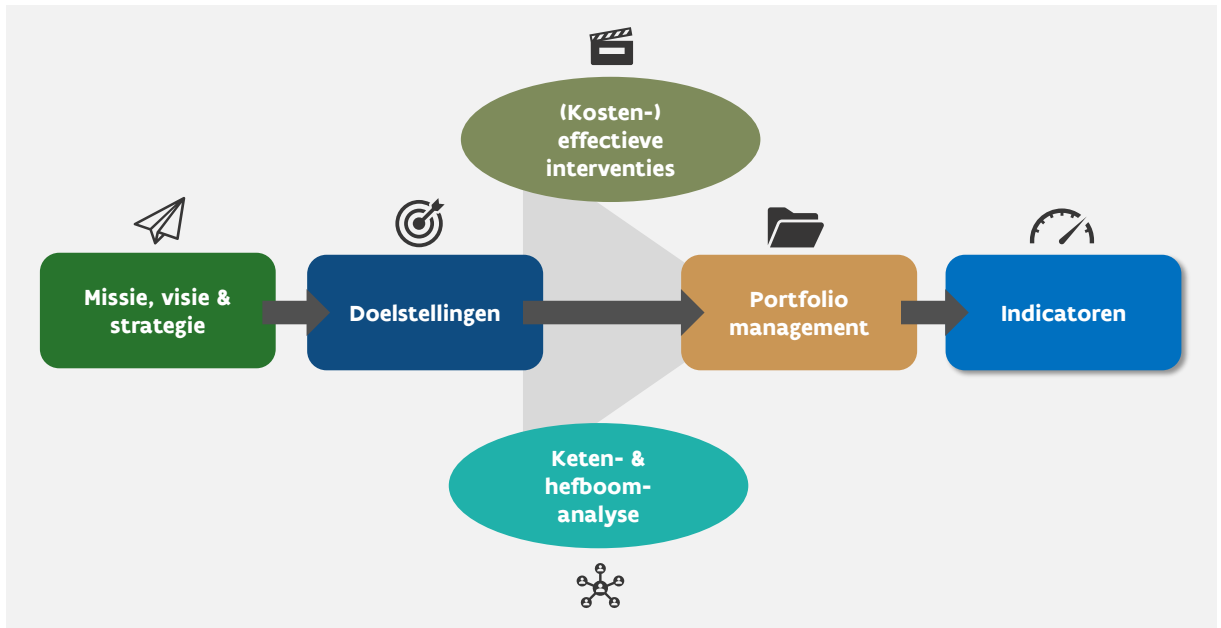
Verder brengt het beleidsplan GGB in kaart welke acties en interventies in het veld al bestaan en waar nog lacunes zijn. Via **portfolio management** wordt bekeken welke bestaande sterke acties versterkt kunnen worden en welke nieuwe acties nodig zijn om de hiaten in het aanbod te dichten.

Ten slotte is opvolging en evaluatie een essentieel onderdeel van het beleidsplan. Hiervoor werd een set **indicatoren** ontwikkeld om de impact van het beleidsplan op populatieniveau te evalueren. Daarnaast zullen input-, output- en procesindicatoren worden gebruikt om de ingezette middelen, de kwaliteit van de implementatie en de directe resultaten van de acties te monitoren.

Deze integrale aanpak biedt een stevig fundament om de geestelijke gezondheid van de bevolking structureel te verbeteren.

De structuur van het procesrapport wordt weergegeven in Figuur 5 en vormt ook de basis voor de hoofdstukken in dit document.

Figuur 5. Overzicht elementen procesrapport



2 ONDERZOEKSMETHODEN

2.1 OVERZICHT VAN DE GEBRUIKTE METHODEN

Er werden diverse methoden gebruikt om te komen tot een wetenschappelijk onderbouwd en gedragen beleidsplan GGB. Tabel 1 geeft een overzicht van de gehanteerde onderzoeksmethoden per onderdeel van het beleidsplan, in de volgorde zoals deze beschreven worden in dit document.

Tabel 1. Overzicht van gebruikte onderzoeksmethoden

Onderdeel beleidsplan	Onderbouwing
Missie, visie en strategie	• Literatuurstudie uit de exploratiefase • Afstemming tijdens stakeholderbijeenkomsten
Determinanten van geestelijke gezondheid	• Explorerende literatuurstudie • Afstemming in rondetafelgesprekken per levensfase tijdens stakeholdermeeting 1 • Doelgerichte aftoetsing met de literatuur • Mogelijkheid tot schriftelijke feedback van stakeholders
Sleutelactoren en sleutelmomenten	• Afstemming in rondetafelgesprekken per levensfase tijdens een stakeholderbijeenkomst • Schriftelijke terugkoppeling naar stakeholders
Strategische en operationele doelstellingen	• Eerste aanzet verder bouwend op determinanten • Afstemming in rondetafelgesprekken per levensfase tijdens een stakeholderbijeenkomst • Verdere mogelijkheid tot schriftelijke feedback van stakeholders en experts
Effectieve interventies	• Verdiepende systematische literatuurstudie (review van reviews)
Kosteneffectieve interventies	• Verdiepende systematische literatuurstudie (review van reviews)
Ketenanalyse en hefboomanalyse	• Afstemming in rondetafelgesprekken per levensfase tijdens de stakeholderbijeenkomsten
Portfolio management	• Afstemming tijdens de stakeholderbijeenkomsten • Verschillende online bevragingen
Indicatoren voor opvolging	• Explorerende literatuurstudie • Afstemming met indicatorenwerkgroep • Documentanalyse • Persoonlijke afstemming met bronhouders • Afstemming met experts per levensfase
Gezondheidseconomisch raamwerk	• Exploratieve literatuurstudie • Selectie best beschikbare instrumenten • Vertaalslag naar GGB en de Vlaamse context
Aandachtspunten en aanbevelingen	• Afstemming met experts • Conclusies over de verschillende onderdelen heen

2.2 AFSTEMMING MET RELEVANTE ACTOREN

2.2.1 Traject met stakeholders

Gedurende het traject werden er **drie stakeholdersmeetings** georganiseerd: in februari, mei en september 2024. Deze vonden telkens plaats in het VAC Gent (Virginie Loveling gebouw).

In totaal 63 organisaties bevestigden hun deelname aan de stakeholdergroep. Het aantal deelnemers aan de stakeholdersessies wordt weergegeven in Tabel 1. De lijst van personen die minstens aan één stakeholdersessie deelnamen, is opgenomen op het einde van dit hoofdstuk (Tabel 6).

Tabel 2. Aantal deelnemers per stakeholdersessie

Sessie & datum	Aantal deelnemers
Sessie 1 – 28 februari 2024	48
Sessie 2 – 22 mei 2024	40
Sessie 3 – 25 september 2024 *	39

**Merk op: In de derde sessie werd de uitnodiging breder verspreid onder organisaties die geen deel uitmaakten van de vaste stakeholdergroep, maar wel wensten te werken rond een nieuwe actie of een op te schalen actie.*

Voorafgaand aan elke stakeholdersessie (met uitzondering van de eerste sessie) werd een **voorbereiding** bezorgd aan de deelnemers. Achteraf werd steeds **een verslaggeving en een evaluatieformulier** bezorgd; op basis van deze feedback werd de aanpak voor de daarna volgende sessies bijgestuurd waar aangewezen en mogelijk. Tussen de stakeholdersessies door werd er ook verder **gecommuniceerd naar de groep via e-mail** om verdere input te verzamelen.

Tijdens de eerste sessie werd het doel van het project gekaderd en werd het traject toegelicht. De interactieve rondetafelgesprekken tijdens deze sessie behandelden determinanten van geestelijke gezondheid en kansen om hierop in te spelen om de geestelijke gezondheid te bevorderen. De tweede stakeholdersmeeting focuste voornamelijk op interventies en de nodige samenwerkingen hier rond. De derde stakeholdersmeeting focuste op nieuwe en op te schalen acties om de geestelijke gezondheid van burgers te versterken.

In wat volgt, wordt weergegeven wat de opbouw van de sessies was, welke agendapunten aan bod kwamen en welke stappen tussen de sessies door werden gezet.

Sessie 1 – 28 februari 2024

De **agenda en het verloop** van de eerste sessie zagen eruit als volgt:

- Introductie over de doelstelling van het traject, de samenstelling van het consortium en de stakeholdergroep, het niveau op de participatieladder, leidende principes in het traject en patronen voor samenwerking;
- Belangrijke bevindingen uit de exploratiefase werden gedeeld door LUCAS KU Leuven, onder meer de afbakening van het beleidskader, determinanten voor geestelijke gezondheid, beschermende en risicofactoren per leeftijdsgroep en principes om in rekening te brengen bij het beleid;

- Toelichting van de missie van het beleidsplan GGB, alsook het voorstel tot visie en ambities. De deelnemers kregen de mogelijkheid om feedback te geven via Slido (polling tool) op de visie en ambities per levensfase;
- Determinanten voor geestelijke gezondheid waarbij de deelnemers een oefening maakten in kleine groepjes per levensfase. In elke groep werd nagegaan wat per levensfase / strategische doelstelling aanvullende belangrijke determinanten zijn die de geestelijke gezondheid bevorderen (beschermende factoren) of ondermijnen (risicofactoren). Vervolgens werd nagegaan welke van deze determinanten prioritair zijn in Vlaanderen;
- Kansen voor geestelijke gezondheidsbevordering waarbij de deelnemers een oefening maakten in kleine groepjes per levensfase. In elke groep werd nagegaan waar er kansen zijn om op impactvolle wijze in te spelen op de prioritaire determinanten van geestelijke gezondheid. Hierbij diende men sleutelfiguren, sleutelmomenten en sleutelplaatsen aan te geven, per setting/levensdomein;
- Er werd een korte inspiratiesessie rond samenwerking gegeven door Over De Muur, waarbij enkele kapstokken werden aangereikt om na te denken over samenwerking.

Tabel 3. Sessie 1: agendapunten en gebruikte methoden

Agendapunten	Gebruikte methoden
• Introductie en proces • Bevindingen uit de exploratiefase • Missie en visie • Ambities per levensfase • Determinanten voor geestelijke gezondheid • Kansen om de geestelijke gezondheid te bevorderen: sleutelfiguren, momenten en plaatsen • Plenaire inspiratiesessie rond samenwerking	• Interactieve polls (Slido) • Ronde tafels • Prioritering determinanten via post-its en stickers

Tussen sessie 1 en 2

Maart: De deelnemers aan de sessie en ingeschreven organisaties die niet konden deelnemen, kregen de mogelijkheid om tot en met 26 maart 2024 **fundamentele opmerkingen door te geven**. De relevante feedback werd vervolgens geïntegreerd in visie, missie en strategische doelstellingen.

De stakeholdergroep werd geïnformeerd over de volgende stappen, namelijk dat er eind maart 2024 een **oproep** zou volgen om **reeds bestaande acties door te geven** die binnen het beleidskader passen, volgens een vast formaat.

Ondertussen werd een **raamwerk voor acties** opgesteld, op basis van de wetenschappelijke literatuur en de input die werd verzameld tijdens deze eerste sessie.

Maart-april: Op 29 maart 2024 de aangekondigde oproep verspreid om **bestaande acties door te geven** die binnen het beleidskader passen. Dit had als doel om een eerste inventaris/overzicht van bestaande acties rond GGB in Vlaanderen op te maken en – op basis hiervan – in kaart te brengen rond welke leeftijdsgroepen, risicogroepen, determinanten ... reeds wordt gewerkt. Deze oproep werd breed verspreid (ruimer dan de stakeholdergroep) met ook de expliciete vraag aan de stakeholdergroep om deze verder te verspreiden waar mogelijk.

Om relevant te zijn en binnen de reikwijdte van het beleidskader te passen, dienden acties te voldoen aan volgende voorwaarden:

- Gericht zijn op geestelijke gezondheidsbevordering en meer bepaald op de eerste drie niveaus van het model van Arango ('geestelijke gezondheidsbevordering', 'primaire universele preventie' of 'primaire selectieve preventie');
- Wetenschappelijk onderbouwd zijn (op basis van literatuur, onderzoek uit binnen- of buitenland of eigen onderzoek);
- Volwaardig (geen losstaande materialen) en duurzaam (niet eenmalig) zijn;
- Ruim geïmplementeerd zijn of het potentieel hebben om in heel Vlaanderen te worden gerealiseerd.

Acties konden doorgegeven worden aan de hand van een **online formulier**. De oorspronkelijke deadline voor het doorgeven van acties (16 april) werd verlengd tot **28 april 2024** om de actoren in het GGB-landschap voldoende tijd te geven.

Sessie 2 – 22 mei 2024

Voorafgaand aan de tweede sessie ontvingen de deelnemende organisaties enkele voorbereidende documenten via e-mail:

- Overzicht van de onderdelen van het beleidsplan GGB waaraan in dit traject werd gebouwd;
- Voorstel van strategische en operationele doelstellingen op basis van de belangrijke determinanten uit de literatuur en de eerste stakeholdersessie;
- Lijst van de belangrijkste sleutelfiguren per levensfase en evidence-based interventies per levensfase;
- Overzicht van reeds geïnventariseerde acties in het kader van het beleidsplan GGB.

De **agenda en het verloop** van de tweede sessie zagen eruit als volgt:

- Introductie met een herhaling van de doelstelling van het traject, de leidende principes in het traject en patronen voor samenwerking;
- Terugkoppeling over hoe de feedback op de visie en de ambities per levensfase uit de eerste sessie werd verwerkt, met de voorstelling van een herwerkte versie.
- Toelichting over hoe de eerste versie van strategische en operationele doelstellingen tot stand zijn gekomen. Vervolgens maakten de deelnemers een oefening in groepjes per levensfase waarbij ze de strategische en operationele doelstellingen mondeling konden bespreken. Hun feedback van dit gesprek werd gecapteerd en ze konden resterende feedback (individueel en anoniem) doorgeven via een online formulier (indien gewenst);
- Toelichting omtrent evidence-based Interventies door LUCAS KU Leuven over de aanpak van de literatuurstudie en overzicht van de resultaten inzake evidence-based interventies;
- Twee oefeningen door de deelnemers omtrent sleutelfiguren & hefboomanalyse: In de eerste ronde kon men in groepjes per levensfase de lijst van evidence-based interventies aanvullen en obstakels/voorwaarden geven per sleutelfiguur om deze interventies uit te voeren. In de tweede ronde kon men via een open space aanvullingen doen voor andere levensfases indien gewenst.
- Introductie rond het opbouwen van een ketenanalyse in kader van samenwerkingen. Na deze introductie gingen de deelnemers opnieuw in groepjes aan de slag rond de

uitwerking van een ketenanalyse voor specifieke interventies waar samenwerking een hefboom kan zijn. Hierbij kon men nadenken over de betrokken sleutelfiguren, de soorten samenwerkingen, de obstakels en voorwaarden voor samenwerking en welke eerste kleine stapjes gezet konden worden door de sleutelfiguren.

- Toelichting over de volgende stappen in kader van de inventarisatie van acties, namelijk het plotten van deze acties op basis van enkele parameters om zo de sterkte van acties te kunnen bepalen en te komen tot een prioritering van hiaten in het raamwerk van strategische en operationele doelstellingen.

In eerste instantie werden mogelijke parameters overlopen die de sterkte van bestaande of nieuwe acties kunnen bepalen. Voor elk van deze parameters konden de deelnemers een score geven via Slido en aanvullende sterkte-parameters doorgeven.

Vervolgens werd gevraagd naar mogelijke parameters om te prioriteren voor welke operationele doelstellingen nieuwe acties uitgewerkt dienen te worden. Hierbij konden de deelnemers input geven via Slido.

Tabel 4. Sessie 2: agendapunten en gebruikte methoden

Agendapunten	Gebruikte methoden
• Terugkoppeling over verwerkte feedback op missie, visie en ambities per levenfaase • Eerste versie strategische en operationele doelstellingen • Literatuur over effectieve interventies • Sleutelfigureren en hefboomanalyse • Ketenanalyse en verschillende soorten samenwerkingen • Inventarisatie van acties i.f.v. sterktebepaling en prioritering van hiaten	• Interactieve polls (Slido) • Ronde tafels • Aanvulling van actoren, obstakels en voorwaarden via post-its • Denkoefening over ketenanalyse en samenwerking • Online feedback

Tussen sessie 2 en 3

Op basis van de feedback en input van de stakeholdersessie van 22 mei werden de **strategische doelstellingen** (wat we willen bereiken) en **operationele doelstellingen** (wat de omgeving idealiter zouden kunnen doen om dit te bereiken) herwerkt en bezorgd aan de deelnemers. Stakeholders konden hier nog feedback op geven via e-mail tot eind augustus.

Juni: Na de tweede stakeholdersessie werd de **inventarisatie van bestaande acties uitgebreid en verfijnd** via een tweede oproep, die ingevuld kon worden tot en met 30 juni 2024:

- Er werd gevraagd aan de organisaties die reeds acties doorgaven, om enkele aanvullende vragen te beantwoorden. Enerzijds om aan te geven welke strategische doelstelling(en) worden afgedekt met deze acties en anderzijds om enkele bijkomende parameters door te geven om het effect en het bereik van de acties beter te kunnen inschatten.
- Er werd een extra oproep gedaan aan organisaties die nog geen acties hadden doorgegeven om dit alsnog te doen.

Eind juni werden de stakeholdergroep, alsook de organisaties die een bestaande actie indienden, op de hoogte gebracht van de **volgende stappen**. Deze worden hier achtereenvolgens overlopen.

Juli: Bepaling impact van bestaande acties, hiaten voor de doelstellingen en randvoorwaarden.

De impact en het bereik van alle doorgegeven acties werd beoordeeld op basis van de informatie die via het online formulier werd verstrekt. Vervolgens werd de verbinding gemaakt tussen de bestaande acties en de geformuleerde doelstellingen. Deze oefening maakte duidelijk waar de hiaten zich situeren en welke acties nog versterkt kunnen worden om de geformuleerde doelstellingen beter af te dekken.

Juli-augustus: Lancering van oproep om (samen) te werken rond nieuwe acties. Eind juli 2024 werd meegedeeld voor welke doelstellingen er hiaten werden vastgesteld. Organisaties (uit de stakeholdergroep en daarbuiten) konden vervolgens hun interesse aangeven om nieuwe acties uit te werken (tot eind augustus). Het kan hierbij gaan over:

- Versterking/herwerking/uitbreiding van bestaande actie(s);
- Nieuwe acties om hiaten in de doelstellingen op te vullen;
- Acties op randvoorwaarden (micro-meso-macro), voor het veranderen van het systeem.

September: Samenstelling van samenwerkingsverbanden en uitwerking eerste versie actiefiches.

Begin september 2024 werd teruggekoppeld naar de organisaties die interesse hadden getoond om rond bepaalde doelstellingen (acties uit) te werken. Vervolgens konden samenwerkingsverbanden worden gevormd en kon worden gewerkt aan een eerste pitch van actiefiches voor nieuwe acties tegen de stakeholdersessie van 25 september 2024.

In september werden twee digitale infosessies georganiseerd, waarbij werd ingegaan op de noden en hiaten in geestelijke gezondheidsbevordering, de verwachtingen rond samenwerking, en de opmaak en de finaliteit van actiefiches. Er werd ook ruimte voorzien voor het stellen van vragen. De sessie werd opgenomen voor de geïnteresseerden die geen van de twee sessies konden bijwonen.

Tot slot konden organisaties intekenen voor vrijblijvende coaching sessies rond samenwerken. Deze sessies, onder begeleiding van Joris De Corte (Over de Muur), konden organisaties of groepen ondersteunen bij samenwerkingsvraagstukken.

Sessie 3 – 25 september 2024

De **agenda en het verloop** van de derde sessie zagen eruit als volgt:

- Introductie met een herhaling van de doelstelling van het traject, de leidende principes in het traject en patronen voor samenwerking.
- Samenvatting van het gelopen traject en finale strategische en operationele doelstellingen: Overlopen van de missie, visie, strategieën, strategische en operationele doelstellingen, waarbij werd aangestipt welke feedback en aanvullingen er waren gekomen vanuit het expertenpanel en op welke manier dit werd verwerkt in de doelstellingen.
- Voorleggen van indicatoren ter evaluatie van het beleidsplan, opgebouwd door een indicatorenwerkgroep, aan de stakeholdergroep om feedback te verzamelen. Deze feedback kon gegeven worden via Slido (of na de sessie via e-mail).
- Toelichting van het gezondheidseconomisch raamwerk voor het beleidsplan door Ruben Willems van I-CHER.

Het pitchen van nieuwe acties met een 'marktplaats': Er werd ruimte voorzien voor nieuwe samenwerkingsverbanden om (bepaalde elementen van) hun eerste versie van actiefiche kort voor te stellen aan de stakeholdergroep. Deelnemers kon op voorhand aangeven of zij

een pitch wensten te doen en kregen een richtinggevend sjabloon om nieuwe acties te pitchen aangereikt. Er werd in de sessie ook nog wat tijd voorzien om de slide voor de pitch(es) verder af te werken. Elke pitch kreeg 5 minuten de tijd, gevolgd door een Slido vraag om feedback te capteren bij het publiek.

De pitch-ronde werd gevolgd door een marktplaats. Tijdens de marktplaats konden de stakeholders langsgaan bij de gepitchte acties en ideeën uitwisselen om deze te versterken.

- Toelichting van de doelstelling van het portfolio management alsook het reeds gelopen traject om hiertoe te komen: Er werd toegelicht op welke manier de sterktebepaling werd toegepast op de bestaande acties en hierop werd feedback gevraagd via Slido. De verdere tijdslijn en volgende stappen met betrekking tot nieuwe en op te schalen acties werd overlopen.

Tabel 5. Sessie 3: agendapunten en gebruikte methoden

Agendapunten	Gebruikte methoden
• Samenvatting van het gelopen traject • Finale strategische en operationele doelstellingen • Indicatoren ter evaluatie van het beleidsplan • Gezondheidseconomisch raamwerk • Pitchen van acties door stakeholders en marktplaats • Portfolio management van bestaande en nieuwe acties	• Interactieve polls (Slido) • Plenaire pitches met online feedback • Netwerking over samenwerkingen in nieuwe en op te schalen acties

Na sessie 3

Aan de deelnemers werd een terugkoppeling bezorgd met volgende elementen:

- De stakeholders konden feedback formuleren over de procesindicatoren die door de indicatorenwerkgroep waren geformuleerd.
- Er werd een nieuwe reeks coaching sessies aangeboden door Joris De Corte (Over De Muur) in de loop van de maand oktober.
- Er werd een verkorte actiefiche gedeeld zodat deze toegankelijker werd om voorstellen in te dienen.
- Alle actiefiches (zowel voor nieuwe acties als op te schalen acties) dienden te worden ingediend tegen uiterlijk 31 oktober 2024.

Deelnemers

Tabel 6. Overzicht van personen die minstens aan één stakeholdersessie deelnamen

Organisatie (alfabetisch)	Voornaam	Familienaam
Agentschap Integrate & Inburgering	Farid	Mokhless
Agentschap Landbouw en Zeevisserij	Ilse	Maes
Agentschap Landbouw en Zeevisserij	Koen	Wellemans
Agentschap Opgroeien	Joke	Vandamme
Agentschap Opgroeien & Interdepartementale Werkgroep De Eerste 1.000 dagen	Evelyne	Deguffroy

Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB-UGIB-AKVB)	Wouter	Decat
Ambrassade	Aagje	Rottiers
Bataljong	Leen	Bartholomeus
çavaria	Olivia	Wittock
Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW)	Annelien	Heyerick
CGG Adentro	Lore	Maegerman
Co-Prev	Ilse	Van Puyvelde
Departement Cultuur, Jeugd, Media (Cultuur)	Ellen	Hanssens
Departement Cultuur, Jeugd, Media (Jeugd)	Valerie	Ansoms
Departement Onderwijs en Vorming	Rita	Van Durme
Departement Werk & Sociale Economie	Greet	Aerts
Departement Zorg	Ellen	De Smet
Departement Zorg	Els	Legroe
Departement Zorg	Joke	Sannen
Departement Zorg	Isabelle	Van Vreckem
Familieplatform	Kim	Steeman
Familieplatform vzw	Elke	Van Lierde
Fonds GavorGeluk	Jan	Toye
GO!	Dean	Hellebuyck
Huizen van het Kind	Nele	Vandenbrande
Idewe	Nele	Lenaers
Intergemeentelijke preventiewerking (IGP)	Nandi	Vankrunkelsven
Internetten SamenwerkingsCel (ISC)	Bart	Bisschops
Internetten SamenwerkingsCel (ISC)	An	Victoir
Kenniscentrum Eetexpert	An	Vandeputte
Kenniscentrum Eetexpert	Eva	Bervoets
KU Leuven	Annick	Bogaerts
KU Leuven	Leonie	Miserez
Liga Autisme Vlaanderen	Jo	Renty
Liga Autisme Vlaanderen	Michiel	Tyncke
Netwerk Zelfstandig Zorgverstrekkers (NZZ)	Hilde	Deneyer
OVSG	Kathleen	Charliers
OVSG	Tinne	Baijens
RIZIV	Kirsten	Van Kelst

Rode Kruis-Vlaanderen	Anne	Peeters
SAM Steunpunt Mens en Samenleving	Neil	Paterson
SIHO	Valérie	Van Hees
Similes Vlaanderen vzw	Marianne	Claeys
Similes Vlaanderen vzw	Sandra	Vandereet
Solentra vzw	Benji	Jame
Centrumsteden	Joke	Vasseur
VLOR	Judith	Verheust
Centrumsteden	Eleen	Naessens
Steunpunt Werk	Sarah	Vansteenkiste
The Human Link	Clara	Symaey
The Human Link	Marieke	Impens
UCLL	Sarah	Van Haeken
Universiteit Gent	Alexis	Dewaele
Universiteit Gent	Eline	Desimpelaere
VDAB	Lynn	Germeys
Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Vlaams-Brabant	Astrid	Du Four
VIVEL	Sophie	Liekens
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)	Ann	Van den Abbeele
Vlaams Apothekersnetwerk (VAN)	Marleen	Haems
Vlaams Instituut Gezond leven	Eline	Dedecker
Vlaams Instituut Gezond leven	Sandy	Heylen
Vlaams Intermutualistisch College (VICO) Preventie	Carolien	Luypaert
Vlaams Intermutualistisch College (VICO) Preventie	Heleen	Lyphout
Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten	Sabine	Coppens
Vlaams Patiëntenplatform	Patrick	Colemont
Vlaamse Logo's	Joke	Goethals
Vlaamse Logo's	Joke	Delepierre
Vlaamse Ouderenraad	Mathieu	Martens
Vlaamse Ouderenraad	Mitta	Meurisse
Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVKP)	Lotte	De Schrijver
Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ)	Anouk	Vanlander
vzw Psyche & Uantwerpen	Kris	Van den Broeck
vzw Psyche en TeGek!?	Anneleen	Vindevogel

vzw Psyche en TeGek!?	Marlien	De Coen
Zo Jong	Lena	Van Bergen
Zorggezind	Marlies	Van Hooreweghe
Zorgnet-Icuro	Karen	De Vuyst

Evaluatie door de stakeholders

Na elke stakeholdersessie werd – via een kort online formulier – de mening van de deelnemers gevraagd over verschillende aspecten van de sessie.

De stakeholdersessies werden door de deelnemers in het **algemeen** als **interessant, goed voorbereid en constructief** bevonden. Deze sessies werden ervaren als een aangename en effectieve manier om samen tot een beleidsplan te komen.

De **inhoudelijke elementen** die werden behandeld, vond men doorgaans goed opgebouwd, duidelijk toegelicht en sterk onderbouwd vanuit de wetenschappelijke literatuur. De plenaire duiding en regelmatige herhaling van de belangrijkste elementen van het beleidsplan die tot dan toe waren opgebouwd, vond men nuttig. Door sommigen werd benadrukt dat het belangrijk was om een voldoende brede blik te blijven aanhouden en voldoende aandacht te besteden aan maatschappelijke factoren en andere beleidsdomeinen.

Enerzijds werd aangegeven dat telkens een volledige dag vrijmaken voor de sessies een grote tijdsinvestering vormde, en dat de sessies intensief en vrij lang waren. Anderzijds werd met betrekking tot de **bestede tijd** per onderdeel voor een aantal oefeningen aangegeven dat men graag nog meer tijd had gehad. Door de vele informatie en interactieve oefeningen die in de sessie werden behandeld, gaven deelnemers aan dat meer (be)denktijd en voorbereidingstijd mogelijk had kunnen resulteren in een nog meer volledige input.

De deelnemers waren in het algemeen tevreden over **de mate waarin ze de gewenste inbreng konden doen**. Er werd ook benadrukt dat men waardeerde dat de input van een brede groep werd gevraagd en dat er duidelijk werd aangegeven hoe de feedback vervolgens werd verwerkt.

Op vlak van de **gehanteerde werkvormen** vonden de deelnemers het werken in ronde tafels doorgaans de meest boeiende manier om input te geven en te leren van elkaar. De samenstelling van de groepjes/tafels had in dit geval wel een beduidende invloed op de ervaring van de deelnemers. Er werd ook regelmatig input verzameld via de online tool Slido, en dit vond men een geschikte en effectieve manier om veel input te verzamelen bij een grote groep, zolang er maar niet te veel gebruik van gemaakt werd. In het algemeen vonden de deelnemers de afwisseling in gehanteerde werkvormen fijn.

2.2.2 Indicatorenwerkgroep

LUCAS was vanuit het Steunpunt WVG verantwoordelijk voor het opstellen van een shortlist van indicatoren die op termijn moeten toelaten om te evalueren of het beleidsplan GGB de verwachte effecten genereert. In dit kader werd een indicatorenwerkgroep met relevante partners samengesteld en uitgenodigd om deel te nemen aan twee online bijeenkomsten.

De eerste bijeenkomst, die doorging op 3 juli 2024, had als doel zicht te krijgen op beschikbare bevragingen en indicatoren in Vlaanderen en ideeën uit te wisselen met betrekking tot potentiële gezondheidsindicatoren om het beleidsplan GGB op populatieniveau te evalueren.

Na een uitgebreide documentanalyse van de bestaande bevragingen vond op 4 september 2024 een tweede online bijeenkomst plaats om de weerhouden databronnen en een eerste voorstel voor een set van indicatoren te bespreken met de indicatorenwerkgroep. Tijdens deze bijeenkomst werden ook hiaten geïdentificeerd; dit zijn doelstellingen van het beleidsplan waarvoor momenteel geen structurele Vlaamse data beschikbaar zijn. Voor deze hiaten werden potentiële nieuwe indicatoren besproken.

Naast de twee bijeenkomsten met de indicatorenwerkgroep was er met diverse bronhouders één-op-één overleg en contact via e-mail om afspraken te maken over het al dan niet opnemen van nieuwe indicatoren in bestaande bevragingen om de hiaten op te vullen.

2.2.3 Expertpanel

Een groep van ongeveer 40 academische experts, elk met wetenschappelijke en inhoudelijke kennis inzake GGB binnen een van de vier leeftijdsfasen waarop het beleidsplan zich richt, werd uitgenodigd om bij te dragen aan het beleidsplan GGB. Deze bijdrage kon bestaan uit het geven van schriftelijke feedback op de strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan of deelname aan een online bijeenkomst om input te geven op de verschillende onderdelen van het beleidsplan in de eindfase van het project.

In totaal gaven 17 experts input. Zij konden zelf beslissen aan welke onderdelen ze wilden en konden bijdragen. Finaal leverden zeven experts feedback op de doelstellingen en namen 14 experts deel aan de online meetings. Er waren vijf experts voor de eerste 1.000 dagen, vier voor kinderen en jongeren, vier voor volwassenen, en twee voor ouderen. Er werd eveneens een opgeleide ervaringsdeskundige in armoede en sociale uitsluiting betrokken, die aan de expertmeeting van (jong)volwassenen deelnam.

2.3 LITERATUURONDERZOEK EN DOCUMENTANALYSE

2.3.1 Doelgerichte literatuurstudie

De geprioriteerde determinanten uit de eerste stakeholdersmeeting werden getoetst aan de wetenschappelijke literatuur. Dit gebeurde op een pragmatische en doelgerichte manier, waarbij de bronnen uit de exploratiefase als vertrekpunt werden genomen en via Google Scholar verder werd gezocht naar reviews over de rol van iedere determinant voor geestelijke gezondheid. Dit resulteerde in een overzicht van determinanten waarbij zowel de mening van de stakeholders als de wetenschappelijke literatuur in rekening werden genomen.

2.3.2 Documentanalyse

Om te komen tot een indicatorenkader werden bestaande Belgische bevragingen en registraties over geestelijke gezondheid of determinanten hiervan geïnventariseerd en geanalyseerd. Volgende informatie werd voor iedere bevraging geëxtraheerd: bronhouder, studiepopulatie (leeftijd, setting), eerste data-afname, frequentie van meting, meest recente data-afname, methodologie van steekproeftrekking, steekproefgrootte voor het Vlaams gewest.

Vervolgens werd een selectie gemaakt van bruikbare databronnen op basis van volgende criteria:

- Bevat relevante indicatoren over geestelijke gezondheid en de determinanten hiervan (op basis van eerste screening);

- Data is beschikbaar en representatief voor het Vlaamse gewest;
- De datacollectie wordt structureel herhaald.

Voor iedere geselecteerde bevraging (Gezondheidsenquête, Preventiebarometer, JOP-monitor, HBSC-studie, Gezinsenquête, SV-bevraging, Werkbaarheidsmonitor) werd een overzicht gemaakt van relevante indicatoren. Deze indicatoren maken het mogelijk om de impact en de primaire en intermediaire uitkomsten van het beleidsplan te evalueren, evenals de evolutie van belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid doorheen de tijd te volgen. In een volgende fase werden alle indicatoren samengevoegd tot een longlist, die door overleg tussen de onderzoekers, de indicatorenwerkgroep, het Vlaams Instituut Gezond Leven en in samenspraak met de experts, gereduceerd werd tot een selectie van 76 indicatoren (shortlist).

2.3.3 Systematische review

De onderzoekers van LUCAS voerden een systematische review van reviews (i.e., ‘umbrella review’) uit van de recente wetenschappelijke literatuur naar effectieve en kosteneffectieve interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid. Hierbij werd een **stapsgewijze en gesystematiseerde aanpak** gehanteerd. Eerst werd een recente kwaliteitsvolle umbrella review geïdentificeerd om van te vertrekken. Vervolgens werd een systematische review uitgevoerd om de literatuur die na de umbrella review is verschenen, systematisch in kaart te brengen.

2.3.3.1. Identificatie umbrella reviews

In een eerste stap werd op zoek gegaan naar bestaande umbrella reviews over de (kosten)effectiviteit van interventies voor GGB of primaire preventie van geestelijke gezondheidsproblemen. Een umbrella review brengt afzonderlijke systematische reviews samen in één literatuurstudie. Het doel van deze search was komen tot één of enkele recente kwaliteitsvolle umbrella review om in de volgende stap op verder te bouwen. Een beperking van deze aanpak is dat alleen interventies waarover reeds evidentie op review-niveau bestaat worden meegenomen. Dit betekent dat minder goed onderzochte maar potentieel beloftevolle interventies worden uitgesloten.

Er werden zoekopdrachten uitgevoerd via PubMed om umbrella reviews verschenen tussen januari 2014 en maart 2024 in kaart te brengen. De eerste zoekopdracht richtte zich op effectieve interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid (zoekstring 1). De tweede zoekopdracht werd parallel uitgevoerd en richtte zich op kosteneffectieve interventies (zoekstring 2).

Zoekstring 1:

((("umbrella review"[Title/Abstract]) OR ("overview of reviews"[Title/Abstract]) OR ("review of reviews"[Title/Abstract]) OR ("evidence synthesis"[Title/Abstract])) AND ((promoti*[Title/Abstract] OR prevent*[Title/Abstract] OR universal[Title/Abstract] OR enhance[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR improv*[Title/Abstract] OR targeted[Title/Abstract] OR selective[Title/Abstract]))) AND ((mental*[Title] OR psychologic*[Title] OR emotional[Title])) AND ((y_10[Filter]) AND (meta-analysis[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))

Zoekstring 2:

("Cost-effectiveness" OR "economic evaluations") AND ("mental health prevention" OR "mental health promotion") AND interventions AND ("systematic review" OR meta-analysis OR synthesis OR "umbrella review")

De eerste zoekopdracht inzake effectiviteit leverde 138 resultaten op, waarvan vijf umbrella reviews binnen de reikwijdte vielen:

- Harrison L, Sharma N, Irfan O, Zaman M, Vaivada T, Bhutta ZA. Mental Health and Positive Development Prevention Interventions: Overview of Systematic Reviews. *Pediatrics*. 2022;149(Suppl 5):e2021053852G. doi:10.1542/peds.2021-053852G
- Worsley JD, Pennington A, Corcoran R. Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. *PLoS One*. 2022;17(7):e0266725. Published 2022 Jul 29. doi:10.1371/journal.pone.0266725
- Miguel C, Amarnath A, Akhtar A, et al. Universal, selective and indicated interventions for supporting mental health at the workplace: an umbrella review of meta-analyses. *Occup Environ Med*. 2023;80(4):225-236. doi:10.1136/oemed-2022-108698
- Saijonkari M, Paronen E, Lakka T, et al. Promotive and preventive interventions for mental health and well-being in adult populations: a systematic umbrella review. *Front Public Health*. 2023;11:1201552. Published 2023 Aug 31. doi:10.3389/fpubh.2023.1201552
- Oswald TK, Nguyen MT, Mirza L, et al. Interventions targeting social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Psychological Medicine*. 2024;54(8):1475-1499. doi:10.1017/S0033291724000333

De tweede zoekopdracht identificeerde geen enkele umbrella review over de kosteneffectiviteit van geestelijke gezondheidsbevordering.

Omdat umbrella reviews soms worden uitgevoerd in het kader van richtlijn- en beleidsontwikkeling, werd ook de grijze literatuur onderzocht via Google Scholar. Dit leverde vijf nieuwe relevante publicaties op:

- Kuosmanen T, Kepler T, Dowling K, Barry MM (Health Promotion Research Centre National University of Ireland Galway). Evidence Synthesis of Impact of Mental Health Promotion: A systematic rapid evidence assessment of the effectiveness of mental health promotion interventions across the lifecourse; 2022.

- Rickwood DJ, Thomas KA. Mental wellbeing interventions: an Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for VicHealth; 2019.
- National Institute for Health Research (NIHR) Policy Research Programme. A review of the evidence on mental health and wellbeing promotion interventions delivered outside of education for young people; 2022.
- Early Intervention Foundation (EIF). Adolescent mental health: a systematic review on the effectiveness of school-based interventions; 2021.
- Hart A, Heaver B. Resilience approaches to supporting young people's mental health: Appraising the evidence base for schools and communities; 2015.

Hieruit werd één umbrella review gekozen om op verder te bouwen. De umbrella review die het meest relevant bleek, was een ‘evidence synthesis’ uitgevoerd door de Ierse onderzoekers Barry et al. in het kader van de ontwikkeling van een ‘Healthy Ireland Strategic Action Plan’ ⁹. Deze ‘systematic rapid evidence assessment’ synthetiseert bewijs uit 168 systematische reviews over de effectiviteit van interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid en primaire preventie van veelvoorkomende geestelijke gezondheidsproblemen gedurende de hele levensloop, gepubliceerd tussen januari 2017 en oktober 2021.

2.3.3.2. Systematische search

Voortbouwend op de umbrella review van Barry et. (2024), voerde LUCAS een aanvullende umbrella review uit. Er werd gebruikgemaakt van een brede zoekstring (zie Tabel 7) en de academische databanken Scopus, PubMed, ProQuest (PsycArticles, Psychology and Social Sciences databases), Cochrane Database of Systematic Reviews en NHS Economic Evaluation Database werden doorzocht, zonder bijkomende exploratie van de grijze literatuur. Alle reviews die zijn verschenen tussen oktober 2021 en maart 2024 werden gescreend.

Tabel 7. Gebruikte zoekstring voor de literatuurstudie naar effectieve en kosteneffectieve interventies

Concept	Filter: waar moeten sleutelwoorden in voorkomen?	Zoekstring
Uitkomsten	Titel	<i>(mental OR psych* OR emotional OR depress* OR stress OR anxi* OR resilien* OR flourish* OR happiness OR wellbeing OR well-being OR coping*)</i>
Review	Titel	<i>("systematic review" OR meta-analy* OR "meta analysis" OR synthesis)</i>
Interventie	Titel of abstract	<i>(interventi* OR program* OR training* OR action* OR activit* OR strateg* OR initiative*)</i>
GGB	Titel of abstract	<i>(promot* OR prevent* OR universal OR enhance OR support* OR improv*)</i>
(kosten)effectiviteit	Titel of abstract	<i>(effect* OR efficacy OR outcome* OR impact OR evaluat* OR cost* OR economic OR "value for money" OR "quality adjusted life year" OR "qaly*" OR ("quality adjusted" OR "quality-adjusted" OR "qualityadjusted") AND ("year" OR "years"))</i>

De zoekstrategie leverde 4194 unieke publicaties op. Alle publicaties werden gescreend op basis van de criteria in Tabel 8. Eerst werd gescreend op titel, wat resulteerde in 834 publicaties. Na de screening op abstract bleven 417 publicaties over, en na de screening van de volledige tekst werden uiteindelijk **209 reviews** weerhouden. Negentien van deze reviews betreffen umbrella reviews. Slechts vijf publicaties focusten op de kosteneffectiviteit van GGB. De resultaten zijn weergegeven in (Kosten)effectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen

en Kosteneffectieve interventies om de geestelijke gezondheid te bevorderen: verdiepende literatuurstudie.

Tabel 8. Inclusie- en exclusiecriteria van reviews.

Inclusiecriteria
- Systematische reviews, al dan niet met een meta-analyse, en umbrella reviews - Reviews met een vorm van kwaliteitscontrole van de methoden van de geïncludeerde studies - Reviews die handelen over interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering en primaire universele of primaire selectieve preventie van psychische problemen. Reviews die daarnaast ook interventies gericht op geïndiceerde preventie (bv. screening), secundaire en tertiaire preventie omvatten, worden enkel geïncludeerd wanneer de resultaten apart beschreven worden. - Reviews over social prescribing worden wel geïncludeerd, ook al focussen deze vaak op personen met een gekende psychische of psychosociale problematiek
Exclusiecriteria
- Reviews over interventies die zich exclusief richten tot ziekenhuizen en de forensische zorg - Reviews over interventies die zich exclusief richten op personen met een reeds bestaand psychisch probleem of psychiatrische aandoening - Reviews over interventies gericht op een zeer specifieke doelgroep of een doelgroep die niet relevant is voor de Vlaamse context (bv enkel personen met een specifieke ziekte of aandoening en/of hun familie, enkel verpleegkundigen werkzaam in een spoeddienst...) - Reviews over studies uitgevoerd in de context van de COVID-19 pandemie - Reviews over studies exclusief uitgevoerd in midden- of lage inkomenslande

3 EXPLORATIEFASE

In 2023 voerde LUCAS, in opdracht van het Departement Zorg, een voorbereidende literatuurstudie uit om te komen tot een vertrekbasis voor een wetenschappelijk onderbouwd beleidskader inzake GGB. In het kader van dit verkennend onderzoek werden relevante en actuele (inter)nationale bronnen met betrekking tot geestelijke gezondheidsbevordering doorgenomen en geanalyseerd. Dit omvatte beleidsteksten (bijvoorbeeld het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, het decreet GGZ, documenten van de WHO en de Europese Commissie enz.), en recente wetenschappelijke literatuur, waarbij de focus vooral lag op reviewartikelen.

3.1 TYPOLOGIEËN INZAKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING EN PREVENTIE

De WHO definieert geestelijke gezondheid als *“een integraal onderdeel van gezondheid en welzijn en medebepalend voor ons individueel en collectief vermogen om beslissingen te nemen, relaties op te bouwen en de wereld waarin we leven vorm te geven”* ⁶. Meer specifiek definieert de WHO geestelijke gezondheid als een toestand van mentaal welbevinden die mensen in staat stelt om: (1) om te gaan met de uitdagingen van het leven; (2) hun competenties te realiseren; (3) goed te leren en te werken; en (4) bij te dragen tot de samenleving.

In het werkveld en ook beleidsmatig heerst er vaak verwarring over hoe geestelijke gezondheidsbevordering zich verhoudt tot de preventie en de behandeling van psychische problemen. In de literatuur zijn er meerdere typologieën voorhanden die dit onderscheid trachten te verhelderen en die houvast bieden bij het structureren van de veelheid aan acties en interventies om geestelijke gezondheid en mentaal welbevinden te versterken. Geestelijke gezondheidsbevordering versus preventie is een eerste veelgebruikte eenvoudige opdeling om deze interventies in op te delen. Beide interventietypes zijn uiteraard nauw verwant aan elkaar maar ze leggen elk een iets andere klemtoon. Bij bevordering ligt de nadruk op het beïnvloeden van beschermende factoren om het mentaal welbevinden en de geestelijke gezondheid te versterken, ongelijkheden te verminderen, sociaal kapitaal op te bouwen, gezondheidswinst te creëren en de kloof in gezondheidsverwachting tussen groepen te verkleinen. Bij preventie ligt de nadruk vooral op het aanpakken van risicofactoren om de incidentie en prevalentie van psychische stoornissen te reduceren, de tijd doorgebracht met symptomen te verminderen, recidive uit te stellen of te voorkomen en de impact van de aandoening op de getroffen persoon, zijn naasten en de samenleving te minimaliseren.

Twee meer gediversifieerde typologieën die veelvuldig als kader gebruikt worden in de wetenschappelijke literatuur en in beleidsteksten zijn de opdeling van Caplan¹⁰ (1964) volgens ziekteverloop en de opdeling van *the Institute of Medicine*¹¹ (IOM, 1994) volgens doelgroep.

Tabel 9. Typologie van Caplan (1964) en de IOM (1994)

Opdeling volgens ziekteverloop	Opdeling volgens doelgroep
Primaire preventie: interventies die voorkomen dat psychische problemen zich ontwikkelen	Universele preventie: interventies die gericht zijn op de hele bevolking of op bepaalde bevolkingsgroepen

Secundaire preventie: interventies die voorkomen dat psychische problemen langdurig, ernstig of chronisch worden	Selectieve preventie: interventies die gericht zijn op groepen met een verhoogd risico op psychische problemen of suïcide
Tertiaire preventie: interventies die de impact van ernstige psychische problemen verminderen	Geïndiceerde preventie: interventies die gericht zijn op groepen met psychische problemen of suïcidale gedachten

Arango et al.⁸ (2018) combineren de opdelingen van Caplan en de IOM tot één geheel om de veelheid aan strategieën, programma's of maatregelen om geestelijke gezondheid te bevorderen en psychische problemen aan te pakken mee op te delen. Deze typologie wordt vandaag het meest gehanteerd en onderscheidt zes grote types van preventiestrategieën, zoals weergegeven in Tabel 10.

Het beleidsplan GGB richt zich op de eerste drie preventietypes: GGB, primaire universele preventie en primaire selectieve preventie (groen in de tabel). De laatste drie preventietypes betreffen het behandelen van (sub)klinische psychische problemen en vallen buiten de scope van het beleidsplan GGB.

Tabel 10. Typologie van Arango et al. (2018)

Type	Doelgroep	Doel	Voorbeeld
1. Geestelijke gezondheidsbevordering (GGB)	Algemene bevolking	Mentaal welbevinden en veerkracht versterken	Schoolprogramma's die gezonde voeding en coping skills bevorderen
2. Primaire universele preventie	Algemene bevolking ongeacht individuele risicofactoren	Risicofactoren in de algemene bevolking aanpakken	Schoolprogramma's om pesten te voorkomen
3. Primaire selectieve preventie	Personen of subpopulaties met een gekend verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen	Risicofactoren bij risicogroepen aanpakken om te voorkomen dat psychische problemen zich ontwikkelen	Interventies bij kinderen van ouders met psychische problemen
4. Primaire geïndiceerde preventie	Personen met lichte of beginnende psychologische klachten, waarbij de problemen (nog) niet voldoen aan diagnostische criteria	Subklinische psychische problemen behandelen om de ontwikkeling van ernstige problemen te voorkomen	Interventies bij personen met een verhoogd risico op een psychose (milde symptomen en verminderd functioneren)
5. Secundaire preventie	Personen met psychische problemen die voldoen aan diagnostische criteria, waarbij de problemen zich in een vroeg stadium bevinden	Zorgen voor een gepaste behandeling om escalatie te vermijden	Interventies om vroegdetectie en toegang tot zorg voor personen met depressie te verbeteren

6. Tertiaire preventie	Personen met uitgesproken psychische problemen	Ernstige psychische problemen behandelen om verdere verslechtering van de toestand en secundaire problemen te vermijden	Behandeling van personen met een bipolaire problematiek met lithium
-------------------------------	--	---	---

3.2 DETERMINANTEN VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Recent heeft de NHR School for Public Health Research uit het Verenigd Koninkrijk (Dykxhoorn et al.) een conceptueel kader ontwikkeld dat de belangrijkste determinanten van een *public mental health* programma in kaart brengt. Dit kader is gepubliceerd op de website www.publicmentalhealth.co.uk¹². Een *public mental health* benadering richt zich op het grotere geheel van geestelijke gezondheid en focust niet alleen op wat een individu nodig heeft om zich geestelijk gezond te voelen, maar staat ook stil bij wat er nodig is om een hele bevolking of bepaalde doelgroepen geestelijk gezond te houden. Het kader biedt ondersteuning aan professionals, academici en beleidsmedewerkers bij het identificeren van prioritaire behoeften in de samenleving. Concreet bestaat het kader uit 55 determinanten, onderverdeeld in 15 clusters en ingebed in vier niveaus: individueel niveau, gezins- en familieniveau, gemeenschaps- en buurniveau, en het bredere structurele niveau.

Figuur 6. Determinanten van geestelijke gezondheid in 4 niveaus (individueel, familie, gemeenschap, structureel)

Op individueel niveau	
Identiteit - Etniciteit en cultuur - Geslacht, genderidentiteit en seksualiteit - Religie, spiritualiteit en geloof	Trauma - Negatieve ervaringen in kindertijd - Traumatische gebeurtenissen in volwassenheid - Pesten en cyberpesten
Persoonlijke eigenschappen - Weerbaarheid - Zelfvoldoening, eigenwaarde en controle over eigen leven - Persoonlijke aspiraties en ambities - Vermogen om autonoom te beslissen	Fysieke en psychische kwetsbaarheid - Genetische of biologische kwetsbaarheid voor psychische problemen - Prenatale en perinatale factoren - Fysieke gezondheid - Gezondheidsbevorderend gedrag zoals beweging, voeding, slaap, medicatiegebruik, middelengebruik
Socio-demografisch - Kwaliteitsvolle opleiding - Kwaliteitsvolle job - Adequate huisvesting - Voldoende inkomen	Levenservaringen en opportuniteiten - Belangrijke transities zoals rouw, verlies van job, pensioen - Migratie naar het buitenland of binnen eigen land - Hobby's en vrije tijd
Op familieniveau	
Familiedynamieken - Hechting - Ouderschap - Gezinscohesie - Gezinsconflicten - Bredere familierelaties	Familiestructuur - Zorg dragen voor naasten - Intergenerationeel bevoordeeld of benadeeld zijn - Gezinssamenstelling - Relatie met een partner

Op gemeenschapsniveau	
Sociale omgeving • Sociale steun en netwerk • Sociale inclusie en cohesie • Maatschappelijke betrokkenheid • Bewustwording inzake geestelijke gezondheid	Geografische en fysieke omgeving • Stedelijke vs. landelijke / afgelegen regio's • Bebouwde vs. natuurrijke omgeving • Achtergestelde buurten • Veiligheid in de gemeenschap
Systemen en dienstverlening • Welzijns- en gezondheidszorg • Publieke dienstverlening • Strafrechtelijk systeem	
Op structureel niveau	
Industrie • Commerciële factoren • Media en reclame	Normen en rechten • Discriminatie en stigmatisering • Sociale en culturele normen in de samenleving • Mensenrechten en rechtvaardigheid
Overheid en politiek • Economie • Beleid en wetgeving • Sociaal zekerheidsstelsel • Politieke structuren en klimaat • Geopolitiek en gebeurtenissen in de wereld	Ruimere factoren • Gelijke en eerlijke verdeling van middelen • Klimaatverandering • Vluchtelingencrisis

3.3 BELEIDSPRIORITEITEN INZAKE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSBEVORDERING EN PREVENTIE

3.3.1 Geestelijke gezondheidsbevordering vanuit een public health benadering

Overheden zijn wel eens geneigd om een groot deel van hun budget te spenderen aan interventies die zich richten tot doelgroepen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische problemen of die reeds psychische problemen hebben. Deze interventies situeren zich meestal binnen het domein van de gezondheidszorg, richten zich tot een selecte groep binnen de samenleving en zijn meestal kostelijker doordat ze vaak gebaseerd zijn op een één-op-één-aanpak¹³. Het is echter aangewezen om een gediversifieerd preventieaanbod te voorzien dat het hele spectrum van interventietypes dekt. Dat betekent dat er voldoende oog dient te zijn voor interventies die de geestelijke gezondheid en het mentaal welbevinden van de hele bevolking bevorderen, risicofactoren in de algemene bevolking aanpakken en zich meer op het niveau van de gemeenschappen en de samenleving afspelen.

3.3.2 Een levensloop- en settinggerichte benadering

Een levensloopgerichte aanpak erkent het dynamische verloop van een mensenleven en biedt interventies aan die inspelen op belangrijke scharniermomenten die gepaard gaan met risicofactoren zoals de geboorte, de kinder- en jeugdijaren, de volwassenheid en de oudere leeftijd. Risicofactoren kunnen in alle levensfasen optreden, maar wanneer ze zich in de vroege levensjaren manifesteren, kunnen ze zelfs decennia later nog steeds een nefaste invloed hebben op de

geestelijke gezondheid en bijdragen tot de ontwikkeling van psychische problemen. Dit impliceert dat het aanpakken van risicofactoren bij baby's, kleuters, kinderen en jongeren en hun ouders in het bijzonder aanbevelingswaardig is.

Een levensloopgerichte benadering gaat hand in hand met een settingsgerichte aanpak die focust op alledaagse omgevingen of settings waarbinnen mensen leven. De thuiscontext, de school, de werkvloer en de buurt zijn belangrijke omgevingen om op te focussen omdat mensen daar een aanzienlijk deel van hun leven doorbrengen en bieden een unieke kans om de geestelijke gezondheid van grote groepen van de bevolking te bevorderen.

3.3.3 Een intersectorale en Health in All Policies aanpak

Geestelijke gezondheid is een complex concept dat beïnvloed wordt door een breed scala aan determinanten die zich vaak buiten het traditionele domein van de gezondheidszorg afspelen. Inkomen, onderwijs, werk, huisvesting en migratie zijn enkele voorbeelden van bepalende sociale determinanten. Een nauwe samenwerking tussen verschillende sectoren is vereist om op een integrale manier de geestelijke gezondheid van burgers te bevorderen. Dit idee ligt aan de basis van de *Health in All Policies* (HiAP) benadering die onder meer door de WHO wordt gepromoot en ervoor pleit om het gezondheidsbeleid over beleidsdomeinen en -niveaus heen te tillen¹⁴.

Een HiAP aanpak is ook voor geestelijke gezondheid aangewezen en houdt in dat geestelijke gezondheid geïntegreerd wordt in alle beleidsmaatregelen, programma's en initiatieven, ongeacht het primaire doel van de maatregelen.

Hoewel het nastreven van HiAP in theorie goed klinkt, kan de implementatie ervan uitdagend zijn omwille van meerdere moeilijkheden die zich kunnen stellen ¹⁵:

- Beleidssectoren hebben vaak uiteenlopende prioriteiten en doelstellingen (bijvoorbeeld gezondheidswinst versus economische winst) wat het bereiken van consensus kan bemoeilijken.
- Politiek is sterk onderhevig aan verandering wat een doorgedreven implementatie van HiAP in het gedrang kan brengen.
- Voorlopig zijn er weinig good practices en evaluatieresultaten betreffende de implementatie van HiAP voorhanden die de kennis over en het belang van HiAP onderbouwen. Dit zorgt voor een gebrek aan bewustzijn over de meerwaarde van HiAP en maakt het soms moeilijk om hier bij beleidsmakers steun voor te vinden.
- Het is niet eenvoudig om de impact van HiAP op vlak van geestelijke gezondheid en mentaal welbevinden op een eenduidige manier en op korte termijn aan te tonen. Ook dit kan beleidsmakers terughoudend maken om hierin mee te stappen.
- Een gebrek aan samenwerking en communicatie tussen verschillende sectoren en belanghebbenden kan het bereiken van gezamenlijke doelstellingen in de weg staan.

3.3.4 Inzetten op effectieve en kosteneffectieve interventies

Er zijn veel soorten interventies waarin een overheid kan investeren om het mentaal welbevinden te bevorderen en psychische problemen te voorkomen, maar niet alle interventies zijn kosteneffectief. Opdat een interventie kosteneffectief is, moet wetenschappelijk aangetoond zijn dat het programma psychische problemen kan voorkomen én moet aangetoond zijn dat het programma in staat is om de kosten te drukken. Het aantal interventies waarvoor dergelijke evidentie bestaat, is echter beperkt.

Hoewel het investeren in kosteneffectieve interventies ontegensprekelijk een verstandige keuze is, mag dit niet de enige basis voor besluitvorming en toewijzing van middelen zijn bij het uittekenen van een beleid inzake geestelijke gezondheidsbevordering. Naast kosteneffectiviteit en betaalbaarheid moet er ook ruimte zijn om rekening te houden met andere criteria zoals mensenrechten en gelijkheid op het gebied van gezondheid, afweging van de voor- en nadelen van interventies, waarden en voorkeuren met betrekking tot interventies en hun resultaten, implementatiecapaciteit, aanvaardbaarheid en de noodzaak om een combinatie van interventies op populatie en individueel niveau te implementeren.

3.3.5 Maar ook voldoende ruimte laten voor innovatie

Dat een overheid de middelen voor promotie en preventie grotendeels spendeert aan het implementeren en langdurig verankeren van programma's waarvoor op overtuigende wijze is aangetoond dat ze een substantieel verschil maken op vlak van mentaal welbevinden, is een begrijpelijke beleidskeuze. Maar uitsluitend focussen op kosteneffectiviteit en effectiviteit kan innovatie in de weg staan, waardoor nieuwe mogelijk betere interventies nooit tot ontwikkeling komen en onderzocht worden. Daarbij komt dat het aantal kosteneffectieve en effectieve interventies inzake geestelijke gezondheidsbevordering beperkt is. Het is daarom aangewezen om bijkomend in te zetten op het financieren en evalueren van beloftevolle innovatieve interventies.

Dat leidt tot de vraag wat kan worden begrepen onder beloftevolle innovatieve interventies. De effectladder van Van Yperen en Veerman (2008), oorspronkelijk ontwikkeld voor de opdeling van interventies in de jeugdzorg, is in dat opzicht een handig model om te bepalen of een interventie beloftevol en innovatief is¹⁶. Het model onderscheidt vier treden die elk gepaard gaan met een bepaald kwalificatieniveau en met verschillende soorten onderzoek (zie Tabel 11):

Tabel 11. Effectladder van Van Yperen en Veerman over het niveau van bewijskracht van interventies¹⁶.

Niveau van bewijskracht	Beschrijving	Soorten onderzoek
Descriptief: Heeft de interventie potentieel?	Potentiële interventies waarvan de kernelementen (doelstelling, doelgroep, aanpak en randvoorwaarden) duidelijk omschreven zijn.	- Descriptief onderzoek - Observationeel onderzoek - Documentanalyse - Interviews
Theoretisch: Is de interventie in theorie effectief en dus veelbelovend?	Veelbelovende interventies die in theorie werkzaam zouden kunnen zijn. Dit betekent dat er een werkingstheorie geëxpliciteerd is die beschrijft hoe en waarom de interventie werkt.	- Meta-analyse - Literatuurstudie
Indicatief: Is de interventie doeltreffend?	Doeltreffende interventies waarvan empirisch is aangetoond dat ze werken zoals bedoeld – dat wil zeggen: de doelgroep wordt bereikt en de gestelde doelen zijn behaald.	- Veranderingsonderzoek - Doelrealisatieonderzoek - Tevredenheidsonderzoek - Casestudies
Causaal: Is de interventie werkzaam?	Effectieve interventies waarvoor via experimenteel onderzoek is aangetoond dat de gewenste resultaten het gevolg zijn van de interventie.	- Experimenteel onderzoek

Naast deze vijf prioriteiten die uit de exploratiefase voortvloeiden, is **extra aandacht voor kwetsbare groepen** belangrijk om ongelijkheden in de samenleving aan te pakken. Maatschappelijk kwetsbare personen hebben vaker te maken met gezondheids- en sociale problemen en kunnen barrières ondervinden inzake de toegang tot zorg, werk en huisvesting. Door personen uit kwetsbare groepen beter te ondersteunen, wordt gewerkt aan het herstellen van hun disproportionele achterstand en kan aldus sociale rechtvaardigheid bevorderd worden. Dit past binnen het principe van **proportioneel universalisme**. Proportioneel universalisme betekent dat beleidsmaatregelen en interventies voor de gehele bevolking beschikbaar zijn, maar dat de intensiteit en focus verschillen naargelang de behoeften van specifieke groepen. Dit is wenselijk omdat universele acties vaak onvoldoende zijn voor kwetsbare groepen of hen onvoldoende bereiken. Zonder speciale aandacht voor kwetsbaarheid bestaat het risico dat universele acties de bestaande ongelijkheden verder vergroten.

4 MISSIE, VISIE EN STRATEGIE

Een duidelijke missie en visie vormen de fundamenteën van een effectief beleidsplan. Ze bieden richting en ondersteunen besluitvorming op basis van kernwaarden en langetermijndoelen. Een gedeelde missie en visie zorgen voor samenhang en maken het eenvoudiger om de essentie van het beleidsplan helder te communiceren naar diverse belanghebbenden.

Deze missie werd vooropgesteld door het Departement Zorg, vanuit de opdracht voor het preventief gezondheidsbeleid omtrent geestelijke gezondheidsbevordering. Het benadrukt het belang van proactieve en structurele maatregelen die bijdragen aan een positieve geestelijke gezondheid voor iedereen, in elke levensfase. Het vertrekpunt voor de visie en de strategieën werd geformuleerd op basis van de exploratieve studie door LUCAS KU Leuven (zie hoofdstuk 3), gevolgd door een brainstorm binnen het consortium. Gedurende de eerste stakeholdersessie (februari), werd de aanzet van zowel visie als strategieën voorgesteld aan de stakeholdergroep. De leden van de stakeholdergroep kregen vervolgens de mogelijkheid om feedback te geven. Deze feedback werd verwerkt en in de tweede stakeholdersessie (mei) opnieuw voorgesteld aan de stakeholdergroep.

Figuur 7. Samenhang tussen missie, visie en strategie



De **missie** vormt de bestaansreden van het beleidsplan. Het erkent dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van psychische klachten, het gaat over het creëren mentaal welbevinden dat mensen in staat stelt om te groeien, leren, werken, verbinden en meedoen. De missie beantwoordt de vraag: **“Waarvoor staan we?”** Het is de permanente opdracht en dient als kader om strategische keuzes te maken, steeds gericht op het bevorderen van de geestelijke gezondheid in onze samenleving.

“We bouwen aan een samenleving waarin iedereen geboren wordt, opgroeit, leeft en oud wordt met een optimale geestelijke gezondheid.”

De **visie** beantwoordt de vraag: **“Waarvoor gaan we?”** Het geeft een ambitieus beeld van de toekomststrategie en dient als wervende strategie voor het beleidsplan. Deze visie vormt de basis voor concretere doelstellingen en biedt richting aan het beleid.

“We streven ernaar dat iedereen een zo hoog mogelijk mentaal welbevinden ervaart en zo weinig mogelijk psychische problemen ontwikkelt.

We zetten in op de versterking van beschermende factoren die de geestelijke gezondheid bevorderen, de preventie van risicofactoren die de geestelijke gezondheid ondermijnen, en de

ontwikkeling van het vermogen om veerkrachtig om te gaan met tegenslagen en uitdagingen die gepaard gaan met het leven.

We richten ons naar iedereen, met speciale aandacht voor diegenen in kwetsbare situaties, en dat binnen de verschillende settings waar het leven van burgers zich afspeelt zoals het gezin, het onderwijs, de zorg, de werkplek, de vrije tijd, en in steden en gemeenten. Hierbij hebben we ook oog voor de ontwikkeling en de context van het individu.”

Het Twee-Continua-Model als basis

De visie geeft de definitie van geestelijke gezondheidsbevordering mee en vormt de basis voor concretere doelstellingen. Het erkent dat geestelijke gezondheid een dynamisch continuüm is, waarbij een perfecte onveranderlijke staat van mentaal welzijn zonder stress of zorgen niet haalbaar is. Geestelijke gezondheid wordt beïnvloed door levensomstandigheden en fluctueert doorheen het leven. Door te streven naar een zo hoog mogelijk mentaal welbevinden en zo weinig mogelijk psychische problemen, richten we ons op realistische verbeteringen voor iedereen, ongeacht hun positie op het continuüm.

Versterken bij het omgaan met de uitdagingen van het leven

De missie erkent dat tegenslagen onlosmakelijk verbonden zijn met het leven. Ze benadrukt het belang van geestelijke gezondheid en veerkracht, vooral tijdens kwetsbare levensmomenten, zoals het verlies van een dierbare, financiële onzekerheid, een echtscheiding of ziekte. Het is normaal dat mensen in zulke ingrijpende periodes wankelen en gevoelens van verdriet of angst ervaren. Tegelijkertijd onderstreept de missie dat goede zelfzorg en tijdige, gerichte ondersteuning kunnen helpen om het evenwicht terug te vinden en langdurige problemen te voorkomen. Op deze manier biedt het plan niet alleen een ambitieus kader om geestelijke gezondheid in het algemeen te versterken, maar ook een praktische richtlijn die helpt te bepalen wanneer en hoe mensen de ondersteuning krijgen die ze het hardst nodig hebben.

Meer aandacht voor personen in kwetsbare posities, situaties of periodes

Een belangrijk speerpunt van het beleid is extra aandacht voor groepen die een verhoogd risico op maatschappelijke uitsluiting en/of geestelijke gezondheidsproblemen ervaren. Het beleidsplan zal prioritair inzetten op diegenen die om uiteenlopende redenen een verhoogd risico lopen, de opsomming is echter niet exhaustief en kan altijd nog evolueren. Enkele groepen die worden opgenomen in de doelstellingen van het beleidsplan zijn o.a. mensen in armoede, mensen die een ingrijpende gebeurtenis (zoals verlies, trauma of een scheiding) doormaakten, NEET-jongeren (jongeren die geen onderwijs volgen en niet werken), mensen met een beperking, jonge ouders, alleenstaande ouders en mantelzorgers.

Deze groepen worden vaak geconfronteerd met barrières zoals beperkte toegang tot ondersteuning, zorg, educatie, sterk sociaal vangnet, werk, huisvesting, wat hen kwetsbaarder maakt voor psychische problemen. De gezondheidsongelijkheid, het verschil in gezondheidsuitkomsten naargelang sociaal-economische positie, toont aan dat juist hier de grootste winst te behalen valt. Door doelgerichte acties te ontwikkelen voor deze groepen wordt niet alleen hun welzijn verbeterd, maar wordt ook hun disproportionele achterstand hersteld en zodoende sociale rechtvaardigheid gerealiseerd.

Los van sociaaleconomische factoren kan de draagkracht van mensen ook tijdelijk onder druk komen te staan door acute of veranderlijke omstandigheden, zoals mentale overbelasting, gezondheidsproblemen of plotselinge levensveranderingen. Deze factoren maken hen extra

kwetsbaar voor psychische problemen en onderstrepen de noodzaak van tijdige en toegankelijke ondersteuning.

Het principe van proportioneel universalisme is leidend in het beleidsplan: de beleidsmaatregelen en acties zijn beschikbaar voor de gehele bevolking, maar de intensiteit en focus verschillen naargelang de noden van specifieke groepen. Dit is wenselijk omdat universele acties vaak onvoldoende zijn voor kwetsbare groepen of hen onvoldoende bereiken. Zo wordt voorkomen dat universele maatregelen bestaande ongelijkheden verder vergroten doordat vooral degenen die er minder nood aan hebben er gebruik van maken.

Geestelijke gezondheid is verweven met het dagelijks leven.

De visie tracht bij te dragen aan een mindshift naar een breder begrip van geestelijke gezondheid, als iets wat voortdurend aandacht vraagt in plaats van iets dat uitsluitend gericht is op het aanpakken van problemen wanneer deze zich voordoen. Het erkent dat iedereen, ongeacht hun situatie, haalbare stappen kan zetten in de richting van een betere geestelijke gezondheid. Om dit te bereiken is het essentieel dat geestelijke gezondheidsbevordering plaatsvindt op alle niveaus en in diverse contexten, conform een public health-benadering. Dit houdt in dat geestelijke gezondheid wordt bevorderd op plekken waar mensen leven, werken, wonen en studeren.

In scholen betekent dit dat kinderen en jongeren niet alleen cognitieve vaardigheden ontwikkelen, maar ook tools leren om met stress, emotionele uitdagingen en sociale druk om te gaan. Programma's die veerkracht en zelfvertrouwen opbouwen, zoals sociale vaardigheidstrainingen en stressmanagement, zijn hierbij van groot belang. Op de werkvloer wordt een veilige, inclusieve en stimulerende omgeving gecreëerd die persoonlijke groei, balans en welzijn ondersteunt. Dit kan worden bereikt door initiatieven zoals coaching, stressmanagementprogramma's, het bevorderen van een gezonde werk-privébalans en het creëren van een ondersteunende werkomgeving.

In gemeenschappen staan sociale verbondenheid, inclusiviteit en toegang tot ondersteuning centraal. Voorbeelden hiervan zijn ontmoetingsplaatsen, buurtprojecten en toegankelijke dienstverlening die een gevoel van saamhorigheid en steun versterken. In de zorg schenken professionals, zoals vroedvrouwen en gynaecologen tijdens de perinatale periode, aandacht aan mentale gezondheid. Zij spelen een rol bij het bevorderen van positieve copingstrategieën, veilige hechting en het vinden van een evenwicht tijdens de overgang naar het ouderschap. Ook in andere zorgcontexten, zoals huisartsenpraktijken en geriatrische zorg, wordt welzijn het best actief ondersteund binnen een holistische aanpak van gezondheid.

Door deze brede, contextuele aanpak wordt geestelijke gezondheidsbevordering verweven in het dagelijks leven en de maatschappelijke structuren waarin mensen functioneren, zodat het toegankelijk en effectief is voor iedereen.

Geestelijke gezondheid in ontwikkeling doorheen het leven

Het beleidsplan hanteert een levensloopgerichte benadering en houdt expliciet rekening met het feit dat een mens zich voortdurend ontwikkelt en doorheen het leven verschillende rollen opneemt. Elke fase – van kindertijd tot oudere leeftijd – brengt unieke uitdagingen en transities met zich mee, die van invloed zijn op het mentale welbevinden. Bovendien stapelen zowel beschermende factoren als risicofactoren zich doorheen de levensloop op en kunnen ze over generaties heen cumuleren.

Geestelijke gezondheid in een context

Daarnaast erkent de visie dat een individu niet alleen zelf verantwoordelijk is voor de eigen mentale gezondheid maar dat ook de ruimere omgeving een cruciale rol speelt. Factoren zoals sociale steun, economische omstandigheden, toegang tot gezondheidszorg, en een inclusieve en veilige omgeving hebben een grote impact op de geestelijke gezondheid. Dit betekent dat geestelijke gezondheidsbevordering niet alleen gericht is op het versterken van individuele veerkracht, maar ook op het creëren van een omgeving die beschermt, ondersteunt en kansen biedt.

De **strategie** beantwoordt de vraag: “Hoe gaan we de visie realiseren?”. Dit wordt weergegeven aan de hand van ambities en (middel)langetermijndoelstellingen die het beoogde effect verduidelijken en dienen als mijlpalen voor bereiken van de visie. Vanuit een levensloopbenadering onderscheidt het beleidsplan vier specifieke levensfasen, aangevuld met een overkoepelende populatiebrede strategie:

1. **Een overkoepelende populatiebrede strategie** – Die telt voor alle leeftijdsgroepen.
2. **De eerste 1.000 dagen: Geestelijk gezond starten** – Een kansrijke basis voor het (ongeboren) kind.
3. **Kinderen en jongeren: Geestelijk gezond opgroeien** – Kansen creëren voor heden en toekomst.
4. **(Jong)volwassenen: Geestelijk gezond balanceren** – Rollen combineren met ruimte voor verdere ontplooiing.
5. **Ouderen: Geestelijk gezond participeren** – Een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven.

De levensloopbenadering met enkele aandachtspunten wordt ook visueel weergegeven in Figuur 8.

Figuur 8. Levensloopbenadering met specifieke aandachtspunten



5 STRATEGISCHE EN OPERATIONELE DOELSTELLINGEN

Geestelijke gezondheid is een complex en breed domein. De doelstellingen in het beleidsplan helpen om specifieke verbeterpunten te identificeren en daarvoor gerichte oplossingen naar voor te schuiven. De doelstellingen geven dus weer wat het beleidsplan wil realiseren, en waarop zal worden ingezet door welke actoren om dit te bereiken. Dit helpt later bij het plannen van acties en het toewijzen van middelen. In dit hoofdstuk worden de strategische en operationele doelstellingen weergegeven, alsook hoe ze tot stand zijn gekomen.

De initiële versie van de doelstellingen kwam tot stand via een gefaseerd en participatief proces dat de wetenschappelijke literatuur combineert met input van stakeholders en experts.

Een literatuurstudie en twee interactieve denkoefeningen in de eerste stakeholderbijeenkomst vormden de basis voor de doelstellingen. In eerste instantie werd een denkoefening ingericht rond de vraag “Wat zijn **belangrijke en prioritaire determinanten** van geestelijke gezondheid waarop het beleidsplan GGB dient in te zetten?” Dit werd besproken in de eerste stakeholderbijeenkomst, de determinanten werden vervolgens onderworpen aan een literatuurtoets en aangevuld met belangrijke determinanten uit de literatuur. De resultaten hiervan zijn samengevat in Hoofdstuk 5.1 van dit rapport.

Vervolgens werd een denkoefening ingericht rond de vraag “Wat zijn kansen en **sleutelmomenten** om in te spelen op de determinanten, en welke sleutelactoren kunnen hierin een rol spelen?” De resultaten hiervan zijn beschreven in Hoofdstuk 5.2.

De strategische en operationele doelstellingen, en het bijhorende feedbackproces, worden tot slot weergegeven in Hoofdstuk 5.3.

5.1 DETERMINANTEN VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEID

In het kader van het ontwikkelingstraject om te komen tot een beleidsplan GGB, besloot het consortium om een selectie te maken van determinanten van geestelijke gezondheid waarop het beleidsplan prioritair dient in te spelen. Deze determinanten vormden later de basis voor de strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan.

5.1.1 Methode

De selectie van determinanten is gebaseerd op een combinatie van literatuur en een interactieve denkoefening tijdens de eerste stakeholderbijeenkomst. Het conceptueel kader van de NHIR School for Public Health Research van de UK ¹² (zie Hoofdstuk 3.2), dat de belangrijkste determinanten van een *public mental health* programma in kaart brengt, vormde het vertrekpunt.

Tijdens de eerste stakeholdersbijeenkomst werd deze lijst van determinanten ter discussie voorgelegd aan de stakeholders, die in kleinere groepen per levensfase werden verdeeld:

- Groep 1: eerste 1.000 dagen (n=5);
- Groep 2: kinderen en jongeren (n=7);
- Groep 3: kinderen en jongeren (n=7);
- Groep 4: volwassenen (n=6);
- Groep 5: volwassenen (n=8);
- Groep 6: volwassenen (n=5);

- Groep 7: ouderen (n=8).

De groepen beantwoorden twee hoofdvragen:

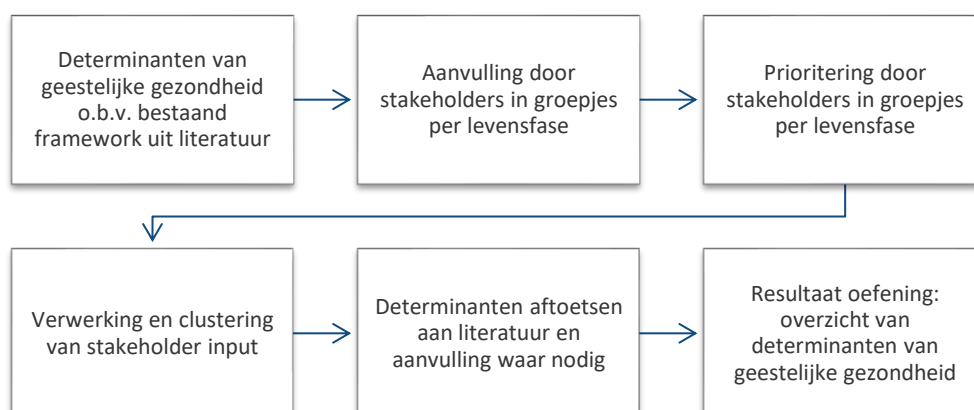
- 1) Wat zijn per levensfase aanvullende belangrijke determinanten (i.e., niet opgenomen in de lijst uit de literatuur) die de geestelijke gezondheid bevorderen of ondermijnen?
- 2) Welke van deze determinanten zijn prioritair in Vlaanderen?
Een determinant kan om diverse redenen prioritair zijn: omdat deze heel bepalend is voor de geestelijke gezondheid van de Vlaming, omdat deze de afgelopen jaren onderbelicht bleef of er onvoldoende rond gebeurde, en/of omdat de aanpak de afgelopen jaren niet helemaal goed zat en er dus werk aan de winkel is.

Voor de eerste vraag noteerden de deelnemers eerst individueel ideeën op post-its, waarna deze per tafel in groep werden besproken. Voor de tweede vraag kleefden de deelnemers eerst individueel stickers bij de determinanten die zij het meest prioritair achten. Vervolgens werden de determinant op basis van groepsdiscussie gegroepeerd als prioritair (= top vijf) en belangrijk (stickers, maar niet in top vijf).

De output van deze groeps gesprekken (post-its, extra aantekeningen en eventueel geluidsopname) werd door LUCAS verwerkt tot een synthese. Per leeftijdsfase werd een opsomming gemaakt van prioritaire en belangrijke determinanten volgens stakeholders. Verwante determinanten werden samengevoegd om het aantal determinanten te reduceren.

Stakeholders kregen via mail de kans om input te geven op de lijst met prioritaire en belangrijke determinanten. In een vervolgstap toetste LUCAS deze determinanten aan de wetenschappelijke literatuur. De lijst werd aangevuld met andere determinanten die buiten de selectie van de stakeholders vallen maar wel sterke evidentie hebben in de literatuur. De literatuurcheck verliep op een pragmatische (i.e., niet systematische) en doelgerichte manier, waarbij vertrokken werd van de bronnen geïdentificeerd in de exploratiefase en via Google Scholar verder zochten naar reviews over de rol van iedere determinant als risicofactor van geestelijke gezondheidsproblemen en/of als target in geestelijke gezondheidsbevordering en preventie. De flow om te komen tot het resultaat van de oefening, namelijk een overzicht aan prioritaire en belangrijke determinanten, wordt weergegeven in Figuur 9.

Figuur 9. Flow om te komen tot het overzicht aan prioritaire en belangrijke determinanten.



5.1.2 Resultaten

Tabel 12 geeft een overzicht van de prioritaire, belangrijke en aanvullende determinanten voor iedere levensfase. Determinanten waarvoor minder onderzoek beschikbaar is, worden aangeduid met een asterisk. In wat volgt, wordt de evidentie voor de verschillende determinanten per levensfase beknopt toegelicht. Op basis daarvan worden tot slot enkele risicogroepen voor selectieve preventie besproken.

Tabel 12. Prioritaire en belangrijke determinanten volgens de stakeholders.

	Eerste duizend dagen (n = 5)	Kinderen en jongeren (n = 14)	Volwassenen (n = 19)	Ouderen (n = 8)
Prioritair volgens stakeholders	- Veerkracht- & coping vaardigheden - Psychosociaal welzijn van ouders - Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Levensstijl & gezondheidsgedrag - Combinatie werk-gezin*	- Sociaal-emotionele vaardigheden - Gezinsrelaties - Mattering (gevoel van belang te zijn) - Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Fysieke omgeving & openbare ruimte* - Leerkansen & succeservaringen*	- Veerkracht- & coping vaardigheden - Kwaliteitsvol werk hebben - Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Stigma & discriminatie - Maatschappelijke druk & verwachtingen*	- Sociale steun, sociaal netwerk & verbondenheid - Betekenisvolle activiteiten & vrijwilligerswerk - Verlieservaringen & transitimomenten - Mantelzorg (risicogroep) - Autonomie en ageing in place* - Fysieke omgeving & openbare ruimte*
Belangrijk volgens stakeholders	- Zorgzaam ouderschap & opvoeding	- Fysieke activiteit - Pesten - Transitimomenten & -fases - Bespreekbaarheid geestelijke gezondheid, mental health literacy - Fysieke omgeving & openbare ruimte* - Leerkansen & succeservaringen*	- Gezinsrelaties - Levensstijl, gezondheidsgedrag - Betekenisvolle activiteiten & vrijwilligerswerk - Bespreekbaarheid geestelijke gezondheid, mental health literacy - Angst over maatschappelijke thema's (klimaat, oorlog...) * - Spiritualiteit, geloof, zingeving * - Zorgzame buurtwerking *	- Mattering (gevoel van belang te zijn)
Aanvullend		- Schoolstress, academische druk - Negatieve ervaringen in de kindertijd (risicogroep)	- Mantelzorg (risicogroep)	- Spiritualiteit, geloof, zingeving

Determinanten die aangeduid zijn met een asterisk(*) zijn minder goed onderzocht en omschreven in de literatuur.

5.1.2.1. Eerste duizend dagen

Psychosociaal welzijn van ouders

Zwangere vrouwen hechten veel waarde aan psychosociale ondersteuning en informatie naast de medische opvolging. Ze waarderen ook de mogelijkheid om ervaringen uit te wisselen met andere zwangere vrouwen ¹⁷. De zwangerschap is een periode van verhoogde stress op fysiek, psychisch en sociaal vlak. Aanhoudende en te hoge prenatale stress wordt echter in verband gebracht met vroeggeboorte, postpartum depressie, angst en foetale problemen ¹⁸. Er is ook bewijs dat de geestelijke gezondheid van de ouders invloed heeft op de intergenerationele overdracht van gehechtheid ¹⁹. De stakeholders benadrukken op dat het belangrijk is om niet alleen kwetsbare groepen, maar ook de grote middengroep aan ouders te ondersteunen.

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

Onderzoek toont aan dat sociale steun tijdens de zwangerschap het risico op psychische problemen bij de moeder verkleint ²⁰. De focus mag echter niet uitsluitend op de moeders liggen. Ook de vader, een plusouder, de ruimere familie en de buurt waarin mensen leven, spelen een belangrijke rol.

Veerkracht en coping vaardigheden

Nieuwe of extra zorgverantwoordelijkheden en bijkomende uitdagingen, zoals slaapgebrek, kunnen ouders onder druk zetten. Dit vereist veerkrachtvaardigheden, zoals stressregulatie en flexibiliteit, die toelaten om beter om te gaan met de toegenomen stress. Een conceptanalyse met Belgische stakeholders (clinici, onderzoekers, moeders en vaders...) definieerde 'perinatale veerkracht' als een circulair proces van persoonlijke groei, gezinsbalans en aanpassing of acceptatie bij confrontatie met stressoren tijdens de perinatale periode ²¹. De vijf bepalende kenmerken van perinatale veerkracht zijn sociale steun, zelfeffectiviteit, eigenwaarde, emotieregulatie en persoonlijkheid. Interviews met Vlaamse moeders gebruikten van een gespecialiseerde moeder-kind unit binnen een geestelijke gezondheidsvoorziening, toonden aan dat er in de huidige reguliere kraamzorg geen aandacht is voor veerkracht en de moeder-kind dyade ²².

Levensstijl en gezondheidsgedrag

Het is uitdagend, maar juist extra belangrijk om tijdens en na de zwangerschap voldoende aandacht te besteden aan een gezonde en gebalanceerde levensstijl. Verschillende leefstijlfactoren, zoals beweging, voeding en slaap, zijn verbonden met de geestelijke gezondheid in de eerste duizend dagen ^{23,24}.

Combinatie werk-gezin

Er is beperkte wetenschappelijke evidentie over de relatie tussen het werk van de ouder(s) en geestelijke gezondheid in de perinatale periode. De meeste literatuur richt zich op de relatie tussen het werk van de ouder en de geestelijke gezondheid van ouder en/of kind in het algemeen. Een systematische review vond onduidelijke resultaten over de impact van de werk-gezin balans op de geestelijke gezondheid van kinderen, en stelde vast dat deze associatie beïnvloed wordt door ouderlijke eigenschappen en de geestelijke gezondheid van de ouders²⁵. Een andere review onderzocht interventies op de werkvloer om het welzijn van ouder(s) en hun gezinnen te verbeteren (bv. controle over werkschema, verlof en vrije dagen) en vond verbeteringen in slaap en stress, de werk-privé balans en ouder-kind relaties²⁶. Hoewel werkinterventies voor ouders veelbelovend zijn, is de bewijskracht zwak. Vooral de regelgeving vanuit de bovenlokale

overheden moet voldoende ondersteunend zijn t.a.v. het ouderschap, zoals het voorzien van kwaliteitsvolle kinderopvang, moederschapsrust en ouderschapsverlof.

Zorgzaam ouderschap en opvoeding

De hechting tussen baby's en verzorger(s) is cruciaal voor een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling ²⁷. Een veilige hechting ontstaat dankzij een warme, responsieve en consequente band met ten minste één verzorger. Veilige hechting vormt een beschermende factor voor de geestelijke gezondheid later in het leven en bevordert de ontwikkeling van neurale structuren die leiden tot betere emotionele regulatie, aandacht en zelfcontrole. Hechting legt zo een basis voor veerkracht.

5.1.2.2. Kinderen en jongeren

Sociaal-emotionele vaardigheden

Sociaal-emotionele vaardigheden (SEV) omvatten de competentie om succesvol met anderen te communiceren, eigen emoties en gedrag te reguleren, empathisch te denken, en problemen op te lossen. Deze vaardigheden zijn ook cruciaal voor de identiteitsontwikkeling, zoals het opbouwen van een positief zelfbeeld, positief lichaamsbeeld en zelfvertrouwen. Uit een systematische review blijkt dat het mogelijk is SEV aan te leren en dat het trainen van deze vaardigheden leidt tot verbeteringen in de geestelijke gezondheid, prosociaal gedrag, sociale vaardigheden, middelengebruik, positief zelfbeeld en academische prestaties ^{28,29}. Een bijkomend voordeel is dat leerkrachten en ander schoolpersoneel dergelijke trainingsprogramma's effectief kunnen aanbieden, waardoor het mogelijk is om deze interventies te integreren in alle graden van het onderwijs (kleuterschool, lagere school en middelbare school).

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

De stakeholders benadrukken dat de kwaliteit van de sociale omgeving prioritair is, met name de mate waarin het gezin en het sociaal netwerk kan voldoen aan de basisbehoeften van kinderen en jongeren. Een systematische review ondersteunt de bevinding dat zowel sociaal kapitaal binnen de familie als in de ruimere gemeenschap belangrijk is voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren ³⁰. Voor adolescenten is verbondenheid met leeftijdsgenoten, de gemeenschap en de school essentieel ³¹. Een systematische review toont bovendien aan dat het mogelijk is om verbondenheid op school te bevorderen, bijvoorbeeld door meer te focussen op de sterktes van leerlingen en door positieve interacties tussen leerlingen onderling en tussen schoolpersoneel en leerlingen te stimuleren ³².

Gezinsrelaties

De kwaliteit van de ouder-kind relatie en de opvoeding, evenals de band met broers en zussen, de relatie tussen (plus)ouders onderling en de bredere familierelaties, zijn van groot belang. Voor kinderen zijn ouder-kind conflicten en een gebrek aan zorgzaamheid voorspellers voor psychische problemen ³³. De impact van de kwaliteit van andere gezins- en familierelaties op de geestelijke gezondheid is minder goed onderzocht. Specifiek voor adolescenten toont een systematische review dat er een consistent verband is tussen geestelijke gezondheid en de kwaliteit van communicatie tussen ouder en kind. Interventies die inspelen op ouder-kind communicatie zijn slechts beperkt onderzocht ³⁴.

'Mattering' (gevoel van belang te zijn)

Inspraak en betrokkenheid zijn belangrijke factoren in alle leefomgevingen van kinderen en jongeren. De stakeholders verwijzen in het bijzonder naar het concept ‘mattering’: als kind of jongere ertoe doen; gezien, gehoord en geloofd worden. Dit wordt gestimuleerd door positief contact met zorgzame volwassenen, zoals erkenning krijgen van leerkrachten ³⁵. Het is belangrijk dat kinderen en jongeren voldoende autonomie krijgen om te mogen zoeken, vallen en opstaan.

Fysieke omgeving en openbare ruimte

De fysieke omgeving speelt ook een belangrijke rol voor kinderen en jongeren, zoals de kwaliteit van de schoolomgeving en de toegang tot natuur. Een systematische review toont bijvoorbeeld een verband aan tussen toegang tot de natuur en mentaal welzijn, hoewel de bewijskracht zwak is en er geen evidentie voor een causaal verband is ³⁶.

Leerkansen en succeservaringen

Leerkansen en succeservaringen kunnen de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren een boost geven. Dit omvat niet alleen schoolsucces, maar ook kleinere successen en positieve ervaringen in andere domeinen, zoals het leren van iets nieuw bij een hobby of in het huishouden. In alle levensdomeinen is een groeigerichte aanpak, met aandacht voor de talenten van elk kind, nodig.

Fysieke activiteit

Een gezonde levensstijl bevordert de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Stakeholders benadrukken vooral het belang van fysieke activiteit. Systematische reviews tonen aan dat interventies gericht op fysieke activiteit het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren aanzienlijk verbeteren, hoewel de impact op de preventie van psychische problemen minder duidelijk is ^{37,38}. Fysieke activiteit biedt extra bescherming wanneer het wordt gecombineerd met sociale activiteiten; zo is deelname aan teamsport bijvoorbeeld gekoppeld aan een lager risico op psychische problemen³⁹.

Pesten

Pesten, inclusief cyberpesten, is nauw verbonden met de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Zowel pesters als slachtoffers lopen een hoger risico op depressieve symptomen⁴⁰. Interventies om pesten aan te pakken, maken gebruik van sociale steun van leeftijdsgenoten, coping vaardigheden, en schoolprogramma's gebaseerd op psycho-educatie⁴¹.

Transitiemomenten en overgangsfases

Tijdens belangrijke transitie momenten van kinderen en jongeren, zoals de overgang van de lagere school naar het middelbaar, ontbreekt vaak de nodige ondersteuning. Een systematische review toont aan dat bepaalde interventies effectief kunnen zijn in het ondersteunen van kinderen en jongeren bij de overgang tussen schoolomgevingen ⁴². Er zijn vooral effecten op sociaal welzijn (bv. waargenomen sociale steun), terwijl de effecten op emotioneel welzijn (bv. stress) gemengd zijn. De kenmerken van de interventies variëren afhankelijk van de leeftijd van de jongeren die de overgang doormaken. Bij jongere kinderen ligt de nadruk vooral op opvoeding en de schoolomgeving, terwijl er bij oudere jongeren meer aandacht gaat naar sociale steun tijdens de overgang naar het hoger onderwijs.

De bespreekbaarheid van geestelijke gezondheid en mental health literacy

Stigma ten aanzien van psychische problemen heeft een negatieve invloed op de bespreekbaarheid van geestelijke gezondheid. Dit hangt samen met mental health literacy, wat verwijst naar de kennis en vaardigheden die nodig zijn om een goede geestelijke gezondheid te bevorderen en te behouden. Het concept bestaat uit verschillende componenten: begrijpen hoe je een goede geestelijke gezondheid kunt verkrijgen en behouden, inzicht hebben in psychische stoornissen en hun behandeling, positieve attitudes hebben ten aanzien van psychische problemen en indien nodig hulpzoekgedrag stellen. Interventies gericht op stigma en mental health literacy bij kinderen en jongen laten consistente verbeteringen zien in geestelijke gezondheidsvaardigheden en kennis. Hoewel er een positief maar zwak effect is op attitudes en stigma, is er geen effect op hulpzoekgedrag ⁴³⁻⁴⁵. Het is daarnaast belangrijk om specifiek aandacht te besteden aan de kennis en vaardigheden van ouders, leerkrachten en andere verzorgers zodat zij tijdig psychische problemen bij kinderen en jongeren kunnen herkennen en hulp kunnen inschakelen ⁴⁶.

Maatschappelijke verwachtingen en druk

De stakeholders geven aan dat maatschappelijke verwachtingen en druk de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren kunnen schaden. De evidentie hiervoor is echter beperkt.

Angst over maatschappelijke thema's (klimaat, oorlog,...)

Klimaatangst, oftewel de bezorgdheid over de planeet als gevolg van klimaat- en andere milieuveranderingen, is een recent concept dat door de stakeholders wordt genoemd als een belangrijke determinant van een verminderde geestelijke gezondheid bij kinderen en jongeren. Een scoping review wijst erop dat er nog veel hiaten zijn in de huidige literatuur en concludeert op basis van correlatiestudies dat kinderen en jongeren met klimaatangst emoties ervaren zoals boosheid, verdriet, schuldgevoel en hopeloosheid ⁴⁷.

Schoolstress en academische druk

Hoge academische eisen kunnen een beschermende factor zijn voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren, indien ze realistisch zijn. Wanneer de verwachtingen echter te hoog zijn, kunnen ze leiden tot prestatiedruk, faalangst en obsessief schoolwerk. Een systematische review rapporteert dat een hoge academische druk gepaard gaat met meer negatieve uitkomstmaten zoals depressie, angst, zelfbeschadiging, suïcidaliteit en zelfmoordpogingen bij schoolgaande kinderen en adolescenten ⁴⁸.

5.1.2.3. Volwassenen

Het hebben van kwaliteitsvol werk

Het hebben van een goede baan is voor veel mensen een beschermende factor voor hun geestelijke gezondheid, terwijl werkloosheid juist een negatieve impact heeft ⁴⁹. Daarentegen is werk vaak een bron van chronische stress. Een meta-analyse toont aan dat vooral onevenwichtig werk, beroepsonzekerheid en een gebrek aan waardering en respect op de werkvloer tot psychische problemen kunnen leiden. Meer specifieke factoren die samenhangen met een negatieve geestelijke gezondheid zijn: hoge taakeisen, weinig controle over het werk, een onevenwicht tussen inspanning en beloning, weinig rechtvaardigheid, stress over de eigen rol, pesten en weinig sociale steun ⁵⁰. Het feit dat de oorzaak van burn-out en andere psychische

werkgerelateerde klachten vaak te herleiden is tot structurele factoren in de werkomgeving, wijst op het belang van multifactoriële interventies op organisatieniveau.

Sociale steun, sociaal netwerk en verbondenheid

Er is sterke evidentie dat sociale steun de geestelijke gezondheid bevordert en bescherming biedt tegen psychische problemen ⁵¹. Vooral de steun van de partner is belangrijk voor volwassenen, gevolgd door die van familie en vrienden ⁵². Het sociale netwerk zorgt ook voor ontspanning en gevoelens van verbondenheid. Een systematische review onderzocht hoe sociale relaties de geestelijke gezondheid van volwassenen beïnvloeden en welke omstandigheden gunstige van ongunstige relaties onderscheiden ⁵³. De kwaliteit en inhoud van relaties hebben een cruciaal effect op de geestelijke gezondheid. De bevindingen suggereren dat interventies die sociale relaties ondersteunen potentieel hebben om de geestelijke gezondheid te verbeteren. Ook digitale interventies kunnen helpen bij het ontwikkelen en versterken van relaties, mits er voldoende aandacht is voor de kwaliteit en inhoud van deze relaties.

Stigma en discriminatie

Stigma en discriminatie kunnen de geestelijke gezondheid ernstig ondermijnen, vooral bij minderheidsgroepen en personen met een (psychosociale) kwetsbaarheid of beperking. Deze groepen kunnen uitsluiting of structurele discriminatie ervaren op verschillende gebieden, zoals werk, huisvesting en het sociale leven. Waargenomen discriminatie veroorzaakt verhoogde stressreacties en is gerelateerd aan ongezond gedrag ⁵⁴. Een review toont aan dat interventies gericht op het verminderen van stigma effectief zijn om positieve attitudeveranderingen te bekomen ⁵⁵.

Veerkracht en coping vaardigheden

Veerkracht heeft een positieve impact op de geestelijke gezondheid en speelt vooral een rol bij het omgaan met ingrijpende levensgebeurtenissen. Het fungeert als een buffer en zorgt voor herstel na tegenslagen. Belangrijke aspecten van veerkracht zijn het toepassen van geschikte copingstrategieën, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit en het benutten van externe sociale steun. De meeste veerkrachtinterventies zijn gebaseerd op principes uit de cognitieve gedragstherapie en/of mindfulness, waarbij een combinatie van beide de beste resultaten oplevert ⁵⁶. Zelfzorg is ook een essentieel onderdeel en omvat het bewaken van persoonlijke grenzen en het tijdig ingrijpen (bv. het rustiger aan doen op het werk, tijd voor zichzelf nemen) wanneer men uit balans dreigt te raken.

De maatschappelijke druk en verwachtingen

Maatschappelijke druk en verwachtingen hebben een belangrijke invloed op de geestelijke gezondheid. Dit omvat werkdruk, de druk om succesvol en voortdurend gelukkig te zijn ('steeds meer, steeds beter') en de druk om constant bereikbaar te zijn. Er is behoefte aan het normaliseren van onwelbevinden en het accepteren van tegenslagen en verdriet als onderdelen van het leven. Mensen denken soms snel dat er iets mis is, wanneer ze negatieve gevoelens ervaren, wat extra stress veroorzaakt. Onderzoek toont een verband aan tussen de maatschappelijke druk om gelukkig te zijn en een verminderd welzijn ⁵⁷. Wat betreft werkdruk, toont een systematische review aan dat een gebrek aan herstel na het werk, in de vorm van relaxatie, psychologische ontkoppeling, beheersing en controle, schadelijk is voor de geestelijke gezondheid ⁵⁸. Bovendien raken mensen chronisch overprikkeld door een constante stroom van informatie en negatieve



berichtgeving, wat kan leiden tot (chronische) stress en angst. Ook in de fysieke omgeving is er een overdaad aan prikkels, vooral in stedelijke gebieden.

Gezinsrelaties

Een review toont dat een goede partnerrelatie een buffer vormt tegen psychische problemen en dat het verbeteren van de partnerrelatie een positief effect heeft op de geestelijke gezondheid. Omgekeerd kan een conflictueuze partnerrelatie een grote negatieve impact hebben ⁵⁹. Koppelgerichte interventies, vooral indien gericht op selectieve preventie (bv. kankerpatiënten en hun partner ondersteunen bij het overbruggen van het moeilijke ziekteproces), kunnen zowel de kwaliteit van de relatie als de geestelijke gezondheid van beide partners bevorderen ⁶⁰. Ook positieve ouder-kind relaties, zowel in de kinderjaren als tijdens de volwassenheid, en relaties met broers, zussen en andere gezinsleden zijn geassocieerd met een positieve geestelijke gezondheid ⁶¹. Volgens een systematische review verbetert het psychosociaal welzijn van ouders dankzij groepstrainingen om de opvoedingsvaardigheden van ouders te verbeteren (o.a. Triple-P) ⁶².

Levensstijl en gezondheidsgedrag

Levensstijlfactoren en gezondheidsgedrag beïnvloeden de geestelijke gezondheid en vice versa. Een meta-analyse toont aan dat lichaamsbeweging een beschermende factor is bij het voorkomen dat psychische problemen ontstaan, en dat slecht slapen een risicofactor is ⁶³. Er is minder eenduidige evidentie voor de rol die voeding en roken speelt.

Betekenisvolle activiteiten en vrijwilligerswerk

Systematische reviews tonen aan dat het hebben van vrijwilligerswerk positieve effecten heeft op de geestelijke gezondheid en het algemeen functioneren, vooral bij oudere volwassenen en wanneer de beweegreden altruïstisch van aard is ⁶⁴.

De bespreekbaarheid van psychisch welzijn en mental health literacy

Interventies gericht op het verbeteren van mental health literacy hebben positieve effecten op de geestelijke gezondheid. Daarbij zijn digitale interventies net zo effectief als face-to-face interventies, vooral wanneer ze actieve elementen bevatten, zoals peer support of vaardigheidstraining. De positieve effecten op hulpzoekgedrag zijn echter beperkt ⁶⁵. Onderzoek suggereert bovendien dat interventies gericht op het verhogen van mental health literacy potentieel hebben om raciale ongelijkheden te verminderen, aangezien stigma en beperkte kennis over geestelijke gezondheid meer uitgesproken zijn in culturele minderheidsgroepen ⁶⁶.

Spiritualiteit, geloof en zingeving

Spiritualiteit en religiositeit zijn gekoppeld aan een verbeterde geestelijke gezondheid, vooral op het gebied van depressie, suïcidaliteit en middelenmisbruik ⁶⁷.

Angst rond maatschappelijke thema's (klimaat, oorlog,...)

Bepaalde maatschappelijke thema's, zoals klimaatverandering en oorlog, kunnen angst en stress veroorzaken. Misinformatie (fake news) en polariserende boodschappen dragen hieraan bij. Er is echter nood

Autonomie en ageing in place

Autonomie kan betrekking hebben op fysieke, mentale, sociale en financiële aspecten. Het is belangrijk dat oudere mensen de controle over hun eigen leven behouden en de nodige ondersteuning krijgen om dit mogelijk te maken. “Ageing in place” betekent dat ouderen in hun vertrouwde omgeving blijven wonen. De familie speelt een belangrijke rol bij het bevorderen van veiligheid, sociale connectie en ondersteuning om gezond ouder te worden in de thuiscontext toe te laten ⁷¹. Ook in woonzorgcentra is autonomie en de perceptie van autonomie bepalend voor de kwaliteit van leven ⁷⁸.

‘Mattering’

Het gevoel er niet meer bij te horen in de samenleving en geen betekenisvolle rol te vervullen, vormt een risicofactor voor geestelijke gezondheidsproblemen. Een systematische review toont een wederkerig verband aan tussen agisme (i.e., negatieve percepties over ouderen, gekenmerkt door discriminatie, vooroordelen en stereotypes) en het psychologisch welzijn van ouderen: ouderen die zelf meer agisme attitudes hebben, ervaren een slechtere geestelijke gezondheid, en ouderen met een slechtere geestelijke gezondheid zijn vatbaarder voor agisme ⁷⁹.

Spiritualiteit, geloof en zingeving

Een systematische review suggereert dat religiositeit en spiritualiteit geassocieerd zijn met geestelijke gezondheid en levenstevredenheid bij ouderen ⁸⁰. Interventies met een spirituele component kunnen de geestelijke gezondheid van ouderen in woonzorgcentra verbeteren en kan ouderen helpen om zich voor te bereiden op het levenseinde ⁸¹.

5.1.2.5. Risicogroepen voor selectieve preventie

Personen in armoede

Armoede is een bron van chronische stress, en draagt zo bij aan verschillende negatieve gezondheidssuitkomsten en sociale uitkomsten ⁸². Armoede is gelinkt aan een brede waaier van sociaaleconomische kwetsbaarheidsfactoren, zoals een lager opleidingsniveau, werkloosheid, éénoudergezinnen, migratieachtergrond, slechtere huisvesting... Personen met beperkte financiële middelen kunnen moeilijke toegang ervaren tot (geestelijke) gezondheidszorg en kunnen zich geïsoleerd voelen van de samenleving vanwege een gebrek aan middelen om deel te nemen aan sociale activiteiten, sport en ontspanning.

Om de geestelijke gezondheid te bevorderen en ongelijkheden te minimaliseren, is het daarom essentieel om op verschillende niveaus in te grijpen, en dit zo vroeg mogelijk in het leven en in iedere levensfase ^{83,84}:

- Sociaal beleid: armoede aanpakken en maatregelen te nemen om de sociale determinanten van geestelijke gezondheid te verbeteren, bv. basisinkomen, aanpakken werkloosheid,...
- Zorg en welzijn: betaalbare en kwalitatieve zorg en sociale diensten garanderen, vorming over ‘armoede bewustzijn’ voor professionals
- Gemeenschap: stigma en uitsluiting tegengaan, bv. sociale verbondenheid promoten, straathoekwerkers, interventies voor het verhogen van sociaal kapitaal
- Individueel en gezin: selectieve preventie en ondersteuningsprogramma’s voor sociaaleconomische kwetsbare personen en gezinnen.

Etnisch-culturele minderheden

De populatie van etnisch-culturele minderheden en personen met een migratieachtergrond is zeer divers, maar over het algemeen kent deze groep een verhoogd risico op verminderd psychisch welzijn⁸⁵. Migratie kan leiden tot stressvolle ervaringen die de geestelijke gezondheid ondermijnen, waaronder aanpassingsmoeilijkheden en culturele conflicten, discriminatie, legale status, sociaal isolement en verlies van steunsystemen⁸⁶. Etnisch-culturele minderheden en migranten hebben vaker te maken met sociaaleconomische kwetsbaarheden zoals werkloosheid en armoede.

Om de geestelijke gezondheid van deze groep te bevorderen en ongelijkheden te verkleinen, is nood aan een aanpak met aandacht voor diversiteit. Een scoping review over interventies bij etnische minderheden in Europa vond dat interventies aangepast aan etnisch-culturele minderheden veelbelovend maar beperkt onderzocht zijn, en benadrukt de noodzaak om cultuursensitieve interventies te ontwikkelen op een participatieve manier⁸⁷. Ook psycho-educatieve programma's hebben positieve effecten bij personen met een migratieachtergrond. In deze groep is de kennis over geestelijke gezondheid vaak beperkter, wat leidt tot een groter stigma rond dit onderwerp⁸⁸. Wat geestelijke gezondheidsbevordering bij asielzoekers en vluchtelingen betreft, besloot een meta-review dat er onvoldoende onderzoek over is, gezien de meeste studies focussen op de behandeling van psychische problemen (vooral posttraumatische stress)⁸⁹.

Personen met een (langdurige) ziekte, aandoening of beperking

De prevalentie van psychische problemen is hoger bij personen met een langdurig ingrijpend gezondheidsprobleem (bv. cardiovasculaire ziekte, kanker, COPD...), mede omwille van een hogere prevalentie van problemen in sociale relaties, werk en financiële moeilijkheden⁹⁰. Personen met een langdurige ziekte of aandoening vormen daarom een risicogroep. De evidentie is minder eenduidig voor personen met een functionele of motorische beperking.

Een systematische review identificeerde educatie, ontwikkeling van communicatievaardigheden, ontspanningstechnieken, cognitieve herstructurering, probleemoplossing, acceptatie en zingeving en het stellen van doelen als de werkzame technieken van psychosociale interventies voor volwassenen met een nieuw gediagnosticeerde chronische ziekte⁹¹.

Personen die zich identificeren als LGBTQI+

Er is groeiende evidentie voor de lagere geestelijke gezondheid van personen behorend tot de LGBTQI+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex, +) gemeenschap, omwille van publiek en geïnternaliseerd stigma, discriminatie en sociale uitsluiting⁹². De geestelijke gezondheid van LGBTQI+ personen kan worden bevorderd door middel van verschillende benaderingen die rekening houden met specifieke uitdagingen, zoals het creëren van veilige en ondersteunende omgevingen ('safe spaces') en het bevorderen van sociale steun en veerkracht⁹³.

Mantelzorgers

Een systematische review met longitudinale studies toonde een duidelijk verband aan tussen het verlenen van mantelzorg en een verlaagde geestelijke gezondheid⁹⁴. Mantelzorg kan belastend zijn en vormt daardoor een risicofactor voor de geestelijke gezondheid. Tegelijk kan het ook een gevoel van zingeving geven. Hoewel het onduidelijk is welke interventie de voorkeur geniet, is er evidentie voor de effectiviteit van sociale



steuninterventies, interventies gericht op cognitieve therapie, interventies gericht op vrije tijd en fysieke activiteit, en psycho-educatieve interventies voor mantelzorgers ⁹⁵⁻⁹⁷.

Kinderen met negatieve vroege ervaringen (adverse childhood experiences of ACEs)

Er is een link tussen negatieve ervaringen in de kindertijd en geestelijke gezondheid, ook later in het leven ⁹⁸. Een meta-analyse vond sterke evidentie dat pesten, emotioneel misbruik, verwaarlozing, verlies van een ouder en mishandeling in de kindertijd geassocieerd zijn met psychische stoornissen in het latere leven ⁹⁹. Interventies die zich richten op cognitieve processen rondom negatieve gebeurtenissen in de kindertijd kunnen het risico op psychische problemen in het latere leven verminderen ¹⁰⁰. Kinderen en jongeren met negatieve ervaringen vormen dus een belangrijke groep voor selectieve preventie. Ook is er nood aan trauma-geïnformeerde aanpak in scholen en de vorming van leerkrachten, iets wat tot op heden onderbestudeerd is. ¹⁰¹

Naast de determinanten was het ook belangrijk om in kaart te brengen welke kansen er zijn om op impactvolle wijze in te spelen op de prioritaire determinanten van geestelijke gezondheid.

Via een tweede interactieve denkoefening tijdens de eerste stakeholdersbijeenkomst werd dieper ingegaan op kansen om in te spelen op de prioritaire determinanten van geestelijke gezondheid. Hierbij was het expliciet de vraag om sleutelfiguren en -organisaties, sleutelmomenten en sleutelplaatsen te identificeren en nog niet te denken in termen van specifieke acties en interventies.

Deze input werd, samen met de belangrijke en prioritaire determinanten, gebruikt een eerste versie van de strategische en operationele doelstellingen op te stellen.

Hieronder wordt per levensfase een tabel gepresenteerd waarin de input van de stakeholders wordt weergegeven met betrekking tot de sleutelactoren en sleutelmomenten. Het is belangrijk om te benadrukken dat deze tabellen geen volledig overzicht bieden van alle relevante sleutelactoren en -momenten voor elke levensfase. Ze geven enkel de input van de aanwezige stakeholders weer. De resultaten maken zo echter duidelijk GGB een gedeelde verantwoordelijkheid is, gedragen door verschillende actoren in uiteenlopende sectoren en settings.

Tabel 13. Eerste duizend dagen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting

EERSTE DUIZEND DAGEN		
Setting / domein / context	Sleutelfiguren en -organisaties	Sleutelmomenten
Individu, gezin, thuisomgeving	• Steunfiguren: grootouders, familie, steunfiguren in de buurt • Kind en Gezin (huisbezoeken) • Mutualiteiten	• Tijdens én na de postpartum periode van 6 weken
Onderwijs	• Scholen • Universiteiten, hogescholen en centra voor volwassenonderwijs: aandacht besteden aan geestelijke gezondheid in opleiding van toekomstige zorgprofessionals	
Werk	• Federale overheid: ondersteunende maatregelen voor combinatie werk-gezin • Werkgevers • Leidinggevenden	
Zorg en welzijn	• Agentschap Opgroeien, o.a. Kind en Gezin • Kinderdagverblijven, gezinsopvang, buitenschoolse kinderopvang: onthaalouders, begeleiders en verzorgers • Vroedvrouwen: idealiter ingebed in huisartsenpraktijk / eerste lijn • Huisartsen • Gynaecologen • Apothekers • Huizen van het Kind • Mutualiteiten	• Eerste onderzoek bij de huisarts • Bij aanvraag van groeipakket
Buurt en (lokaal) bestuur	• Coördinatoren en medewerkers van projecten zorgzame buurten • Lokale (perinatale) netwerken	

Tabel 14. Kinderen en jongeren: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting

KINDEREN EN JONGEREN		
Setting / domein / context	Sleutelfiguren en -organisaties	Sleutelmomenten
Individu, gezin, thuisomgeving	• Gezin en familie • Ruimere context van opvoeders • Buren • Gezinscoach (bv. in het kader van 1-Gezin-1-Plan)	• Grote gezinstransities (verhuis, overlijden, ...) • Eerste relatie
Vrijetijd	• Vrienden (zowel op school, in de vrije tijd, in de buurt, online, ...) • Jeugdwerking (bv. jeugdbeweging, jeugdateliers, jeugthuizen, speelpleinwerking, godsdienstige jongerenorganisaties, politieke jongerenorganisaties, studentenclubs, jeugdwerk met specifiek werkveld, jeugdwerk met specifieke doelgroep...) • Leiders van jeugdverenigingen en verenigingen met jeugdwerking • Ambrassade • Sportverenigingen • Sporttrainers of sportcoaches, andere sporters	
Onderwijs	• Ouders van kinderen op school • Leerkrachten/het lerarenteam • Zorgleerkrachten, zorgcoördinatoren, zorgcoaches, vertrouwenspersoon • Leerondersteuners • Leerlingenbegeleiders • Coördinerend leerlingenbegeleiders • Beleidsteam school of de directie die het beleid voor leerlingen en leerkrachten uiteenzet en invloed heeft op verschillende niveaus • CLB • Pedagogische begeleidingsdiensten • Scholenkoepels bv. Katholiek Onderwijs Vlaanderen, Federatie Steinerscholen, Vlaams Onderwijs OverlegPlatform, ...) • Vervolgschoolcoaches voor begeleiding van OKAN (Onthaalonderwijs voor anderstalige kinderen) naar de vervolgschool	• Overgang van kinderopvang naar school • Overgang van middelbaar naar hoger onderwijs • Time-out van reguliere onderwijs (Naadloos flexibele trajecten (NAFT) waarbij kind of jongere een traject loopt bij een erkende schoolexterne organisatie, zorgboerderij) • Drop-out uit het onderwijs • Klassenraad als sleutelmoment. Leerlingen worden gemaakt of gekraakt tijdens klassenraden. Zal je in de positieve zin iets betekenen of in de negatieve zin? Ook al zijn resultaten van leerling slecht, moet de klassenraad echt doorgronden welke groeikansen de leerling nodig heeft (praktische moeilijkheden, iets intellectueels?).

////////////////////////////////////

	• Brugfiguren (maken brug tussen de school, het gezin en andere actoren uit hulp- en dienstverlening) • Tewerkstellingsdiensten (bv. VDAB, interimkantoren, ...) • Rolmodellen (bekende personen die als rolmodel kunnen optreden) • Universiteiten, hogescholen en centra voor volwassenonderwijs: aandacht besteden aan geestelijke gezondheid in opleiding van toekomstige professionals werkzaam met kinderen en jongeren	• Verschillende formele en informele gesprekken op school (zorggesprek, oudergesprek, leerlingengesprek, informele gesprekken op de speelplaats...)
Werk	• Jobstudenten • Werkgever van ouders en opvoedingsfiguren creëert mee de omgeving waarin een kind/jongere leeft. De werkcontext van alle sleutelfiguren voor kinderen en jongeren is relevant.	• Overgang van onderwijs naar arbeidsmarkt
Zorg en welzijn	• Laagdrempelige inloophuizen (bv. OverKop, ...) • Jongerencoaches • Psychologen • Therapeuten • Organisaties en verenigingen voor lotgenotencontact bv. Familieplatform, Similes, UilenSpiegel, ... • Diensten pleegzorg • Begeleiders en pedagogisch medewerkers kinderopvang • Steungezinnen (Opvanggezin voor anderstalige nieuwkomers die in opvangcentra leven) • Jeugdartsen • Online of telefonische hulplijnen (bv. Awel, 1813, ...) • Websites online zelfhulp (bv. Moodspace, NokNok, ...)	
Buurt en (lokaal) bestuur	• Sociale dienst (OCMW)Vlaamse Jeugdraad • Jeugdambtenaar • Dienst jeugd • Dienst mobiliteit • Dienst vrije tijd • Stads- of gemeentebestuur • Huisvestingsmaatschappijen • Provincieraad	

Tabel 15. Volwassenen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting

(JONG)VOLWASSENEN		
Setting / domein / context	Sleutelfiguren en -organisaties	Sleutelmomenten
Individu, gezin, thuisomgeving	• Informeel steunend netwerk: familie, vrienden, ...	• Alleen gaan wonen of samen gaan wonen • Geboorte van kinderen • Relatiebreuk of scheiding • Kinderen die uit huis gaan • Bij ziekte van een naaste
Vrijetijd	• Begeleiders van vrijetijdsverenigingen • Begeleiders en coaches van sportclubs • Religieuze instellingen zoals moskee, parochie, kerk • Organisaties of verenigingen voor singles	
Onderwijs	• Centra voor volwassenonderwijs en hoger onderwijs zoals hogescholen en universiteiten • Scholen en leerkrachten: ouders bereiken en samenbrengen, zorgen voor ontmoeting, ouders informeren over geestelijke gezondheid • Oudercomité/ouderenraad: sociaal netwerk van ouders versterken, zorgen voor ontmoeting	• Oudercontact op school
Werk	• Leidinggevenden • Collega's en bredere team • Vertrouwenspersoon op het werk • Netwerken op het werk (bv. werkgroep binnen bedrijf dat rond welzijn werkt) • Preventiediensten op het werk - intern en extern • HR: welzijnsbeleid • Arbeidsarts: welzijnsbeleid en niet meteen medicaliseren • Tewerkstellingsdiensten (bv. VDAB, interimkantoren) • Vakbonden • Federale overheid: systemen van loopbaanonderbreking ontbreken ter ondersteuning van levensfasen	• Aanwerving • Evaluatie • Beëindiging contract / ontslag • Terug starten, bv. na ziekte of kraamperiode • Bereiken pensioenleeftijd • Moeilijke momenten bv. bij een incident of conflict
Zorg en welzijn	• Zorgverleners in het algemeen: aandacht voor geestelijke gezondheid, psychosociale noden en kwetsbaarheden tijdens aanmelding en opvolging	• Diagnose van ziekte (zelf of naaste)

	• Huisarts: laagdrempelig aanspreekpunt, vraagt hoe het gaat • Tandarts • Kinesist: beweging initiëren en stimuleren • Apotheker: detectie van overmatig medicatiegebruik en psychosociale noden (cfr. #CAVAasa) • Thuisverpleegkundigen • Familie- en thuishulpdiensten • Vormingsorganisaties en herstelacademies: coachen in het leren omgaan met negatieve gebeurtenissen • Ervaringsdeskundigen • Organisaties en verenigingen voor lotgenoten • Luister- en hulplijnen • CAW en slachtofferhulp • Opbouwwerk (bv. SAAMO) • Armoedeverenigingen bv. Netwerk tegen Armoede • Patiëntenverenigingen bv. Kom op tegen Kanker, Vlaams Patiëntenplatform	• Tijdens en na ziekenhuisopname (zelf of naaste)
Buurt en (lokaal) bestuur	• Coördinatoren en medewerkers van projecten zorgzame buurten • Organisaties voedselbedeling en sociale kruideniers • Politie • Coördinatoren van lokale ondersteunings- en ontmoetingscentra • Huisvestigingsmaatschappijen	

Tabel 16. Ouderen: Sleutelfiguren- en organisaties en sleutelmomenten per setting

OUDEREN		
Setting / domein / context	Sleutelfiguren en -organisaties	Sleutelmomenten
Individu, gezin, thuisomgeving	• Ouderen zelf: zij moeten aangemoedigd worden om zelf de verantwoordelijkheid te blijven nemen voor hun eigen leven • Partner en familie • Peers en leeftijdsgenoten • Mantelzorgers • Zorgzame burens	
Vrijetijd	• Ouderenverenigingen • Sociale dienstencentra • Ontmoetingscentra • Sociale en culturele organisaties: voorzitters, trekkers attenderen op de inclusie van ouderen • Vrijwilligerswerk en organisaties: om verbonden te blijven na het pensioen • Lokale verenigingen: vrijetijd moet niet ingedeeld zijn volgens leeftijd maar volgens interesse; lokale verenigingen moeten dus geëngageerd worden om ook oudere leeftijdsgroepen aan te trekken en voor alle leeftijdsgroepen toegankelijk zijn • Buurthuizen en parken: zorgen voor ontmoetingskansen • Buddywerkingen en warme babbel om mensen individueel met elkaar in verbinding te brengen • Kappers, lokale handelaars (bv. bakker, kruidenier, cafébaas), wijkagenten: kunnen met een praatje een groot verschil maken • Geloofsgemeenschappen	
Onderwijs	• Scholen: betrekken/inschakelen van ouderen • Centra voor volwassenenonderwijs, hogescholen en universiteiten: toekomstige hulpverleners sensibiliseren om later oog te hebben voor de autonomie en de geestelijke gezondheid van ouderen	
Werk	• Werkgevers • Federale dienst voor pensioenen	Pensioen
Zorg en welzijn	• Alle zorgverleners en dan vooral diegenen die aan huis komen: zij moeten meer aandacht hebben voor de geestelijke gezondheid van personen, in de paar minuten die ze doorbrengen met een persoon kunnen ze een substantieel verschil maken; ze moeten hier zelf het nut van inzien	• Bij overlijden van een nabestaande • Tijdens en na een ziekenhuisopname van oudere zelf of als mantelzorger

////////////////////////////////////

	• Zorginstellingen (o.a. ziekenhuizen): maatschappelijk werkers en personen die verantwoordelijk zijn voor het ontslagmanagement, polyvalente en educatieve medewerkers, pastoraal werkers, levensbeschouwelijke of morele consultants • Verpleegkundigen en vooral thuisverpleegkundigen • Spoeddienst en spoedartsen: ook een belangrijke verwijzer, zeker bij verliessituaties • Casemanagers zorg: fungeren als antennefiguur, kunnen taboes doorbreken, richtingwijzers zijn • Huisartsen als belangrijke verwijzer, huisartsenwachtpost • Kinesist • Ergotherapeuten • Eerstelijnspsycholoog: zou ook aan huis moeten kunnen komen • Kinderopvang: betrekken/inschakelen van ouderen • BOV coaches (beweging op verwijzing) • Straathoekwerkers specifiek voor ouderen om eenzaamheid te doorbreken • Verenigingen voor mantelzorgers • Inloophuizen bv. rond dementie • Lotgenotenverenigingen voor mensen die een dierbare verloren (bv. Contempo, Lost & Co) • Belangenbehartigers voor ouderen • Diensten nachtzorg die thuis komen slapen, ter ondersteuning van mantelzorger • Hulplijnen: bv. Teleonthaal • Begrafenisondernemers • Professionals die betrokken zijn bij een overlijden: bv. ambulanciers en bestuurders van lijkwagens • Palliatieve netwerken • Sociale diensten van de mutualiteit	
Buurt en (lokaal) bestuur	• Zorggraden van de eerstelijnszones: spannen zich mee in voor het creëren van zorgzame buurten en het toegankelijk maken van zorg bv. door het organiseren van fora rond bepaalde thema's • Lokale ouderenraad • Ouderenconsultanten • Buurtwerkers en opbouwwerkers (de stap voor buurtwerk) • Mobiliteit en openbaar vervoer (waaronder De Lijn): betaalbaar, betrouwbaar, vriendelijk • Dienst wonen • Sociale dienst (OCMW) • Lokale dienstencentra	

5.3 DOELSTELLINGEN EN FEEDBACKPROCES

Op basis van de determinanten en de sleutelactoren en -momenten werd een eerste versie van de doelstellingen geformuleerd. Vervolgens werden deze op basis van de input van stakeholders en experts in verschillende rondes van feedback herwerkt door het projectteam.

De strategische en operationele doelstellingen beschrijven de gewenste resultaten voor de toekomst:

- **Strategische doelstellingen** geven aan wat het beleidsplan wil bereiken bij de eindgroep, en zijn geformuleerd op het niveau van het individu..
- **Operationele doelstellingen** verduidelijken welke rollen betrokken actoren spelen bij het realiseren van de strategische doelstellingen. Deze zijn dus geformuleerd op het niveau van de actor.

De doelstellingen zijn opgedeeld in vijf hoofdcategorieën, gebaseerd op belangrijke levensfasen:

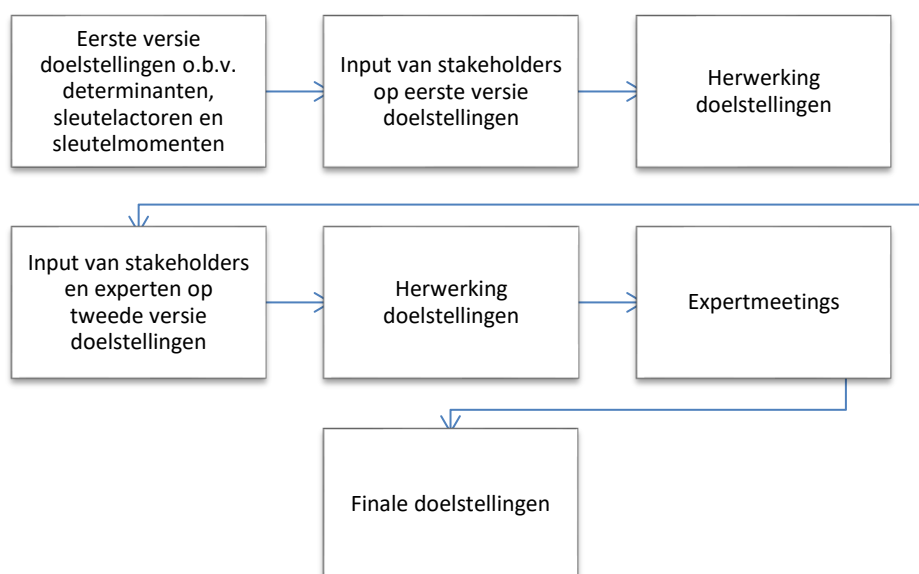
- Populatiebrede doelstellingen
- Doelstellingen voor de eerste 1.000 dagen
- Doelstellingen voor kinderen en jongeren
- Doelstellingen voor (jong)volwassenen
- Doelstellingen voor ouderen.

5.3.1 Methode

De eerste versie van de doelstellingen werd gepresenteerd tijdens de tweede stakeholdersbijeenkomst. Feedback werd verzameld via groepsdiscussies per levensfase en een digitale survey. Deze input leidde tot een herziene tweede versie van de doelstellingen. Vervolgens vond een schriftelijke feedbackronde plaats, die zowel stakeholders als experts in staat stelde om verdere opmerkingen en suggesties te geven op de tweede versie van de doelstellingen. Deze input werd verwerkt door het onderzoeksconsortium, waarna de geüpdatete doelstellingen tijdens de derde stakeholdersmeeting werden voorgesteld. De doelstellingen zijn tot slot verder verfijnd en gefinaliseerd op basis van de aanvullende inzichten uit de expertmeetings.

Figuur 10 geeft een schematisch overzicht van de volledige workflow om tot de finale doelstellingen te komen.

Figuur 10. Flowdiagram over de totstandkoming van de doelstellingen van het beleidsplan.



In dit onderdeel is een overzicht te vinden van de feedback op de eerste en tweede versie van de doelstellingen, gevolgd door de uiteindelijke set strategische en operationele doelstellingen.

Volgende opmerkingen kwamen regelmatig terug:

- Op basis van deze feedback werden doelstellingen als volgt herwerkt:

- In totaal gaven vijf experts en drie stakeholders feedback op de tweede versie van de doelstellingen. Volgende opmerkingen kwamen regelmatig terug:

- Het **levensloopperspectief**:
 - Het levensloopperspectief erkent de unieke behoeften van verschillende leeftijdsgroepen.
 - De aandacht voor sociale verbondenheid en sociaal weefsel over generaties heen werd als een sterkte beschouwd.
 - Een leeftijdsgerichte aanpak kan echter leiden tot fragmentatie, waarbij de continuïteit wordt onderbroken bij overgangen tussen verschillende leeftijdsgroepen. In het bijzonder worden jongvolwassenen in de transitieleeftijd genoemd als een groep met specifieke noden en een eigen identiteit, waardoor zij niet volledig passen in de levensfase ‘volwassenen’.
- De **multidisciplinaire en intersectorale benadering**:

- Er is gedeelde verantwoordelijkheid en nood aan samenwerking tussen verschillende sectoren zoals zorg, welzijn, onderwijs en de gemeenschap. De experts benadrukken de nood aan duidelijke leiding en coördinatie om een fragmentaire uitvoering van het beleidsplan te voorkomen. Een expert stelde in dit verband een 'taskforce mentaal welzijn' voor als centraal orgaan om de samenwerking tussen actoren te stroomlijnen.
- Het beleid vraagt om een aanpak die beleidsdomeinen overschrijdt. Andere beleidsdomeinen, zoals werk, mobiliteit, onderwijs en binnenlands bestuur, spelen ook een rol in het bevorderen van geestelijke gezondheid. Samenwerking tussen domeinen is essentieel voor een integrale benadering van geestelijke gezondheid. Het mobiliteitsbeleid kan bijvoorbeeld een impact hebben op de bereikbaarheid van diensten voor ouderen.
- Het is positief dat het onderwijs erkend wordt als een belangrijke omgeving voor de bevordering van geestelijke gezondheid. Tegelijk worden er vragen gesteld bij de praktische aanpak hiervan, vooral gezien de beperkte middelen en capaciteiten.
- **Aandacht voor kwetsbare groepen:**
 - Over het algemeen wordt proportioneel universalisme als positief ervaren. Deze benadering is gericht op het verminderen van gezondheidsongelijkheden door universele diensten en interventies aan te bieden op een schaal en intensiteit die proportioneel is aan de mate van behoefte van de doelgroep.
 - De lijst met kwetsbare groepen is echter niet exhaustief, waardoor sommige kwetsbare groepen uit de boot vallen.
 - Kwetsbaarheden zijn niet statisch maar evolueren. Dit geldt zowel voor individuen als voor de samenleving als geheel. Op individueel niveau kan een persoon tijdelijk in een kwetsbare situatie verkeren, bijvoorbeeld door ziekte, werkloosheid of persoonlijke crises. Maatschappelijke veranderingen, zoals economische recessies, pandemieën, of veranderingen in sociale structuren kunnen nieuwe kwetsbare groepen creëren of bestaande kwetsbaarheden verergeren.
 - Het is belangrijk om extra in te zetten op de inclusie van personen met een kwetsbaarheid in algemene acties die voor iedereen bedoeld zijn, in plaats van uitsluitend aparte acties te creëren die zich alleen op kwetsbare groepen richten.
 - Het categoriseren van personen en bevolkingsgroepen als kwetsbaar kan net stigmatiserend en segregerend werken. Het is beter om te spreken over kwetsbare posities of situaties in plaats van kwetsbare groepen.
 - Eénoudergezinnen en gezinnen met lage werkintensiteit ('baanloze gezinnen') zijn volgens de experts belangrijke kwetsbare groepen om op te nemen. Experts raadden ook aan om ruimere en meer inclusieve verwoordingen te gebruiken, bijvoorbeeld 'opvoedingsfiguren' in plaats van 'ouders' omdat sommige kinderen niet door hun wettelijke ouders worden grootgebracht.
- **Digitale tools:**
 - Het is positief dat digitale tools worden opgenomen in de doelstellingen.
 - Hier mist echter nog innovatie en aandacht voor uitdagingen die in de toekomst nog meer aan belang gaan winnen, zoals het gebruik van artificiële intelligentie en de komst van de metaverse (dit verwijst naar een virtuele wereld waarin mensen online met elkaar in contact kunnen komen; het is een netwerk van virtuele 3D-ruimtes waarin gebruikers allerlei activiteiten kunnen uitvoeren via een avatar, een digitale dubbelganger).
- Sommige experts merken op dat de **doelstellingen vrij ruim zijn**.
 - Er is nood aan concretisering door op termijn meer gedetailleerde operationele doelstellingen te formuleren met duidelijk gedefinieerde tijdlijnen, verantwoordelijke partijen, en meetbare uitkomsten om de voortgang te kunnen evalueren.

- Er werden soms suggesties gedaan voor het toevoegen van concrete actoren in de doelstellingen, zoals CLB's en Huizen van het Kind, maar in overleg met de projectgroep werd besloten om voorlopig geen concrete organisaties of diensten te vermelden.
- Het is onvoldoende transparant hoe keuzes gemaakt zullen worden en waar precies de prioriteiten liggen.
- Sommige factoren werden op vraag van de experts toegevoegd of meer expliciet gemaakt:
 - Aandacht voor **identiteitsontwikkeling afgestemd op de verschillende levensfasen; elke levensfase heeft immers unieke kenmerken en uitdagingen met betrekking tot de identiteitsontwikkeling;**
 - De nood aan **deconnectie** van smartphones en sociale media;
 - Het belang van **autonomie en competenties;**
 - Het belang van **'burgerzin';**
 - De systematische **vroegdetectie van risicofactoren**, nodig om te kunnen inzetten op selectieve primaire preventie.
- Sommige opmerkingen van experts, lagen buiten de scope van het beleidsplan en werden om die reden niet meegenomen:
 - Het belang van **veiligheid**, zoals het voorkomen van misbruik en geweld;
 - **Behandeling van psychische problemen en (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg**, zoals aandacht voor wachtlijsten in de zorg, de nood aan kortdurende psychiatrische opnames en het betrekken van de context in de psychiatrie.

De populatiebrede doelstellingen richten zich op het bevorderen van geestelijke gezondheid als integraal onderdeel van het dagelijks leven, ongeacht leeftijd of levensfase. Dit omvat het stimuleren van **burgerparticipatie in gezondheids- en welzijnsbeleid**, het creëren van **inclusieve en gezonde openbare ruimtes**, en het bevorderen van een **actieve en gezonde levensstijl**. **Verbondenheid** tussen generaties en gemeenschappen wordt benadrukt om **sociale cohesie** te versterken. Cruciaal is dat iedere burger gestimuleerd wordt om **proactief te werken aan de eigen geestelijke gezondheid**, waarbij risicofactoren tijdig herkend worden en preventieve ondersteuning voorhanden is.

Voor kinderen en jongeren ligt de focus op het versterken van **sociaal-emotionele vaardigheden (SEV)**, waardoor ze weerbaar worden tegen stressoren zoals schooldruk en groepsdruk. Ze ontwikkelen een duidelijke identiteit, een **positief zelfbeeld**, en leren omgaan met complexe maatschappelijke thema's. Kinderen en jongeren leren op een gezonde manier om te gaan met (sociale) media en kunnen voldoende deconnecteren. Scholen spelen een centrale rol door een **positief en motiverend schoolklimaat** te creëren, in te zetten op pestpreventie en het versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden. Jeugdwerkorganisaties en actoren in de vrije tijd ondersteunen de geestelijke gezondheid door het bieden van veilige ontmoetingsplekken en zinvolle activiteiten. **Ouders en opvoedingsfiguren** worden actief

betrokken om de sociaal-emotionele ontwikkeling van hun kinderen te stimuleren, en worden hierin ondersteund door laagdrempelige hulp waar nodig.

Voor (jong)volwassenen is het essentieel om verschillende verantwoordelijkheden in balans te kunnen houden, zoals **werk, gezin, en persoonlijke ontwikkeling**. Aandacht gaat uit naar het versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden zoals **stressmanagement** en het bewaken van persoonlijke grenzen. Werkgevers zijn hierin sleutelactoren, met een verantwoordelijkheid om een sterk en inclusief geestelijk gezondheidsbeleid te voeren, een goede **werk-privébalans** te ondersteunen en psychologische veiligheid op de werkvloer te waarborgen. Ook onderwijsinstellingen in het hoger onderwijs en volwassenenonderwijs bevorderen de geestelijke gezondheid van hun studenten. Zowel in de werkomgeving als in het hoger onderwijs en volwassenenonderwijs is er aandacht voor **autonomie, verbondenheid en talenten**. Actoren in de lokale gemeenschappen en vrije tijd bevorderen de geestelijke gezondheid door betekenisvolle activiteiten aan te bieden en sociale ontmoeting te stimuleren, wat bijdraagt aan zowel individuele ontplooiing als maatschappelijke betrokkenheid.

Voor ouderen ligt de nadruk op het behoud van **sociale verbondenheid, autonomie en zingeving**. Het versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden helpt ouderen omgaan met levensveranderingen zoals verlieservaringen of fysieke beperkingen. Zorg- en welzijnsactoren ondersteunen ouderen met hun geestelijke gezondheid of verwijzen warm door naar dit aanbod. Organisaties in de gemeenschap en lokale besturen en dienstencentra spelen een belangrijke rol in het tegengaan van eenzaamheid en het stimuleren van **betekenisvolle contacten**. In (residentiële) ouderenzorg worden geïntegreerde geestelijke gezondheidsbeleidsplannen ontwikkeld, met aandacht voor **respectvolle communicatie**, het behoud van autonomie en het voorzien van een **groene en stimulerende omgeving**. Ouderen worden ondersteund om actief deel te blijven nemen aan de samenleving, wat bijdraagt aan een gevoel van waardering en betrokkenheid.

Populatiebrede doelstellingen	
Strategische doelstellingen	Operationele doelstellingen
• De bevolking ervaart verbondenheid met elkaar, over generaties heen. • De bevolking wordt actief betrokken en gehoord in het gezondheids- en welzijnsbeleid. • De bevolking ervaart een verhoogd gevoel van welzijn en mentale gezondheid dankzij aanpassingen in de openbare ruimte. • De bevolking heeft een actieve en gezonde levensstijl.	• De bevolking gaat (pro)actief aan de slag met de eigen geestelijke gezondheid. • Lokale besturen hebben een geïntegreerd en buurtgericht beleid voor geestelijke gezondheid, waarbij aandacht is voor de bevordering van de gezondheid en het sociaal weefsel. • Beleidsactoren binnen verschillende settings en levensdomeinen (steden en gemeenten, scholen, werk, binnenlands bestuur...) zetten in op burgerparticipatie bij de uitwerking van hun gezondheids- en welzijnsbeleid. • De actoren die instaan voor de inrichting en het beheer van de openbare ruimte hebben aandacht voor inclusie, een gezonde natuurlijke omgeving, sociaal contact, ontspanning, spel, beweging en ontspanning. Zij creëren toegankelijke omgevingen die inspelen op de diverse behoeften van alle burgers en die bijdragen aan het bevorderen van het algemeen welzijn. • Binnen alle levensdomeinen en plaatsen waar de burger zich bevindt, werken actoren samen aan een

	gezonde en actieve levensstijl (o.a. slaap, beweging, voeding, middelengebruik, roken...) voor elke burger.
--	---

Eerste 1.000 dagen

Geestelijk gezond Starten: een kansrijke basis voor (ongeboren) kind

Strategische doelstellingen	Operationele doelstellingen
• Ouders en gezinnen in de perinatale periode ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend en begripvol informeel en formeel netwerk. • Aanstaande en nieuwe ouders hebben een goede geestelijke gezondheid en zijn mentaal voorbereid op de uitdagingen van het ouderschap. ○ Aanstaande en nieuwe ouders hebben inzicht in hoe veranderingen (psychisch, relationeel, organisatorisch...) tijdens de perinatale periode hun psychosociaal welzijn kunnen beïnvloeden. ○ Aanstaande en nieuwe ouders beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan. ○ Aanstaande en nieuwe ouders hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken. ○ Aanstaande en nieuwe ouders hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma. ○ Aanstaande en nieuwe ouders beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste coping, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraken. ○ Aanstaande en nieuwe ouders ontwikkelen een heldere ouderlijke identiteit en zijn in staat om een gezonde balans te vinden tussen de behoeften van hun kind en die van zichzelf. • Jonge kinderen ontwikkelen een veilige hechting en hebben een gunstige sociaal-emotionele ontwikkeling. ○ Ouders en andere opvoedingsfiguren voeden hun kind zorgzaam op en	• Het eigen informeel netwerk en de thuisomgeving, waaronder de (eventuele) partner, vrienden en familie, nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en ondersteunen aanstaande/nieuwe ouders. • Actoren en diensten in de (perinatale) zorg en welzijn bevorderen de geestelijke gezondheid van ouders en kind tijdens de perinatale periode. ○ Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren ○ Zorg- en welzijnsactoren geven aanstaande/nieuwe ouders/opvoedingsfiguren voldoende en genuanceerde informatie over het psychosociale welzijn, veranderingen (psychisch, relationeel, praktisch...) en mogelijke psychosociale zorg en ondersteuning tijdens de perinatale periode. ○ Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning bieden ouders en opvoedingsfiguren mogelijkheden tot uitwisseling en peer-support tussen andere aanstaande/nieuwe ouders of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning bieden ouders en opvoedingsfiguren ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning ondersteunen ouders en opvoedingsfiguren om een warme relatie met het kind te ontwikkelen om zo de sociaal-emotionele ontwikkeling te bevorderen, of verwijzen warm door naar dit aanbod. • De werkomgeving van de ouders is begripvol en ondersteunt de werkhervatting en werk-gezin combinatie van ouders. • De kinderopvang bevordert de geestelijke gezondheid van kinderen en ouders in de perinatale periode. ○ Kinderopvangvoorzieningen hebben een geïntegreerd beleid voor geestelijke

ontwikkelen een warme responsieve relatie met hun kind. ○ Jonge kinderen groeien op in een omgeving die een adequate sociaal-emotionele ontwikkeling bevordert. • Er is extra aandacht en ondersteuning voor gezinnen (zowel ouders als kinderen) in een kwetsbare positie, situatie of periode. ○ Gezinnen in armoede of met sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit) ○ Gezinnen met een migratieachtergrond (zowel ouders als kinderen) ○ Gezinnen met een ouder met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP) ○ Gezinnen na een ingrijpende gebeurtenis (inclusief bij een gecompliceerde zwangerschap en/of bevalling), waaronder verlieservaringen (inclusief miskraam) ○ Eénoudergezinnen ○ Jonge gezinnen (ouders jonger dan 23 jaar)	gezondheid met aandacht voor sociaal-emotionele ontwikkeling en co-regulatie (i.e., helpen hun emoties te begrijpen en te reguleren) van kinderen. ○ Kinderopvangvoorzieningen stimuleren de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Kinderopvangvoorzieningen ondersteunen ouders in het ouderschap en de opvoeding, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Kinderopvangvoorzieningen bevorderen de geestelijke gezondheid van ouders, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Kinderopvangvoorzieningen zetten in op een groene en stimulerende fysieke omgeving. • Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van (aanstaande) ouders bevorderd. ○ De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid. ○ De (digitale) media bevorderen kennis, realistische verwachtingen en vaardigheden inzake ouderschap en opvoeding. ○ Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor versterking van geestelijke gezondheidsvaardigheden, gericht op ouders en opvoedingsfiguren in de perinatale periode. • Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode.
---	--

Kinderen en jongeren	
Geestelijk gezond Opgroeien: kansen creëren voor heden en toekomst	
Strategische doelstellingen	Operationele doelstellingen
• Kinderen en jongeren ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk. • Kinderen en jongeren ontwikkelen sociaal-emotionele vaardigheden, kennis en positieve attitudes inzake geestelijke gezondheid. ○ Kinderen en jongeren beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan. ○ Kinderen en jongeren hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken. ○ Kinderen en jongeren hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma. ○ Kinderen en jongeren hebben sociale en emotionele vaardigheden (SEV). Dit omvat de competenties om succesvol met anderen te communiceren, eigen emoties en gedrag te reguleren, empathisch te denken, om te gaan met externe druk (o.a. groepsdruk, schooldruk...) en problemen op te lossen. Kinderen en jongeren worden zo weerbaar en leren om te gaan met stress en lastige situaties. ○ Kinderen en jongeren ontwikkelen een eigen identiteit. Ze kunnen zichzelf ontplooien, zijn zich bewust van de eigen psychologische noden en leren hoe ze hier op een gezonde manier mee kunnen omgaan. ○ Kinderen en jongeren ontwikkelen een positief zelfbeeld en lichaamsbeeld. • Kinderen en jongeren hebben respect voor anderen en ontwikkelen positieve relaties met leeftijdsgenoten. ○ Kinderen en jongeren dragen - binnen de groepen waarvan ze deel uitmaken – bij tot een positieve groepsdynamiek waarbij niet gepest wordt.	• Het eigen informeel netwerk en de thuisomgeving, waaronder de (eventuele) partner, vrienden en familie, nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en ondersteunen kinderen en jongeren. ○ Ouders en opvoedingsfiguren geven kinderen en jongeren de kans om zichzelf te ontplooien, eigen interesses te ontwikkelen en zichzelf te zijn. ○ Ouders en opvoedingsfiguren bevorderen actief de sociaal-emotionele vaardigheden en geestelijke gezondheid van hun kind(eren). • Actoren in zorg en welzijn bevorderen de geestelijke gezondheid van kinderen jongeren. ○ Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren. ○ Zorg- en welzijnsactoren bieden informatie over geestelijke gezondheid aan kinderen, jongeren en hun ouders en opvoedingsfiguren. ○ Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning ondersteunen ouders en opvoedingsfiguren om een warme relatie met het kind te ontwikkelen om zo de sociaal-emotionele ontwikkeling te bevorderen, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Zorg- en welzijnsactoren bieden ondersteuning aan kinderen en jongeren bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod. • Het onderwijs bevordert de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. ○ Scholen hebben een geïntegreerd en participatief beleid voor geestelijke gezondheid en bevorderen een positief schoolklimaat door een brede-school aanpak. Scholen en leerkrachten hebben aandacht voor talenten en autonomie van leerlingen en bevorderen de verbondenheid. ○ Onderwijsactoren geven ouders de kans om opvoedingsvragen te bespreken en kunnen

○ Kinderen en jongeren hebben een positieve houding ten aanzien van diversiteit. ○ Kinderen en jongeren krijgen de ruimte om veilige relaties en vriendschappen te ontwikkelen. • Kinderen en jongeren zijn mediawijs en kunnen omgaan met complexe thema's. ○ Kinderen en jongeren zijn mediawijs en kunnen op een gezonde manier omgaan met schermtijd en sociale media. Ze zijn zich bewust van risico's zoals sociale druk en onrealistische idealen, en kunnen voldoende deconnecteren. ○ Kinderen en jongeren kunnen omgaan met complexe maatschappelijke kwesties (bv. oorlog en klimaatverandering). Ze leren hun eigen rol hierin te begrijpen en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving. ○ Kinderen en jongeren ontwikkelen burgerzin (i.e., open staan voor het politieke, economische, sociale en culturele leven van de maatschappij en bereid zijn om eraan deel te nemen). • Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren in een kwetsbare positie, situatie of periode: ○ Kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg ○ Kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP), en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn ○ Kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met een ernstige ziekte of fysieke zorgnood, en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn ○ Kinderen en jongeren in armoede of sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit) ○ Kinderen en jongeren uit éénoudergezinnen ○ Kinderen en jongeren na een ingrijpende gebeurtenis, waaronder verlieservaringen ○ Kinderen en jongeren met een langdurige ziekte of aandoening. ○ Kinderen en jongeren met een fysieke of mentale beperking of handicap	hierbij de nood aan ondersteuning inschatten. ○ Onderwijsactoren zetten in op geestelijke gezondheid/geletterdheid en een positieve attitude ten aanzien van geestelijke gezondheid en werken preventief aan de geestelijke gezondheid, op maat van de leerlingen. ○ Onderwijsactoren bevorderen sociaal-emotionele vaardigheden. ○ Onderwijsactoren pakken pest- en uitsluitgedrag preventief aan, waarbij een inclusief schoolklimaat en een positieve attitude ten aanzien van diversiteit wordt gestimuleerd. ○ Onderwijsactoren zetten in op gezonde identiteitsontwikkeling en de bevordering van een positief zelfbeeld en lichaamsbeeld. ○ Onderwijsactoren zetten in op mediawijsheid en leren op een gezonde manier omgaan met de digitale wereld en (sociale) media. ○ Onderwijsactoren zetten in op burgerzin en het begrip van maatschappelijk complexe thema's (bv. oorlog en klimaatverandering). ○ Onderwijsactoren hebben aandacht voor ongepast gedrag, gedragsveranderingen, verminderde motivatie en verminderde schoolresultaten en bieden zo nodig verhoogde ondersteuning aan. ○ Scholen zetten in op een groene en stimulerende fysieke schoolomgeving met mogelijkheden tot ontspanning. • De gemeenschap en actoren in de vrije tijd en het jeugdwerk bevorderen de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. ○ Alle kinderen en jongeren hebben toegang tot ontspannende en betekenisvolle activiteiten zoals hobby's, sport, kunst, cultuur, verenigingen en jeugdwerk. ○ Actoren in het jeugdwerk en de vrije tijd zetten in op de sociale en emotionele vaardigheden van kinderen en jongeren, met speciale aandacht voor positieve geestelijke gezondheid. Ze bieden waar nodig ondersteuning en leiden hen toe naar een gepast aanbod. ○ Actoren in het jeugdwerk en de vrije tijd pakken pest- en uitsluitgedrag preventief aan, waarbij een inclusief klimaat en een positieve attitude ten aanzien van diversiteit wordt gestimuleerd.
---	---

○ Kinderen en jongeren in de LGBTQI+ gemeenschap ○ Kinderen en jongeren met een migratie-achtergrond ○ Vroegtijdige schoolverlaters, jongeren die risico lopen op schooluitval en NEET-jongeren (not in education, employment or training)	○ Er is een toegankelijk aanbod van ontmoetingsplekken en inloophuizen voor kinderen en jongeren. • Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren bevorderd. ○ De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid. ○ De (digitale) media bevorderen mediawijsheid en begrip van complexe thema's. ○ Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor kinderen en jongeren, gericht op het versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden. • Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van kinderen en jongeren in een kwetsbare positie, situatie of periode.
--	---

(Jong)volwassenen tot pensioenleeftijd	
Geestelijk gezond balanceren: rollen combineren met ruimte voor verdere ontplooiing	
Strategische doelstellingen	Operationele doelstellingen
• Volwassenen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk. • Volwassenen hebben kennis, een positieve attitude en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid. ○ Volwassenen beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan. ○ Volwassenen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken. ○ Volwassenen hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma. ○ Volwassenen beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste coping, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit,	• Het eigen netwerk en de thuisomgeving nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en ondersteunen (jong)volwassenen. ○ Volwassenen voelen zich gesteund in hun rollen (als partner, ouder, vriend(in), ...) en kunnen omgaan met eventuele stress die hierbij komt kijken. • Actoren in zorg en welzijn voor volwassenen bevorderen de geestelijke gezondheid van volwassenen. ○ Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren. ○ Zorg- en welzijnsactoren bieden volwassenen informatie over geestelijke gezondheid, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Zorg- en welzijnsactoren bieden volwassenen ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod.

○ Volwassenen met een risicoberoep met een hoge emotionele belasting, werkdruk of onzekerheid (o.a. zorg- en hulpverleners, landbouwers, leerkrachten...)	activiteiten zoals hobby's, sport, kunst, cultuur, verenigingen en vrijwilligerswerk. ○ Actoren in de gemeenschap en vrije tijd hebben aandacht voor geestelijke gezondheid en kunnen hen waar nodig ondersteunen en toeleiden naar een gepast aanbod. ○ Lokale besturen bieden activiteiten aan voor volwassenen die gericht zijn op sociale ontmoeting en/of zingeving. • Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen bevorderd. ○ De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid. ○ De (digitale) media bevorderen mediawijsheid en begrip van complexe thema's. ○ Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor (jong)volwassenen, gericht op de versterking van geestelijke gezondheidsvaardigheden. • Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van (jong)volwassenen in een kwetsbare positie, situatie of periode.
---	---

Ouderen (65 +)	
Geestelijke gezond participeren: een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven	
Strategische doelstellingen	Operationele doelstellingen
• Ouderen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk. • Ouderen hebben kennis, een positieve attitude en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid. ○ Ouderen beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan. ○ Ouderen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken. ○ Ouderen hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het	• Het eigen netwerk en de thuisomgeving nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen. • Actoren in zorg en welzijn voor ouderen bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen. ○ Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren. ○ Zorg- en welzijnsactoren bieden ouderen informatie over geestelijke gezondheid en ondersteuning, of verwijzen warm door naar dit aanbod. ○ Zorg- en welzijnsactoren voor ouderen bieden ouderen ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke

	inclusie en ondersteuning van ouderen in een kwetsbare positie, situatie of periode.
--	---

6 (KOSTEN)EFFECTIEVE INTERVENTIES OM DE GEESTELIJKE GEZONDHEID TE BEVORDEREN

Het is essentieel dat de overheid de kwaliteit waarborgt en de beschikbare middelen prioritair investeert in bewezen effectieve interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering. Interventies zijn effectief wanneer ze leiden tot meetbare verbeteringen in de geestelijke gezondheid, zoals een toename in veerkracht of een vermindering van depressieve symptomen. Dit biedt een zekere garantie dat de geïnvesteerde middelen daadwerkelijk bijdragen aan een betere geestelijke gezondheid van de bevolking.

Ook de kosten van een interventie spelen een rol. Een interventie die aanzienlijke gezondheidswinst oplevert maar ook hoge kosten met zich meebrengt, is niet noodzakelijk interessanter dan een interventie met minder gezondheidswinst en lagere kosten. Gezondheidseconomische evaluaties vergelijken de verhouding van de kosten en de gezondheidseffecten van één of meerdere interventies. Dit geeft informatie over de mate waarin een interventie 'waarde voor geld biedt', oftewel over de 'kosteneffectiviteit', en helpt om beperkte middelen optimaal te besteden.

Er is reeds veel kennis beschikbaar, maar vaak gefragmenteerd, en het is niet altijd duidelijk of en hoe een aanpak voor geestelijke gezondheidsbevordering uit het buitenland te vertalen valt naar de Vlaamse context. Een aanpak die in het buitenland kosteneffectief blijkt te zijn, is niet per definitie kosteneffectief in Vlaanderen. Een gestructureerde kwalitatieve en kwantitatieve aanpak om zo'n buitenlandse strategieën te evalueren verhoogt de kans op een kosteneffectief Vlaams beleid. Hiernaast is het ook mogelijk dat een innovatief initiatief, interventie, of strategie ontwikkeld wordt vanuit Vlaanderen zelf. Het is niet alleen belangrijk om de effectiviteit ervan via projecten te monitoren maar direct ook het op diens gezondheidseconomische merites te beoordelen. Zo'n gezondheidseconomische evaluatie is niet altijd gemakkelijk op te zetten, en al zeker niet op vlak van GGB. Daarom werd een bestaand instrument zo omgevormd dat het direct van toepassing is om de methodologie van gezondheidseconomische evaluaties van interventies voor GGB te informeren, concretiseren en uniformiseren.

Tot slot is het, naast het investeren in goed onderbouwde interventies, essentieel om ruimte te bieden voor innovatie en vernieuwende bottom-up initiatieven die beantwoorden aan unieke noden en uitdagingen waar men in het veld mee geconfronteerd wordt. Het is belangrijk dat zulke nieuwe acties wel gebaseerd zijn op wetenschappelijke inzichten, bijvoorbeeld door gekende 'werkzame ingrediënten' van GGB erin te integreren. Om nieuwe acties te ondersteunen, is het belangrijk om hen niet alleen de kans te geven om zich te bewijzen, maar ook om ze systematisch te evalueren. Dit creëert een aanpak waarin creativiteit en wetenschappelijke onderbouwing samen kunnen gaan, en waarin de meest veelbelovende initiatieven kunnen doorgroeien tot breed toegepaste praktijken.

Eerst worden de verdiepende literatuurstudie van effectieve interventies besproken (Hoofdstuk 0), gevolgd door de verdiepende literatuurstudie van kosteneffectieve interventies.

6.1 EFFECTIEVE INTERVENTIES: VERDIEPENDE LITERATUURSTUDIE

LUCAS (KU Leuven) synthetiseerde de evidentie over effectieve interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB) en primaire preventie op basis van een **systematische umbrella review** (i.e.,



een review bestaande uit meerdere systematische reviews) van de **lerse onderzoekers** Barry et al. (2024)⁴, (gebaseerd op 168 reviews gepubliceerd tussen januari 2017 en oktober 2021), en een **eigen aanvullende umbrella** review door LUCAS, die voortbouwde op dit werk en 204 reviews uit de periode tussen oktober 2021 en maart 2024 omvatte.

6.1.1 Methode

De stapsgewijze aanpak, verder bouwend op de umbrella review van Barry, Kuosmanen et al. ^{9,102}, wordt beschreven in Hoofdstuk 2.3.3, vermits deze parallel liep met de search naar kosteneffectieve interventies

In totaal zijn er 204 reviews die de effectiviteit van interventies beschrijven. Iedere review kreeg een label welke de levensfase weergeeft, en reviews werden waar mogelijk gelabeld op basis van focus op vaak voorkomende interventietypes en/of settings (o.a. school, werk, mindfulness, fysieke activiteit, digitale interventies...) om de synthese in een latere fase te vereenvoudigen. Tijdens de data-extractie worden de kenmerken en bevindingen van de geïnccludeerde reviews verwerkt in tabellen, met volgende kolommen: Auteur en jaar, Studies (aantal en methodologie), populatie (leeftijd, bijzonderheden), Interventie en setting (type interventies en setting), Bevindingen, Kwaliteit.

Bij meta-analyses worden de effectgroottes gerapporteerd in de vorm van gestandaardiseerde gemiddelde verschillen ('standardized mean difference' = SMD). De effectgroottes worden als volgt gecategoriseerd: een SMD tot 0.5 is klein, een SMD tussen 0.5 en 0.8 is matig, en een SMD groter dan 0.8 is groot. De resultaten zijn narratief omschreven wanneer geen meta-analyse uitgevoerd werd. We spreken van gecontroleerde studies wanneer deze gebaseerd zijn op randomized controlled trials (RCT's) of op clinical controlled trials (CCT's, zonder volledige randomisatie). Quasi-experimentele studies hebben eveneens geen randomisatie en hebben niet noodzakelijk een controlegroep (bv. pretest-posttest design).

In wat volgt, worden de bevindingen van zowel het werk van de Ierse onderzoekers (reviews tussen 2017 en oktober 2021) als het eigen werk door LUCAS (reviews tussen oktober 2021 en maart 2024) per levensfase gesynthetiseerd.

6.1.2 Resultaten

6.1.2.1. Eerste duizend dagen

6.1.2.1.1. Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

Kuosmanen et al. combineren de literatuur over GGB tijdens de perinatale periode met interventies voor jonge kinderen (peuters en kleuters), wat resulteerde in 38 samenvattende reviews ⁸. De onderzoekers concludeerden dat er **sterke kwaliteitsvolle evidentie** bestaat die de implementatie van interventies tijdens de perinatale periode en in de vroege kinderjaren ondersteunen. De interventies blijken een positieve invloed te hebben op de ontwikkelingsuitkomsten van kinderen, de geestelijke gezondheid van moeders en opvoedingspraktijken.

De evidentie pleit voor de toepassing van **zowel een universele als gerichte aanpak**. Deze interventies kunnen zich richten op de **thuiscontext, de gemeenschap of zorg- en welzijnsdiensten, en individueel, in groepsverband of via digitale platforms worden aangeboden**. Concreet:

⁴ Barry MM, Kuosmanen T, Keppler T, Dowling K, Harte P. Priority actions for promoting population mental health and wellbeing. *Mental Health & Prevention*. 2024/03/01/ 2024;33:200312. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200312>

- Perinatale interventies die psychologische en sociale steun bieden aan zwangere vrouwen en moeders - met name interventies gebaseerd op de principes van **cognitieve gedragstherapie (CGT) en mind-body technieken (bv. yoga)**, zijn effectief in het verminderen van depressieve gevoelens en stress. Verschillende intermediairs, waaronder verpleegkundigen of getrainde peers, kunnen deze universele preventieve interventies verstrekken.
- **Ouderschaps- en huisbezoekprogramma's** verbeteren de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en verminderen ouderlijke stress, vooral bij kansarme gezinnen. Hoewel opvoedingsinterventies effectief digitaal kunnen worden aangeboden, is direct contact aangewezen bij sociaal kwetsbare ouders.
- Programma's zijn effectiever wanneer ze **expliciet aandacht besteden aan de geestelijke gezondheid van ouders**. De evidentie voor GGB bij vaders is beperkter, omdat dit minder vaak onderzocht is.
- Multicomponent interventies voor kinderen van ouders met psychische gezondheidsproblemen kunnen het risico aanzienlijk verlagen dat deze kinderen zelf in de toekomst psychische gezondheidsproblemen ontwikkelen.

Er werden 32 reviews over GGB tijdens de perinatale periode geïdentificeerd, waarvan de meerderheid zich richtte op de geestelijke gezondheid van (aanstaande) moeders of ouders.

Vier reviews over GGB en preventieve interventies bij zwangere vrouwen of moeders zijn umbrella reviews.

De tweede umbrella review onderzoekt **preventieve interventies gericht op perinatale depressie**. Een meta-analyse gebaseerd op 19 reviews van lage kwaliteit vond een klein effect voor psychologische interventies (geen opdeling in type), en een iets groter effect voor interventies gericht op fysieke activiteit ⁹⁶. Er is geen evidentie voor interventies die gebruik maken van medicatie of supplementen.

De vierde umbrella review onderzoekt **yoga-gebaseerde interventies** tijdens de zwangerschap. De 10 systematische reviews, die over het algemeen van lage kwaliteit zijn, tonen consistent positieve effecten op angst, depressie en stress⁹⁸. Een aanvullende systematische review op basis van 10 gecontroleerde studies

van matige kwaliteit rapporteert kleine effecten van prenatale yoga op angst⁹⁹. Wat betreft **postnatale yoga-gebaseerde interventies** toont een mixed-methods review met 6 studies van gemengde kwaliteit beperkte evidentie¹⁰⁰. Niettemin vinden alle studies een afname van depressieve symptomen, vooral bij vrouwen met een hogere mate van depressie voorafgaand aan de interventie. Daarnaast blijkt postnatale yoga positieve effecten te hebben op de kwaliteit van leven en fysieke gezondheid.

Een systematische review met 21 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzoekt **preventieve psychologische en psychosociale interventies** bij vrouwen in de perinatale periode¹⁰¹. Men vond een matig effect op de ernst van depressieve symptomen en een groot effect op angstsymptomen, vooral als de interventie reeds start tijdens de zwangerschap. De effecten zijn groter wanneer specialisten de interventie implementeerden (vs. app, multidisciplinair team, of niet-specialisten). Er is evidentie voor een klein effect op de vermindering van relatieproblemen. Er is geen effect op het aantal depressies en angststoornissen, hulpzoekgedrag, zelfvertrouwen, tevredenheid met de interventie, gedragsproblemen bij het kind en uitkomsten gerelateerd aan fysieke ontwikkeling (bv. gewicht, APGAR-score) en borstvoeding. De vermindering in depressie is iets groter wanneer de interventie gebaseerd is op CGT.

Een andere systematische review met 32 gecontroleerde studies toont goede evidentie dat **stressreductie- en ontspanningstherapieën** (zoals yoga, mindfulness, meditatie, muziektherapie, spierrelaxatie...) positieve effecten hebben op stress, angst en depressie bij gezonde zwangere vrouwen¹⁰². Wanneer de interventies apart onderzocht worden, toont enkel muziektherapie effecten, maar dit moet voorzichtig geïnterpreteerd worden door het lage aantal studies voor sommige interventietypes.

Wat betreft **mindfulness-based interventies** tijdens de zwangerschap, vindt een systematische review met 6 RCT's van matige tot hoge kwaliteit een klein preventief effect op postpartum depressie en stress ongeacht de duur van de interventie, maar niet op angst en positieve ingesteldheid¹⁰³. Het preventief effect op depressie blijkt vooral te gelden voor vrouwen met een hogere mate van depressie voorafgaand aan de interventie.

Een systematische review met 17 RCT's van lage tot gemiddelde kwaliteit toont bewijs dat **psycho-educatieve en psychosociale interventies** een zeer klein preventief effect kunnen hebben op postpartum depressie bij vrouwen in de perinatale periode¹⁰⁴. Dit effect is vergelijkbaar voor psycho-educatieve en psychosociale interventies, maar is sterker voor vrouwen die voor het eerst moeder worden en voor vrouwen zonder voorgeschiedenis van depressie. Daarnaast toont een systematische review van 10 RCT's van matige kwaliteit aan dat psycho-educatieve interventies bij zwangere vrouwen en/of hun partner sterke effecten hebben op zowel prenatale hechting als op het verminderen van angst en depressie¹⁰⁵.

Een systematische review van 21 RCT's van gemiddelde kwaliteit toont aan dat **muziek** een matig effect heeft op het verminderen van angst tijdens de bevalling, vooral wanneer de vrouw zelf de muziek mag kiezen. Er is geen evidentie dat muziek- en zangtherapie effectief is in het verminderen van angst tijdens de zwangerschap of postnatale periode¹⁰⁶. Een hoogkwalitatieve systematische review met 14 RCT's onderzocht psychosociale **interventies voor vrouwen in de perinatale periode, met focus op de slaap van kinderen tot 1 jaar** (o.a. educatie, huisbezoeken, telefonische consultatie...) ¹⁰⁷. De interventies hebben een klein effect op de slaaptijd van het kind 's nachts, maar geen effect op de totale slaaptijd of de slaaptijd overdag. Daarnaast is er een klein effect op het verminderen van maternale depressie, en zijn er enkele positieve effecten op maternale slaap en vermoeidheid (hoewel zonder meta-analyse). Gedragsgerichte interventies blijken effectiever voor het verlengen van de slaaptijd 's nachts in vergelijking met educatiegerichte

Een andere review, bestaande uit 15 gecontroleerde studies maar met een hoog risico op bias, onderzocht **interventies voor vrouwen met een hoog-risicozwangerschap** (bv. zwangerschapsdiabetes). Deze review toont dat CGT-strategieën en yoga mogelijk positieve effecten hebben op het verminderen van angst, depressie en stress¹¹⁴. Er was echter onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van andere psychologische en educatieve interventies en interventies gericht op ontspanning.

Een review met 18 gecontroleerde studies met zeer lage zekerheid van bewijs onderzocht **psychosociale interventies voor ouders van een prematuur kind (geboren voor 37 weken)**¹¹⁵. De resultaten tonen een groot effect op stress, een matig effect op depressie en een klein effect op angst, maar geen effect op sociale steun. Interventies uitgevoerd door getrainde onderzoekers of psychologen zijn effectiever dan die uitgevoerd door verpleegkundigen. Een review met 30 gecontroleerde studies, variërend van matige tot hoge kwaliteit, onderzocht **gedragsgerichte interventies gericht op moeders die borstvoeding geven**¹¹⁶. De bevindingen suggereren dat effectieve interventies vooral plaatsvinden tijdens zowel de zwangerschap als de postpartumperiode (gehele perinatale periode). Effectieve interventies bieden vaker individuele ondersteuning aan en worden meestal uitgevoerd door professionals, zoals in ziekenhuizen en multidisciplinaire teams.

Tot slot onderzocht een review met drie gecontroleerde en vijf mixed-methods studies van matige kwaliteit interventies gericht op **GGB, preventie en stressreductie bij moeders met een migratieachtergrond** in de perinatale periode en opvoedingsfase¹¹⁷. Hoewel de leeftijd niet wordt gespecificeerd, bevat de review ook studies met moeders van lagereschoolkinderen. De gevonden evidentie is beperkt en de meeste onderzochte interventies, zoals educatie, CGT en mindfulness, tonen geen effecten op de geestelijke gezondheid van de vrouwen.

GGB en preventie bij ouders, ook buiten de perinatale periode

Sommige reviews includeren ook moeders/ouders buiten de perinatale periode met kinderen ouder dan 2 jaar.

Een review met tien gecontroleerde en zes kwalitatieve studies onderzocht **GGB en/of ouderschapsinterventies voor gezinnen met kinderen tot 6 jaar in Scandinavische landen, met een nadruk op ouderlijke ondersteuning**¹¹⁸. De interventies richten zich meestal op het gezin (bv. huisbezoeken) of worden georganiseerd als groepsactiviteit (bv. in welzijnsinstellingen of kleuterscholen). De meeste studies tonen verbeteringen in de geestelijke gezondheid van ouders en/of kinderen, of een vermindering van psychische problemen en stress, hoewel de studies en hun uitkomsten sterk variëren. Bijna alle studies rapporteren verbeteringen in de opvoeding en ouder-kind interacties. Alle vier interventies met een universele aanpak tonen een toename in ouderlijke zelfeffectiviteit, terwijl dit niet het geval is bij een geïndiceerde interventie. De meeste interventies die ouderlijke tevredenheid onderzochten, lieten verbeteringen zien. Er werden echter geen verbeteringen gevonden in de partnerrelatie tussen ouders, en slechts beperkte verbeteringen in sociale steun voor ouders.

Drie reviews gaan over digitale interventies. Een review met 22 gecontroleerde studies van eerder hoge kwaliteit onderzocht **universele digitale interventies** (online of via app), die grotendeels zelfgestuurd zijn en sociaal-emotionele educatie of ondersteuning bieden aan (aanstaande) ouders met een kind tot 5 jaar¹¹⁹. Meta-analyses tonen kleine effecten op angst en depressie, en een matig effect op zelfeffectiviteit. Er is geen evidentie voor effecten op stress, sociale steun, tevredenheid en ouder-kind interacties. De effecten blijven tot 6 maanden na de interventie behouden. Er is geen verschil in effectiviteit tussen volledig zelfgeleide en deels zelfgeleide interventies.

Een andere systematische review met 30 gecontroleerde en 8 quasi-experimentele studies van matige tot hoge kwaliteit over **eHealth interventies** voor ouders van kinderen tussen één en zes jaar toont kleine effecten op de geestelijke gezondheid van ouders, met name op depressie, angst en ouderschapsstress (niet op algemene stress en trauma) ¹²⁰. Over het algemeen blijkt er een hoge mate van tevredenheid en engagement te zijn bij de interventies, met beperkte uitval. Er worden geen modererende effecten gevonden van factoren (zoals de leeftijd van het kind, baseline symptomen of inkomen) en programmafactoren (zoals wel of geen contact met een clinicus of het gebruik van een app versus een webplatform).

Infant mental health programma's en interventies voor opvoeding en ouderschap

Slechts twee programma's voldoen aan de criteria om als evidence-based te worden beschouwd (≥ 3 RCT's en een review). Het eerste is het *ABC-programma (Attachment and Biobehavioral Catch-up)*, dat zich richt op hoog-risicogezinnen en kinderen met negatieve jeugdervaringen (ACE), en veilige hechting bevordert. Dit programma wordt aangeboden in de thuiscontext. Een tweede programma is *VIPP (Video-feedback intervention parenting program)*, dat eveneens gericht is op hoog-risicogezinnen en -kinderen, en huisbezoeken omvat waarbij ouderlijke sensitiviteit wordt gestimuleerd door middel van feedback op videobeelden. Daarnaast identificeren Hare et al. zes programma's als effectief (≥ 2 RCT's, positieve uitkomsten bij $>50\%$ van de onderzochte indicatoren en theoretisch goed onderbouwd). Een van deze programma's is Triple P (Positive Parenting Program), dat evidence-based is voor kinderen vanaf 2 jaar, maar minder grondig is onderzocht bij baby's. Opvallend is dat Baby Triple P, gericht op aanstaande ouders ter voorbereiding op het ouderschap, niet bewezen effectief blijkt te zijn.

waren de effecten sterker bij kinderen met klinische symptomen, zoals ADHD of externaliserende gedragsstoornissen.

Een Cochrane-review, gebaseerd op 10 RCT's met een hoog risico op bias, onderzocht **oudertrainingsprogramma's met een mindfulness-component voor ouders van kinderen tot 18 jaar** ¹²⁴. In vergelijking met wachtlijstgroepen hebben oudertrainingen met een mindfulness-component kleine effecten hebben op ouderschapsvaardigheden en op parentale depressie en angst. De effecten op ouderschapsstress, emotionele en gedragsproblemen van het kind, en parentale mindfulness zijn veelbelovend, maar onvoldoende onderzocht. In vergelijking met oudertrainingen zonder mindfulness-component blijkt enkel het effect op ouderschapsstress matig sterker bij oudertrainingen met mindfulness-component.

Een systematische review met 37 gecontroleerde studies van eerder hoge kwaliteit, onderzocht de effecten van **Triple-P programma's bij ouders van kinderen tot 16 jaar** ¹²⁵. De meta-analyses voor de uitkomsten bij kinderen laten kleine effecten zien op sociale competentie, emotionele problemen en zowel het aantal als de intensiteit van gedragsproblemen. Voor de uitkomsten bij ouders worden kleine effecten gevonden op ouderschapsstijl, conflict over ouderschap, ouderschapseffectiviteit, parentale aanpassing en angst; en matige effecten op ouder-kind conflict en ouderlijke depressie. Er blijkt bovendien een verband te zijn tussen de intensiteit van het programma' en de effectiviteit: het meer diepgaande niveau 4 van Triple P is het meest effectief, terwijl het eerder kortdurende en doelgerichte niveau 3 geen bewezen effect heeft. De bevindingen zijn heterogeen en afhankelijk van de gebruikte modaliteit en methode, waarbij er vooral evidentie is voor face-to-face groepsactiviteiten met individuele telefonische ondersteuning. Het onlineprogramma blijkt vooral effectief voor ouders, maar had weinig effect op de uitkomsten bij kinderen.

Tot slot onderzocht een review de effectiviteit van **groepsgebaseerde ouderschapsinterventies voor ouders met negatieve jeugdervaringen (ACE)** met kinderen tot 6 jaar ¹²⁶. Op basis van 3 gecontroleerde studies van hoge kwaliteit en 9 quasi-experimentele studies van lagere kwaliteit concluderen de auteurs dat deze interventies kleine effecten hebben op opvoedingsgedrag, ouderlijke zelfeffectiviteit en de geestelijke gezondheid van ouder, en een matig effect op de ouder-kindrelatie. De effecten zijn sterker in klinische settings, maar worden ook gevonden in non-klinische settings.

6.1.2.1.3. Conclusies interventies tijdens de eerste duizend dagen

- **Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT)**, aangeboden in diverse vormen en modaliteiten (bv. individueel of in groep, face-to-face of digitaal), zijn effectief in het voorkomen van psychische problemen bij zwangere vrouwen en moeders in de perinatale periode.
- **Mind-body interventies (zoals yoga) en programma's gericht op ontspanning en fysieke activiteit**, kunnen de geestelijke gezondheid van vrouwen in de perinatale periode versterken.
- Er is veelbelovende evidentie inzake het verbeteren van de geestelijke gezondheid van vrouwen in de perinatale periode door **psycho-educatieve interventies, interventies om de slaap van baby's te verbeteren en interventies gericht op het versterken van emotionele, sociale of praktische steun**. Deze laatste interventies blijken vooral effectief voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid van moeders in de postpartum periode.
- **Interventies starten idealiter al tijdens de zwangerschap** en lopen door gedurende de eerste duizend dagen van het leven van het kind.
- De evidentie is het meest consistent voor interventies **verstrekt door zorgverleners** (zoals vroedvrouwen, verpleegkundigen, psychologen) of **getrainde instructeurs**. Zelfgeleide **digitale**

interventies blijken ook positieve effecten te hebben op de geestelijke gezondheid, maar deze zijn minder uitgesproken dan wanneer er begeleiding of supervisie is voorzien.

- Slechts één review onderzocht specifiek **interventies voor vaders** en concludeerde dat deze meestal kleine positieve effecten hebben op de geestelijke gezondheid van vaders. Ook praktische vaardigheidstraining (bv. inzake relaxatie, zwangerschapsmassage) voor vaders of koppels blijkt effectief om de geestelijke gezondheid van vaders te versterken.
- Er is beperkte evidentie voor **interventies gericht op specifieke groepen** in de perinatale periode. Diverse interventies (zoals yoga en CGT) kunnen de geestelijke gezondheid van vrouwen met een **risicozwangerschap** en **ouders van premature baby's** versterken. Psycho-educatieve interventies zijn vooral effectief voor **vrouwen die voor het eerst moeder worden**.
- **Ouderschaps- en opvoedingsinterventies**, zoals die gericht op emotiesocialisatie, kunnen de geestelijke gezondheid van zowel ouders als kinderen, evenals de gezinsdynamiek, verbeteren. Deze interventies zijn ook effectief voor ouders die zelf negatieve jeugdervaringen (ACE) hebben beleefd. Het toevoegen van een mindfulness-component aan ouderschapsinterventies kan de effecten op ouderschapsstress versterken.
- Specifieke programma's, zoals *Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)* en *Video feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)*, die gericht zijn op het **verhogen van ouderlijke sensitiviteit en het versterken van de hechting in risicogezinnen** (zoals sociaal kwetsbare gezinnen en kinderen met vroege negatieve ervaringen), blijken effectief voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid van ouders en de gedragsmatige en sociaal-emotionele uitkomsten van jonge kinderen. Het Triple-P-programma is vooral effectief voor het versterken van ouderschapsvaardigheden en het verbeteren van sociaal-emotionele en gedragsmatige uitkomsten na de perinatale periode (bij kinderen vanaf twee jaar).

6.1.2.2. Kinderen en jongeren

6.1.2.2.1. Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

De umbrella review van Kuosmanen et al. bundelt verschillende interventies voor kinderen en jongeren, die zich afspelen in zowel de schoolse context als de gemeenschap⁸.

In het totaal zijn er 31 reviews over interventies binnen het onderwijs, waarbij ook hoger onderwijs wordt gerekend.

- **Er is sterke evidentie voor zowel universele als gerichte interventies in scholen.** Deze interventies hebben een positieve invloed op de socialemotionele ontwikkeling, de geestelijke gezondheid, positief gedrag en schoolprestaties van kinderen en jongeren.
- Programma's gericht op **socialemotionele vaardigheden (SEV)** zijn het meest onderbouwd en tonen langdurige positieve effecten voor diverse groepen kinderen en jongeren, inclusief die uit kwetsbare gezinnen. Zulke interventies worden vooral uitgevoerd door leerkrachten. Sommige studies suggereren dat de effecten iets sterker zijn bij kinderen dan adolescenten.
- **Mindfulness-programma's** kunnen de geestelijke gezondheid bevorderen. De evidentie hiervoor is sterker voor oudere adolescenten dan voor kinderen.
- **Preventieve interventies** op scholen blijken doorgaans effectief in het verminderen van angst, depressie, gedragsproblemen en middelenmisbruik.
 - De evidentie is echter sterker voor geïndiceerde interventies, gericht op leerlingen met een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen, dan voor universele interventies.

- De effecten zijn iets sterker voor programma's die geïntegreerd zijn in het curriculum, meerdere keren per week worden uitgevoerd, en (deels) gericht zijn op externaliserend gedrag.
- Wat specifieke programma's betreft, is het *FRIENDS-programma* volgens de onderzoekers het enige effectieve universele preventieve programma.
- **Interventies met een 'brede school' aanpak ('whole school approach')**, die gericht zijn op een positieve schoolomgeving en samenwerking met gezinnen en de gemeenschap, laten positieve resultaten zien.
- Er is gemengde evidentie voor interventies die worden **aangeboden door peers**, waarbij sommige studies zelfs negatieve effecten rapporteerden.

De evidentie voor interventies voor kinderen en jongeren aangeboden in de gemeenschap is gebaseerd op 21 reviews van matige tot hoge kwaliteit. Dergelijke interventies hebben meestal een positief effect hebben op de geestelijke gezondheid en het welzijn van kinderen en jongeren.

- **Mindfulness-training** is effectief in het verminderen van depressieve klachten, hoewel het minder duidelijk is of mindfulness ook een effect heeft op angstsymptomen.
- **Mental health literacy interventies** verbeteren de kennis en mogelijk ook de attitudes en het stigma inzake geestelijke gezondheid, maar het effect op hulpzoekgedrag is onduidelijk.
- Interventies gericht op **fysieke activiteit** laten over het algemeen positieve effecten zien op psychologische uitkomsten en zelfvertrouwen.
- **Sociale vaardigheidstrainingen, interventies in de natuur en interventies met een volwassen mentor** kunnen de veerkracht en gedragsuitkomsten van kinderen en jongeren verbeteren, vooral bij kwetsbare groepen.
- Voor jongeren met een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen leiden interventies met een gerichte aanpak, waaronder cognitieve gedragstherapeutische (CGT) interventies in groep, tot betere uitkomsten.

Er zijn drie reviews die digitale interventies onderzoeken. Er is voornamelijk evidentie voor digitale tools en apps gebaseerd op '**gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie**' (i.e., waarbij een computer de rol van therapeut opneemt) **en mindfulness**. Hoewel er groeiend bewijs is voor de effectiviteit van 'serious games' (digitale interventies in de vorm van een game) om de sociale vaardigheden en geestelijke gezondheid van jongeren te verbeteren, is verder onderzoek aangewezen.

6.1.2.2.2. Resultaten LUCAS (oktober 2021 – maart 2024)

Een belangrijke bemerking is dat de leeftijdsgrens van 3 tot 18 jaar, zoals gehanteerd in het beleidsplan, in de wetenschappelijke literatuur niet steeds strikt wordt gevolgd. Sommige reviews omvatten ook studies met jongvolwassenen. Andere studies richten zich specifiek op de lagere schoolleeftijd of op adolescenten. Daarom worden steeds expliciet de leeftijdsgrenzen vermeld waarover de reviews rapporteren.

Een groot deel van de evidentie over GGB bij kinderen en jongeren gaat specifiek over interventies in de onderwijscontext, hoewel er ook interventies zijn zonder specificatie dat deze in de schoolomgeving plaatsvinden.

6.1.2.2.2.1 Interventies die niet noodzakelijk in een onderwijssetting plaatsvinden

Reviews over diverse interventies

Een umbrella review met maar liefst 162 reviews, waarvan twee derde van de reviews van (zeer) lage kwaliteit is, onderzocht **GGB en universele preventieve interventies voor psychische problemen bij kinderen tussen 5 en 15 jaar in diverse settings**¹²⁷.

- Wat betreft **universele preventie van psychische problemen op school**, worden de sterkste effecten gerapporteerd voor psychosociale interventies, multi-component interventies en interventies gebaseerd op sociaal-emotionele vaardigheden (SEV), veerkracht en positieve psychologie.
- De evidentie voor **interventies in de gemeenschap** is beperkter en meer heterogeen van aard, maar laat over het algemeen positieve resultaten zien. Vooral CGT-gebaseerde interventies in de gezinscontext blijken veelbelovend.
- Voor **gemengde settings** is de evidentie het sterkst voor CGT, fysieke activiteit, mindfulness en mentorprogramma's. Wat betreft digitale interventies, zoals digitale CGT, is de evidentie beperkt maar veelbelovend.
- Voor de universele **preventie van pesten** bestaat er vooral evidentie voor schoolgerichte en whole-school benaderingen, al is de evidentie voor cyberpesten en digitale anti-pestinterventies te beperkt om definitieve conclusies te kunnen trekken.
- Wat betreft de **preventie van middelenmisbruik** (o.a. roken), is er enige evidentie voor gezinsgerichte en schoolgebaseerde interventies die risicogedrag en initiatie van middelengebruik, met name in de vroege adolescentie, helpen voorkomen. Daarnaast blijken ook interventies gericht op het verbeteren van sociale competenties en sociaal leren (zoals het omgaan met sociale invloeden) effectief te zijn om middelenmisbruik te voorkomen. De evidentie voor digitale interventies op dit gebied is echter beperkt. Ook voor de preventie van zelfbeschadigend gedrag is de bewijskracht gering, hoewel schoolgebaseerde interventies wel een positieve invloed kunnen hebben op het verminderen van suïcidale ideatie.
- De auteurs onderzochten eveneens **interventies gericht op opvoeding en ontwikkeling** en concluderen dat gezinsinterventies kunnen bijdragen tot een verbeterde responsiviteit van ouders, wat op zijn beurt leidt tot een betere gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Dit geldt vooral voor gezinnen in een kwetsbare situatie. Gemeenschapsgerichte interventies voor ouders laten eveneens positieve effecten zien op de ouder-kind relatie en het verminderen van moeilijk gedrag bij kinderen. Ook naschoolse programma's blijken het gedrag, de zelfwaarde en de zelfcontrole van kinderen te verbeteren.

Een kleinere review, gebaseerd op zeven RCT's van matige kwaliteit, onderzocht uiteenlopende interventies om het mentaal welzijn van kinderen en jongeren tot 19 jaar te verbeteren. Deze review concludeert dat slechts twee interventies een klein positief effect hebben op mentaal welzijn: een kookinterventie en een psycho-educatieve interventie. Interventies werden verder niet vergeleken en de review trekt geen verdere conclusies ¹²⁸.

Wat betreft jongeren, onderzocht een review met 45 gecontroleerde studies van matige kwaliteit **psychologische interventies**, waarbij de uitkomst 'subjectief welbevinden' was ¹²⁹. Er wordt een zeer klein positief effect gevonden op positief welbevinden. Interventies aangeboden in groep en interventies van langere duur laten sterkere effecten zien, hoewel het effect na diverse follow-up periodes niet behouden blijft. Voor negatief welbevinden worden geen positieve effecten gevonden. Een andere review richtte zich op jongeren tussen 10 en 24 jaar en onderzocht universele en selectieve **online interventies om geestelijke gezondheidsproblemen** te voorkomen. Deze review, gebaseerd op 19 RCT's van matige tot hoge kwaliteit,

vond een zeer klein effect op depressie, maar geen effect op stress en angst ¹³⁰. Verschillen tussen interventies en mogelijke moderatoren werden niet onderzocht.

Een review onderzocht **stressmanagement** interventies op basis van 7 RCT's en 18 quasi-experimentele studies van overwegend lage kwaliteit, uitgevoerd in de Verenigde Staten bij jongeren tussen 14 en 18 jaar ¹³¹. De meta-analyse toont kleine effecten op stress, angst en depressie meteen na de interventie. Er is geen effect op positief en negatief affect. Bij follow-up periodes, die varieerden van 4 weken tot 9 maanden, wordt enkel het effect op stress behouden. Op langere termijn blijkt er wel sprake te zijn van een vertraagd maar matig effect op stress. Echter blijkt dat de effecten sterker zijn in ongecontroleerde studies. Voor het verminderen van angst is mindfulness effectiever dan CGT, terwijl beide interventies even effectief zijn om depressie en stress te reduceren. Een combinatie van CGT en mindfulness is veelbelovend voor angst. Om depressieve symptomen en angst aan te pakken, blijken hoog-intensieve interventies (meer dan 2 keer per week gedurende minimaal enkele weken) het meest effectief te zijn.

Tot slot onderzocht een review met 13 RCT's van lage kwaliteit het effect van therapeutische **interventies gericht op veerkracht in diverse settings**, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen kinderen tot 12 jaar en jongeren van 12 tot 22 jaar ¹³². De meta-analyse toont een matig effect op veerkracht bij adolescenten, maar niet bij kinderen, hoewel de effectgrootte voor beide groepen hetzelfde is. Dit verschil is waarschijnlijk toe te schrijven aan het kleiner aantal studies met kinderen, waardoor de analyse mogelijk onvoldoende statistische power heeft. De algemene follow-up analyse toont dat de effecten behouden blijven.

Mindfulness interventies

Een systematische review met 66 RCT's onderzocht **mindfulness-based interventies** bij kinderen en jongeren tot 18 jaar, **face-to-face aangeboden door een instructeur** en niet in combinatie met andere interventies ¹³³. Ondanks de lage tot matige bias in de studies, wordt de bewijskracht als laag tot zeer laag beoordeeld. Universele mindfulness interventies hebben in de review geen effect op welzijn, angst, stress en depressie. Wel zagen de onderzoekers kleine effecten op negatief gedrag, sociaal gedrag en aandacht. Voor selectieve/geïndiceerde interventies (waarbij men geen onderscheid maakte tussen beiden) werd een omgekeerd patroon gevonden: er zijn geen verbeteringen in sociaal en negatief gedrag, maar wel kleine effecten op mindfulness, angst, stress, depressie en aandacht (welzijn kon niet worden onderzocht). Verder blijken universele interventies bij jonge kinderen effectiever te zijn om angst/stress te reduceren en mindfulness en sociaal gedrag te verbeteren. Een grotere 'interventiedosis' leidt tot sterkere verbeteringen voor gedrag, maar tot minder goede verbeteringen inzake welzijn. Er is geen evidentie voor langetermijneffecten.

Een andere systematische review onderzocht eveneens **mindfulness-based interventies in diverse settings** bij kinderen en jongeren tot 21 jaar, **mét instructeur en een duurtijd van minstens één week** ¹³⁴. De studies tonen kleine effecten op stress, angst en depressie, maar geen effecten op welzijn. Het effect is op depressie is er enkel bij adolescenten, maar niet bij kinderen. Mindfulness-based interventies tot 8 weken tonen een sterker effect op depressie en angst dan langer durende interventies.

Een beperktere systematische review met 6 gecontroleerde en 4 kwalitatieve studies onderzocht specifiek '**compassie-gebaseerde**' **mindfulness** (i.e., een vorm van mindfulness waarbij een focus is op empathie en mildheid naar jezelf en anderen toe) bij kinderen en jongeren tot 18 jaar ¹³⁵. De kwaliteit van de studies is zwak, maar de review toont kleine tot matige effecten op mentaal welzijn (o.a. stress, depressie en angst). Eén grotere robuuste studie toont een sterk positief effect op prosociaal gedrag. Interventies bij jongere

kinderen (tot 11 jaar) in de algemene populatie (vs. populatie met verhoogde symptomen) zijn vaker effectief.

Een derde systematische review onderzocht de effecten van **interventies die gebruik maken van meditatietechnieken en mindfulness** bij lagereschoolkinderen op cognitieve, sociaal-emotionele en academische uitkomsten, op basis van 29 gecontroleerde studies van lage kwaliteit ¹³⁶. Alle studies tonen een positieve invloed op cognitieve uitkomsten, en 19 van de 21 studies rapporteren een positief effect op SEV, maar er is waarschijnlijk geen invloed op academische vaardigheden. De meeste effectieve interventies gebruiken de technieken ‘lichaamsgefocusste meditatie’ en ‘mindful observeren’.

Digitale interventies

Een systematische review met 27 gecontroleerde studies van vooral matige en hoge kwaliteit, onderzocht **digitale GGB-interventies** bij jongeren tussen 11 en 18 jaar ¹³⁷. Volgens de meta-analyse is er een klein effect op welzijn en angst, maar geen effect op depressieve symptomen, stress, externaliserende en internaliserende symptomen. Digitale GGB-interventies aangeboden in de schoolsetting hebben een effect op angst en internaliserende symptomen, maar deze interventies tonen geen effect wanneer ze worden aangeboden in de vrije tijd. Voor internaliserende symptomen is het effect het grootst voor interventies in een gemengde setting (i.e., zowel op school als in de gemeenschap). De effecten op angst zijn groter **wanneer de digitale interventie gecombineerd werd met enige ondersteuning door een professional**. Over het algemeen zijn de effecten sterker wanneer de interventie consistent gevolgd wordt.

Een review onderzocht de effectiviteit van **reguliere games** (i.e. commerciële games ter ontspanning) en **therapeutische interventies aangeboden in digitale game vorm (toegepaste games)**, bij kinderen en jongeren tussen 6 en 24 jaar ¹³⁸. De review bevat 145 studies van voornamelijk lage tot matige kwaliteit die gebruik maakten van diverse methoden en waarvan 70 studies bij kinderen en jongeren in de algemene populatie plaatsvonden. Er is evidentie voor tijdelijke positieve effecten op humeur en emoties van zowel reguliere als toegepaste games, bijvoorbeeld om angst te verminderen in medische settings, maar robuuste effecten op mentaal welzijn zijn niet consistent. Voor (sub)klinische groepen (vaak onderzocht bij kinderen en jongeren met ADHD en autisme), kunnen toegepaste games een meerwaarde bieden, vooral voor de ontwikkeling van sociale vaardigheden en de vermindering van angstsymptomen.

Tot slot onderzocht een systematische review **digitale interventies gericht op het aanpakken van risicofactoren voor geestelijke gezondheid** (o.a. roken en fysieke activiteit) bij jongeren tussen 10 en 24 jaar¹³⁹. Volgens een meta-analyse met 17 RCT's van lage tot matige kwaliteit, hebben dergelijke interventies geen effect op kwaliteit van leven, depressieve symptomen en angst.

Mental health literacy en stigma interventies

Een systematische review van 25 gecontroleerde studies uitgevoerd bij kinderen en jongeren tot 18 jaar en van overwegend lage kwaliteit, onderzocht het effect van interventies om **mental health literacy te verhogen en stigmatiserende attitudes ten aanzien van psychische problemen te verminderen**³⁵. De meta-analyse toont een matige toename van mental health literacy, hoewel deze effecten tijdens de follow-up van 1 tot 6 maanden iets afnemen. Wat betreft stigmatiserende attitudes wordt zowel na de interventie als tijdens de follow-up een kleine verbetering gevonden. Ook voor ‘social distance’ (i.e., de mate waarin men personen met een psychisch probleem als anders ervaart) wordt zowel na de interventie als tijdens follow-up een klein effect gevonden. Een moderatoranalyse toont dat educatieve interventies waarbij er een contact was met een persoon met psychische problemen een minder gunstig effect hebben op mental health literacy dan

louter educatieve interventies. Bovendien leveren RCT's minder sterke resultaten op dan trials zonder randomisering.

Een review onderzocht interventies gericht op het **verminderen van stigma** bij jongeren tussen 10 en 24 jaar, waarbij **kunst, expressie of storytelling** werd gebruikt¹⁴⁰. Op basis van 48 studies, voornamelijk quasi-experimenteel van aard en van lage tot matige kwaliteit, wordt geconcludeerd dat zulke interventies kleine positieve effecten kunnen hebben op stigma omtrent geestelijke gezondheid. De meta-analyse toont echter enkel een effect op kennis over geestelijke gezondheid, maar niet op stigmatiserende attitude of gedrag. Interventies die op verschillende kunstvormen inzetten blijken de sterkste effecten te hebben.

Interventies gericht op sociale steun en sociale inclusie

Een review met 33 studies onderzocht **interventies gericht op het verhogen van sociale steun** bij kinderen en jongeren tot 18 jaar ¹⁴¹. De studies hanteerden verschillende onderzoeksmethoden, waarvan 8 kwalitatieve studies, en zijn van matige kwaliteit. Voor kinderen tot 9 jaar richten de interventies zich voornamelijk op het bieden van sociale steun aan de ouders. Dit blijkt meestal positieve effecten te hebben, zowel voor de kinderen als voor de ouders. Vanaf 10 jaar verschuift de focus van de interventies naar de jongeren zelf, waarbij de nadruk ligt op het verstrekken van informatie en psycho-educatie. De meeste interventies leiden tot positieve resultaten. Veel interventies maken gebruik van een mentor of peer en hoewel deze vaak effectief zijn, kunnen ze ook negatieve effecten hebben wanneer er een breuk ontstaat in de mentorrelatie. Ondanks de overwegend positieve effecten van de interventies, blijft de algehele evidentie beperkt.

Een review op basis van 8 RCT's en 4 quasi-experimentele studies van eerder lage kwaliteit onderzocht interventies gericht op het **verhogen van sociale inclusie bij jongeren** tussen 14 en 24 jaar ¹⁴². De meeste geïnccludeerde interventies zijn georganiseerd in groepsverband en hebben als doel het verbeteren van sociale vaardigheden, al dan niet in combinatie met andere componenten. Een meta-analyse toont een matig effect op symptomen van depressie en/of angst, en 11 van de 12 interventies hebben een positief effect op sociale inclusie. Vergelijkingen tussen verschillende interventietypes waren echter niet mogelijk. Een soortgelijke systematische review, met 9 RCT's van matige kwaliteit, onderzocht het effect van diverse interventies om **eenzaamheid** bij jongeren tussen 14 en 24 jaar tegen te gaan¹⁴³. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen intrapersonlijke (i.e., gericht op het individu zelf, gericht op coping of denkprocessen), interpersoonlijke (i.e., gericht op sociale vaardigheden) en sociale (i.e., gericht op sociale steun en het sociale netwerk) strategieën voor eenzaamheid. De evidentie voor intrapersonlijke strategieën is gemengd maar wel het meest overtuigend, met enkele positieve resultaten voor CGT-gebaseerde ondersteuning. Voor sociale vaardigheidstraining is de evidentie vooral veelbelovend voor jongeren met ASS. Er wordt geen overtuigende evidentie gevonden voor de effectiviteit van sociale strategieën, zoals het creëren van sociale netwerken.

Fysieke activiteit

Een umbrella review, bestaande uit 18 systematische reviews van overwegend lage tot zeer lage kwaliteit, onderzocht de effecten van verschillende **interventies gericht op fysieke activiteit** bij kinderen en jongeren tot 18 jaar ¹⁴⁴. Uit de meta-analyse blijkt dat fysieke activiteit een klein effect heeft op psychologisch welzijn en een zeer klein effect op psychologische symptomen bij kinderen en jongeren in de algemene populatie. De effecten zijn meer uitgesproken bij klinische groepen, zoals kinderen met depressie, ADHD en neuromotorische beperkingen.

Twee reviews met gemengde studiemethoden, beiden van matige kwaliteit, onderzochten de effecten van fysieke activiteit in diverse settings. Een review van 23 studies (waarvan 11 RCT's) includeerde kinderen met een gemiddelde leeftijd tussen 6 en 11 jaar, en een review van 28 studies (17 RCT's) includeerde jongeren met een gemiddelde leeftijd tussen 10 en 19 jaar^{30,145}. In beide groepen worden overwegend kleine positieve effecten gevonden op kwaliteit van leven en psychologisch welzijn. Voor kinderen zijn er eveneens kleine positieve effecten op zelfwaarde en lichaamsbeeld, terwijl deze effecten bij adolescenten minder duidelijk zijn. Onderzoek naar de impact van fysieke activiteit op psychische problemen is in beide leeftijdsgroepen beperkt en de resultaten zijn gemengd. Bij adolescenten blijkt krachttraining vaak positieve resultaten te geven, maar door de heterogeniteit van de data was een vergelijkende analyse tussen types van fysieke activiteit niet mogelijk.

Een laatste review onderzocht interventies gericht op fysieke activiteit bij jongeren tussen 15 en 24 jaar¹⁴⁷. Op basis van 58 RCT's van matige tot hoge kwaliteit, blijkt fysieke activiteit een klein effect te hebben op angstsymptomen. Voor depressie worden de effecten per type activiteit onderzocht: krachttraining heeft het sterkste effect, gevolgd door gemengde activiteiten (sterk effect), aerobics (matig effect) en mind-body activiteiten (matig effect). Wat betreft intensiteit en duur blijken interventies bestaande uit 3 à 4 sessies per week met een sessieduur van telkens 30 tot 60 minuten en die minstens 6 weken worden aangeboden, het meest effectief te zijn voor zowel de preventie als de behandeling van depressie.

Een systematische review onderzocht het effect van ‘**adventure educatie**’ (een educatiemethode die gebruik maakt van avontuurlijke activiteiten in de natuur om persoonlijke ontwikkeling te bevorderen) bij kinderen en jongeren tot 18 jaar ¹⁴⁸. De resultaten van 10 RCT’s en 8 quasi-experimentele studies van matige kwaliteit zijn gemengd, maar er zijn vooral positieve effecten op zelfeffectiviteit, zelfwaarde, kwaliteit van leven en sociale competenties. Sommige studies tonen ook positieve effecten op emotionele controle, angst, depressie en stress.

Een andere review, bestaande uit 11 studies met diverse en vooral ongecontroleerde methoden van lage kwaliteit, onderzocht ‘**storytelling**’ (het vertellen van verhalen) bij kinderen en jongeren tussen 4 en 14 jaar¹⁵⁰. Er is enige evidentie dat storytelling de veerkracht en het psychologisch welzijn kan verhogen, o.a. door bewustmaking over persoonlijke krachten en hulpbronnen, maar de evidentie is te beperkt om definitieve conclusies te trekken.

Een review onderzocht interventies om de geestelijke gezondheid en de mental health literacy van jonge mannen tussen 10 en 24 jaar te verhogen binnen **georganiseerde sportcontexten** (bv. in sportclubs) ¹⁵¹. Vijftien studies van matige kwaliteit, waarvan slechts 6 gecontroleerde studies, vonden dat 7 van de 11 interventies resulteren in een verbetering in mentaal welzijn en 7 van de 8 interventies in een verbetering van mental health literacy.

Tot slot onderzocht een review met 3 RCT's en 8 quasi-experimentele studies de '**life skills methode**' ("een programma dat jongeren helpt om hun eigen talenten, dromen en drijfveren te ontdekken") ¹⁵². De meeste studies tonen positieve effecten op uitkomsten van geestelijke gezondheid, waaronder depressie, angst en stress.

6.1.2.2.2 Interventies in de onderwijssetting

Reviews over diverse interventies

Een systematische review onderzocht **programma's om het psychosociaal welzijn van leerlingen in basisscholen en secundaire scholen te bevorderen** ¹⁵³. De 16 RCT's, van voornamelijk van matige tot hoge kwaliteit, tonen dat dergelijke programma's positieve effecten kunnen hebben op diverse uitkomsten zoals SEV, communicatievaardigheden, zelfregulatie, het gevoel bij de maatschappij te horen, woedebeheersing, zelfwaardering, levenstevredenheid, etc. De programma's hebben echter geen effect op empathie en stigmatisering. Het gebruik van **interactieve methoden**, zoals groepswork en spel, lijkt effectiever dan het louter verstrekken van informatie.

Een andere review onderzocht diverse interventies om het welbevinden te verhogen van lagere en middelbare scholieren in Australië. De review was gebaseerd op 17 gecontroleerde studies en 12 quasi-experimentele studies van vooral lage tot matige kwaliteit ¹⁵⁴. Van de 29 studies, rapporteren 17 studies geen effect op welzijn, 8 studies een klein effect, 3 studies een matig effect en één interventie een groot effect op welzijn. De drie studies met een matig effect maken gebruik van Acceptance and Commitment Therapie (ACT) en psycho-educatie; de studie met een groot effect betreft een SEV-interventie.

Een review met 5 RCT's en 9 quasi-experimentele studies van matige kwaliteit onderzocht **universele educatieve interventies** gericht op geestelijke gezondheidsbevordering in scholen voor kinderen en jongeren tussen 8 en 21 jaar ¹⁵⁵. De interventies hebben twee primaire doelen: kinderen en jongeren geestelijke gezondheidseducatie en veerkrachtvaardigheden bijbrengen. Bijna alle studies (12 van de 14) tonen positieve effecten, waaronder een verbetering in geestelijke gezondheid en copingvaardigheden, zelfeffectiviteit, communicatie, kennis over geestelijke gezondheid en klasklimaat.

Wat betreft **secundaire scholen**, onderzocht een umbrella review bestaande uit 14 systematische reviews van matige tot hoge kwaliteit zowel **universele als geïndiceerde schoolgebaseerde interventies** voor jongeren, met depressie of angst als primaire uitkomst ¹⁵⁶. Over het algemeen blijkt **de evidentie sterker voor geïndiceerde dan voor universele interventies**. Eén review vindt evidentie voor kleine effecten van universele interventies die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie, met effecten die tot 12 maanden na de interventie behouden blijven. Andere reviews vinden echter geen bewijs voor de effectiviteit van universele interventies in secundaire scholen. Er zijn wel effecten van CGT-gebaseerde geïndiceerde interventies voor depressie en angst, met gemengde evidentie voor het behoud van de effecten op lange termijn. Wat betreft de vraag wie de interventie het beste aanbiedt, vinden twee reviews dat de effecten even sterk zijn ongeacht wie de verstrekker is, terwijl één review toont dat interventies uitgevoerd door ggz-

professionals effectiever zijn. Digitale en face-to-face interventies lijken ongeveer even effectief, maar er is minder evidentie beschikbaar voor digitale interventies.

Een andere systematische review met 47 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzocht **universele interventies gericht op welbevinden en geestelijke gezondheid in het secundair onderwijs** ¹⁵⁷. De 22 programma's die positieve effecten rapporteren voor geestelijke gezondheid bevatten vaker belangrijke elementen **van 'actief leren'** om de betrokkenheid van leerlingen te verhogen, namelijk aspecten waarbij de leerling fysiek actief moest zijn of waarbij de leerling moet reflecteren over de inhoud door te schrijven. Ook een **'leerlinggerichte' leermethodologie**, waarbij leerlingen inspraak hebben in het leerproces en dit kunnen personaliseren, komt vaker voor bij effectieve programma's. De psychologische theorie die ten grondslag ligt aan de meeste programma's met positieve effecten was **CGT**. Effectieve programma's zijn vaker verstrekt door leerkrachten die getraind waren door psychologen of gebruik maken van faciliterende handboeken ontworpen door psychologen, in vergelijking met programma's die online of door externen geleverd worden. Er is geen verband gevonden tussen de effectiviteit van een interventie en het aantal gegeven sessies of hun duurtijd.

Een review met 36 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzocht interventies gericht op **emotieregulatie** in het secundair onderwijs¹⁵⁸. Voor risicogroepen, zoals leerlingen met symptomen van geestelijke gezondheidsproblemen, leerproblemen of gedragsproblemen, blijken deze interventies matige tot sterke effecten te hebben op vaardigheden om emoties te reguleren. In de algemene populatie zijn de effecten klein. Op andere uitkomsten, zoals risicogedrag, depressie en angst, hebben deze interventies matige tot sterke effecten in zowel de algemene populatie als de risicogroepen.

Tot slot onderzocht een systematische review van 8 gecontroleerde studies en één quasi-experimentele studie, van overwegend lage tot matige kwaliteit, het effect van **universele digitale of online positieve psychologie interventies (PPI) aangeboden** tijdens de schooluren op geestelijke gezondheid en welzijn ¹⁵⁹. Acht studies gingen over leerlingen uit het secundair onderwijs en één studie over leerlingen uit het basisonderwijs. In bijna alle studies is de interventie gebaseerd op CGT. Er werd geen meta-analyse uitgevoerd, maar over het algemeen worden soms kleine positieve effecten (o.a. reductie in stress) waargenomen. De effecten lijken sterker bij deelnemers die meer sessies voltooiden en bij deelnemers met een lagere geestelijke gezondheid bij aanvang. Er is enige aanwijzing dat het frequent aanbieden van korte sessies effectiever is dan het minder frequent aanbieden van lange sessies.

Interventies voor sociaalemotionele ontwikkeling en vaardigheden

Een hoogkwalitatieve umbrella review met 12 meta-analyses onderzocht **universele SEV-interventies in kleuter-, basis- en secundaire scholen** ¹⁶⁰. Er zijn kleine tot matige effecten op SEV, prosociaal gedrag, attitudes, gedragsproblemen, emotionele distress en academische prestaties. Deze effecten zijn robuust doorheen de tijd, al neemt het effect na verloop van tijd iets af. In zes meta-analyses blijkt leeftijd geen moderator, maar vijf meta-analyses rapporteren wel sterkere effecten bij jongere leerlingen. Etniciteit (onderzocht in vijf meta-analyses) en sociaaleconomische status (onderzocht in drie meta-analyses) modereren de effecten niet. Wat de vraag betreft wie het meest geschikt is om de interventies te verstrekken, zijn de resultaten gemengd. De meeste evidentie is voorhanden voor interventies die worden aangeboden door leerkrachten, onderzoekers of een combinatie hiervan. Volgens acht van de tien meta-analyses is de duur van de interventie geen moderator, terwijl twee meta-analyses suggereren dat interventies die minder dan een jaar duren effectiever zijn. Tot slot toont slechts één van de drie studies uitgevoerd in de kleuterschool dat ouderbetrokkenheid tot betere resultaten leidt.

Een systematische review van maar liefst 237 gerandomiseerde en 187 niet-gerandomiseerde gecontroleerde trials onderzocht **universele interventies gericht op sociale vaardigheden bij kinderen en jongeren in basis- en secundaire scholen**¹⁶¹. Meta-analyses tonen kleine effecten op SEV, schoolklimaat, peer relaties, attitude, prosociaal gedrag, externaliserend gedrag en emotionele distress, evenals zeer kleine effecten op schools functioneren en schoolse prestaties. Enkel voor de uitkomsten fysieke gezondheid, discipline en familierelaties worden geen effecten gevonden. Na een follow-up periode van 6 maanden blijft het algemene effect, hoewel klein, wel behouden. De effecten op prosociaal gedrag en schoolklimaat verdwijnen na verloop van tijd. Leeftijd blijkt geen modererende factor te zijn. Interventies aangeboden door leerkrachten zijn effectiever in het bevorderen van schools functioneren dan interventies aangeboden door extern personeel. Interventies die voldoen aan de **SAFE-criteria (sequenced, active, focused, explicit)** en die **eerst focussen op intrapersonlijke en vervolgens op interpersoonlijke vaardigheden** blijken effectiever te zijn. Programma's die alle drie de domeinen van het SEL framework van Jones & Bouffard bevatten (cognitieve regulatie, emotionele processen, sociaalinterpersoonlijke vaardigheden), hebben sterkere effecten op peer relaties en emotionele distress dan programma's die zich slechts op één domein richten. Evenzo zijn programma's die alle vijf de CASEL-competentiegebieden integreren (zelfbewustzijn, zelfmanagement, sociaal bewustzijn, relatievaardigheden, verantwoordelijke beslissingen), effectiever in het verbeteren van peerrelaties dan programma's die slechts één competentiegebied bevatten. Tot slot zijn de effecten sterker voor kwaliteitsvolle studies.

Een systematische review, gebaseerd op 84 gecontroleerde studies van matige kwaliteit, onderzocht de effectiviteit van SEV-interventies in **Japanse kleuter-, basis- en secundaire scholen**¹⁶². De onderzoekers vinden kleine effecten op SEV, prosociaal gedrag, gedragsproblemen en emotionele problemen. De effecten blijven behouden bij follow-up metingen, behalve voor gedragsproblemen. De effecten zijn overigens sterker bij kleuters en lagereschoolkinderen. Er worden geen verschillen gevonden tussen interventies uitgevoerd door leerkrachten of andere actoren, noch vond men verschillen tussen interventies (bv. SEV-programma's, groep-CGT, stressmanagement...). De review maakt wel melding van een publicatiebias, waarbij effectievere interventies vaker worden gepubliceerd in tijdschriften.

Een umbrella review bestaande uit 2 systematische reviews van lage kwaliteit onderzocht **SEV-interventies in reguliere kleuterscholen**¹⁶³. Beide reviews rapporteren positieve resultaten voor alle gemeten uitkomsten: sociale competentie, emotionele competentie, uitdagend gedrag, zelfregulatie, gedrags- en emotionele moeilijkheden en voorschools leren. In het merendeel van de studies waarover de reviews rapporteren, voerde de leerkracht de interventie uit. Geen van de reviews geeft een duidelijke beschrijvingen van de inhoud of de theoretische onderbouwing van de interventies of doet uitspraak over welke componenten van de interventie aan de basis liggen van de effecten.

Een andere review, gebaseerd op 21 RCT's en 18 quasi-experimentele studies van vooral lage kwaliteit, onderzocht eveneens SEV-interventies in kleuterscholen,¹⁶⁴. De meta-analyse toont kleine effecten op sociale en emotionele competenties en uitdagend gedrag. Interventies met betrokkenheid van de familie en interventies uitgevoerd door niet-leerkrachten (bv. onderzoekers) tonen de sterkste effecten, vooral op uitdagend gedrag.

Nog een review paste de CAPP Evidence Base Criteria toe op 81 studies die 38 verschillende SEV-programma's voor kleuters beschrijven, om het niveau van evidentie te bepalen¹⁶⁵. Vier programma's krijgen het label goed onderbouwd, 8 programma's krijgen het label waarschijnlijk effectief, 13 programma's krijgen het label mogelijk effectief, 13 programma's worden als experimenteel bestempeld, en geen enkel programma heeft twijfelachtige effectiviteit. De vier **goed onderbouwde programma's zijn: I Can Problem**

Solve (ICPS), Pathways to Alternative Thinking Strategies (PATHS), Second Step, en Tools of the Mind. De eerste drie programma's bestaan uit aparte curricula voor kleuters met kleine tot grote effecten, het laatste programma betreft een geïntegreerde aanpak gericht op zelfregulatie met kleine effecten. De interventies worden zowel universeel als selectief toegepast (bv. bij minderheidsgroepen en groepen met een sociaaleconomische kwetsbaarheid).

Mindfulness en CGT-gebaseerde interventies

Een systematische review met 23 gecontroleerde studies, 2 quasi-experimentele studies en 2 mixed-methods studies van overwegend lage kwaliteit onderzocht **diverse interventies gericht op veerkrachtbevordering** bij jongeren tussen 10 en 19 jaar binnen de schoolomgeving¹⁶⁸. De review includeert zowel studies uitgevoerd bij reguliere leerlingen als studies uitgevoerd bij risicogroepen (bv. verlaagde veerkracht, minderheidsgroep, slachtoffers van trauma of geweld). Het algemene effect op veerkracht blijkt matig, maar een moderatoranalyse toont een sterk effect bij risicogroepen en geen effect bij reguliere leerlingen. Het effect geldt enkel voor multi-component interventies (sterk effect) en CGT-gebaseerde interventies (klein effect), maar niet voor interventies gericht op SEV, mindfulness en counseling/mentoring. Het effect is sterker bij jongere adolescenten tot 13 jaar, terwijl men bij oudere adolescenten van 14 tot 17 jaar geen effect vindt. De effecten blijven behouden na een korte follow-up periode van 8 weken, maar niet na een langere periode.

Mental health literacy en stigma interventies

Een systematische review met 14 gecontroleerde studies van onduidelijke kwaliteit onderzocht interventies gericht op het verhogen van **mental health literacy en het aanpakken van stigmatiserende attitudes** ten aanzien van psychische problemen in basis- en secundaire scholen¹⁷¹, waarbij de interventies worden gegeven door de leerkracht. Een meta-analyse toont een matig effect op kennis over geestelijke gezondheid, en een klein effect op stigmatiserende attitudes direct na de interventie, maar deze effecten blijven niet behouden op langere termijn. De interventies hebben geen invloed op hulpzoekgedrag.

Een systematische review met 22 RCT's van matige kwaliteit onderzocht eveneens interventies gericht op het verhogen van **mental health literacy en het reduceren van stigma** in kleuter-, basis- en secundaire scholen¹⁷². De auteurs besluiten dat dergelijke interventies effectief kunnen zijn om kennis over geestelijke gezondheid te verbeteren en stigmatiserende attitudes te verminderen, maar langetermijneffecten zijn onvoldoende onderzocht. Er is weinig en gemengde evidentie voor effecten op emotionele reacties (bv. angst, medelijden,...) en gedragsintenties (bv. vermijden, begrip tonen,...) tegenover personen met psychische stoornissen.

Een beperkte review met 4 RCT's en 2 quasi-experimentele studies concludeert dat educatieve mental health literacy interventies in de schoolsetting positieve effecten kunnen hebben op kennis, attitudes en hulpzoekgedrag inzake geestelijke gezondheid bij jongeren tussen 10 en 18 jaar¹⁷³.

Fysieke activiteit interventies

Een systematische review met 21 RCT's van lage tot matige kwaliteit onderzocht **yoga aangeboden in basis- en secundaire scholen**¹⁷⁴. De variëteit aan gebruikte uitkomstmaten bemoeilijkt de interpretatie, maar de meeste studies rapporteren positieve effecten van yoga. Eén studie maakt echter melding van toegenomen stress.

Twee reviews onderzochten de effectiviteit van **psychomotorische interventies in kleuterscholen** en rapporteren over dezelfde 14 RCT's en vijf niet-gerandomiseerde studies waarvan de helft van lage kwaliteit is^{175,176}. De meeste studies gaan over interventies gericht op spel. De resultaten tonen dat spel een matig positief effect heeft op sociaal-emotionele competenties en geen effect op agressie en altruïsme. Het is onduidelijk of spel een effect heeft op emotieherkenning, emotieregulatie en spelvaardigheden (bv. disruptie van spel), omdat de evidentie hiervoor beperkt is.

Een systematische review met 8 RCT's en 7 quasi-experimentele studies van vooral hoge kwaliteit onderzocht het effect van **korte fysieke activiteiten ('breaks') in kleuter- en basisscholen**. De review vond enige evidentie dat klassikale fysieke breaks een positief effect hebben op het subjectief welzijn van kinderen, de plezierbeleving van fysieke activiteit, zelfvertrouwen en zelfeffectiviteit¹⁷⁷.

Interventies gericht op ondersteuning bij schooltransities

Een systematische review van 34 RCT's, over het algemeen van zwakke kwaliteit, onderzocht de effectiviteit van **interventies gericht op het bevorderen van geestelijke gezondheid en welzijn tijdens belangrijke transitiemomenten in het onderwijs** (start van de kleuterschool, overgang van kleuter- naar basisschool, overgang van basis naar middelbare school en overgang van middelbare school naar hoger onderwijs)³⁴. Interventies gericht op de start van de kleuterschool tonen positieve en langdurige effecten op sociale uitkomsten, maar er zijn gemengde resultaten voor gedragsuitkomsten. Vooral interventies die zich richten op zowel de klasomgeving en leerkracht als het ouderschap leiden over het algemeen tot positieve resultaten voor kleuters. Wat betreft interventies bij de overgang tussen scholen (kleuterschool naar basisschool, en basisschool naar middelbare school) is er consistente evidentie voor positieve gedrags-, emotionele en

sociale effecten, maar minder consistent bewijs van een blijvend effect. Interventies gericht op de overgang van middelbare school naar het hoger onderwijs zijn minder goed onderzocht maar tonen overwegend positieve effecten voor psychologische en sociale uitkomsten. Over het algemeen lijkt de timing van interventies (bijvoorbeeld vóór de overgang versus na de overgang) niet geassocieerd met de effectiviteit. Universele interventies lijken even effectief als interventies gericht op leerlingen met een sociaaleconomische kwetsbaarheid. Enkele interventies met bewezen effectiviteit gericht op kwetsbare kinderen zijn *REDI-C* en *REDI-P*, een verrijking van het *Head Start* programma bij de overgang van de kleuterschool naar de basisschool.

Interventies gericht op de schoolomgeving

Een review van 7 quasi-experimentele studies onderzocht het **effect van de fysieke of zintuiglijke (sensorische) omgeving in kinderopvang en onderwijs** voor jonge kinderen op sociaal emotioneel functioneren¹⁸⁰. De resultaten zijn beperkt en gemengd, waardoor het niet mogelijk is om bepaalde interventies aan te bevelen. Een studie van hoge kwaliteit toont dat het herinrichten van de buitenspeelplaats om meer speelmogelijkheden in de natuur te creëren, kan leiden tot minder problemen

met peers en minder symptomen van depressie. Eén studie vond meer positief sociaal gedrag bij kinderen die toegang kregen tot niet-conventionele ('enhanced') materialen en speelgoed.

6.1.2.2.3 Kwetsbare groepen

Een review met 6 RCT's en 9 andere studies van matige kwaliteit onderzocht **interventies gericht op KOPP-kinderen** (i.e., kinderen met een ouder met psychische problemen) tussen 4 en 18 jaar oud ¹⁸¹. Volgens alle studies hebben dergelijke interventies een positief effect op internaliserende problemen bij KOPP-kinderen, waarbij het effect tot een jaar aanhoudt. Het effect op externaliserende problemen is minder eenduidig. Veel werkzame interventies zijn gebaseerd op CGT, bestaan uit psycho-educatie om het gedrag van ouders te begrijpen, worden in groepsvorm aangeboden en maken gebruik van peer support.

Een review op basis van 44 RCT's onderzocht interventies gericht op het bevorderen van het welzijn en de geestelijke gezondheid van **kinderen en jongeren tot 25 jaar in de (residentiële) jeugdzorg of pleegzorg** ¹⁸². De studies waren van lage tot zeer lage kwaliteit. Er zijn kleine effecten op sociaal, emotioneel en gedragsmatig functioneren, internaliserend en externaliserend gedrag, en angst en depressie. Er is geen bewijs dat de effecten na 6 maanden follow-up behouden blijven.

Een mixed-method review met 28 studies (3 RCT's) van overwegend zwakke tot matige kwaliteit onderzocht interventies gericht op het verbeteren van het algemeen welzijn (met name de fysieke, geestelijke, sociale, emotionele en economische gezondheid) bij **jongeren van 15 tot 24 jaar met een migratieachtergrond** ¹⁸³. De onderzochte interventies verschilden sterk en bestonden onder andere uit sport, psychologische therapie, kunst en expressieve therapie. Vooral muziek, kunst en sport blijken positieve effecten te hebben bij jongeren met een migratieachtergrond.

Een review onderzocht interventies gericht op het bevorderen van geestelijke gezondheid en het voorkomen en behandelen van psychische problemen bij **minderjarige vluchtelingen** ¹⁸⁴. Men vond slechts 3 RCT's van lage kwaliteit die de effectiviteit van preventieve muziektherapie en herstelgerichte interventies voor PTSS-symptomen onderzochten. Alle onderzochte interventies worden in groep aangeboden en blijken geen effect te hebben op depressie, PTSS, angst, psychologische stress, tevredenheid en gedrag.

6.1.2.2.3. Conclusies interventies voor kinderen en jongeren

- Er bestaat meer evidentie voor geestelijke gezondheidsbevorderende interventies die in de schoolsetting worden aangeboden dan voor interventies in de gemeenschap.
- Interventies in de gemeenschap die **gebruik maken van cognitieve gedragstherapie, mindfulness en fysieke activiteiten** hebben op korte termijn positieve effecten, maar de effecten op langere termijn zijn gemengd. Intensieve en groepsinterventies blijken effectiever te zijn.
- Voor de preventie van psychische problemen (voornamelijk depressie en angst) is de evidentie robuuster voor **preventieve interventies met een geïndiceerde aanpak** dan voor interventies met een universele aanpak. Geïndiceerde interventies richten zich op kinderen en jongeren die al symptomen vertonen, waarbij vooral **CGT-gebaseerde interventies** effectief zijn.
- Er is consistente en sterke evidentie dat universele programma's gericht op het versterken van **sociaal emotionele vaardigheden (SEV)**, vooral wanneer geïmplementeerd in scholen, effectief zijn voor het verbeteren van geestelijke gezondheid, sociale en emotionele competenties, prosociaal gedrag en schoolklimaat. Deze effecten worden bij verschillende leeftijdsgroepen gevonden en blijven behouden doorheen de tijd, hoewel het effect op langere termijn enigszins afneemt.

- De evidentie voor **digitale interventies** is beperkt maar veelbelovend. Vooral digitale CGT-gebaseerde interventies, gecombineerd met professionele steun, blijken effectief. De evidentie voor games ter bevordering van de geestelijke gezondheid is zeer beperkt: de weinige studies laten vooral positieve effecten zien voor klinische populaties zoals kinderen en jongeren met ASS of ADHD.
- **Mental health literacy interventies** aanboden in scholen of in de gemeenschap kunnen kennis over geestelijke gezondheid verhogen en stigmatiserende attitudes aanpakken. Het effect op hulpzoekgedrag en geestelijke gezondheid is meestal erg beperkt. De effecten zijn eerder kortdurend van aard.
- **Matige fysieke activiteit**, minstens enkele keren per week, leidt tot kleine maar positieve effecten bij kinderen en jongeren, zowel in de algemene populatie als in risicopopulaties, ongeacht culturele verschillen. Beweging kan bovendien leiden tot een beter zelfbeeld en lichaamsbeeld. Voor adolescenten blijkt vooral krachttraining effectief te zijn in het verbeteren van de geestelijke gezondheid.
- Er is weinig literatuur over interventies gericht op het **versterken van sociale steun, inclusie en sociale vaardigheden** bij kinderen en jongeren in de algemene populatie, maar dergelijke interventies lijken niet effectief te zijn voor het verbeteren van geestelijke gezondheid.
- Effectieve interventies voldoen vaker aan **de SAFE-criteria (sequenced, active, focused, explicit)**; ze gebruiken vooral **interactieve methoden** zoals spel, en focussen eerst op intrapersonlijke (bv. coping) en vervolgens op interpersoonlijke vaardigheden (bv. communicatie).
- Er is **gemengde evidentie over wie de interventies het best verstrekt**. Zowel goed opgeleide leerkrachten, onderzoekers als (geestelijke) gezondheidsprofessionals lijken hiervoor geschikt.
- **Interventies die gericht zijn op schooltransities** kunnen de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren versterken. Voor de algemene populatie kunnen programma's gericht op SEV aangeboden in het jaar voorafgaand aan de overgang effectief zijn om de overgang te faciliteren. Risicogroepen (bv. kinderen uit sociaal kwetsbare gezinnen) hebben baat bij een intensiever programma uitgevoerd door gespecialiseerde professionals.
- De literatuur over **interventies die zich richten op de fysieke of sociale schoolomgeving** is zeer beperkt. Enkele mogelijk effectieve interventies zetten in op peer support, betrokkenheid van leerlingen en ouders, het voorzien van natuur en het faciliteren van fysieke activiteiten.
- De evidentie over interventies gericht op **specifieke kwetsbare groepen** is beperkt. Kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP-kinderen) hebben baat bij groepsinterventies die gebruik maken van psycho-educatie, CGT en/of peer support. Daarnaast kunnen interventies met sport-, muziek- en kunstelementen de geestelijke gezondheid van jongeren met een migratieachtergrond bevorderen.

6.1.2.3.1. Resultaten evidence synthesis Healthy Ireland (2017 – oktober 2021)

- **Mindfulness-based Interventies** kunnen de geestelijke gezondheid van volwassenen verbeteren, waaronder studenten uit het hoger onderwijs.
- **Fysieke activiteit** kan de geestelijke gezondheid van diverse volwassen populaties verbeteren, inclusief migranten en asielzoekers. Yoga en krachttraining blijken in het bijzonder effectief in het verminderen van angstklachten.
- **Interventies die gericht zijn op het verbeteren van sociaal kapitaal**, zoals buurtprojecten, hebben potentieel om sociale relaties en participatie te versterken, maar zijn nog beperkt onderzocht.

- De evidentie voor effecten op geestelijke gezondheid door **interventies gericht op het verbeteren van de ruimtelijke omgeving** is zeer beperkt.

De bevindingen uit de 8 reviews over digitale interventies buiten de werksetting wijzen op het volgende:

- **Gecomputeriseerde CGT-interventies** hebben doorgaans een klein effect op symptomen van angst en depressie.
- **Deprexis** is een specifieke digitale CGT-gebaseerde interventie voor de preventie en behandeling van depressie. Deprexis heeft een matig groot effect, zelfs zonder bijkomende face-to-face ondersteuning. De inhoud van de interventie is afgestemd op de noden en voorkeuren van het individu.
- De effecten zijn beter als de digitale interventie wordt gecombineerd met face-to-face ondersteuning.

Op basis van 31 reviews over **GGB en preventie op de werkvloer**, concludeerden Kuosmanen et al. het volgende:

- **Universele en geïndiceerde CGT-interventies** in groepsverband kunnen de geestelijke gezondheid van werknemers verbeteren. Idealiter worden ze gecombineerd met andere componenten, zoals het versterken van copingvaardigheden.
- **Mindfulness-based interventies** kunnen de geestelijke gezondheid van werknemers verbeteren en symptomen van angst, depressie, stress en burn-out verminderen. De effecten zijn klein tot matig en houden tot een jaar aan. Er is echter enige bezorgdheid over de lage kwaliteit van de studies en de overwegend vrouwelijke hoger opgeleide steekproeven, wat voor een vertekening van de resultaten kan zorgen.
- **Digitale interventies** voor werknemers kunnen de geestelijke gezondheid van werknemers verbeteren. Er bestaan echter tegenstrijdige bevindingen. Een review vond dat een mindfulness-based aanpak effectiever is dan een CGT-gebaseerde aanpak, terwijl een andere review rapporteerde dat deze even effectief zijn.
- Slechts één review onderzocht **interventies op het niveau van de professionele organisatie** en vond dat interventies op organisatieniveau een klein effect hebben op werk engagement, vooral wanneer groepsgebaseerd. Voorbeelden van zulke interventies zijn leiderschapstraining, het implementeren van gezondheidspromotie (bv. via mindfulness) en het focussen op sterktes van de werknemers. Mental health literacy training voor managers had een effect op de kennis en attitude van managers zelf, maar het effect op werknemers is echter onduidelijk.

Er werden eveneens 4 reviews geïnccludeerd over de **eerstelijnszorg en social prescribing**.

- **Geïndiceerde cognitieve gedragstherapie (CGT) door eerstelijnsprofessionals** is effectief om de geestelijke gezondheid van de bevolking te verbeteren.
- **Social prescribing interventies**, waarbij zorgverleners doorverwijzen naar een aanbod buiten de gezondheidszorg (bv. cultuur, wandelen, sociale ontmoeting) hebben een sterk potentieel om een positieve invloed te hebben op determinanten van geestelijke gezondheid zoals isolatie, verbondenheid en welzijn.

6.1.2.3.2.1 Interventies in de gemeenschap of diverse settings

Een review bestaande uit 13 RCT's onderzocht **mindfulness interventies** voor volwassenen in non-klinische settings¹⁸⁵. Dergelijke interventies hebben consistent een klein effect op psychologische stress in vergelijking met een passieve controlegroep. Het effect wordt niet beïnvloed door factoren zoals het initiële stressniveau, geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, of mindfulness als persoonlijke eigenschap. In vergelijking met een actieve controlegroep zijn de effecten onduidelijk.

Digitale interventies

Een systematische review met 50 gecontroleerde studies en 4 mixed-methods studies, overwegend van lage tot matige kwaliteit, onderzocht de **effectiviteit van apps om de geestelijke gezondheid bij volwassenen te bevorderen**¹⁸⁸. Er worden kleine effecten gevonden op de uitkomsten stress, angst, depressie, welzijn en emotieregulatie.

Een review met 25 RCT's en 9 quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht **mobiele interventies om de algemene gezondheid van volwassenen te verbeteren** (i.e., mobiele interventies, via gsm)¹⁹⁰. Dergelijke holistische interventies focussen op geestelijke gezondheid, beweging en voeding. De meta-analyse vindt een klein effect op waargenomen stress, maar niet op voedingspatroon en beweging. Gemiddeld genomen is 82% van de deelnemers tevreden over de interventie, hoewel enkele studies een laag en dalend engagement rapporteren, wat in vier studies gelinkt is aan minder gunstige uitkomsten.

Een umbrella review bestaande uit 97 systematische reviews van lage kwaliteit, onderzocht de effecten van **fysieke activiteit**, al dan niet in combinatie met een andere interventie¹⁹¹. De meeste reviews gaan over



volwassenen uit de algemene populatie, maar er waren ook 27 reviews over volwassenen met kanker en 11 reviews over volwassenen met een depressie of angststoornis. Fysieke activiteit heeft een matig effect op psychologische stress en een klein effect op depressie en angst. Het effect op depressie wordt bij alle populaties teruggevonden, maar het effect op angst doet zich enkel voor bij volwassenen met kanker of een angststoornis. Hoewel alle soorten van fysieke activiteit effectief blijken, genereren intensieve activiteiten iets grotere effecten. Langer durende interventies zijn minder effectief, hoewel ze nog steeds een gunstig effect hebben.

Een systematische review met 8 RCT's van lage kwaliteit vond **geen evidentie voor effecten van HIIT** (High Intensity Interval Training) op symptomen van angst en depressie¹⁹². Een andere zeer kleine review met 3 RCT's van lage kwaliteit toont eveneens geen evidentie voor een effect van fysieke activiteit op angstsymptomen¹⁹³.

Een systematische review met 35 gecontroleerde studies van matige kwaliteit onderzocht interventies die inzetten op **fysieke activiteit én mindfulness** en toont voor studies die gebruik maken van een passieve controlegroep een positief effect op verschillende uitkomsten van mentaal welzijn¹⁹⁴. De effecten zijn gelijkaardig voor non-klinische en klinische populaties. Studies met een actieve controlegroep hebben meestal geen effecten.

Tot slot onderzocht een review met 47 RCT's de impact van **leefstijlinterventies** op angst¹⁹⁵. Alle interventies focussen op minstens twee leefstijlfactoren: voeding, fysieke activiteit en/of roken. De meeste studies zijn van lage kwaliteit. Er wordt een klein effect op angst gevonden, waarbij de effecten groter zijn voor individuele interventies en interventies aangeboden door gezondheidswerkers. Er wordt echter geen effect gevonden wanneer enkel de 16 studies van hogere kwaliteit onderzocht worden.

Interventies gericht op belangrijke transities in de volwassenheid

Een umbrella review met 69 systematische reviews onderzocht interventies gericht op vier belangrijke thema's van transities- of (verlies)momenten in de volwassenheid: zwangerschap en ouderschap, verlies van een naaste en rouw, verlies van werk en langdurige werkloosheid, en huisvestingsproblemen en verhuizingen¹⁹⁶. Een totaal van 43 reviews van gemengde kwaliteit gingen over interventies gericht op **zwangerschap en ouderschap** en rapporteren positieve effecten voor mind-body interventies, psychologische therapie, kunsttherapie en fysieke activiteit, maar niet voor psycho-educatie. Er zijn 12 reviews van gemengde kwaliteit over **rouw**. Vooral online interventies en diverse psychologische interventies gericht op rouw leveren positieve effecten op. Er zijn 8 reviews van vooral lage kwaliteit gericht op **werkloosheid**. Deze vinden geen overtuigende evidentie van effecten van psychologische interventies op de geestelijke gezondheid van werkloze personen, maar wel beperkte evidentie voor een kortetermijneffect op psychologische distress dankzij beroepsgerichte interventies, welke zowel gericht kunnen zijn op het faciliteren van de zoektocht naar werk als op het verbeteren van mentaal welzijn van werkloze personen. De evidentie voor interventies die focussen op **huisvestingsproblemen en verhuizingen** is gebaseerd op 5 reviews en erg beperkt. Niettemin bestaat er enige evidentie dat het verbeteren van de huisvesting positieve effecten heeft op het mentaal welzijn.

Natuurgebaseerde interventies

Een review met 4 RCT's en 13 quasi-experimentele studies onderzocht **natuurgebaseerde wandelinterventies** bij volwassenen en vond enige evidentie voor positieve effecten op mentaal welzijn, humeur, positieve emoties, ruminatie, en verbondenheid met de natuur¹⁹⁷. De meeste RCT's vonden dat

wandelen in de natuur en wandelen in een stedelijke omgeving gelijkaardige effecten oplevert. Twee RCT's vonden wel dat wandelen in de natuur tot minder ruminatie leidt dan wandelen in de stad, en 1 RCT rapporteert een gelijkaardig effect voor de uitkomstmaat angst. Een andere systematische review met 6 RCT's, waarvan 3 van lage kwaliteit, onderzocht de effectiviteit van **bostherapie** (blootstelling aan bos, incl. het bekijken van filmpjes van bossen) bij volwassenen en vindt effecten op depressie, angst en emoties¹⁹⁸. De review maakt echter melding van een publicatiebias, waardoor voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten nodig is.

Een review onderzocht zowel het effect van **interventies gericht op in de natuur zijn** (16 studies van lage tot matige kwaliteit) als van interventies gericht op het verhogen van **emotionele sociale steun** (13 studies van lage kwaliteit) op stress ¹⁹⁹. Er wordt een klein positief effect gevonden van natuur op stress, vooral voor vrouwen en ouderen. Interventies voor emotionele sociale steun blijken na correctie voor publicatiebias geen effect te hebben.

Andere (ademhalingsoefeningen, relaxatie, sociale media interventies)

Een systematische review met 26 RCT's van matige kwaliteit onderzocht het effect van **ademhalingsoefeningen** bij volwassenen en rapporteert kleine effecten op stress, angst en depressie²⁰⁰. Het effect geldt enkel voor niet-klinische populaties, maar niet voor personen met een psychische of fysieke stoornis, hoewel onderzoek bij klinische populaties mogelijk onvoldoende power had om statistische verschillen te kunnen detecteren. De review toont bovendien aan dat enkel oefeningen die focussen op een trage ademhaling effectief zijn, dit in tegenstelling tot oefeningen om de ademhaling te versnellen. De effecten worden niet gemodereerd door modaliteit (digitaal, fysiek, of combinatie), de duur of frequentie van de interventie. Ze worden teruggevonden voor zowel individuele als groepsinterventies, ongeacht of er een actieve of passieve controleconditie wordt gebruikt.

Een systematische review met 46 RCT's en quasi-experimentele studies van matige tot hoge kwaliteit onderzocht **progressieve relaxatie (spierontspanning)** bij volwassenen²⁰¹. De meerderheid van de studies rapporteren een positief effect op stress, angst en depressie, vooral wanneer spierontspanning gecombineerd wordt met een andere interventie. Vooral de studies die zijn uitgevoerd bij specifieke subgroepen zoals studenten of zorgverleners tonen positieve resultaten. Studies uitgevoerd in de algemene bevolking vinden weinig tot geen effecten. Wat de invloed van de duur en intensiteit van de interventie betreft zijn de onderzoeksresultaten inconsistent.

Tot slot onderzocht een systematische review met 21 RCT's en 2 quasi-experimentele studies van voornamelijk zwakke kwaliteit interventies gericht op het **stoppen of verminderen van het gebruik van sociale media**²⁰². In totaal vinden 39% van de studies positieve effecten op mentaal welzijn, 30% vindt gemengde (zowel positieve als negatieve) effecten en 30% geen effecten. De studies tonen vooral verbeteringen op vlak van algemeen mentaal welzijn, depressie, angst en zelfwaarde. Er worden over studies heen zowel gunstige als ongunstige effecten gerapporteerd voor eenzaamheid, levenstevredenheid, stress, negatief affect en mindfulness. Therapeutische interventies zoals CGT zijn effectiever dan interventies die geen therapeutische elementen bevatten en zich enkel richtten op (tijdelijke) abstinentie of verminderd gebruik van sociale media.

6.1.2.3.2.2 Interventies voor studenten hoger onderwijs

Diverse interventies

Een umbrella review met 27 reviews, waarvan 11 van hoge kwaliteit en 7 van lage kwaliteit, onderzocht **universele en geïndiceerde interventies om de geestelijke gezondheid van studenten in het hoger onderwijs te verbeteren**²⁰³. Uit de review blijkt dat **mindfulness-based interventies, CGT en digitale interventies** effectief zijn wanneer vergeleken met een passieve controlegroep. Met name CGT-gebaseerde interventies zijn vaak effectief op de lange termijn. Eén hoogwaardige review toont dat digitale interventies op basis van CGT meer effect hebben op depressie en angst dan digitale interventies die geen gebruik maken van CGT, hoewel face-to-face CGT interventies nog steeds effectiever zijn. Verder is er evidentie dat **recreatieve programma's en andere interventies zoals kunst, beweging en peer support**, positieve effecten hebben. De **evidentie voor psycho-educatieve interventies is echter beperkt** en de effecten zijn van korte duur.

Een systematische review met 54 RCT's, voornamelijk van lage tot matige kwaliteit, onderzocht diverse **stressmanagementinterventies voor studenten in het hoger onderwijs**²⁰⁴. Universele interventies werden onderzocht in 46 RCT's en deze vonden een matig effect op stress en angst, en een klein effect op depressieve symptomen. De duur van de interventie maakt geen verschil in universele interventies. CGT-gebaseerde interventies, mind-body interventies en mindfulness-gebaseerde interventies hebben een sterker effect dan vaardigheidstrainingen (gericht op sociale, academische of coping skills) voor de universele populatie studenten. Voor studenten met een hoog stressniveau (8 RCT's) worden gelijkaardige effecten gevonden op depressie, angst en stress. Studenten met een hoog stressniveau zijn meer gebaat bij CGT-gebaseerde interventies en interventies van minstens 4 weken.

Een review met 29 RCT's van vooral lage kwaliteit onderzocht diverse interventies gericht op het **verbeteren van veerkracht** (zowel digitaal als niet digitaal, individueel en groep) bij studenten in het hoger onderwijs²⁰⁵. De studies vonden zwakke evidentie voor een klein effect op veerkracht, depressie en stress. De effecten zijn sterker voor interventies die focussen op sociale competenties en het opbouwen van relaties, en interventies die gebruikmaken van een mix van didactische en dialectische methoden. Voor digitale interventies zijn de effecten sterker wanneer een platform gebruikt wordt waarbij gelijktijdige en directe communicatie mogelijk is.

Een review met 36 gecontroleerde studies en 10 quasi-experimentele studies, van overwegend lage tot matige kwaliteit, onderzocht curriculum-gebaseerde interventies om het welzijn van universiteitsstudenten te verbeteren²⁰⁶. De studies zijn bieden weinig overtuigend bewijs voor de effectiviteit van dergelijke interventies, ongeacht de inhoud van de interventie (stressmanagement, mindfulness, vaardigheidsinterventies...). De meeste interventies vinden geen effect op stress en angst. De studies die wel effecten rapporteren, zijn van lagere kwaliteit.

Een andere review richtte zich specifiek op **positieve psychologie cursussen** (bv. met een focus op karaktersterktes en dankbaarheid) geïntegreerd in het curriculum en was gebaseerd op 27 quasi-experimentele studies van voornamelijk lage kwaliteit²⁰⁷. De meerderheid van de studies rapporteert minstens één positief effect op de geestelijke gezondheid en het welzijn van studenten, zoals een toename in geluk en tevredenheid. Niettemin tonen 44% van de studies gemengde resultaten voor verschillende welzijnsuitkomsten. Twee studies tonen geen effect, en twee studies melden zelfs negatieve effecten.

Mindfulness interventies

Een systematische review met 21 RCT's onderzocht **mindfulness interventies bij universiteitsstudenten** en toont kleine effecten op mindfulness (als vaardigheid), stress, angst, depressie en psychologische nood²⁰⁸. De effecten zijn sterker voor interventies met meer sessies en een kortere interventieduur. De review bevat studies van goede kwaliteit, maar geeft aan dat er mogelijks sprake is van een publicatiebias.

Een systematische review met 54 RCT's onderzocht **mindfulness training bij hogeschoolstudenten**²⁰⁹. Opnieuw is de review van goede kwaliteit, maar met mogelijke publicatiebias. De studies vinden kleine tot matige effecten op alle onderzochte uitkomsten: mindfulness vaardigheden, geestelijke gezondheid, angst, depressie en welzijn. De effecten op angst zijn sterker in studies met een passieve controlegroep en de effecten op depressie doen zich enkel voor bij interventies die minstens 8 weken duren. Het type mindfulness waarvan de interventie gebruik maakte en de modaliteit van de interventie (online of fysiek) hebben geen invloed op de resultaten.

Een systematische review met 29 RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzocht specifiek **mindfulness-based stressreductie (MBSR) interventies bij universiteitsstudenten**²¹⁰. Er zijn kleine effecten op mindfulness vaardigheden, angst, depressie, stress en zelfcompassie, en geen effecten op slaapkwaliteit, sociaal functioneren en subjectief welzijn. Ook korte interventies (bv. 2 weken) zijn effectief.

Een systematische review met 9 RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzocht **online mindfulness-based interventies bij universiteitsstudenten** en rapporteert een matig effect op mindfulness vaardigheden en stress, een kleine effect op depressie en angst, en geen effect op welzijn²¹¹.

Een mixed-methods review met 32 studies (waarvan 17 RCT's) van matige kwaliteit onderzocht diverse **digitale mindfulness-based interventies bij studenten in het hoger onderwijs**²¹². De auteurs concluderen dat deze meestal leiden tot een algemene verbetering van de psychologische gezondheid en het welzijn, maar dat het bewijs over effecten op academische uitkomsten te beperkt is.

Twee reviews onderzochten specifiek **mindfulness-based interventies bij studenten geneeskunde**. Een hoogkwalitatieve review met 9 RCT's rapporteert een klein effect op stress, zowel vlak na de interventie als na een follow-up periode van 8 weken tot een jaar²¹³. Een andere hoogkwalitatieve review met 8 RCT's onderzocht **mindfulness meditatie training bij geneeskundestudenten** en toont een klein maar langdurig effect op mindfulness vaardigheden en stress²¹⁴. Meteen na de interventie vindt men geen effecten op psychologisch welzijn, angst, depressie en veerkracht. Na een follow-up periode van zes maanden tot een jaar vindt men wel een matig effect op psychologisch welzijn (vertraagd effect).

Andere interventies (interventies voor slaap, mental health literacy, peer support, ...)

Een systematische review met 11 gecontroleerde studies van vooral hoge kwaliteit onderzocht **slaapinterventies bij universiteitsstudenten tot 24 jaar met of zonder slaapproblemen** (o.a. insomnie)²¹⁵. Meteen na de interventie vindt men een matige verbetering van de slaap, maar dit effect verdwijnt na een follow-up periode van 1 tot 6 maanden. Er worden daarnaast kleine effecten gevonden op angst en depressie, zowel meteen na de interventie als na een follow-up periode. De effecten op slaap en depressie zijn sterker voor studenten met slaapproblemen. Zowel face-to-face als digitale interventies zijn effectief.

Een review onderzocht **mental health literacy interventies bij universiteitsstudenten** op basis van 3 RCT's, een quasi-experimentele studie en twee kwalitatieve studies²¹⁶. Drie van de 5 studies die kennis als uitkomst

onderzoeken vinden hierin een verbetering, drie van de drie studies vonden een verbetering in attitude en stigma, en geen enkele interventie verbeterde hulpzoekgedrag- en intenties.

Een systematische review op basis van 20 gecontroleerde en 7 quasi-experimentele studies van voornamelijk lage tot matige kwaliteit onderzocht **peersupport interventies bij studenten**²¹⁷. Door de grote variatie in de interventies was het echter moeilijk om eenduidige conclusies te trekken. Peer mentoring (waarbij ouderejaars jongerejaars ondersteunen) en peer learning (waarbij het accent ligt op coöperatief leren om zo tot betere academische uitkomsten te komen) tonen positieve effecten op stress en angst. Peersupportgroepen, gericht op het ondersteunen van studenten met psychische moeilijkheden, laten gemengde resultaten zien.

Een review met 22 gecontroleerde en 18 quasi-experimentele studies onderzocht **taichi** (Chinese vechtsport) bij studenten²¹⁸. Studies van lage kwaliteit werden niet meegenomen in de review. Er is enig bewijs dat taichi de psychologische gezondheid kan verbeteren, met positieve effecten op stress, angst, depressie, aandacht en mindfulness vaardigheden. Echter, het bewijs is gemengd en de effecten zijn minder sterk in vergelijking met mindfulness-interventies.

Twee reviews onderzochten **animal-assisted interventies**, waarbij bijna altijd honden werden ingezet. Een eerste review met 35 RCT's, over het algemeen van lage tot matige kwaliteit, onderzocht de effecten van deze interventies op diverse gezondheidsuitkomsten bij studenten²¹⁹. De interventies laten kleine tot matige effecten zien op acute angst, acute stress en negatief affect, maar hebben geen effect op positief affect en chronische stress. De tweede review, gebaseerd op 11 RCT's van vooral lage kwaliteit, concludeert dat er op korte termijn positieve effecten zijn op angst en stress, maar dat de evidentie onduidelijk is voor depressie, welzijn en humeur²²⁰.

6.1.2.3.2.3 Interventies op de werkvloer

Een umbrella review van 16 systematische reviews met meta-analyse, van matige tot hoge kwaliteit, onderzocht universele, selectieve en geïndiceerde interventies voor de bevordering van geestelijke gezondheid op de werkvloer²²¹.

Universele psychosociale interventies (bv. CGT-gebaseerde interventies, mindfulness, stressmanagementprogramma's) hebben kleine tot matige effecten op de verbetering van zowel de geestelijke gezondheid als op symptomen van psychische aandoeningen zoals burn-out en slapeloosheid. De digitale versies van deze interventies hebben doorgaans kleine effecten op psychische stoornissen en kleine tot matige effecten op positieve geestelijke gezondheid. **Fysieke activiteit en leefstijlinterventies** kunnen werkgerelateerde uitkomsten verbeteren, maar de effecten zijn zeer klein.

Selectieve psychosociale interventies gericht op risicoberoepen, waaronder gezondheidswerkers, laten kleine tot matige effecten zien op symptomen van psychische aandoeningen en matige tot grote effecten op positieve geestelijke gezondheid. **Geïndiceerde psychosociale interventies gericht op werknemers met verminderde geestelijke gezondheid** tonen kleine effecten op depressie. Digitale geïndiceerde interventies tonen kleine tot grote effecten op symptomen van psychische aandoeningen, zoals stress, depressie of slapeloosheid; en kleine effecten op werkgerelateerde uitkomsten, met een zeer lage zekerheid van bewijs.

Diverse interventies

Een uitgebreide systematische review met 117 RCT's, vooral van lage tot matige kwaliteit, onderzocht **interventies bij gezondheidswerkers om werkgerelateerde stress te verminderen**²²². De review maakte een

Een andere mixed-method review met 10 studies (waaronder 4 RCT's) onderzocht interventies gebaseerd op **positieve psychologie bij leerkrachten**²²⁷. Deze review keek specifiek naar mindfulness-based interventies gericht op dankbaarheid en multimodale interventies. De auteurs concluderen dat deze interventies positieve effecten hebben op het mentaal welzijn, zoals stress, burn-out symptomen, slaapkwaliteit en zelfeffectiviteit. Ook de structuur van programma's is belangrijk: effectieve interventies maken gebruik van **vrijwillige deelname, hanteren meerdere methoden, zijn afgestemd op de implementatiecontext, bestaan uit wekelijkse groepsessies, en schakelen professionele instructeurs in**.

Een review met 23 gecontroleerde studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht welke kenmerken van werkgerelateerde interventies (karakteristieken, gebruikte gedragsveranderingsstrategieën, intensiteit) bepalend zijn voor het verbeteren van mentaal en fysiek welzijn op de werkvloer²²⁸. De review vond echter **geen duidelijke verbanden**.

Mindfulness en CGT-gebaseerde interventies

Een systematische review met 16 RCT's van algemeen matige kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies bij werknemers**²²⁹. De review vindt gemengde evidentie, maar concludeert dat mindfulness- en meditatie-interventies op het werk kleine tot matig positieve effecten kunnen hebben op psychologisch welzijn, zelfcompassie, veerkracht, werktevredenheid en positieve relaties.

Een systematische review met 16 RCT's van goede kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies (waaronder yoga, muziektherapie, relaxatie, stressmanagement) bij verpleegkundigen** en vindt kleine effecten op stress en depressie, maar niet op angst²³⁰.

Digitale interventies

Een systematische review met 75 RCT's, over het algemeen van lagere kwaliteit, onderzocht **eHealth interventies bij werknemers**²³¹. De review toont kleine effecten op angst, depressie en stress, zowel direct na de interventie als bij follow-up. Stressmanagement interventies en mindfulness tonen sterkere effecten dan CGT en andere interventies, hoewel alle soorten interventies effectief lijken. eHealth interventies met face-to-face begeleiding, hebben grotere effecten op depressie en stress dan die zonder begeleiding, maar ook de onbegeleide interventies zijn effectief. De effecten worden niet beïnvloed door doelgroep (universeel of geïndiceerd) of type controlegroep.

Een systematische review met 33 gecontroleerde en 18 quasi-experimentele studies, overwegend van lagere kwaliteit, onderzocht **digitale psychologische interventies op de werkvloer**²³². **CGT-gebaseerde interventies laten de beste resultaten zien** voor geestelijke gezondheid, met name voor depressie en angst. Andere effectieve interventies maken gebruik van o.a. mindfulness en meditatie (o.a. *Headspace*), probleemoplossende vaardigheden en stressmanagement. **Relaxatietraining** blijkt een belangrijke component voor effectieve stressmanagement interventies. Psycho-educatie alleen is echter niet effectief.

Een review met 4 RCT's en 4 quasi-experimentele studies onderzocht **online interventies om de veerkracht van gezondheidswerkers** te verhogen²³³. Alle studies rapporteren positieve effecten op veerkracht of andere variabelen zoals depressie, stress en werkengagement. Echter, de evidentie is beperkt en de resultaten zijn heterogeen.

Een andere review met 15 gecontroleerde en 11 quasi-experimentele studies, voornamelijk van matige kwaliteit, onderzocht **eHealth interventies bij gezondheidswerkers**²³⁴. Iets meer dan de helft (13/22) van de interventies heeft een effect op stress. Er worden daarnaast effecten gevonden op andere uitkomsten

waaronder depressie, angst, burn-out, veerkracht en mindfulness. Zelfgeleide interventies en interventies met 'derde generatie CGT' (i.e., moderne benadering van gedragstherapie waarbij een sterkere nadruk ligt op acceptatie en mindfulness) worden het vaakst gebruikt en tonen veelbelovende resultaten.

Interventies op organisatieniveau

Een umbrella review met 52 reviews onderzocht **interventies in de werksetting op organisatieniveau**²³⁵. Enkel reviews van matige tot hoge kwaliteit werden opgenomen. Over het algemeen bieden interventies die **zowel op organisatie- als individueel niveau** gericht zijn de meeste evidentie. Er is sterke evidentie dat interventies op organisatieniveau burn-out kunnen verminderen. Bovendien is er bewijs van matige kwaliteit dat interventies op organisatieniveau, gericht op het verbeteren van verschillende gezondheids- en welzijnsuitkomsten bij werknemers, gunstige effecten kunnen hebben. Er is echter tegenstrijdig bewijs over de effectiviteit van interventies op organisatieniveau om stress te verminderen. Positieve effecten worden vooral gevonden bij interventies die de **controle over het uurrooster bevorderen**. Er is sterke evidentie dat het vergroten van de **invloed van werknemers op hun werktijd** effectief is voor het verbeteren van de werk-privébalans, en mogelijk ook de gezondheidsuitkomsten, hoewel de resultaten op dit gebied minder consistent zijn.

Er is bewijs van matige kwaliteit dat interventies die gericht zijn op het **verbeteren van verschillende aspecten van de psychosociale werkomgeving** gunstige effecten kunnen hebben op de werkomgeving en het welzijn van werknemers. Positieve uitkomsten worden gevonden in studies die werkgroepen introduceerden om te komen tot een betere communicatie en meer ondersteuning, en in studies die een participatieve aanpak gebruiken om procesaspecten in de werkomgeving en kerntaken te verbeteren. Echter, voor leiderschapstrainingen die tot doel hebben de gezondheid en de werkomgeving van werknemers te verbeteren, is de evidentie tegenstrijdig.

Een systematische review op basis van 83 diverse kwantitatieve studies, waarvan een derde van hoge en een derde van lage kwaliteit, onderzocht interventies op organisatie- of teamniveau om de **werkomstandigheden en/of processen te verbeteren**²³⁶. Meer dan de helft (60%) van de studies vond minstens één positief effect op welbevinden, met de meest consistente positieve effecten voor interventies die focussen op flexibiliteit in het werk en het uurrooster. Er is ook enige evidentie voor teamgerichte interventies die oog hebben voor ‘job redesign’ en de inbreng van werknemer. Ook negatieve effecten zijn echter mogelijk, vooral wanneer de interventie voornamelijk gericht is op de behoeften van de werkgever (zoals optimalisatie van productiviteit of kwaliteit) en er geen input van werknemers is.

Een andere review, gebaseerd op 5 RCT's en 2 quasi-experimentele studies, onderzocht interventies om de werkomstandigheden voor **werkende ouders** te verbeteren¹⁸. De interventies focussen vooral op flexibiliteit in het werkrooster en integreren de Parent Triple-P-interventie voor de werk-privé balans. Hoewel de evidentie beperkt is, zijn de beschikbare resultaten veelbelovend: deze interventies lijken gunstige effecten te hebben op psychologische stress, slaap, werk-privé balans, ouder-kind relaties en sociale steun, alsook op werkgerelateerde uitkomsten zoals productiviteit en afwezigheid.

Andere

Een review met 12 gecontroleerde en 4 quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht de effectiviteit van **fysieke activiteit** om het mentaal welzijn van gezondheidswerkers te verbeteren²³⁷. De interventies en uitkomsten zijn heterogeen, wat het trekken van eenduidige conclusies bemoeilijkt. Er zijn

consistente positieve effecten op stress en slaapkwaliteit, maar eerder inconsistente effecten op mentaal welzijn, depressie, burn-out, uitputting en traumatische stress. Er is geen effecten op angst.

Een review met 9 RCT's van vooral lage kwaliteit onderzocht interventies gericht op **dankbaarheid** (vooral het maken van dankbaarheidslijstjes) bij werknemers²³⁸. De studies tonen consistent positieve effecten op depressie en stress, maar niet op welzijn en tevredenheid. De effecten komen alleen voor in studies waarin deelnemers minstens 6 keer een dankbaarheidslijst invulden.

Een review op basis van 9 RCT's en 13 quasi-experimentele studies van matige kwaliteit onderzocht **interventies om stigma op de werkvloer** aan te pakken en vond dat bijna alle interventies (14 van de 15 face-to-face interventies en 3 van de 4 digitale interventies) een positief effect hebben op stigma, maar er is beperkte evidentie voor het behoud van deze effecten op lange termijn²³⁹.

6.1.2.3.2.4 Kwetsbare groepen

Een review met 33 gecontroleerde studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht interventies gericht op **symptomen van angst en depressie bij werkloze volwassenen**²⁴⁰. De interventies voor personen zonder geestelijke gezondheidsproblemen tonen zeer kleine effecten op depressie en disstress, maar niet op angst. Cognitieve en CGT-gebaseerde interventies lijken vooral geschikt om disstress te verminderen, terwijl voor het reduceren van depressieve symptomen werkgerelateerde interventies (bv. sociale steun met vaardigheidstraining om werk te zoeken) geschikter lijken.

Een review met 4 gecontroleerde en 10 quasi-experimentele studies onderzocht **sociale interventies en gemeenschapsinterventies voor het beschermen of bevorderen van de geestelijke gezondheid van volwassenen met persoonlijke en/of financiële onzekerheden** (o.a. schulden, werkloosheid, huisvesting...) ²⁴¹. De evidentie is beperkt, divers en van lage kwaliteit. Er is enige evidentie voor interventies gericht op het zoeken naar werk, voor het inbedden van welzijns- en adviesdiensten in de reguliere zorg en voor social prescribing. Vooral het inbedden van welzijns- en adviesdiensten in de gezondheidszorg leidt tot financiële verbeteringen voor deelnemers.

Een review met 6 gecontroleerde studies van matige en hoge kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies bij volwassenen getroffen door een traumatische gebeurtenis** (bv. slachtoffers van interpersoonlijk geweld, militairen en veteranen) en vond geen evidentie voor een preventief effect op posttraumatische symptomen²⁴².

Een review met 14 RCT's van goede kwaliteit onderzocht interventies gebaseerd op **Acceptance and Commitment (ACT) om het mentaal welzijn van ouders van kinderen met zorgnoden** te versterken²⁴³. Er is sterke evidentie dat deze interventies een klein effect hebben op ouderlijke stress, depressie, angst en psychologische flexibiliteit. Er is matige evidentie dat deze interventies een klein effect hebben op disstress bij ouders, en zwakke evidentie dat ze een klein effect hebben op parentale zelf-effectiviteit, mindfulness en emotionele en gedragssuitkomsten van kinderen. Er is geen effect op het welzijn van ouders. ACT-interventies zijn effectiever wanneer deze face-to-face worden verstrekt, wanneer deze in groep worden aangeboden, en wanneer deze gecombineerd worden met een andere ouderschapstechniek of een ander programma gericht op ouders. De beste resultaten worden bereikt bij een sessiefrequentie van 4 tot 8 sessies.

Een review op basis van 8 RCT's en 5 quasi-experimentele studies met een lage tot matige zekerheid van bewijs onderzocht **interventies om vrouwelijke migranten te empoweren en hun psychologisch welzijn te verhogen** (exclusief vluchtelingen)²⁴⁴. De resultaten zijn gemengd, maar over het algemeen veelbelovend. Psycho-educatie en cognitieve herstructurering worden geïdentificeerd als de meest effectieve technieken,

6.1.2.3.3. Conclusies interventies voor (jong)volwassenen

- **De betrokkenheid van gezondheidsprofessionals** kan de effectiviteit van diverse interventies verhogen.
- **Sociale elementen** kunnen de effectiviteit van interventies verhogen. Over het algemeen zijn **interventies in groep** effectief in het voorkomen of verlichten van eenzaamheid bij ouderen.
- **Mindfulness-based en mind-body interventies** (bv. yoga en taichi) zijn effectieve manieren om de geestelijke gezondheid en het algemeen welzijn van ouderen te verbeteren.
- **Fysieke activiteit en bewegingsoefeningen** verbeteren zowel de mentale als fysieke levenskwaliteit, waaronder een verbetering in angst.
- **Interventies gericht op sociale steun en sociale activiteiten, waaronder peer support, steungroepen en vriendschapsprogramma's**, leiden tot een betere kwaliteit van leven en welzijn voor ouderen.
- **Verschillende activiteiten gericht op het leren van vaardigheden** (zoals lesgeven, creatieve kunst, tuinieren en geheugentraining) verbeteren het mentaal welzijn en bevorderen het gevoel erbij te horen bij ouderen.
- Er is zeer beperkt bewijs met betrekking tot interventies gericht op **specifieke groepen ouderen en ouderen in sociaal kwetsbare omstandigheden of met een risico op sociale uitsluiting**, zoals ouderen met een migratieachtergrond of ouderen in armoede.

6.1.2.4.2. Resultaten LUCAS (oktober 2021 – maart 2024)

Betekenisvolle activiteiten

Een review met 7 gecontroleerde studies en een cohort studie van matige kwaliteit onderzocht de effecten van **betekenisvolle activiteiten met een doelgerichte component** (bv. iets nieuws leren, vrijwilligerswerk) bij ouderen vanaf 80 jaar die in een residentiële setting verblijven⁶⁶. De meeste interventies waarbij ouderen een functionele rol opnemen of iets nieuws leren, leiden tot een verbetering in welzijn. Er is iets sterker bewijs voor de positieve effecten van het opnemen van een functionele rol, zoals de rol van vrijwilliger of mentor. Er worden geen negatieve effecten gerapporteerd.

Twee afzonderlijke reviews onderzochten de effecten van **intergenerationele activiteiten** op ouderen. Een review op basis van 14 RCT's van lage kwaliteit onderzocht intergenerationele activiteiten tussen ouderen en kinderen of jongeren in diverse vormen en settings met de intentie om sociale uitkomsten, gezondheidsuitkomsten of educatieve uitkomsten te verbeteren²⁴⁵. Zowel de interventies als de bestudeerde uitkomsten zijn beperkt en divers, waardoor het trekken van conclusies moeilijk is. Meta-analyse is enkel mogelijk voor de uitkomsten zelfwaarde en depressie, maar er zijn geen effecten gevonden. Sommige studies vinden positieve effecten op persoonlijke groei, cognitieve functies, gemeenschapsgevoel en positief affect. Een andere review onderzocht op basis van 17 studies met diverse methoden, waaronder 1 RCT, **intergenerationele educatieve activiteiten (= 'intergenerationeel leren')** bij ouderen vanaf 60 jaar in interactie met kinderen tussen 6 en 12 jaar²⁴⁶. Voor ouderen zijn er vooral positieve effecten op psychologisch welzijn, eenzaamheid en zelfzekerheid. Kinderen kunnen er een meer positieve attitude ten aanzien van ouderen en diversiteit door ontwikkelen.

Interventies gericht op reminiscentie (herinneringen ophalen)

Interventies gebruikmakend van reminiscentie ('reminiscence') zijn gericht op het ophalen van herinneringen. Oorspronkelijk werd reminiscentie vooral ingezet bij ouderen met dementie of cognitieve achteruitgang. Drie reviews onderzochten reminiscentie interventies bij gezonde ouderen.

Andere interventies

Een review met 13 gecontroleerde studies en 7 quasi-experimentele studies onderzocht **diverse psychosociale interventies ter ondersteuning van ouderen bij hun pensioen**²⁵⁴. Sommige interventies vinden plaats in de vijf jaar voorafgaand aan het pensioen, anderen in de periode erna. De studies rapporteren verbeteringen in zelfeffectiviteit, welzijn en depressie. Het meeste bewijs bestaat voor wekelijkse groepsinterventies van enkele weken, welke vaak gebaseerd zijn op CGT en/of psycho-educatie. De evidentie voor digitale interventies is vooralsnog beperkt.

Een review op basis van 15 RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzocht de **effectiviteit van digitale en virtuele interventies (i.e., telefonisch of via videobellen)** voor het verminderen van symptomen van depressie²⁵⁵. CGT-gebaseerde interventies zijn het vaakst gebruikt. Tien RCT's onderzoeken dit bij ouderen zonder depressie en laten allen een verbetering in depressieve symptomen zien. Er is echter onvoldoende evidentie om te besluiten dat er blijvende en klinisch betekenisvolle verbeteringen in depressieve symptomen zijn, zeker bij ouderen met depressieve klachten bij aanvang.

Een review met 10 RCT's en 7 quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzocht **mindfulness-based interventies gericht op 60-plussers met een chronische aandoening**. De review vindt beperkt maar veelbelovend bewijs voor verbeteringen in mentaal welzijn (o.a. depressie en angst) en pijngerelateerd psychologisch functioneren²⁵⁶.

6.1.2.4.3. Conclusies interventies voor ouderen

- De evidentie voor interventies ter bevordering van de geestelijke gezondheid specifiek gericht op ouderen is eerder **beperkt** in vergelijking met de andere levensfasen.
- Bij ouderen is het extra belangrijk dat de interventie afgestemd is op de **individuele behoeften, noden en voorkeuren** van de persoon.
- **Allerlei sociale, betekenisvolle, doelgerichte en intergenerationele activiteiten** zoals lesgeven, een nieuwe vaardigheid leren en vrijwilligerswerk, hebben positieve effecten op de geestelijke gezondheid van ouderen in de gemeenschap en in residentiële ouderenzorg.
- **Reminiscentie en 'life review' interventies** kunnen de geestelijke gezondheid, zelfwaarde en levenstevredenheid van ouderen verbeteren.
- **Fysieke activiteit en matig intensieve beweging** helpen om geestelijke gezondheidsproblemen, zoals depressie en angst, bij ouderen te voorkomen. **Krachttraining** blijkt hiervoor bijzonder effectief.
- Andere veelbelovende interventies voor ouderen zijn **mindfulness-based interventies, mind-body interventies, CGT-gebaseerde interventies en sociale steun**.
- **Digitale interventies** zijn minder vaak onderzocht bij ouderen, maar CGT-gebaseerde interventies via (video)bellen laten positieve effecten zien.

6.1.2.5. Interventies voor verschillende levensfasen

Verschillende reviews richten zich op meerdere levensfasen en includeren studies met deelnemers van diverse leeftijdsgroepen.

Diverse interventies

Een uitgebreide umbrella review met 198 meta-analyses van matige tot hoge kwaliteit toont aan dat **positieve psychologische interventies (PPI's)**, gericht op veerkracht en positieve geestelijke gezondheid²⁵⁷, kleine en langdurige effecten hebben op welzijn, kwaliteit van leven, depressie, angst en stress. De sterkste

Een andere umbrella review met negen kwaliteitsvolle reviews en een aanvullende umbrella review onderzoekt diverse **preventieve interventies tegen depressie** ²⁵⁸. Psychologische interventies tonen consequent preventieve effecten, ongeacht de leeftijdsgroep. CGT-gebaseerde interventies in groepsverband worden het vaakst toegepast. Interventies gericht op fysieke activiteit zijn meestal effectief om depressie te voorkomen, terwijl de effectiviteit van universele preventieve interventies op scholen varieert. Online interventies hebben kleine effecten.

Een review met 419 RCT's van lage tot matige kwaliteit onderzoekt diverse **psychologische interventies** **geestelijke gezondheidsbevordering**²⁶⁰ en toont kleine positieve effecten, die behouden blijven tot zes maanden na de interventie. Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en reminiscentie laten de sterkste effecten zien. Groeps- en langer durende interventies blijken effectiever dan kortere of individuele interventies.

Interventies gebaseerd op gelukstrategieën, zoals dankbaarheid, sociale interactie, mindfulness, fysieke activiteit en contact met de natuur, worden effectief bevonden volgens een met 494 RCT's die 57 kwaliteitsvolle studies meer in detail analyseert²⁶². Goed uitgevoerd onderzoek biedt over het algemeen meer bewijs voor interventies gericht op dankbaarheid en sociale interactie. Het schrijven van dankbaarheidsbrieven verhoogt op korte termijn het positief affect en het geluksgevoel, ongeacht culturele contexten. Sociale interactie, zoals praten met vreemden, verbetert de stemming, en extravert gedrag draagt bij aan een hoger geluksgevoel. Er is bewijs dat mindfulness en meditatie, met name mindfulness-based stress reduction (MBSR), het subjectieve welzijn verbeteren. Er is goed bewijs dat sporten mensen gelukkiger maakt, maar dit is vooral onderzocht in vergelijking met weinig stimulerende activiteiten, zoals stilzitten. Slechts één goed onderbouwd onderzoek toont voordelen van een langdurig beweegprogramma, terwijl vijf studies geen voordelen rapporteren bij programma's van twee weken tot een jaar. Tot slot biedt blootstelling aan natuur positieve effecten, al is de kwaliteit van het onderzoek laag.

Een review op basis van 45 studies, waarvan 22 RCT's van matige tot hoge kwaliteit, onderzoekt **interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering op populatieniveau uitgevoerd door paramedici** ²⁶³. Levensstijlinterventies met meerdere componenten uitgevoerd door ergotherapeuten, laten positieve effecten zien op mentaal en sociaal welzijn bij (oudere) volwassenen. Kunst- en muziektherapie hebben ook potentieel om het mentaal welzijn bij diverse groepen te verbeteren, maar de beschikbare literatuur is

beperkt en de uitkomsten zijn gemengd. Bewegingsprogramma's die door kinesitherapeuten worden aangeboden, lijken het risico op depressie bij zwangere vrouwen te verminderen.

Tot slot onderzoekt een andere review **interventies voor het verbeteren van 'eudaimonisch' psychologisch welzijn (i.e., geluk gebaseerd op het nastreven van waardevolle doelen)** ²⁶⁴. Deze review omvat 102 studies, waarvan 59 met een controlegroep. De auteurs wijzen evenwel op de mogelijkheid van een publicatiebias. De bevindingen tonen een matig effect op psychologisch welzijn. Integrale therapieën gericht op het verhogen van het mentaal welzijn die gebruik maken van verschillende technieken en kernelementen van CGT, laten het sterkste effect zien, gevolgd door mindfulness, veerkracht training, standaard CGT en meditatie. Er wordt geen bewijs gevonden voor de effectiviteit van positieve psychologische interventies, reminiscentie, life coaching en interventies gericht op het verhogen van sociale steun

Mindfulness interventies

Een systematische review met 57 RCT's van matige kwaliteit onderzoekt **mindfulness-based interventies voor het verhogen van veerkracht** ²⁶⁵. De review toont een matig effect op veerkracht in vergelijking met controlegroepen die geen interventie ontvangen, maar niet in vergelijking met actieve controlegroepen of andere therapeutische interventies. De effectiviteit van de interventies verschilt niet afhankelijk van de aanpak (universeel of geïndiceerd), populatie (kinderen of volwassenen), modaliteit (online of fysiek), of duur van de interventie.

Een hoogkwalitatieve review gebaseerd op 32 RCT's onderzoekt **mindfulness-based stressreductie (MBSR)** ²⁶⁶. Een hoogkwalitatieve review gebaseerd op 32 RCT's onderzoekt mindfulness-based stressreductie (MBSR). Deze interventie laat een klein effect zien op depressieve symptomen, zowel bij personen met als zonder depressieve klachten aan het begin van de interventie.

Digitale interventies

Een systematische review met 22 RCT's vindt zwak bewijs voor de effectiviteit van **digitale veerkracht training** ²⁶⁷. Na de interventie is er een klein effect op veerkracht en een matig effect op depressie, maar zijn er geen effecten op stress en angst. Na zes maanden is het effect op veerkracht groot en zijn er kleine effecten voor zowel depressie als angst, wat wijst op vertraagde effecten. De aanwezigheid van de componenten 'optimisme' en 'cognitieve structurering' verbetert de effectiviteit. Er zijn eveneens sterkere effecten wanneer de interventie gecombineerd wordt met ondersteuning van de aanbieder, wanneer de interventie verloopt via een website (in plaats van via een app) en een flexibel programma heeft.

Een review met 144 kwantitatieve studies, voornamelijk van matige tot hoge kwaliteit, onderzoekt **digitale interventies gericht op mental health literacy** ⁵⁷. De resultaten laten een matig en langdurig effect zien op geestelijke gezondheidsgelletterdheid en een klein effect op geestelijke gezondheid. De onderzoekers concluderen dat digitale interventies ongeveer even effectief zijn als face-to-face interventies. Daarnaast blijken deze interventies ook effectief te zijn wanneer ze deel uitmaken van een grotere interventie of behandeling. Er zijn geen verschillen in effectiviteit tussen klinische en non-klinische populaties, maar het effect is wel kleiner bij adolescenten. Het engagement, oftewel de mate waarin mensen de interventie gebruiken ('uptake'), blijkt geen invloed te hebben op de effecten.

Een review met 41 kwantitatieve studies, waaronder 22 RCT's, onderzoekt **games en 'gamified' interventies** voor de bevordering van geestelijke gezondheid ²⁶⁸. Er worden kleine effecten gevonden op subjectief welzijn, kwaliteit van leven, angst en depressie. Er is geen invloed van spelkenmerken zoals platform (bv. via smartphone of niet) of leerdoel (bv. bijleren, verbeteren van fysieke gezondheid of mentale gezondheid).

Interventies gericht op sociale steun en sociale inclusie

Een review met vier gecontroleerde en vier quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzoekt de effecten van **viriendschapsgroepen of sociale groepen in de gemeenschap** ²⁷¹. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen gestructureerde groepen met begeleide bijeenkomsten volgens een vaste structuur of programma, en ongestructureerde groepen met informele bijeenkomsten. Er wordt een klein effect op depressie gevonden, maar niet op eenzaamheid. De resultaten zijn erg heterogeen, waardoor geen vergelijking tussen gestructureerde of ongestructureerde groepen mogelijk is.

Een review op basis van 50 quasi-experimentele studies en drie gecontroleerde studies, voornamelijk van lage kwaliteit, onderzoekt **social prescribing interventies voor volwassenen en ouderen** ²⁷². In ongecontroleerde studies en op korte termijn worden positieve effecten gerapporteerd op welzijn, geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven. De resultaten zijn echter inconsistent in RCT's en op langere termijn.

Andere

////////////////////

Een umbrella review op basis van 19 meta-analyses, waarvan de meerderheid van lage en kritiek lage kwaliteit, onderzoekt **interventies voor het verminderen van stigma** ten aanzien van geestelijke gezondheid²⁷⁵. Interventies waarbij contact is met een persoon met psychische problemen en educatieve interventies hebben consistent kleine tot matige effecten op publiek stigma, zoals attitudes en gedragsintenties tegenover personen met psychische problemen. De effectiviteit op lange termijn is echter onduidelijk. Er is beperkt bewijs voor interventies die zelfstigma verminderen. Enkele veelbelovende interventies hiervoor zijn therapeutische interventies in de gemeenschap, zoals CGT, en interventies geleid door ervaringsdeskundigen.

Een umbrella review met 40 systematische reviews, overwegend van kritiek lage kwaliteit, onderzoekt de effecten van **tuinieren of 'horticulturele therapie' bij volwassenen en ouderen**²⁷⁶. De reviews rapporteren positieve effecten op psychologisch en fysiek welzijn, kwaliteit van leven, depressie, angst en stress. Daarnaast blijken buurttuinen bij te dragen aan verbeteringen in buurtcohesie en het sociale netwerk. Een andere review op basis van acht cross-sectionele studies, richt zich specifiek op **buurttuinen of gemeenschapstuinen ('community gardens')**²⁷⁷. Hoewel het bewijs zwak is, rapporteren sommige studies dat buurtbewoners die tuinieren in een buurttuin hogere niveaus van levenstevredenheid en sociale steun ervaren, minder stress hebben en meer sociale contacten hebben in vergelijking met buurtbewoners die niet in de buurttuin tuinieren.

Een review met zes RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzoekt effecten van **wandelen in de natuur**²⁷⁸. Er worden kleine effecten gevonden op depressie en angst, zowel in vergelijking met wandelingen buiten de natuur, zoals stadswandelingen, als in studies met voor- en nametingen van wandelingen in de natuur.

Een andere review, gebaseerd op negen gecontroleerde en tien quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit, onderzoekt **interventies voor geestelijke gezondheid en/of mental health literacy die plaatsvinden binnen een sportsetting**. Deze interventies richten zich op leden, ouders of coaches van sportverenigingen²⁷⁹. Er is een mogelijke publicatiebias vastgesteld. Deze interventies richten zich op leden, ouders of coaches van sportverenigingen. Er is een mogelijke publicatiebias vastgesteld. De resultaten tonen een matig effect op kennis over geestelijke gezondheid en kleine effecten op angst, welzijn, stigmatiserende attitudes en de vaardigheid om anderen met psychische klachten te helpen. Er wordt echter geen effect gevonden op depressieve gevoelens.

Een systematische review met 23 RCT's onderzoekt de effecten van interventies gericht op het **uiten van dankbaarheid**²⁸⁰. Het bewijs toont een klein, betrouwbaar effect op positief psychologisch welzijn in vergelijking met passieve controlegroepen. Echter, interventies met een focus op dankbaarheid zijn niet effectiever dan andere interventies voor het verbeteren van positieve geestelijke gezondheid.

Een systematische review met 58 RCT's onderzoekt de effectiviteit van **HIIT (High Intensity Interval Training)** voor het verbeteren van mentaal welzijn²⁸¹. HIIT heeft een klein effect op depressie en stress, maar geen effect op angst. Enkel HIIT-programma's van minstens 7 weken blijken effectief te zijn voor het verbeteren van mentaal welzijn.

Kwetsbare groepen

Een review van negen RCT's (matige kwaliteit) onderzoekt **online mindfulness-interventies bij personen met fysieke aandoeningen** zoals kanker en chronische pijn²⁸². Er wordt een sterk effect gevonden op mindfulness en kleine effecten op depressie, angst en stress, maar geen effect op algemeen welzijn. Een andere review met 12 kwantitatieve studies (matige kwaliteit) richt zich op **natuurgerichte interventies voor mensen met**

chronische aandoeningen (exclusief kanker en chronische pijn)²⁸³. Hier worden kleine psychologische en fysiologische effecten gerapporteerd, waaronder een vermindering van depressie en angst.

Vier reviews onderzoeken **interventies gericht op mantelzorgers:**

- Een eerste review met acht RCT's van matige tot hoge kwaliteit onderzoekt **online compassie-gebaseerde interventies** voor het verbeteren van het mentaal welzijn van mantelzorgers ²⁸⁴. De interventies laten kleine effecten zien op zelfcompassie, stress, angst en mindfulness, maar niet op depressie. Enkel interventies langer dan 8 weken zijn effectief. Een tweede review met vier RCT's en twee quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzoekt **veerkrachtbevorderende interventies** bij mantelzorgers van volwassenen met een chronische of gevorderde aandoening ²⁸⁵. Hoewel de evidentie is beperkt is, toont de review veelbelovende resultaten voor psycho-educatie, CGT-gebaseerde en mindfulness-based interventies.
- Een derde review met vijf RCT's van hoge kwaliteit vindt eveneens dat **online veerkracht interventies** (o.a. online leren of online psychologische ondersteuning) bij mantelzorgers een matig effect hebben op veerkracht, maar rapporteert geen verschillen tussen interventietypes ²⁸⁶.
- Tot slot onderzoekt een review met 27 kwantitatieve studies, waaronder 12 RCT's, **expressieve kunstinterventies bij mantelzorgers** ²⁸⁷. Deze interventies tonen positieve effecten op stress, angst en mantelzorglast, vooral wanneer ze psycho-educatieve component bevatten.

Een review met 48 kwantitatieve studies, waaronder 12 RCT's, en 22 kwalitatieve studies onderzoekt **psychosociale interventies voor gezinnen met een ouder met psychische problemen of een afhankelijkheid (KOPP/KOAP-gezinnen) ('whole-family approach')** en kind(eren) tussen de 5 en 24 jaar ²⁸⁸. Er worden positieve effecten gerapporteerd op internaliserende problemen bij kinderen (o.a. depressie en angst) op korte termijn, maar niet na zes maanden. Er wordt geen effect gevonden op de geestelijke gezondheid van de ouders, en ook niet op problemen van kinderen gerapporteerd door de ouders. De kwalitatieve data wijzen op een verbeterd functioneren van het gezin en op een grote tevredenheid over de interventie.

Een review met 13 gecontroleerde en vijf quasi-experimentele studies van lage tot matige kwaliteit onderzoekt diverse psychosociale interventies (o.a. CGT, peer support, psychoeducatie) bij **familieleden vanaf 18 jaar van personen met verslavingsproblemen**²⁸⁹. Er wordt een matig effect gevonden op depressieve symptomen meteen na de interventie, maar niet na drie maanden. Een klein effect wordt gevonden op mentale distress, maar niet op angst.

Een mixed-method review met 58 studies, waarvan 25 kwantitatieve studies, onderzoekt vier typen **psychologische zelfzorgstrategieën bij Arabischsprekende immigranten, asielzoekers en vluchtelingen** vanaf 12 jaar ²⁹⁰: sociale (i.e., connecteren met het netwerk), psychologische (i.e., cognitieve en gedragsmatige focus), religieuze/spirituele en overige strategieën. Cognitieve gedragstherapie, mind-body technieken (zoals yoga) en cultuursensitieve interventies tonen positieve effecten op geestelijke gezondheid en zijn gelinkt aan een hoge tevredenheid.

Een review met zes RCT's en vier quasi-experimentele studies van matige kwaliteit onderzoekt **digitale interventies gericht op welzijn en integratie bij immigranten** van de eerste en tweede generatie, inclusief vluchtelingen en asielzoekers ²⁹¹. De resultaten laten zien dat digitale integratiemethoden een positieve invloed hebben op geestelijke gezondheidsproblemen, waarbij de meeste interventies CGT-gebaseerd zijn en zich richten op individuele veerkracht. Digitale interventies kunnen het welzijn en de integratie van immigranten bevorderen dankzij betere communicatie, wat leidt tot minder isolement. De beschikbaarheid

van informatie leidt eveneens tot minder angst, en de mogelijkheid om het eigen verhaal te delen verhoogt het welzijn.

Tot slot onderzoekt een review met vijf RCT's, vier quasi-experimentele en drie kwalitatieve studies **interventies gericht op mensen die eerste hulp aanbieden aan mensen na een traumatische ervaring** (ongeval, COVID-19, natuurramp, werkgerelateerde incidenten) ²⁹². Alle studies rapporteren verbeteringen in posttraumatische stress en gerelateerd geestelijke gezondheidsuitkomsten. Uit de kwalitatieve studies blijkt dat deelnemers zich veiliger voelen, een groter gevoel van verbondenheid en controle ervaren en zich meer op hun gemak voelen. De lage kwaliteit en hoge mate van heterogeniteit van de studies en interventies beperken echter de conclusies.

6.1.2.5.1. Conclusies interventies voor verschillende levensfasen

- **Mindfulness-gebaseerde en mind-body interventies**, waaronder mindfulness-based stressreductie (MBSR), kunnen de veerkracht en geestelijke gezondheid in diverse populaties verhogen.
- **CGT-gebaseerde interventies** kunnen het risico op depressie verkleinen, ongeacht de setting of doelgroep.
- **Face-to-face groepsinterventies** tonen doorgaans sterkere effecten dan andere interventievormen.
- **Digitale interventies zijn meestal effectief**, vooral wanneer er begeleiding voorzien is.
- **Fysieke activiteit** levert consistent positieve effecten op, maar de effecten zijn klein.
- **Mental health literacy interventies** verbeteren vooral kennis over geestelijke gezondheid. Digitale varianten van deze interventies zijn even effectief als face-to-face interventies.
- De evidentie voor interventies gericht op het verhogen van **sociale steun en sociale inclusie** is beperkt. Sociale steun interventies blijken vooral effectief tijdens de perinatale periode.
- **Social prescribing interventies** (i.e., een methode waarbij zorgverleners patiënten doorverwijzen naar niet-medische lokale activiteiten en diensten) zijn veelbelovend, maar de kwaliteit van het bewijs is zwak.
- **Gemeenschapstuinen** kunnen positieve effecten hebben op zowel de individuele geestelijke gezondheid als de uitkomsten op buurniveau.
- **Slaapinterventies** verbeteren de slaap en kunnen angstsymptomen verminderen. De effecten zijn echter sterker voor geïndiceerde interventies gericht op personen met (beginnende) angst- of slaapproblemen, dan voor universele slaapinterventies.
- Voor **personen met chronische aandoeningen** zijn vooral mindfulness-gebaseerde interventies veelbelovend, maar ook interventies gericht op contact met de natuur kunnen het welzijn bevorderen.
- **Mantelzorgers** kunnen baat hebben bij (online) **compassie-gebaseerde interventies**, mindfulness en CGT-gebaseerde interventies, hoewel het bewijs beperkt is.
- Bij migranten is de evidentie beperkt, maar CGT-gebaseerde interventies en mind-body technieken (zoals yoga) tonen veelbelovende resultaten. Digitale interventies gericht op integratie bevorderen zowel geestelijk welzijn als sociale inclusie.

6.1.3 Algemene conclusie

De literatuur over de effectiviteit van interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering en primaire preventie werd onderzocht op basis van twee umbrella reviews:

- Een umbrella review uitgevoerd door Ierse onderzoekers met 168 reviews gepubliceerd tussen 2017 en oktober 2021
- Een umbrella review uitgevoerd door LUCAS, verder bouwend op de umbrella review van de Ierse onderzoekers, met 204 reviews gepubliceerd tussen oktober 2021 en maart 2024.

Hoewel de resultaten over reviews van hetzelfde onderwerp heen kunnen verschillen, kunnen we enkele algemene conclusies trekken.

Over het algemeen bestaat er goed bewijs voor de positieve effecten van **CGT-gebaseerde interventies, mindfulness, mind-body interventies, ouderschapsinterventies en interventies voor het versterken van sociaal-emotionele vaardigheden**. Deze interventies bevorderen de positieve geestelijke gezondheid en hebben een preventief effect op psychologische klachten zoals stress, depressie en angst.

Mindfulness-based interventies en mind-body interventies zijn effectief om het mentaal welzijn van diverse groepen jongeren en volwassenen te versterken, waaronder studenten hoger onderwijs en werknemers. Mindfulness richt zich op het bewust leven in het hier en nu. Dit houdt in dat men niet piekert over de toekomst of het verleden, maar net stil staat bij wat er gebeurt en wat dit met je doet. Tijdens een cursus mindfulness worden verschillende oefeningen gebruikt om deze vaardigheid te trainen. Relaxatie en het loslaten van stress zijn essentieel voor het beter leren omgaan met tegenslagen en bevorderen zo de mentale gezondheid. Ontspannen is een vaardigheid die met behulp van ontspanningsoefeningen kan worden getraind. Yoga is ook een effectieve mind-body methode die, door middel van ademhalings- en lichaamsgerichte oefeningen, bijdraagt aan het mentaal welbevinden van diverse groepen.

Interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT) hebben een bewezen doeltreffendheid voor de preventie én behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen zoals depressie. CGT is een interventie waarbij men oefent met het omzetten van niet-helpende gedachten in helpende gedachten, met als doel het gedrag, de gevoelens en de mentale gezondheid positief te beïnvloeden. Hoewel CGT-gebaseerde interventies ook effectief zijn in een universele aanpak, bijvoorbeeld via groepssessies, zijn deze bijzonder effectief voor personen die reeds psychologische klachten ervaren of een verminderde veerkracht hebben.

De literatuur over **digitale interventies**, bijvoorbeeld verstrekt via apps of websites, is het afgelopen decennium enorm toegenomen. Ze bieden het voordeel dat ze laagdrempelig zijn en op grote schaal kunnen worden ingezet om de populatiegezondheid tegen een eerder beperkte kost te verbeteren. Digitale interventies kunnen effectief zijn, maar over het algemeen worden kleinere effecten gerapporteerd in vergelijking met fysieke interventies. Laag engagement en een hoge uitval van deelnemers, zijn een uitdaging voor digitale interventies. Een mogelijke oplossing hiervoor is om digitale interventies te combineren met digitale of face-to-face supervisie of professionele begeleiding, wat de effectiviteit verbetert. Een voorbeeld van een effectieve digitale interventie is 'gecomputeriseerde CGT' (o.a. *Deprexis*) waarbij een computersysteem de rol van de therapeut overneemt.

Voor kinderen en jongeren zijn **interventies gericht op het versterken van sociaal-emotionele vaardigheden (SEV)** effectief om de geestelijke gezondheid te verbeteren. Dit omvat een brede waaier aan interventies met

verschillen in focus en aanpak, maar de basis is dat deze gericht zijn op het leren omgaan met emoties, relaties met anderen en sociale situaties. SEV-programma's zijn het vaakst onderzocht in scholen en kennen in deze setting ook de sterkste evidentie, maar ook SEV-interventies in andere settings zijn mogelijk. Enkele evidence-based SEV-interventies of programma's zijn *I Can Problem Solve (ICPS)*, *Pathways to Alternative Thinking Strategies (PATHS)*, *Second Step*, *Tools of the Mind*. De aanpak van deze interventies is zowel universeel als selectief (bv. lage SES, minderheidsgroepen).

Psychoeducatieve interventies leveren meer gemengde resultaten op, met vaak beperkte effecten op geestelijke gezondheid. Het bewijs is sterker voor interventies met een focus op vaardigheden dan voor interventies die enkel de kennis verbeteren. **Mental health literacy en stigma interventies** zijn effectief voor het verbeteren van kennis en attitudes omtrent geestelijke gezondheid, maar de literatuur toont dat er geen of verwaarloosbare effecten zijn op de geestelijke gezondheid en de intentie om hulp te zoeken voor geestelijke gezondheidsproblemen.

Fysieke activiteit kan de geestelijke gezondheid van de bevolking versterken, over diverse leeftijdsgroepen, settings en kwetsbare groepen heen. De effecten zijn echter kleiner in vergelijking met psychosociale interventies. Daarom wordt het promoten van beweging en sport eerder aanbevolen als algemene gezondheidsdoelstelling waarbij een gezonde geest in een gezond lichaam centraal staat, en eventueel als extra onderdeel in GGB-interventies. Voorbeelden van goede fysieke inspanningen om de geestelijke gezondheid te bevorderen zijn wandelen, krachttraining en aerobics. Gezien ook contact met natuur goed is voor de geestelijke gezondheid, is wandelen of bewegen in een groene omgeving extra bevorderlijk.

Er is gemengde evidentie voor interventies expliciet gericht op **peer support en het verhogen van sociale steun** in diverse groepen. Er bestaat wel sterker bewijs voor de voordelen van peer support en sociale steun voor zwangere vrouwen en ouders in de perinatale periode. Ook kwetsbare groepen met risico op eenzaamheid zoals werkloze personen en ouderen kunnen gebaat zijn met interventies die sociale steun bevorderen. Anderzijds zijn er tal van interventies die een sociale component hebben, zoals groepsgebaseerde interventies, en aldus eerder onrechtstreeks het sociaal welzijn van de participanten kunnen verbeteren.

Interventies gericht op ouderschap en opvoeding kunnen een positieve impact hebben op opvoedingspraktijken, psychische klachten van ouders en de sociaalemotionele ontwikkeling van kinderen. Gerichte en/of geïndiceerde ouderschapsinterventies kunnen bijzonder effectief zijn voor kwetsbare groepen in de perinatale periode, zoals gezinnen in armoede, ouders die zelf negatieve ervaringen hebben in hun kindertijd, of gezinnen met kinderen die problematisch gedrag vertonen. Enkele evidence-based programma's voor het verbeteren van de geestelijke gezondheidssuitkomsten en competenties van ouder en kind in de perinatale periode zijn het *Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC)* en *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP)* programma, beiden gericht op risicogezinnen. Het *Triple-P* programma is goed onderzocht en is eveneens effectief voor het versterken van ouders en kinderen, maar de evidentie is robuuster voor kinderen vanaf de peuterleeftijd.

Het onderwijs en de werkvloer zijn cruciale settings om geestelijke gezondheid te versterken. Deze settings laten een universele aanpak toe, die mogelijk gecombineerd kan worden met een gerichte aanpak (bv. kinderen en jongeren in armoede, werknemers met een risicoprofiel zoals zorgverleners) en/of een geïndiceerde aanpak (bv. kinderen en jongeren met gedragsproblemen, werknemers met verhoogde stresssymptomen). Anderzijds is ook de **gemeenschap** een belangrijke setting voor alle leeftijdsgroepen, mogelijk nog meer voor kwetsbare groepen. Over het algemeen is het een sterkte om in te grijpen daar waar

de burgers zich bevinden. Zo onderzochten sommige reviews interventies in sportclubs, al is hiervoor verder onderzoek nodig.

Een belangrijke vraag is wie het meest geschikt is om de interventie te verstrekken. Sommige reviews onderzochten deze vraag door na te gaan of de effecten beïnvloed worden door het type interventieverstrekker, maar vaak werd geen verschil gevonden tussen verstrekkers. Over het algemeen is de literatuur hierover sterk verdeeld: soms zijn interventies door leerkrachten effectiever, soms blijken instructeurs, onderzoekers, zorgprofessionals of multidisciplinaire teams meer resultaten te boeken.

6.1.4 Opmerkingen van experts

Ten eerste, kunnen significante kleine effecten in de praktijk verwaarloosbaar zijn. In wetenschappelijk onderzoek worden effecten als ‘significant’ beschouwd wanneer ze statistisch gezien niet door toeval kunnen worden verklaard, maar de feitelijke impact op het dagelijkse leven of de geestelijke gezondheid van individuen kan beperkt zijn.

gerandomiseerde gecontroleerde studies. Uit de praktijk blijkt dat buurtinterventies wel een meerwaarde kunnen bieden, zowel voor de geestelijke gezondheid als voor het gemeenschapsgevoel.

Tot slot benadrukken experts dat kwetsbare groepen (o.a. personen in armoede, schoolverlaters, werkloze personen...) moeilijker te bereiken zijn voor onderzoek, en bijgevolg niet steeds goed vertegenwoordigd zijn in steekproeven. Dit komt door verschillende factoren, waaronder beperkte geletterdheid en complexe procedures om deel te nemen aan onderzoek. Hierdoor worden universele interventies vaak getest in goed bereikbare groepen, wat betekent dat de resultaten niet altijd representatief zijn voor de bredere populatie of kwetsbare groepen.

Naast de literatuurstudie over effectiviteit, bracht LUCAS ook evidentie over de kosteneffectiviteit van 53 individuele interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering samen, gebaseerd op vijf systematische reviews gepubliceerd tussen oktober 2021 en maart 2024. De onderzoekers pasten de Dominance Ranking methode toe om de kosteneffectiviteit van deze interventies op een overzichtelijke wijze weer te geven.

De stapsgewijze aanpak wordt beschreven in Hoofdstuk 2.3.3, vermits deze parallel liep met de search naar effectieve interventies.

- Abou Jaoude, G. J., Leiva-Granados, R., Mcgranahan, R., Callaghan, P., Haghparast-Bidgoli, H., Basson, L., Ebersöhn, L., Gu, Q., & Skordis, J. (2024). Universal Primary School Interventions to Improve Child Social–Emotional and Mental Health Outcomes: A Systematic Review of Economic Evaluations. *School Mental Health*, 16(2), 291–313. <https://doi.org/10.1007/s12310-024-09642-0>
301
- Anna-Kaisa, V., Virpi, K., Mervi, R., Elisa, R., Terhi, L., Marjo, K., André, S., & Eila, K. (2022). Review: Economic evidence of preventive interventions for anxiety disorders in children and adolescents – a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(4), 378–388.
<https://doi.org/10.1111/camh.12505>³⁰²
- Conejo-Cerón, S., Lokkerbol, J., Moreno-Peral, P., Wijnen, B., Fernández, A., Mendive, J. M., Smit, F., & Bellón, J. Á. (2021). Health-economic evaluation of psychological interventions for depression prevention: Systematic review. *Clinical Psychology Review*, 88, 102064.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102064>³⁰³
- Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Bucholc, J., Chatterton, M. L., & Engel, L. (2021). Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLOS Medicine*, 18(5), e1003606.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>³⁰⁴
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Wijnen, B., Lokkerbol, J., Fernández, A., Smit, F., & Bellón, J. Á. (2024). Health-Economic Evaluation of Psychological Interventions for Anxiety Prevention: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 75(7), 667–677. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230101>
305

In dit hoofdstuk wordt een narratieve synthese gegeven van de individuele studies die binnen de scope van de literatuurstudie vallen. Dit wil zeggen dat de focus ligt op economische studies die rapporteren over interventies behorend tot de eerste drie categorieën van Arango et al. (2018)³⁰⁶ (i.e. geestelijke gezondheidsbevordering, primaire universele preventie, primaire selectieve preventie). De vijf systematische reviews bevatten ook individuele studies die rapporteren over interventies behorend tot de laatste drie categorieën van Arango et al. (2018)³⁰⁶ (i.e. primaire geïndiceerde preventie, secundaire preventie en tertiaire preventie). Deze individuele studies werden voor de narratieve synthese buiten beschouwing gelaten. Daarnaast bevatten de reviews bepaalde individuele studies die handelen over interventies die verschillende preventiestrategieën hanteren omdat ze uit getrapte componenten bestaan. Een voorbeeld

hiervan is een interventie die een primaire universele strategie hanteert in een eerste trap, een primaire geïndiceerde strategie in een tweede trap en een secundaire preventiestrategie in een derde trap. Verder komen er ook individuele studies aan bod die interventies op de grens tussen primaire selectieve en primaire geïndiceerde preventie behandelen. Al deze studies werden voor de volledigheid meegenomen in de narratieve synthese. Studies uitgevoerd in lage- en midden inkomenslanden werden buiten beschouwing gelaten.

Bij deze literatuurstudie werd bovendien rekening gehouden met de mate waarin interventies kosteneffectief zijn en er dus in slagen om tegen een redelijke kost een waardevol gezondheidseffect te genereren. De **Dominance Ranking classification tool** is een veelgebruikte methode om interventies te rangschikken op basis van hun kosteneffectiviteit en zodoende besluitvormingsprocessen te faciliteren³⁰⁷. De classificatiemethode maakt gebruik van de kleurcodes groen, geel en rood om de mate van kosteneffectiviteit weer te geven:

- Groen: De interventie is effectiever en heeft lagere kosten. De interventie geniet de voorkeur van besluitvormers en ontvangt een gunstig advies.
- Geel: De interventie is effectiever en duurder of minder effectief en goedkoper. Dat wil zeggen dat er nood is aan een financiële of klinische afweging of een drempelwaarde voor de kosten-baten verhouding om te bepalen of de interventie kosteneffectief is. Er is geen voor de hand liggend advies voor besluitvormers.
- Rood: De interventie is minder effectief en heeft hogere kosten. De interventie wordt minder gesteund of afgewezen door besluitvormers en ontvangt een ongunstig advies.

Merk op dat de adviezen samenhangen met de studie- en implementatiecontext van de individuele interventies en dat ze niet zomaar te transfereren zijn naar een andere context, zoals bijvoorbeeld een ander land.

Bij een van de vijf systematische reviews pasten de onderzoekers de Dominance Ranking methode reeds toe²⁹⁶. Voor de vier andere reviews²⁹³⁻²⁹⁷ werd de Dominance Ranking methode toegepast in het kader van het onderzoek voor het beleidsplan GGB op de interventies uit de individuele studies. In eerste instantie werden de tabellen van de vijf reviews geraadpleegd om de relevante data te extraheren. Indien hier onvoldoende informatie in te vinden was, werden de individuele studies geconsulteerd.

Voor de 53 interventies werd volgende data geëxtraheerd⁵: Auteur, jaar en land; Type preventiestrategie; Doel en een korte omschrijving van de interventie; Doelgroep; Vergelijkingsgroep (i.e. de comparator); Tijdshorizon; Kwaliteit van rapportering; Kosten en effecten; Advies voor beleidsmakers.

6.2.2 Resultaten

Tabel 17 presenteert het resultaat van de Dominance Ranking methode voor 53 unieke interventies. Een totaal van 15 interventies ontving een gunstig advies, 35 interventies een onduidelijk advies en 3 interventies een ongunstig advies.

Tabel 17. Resultaat van de toepassing van de Dominance Ranking methode

Advies beslissingsmakers	N (aantal interventies)	%
Gunstig	15	28
Onduidelijk	35	66

⁵ Een gedetailleerd overzicht van het dominance ranking framework met de afzonderlijke interventies is beschikbaar op aanvraag bij LUCAS KU Leuven.

Ongunstig	3	6
Totaal	53	100%

De narratieve synthese die volgt bespreekt de evidentie met betrekking tot de kosteneffectiviteit. De interventies met een gunstig en ongunstig advies worden uitgebreid overlopen, terwijl de interventies met een onduidelijk advies slechts beknopt worden opgesomd.

6.2.2.1. *Interventies met een gunstig advies*

Een derde van de interventies (N=15, 28%) kreeg een groene kleurcode, omdat ze meer gezondheidsvoordelen bieden tegen een lagere kost in vergelijking met een controle-interventie. In de literatuur inzake kosteneffectiviteit worden deze interventies aangeduid als 'dominant'. Eén interventie is gericht op de eerste 1.000 dagen, acht interventies focussen op kinderen en jongeren en vijf interventies gaan over volwassenen. Voor de doelgroep ouderen werden er geen gunstige interventies gevonden.

Eerste 1.000 dagen

Binnen het levensdomein van de eerste duizend dagen (N=1) blijken huisbezoeken door een getrainde gezondheidswerker bij jonge moeders om perinatale depressie te voorkomen dominant te zijn ten opzichte van huisbezoeken door ongetrainde gezondheidswerkers³⁰⁸. Dit blijkt uit een studie van hoge kwaliteit, beoordeeld met de QHES-checklist³⁰⁴. De interventie is als volgt opgezet: gezondheidswerkers volgen een zesdaagse training in gespreksvaardigheden gebaseerd op de principes uit de cognitieve gedragstherapie of de cliëntgerichte benadering en nemen nadien deel aan vier halve dagen supervisie. De gezondheidswerkers brengen vervolgens acht huisbezoeken aan elke moeder, waarbij ze informatie verstrekken over perinatale depressie, een vertrouwensband met hen opbouwen en als contactpersoon fungeren wanneer de moeder klachten ontwikkelt³⁰⁸.

Kinderen en jongeren

Voor kinderen en jongeren zijn er acht interventies (N=8) die een gunstig advies op vlak van kosteneffectiviteit kregen.

Het 'New Beginnings Program' is **een groepsprogramma voor moeders die recent gescheiden zijn**, met als doel het voorkomen van psychologische problemen bij kinderen³⁰⁹. Het programma richt zich op het versterken van de relatie tussen ouder en kind, het aanleren van effectieve disciplineringsstrategieën en het verminderen van conflicten tussen gescheiden ouders. Een getrainde hulpverlener begeleidt 11 groepssessies en biedt daarnaast twee individuele sessies per deelnemer aan. De begeleiders nemen deel aan een initiatietraining van 30 uur en krijgen tijdens het aanbieden van het groepsprogramma een wekelijkse training van 1,5 uur alsook één supervisie per groep³⁰⁹. Dit programma is geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

Een volgende interventie richt zich op het bevorderen van de geestelijke gezondheid van kinderen in de lagere school door middel van **klasmanagementtraining voor leerkrachten**^{310, 311}. Deze training bestaat uit strategieën en oefeningen voor leerkrachten om hun zelfvertrouwen en bekwaamheid te verhogen, wat op zijn beurt de schoolgemeenschap en de sociaal-emotionele vaardigheden van leerlingen versterkt. De training bestaat uit twee coaching sessies en duurt één week³¹⁰. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van lage kwaliteit volgens de CHEERS-checklist³⁰¹.

Een volgende interventie zet in op het versterken van de **sociaal-emotionele vaardigheden van leerlingen in het secundaire onderwijs** (13-16 jaar) **tijdens de lessen**^{312, 313}. Leerkrachten geven per week één les van 45 minuten over sociaal-emotionele vaardigheden en werken daarbij rond thema's zoals zelfcontrole, sociale

////////////////////////////////////

relaties, empathie, motivatie en zelfbewustzijn³¹⁴. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS checklist³⁰¹.

Het **schoolbrede anti-pestprogramma KiVa** blijkt kosteneffectief in de Nederlandse schoolcontext³¹⁵. KiVa bestaat uit een schoolcurriculum en spelactiviteiten die leerkrachten en ander schoolpersoneel begeleiden. Daarnaast is er een gids voor ouders over het thema pesten. KiVa moedigt schoolpersoneel ook aan om met leerlingen individuele of groepsgesprekken te voeren wanneer pestgedrag zich voordoet. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS-checklist³⁰¹.

City Connects is een **schoolbrede interventie** gericht op het **coördineren van ondersteunende diensten voor kinderen en hun omgeving vanuit de schoolcontext**³¹⁶. Het doel van de interventie is fragmentatie op vlak van ondersteuning en hulpverlening tegengaan³¹⁶. Een getrainde City Connects coördinator volgt de implementatie van de interventie binnen de school op. De coördinatoren bespreken twee keer per jaar met de leerkrachten de academische, sociaal-emotionele, gezondheids- en familiale aspecten van elke leerling. Op basis van deze gesprekken stelt de coördinator een individueel plan op maat van elke leerling op, dat vervolgens wordt uitgevoerd door het ondersteuningsteam van de school. Dit team bestaat uit de directie, medische en psychologische leerlingenbegeleiders, medewerkers verantwoordelijk voor het sociaal-emotionele curriculum en leerkrachten. Het team komt wekelijks samen om voor elk kind aanbevelingen te formuleren over de nodige ondersteuning, zowel binnen als buiten de school. De coördinatoren zorgen voor de nodige doorverwijzingen en onderhouden relaties met partners in de gemeenschap. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS-checklist³⁰¹.

The Better Beginnings Better Futures Project, hanteert een **gemeenschapsgerichte en holistische aanpak**³¹⁷. Het Canadese project werd op drie sites **geïmplementeerd bij jonge kinderen (4-8 jaar) en hun gezinnen** en bestaat uit drie luiken³¹⁷. Luik 1 bevat kindgerichte deelinterventies, zoals een schoolcurriculum rond positieve sociale interacties, naschoolse activiteiten en een vrijetijdsaanbod. Luik 2 betreft deelinterventies gericht op ouders, zoals huisbezoeken, groepsbijeenkomsten voor sociale steun en workshops om ouderschapsvaardigheden te oefenen. Luik 3 zet in op gemeenschapsgerichte interventies, zoals initiatieven rond veiligheidsbevordering, buurtfeesten, uitstappen voor alle mensen uit de buurt en kampen voor de hele familie^{317,318}. Het project blijkt kosteneffectief na opvolgperiodes van vier jaar (geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de CHEERS-checklist^{301,274}) en tien jaar (geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de CHEERS-checklist^{301,273}).

Een volgende gunstige interventie bestaat uit **maatschappelijk werkers die zijn ingebed in de schoolcontext** en één-op-één gesprekken met leerlingen en gezinnen voeren³¹⁹. Het doel van deze begeleiding is **om risicofactoren van geestelijke gezondheid in kaart te brengen en aan te pakken**, voornamelijk bij kinderen in kwetsbare situaties³¹⁹. De maatschappelijk werkers houden zich vooral bezig met: gezondheidsvoorlichting, de transitie van lagere naar middelbare school, pesten, spijbelen, schorsing en kwesties inzake kindbescherming. Daarnaast werken ze samen met relevante actoren in de gemeenschap zoals politie, sociaal werkers en gezondheidsdiensten³¹⁹. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van lage kwaliteit volgens de CHEERS checklist³⁰¹.

Het gemeenschapsbrede 'The Garrett Lee Smith Suicide Prevention Program' is een Amerikaans **programma** dat financiering toekent op niveau van een staat, een lokale gemeenschap of een hogere onderwijsinstelling^{320, 321}. De gemeenschappen dienen een interventie **ter preventie van zelfdoding bij jongeren** op te zetten en kunnen daartoe bepaalde vrijheidsgraden zelf invullen³²¹. De uitvoering bestaat uit het opleiden van poortwachters in de samenleving, het installeren van nationale hulplijnen, bewustmakingscampagnes en screeningsacties voor suïciderisico en blijkt kosteneffectief³²¹. Dit programma werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

(Jong)volwassenen

Voor de doelgroep volwassenen bleken vijf interventies (N=5) gunstig op vlak van kosteneffectiviteit.

Het 'Healthy Body Image Program' is een **online screening om studenten met een verhoogd risico op een eetstoornis** te identificeren³²². Afhankelijk van het screeningsresultaat biedt het programma vier verschillende vervolgttrajecten aan³²²:

- Studenten met een laag risico op eetstoornissen krijgen toegang tot een algemene zelfhulpinterventie
- Studenten met een hoog risico krijgen toegang tot een gerichte zelfhulpinterventie
- Studenten met (sub)klinische symptomen krijgen toegang tot een online zelfhulpinterventie met begeleiding
- Studenten met ernstige symptomen worden doorverwezen voor een individueel begeleidingstraject

Dit programma werd geëvalueerd in een studie van lage kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

Het ‘Pinnacol-and-Trotter’s Health Risk Management’ programma heeft als doel om **gezondheidsrisico’s van medewerkers in kleine bedrijven** (< 50 medewerkers) te beheren³²³. Het **digitale** programma bestaat uit meerdere componenten waaronder een jaarlijkse gezondheidsscreening met bijhorend rapport, gezondheidscoaching via telefoon, online kennistools en online programma's voor gedragsverandering³²³. Het programma wordt verspreid door een Amerikaanse verzekeringsmaatschappij die werkgevers begeleidt bij de implementatie van het programma³²³. Dit programma werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

‘PeerCare’ is een interventie gericht op de **preventie van middelenmisbruik** in de werkcontext en maakt daarbij gebruik van **peer support**³²⁴. De interventie is onderdeel van het personeelsbeleid en wordt geïmplementeerd met steun van de werkgever. Medewerkers kunnen zich vrijwillig aanmelden en volgen een opleiding van 1 à 2 dagen waarbij ze leren om risico’s op middelenmisbruik bij collega’s te herkennen en hen op een ondersteunende manier te benaderen (i.e. collega’s onder invloed aanspreken, overtuigen om de werkplaats te verlaten en indien nodig verwijzen naar verdere hulp)³²⁴. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

Een volgende interventie combineert een aantal **online zelfhulp methodieken om depressie te voorkomen** bij de volledige Nederlandse populatie³²⁵. De combinatie bestaat uit een selectie van effectieve methodieken (i.e. evidence-based) die bovendien de voorkeur van de doelgroep genieten (i.e. preference-based)³²⁵. Het gaat om een zelfhulpboek, een groepsreeks van 8-10 sessies en een e-health interventie zonder aanvullende begeleiding die de drie kernprincipes van cognitieve gedragstherapie integreren³²⁵. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van matige kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

De Zelfmoordlijn is een nationale hulplijn in België gericht op **het voorkomen van zelfdoding door hulp op afstand** aan te bieden aan mensen met suïcidale gedachten³²⁶. De hulp op afstand wordt aangeboden door getrainde vrijwilligers die optreden als vertrouwenspersoon. Zowel de ondersteuning via telefoon als via chat blijkt kosteneffectief³²⁶. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

6.2.2.2. Interventies met een ongunstig advies

Drie interventies (N=3, 6%) kregen een rode kleurcode, omdat ze minder of even effectief en duurder blijken dan reguliere zorg of reguliere lessen.

FRIENDS is een interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en richt zich op de **universele preventie van angst in de schoolcontext**³²⁷. Het programma tracht cognitieve vaardigheden, emotieregulatie en technieken voor gedragsverandering aan te leren en werd geïmplementeerd bij **kinderen in de lagere school** (9-10 jaar) in het Verenigd Koninkrijk³²⁷. De interventie wordt begeleid door een externe gezondheidswerker en loopt over een periode van 9 weken³²⁷. De onderzoekers analyseerden de kosteneffectiviteit op 6

maanden en concludeerden dat de interventie duurder maar niet effectiever is dan reguliere lessen over persoonlijke, sociale en gezondheidsthema's³²⁷. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de CHEC-checklist³⁰².

Resourceful Adolescent Programme (RAP) is een interventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en richt zich op de **universele preventie van depressie in de schoolcontext**³²⁸. Het programma wordt klassikaal aangeboden en heeft als doel om beschermende vaardigheden zoals emotieregulatie, coping mechanismen en denkstijlen te versterken en werd geïmplementeerd bij **adolescenten tussen 12 en 16 jaar** in het Verenigd Koninkrijk³²⁸. RAP bestaat uit negen modules en twee boostersessies van 50-60 minuten, begeleid door twee getrainde begeleiders die naast de reguliere klasleerkracht de sessies leiden³²⁸. De onderzoekers analyseerden de kosteneffectiviteit na één jaar en concludeerden dat de interventie duurder maar minder effectief is dan reguliere lessen over persoonlijke, sociale en gezondheidsthema's³²⁸. Anderson et al. (2014)³²⁸ schuiven enkele hypothesen naar voor om de negatieve resultaten post-hoc te verklaren: het programma is ontwikkeld voor 12-15-jarigen, maar de studie includeerde ook 16-jarigen; de implementatie betrof een universele aanpak, terwijl een selectieve aanpak gericht op adolescenten met een hoog risico op depressie goedkoper en/of effectiever zou kunnen zijn. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

OPERA is een whole-home **interventie gericht op het bevorderen van fysieke activiteit bij ouderen in woonzorgcentra**, met als doel depressie te voorkomen³²⁹. Deze interventie werd vergeleken met een controleconditie waarbij het zorgpersoneel enkel een bewustmakingstraining rond depressie kreeg. De whole-home interventie bestaat uit verschillende componenten, waaronder: het betrekken van het management, het aanstellen van een geëngageerd sleutelfiguur, het geven van een bewustmakingstraining voor zorgpersoneel rond depressie en beweging, het begeleiden van bewoners op vlak van fysieke activiteit, het geven van tweewekelijkse groepsessies voor bewoners onder leiding van een fysiotherapeut en het versterken van de samenwerking tussen het zorgpersoneel en de fysiotherapeut. De onderzoekers analyseerden de kosteneffectiviteit na één jaar en concludeerden dat de interventie duurder maar minder effectief is dan de controle-interventie³²⁹. Underwood et al. (2013)³²⁹ plaatsen een methodologische kanttekening bij de negatieve resultaten om deze post-hoc te verklaren: ouderen met dementie zijn een kwetsbare doelgroep en mogelijks is er van meet af aan weinig verbeterpotentieel op vlak van levenskwaliteit, vooral indien gemeten met een weinig gevoelige vragenlijst. Deze interventie werd geëvalueerd in een studie van hoge kwaliteit volgens de QHES-checklist³⁰⁴.

6.2.2.3. Interventies zonder éénduidig advies

Het aandeel interventies waarvoor geen éénduidig advies voor besluitvormers bestaat, is aanzienlijk (N=35, 66%). De interventies in deze categorie zijn ofwel effectiever en duurder, ofwel minder effectief en goedkoper dan de vergelijkingsgroep.

Het gaat om één interventie (N=1) binnen het levensdomein van de eerste duizend dagen³³⁰. Eénentwintig interventies (N=21) richten zich op kinderen en jongeren^{310,331-349}. Acht interventies (N=8) richten zich op (jong)volwassenen³⁵⁰⁻³⁵⁷. Voor de doelgroep **ouderen** bevinden **vijf interventies** (N=5) zich in de categorie 'zonder éénduidig advies'³⁵⁸⁻³⁶².

Voor interventies in deze categorie is een extra stap nodig om de kosteneffectiviteit te kunnen beoordelen. Dit betekent dat er een financiële of klinische afweging gemaakt moet worden, of dat er een nationale drempelwaarde voor de kosteneffectiviteitsverhouding beschikbaar moet zijn. In de internationale literatuur wordt een dergelijke drempelwaarde aangeduid als een 'willingness-to-pay threshold'. De normen van NICE en de WHO behoren tot de meest gebruikte drempelwaardes in economische evaluaties van geestelijke gezondheidsinterventies^{363, 364}. Aangezien deze literatuurstudie deel uitmaakt van een traject voor het opstellen van een Vlaams beleidsplan voor geestelijke gezondheidsbevordering, lijkt het echter zinnvoller dat de Vlaamse overheid een eigen drempelwaarde bepaalt die rekening houdt met de Vlaamse context. De

drempelwaarde die het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg naar voor schuift, kan hiervoor als vertrekpunt dienen³⁶⁵.

Belangrijk om op te merken is dat de implementatiecontext een grote invloed heeft op de interpretatie van economische studies en dus op de beoordeling van de kosteneffectiviteit van interventies. Omdat de implementatiecontext van de 35 interventies in de categorie 'zonder eenduidig advies' sterk afwijkt van de Vlaamse context, werd ervoor gekozen om de financiële en klinische afwegingen gemaakt door de betreffende onderzoekers niet afzonderlijk in dit hoofdstuk te presenteren.

6.2.3 Conclusie

Deze literatuurstudie brengt de evidentie over de kosteneffectiviteit van 53 individuele interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering samen en is gebaseerd op vijf systematische reviews gepubliceerd tussen oktober 2021 en maart 2024. De onderzoekers pasten de Dominance Ranking methode toe om de kosteneffectiviteit van deze interventies op een overzichtelijke wijze weer te geven. In totaal kregen 15 interventies een 'gunstig' advies, 35 interventies een 'onduidelijk' advies en 3 interventies een 'ongunstig' advies.

Interventies gericht op kinderen en jongeren komen het meest aan bod in de literatuur rond economische evaluaties. De evidentie over kosteneffectiviteit voor deze leeftijdsfase is gemengd, met zowel gunstige, onduidelijke als ongunstige interventies. De inhoud (zoals de beoogde doelen of de theoretische basis) en vorm (zoals de aan- of afwezigheid van een intermediair voor de implementatie of het online karakter van de interventie) van de gunstige interventies voor kinderen en jongeren variëren sterk. De meeste interventies vinden plaats in de school- of klascontext, maar er zijn ook enkele voorbeelden van kosteneffectieve interventies in de gemeenschap.

Voor volwassenen is de beschikbare literatuur beperkter, en ook hiervoor vinden we gemengde evidentie, met zowel gunstige als onduidelijke interventies. De inhoud (zoals de beoogde doelen of de theoretische basis) van de gunstige interventies voor volwassenen varieert, terwijl de meeste interventies in digitale vorm worden aangeboden. De interventies worden vaak in de werkcontext of bredere gemeenschap geïmplementeerd.

Literatuur over de economische evaluatie van interventies gericht op de eerste duizend dagen en op ouderen is quasi niet voorhanden.

6.2.4 Kanttekening

Individuele studies over de kosteneffectiviteit van interventies voor geestelijke gezondheidsbevordering variëren sterk in termen van studiepopulatie, type interventie, vergelijkingsgroep, gemeten uitkomst, type economische evaluatie (modelgebaseerd of *trial-based*), studieperspectief (bepaald door welke kosten en welke baten worden geïncludeerd in de economische analyse) en land van implementatie^{304, 307}. Deze **methodologische heterogeniteit** maakt het moeilijk om studieresultaten te generaliseren naar een andere implementatiecontext en om de resultaten van meerdere wetenschappelijke studies samen te voegen en te analyseren. Er bestaat momenteel geen standaard wijze om economische evaluaties systematisch en kwantitatief te analyseren³⁶⁶. De kwaliteit van de economische evidentie in deze literatuurstudie is daardoor laag. Dit impliceert dat het synthetiseren en generaliseren van studieresultaten rond kosteneffectiviteit met de nodige voorzichtigheid moet gebeuren. De onderzoekers maakten gebruik van de Dominance Ranking methode om de recente literatuur samen te vatten³⁰⁷. Dit kader houdt echter geen rekening met de steekproefgrootte en effectgrootte van individuele studies³⁶⁶. Een vooraf bepaald economisch raamwerk kan onderzoekers en beleidsmakers helpen om methodologisch consistente keuzes te maken die passen bij de implementatiecontext. Dit laat toe om kwantitatieve syntheses mogelijk te maken die wel rekening houden met steekproefgrootte en effectgrootte, en daarmee evidentie van hogere kwaliteit opleveren.

7 KETENANALYSE EN HEFBOOMANALYSE

Het uitbouwen van een samenwerking tussen partners met uiteenlopende achtergrond en expertise is een belangrijke hefboom om interventies te ontwikkelen en te implementeren in functie van geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen. Geen enkele vorm van samenwerking valt echter zomaar uit de lucht. Samenwerken is effectief een werkwoord en vraagt om doelbewuste keuzes en volgehouden inspanningen van de betrokken partners met bovendien ook voldoende aandacht voor hun respectievelijke belangen, ambities en draagkracht. Om de dynamiek die doorheen het gehele traject werd gerealiseerd goed te kunnen begrijpen, wordt er eerst ingezoomd op de resultaten van de oefening rond de ketenanalyse en daarna op de meerwaarde van de coachingssessies. Ten slotte wordt ook een bredere reflectie gemaakt over de mogelijke impact van het volledige traject op de stakeholders en hun kijk op samenwerking.

7.1 METHODE

Van bij de start van het traject werd er doelbewust voor gekozen om de opportuniteiten voor samenwerking rond geestelijke gezondheidsbevordering niet enkel expliciet te benoemen maar om deze op termijn ook te vertalen in heel concrete acties. Het werkveld van de geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen bestaat immers uit heel uiteenlopende stakeholders die vanuit hun unieke expertise ook eigen doelstellingen en acties nastreven. Ook in dit traject werd overigens heel bewust erkenning gegeven aan de waarde van de vele inspanningen en engagementen die de stakeholders vandaag al opnemen op het vlak van geestelijke gezondheidsbevordering. Tegelijkertijd zorgt de hoge mate van specialisatie er onvermijdelijk ook voor dat de beschikbare middelen soms erg versnipperd worden ingezet. Het geeft aanleiding tot een gedeeltelijke overlap van activiteiten van de diverse stakeholders maar zorgt ook voor hiaten in het beschikbare aanbod voor burgers. Samenwerking is in die zin een belangrijk middel of hefboom om op efficiënte en effectieve wijze te blijven bouwen aan geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen.

Omdat het zo'n breed begrip is, bestaan er in de praktijk uiteraard heel verschillende opvattingen over hoe zo'n samenwerking concreet vorm kan krijgen. Van bij de start van het traject werd daarom een kader ontwikkeld waarbinnen de stakeholders zich op basis van hun eigen opvattingen en ervaringen konden leren positioneren. Het kwam er met andere woorden op aan om grondig na te denken over welk soort samenwerking er dan juist nodig was rond een specifieke doelstelling of actie en wat de mogelijke randvoorwaarden zouden zijn om deze samenwerking uit te bouwen.

De **eerste stakeholdersessie** (februari 2024) werd gebruikt om de belangrijkste bouwstenen rond samenwerking via een plenaire sessie mee te geven. Het zorgde ervoor dat er zich tijdens het traject stap voor een stap een gedeelde taal en een gezamenlijk referentiekader kon ontwikkelen rond het belang en de implementatie van samenwerking. Zo werd tijdens de eerste sessie vooral ingezoomd op het belang van een stevige grondlaag voor elke samenwerking via het bepalen van het gemeenschappelijke ambitieniveau en de mate van integratie tussen de doelen en acties van de diverse stakeholders. Terwijl het in een breed werkveld soms al volstaat dat de partners elkaar ontmoeten en elkaars werking kunnen leren kennen, kan het ook aangewezen zijn dat de stakeholders veel gerichter gaan doorverwijzen naar elkaars aanbod en activiteiten. Wanneer het ambitieniveau verder wordt opgekrikt, kan de samenwerking er ook voor zorgen dat er heel concrete afspraken worden gemaakt om de doelstellingen en acties van verschillende stakeholders op elkaar af te stemmen. Ten slotte werden tijdens de eerste sessie ook de mogelijkheden geschetst die kunnen opborrelen wanneer diverse stakeholders een deel van de eigen middelen poolen en samen acties proberen te realiseren die door geen enkele van de stakeholders apart gedragen zou kunnen worden.

Tijdens de **tweede stakeholdersessie** (mei 2024) werden de deelnemers vervolgens uitgenodigd om zich die bouwstenen rond samenwerking verder eigen te maken aan de hand van een concrete oefening. Er werd geopteerd voor het uitvoeren van een hefboom- en ketenanalyse. De oefening bestond uit twee onderdelen.

7.1.1 Hefboomanalyse

In eerste instantie werd gepeild naar de mogelijke **obstakels en randvoorwaarden** voor de verschillende effectieve interventies. Hiervoor kregen de deelnemers kregen een overzicht van alle evidence-based interventies die in de betreffende levensfase vanuit wetenschappelijk oogpunt als effectief worden beschouwd (op basis van de literatuurstudie / wetenschappelijke evidentie). Er werd gebruik gemaakt van deze interventies om te kunnen loskomen van het eigen aanbod en echt out-of-the-box te denken. In totaal werden over alle groepjes heen 15 interventies besproken (zie Tabel 18).

Via een oefening in groepjes tijdens de tweede stakeholdermeeting werden de sleutelfiguren in uitgebreid in kaart gebracht. Elke aanwezige stakeholder werd ingedeeld in een groepje per levensfase:

- Groep 1: eerste 1.000 dagen (n=5);
- Groep 2: kinderen en jongeren (n=7);
- Groep 3: kinderen en jongeren (n=6);
- Groep 4: volwassenen (n=7);
- Groep 5: volwassenen (n=7);
- Groep 6: ouderen (n=6).

In elke groep werden alle relevante stakeholders rond een specifieke interventie in beeld werden gebracht. Daarbij werd ook aangegeven welke randvoorwaarden een invloed (kunnen) hebben op de uitvoering van de acties. In elke groep werden de ideeën op post-its geschreven, besproken in groep en toegevoegd op posters. Nadien hadden de deelnemers de mogelijkheid om vrij rond te lopen in de ruimte en extra post-its met input toe te voegen aan de posters van andere gesprekstafels en/of levensfasen.

Aan de verschillende gesprekstafels vulden de stakeholders de lijst van sleutelfiguren – op basis van een lijst uit stakeholdersessie 1 – verder aan. In elke groep werden de ideeën op post-its geschreven, besproken in groep en toegevoegd op posters. Nadien hadden de deelnemers de mogelijkheid om vrij rond te lopen in de ruimte en extra post-its met input toe te voegen aan de posters van andere gesprekstafels en/of levensfasen.

Tabel 18. Overzicht van alle besproken interventies over alle levensfasen heen

Levensfase	Interventie
Eerste 1.000 dagen	Psychosociale ondersteuning
	Ouderschapsondersteuning
Kinderen & Jongeren	Interventies in de natuur
	Geïntegreerd integriteits- en welzijnsbeleid
	Universele programma's sociaal-emotionele vaardigheden en executieve functies
	Anti-pest programma's
	Mediawijsheid
	Leren omgaan met veranderend lichaam
(Jong)volwassenen	Sociale omgevings-interventies i.f.v. betrokkenheid & sociale cohesie
	Interventies in de natuur
	Psycho-educatie i.f.v. versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden

Ouderen	Ontsluiten digitale platformen (zoals Facebook en hulp apps)
	Kennis geestelijke gezondheid en welbevinden opnemen in de opleiding van zorgberoepen
	Inclusie van ouderen in vrijetijdsorganisaties en scholen (bv. als mentor)
	Inrichting openbare ruimte

7.1.2 Ketenanalyse

De overkoepelende ambitie van de ketenanalyse-oefening was te onderzoeken of en **hoe samenwerking een hefboom kan zijn voor interventies in elke levensfase**. Hierbij werd verder gebouwd op de evidence-based interventies, sleutelfiguren en randvoorwaarden uit de vorige oefening (de hefboomanalyse). Daarnaast werd ingezoomd op de mogelijkheden om meer reliëf en diepgang te creëren in de relaties tussen de sleutelfiguren en bepaalden we welke soort interventies het meeste potentieel bieden om de krachten in het brede werkveld te bundelen.

Ook voor deze oefening werd elke stakeholder op voorhand door de projectgroep ingedeeld in een groepje per levensfase. Deze groepen waren dezelfde als de groepen bij de hefboomanalyse.

Voor deze oefening werd in totaal 1 uur de tijd voorzien.

Als startpunt kregen de stakeholders een overzicht van alle evidence-based interventies die in een bepaalde levensfase vanuit wetenschappelijk oogpunt als effectief werden beschouwd. Dit overzicht vloeit voort uit het studiewerk van LUCAS en werd aangevuld in een eerste groepssessie in diezelfde oefening.

In eerste instantie kregen de stakeholders de ruimte voor individuele reflectie (10'). Het was de bedoeling dat ze vanuit hun eigen professionele achtergrond, expertise en ervaring twee of drie interventies zouden aanduiden waarvan ze dachten dat samenwerking een belangrijke hefboom zou kunnen zijn.

In een tweede fase (50') konden de stakeholders in elk groepje met elkaar het gesprek aangaan. Het was de bedoeling dat ze in kleinere groepjes (per 2 of per 3) verder aan de slag zouden gaan vanuit een gedeelde interesse in één of meerdere interventies. Door te werken met een voorafgaande individuele reflectie en daarna via de kleinere groepjes, kregen de stakeholders maximaal de kans om hun persoonlijke input aan te leveren.

Voor elk groepje was er een facilitator aanwezig die vragen kon capteren, die het gesprek mee in goede banen kon leiden en die ervoor zorgde dat het aangereikte sjabloon (zie Figuur 11) voor elke besproken interventie zo volledig mogelijk werd ingevuld.

Figuur 11. Sjabloon voor oefening ketenanalyse in sessie 22 mei 2024

(eind oktober). Deelnemers gaven aan dat ze de mogelijkheid om zo'n sessie te volgen weliswaar apprecieerden maar dat de timing dus als redelijk uitdagend werd ervaren. Uit een aantal informele gesprekken bleek dat sommige stakeholders het gevoel hadden dat ze 'nog niet ver genoeg' waren gevorderd om dieper in te gaan op (complexe) vraagstukken rond samenwerking. Ze kozen er dus bewust voor om de schaarse tijd te benutten om elkaar eerst grondig te leren te kennen en om hun gezamenlijke actie eerst nog zelf te af te bakenen en te verfijnen. Dit was voor veel stakeholders op dat moment de meest relevante inspanning om toe te werken naar een volledig ingevulde actiefiche.

Eén van de coachingsessies werd op initiatief van het Departement Zorg specifiek benut om de dialoog te initiëren over verdere samenwerking tussen de verschillende departementen van de Vlaamse overheid. In totaal namen een tiental beleidsmedewerkers deel aan deze online sessie op 15 oktober 2024. De bedoeling was onder andere om samen te verkennen hoe het thema van geestelijke gezondheidsbevordering binnen het eigen departement kon worden doorvertaald en warm gehouden.

7.2 REFLECTIE OVER SAMENWERKING

Het **thema van Geestelijke Gezondheidsbevordering (GGB)** is heel breed en **kan uit verschillende invalshoeken worden aangevlogen**. Het gaat immers niet alleen over verhogen van het mentaal welbevinden en het versterken van veerkracht van individuen maar evengoed over het vermijden van psychische problemen door risicofactoren aan te pakken bij de algemene bevolking of bij groepen met een verhoogd risico. De ambitie om te bouwen aan een sterk beleid rond geestelijke gezondheid in Vlaanderen overspant daarom in de eerste plaats alle levensfasen die we als individu doormaken: van de eerste 1000 dagen en de periode als (jong) kind en als jongere (< 18 jaar) over het leven als (jong)volwassene tot het moment dat we ouder worden en bijkomende vormen van kwetsbaarheid ervaren. Daarnaast komt de brede focus in het GGB-verhaal evengoed tot uiting in de vele uitdagingen waarmee we als individu doorheen alle levensfasen kunnen worden geconfronteerd op het vlak van onze persoonlijke ontwikkeling, de uitbouw van stevige sociale netwerken, de scholing en het onderwijs waarvan we kunnen genieten, het uitvoeren van onze job of vrijwilligerswerk, de zorg en ondersteuning waarop we een beroep willen doen, enz.

Wanneer we een eerste blik werpen op het GGB-werkveld in Vlaanderen hoeven we dan ook niet verrast te zijn dat er **heel uiteenlopende spelers op het terrein** actief zijn. Ze **ontwikkelen** bijvoorbeeld **heel specifieke vormen van kennis of expertise** rond een doelgroep, een thema of een uitdaging of zorgen juist voor de implementatie van bijhorende praktijken die ten goede komen aan de gehele bevolking of aan bepaalde groepen die een verhoogd risico op psychische kwetsbaarheid ervaren. Het laat hen allen toe om een unieke bijdrage te leveren aan de (in)directe ondersteuning van personen met noden op het vlak van geestelijke gezondheid en uiteindelijk ook aan het overkoepelende beleid rond GGB dat daaruit voortvloeit. In die veelheid aan expertise en operationele praktijken rond het thema van geestelijke gezondheidsbevordering zit dus een enorme rijkdom verscholen die we als samenleving moeten koesteren en ook zo gericht mogelijk moeten blijven ondersteunen en verder uitbouwen.

In die zin is het belangrijk om ook voldoende stil te staan bij de mogelijke schaduwzijde van een aanpak waarin veel ruimte wordt geboden voor allerlei vormen van specialisatie en differentiatie rond geestelijke gezondheidsbevordering. Want **in een breed uitwaaiend werkveld loert onvermijdelijk altijd een vorm van fragmentering om de hoek**. De betrokken actoren functioneren grotendeels autonoom binnen de kaders die door de bevoegde overheden en instanties worden aangereikt. Het betekent dat ze allen de nodige vrijheid krijgen om een eigen praktijk uit te rollen en om zelf de nodige accenten te leggen op de thema's die vanuit hun oogpunt relevant zijn. Het is met andere woorden een utopie te veronderstellen dat de visie, het aanbod en de methodieken van de betrokken actoren automatisch en volledig op elkaar afgestemd zouden zijn. En dat verhoogt dan weer het risico op een aantal **hiaten of vormen van overlap** ³⁶⁷.

Vanuit het perspectief van burgers of hulpvragers betekent het dat er drempels kunnen ontstaan die een impact hebben op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de dienst- en hulpverlening. De fragmentering zorgt er bijvoorbeeld mee voor dat burgers het overzicht kunnen verliezen omdat het niet meer duidelijk is waar ze precies met hun vraag terecht kunnen, dat ze volledig door de mazen van het net vallen, dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd of dat ze te snel naar een vooraf bepaald aanbod of ‘hokje’ worden toegeleid. Zo’n aanbod is dan weliswaar kwalitatief maar sluit daarom niet per sé volledig aan bij de noden die ze op dat moment zelf ervaren of belangrijk vinden ³⁶⁸.

De troeven die gepaard gaat met een hoge mate van specialisatie en differentiatie houden dus ook een aantal gevaren in, zowel aan de vraagzijde als aan aanbodzijde van de dienst- en hulpverlening in het domein van geestelijke gezondheidsbevordering. Het betekent vooral dat **de beschikbare middelen**, die per definitie schaars zijn, **niet automatisch op de meest effectieve en efficiënte wijze worden ingezet**. En dat maakt de zoektocht naar afstemming en het realiseren van een kruisbestuiving dan ook heel erg relevant. Het betekent dat er zowel in het beleid als in de praktijk voldoende aandacht moet worden besteed aan het bouwen van een aantal bruggen tussen de vele aparte ‘eilandjes’ zoals die zich de afgelopen decennia in het brede werkveld hebben ontwikkeld. Door gericht de krachten te bundelen kunnen dan ongetwijfeld een aantal hiaten of vormen van overlap worden vermeden of deels weggewerkt. Op die manier wordt ook een bijdrage geleverd aan het verhogen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de beschikbare dienst- en hulpverlening voor burgers³⁶⁹.

Voor veel organisaties en professionals in het brede sociale werkveld is samenwerking een waardevol middel, maar hoeft het geen doel op zichzelf te zijn. Het is daarom essentieel om goed na te denken over de redenen om op een bepaald moment de krachten te bundelen. Dit verwijst naar de basis van de samenwerking en benadrukt het belang van een leidraad of rode draad om de gezamenlijke visie of aanpak voortdurend te toetsen aan de oorspronkelijke doelstellingen. Van daaruit komen vervolgens ook de meer praktische vragen aan bod, bijvoorbeeld over de wijze waarop de samenwerking dan het best wordt georganiseerd, de sleutelspelers die mee aan de kar moeten trekken, de wijze waarop rollen en taken worden verdeeld, enz.

Een van de meest relevante benaderingen om samenwerking de nodige diepgang te geven, ligt in het denken in **gradaties van samenwerking**³⁷⁰. Dit betekent dat elke vorm van samenwerking gebaseerd is op

verschillende opvattingen over de gewenste mate van integratie en afstemming in de visie en aanpak van de partners enerzijds, en de impact daarvan op de eigen werking of autonomie anderzijds. Diepere samenwerking om bijvoorbeeld bepaalde hiaten of overlappingsen weg te werken, kan betekenen dat een of meer partners hun werkwijze aanpassen of bepaalde taken minder of juist meer op zich nemen.

Het is belangrijk te beseffen dat er geen 'juiste' of 'foute' vormen van samenwerking zijn. Samenwerking is nooit definitief maar voortdurend in ontwikkeling. De opbouw van een samenwerking is sterk afhankelijk van de context waarin deze ontstaat en groeit, en van de betekenis en de energie die de betrokken partners aan hun onderlinge interactie blijven geven.

- Voor sommigen zal het bijvoorbeeld volstaan dat de actoren **elkaar informeren** zodat ze op de hoogte zijn van elkaars werking, aanbod, methodieken, activiteiten, enz. zodat ze daar eventueel op eigen initiatief rekening mee kunnen houden. De partners houden dus zelf de meeste touwtjes (stevig) in handen maar leren elkaar wel beter kennen. Deze milde vorm van samenwerken kan eventueel later ook als opstap dienen voor de ontwikkeling van andere en meer diepgaande vormen van samenwerking.
- Anderen mikken dan weer eerder op de **uitbouw van een keten** waarin twee of meerdere spelers op het werkveld doorverwijzen naar elkaars aanbod en burgers of hulpvragers ook heel gericht ondersteunen om de stap van de ene naar de andere organisatie te zetten (in die zin wordt vaak verwezen naar de zogenaamde 'warme transitie').
- Daarnaast kan een samenwerking draaien om de zoektocht naar afstemming waarbij partners ook heel bewust een aantal **formele afspraken** maken met elkaar over wie welke **taken** zal opnemen of bepaalde **activiteiten** kan organiseren. Interessant om mee te nemen, is dat ze dan steeds meer 'op elkaars terrein' komen. En dat impliceert dat ze ook bereid zijn om op een open en constructieve wijze te blijven reflecteren over het eigen aanbod of visie en deze, waar nodig en wenselijk, dus ook bij te sturen om aansluiting te vinden bij andere spelers in het bredere werkveld.
- Ten slotte is er ook de mogelijkheid voor twee of meerdere partners om een deel van de eigen **middelen** (financieel, personeel, infrastructuur, enz.) te **investeren en te delen**. Zo'n keuze heeft uiteraard een nog grotere impact op hun bewegingsvrijheid als autonome organisatie. Het grote voordeel schuilt dan weer in het feit dat ze allen een extra hefboom ter beschikking krijgen om meer, of andere en meer innovatieve vormen van dienst- of hulpverlening te ontwikkelen die ze elk apart nooit met dezelfde diepgang zouden kunnen realiseren. Het betekent dat ze erin geloven dat ze een deel van hun eigen ambities nog beter kunnen realiseren door de krachten te bundelen. En daarvoor geven ze dus (een stukje) autonomie op maar benutten ze ook de middelen, expertise, ... die andere partners te bieden hebben.

Geen enkele vorm van samenwerking komt zomaar uit de lucht vallen. Samenwerken is samen ... werken, wroeten, zoeken, soms iets uitproberen of tijdelijk falen om daarna weer bij te sturen. Samenwerken vergt altijd een dosis moed en openheid van de betrokken actoren maar vraagt ook om **het creëren van de juiste randvoorwaarden**. En die hefbomen situeren zich **op verschillende analyseniveaus** ³⁷²:

- Het *niveau van de groep of het netwerk van partners als een geheel* (bepalen van de gezamenlijke ambities, afbakenen van de grootte en de samenstelling van het netwerk, installeren van een communicatie-infrastructuur, nadenken over coördinatie en verdeling van taken of rollen, bouwen aan vertrouwen tussen partners, enz.)
- Het *niveau van de individuele organisaties* die elk apart een deel van de investering dragen of hulpmiddelen aanreiken om de samenwerking vorm te geven (openheid om na te denken over het verknopen van de eigen werking en ambities met diegene van het netwerk, de middelen die ze bereid zijn om zelf te investeren om het netwerk te laten draaien, het benoemen van de eigen voordelen of

de 'winst' om deel uit te maken van een samenwerkingsverband, het nadenken over mandaten voor de medewerkers die als vertegenwoordiger van de organisatie in het netwerk zullen optreden, enz.)

- Het *niveau van de doelgroep(en)* die via de samenwerking worden bereikt of bediend (wegwerken van drempels aan zowel de vraag- als aanbodzijde, verhogen van de kwaliteit en toegankelijkheid van het bestaande en/of vernieuwde aanbod, de mate waarin en de wijze waarop er werk wordt gemaakt van participatie om de noden en het perspectief van de doelgroepen aan de oppervlakte te krijgen, enz.)
- Het *niveau van het bredere werkveld* waarbinnen de samenwerking wordt ingebed (hoe verhoudt de samenwerking of het netwerk dat wordt gecreëerd zich tot de sociale kaart in een regio, hoe kan er aansluiting worden gezocht bij de reeds bestaande fora en samenwerkingsverbanden waarop de partners vaak ook al actief zijn, enz.)
- Het *niveau van de bestuurlijk-institutionele context* waarbinnen de samenwerking ontstaat of zich kan ontwikkelen (wat zijn de eventuele verwachtingen en/ of verplichtingen vanuit de overheden en regelgevende instanties t.a.v. van zowel de individuele partners als t.a.v. het netwerk als een geheel, mate van en wijze waarop een samenwerkingsverband door de overheid kan worden gefinancierd, enz.)

7.3 RESULTAAT

Per levensfase en interventie werden tijdens de oefening verschillende sleutelfiguren vernoemd als belangrijk in het kader van de bevordering van de GGB. Over de levensfasen heen zijn er uiteenlopende spelers, die elk hun eigen inbreng en kennis aanbieden. Zo zullen ze soms eerder gericht zijn naar de hele bevolking of naar bepaalde doelgroepen met een verhoogd risico. Sommige sleutelfiguren komen in verschillende fases terug.

7.3.1 Randvoorwaarden op micro-, meso- en macro-niveau

Vervolgens werd in kaart gebracht welke **drempels, obstakels of randvoorwaarden** binnen de interne werking van de stakeholders en de organisaties. Wat maakt de implementatie van bestaande of nieuwe projecten wel of niet haalbaar? Welke randvoorwaarden zijn nodig om projecten te realiseren, om impact te realiseren? Er werden **op drie niveaus randvoorwaarden** geformuleerd: micro-, meso- en macro-niveau.

Op het **microniveau** situeren zich de randvoorwaarden op het niveau van de sleutelfiguren. Wat hebben mensen nodig binnen hun taak/rol als sleutelfiguur wanneer het inzetten op gezondheidsbevordering niet vanzelfsprekend is? Hier zijn vooral elementen te vinden die te maken hebben met kennis en ondersteuning.

Randvoorwaarden op microniveau:

- Kennis, vorming met betrekking tot GGB;
- Ondersteuning bij het uitvoeren van de rol inzake GGB;
- Persoonlijk visie en attitude ten aanzien van GGB;
- Persoonlijk welbevinden van de sleutelfiguren;
- Omgaan met obstakels/weerstand/schroom bij de doelgroep.

Het **mesoniveau** wijst naar de randvoorwaarden op het niveau van de organisaties en beroepsgroepen. Welke invloed heeft de organisatiestructuur of de interne visie op het uitvoeren van preventieacties? Hier zien we vooral een roep naar duidelijkheid én samenwerking.

Randvoorwaarden op mesoniveau:

- Duidelijkheid over verwachtingen/rol/prioriteiten voor sleutelfiguren;

////////////////////

- Duidelijkheid/bekendheid aanbod bij de doelgroepen;
- Visie en attitude bij de organisatie;
- Samenwerking.

Veel aangehaalde randvoorwaarden situeren zich op het **macroniveau**, het niveau van het beleid, de overheid, kaders en regelgeving, met als veelvuldig terugkomend aandachtspunt 'tijd en middelen'.

Randvoorwaarden op macroniveau:

- Duidelijke visie;
- Regelgeving;
- Middelen;
- Wetenschappelijk onderzoek.

7.3.2 Randvoorwaarden voor samenwerking

Vervolgens werden de randvoorwaarden voor samenwerking in kaart gebracht bij de ketenanalyse. Er werd geopteerd om de resultaten uit de oefening rond de ketenanalyse voor te stellen aan de hand van de **vijf analyseniveaus** waarop kan worden nagedacht over het creëren van de juiste randvoorwaarden voor samenwerking. Zoals eerder aangehaald, gaat het concreet over het niveau van het netwerk als geheel (de specifieke groep van partners die rond een afgebakend thema/ uitdaging/ doelgroep/ ... de krachten bundelen), het niveau van de individuele organisaties als partner in zo'n netwerk, het niveau van de doelgroep die wordt bereikt of bediend, het niveau van het bredere werkveld en het niveau van de bestuurlijk-institutionele context.

Dit betekent dat er in de beschikbare data zoals die via de sjablonen door de facilitatoren van de verschillende groepjes werden aangeleverd, werd **gezocht naar terugkerende thema's op elk van deze niveaus**. Deze thema's worden dus voorgesteld op een manier die de specifieke focus op een interventie of levensfase overstijgt. Waar mogelijk en wenselijk wordt in de voorstelling van de resultaten verwezen naar de specifieke interventies en levensfasen waarbinnen een specifiek thema door de deelnemers aan bod is gekomen tijdens de oefening. Op die manier krijgen de theoretisch geïnspireerde bouwstenen meteen ook een concrete vertaling.

In Tabel 19 wordt een overzicht meegegeven van de belangrijkste randvoorwaarden per analyseniveau. In onderstaande paragrafen worden de belangrijkste inzichten uit de analyse alvast heel kort toegelicht.

Tabel 19. Randvoorwaarden per analyseniveau

Niveau	Randvoorwaarde
Niveau van het netwerk	Visie-ontwikkeling
	Kennisopbouw
	Centrale spil/ coördinator
Niveau van de individuele organisaties	Openheid
	Visie-ontwikkeling
	Financiële kader
Niveau van de doelgroep	Kennisopbouw
	Visie-ontwikkeling
Niveau van het werkveld	Kennisopbouw
	Openheid

en vaardigheden van de stakeholder in kwestie rond samenwerking. Dit is relevante kennis die niet alleen in de context van geestelijke gezondheidsbevordering relevant was, maar waarvan deelnemers aangaven dat deze op termijn ook kan worden aangewend in andere samenwerkingsvraagstukken waarin ze actief zijn.

Een laatste algemene reflectie houdt verband met het feit dat heel wat stakeholders tijdens de (in)formele contactmomenten aanhaalden dat er doorheen het gehele traject heel wat zaadjes zijn geplant. Het betekent dat er mede dankzij de stakeholderbijeenkomsten en de vraag om gezamenlijk toe te werken naar concrete actiefiches heel wat nieuwe contacten werden gelegd of dat bestaande contacten werden verdiept. Op die manier worden de lijntjes iets korter waardoor stakeholders elkaar ook buiten de context van dit specifieke traject kunnen vinden wanneer dat nodig is. Stakeholders gaven ook aan dat ze zich door de contacten beter geïnformeerd weten over het reilen en zeilen van stakeholders die binnen andere sectoren of domeinen actief zijn. Deze kennis over elkaars werking en acties vormt een belangrijke voedingsbodem voor toekomstige, en soms ook meer ambitieuze, stappen in hun onderlinge samenwerking. Dit is erg relevant omdat de zoektocht naar vormen van afstemming en integratie in hoofdzaak draait op vrijwilligheid en de motivatie en openheid bij elk van de stakeholders. De betrokken partijen moeten met andere woorden overtuigd zijn (en blijven) van de meerwaarde van de samenwerking, zowel voor het ondersteunen van hun eigen ambities of werking als voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid van alle Vlamingen. Het zal er in die zin dus zeker ook op aan komen om na afloop van het traject een manier te vinden om de uitwisseling en ontmoeting te organiseren en om incentives te blijven geven voor het versterken van de onderlinge banden via gemeenschappelijke acties.

7.3.3.1. Gedetailleerde bespreking per analyseniveau

Het niveau van het netwerk

Op het niveau van het netwerk werden er in hoofdzaak drie relevante thema's gedistilleerd: het belang van een gezamenlijk proces rond visie-ontwikkeling bij het opstarten of uitbouwen van een samenwerking, het belang van de kennisbasis van waaruit de diverse partners hun samenwerking vorm kunnen geven en ten slotte ook de opportuniteiten verbonden aan het aanduiden van een spilfiguur om een interventie of een vorm van samenwerking verder uit te bouwen.

Zo kwam het **belang van visie-ontwikkeling** zowel bij de groep rond kinderen en jongeren als bij de groep rond volwassenen tot uiting in de bespreking van de interventies in de natuur. Deelnemers wijzen in die zin op de noodzaak om werk te maken van een gemeenschappelijke visie ten aanzien van een aantal cruciale thema's zoals de vraag hoe men zal omgaan met zogenaamde 'hangjongeren' die ook gebruik (willen) maken van de publieke ruimte en hoe men als netwerk gezamenlijk kijkt naar veiligheid in, en het onderhoud van, diezelfde ruimte. Ook bij de interventie rond de sociale omgevings-interventies i.f.v. betrokkenheid & sociale cohesie (volwassenen) werd er aangehaald dat er sprake moet zijn van een aantal ambities die gedragen worden door alle stakeholders, zoals bijvoorbeeld in projecten gericht op de ontwikkeling van een buurt.

Een tweede thema dat veelvuldig in de resultaten terugkeert, is gelinkt aan het belang van het **opbouwen van voldoende kennis**. De partners die de krachten rond een specifieke interventie willen bundelen, moeten dus van elkaar kunnen (of leren) inschatten wat ze doen, hoe ze dat aanpakken, wat hun doelgroepen zijn, enz. In de besproken interventies in alle levensfasen wordt hierbij erkend dat er vaak al heel veel expertise aanwezig is maar dat de partners daar dan wel op de hoogte van moeten zijn.

In die zin werd heel vaak verwezen naar het belang van transparante communicatie tussen partners in een lopend of nog op te starten netwerk. Het gaat over het gericht informeren en in sommige gevallen ook sensibiliseren van partners rond een specifiek thema of rond uitdagingen die voor hen soms minder evident zijn. Bijvoorbeeld op het vlak van interventies in de natuur (volwassenen) gaat het over de educatie rond het belang van natuur voor een goede gezondheid en over het aanhalen van de verbinding tussen welzijn- -omgeving-mens. In de interventie rond het opnemen van geestelijke gezondheid en welbevinden in de

opleiding van zorgberoepen (ouderen) komt het dan weer tot uiting in de bijdrage van opleidingsinstituten in het zo breed en zo genuanceerd mogelijk informeren over het belang van geestelijke gezondheid.

Daarnaast wordt aangestipt dat er werk kan worden gemaakt van het creëren van meer opportuniteiten om elkaar te ontmoeten. Bijvoorbeeld in het groepje van de eerste 1000 dagen werd er rond een aantal interventies (zie bijvoorbeeld psychosociale interventies en interventies gericht op ouderschapsondersteuning) meegegeven dat dit kan georganiseerd worden via het delen van fysieke werkruimtes maar ook via het organiseren van een reeks van (in)formele ontmoetingsmomenten.

Het belang van kennisopbouw wordt ten slotte ook gestaafd door de verwijzing naar de mogelijkheid om een aantal 'good practices' of treffende illustraties te documenteren. Dit wordt beschouwd als een waardevolle oefening waarbij partners met elkaar in gesprek gaan en elkaar kunnen inspireren om even over de muurtjes te kijken en te leren hoe uitdagingen in andere organisaties, sectoren of domeinen worden aangepakt. Bovendien kan het brede overzicht van alle goede praktijken ook dienstdoen als inhoudelijke basis voor het verder ontwikkelen of uitrollen van gemeenschappelijke interventies.

Het derde thema houdt verband met de opportuniteiten rond het **aanwijzen van een centrale spil of coördinator** om de samenwerking op te starten of verder uit te bouwen. Dit thema kwam aan bod in diverse interventies die werden aangehaald in de groepjes rond de eerste 1000 dagen, rond kinderen en jongeren en rond volwassenen. In algemene termen zou deze spilfiguur een belangrijke rol kunnen vervullen in het zoeken naar afstemming en het vermijden van hiaten of overlap in het onderlinge aanbod (zie bijvoorbeeld antipest-programma's bij kinderen en jongeren) of om inspraak en participatie mogelijk te maken (zie bijvoorbeeld ontwikkeling van geïntegreerd integriteits- en welzijnsbeleid bij kinderen en jongeren). Bij de interventies in de natuur (volwassenen) werd in die zin ook specifiek verwezen naar de potentieel belangrijke rol die de lokale besturen zouden kunnen vervullen als relais in een breder netwerk. Een centrale spil zou ten slotte ook een bijdrage kunnen leveren aan het opzetten van kleine concrete acties om de samenwerking te initiëren (interventies in de natuur bij volwassenen) of om toe te werken naar een meer transparante afbakening van taken en rollen (ouderschapsondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen en bij kinderen en jongeren).

Het niveau van de individuele organisaties

Op het niveau van de individuele organisaties borrelen drie relevante thema's op: het belang van openheid als organisatie om out-of-the-box te denken, het belang van visie-ontwikkeling en het afbakenen/ benoemen wat men als partner in zo'n netwerk met anderen wil realiseren en ook bereid is om zelf investeren en tot slot het belang van de aandacht voor het financiële kader waarbinnen elke organisatie functioneert.

Een eerste thema dat uit de ketenanalyse-oefening naar voren kwam op het niveau van de individuele organisatie, is het belang van **openheid** bij elke partner die betrokken wil zijn bij de opstart of uitbouw van een samenwerking rond een interventie. Dit werd in alle levensfasen aangehaald. Het gaat om het ontwikkelen en behouden van een open leercultuur, waarbij er ruimte is om onderlinge verschillen te erkennen (bijvoorbeeld bij ouderschapsondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen), bestaande vooroordelen kritisch te evalueren (zoals bij de inclusie van ouderen in vrijetijdsorganisaties en scholen als mentor voor ouderen), en de bereidheid om overlap weg te werken en te zoeken naar een herschikking van bestaande middelen voor een betere dienstverlening (bij ouderschapsondersteuning voor kinderen en jongeren). Het belang van **visie-ontwikkeling** in hoofde van elke partner in het netwerk werd telkens als een tweede belangrijke thema benoemd. Dit thema hangt samen met het belang van openheid om te reflecteren (zie hierboven) maar gaat wel nog een stapje verder. Het betekent immers dat de deelnemers aan de oefening rond de ketenanalyse ook aanhalen dat elke organisatie/partner die zich in een samenwerking rond één of meerdere interventies wil engageren ook een stukje van het eigen huiswerk moet maken. Het gaat

over het bepalen en het helder kunnen benoemen van de eigen visie op een aantal belangrijke thema's of hete hangijzers die in het netwerk op gezamenlijke wijze moeten worden aangepakt.

Elke organisatie functioneert nu eenmaal autonoom en heeft een eigen historiek en opvatting over wat 'goed' of 'aangewezen' is om te werken aan geestelijke gezondheidsbevordering. Om tot een echte kruisbestuiving in visie te komen, is het dus cruciaal dat elke partner heel transparant kan benoemen wat de eigen visie is of tot waar de ambities reiken.

Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in de interventie rond de ontwikkeling van geïntegreerd integriteits- en welzijnsbeleid voor kinderen en jongeren. Zoals door de deelnemers werd aangehaald, moet zo'n beleid heel actief inzetten op verschillende interventies over het volledige spectrum van bevordering, preventie en behandeling heen. Om de overgang tussen preventie en behandeling niet te laten vastlopen, moet er dus door elke individuele partner worden nagedacht hoe men naar deze uitdaging kijkt en hoe men die eigen visie vervolgens ook afstemt op deze van andere partners in de keten.

Het aspect van visie-ontwikkeling op het niveau van de organisaties komt daarnaast aan bod via het pleidooi om ook binnen de eigen organisatie te blijven werken aan de urgentie rond, of het draagvlak voor, een specifieke interventie. Dit werd bijvoorbeeld aangehaald bij interventies in de natuur (volwassenen) en bij de ontwikkeling van een geïntegreerd integriteits- en welzijnsbeleid (kinderen en jongeren).

Dit komt doordat de gezamenlijke aanpak van een interventie soms minder vanzelfsprekend is of niet volledig aansluit bij de gebruikelijke werkwijze binnen een organisatie. Intern moet er daarom actief ruimte worden gecreëerd voor inhoudelijke discussies over de keuzes die in het kader van een samenwerking worden gemaakt. Deze gezamenlijke keuzes kunnen namelijk aanzienlijke impact hebben op de eigen werking van de organisaties die zich hebben geëngageerd om samen te werken. Het succes van de samenwerking hangt dan ook af van de bereidheid van elke organisatie om deze veranderingen van betekenis te blijven voorzien.

Een derde en laatste thema dat op dit analyseniveau naar voor kwam, is gerelateerd aan **het financiële kader** waarbinnen organisaties hun ambities proberen na te streven. Zowel bij interventies rond mediawijsheid als bij het leren omgaan met een veranderend lichaam (kinderen en jongeren) werd aangehaald dat er vaak ook een groot gebrek is aan tijd en middelen, bijvoorbeeld binnen het onderwijs en de scholen in het bijzonder. Het kan partners dan misschien niet ontbreken aan de nodige openheid of visie-ontwikkeling maar simpelweg aan voldoende middelen. Bij de uitrol van elke interventie moet dus telkens ook een zakelijk luik worden gekoppeld waarbij heel gericht kan worden afgebakend hoe de noodzakelijke middelen ter beschikking worden gesteld. In de groep rond volwassenen werd er zowel bij interventies in de natuur als bij psycho-educatie in functie van het versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden meegegeven dat organisaties wellicht enkel in actie komen wanneer er werk wordt gemaakt van een economisch rendabel model omdat de financiële realiteit elke organisatie altijd noopt tot het maken van een aantal keuzes.

Het niveau van de doelgroep

Op het niveau van de doelgroep kwamen volgende thema's aan bod: het belang van de opbouw van voldoende kennis over de doelgroep en daarnaast ook het belang van visie-ontwikkeling op de specifieke noden van doelgroep(en).

Bij de bespreking van verschillende interventies werd door de deelnemers expliciet verwezen naar het feit dat het belangrijk is om het perspectief van de doelgroep voldoende in het achterhoofd te houden bij het uitwerken van concrete acties. Het gaat over de bereidheid en het vermogen om de nodige **kennis op te bouwen over de leefwereld** van de doelgroepen die men via een actie of interventie wil betrekken, bedienen of uiteindelijk ook bereiken.

Dit komt in de eerste plaats tot uiting in de zoektocht naar een participatieve werkwijze of een instrument om de noden, bekommernissen of vragen van de doelgroep zo vroeg mogelijk tijdens het proces te capteren.

Op die manier kan er voldoende rekening worden gehouden met de input van bijvoorbeeld kinderen en jongeren, jonge ouders, ouderen, enz.

Een tweede dimensie die zeker in de groepjes rond ouderen werd benoemd, houdt verband met het belang van **visie-ontwikkeling** op de specifieke noden van de doelgroep die via een interventie wordt bereikt of bediend. Zo werd er bij de interventie rond het bevorderen van kennis over geestelijke gezondheid en welbevinden in de opleiding van zorgberoepen (ouderen) heel gericht verwezen naar de noodzaak om te vertrekken vanuit een gezamenlijke visie op participatie van de doelgroep van ouderen. Het komt er hierbij op aan om ouderen als doelgroep continu en op structurele wijze te blijven betrekken bij het uitdenken en ontwikkelen van diverse opleidingen voor zorgberoepen. Participatie kan dus niet gereduceerd worden tot een louter instrumentele aanpak of een eenmalige inspanning maar vraagt om volgehouden aandacht. Het is dan ook een troef wanneer de betrokken professionals kunnen terugvallen op een gefundeerde visie op participatie die ze samen hebben ontwikkeld en waarvoor ze zich samen willen engageren. In gelijkaardige zin werd bij de interventie rond de inrichting van de openbare ruimte (ouderen) ook verwezen naar de noodzaak om samen een gedragen visie te ontwikkelen op intergenerationeel werken. Juist omdat het zo'n breed begrip is, stippen de betrokkenen het belang aan om daar als netwerk van partners grondig met elkaar in gesprek te blijven gaan. Alle toekomstige acties of interventies kunnen vervolgens worden afgetoetst op hun bijdrage aan het realiseren van die visie.

Op het niveau van het werkveld is het bij de opstart of verdere uitbouw van een samenwerking relevant om te bekijken hoe de (beoogde) samenwerking zich verhoudt tot de reeds bestaande dynamieken in het bredere werkveld. Het hoeft immers niet de bedoeling te zijn om telkens opnieuw het ‘warm water uit te vinden’, maar het kan er in sommige gevallen op aan komen om vooral in te spelen op of aan te haken bij de initiatieven of samenwerkingsverbanden die er al zijn. Op dit niveau kwamen twee thema’s naar voor: het belang van kennisopbouw en het belang van openheid.

Zo wordt er bij de bespreking over psychosociale interventies (eerste 1000 dagen) verwezen naar de werking van de Eerstelijnszones en de potentieel verbindende rol van de Zorgraad. Dat is immers een forum waarop vandaag reeds diverse sleutelfiguren uit de lokale besturen, de zorgsector en het brede welzijnsveld op

structurele wijze met elkaar in gesprek gaan om te zoeken naar afstemming, zowel op beleidsniveau als op het meer operationele niveau van concrete initiatieven of interventies.

Tegelijkertijd wordt er tijdens de oefening rond ketenanalyse op gewezen dat het wellicht niet altijd volstaat om die kennis over het werkveld op te bouwen. Het gaat evengoed over de bereidheid en het vermogen om met een open en frisse blik naar het werkveld te blijven kijken. Dit hangt samen met het belang van **openheid** als attitude. Zo is er de verwijzing bij de interventie rond ouderschapsondersteuning (eerste 1000 dagen) naar het feit dat vaak de zogenaamde 'usual suspects' zijn uit zorg en welzijn die centraal komen te staan. En dat betekent dat er een heel groot aantal potentiële partners uit beeld verdwijnt. Nochtans zouden organisaties en professionals uit bijvoorbeeld de cultuursector of de sector van sport en vrije tijd een aanvullende rol kunnen spelen en bovendien ook een ander perspectief kunnen binnenbrengen.

Het niveau van de bestuurlijk-institutionele context

De twee thema's die op het niveau van de bestuurlijk-institutionele context aan bod kwamen, zijn opnieuw gelinkt aan het belang van visie-ontwikkeling en aan het belang van de aandacht voor het financiële kader waarbinnen organisaties moeten functioneren.

Op dit niveau wordt dus in de eerste plaats gewezen op het niet te onderschatten belang van **visie-ontwikkeling**. De diverse overheden en administraties bakenen immers heel sterk de financiële en juridische contouren af waarbinnen interventies en bijhorende samenwerkingsverbanden zich kunnen ontwikkelen. In sommige groepjes leidt dit tot de bedenking dat de overheid bij voorkeur een vrij strikt en transparant kader creëert voor de actoren op het terrein. Door zelf een visie te ontwikkelen en daar de nodige incentives voor te voorzien, nodigen de regelgevende instanties de partners op het terrein dan als het ware uit om in actie te komen. Zo wordt bij de interventie rond ouderschapsondersteuning (kinderen en jongeren) aangehaald dat er een strikter kader zou moeten komen met betrekking tot de Huizen van het Kind. Een top-down aansturing zou in die zin mee kunnen zorgen voor meer uniformiteit in het aanbod van alle Huizen van het Kind. En dat zou de uitrol van een samenwerking tussen diverse partners ook mee kunnen faciliteren. Eenzelfde verwijzing naar de ondersteunende rol van bijvoorbeeld de lokale besturen kwam aan bod bij de bespreking van interventies in de natuur (volwassenen). Opnieuw werd hierbij het belang van visie-ontwikkeling benadrukt. Meer sturing of het opleggen van regelgeving of ambities draagt nergens toe bij wanneer de (lokale) overheid geen stevige en onderbouwd visie heeft over de aanpak van de uitdaging op de langere termijn.

Een bijkomende factor die op dit niveau werd aangehaald, is gelinkt aan het **financiële kader**. Voor de ontwikkeling en/of implementatie kunnen de betrokken organisaties uiteraard zelf de nodige keuzes maken over hoe ze de beschikbare middelen inzetten maar zijn er in een aantal gevallen toch nog bijkomende middelen nodig. Tijdens de oefening werd in diverse groepjes verwezen naar het feit dat de overheid de samenwerking rond een interventie niet enkel financieel kan stimuleren bij de opstart maar dat er ook aandacht moet zijn voor de continuïteit van de beschikbare middelen. Anders dreigt een situatie te ontstaan waarin er op het werkveld heel veel steekvlammetjes zijn die echter (te) snel dreigen uit te doven. Ten slotte wordt bij de bespreking van de psychosociale interventies (eerste 1.000 dagen) aangehaald dat ook de wijze van financiering niet onbelangrijk is. Er wordt vandaag nog iets te vaak gewerkt via een vorm van prestatiefinanciering maar dit zet al snel een rem op de uitbouw van een samenwerking tussen diverse partners die, begrijpelijkerwijs, toch vooral de reflex hebben om eerst de eigen financiering veilig te stellen. Maar dat fnuikt dus ook deels hun bereidheid en vermogen om over de muurtjes te blijven en de hand uit te reiken naar andere partners.

7.3.4 Verbinden van theorie en praktijk

In dit hoofdstuk hebben we ingezoomd op de kracht van samenwerking als mogelijke hefboom om interventies te ontwikkelen en te implementeren in functie van geestelijke gezondheidsbevordering in

Vlaanderen. Naast de meer theoretische insteek rond samenwerking vanuit de wetenschappelijke literatuur hebben we ook aandacht besteed aan de heel concrete voorbeelden en interventies die opborrelden uit de oefening rond ketenanalyse tijdens de tweede bijeenkomst met de stakeholders. Het theoretische luik fungeert in die zin als een richtinggevend kader waarbij de praktijkvoorbeelden nog beter gekaderd en begrepen kunnen worden aan de hand van de bouwstenen en kapstokken die werden aangereikt.

Om de theorie en praktijk verder met elkaar te verbinden, stellen we in het laatste deel van deze nota nog een aantal afsluitende reflecties voor aan de hand van drie overkoepelende vragen. Elk van deze vragen kan ons helpen om een specifiek licht te werpen op de uitdaging om de juiste randvoorwaarden te creëren voor het versterken van diverse vormen van samenwerking in het brede domein van de geestelijke gezondheidsbevordering.

Een eerste insteek die we hanteren, is gerelateerd aan de vraag **hoe ver organisaties of partners zelf willen gaan om een onderlinge samenwerking op te starten of vorm te geven**. We verwijzen in die zin naar het belang van zowel visie-ontwikkeling als naar het belang van de attitude en de openheid waarmee de partners uit het brede werkveld kijken naar samenwerking en de zoektocht naar onderlinge afstemming of kruisbestuiving. Die verwijzing naar visie-ontwikkeling en attitude werd zowel op het niveau van net netwerk als op het niveau van de individuele organisaties aangehaald. Het betekent dat partners met een open blik het gesprek met elkaar moeten blijven aangaan over de doelstellingen en aanpak van een mogelijke samenwerking. Wat is met andere woorden de gemeenschappelijke drijfveer die door meerdere partners wordt gevoeld? Waar zit volgens hen de urgentie om meer (of beter) te gaan samenwerken? En waar maken ze dan samen een verschil ter bevordering van de geestelijke gezondheid van diverse doelgroepen op een manier die geen van hen ooit op individuele basis (even doeltreffend) zou kunnen bereiken?

Zo'n zoektocht kent uiteraard geen lineair verloop en het betekent niet dat er altijd en overal meteen een mooie consensus uit de bus hoeft te komen. Het vraagt vooral om een open blik en een volgehouden inspanning in hoofden van alle betrokken actoren. Ze moeten met andere woorden samen aan de slag gaan en tegelijk ook de verbinding zoeken tussen de zich ontwikkelende gemeenschappelijke ambities en de doelstellingen, de logica's, de methodieken, enz. die voor de eigen organisatie centraal staan. Dit is en blijft een behoorlijk uitdagende opdracht waarop veel samenwerkingsverbanden maar ook de individuele organisaties die zich in zo'n netwerk engageren soms (tijdelijk) vastlopen. Wat goed of wenselijk is vanuit het perspectief van het netwerk of de groep van partners is dat niet noodzakelijk ook vanuit het perspectief van de eigen organisatie, en omgekeerd ³⁶⁷.

Een belangrijke hefboom om stap voor stap te leren omgaan met, en betekenis te geven aan, het mogelijke spanningsveld tussen het gemeenschappelijke belang van het netwerk en het belang van de individuele partnerorganisaties wordt vaak gesitueerd in het opzetten van kleinschalige experimenten ³⁷³. Het betekent dat de partners met een open blik met elkaar in gesprek gaan over de gelijkenissen en verschillen in hun visie, aanpak, methodieken, enz. Het komt er dan vooral op aan om één of meerdere kleinere acties of interventies op te zetten. Ze geven de partners vooral de kans om samen iets te doen of te realiseren en om nog beter te leren inschatten waarom bepaalde perspectieven worden ingenomen. Zo'n experimenten hebben vaak een tijdelijk karakter en de scope of ambitie wordt in onderling overleg duidelijk afgebakend. Partners kunnen het vooral zien als een actief leermoment. Op basis van de inzichten die worden opgedaan, kan de actie of de interventie vervolgens worden stopgezet of juist uitgebreid of bijgesteld.

De tweede insteek hangt in hoofdzaak samen met de vraag **hoe ver organisaties kunnen gaan om** hun onderlinge **samenwerking vorm te geven**. De uitbouw van een vorm van samenwerking vaagt immers niet alleen om een openheid en de ontwikkeling van een visie op de uitdaging die voorligt, maar dus evengoed om het ontwikkelen van de nodige capaciteit. In die zin haalden deelnemers aan de oefening rond ketenanalyse heel vaak aan dat er nood is aan het ontwikkelen van een stevige kennisbasis. Dit komt tot uiting op verschillende analyseniveaus. Het komt er bijvoorbeeld op aan dat de partners in het netwerk elkaar

kunnen ontmoeten of de mogelijkheid krijgen om met elkaar in gesprek te gaan maar dus ook dat er voldoende kennis wordt verzameld over de noden, bekommernissen of de leefwereld van de doelgroepen die men samen wil bereiken of bedienen en ook over de reeds bestaande dynamieken of fora en samenwerkingsverbanden in het bredere werkveld. Kennis leidt tot vaak tot meer inzicht en biedt een vruchtbare voedingsbodem om vervolgens ook te bekijken of en hoe de partners verder kunnen samenwerken rond een specifieke interventie ³⁷².

De derde insteek houdt ten slotte verband met de vraag **hoe ver organisaties mogen gaan om hun onderlinge samenwerking vorm te geven**. De partners kunnen dan weliswaar een open blik hanteren, een aanzet geven tot het ontwikkelen van een (gemeenschappelijke) visie op een specifieke uitdaging en ook investeren in de opbouw van kennis en capaciteit om te kunnen samenwerken, maar dat betekent nog steeds niet dat ze automatisch zullen komen tot een vruchtbare samenwerking. Want geen enkele organisatie of samenwerkingsverband functioneert in een juridisch of financieel vacuüm ³⁷⁴. Het zijn nu eenmaal de diverse overheden en administraties die via een set van regels, verwachtingen en de daaraan gekoppelde financiering de contouren afbakenen waarbinnen ze die zoektocht naar samenwerking echt kunnen aanvatten. Het is wellicht de meest abstracte en meest ongrijpbare factor die een impact heeft op de bewegingsruimte voor de actoren op het werkveld. Het komt er in die zin vooral op aan om de bestaande hefbomen en belemmeringen binnen de bestuurlijk-institutionele context zo volledig mogelijk in kaart te brengen. Van daaruit kunnen zo gericht mogelijk de nodige signalen worden gegeven en kan het gesprek met vertegenwoordigers van de overheid of andere regelgevende instanties worden aangegaan. Daarnaast kan er in sommige gevallen ook worden gezocht naar alternatieve oplossingen om bestaande belemmeringen (al dan niet tijdelijk) zelf te proberen overstijgen of aan te pakken.

8 PORTFOLIO MANAGEMENT

Om de vooropgestelde doelstellingen inzake geestelijke gezondheidsbevordering te bereiken, zijn acties nodig. Het beleidsplan GGB wil enerzijds bestaande goede acties valoriseren en/of verder versterken; het is immers allerm minst de bedoeling om het warm water opnieuw uit te vinden. Anderzijds zijn nieuwe acties nodig daar waar er op vandaag nog hiaten zijn, namelijk voor de geformuleerde doelstellingen waarvoor er op vandaag geen of onvoldoende sterke acties zijn.

Er werden verschillende stappen doorlopen:

- 1) Opmaken van een eerste **inventaris** van bestaande acties, via de bij het traject betrokken stakeholders;
- 2) Nagaan of de geïnventariseerde bestaande acties binnen de **reikwijdte** van het beleidsplan vallen en bepalen van de **sterkte** van deze acties;
- 3) **Plotten** van sterke bestaande acties met een substantieel bereik **op** de geformuleerde **doelstellingen**, om hiaten te bepalen;
- 4) **Identificeren** van bestaande acties die in aanmerking komen voor **opschaling**;
- 5) Lanceren van een **oproep** voor het indienen van **actiefiches** voor nieuwe acties om hiaten af te dekken en voor de opschaling van bestaande sterke acties.

Voor elke stap geven we de gevolgde methode en resultaten weer.

8.1 OPMAKEN VAN EEN EERSTE INVENTARIS VAN BESTAANDE ACTIES

8.1.1 Methode

Een eerste inventarisatie van bestaande acties die binnen het beleidskader passen, gebeurde via een oproep naar de volledige groep van bij het traject betrokken stakeholders, met de vraag om deze oproep ook gericht verder te verspreiden indien zij weet hadden van relevante bestaande acties van andere organisaties.

Naast de doelstelling en de omschrijving van de acties, werd hierbij informatie verzameld over:

- **Fase** waarin de actie zich bevindt en eventuele herzieningen die hebben plaatsgevonden;
- **Financiering** (financierende instantie en eenmalig, periodiek of permanent karakter);
- **Leeftijdsgroep(en)** waartoe de actie zich richt;
- **Strategische doelstellingen** waaraan de actie bijdraagt;
- **Preventiestrategie(ën)** waarvan de actie gebruikmaakt;
- **Setting(s)** waarin de actie plaatsvindt;
- Inzet ten aanzien van **intermediairs** (op verschillende vlakken);
- **Effect:**
 - Wetenschappelijke onderbouwing (cf. effectladder in Figuur 12);
 - Aanwezigheid van een selectieve component (extra inspanningen om ook risico-/kwetsbare groepen te bereiken);
 - Betrokkenheid van de einddoelgroep / intermediair(s) bij de ontwikkeling;
 - Aanwezigheid van een feedbackmechanisme om de actie verder te verbeteren;
 - Inbedding binnen bestaande kaders en structuren;
- **Bereik:**
 - Is de actie geïmplementeerd in heel Vlaanderen?
 - Grootte en bereik van de beoogde doelgroep;

- **Samenwerking** als hefboom (inclusief verschillende samenwerkingsrelaties);
- Eventuele **drempels**, alsook **mogelijkheden en kansen**.

Figuur 12. Effectladder (Van Yperen & Veerman, 2004)



Deze oproep gebeurde in twee rondes:

- Eerste oproep: op vrijdag 29 maart 2024 (met afsluitdatum 16 april);
- Tweede oproep: op maandag 17 juni 2024 (met afsluitdatum 30 juni), met de vraag om een aantal sterkteparameters aan te vullen voor reeds doorgegeven acties en de mogelijkheid om extra acties door te geven.

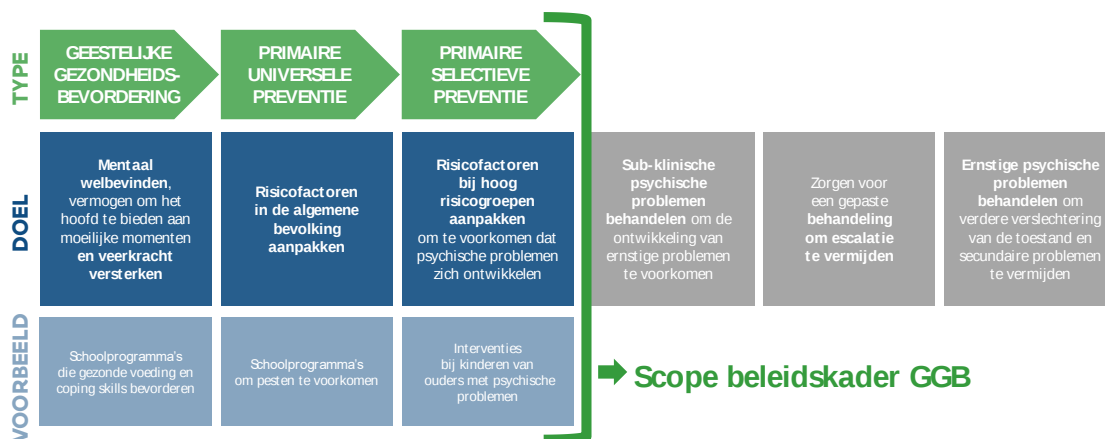
8.1.2 Resultaat

- Er werden **in totaal 131 bestaande acties doorgegeven**, waarvan de **informatie voor 20 acties onvolledig** is (omdat ze via de eerste oproep werden doorgegeven en niet verder werden aangevuld in de tweede oproep). Op basis hiervan konden 114 unieke en volwaardige acties (dit wil zeggen: geen losstaande materialen of deel van een permanente werking van een organisatie) worden geïdentificeerd die binnen de reikwijdte van het beleidskader GGB vallen. De acties werden hierbij echter niet beperkt tot het eigen beleid van het preventief gezondheidsbeleid. Nagaan of bestaande acties binnen de reikwijdte van het beleidsplan vallen en bepalen van de sterkte van deze acties

8.1.3 Methode

Voor de doorgegeven acties werd eerst nagegaan of deze binnen de reikwijdte van het beleidsplan vallen (zie Figuur 13) en of het volwaardige acties betreft (en bijvoorbeeld geen losstaande materialen of een meer permanente werking van een organisatie).

Figuur 13. Reikwijdte beleidskader GGB



Op basis van de verzamelde input/informatie werd de sterkte bepaald voor alle de acties die binnen de reikwijdte van het beleidskader GGB vallen. De bepaling of bestaande acties de gedefinieerde doelstellingen kunnen afdekken, gebeurde op basis van twee aspecten:

- **Effect** werd bepaald als een score van 0 tot 8, als som van de volgende scores:
 - Wetenschappelijke onderbouwing (cf. effectladder in Figuur 12): score van 0 tot 4;
 - Aanwezigheid van een selectieve component (extra inspanningen om ook risico-/kwetsbare groepen te bereiken): score 0 (indien niet aanwezig) of 1 (indien aanwezig);
 - Betrokkenheid van de einddoelgroep / intermediair(s) bij de ontwikkeling: score 0 (indien niet betrokken) of 1 (indien betrokken);
 - Aanwezigheid van een feedbackmechanisme om de actie verder te verbeteren: score 0 (indien niet aanwezig) of 1 (indien aanwezig);
 - Inbedding binnen bestaande kaders en structuren: score 0 (indien niet voorzien) of 1 (indien voorzien);
- **Bereik:**
 - Is de actie geïmplementeerd in heel Vlaanderen?
 - Percentage van de beoogde doelgroep dat wordt bereikt.

De analyse gebeurde als volgt:

- Een **actie** wordt beschouwd als **voldoende sterk** indien deze:
 - Een score van minstens 4 op 8 behaalt voor effect;
 - Een score van minstens 2 op 4 behaalt voor wetenschappelijke onderbouwing;
- Om te kunnen stellen dat er een voldoende **substantieel bereik** is **om de strategische doelstellingen af te dekken** met de bestaande acties, werden volgende twee voorwaarden gesteld:
 - De actie is geïmplementeerd in heel Vlaanderen;
 - De actie bereikt op heden al minstens 15% van de doelgroep.

8.1.4 Resultaat

Op basis van de 131 geïnventariseerde acties werden uiteindelijk **114 unieke en volwaardige acties** geïdentificeerd die binnen de reikwijdte van het beleidskader GGB vallen.

8.2 PLOTTEN VAN STERKE BESTAANDE ACTIES MET EEN SUBSTANTIEEL BEREIK OP DE GEFORMULEERDE DOELSTELLINGEN, OM HIATEN TE BEPALEN

8.2.1 Methode

Vervolgens werden de acties die voldoende sterk zijn en een substantieel bereik hebben, geplot op het raamwerk van doelstellingen. Zo kon worden nagegaan voor welke doelstellingen er momenteel hiaten zijn (indien er **niet minstens twee sterke acties met een substantieel bereik** zijn voor de doelstelling – waarbij de minimale waarde voor de sterkte van de acties hierbij op 5 op 8 werd vastgelegd als extra veiligheidsmarge). Het resultaat is opgenomen in Tabel 20.

Tabel 20. Bepaling hiaten

Strategische doelstellingen	Aantal acties in de mapping (heel Vlaanderen, minstens 15% bereik)			Afgedekt (minstens 2 acties bij score 5 op 8) of hiaat?
	Vanaf score 4 op 8	Vanaf score 5 op 8	Vanaf score 6 op 8	
Populatiebrede doelstellingen				
De bevolking ervaart verbondenheid met elkaar, over generaties heen.	5	5	3	Afgedekt
De bevolking wordt actief betrokken en gehoord in het gezondheids- en welzijnsbeleid.	1	1	1	Hiaat
De bevolking ervaart een verhoogd gevoel van welzijn en mentale gezondheid dankzij aanpassingen in de openbare ruimte.	3	3	1	Afgedekt
De bevolking heeft een actieve en gezonde levensstijl.	5	5	2	Afgedekt
Eerste 1.000 dagen - Geestelijk gezond Starten: een kansrijke basis voor (ongeboren) kind				
Ouders en gezinnen in de perinatale periode ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend en begripvol formeel en informeel netwerk.				
Ouders en gezinnen in de perinatale periode ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend en begripvol informeel en formeel netwerk.	2	2	2	Afgedekt
Aanstaande en nieuwe ouders hebben een goede geestelijke gezondheid en zijn voorbereid op de uitdagingen van het ouderschap.				
Aanstaande en nieuwe ouders hebben inzicht in hoe veranderingen (psychisch, relationeel, organisatorisch...) tijdens de perinatale periode hun psychosociaal welzijn kunnen beïnvloeden.	2	2	2	Afgedekt
Aanstaande en nieuwe ouders beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan.	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Aanstaande en nieuwe ouders hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.	2	2	2	Afgedekt
Aanstaande en nieuwe ouders hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma.	2	2	2	Afgedekt
Aanstaande en nieuwe ouders beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste copingstrategieën, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraken.	2	2	2	Afgedekt

Strategische doelstellingen	Aantal acties in de mapping (heel Vlaanderen, minstens 15% bereik)			Afgedekt (minstens 2 acties bij score 5 op 8) of hiaat?
	Vanaf score 4 op 8	Vanaf score 5 op 8	Vanaf score 6 op 8	
externe druk (o.a. groepsdruk, schooldruk...) en problemen op te lossen. Kinderen en jongeren worden zo weerbaar en leren om te gaan met stress en lastige situaties.				
Kinderen en jongeren ontwikkelen een eigen identiteit. Ze kunnen zichzelf ontplooiën, zijn zich bewust van de eigen psychologische noden en leren hoe ze hier op een gezonde manier mee kunnen omgaan.	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Kinderen en jongeren hebben een positief zelfbeeld en lichaamsbeeld.	7	7	5	Afgedekt
Kinderen en jongeren hebben respect voor anderen en ontwikkelen positieve relaties met leeftijdsgenoten.				
Kinderen en jongeren dragen - binnen de groepen waarvan ze deel uitmaken - bij tot een positieve groepsdynamiek waarbij niet gepest wordt.	7	7	4	Afgedekt
Kinderen en jongeren hebben een positieve houding ten aanzien van diversiteit.	6	6	4	Afgedekt
Kinderen en jongeren krijgen de ruimte om veilige relaties en vriendschappen te ontwikkelen.	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Kinderen en jongeren zijn mediawijs en kunnen omgaan met complexe thema's.				
Kinderen en jongeren zijn mediawijs en kunnen op een gezonde manier omgaan met schermtijd en sociale media. Ze zijn zich bewust van risico's zoals sociale druk en onrealistische idealen, en kunnen voldoende deconnecteren.	4	4	2	Afgedekt
Kinderen en jongeren kunnen omgaan met complexe maatschappelijke kwesties (bv. oorlog en klimaatverandering). Ze leren hun eigen rol hierin te begrijpen en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving.	3	3	3	Afgedekt
Kinderen en jongeren ontwikkelen burgerzin (i.e., open staan voor het politieke, economische, sociale en culturele leven van de maatschappij en bereid zijn om eraan deel te nemen).	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren in een kwetsbare positie, situatie of periode:				
Kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg.	1	1	1	Hiaat
Kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP), en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn.	2	2	2	Afgedekt
Kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met een ernstige ziekte of fysieke zorgnood, en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn.	0	0	0	Hiaat
Kinderen en jongeren in armoede of sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit)	3	3	3	Afgedekt
Kinderen en jongeren uit éénoudergezinnen	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Kinderen en jongeren na een ingrijpende gebeurtenis, waaronder verlieservaringen	1	1	1	Hiaat

////////////////////////////////////

Strategische doelstellingen	Aantal acties in de mapping (heel Vlaanderen, minstens 15% bereik)			Afgedekt (minstens 2 acties bij score 5 op 8) of hiaat?
	Vanaf score 4 op 8	Vanaf score 5 op 8	Vanaf score 6 op 8	
Jongvolwassenen in de jeugdzorg of die jeugdzorg verlaten.	1	0	0	Hiaat
Volwassenen in armoede.	1	0	0	Hiaat
Volwassenen die werkloos (en niet in opleiding) zijn.	1	0	0	Hiaat
Volwassenen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring.	1	0	0	Hiaat
Volwassenen met een langdurige ziekte of aandoening.	2	1	1	Hiaat
Volwassenen met een fysieke of mentale beperking of handicap.	2	1	1	Hiaat
Mantelzorgers en familie van personen met een fysieke of psychische zorgnood.	1	1	0	Hiaat
Volwassenen in de LGBTQI+ gemeenschap.	1	0	0	Hiaat
Volwassenen met een migratie-achtergrond.	1	0	0	Hiaat
Volwassenen met een risicoprofiel met een hoge emotionele belasting, werkdruk of onzekerheid (o.a. zorg- en hulpverleners, landbouwers, leerkrachten...)	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Ouderen (vanaf pensioenleeftijd) - Geestelijke gezond participeren: een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven				
Ouderen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk.				
Ouderen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk.	0	0	0	Hiaat
Ouderen hebben kennis, een positieve attitude en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.				
Ouderen beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan.	Niet nagegaan. Doelstelling werd toegevoegd (of grondig gewijzigd) na het uitvoeren van de hiaat-analyse.			
Ouderen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.	1	1	1	Hiaat
Ouderen hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma.	2	2	1	Afgedekt

////////////////////////////////////

8.2.2 Resultaat

Deze werden geplot op het raamwerk met de opgestelde doelstellingen. Zo kon worden nagegaan voor welke doelstellingen er momenteel hiaten zijn. Indien er **niet minstens twee sterke acties met een substantieel bereik voor een strategische doelstelling** zijn, werd deze doelstelling als een **hiat** aangeduid.

Op basis van de score voor **effect** (berekend op basis van de mate van wetenschappelijke onderbouwing, de aanwezigheid van een selectieve component, de betrokkenheid van de einddoelgroep/intermediair(s) bij de ontwikkeling, de aanwezigheid van een feedbackmechanisme om de actie verder te verbeteren en de inbedding binnen bestaande kaders en structuren) werd voor elke actie bepaald of deze voldoende sterk is. Er werd voor elke sterke actie bepaald of het **bereik** ook voldoende substantieel is om een zekere impact te hebben, door na te gaan of de actie geïmplementeerd is in heel Vlaanderen en minstens 15% van de doelgroep bereikt. De oefening leverde in totaal **19 acties die voldoende sterk zijn en een substantieel bereik hebben**, en dus de **strategische doelstellingen afdekken**.

Hierna volgt een overzicht van de **doelstellingen waarvoor er hiaten werden vastgesteld** op basis van de geïnventariseerde bestaande acties. Algemeen valt op te merken dat er **weinig acties voor ouderen en kwetsbare groepen** zijn.

Hiaten populatiebreed

De bevolking wordt actief betrokken en gehoord in het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Hiaten voor de eerste 1.000 dagen

- Opvoeders/begeleiders voeden het kind zorgzaam op en ontwikkelen een warme responsieve relatie met het kind.
- Jonge kinderen groeien op in een omgeving die een adequate sociaal-emotionele ontwikkeling bevordert.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor gezinnen in armoede of met sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit)
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor gezinnen met een migratieachtergrond (zowel ouders als kinderen)
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor gezinnen met een ouder met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP)
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor gezinnen na een ingrijpende gebeurtenis (inclusief bij een gecompliceerde zwangerschap en/of bevalling), waaronder verlieservaringen (inclusief miskraam)

Hiaten voor kinderen & jongeren

- Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met een ernstige ziekte of fysieke zorgnood, en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren na een ingrijpende gebeurtenis, waaronder verlieservaringen

- Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren in de LGBTQI+ gemeenschap.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren met een migratieachtergrond.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor vroegtijdige schoolverlaters, jongeren die risico lopen op schooluitval en NEET-jongeren (not in education, employment or training)

Hiaten voor (jong)volwassenen

- Volwassenen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend formeel en informeel netwerk.
- Volwassenen kunnen omgaan met complexe maatschappelijke kwesties (bv. oorlog en klimaatverandering). Ze leren hun eigen rol hierin te begrijpen en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor jongvolwassenen in de jeugdzorg of die jeugdzorg verlaten.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen in armoede.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen die werkloos (en niet in opleiding) zijn.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen met een langdurige ziekte of aandoening.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen met een fysieke of mentale beperking of handicap.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor mantelzorgers en familie van personen met een fysieke of psychische zorgnood.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen in de LGBTQI+ gemeenschap.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen met een migratie-achtergrond.

Hiaten voor ouderen

- Ouderen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend formeel en informeel netwerk.
- Ouderen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.
- Ouderen beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste copingstrategieën, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraken.
- Ouderen hebben een betekenisvol leven en voelen zich gewaardeerd en betrokken, met aandacht voor behoud van autonomie.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor ouderen in armoede.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor ouderen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring.
- Er is extra aandacht en ondersteuning voor ouderen met een langdurige ziekte of aandoening.

- ### 8.3 IDENTIFICEREN VAN BESTAANDE ACTIES DIE IN AANMERKING KOMEN VOOR OPSCHALING

Uit de inventarisatie en documentatie van bestaande acties bleek dat er voor bepaalde inhoudelijk sterke acties vooral nood is aan het vergroten van het bereik om meer impact te genereren.

- Een score van minstens 4 op 8 behaalt voor effect;
- Een score van minstens 2 op 4 behaalt voor onderbouwing (cf. effectladder in Figuur 12).

Ook een aantal acties die werden doorgegeven na het uitvoeren van de sterktebepaling, die gebeurde begin juli 2024, werden opgenomen in het overzicht.

Tabel 21. Overzicht van geïnventariseerde acties

Indicatie kolommen	Financiering = Type financiering volgens duurtijd (eenmalig, periodiek, permanent); in geval van eenmalige of periodieke financiering wordt tussen haakjes meegegeven op welk moment de financiering stopt
	S = Opgenomen in de sterktebepaling (geïnventariseerd tot 9 juli 2024)
	H = Opgenomen in de berekening van hiaten (voldoende sterk en bereik > 15%)
	O = Op te schalen actie (voldoende sterk en bereik <= 50%)

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
10-daagse van de Geestelijke Gezondheid	Vlaams Instituut Gezond Leven vzw	In aanloop van "World Mental Health Day" organiseren we lokale acties in teken van geestelijke gezondheid om zo taboes en stigma's te doorbreken en geestelijke gezondheid bespreekbaar te maken. Jaarlijks wordt van 1 tot en met 10 oktober de 10-daagse van de Geestelijke Gezondheid georganiseerd in samenwerking met de Vlaamse Logo's en Te Gek!?. In die periode zetten verschillende lokale organisaties en besturen acties op in teken van geestelijke gezondheid en mentaal welbevinden. Deze acties zijn (vrij) toegankelijk voor het algemene publiek (de einddoelgroep). Alle acties focussen op een vooropgesteld thema en vallen binnen 4 types: beweeg, beleef, verbind en kijk. Dit kan gaan van workshops tot wandelingen of stickeracties. Het is de bedoeling dat er tijdens deze activiteiten rond veerkracht wordt gewerkt en dat geestelijke gezondheid bespreekbaar wordt gemaakt. Dit wordt allemaal onder de noemer "Samen Veerkrachtig" georganiseerd.	Permanent	x		x
Aanbieden groepstrainingen	ILV Noorderkempen	Afstemmen en aanbieden van groepstrainingen voor kinderen en jongeren	Niet doorgegeven	x		
Aanspreekpunt integriteit (API)	Departement Cultuur, Jeugd, Media	Het Jeugddecree van 23 november 2023 definieert het API als de persoon of personen die binnen een of meer verenigingen het aanspreekpunt vormen voor gevallen van grensoverschrijdend gedrag waarbij de individuele fysieke, psychische en seksuele integriteit van personen wordt geschaad.	Permanent	x		
ALLESoverPESTEN.be	Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten	Alles over Pesten biedt hulp aan kinderen/jongeren, leerkrachten, begeleiders, ouders en iedereen die omgaat met kinderen en jongeren. Daarvoor ontwikkelt het het digitaal platform www.allesoverpesten.be . Het organiseert, coördineert mee en ondersteunt bestaande, vernieuwende en nieuwe campagnes. Het kaart de bestaande noden en vragen aan en reikt vormingen en (beleids)advisering aan voor alle betrokkenen, op alle mogelijke niveaus en voor alle sectoren. Tot slot brengt Alles over Pesten onderzoekers en medewerkers uit diverse middenveldorganisaties die	Periodiek (tot: 2024)	x		x

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
		met het thema pesten bezig zijn samen om de knowhow dichter bij elkaar te brengen. Alles over Pesten wordt uitgewerkt door het Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten in opdracht van Benjamin Dalle, Vlaams minister van Brussel, Jeugd, Media en Armoedebestrijding. Meer over de missie, de organisatie en de leden van het netwerk op: www.kieskleurtegenpesten.be/over-kktp .				
Autisme Chat	Liga Autisme Vlaanderen	Autisme Chat biedt ondersteuning bij autismegerelateerde vragen en/of zorgen, opvoedingsgerelateerde vragen, nood aan een luisterend oor, informatieve vragen, oplossingsgerichte ondersteuning, een situatie bespreken en samen nadenken... De doelgroep zijn zowel kinderen, jongeren en volwassenen met (een vermoeden van) autisme, als hun netwerk (ouders, broers, zussen, partners...).	Periodiek (tot: 31/12/2024)	x		x
Ben je gek!?-spel	Te Gek!? - vzw Psyche	Het Ben je gek!?-spel wil jongeren doen reflecteren over geestelijke gezondheid aan de hand van het 4G-schema (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag); jongeren bewustmaken van stigma's die bestaan over geestelijke gezondheid; jongeren laten kennismaken met eerstelijns- hulporganisaties; en jongeren actie doen ondernemen voor en bij geestelijke (on)gezondheid Tijdens het spel leren groepen leerlingen fictieve personages in verschillende moeilijke situaties kennen en worden ze aan het denken gezet: waarom voelen de personages zich niet goed in hun vel, en wat kunnen ze doen om zich opnieuw beter te voelen. Helaas is dat niet zo simpel; acties ondernemen om jezelf of vrienden te helpen kost energie, en niet elke reactie is even helpend. "Dat gaat wel over" is vaak niet wat iemand die zich slecht voelt wil horen. Gelukkig zijn er ook hulporganisaties waarbij jongeren terecht kunnen, en die elk op een andere manier kunnen helpen. Tegen het einde van het spel hebben leerlingen kennism gemaakt met hoe het is om hulp te zoeken als ze zich niet goed in hun vel voelen, en hebben ze ook de kans gekregen om hun ervaringen en frustraties met elkaar te delen.	Eenmalig (tot: jaar niet doorgegeven)	x	x	X
Blended werken met geluksdriehoek.be	Vlaams Instituut Gezond Leven vzw	Het inzetten van geluksdriehoek.be tijdens begeleidingen rond mentaal welbevinden om zo de veerkracht te versterken. Blended werken met geluksdriehoek.be is bedoeld als ondersteuning tijdens begeleidingen rond mentaal welbevinden. De website is onderbouwd door de Geluksdriehoek en staat boordevol info onderverdeeld in thema's en levensmomenten. Deze info is op maat van de Vlaamse burger en er kan dus makkelijk naar verwezen worden tijdens een begeleiding. Daarnaast zijn er ook heel wat oefeningen die voor, tijdens of na de sessie kunnen gemaakt worden om zo de veerkracht van de cliënt te helpen versterken. Er zijn ook heel wat getuigenissen en verhalen van anderen die kunnen ingezet worden. Kortom, het is geen tool ter vervanging van de begeleiding, maar ter versterking. In 2023 werd ook een handleiding gelanceerd waarmee professionals aan de slag kunnen.	Permanent	x		x

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
Buddyzorg 'Zon en Zorg'	Aanvullende thuiszorg Familiezorg West-Vlaanderen vzw	Door middel van regelmatige huisbezoeken en gezamenlijke activiteiten buitenshuis staan vrijwilligers in voor warme buddyzorg van thuiswonende kinderen, jongeren en volwassenen.	Periodiek (tot: jaar niet doorgegeven)	x		
Campagne opvoedstress	Opgroeien - Kind en Gezin i.s.m. het Vlaams expertisecentrum Kindermishandeling	Via de campagne wordt het thema opvoedsstress bespreekbaar gemaakt en worden ouders een hart onder de riem gestoken inzake de vele ballen die ze op vandaag in de lucht moeten houden. In de inhoud achter de campagne (website) wordt geïnformeerd over de werking van stress en worden handvaten aangereikt ter herkenning en aanpak van stress, maar wordt ook geduid op het belang van de (maatschappelijke) context en de omgeving die een rol spelen in de mate van opvoedstress. Er worden daarom op de website ook handvaten voor het netwerk van ouders aangereikt. De inhoud en ondersteunende materialen werden toegelicht tijdens een infosessie voor lokale teams Kind en Gezin en worden verder verspreid via nieuwsbrief- en andere vormingskanalen naar verschillende partnerorganisaties.	Eenmalig (tot: jaar niet doorgegeven)	x		x
Campagne perinatale mentale gezondheid Te Gek!?	Opgroeien - Kind en Gezin i.s.m. Perinet en Kind en Gezin	Met de campagne en de achterliggende inhoud en ondersteunende materialen wordt aandacht gevraagd voor (aanstaande) ouders én hun omgeving, vanaf de zwangerschap t.e.m. 2 jaar na de geboorte. Uitrol van een publiekscampagne met ondersteunende website waar psycho-educatieve materialen alsook ondersteuningstools te vinden zullen zijn (cf. een alternatieve geboortelijst waarop men steun en hulp kan vragen en schenken). Voorafgaand aan de uitrol van de campagne wordt met de drie partners een infosessie voor intermediairs (professionals werkzaam in de perinatale zorg) georganiseerd waarin o.a. goede praktijken rond zorgen voor prille ouders en jonge kinderen worden uitgewisseld.	Eenmalig (tot: 2024)	x		x
Campagne sociale media	ILV Noorderkempen	Scholen, maar ook ouders, geven meer en meer signalen dat het gebruik van sociale media bij kinderen negatieve gevolgen heeft. Klasgroepen die worden aangemaakt, kinderen die niet worden toegelaten, worden verwijderd, uitgesloten, ... Pestgedrag, ... Volgens de wetgeving mag bv. snapchat pas vanaf 13 jaar gebruikt worden, maar in praktijk gebeurt dit vroeger en vroeger. Daarom is het ook belangrijk dat we kinderen én hun ouders tijdig sensibiliseren over dit thema. De scholen hebben lespakketten waarmee na de lezing in de klas aan de slag wordt gegaan. De lezing wordt georganiseerd i.s.m. het lokaal bestuur, Huis van het Kind, opvoedingswinkel en wordt gegeven door Mathias De Wilde (Gamechangers).	Eenmalig (tot: 31/01/2026)	x		x
CAVASA	Vlaams Apothekersnetwerk	Ondanks brede netwerken (GBO, OCMW, DMW, CAW) krijgt ongeveer de helft van de personen met een psychische problematiek hiervoor geen zorg/ondersteuning. De belangrijkste reden hiervoor is dat personen zelf de stap naar hulp niet zetten. Naast psychische onvervulde noden, worden ook sociale noden vaak onvoldoende beantwoord. Dit is gerelateerd aan het fenomeen van 'onderbescherming', waarbij	Eenmalig (tot: 30/04/2024)		NVT	NVT

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
		communicatie via eigen kanalen en via vele andere organisaties. Anderzijds vormt de Geluksdriehoek de basis voor verschillende preventiemethodieken over mentaal welbevinden.				
De Verenigingspil	Neos vzw	De Verenigingspil, de pil die verbindend werkt, is een "nieuwe" oplossing voor mensen die eenzaam zijn of die zich niet goed in hun vel voelen, en nood hebben aan echte, fysieke warme contacten.	Eenmalig (tot: jaar niet doorgegeven)	x		
Drive 2, oproep Europa WSE	Departement Werk en Sociale Economie	DRIVE 2 draait om het transformeren van de werkomgeving binnen KMO's, waarbij de focus ligt op het creëren van een motiverende werkcultuur. Door middel van op maat gemaakte veranderingstrajecten worden KMO's begeleid om een werkomgeving te ontwikkelen die niet alleen de werkbaarheid verbetert, maar ook de autonome motivatie en het welzijn van hun medewerkers bevordert.	Eenmalig (tot: 2026)		NVT	NVT
Eerste hulp bij moeilijke gevoelens	Rode Kruis-Vlaanderen	Voor een kind is praten met een volwassene over hoe ze zich voelen niet altijd eenvoudig. Om deze drempel te verlagen willen we kinderen aanleren om in de eerste plaats steun te zoeken en aan te bieden aan leeftijdsgenoten. De pakketten 'Eerste Hulp Bij Moeilijke Gevoelens' ondersteunen in het aanleren van helpende vaardigheden bij kinderen. De pakketten ondersteunen leerkrachten in de klas, ouders thuis of begeleiders van de jeugdbeweging of speelpleinwerking in het aanleren van helpende vaardigheden bij kinderen. Kinderen leren dus hun vriendje, klasgenoot of teammaatje die het wat moeilijker heeft, te helpen en steunen. Rode draad in de drie pakketten zijn vijf kernboodschappen: * Niet-pluis herkennen: hoe kan je zien dat iemand zich wat minder voelt? * Normaliseren van moeilijke gevoelens: hoe laat je iemand weten dat het OK is om zich 'niet OK' te voelen? * Steun bieden: hoe kan je handelen om te helpen? * Hulp invoeren bij niet-pluis: hoe bepaal je samen bij wie je verder terecht kan? * Goed contact houden en zelfzorg: hoe blijf je ook voor jezelf zorgen, als je anderen helpt? Het pakket 'Eerste Hulp Bij Moeilijke Gevoelens' bestaat uit drie afzonderlijke pakketten voor drie contexten: Leefomgeving: luisterverhaal / Vrije tijd: actief spel / Onderwijs: bordspel.	Eenmalig (tot: 2022)	x		x
Eerste hulp bij psychische problemen	Rode Kruis-Vlaanderen	EHBP is hulp die je biedt aan iemand die het psychisch moeilijk heeft. Deze hulp wordt gegeven tot de persoon zelf verder kan of tot verdere al dan niet professionele begeleiding kan aangeboden worden. EHBP kan geboden worden door iedereen die wil helpen. EHBP is een 12u durende opleiding voor de bevolking (+16 jaar) om de kennis te verhogen: meer weten over psychische problemen en hoe deze te herkennen. Maar vooral: 1) vaardigheden versterken: hulpvaardiger reageren als iemand psychische problemen ondervindt; 2) houding verbeteren: meer durven helpen en in het algemeen een betere houding hebben ten opzichte van mensen die psychische problemen doormaken; 3) aandacht voor zelfzorg: je eigen grenzen (her)kennen en durven aangeven. EHBP wil vooral de lokale bevolking sterken om	Eenmalig (tot: 2023)	x		x

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
Geluk in de klas	Vlaams Instituut Gezond Leven vzw	Met Geluk in de klas zetten we in op enerzijds het professionaliseren van leraren in het onderwijs, alsook in het aanbieden van laagdrempelige, kant-en-klare materialen die in het onderwijs (zowel het lager als het secundair) ingezet kunnen worden om het mentaal welbevinden en de 'mental health literacy' van leerlingen te versterken.	Permanent	x	x	X
Geluk, je bent het waard	Logo Limburg	Een vertaling van de workshop 'Geluk zit in een klein driehoekje' op maat van maatschappelijk kwetsbare mensen naar een traject van 3 bijeenkomsten.	Periodiek (tot: jaar niet doorgegeven)	x		
geluksdriehoek.be	Vlaams Instituut Gezond Leven vzw	Geluksdriehoek.be is een online platform met info, getuigenissen en oefeningen rond mentaal welbevinden. De website is opgebouwd op basis van de bouwblokken van de Geluksdriehoek (goed omringd zijn, jezelf kunnen zijn, je goed voelen en omgaan met moeilijke momenten). Daarnaast zijn er verschillende thema's (positiviteit, stress...) en levensmomenten. Binnen deze onderdelen is er psycho-educatie opgenomen: achtergrond, info en input van experts. Daarnaast zijn er heel wat verhalen van verschillende mensen en oefeningen. De gebruikers kunnen er zelfstandig mee aan de slag om hun veerkracht te versterken. Op die manier dragen we bij aan Vlamingen die beter in hun vel zitten en weerbaarder zijn.	Permanent	x		x
Geluksmakers	Vlaams Instituut Gezond Leven vzw	Met de geluksmakers testen deelnemers in groep uit wat hen gelukkig maakt. Door de speelse en luchtige opdrachten proeven ze van strategieën en tips die volgens de wetenschap bijdragen aan geluk. Het is een laagdrempelig, face-to-face, groepsgericht aanbod, uitgewerkt op maat van en samen met MMKS (mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties). Professionals die werken met mensen in maatschappelijk kwetsbare situaties gaan aan de slag met mentaal welbevinden / geluksdriehoek binnen groepsbegeleidingen. Het aanbod bevat materialen die flexibel, op maat en door de professional zelf kunnen ingezet worden. Met als doel integratie in de reeds bestaande activiteiten van deze organisaties.	Permanent	x		x
Gemeenschapsgerichte interventies (RIZIV-conventie psychologische zorg in de eerste lijn)	Netwerk Emergo	De gemeenschapsgerichte groepsinterventies vormen één van de drie pijlers binnen de RIZIV-conventie psychologische zorg in de eerste lijn. Gemeenschapsgerichte interventies zijn een vorm van vindplaatsgericht werken, met interventies die zijn gericht naar groepen in de gemeenschap, waarbij er al dan niet reeds expliciet een zorgvraag/probleem is. De interventies zijn gericht op zelfzorg, veerkracht en psycho-educatie. Deze gemeenschapsgerichte interventies worden in groepsverband georganiseerd op basis van vastgestelde lokale noden omdat dit het best beantwoordt aan het public health perspectief.	Periodiek (tot: 31/12/2026)	x		x
Gezond leven? Check het even! (GLCE)	Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor	Voor alle jongeren van het 3de secundair voorziet de wetgever een CLB-consult. Als houvast voor dit consult zijn er enerzijds de richtlijnen voor het evalueren van het horen, de groei, e.a. Anderzijds biedt de methodiek 'Gezond leven? Check het even!'	Periodiek (tot: 2024)	x	x	X

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
		vogelvluchtperspectief geeft op wat je kan verwachten tijdens de eerste levensjaren samen met je kind, dat ideaal is om voor de geboorte te bekijken. Er zijn vier leeftijdsfilmpjes (0-6 maanden, 6 maanden - 1 jaar, 1-2 jaar, 2-3 jaar) die je meenemen in wat je kan verwachten op deze specifieke leeftijden. Er is een filmpje dat stil staat bij enkele hordes die je samen met je kind moet nemen, dat ideaal is om te bekijken wanneer jij samen met je kind door een moeilijkere periode gaat. En er zijn vijf themafilmpjes (huilen, slapen, eten, peuterpuberteit) waarbij ouders hun ervaring met deze thema's delen en experts duiding geven bij hoe zij hiernaar kijken.				
Leeswijzer KOPP/KOAP	Familieplatform	Informatie is erg belangrijk voor KOPP/KOAP. Via overzicht boeken met extra info kunnen mensen beter de weg vinden en een passend boek uitkiezen dat hen kan helpen.	Niet doorgegeven		NVT	NVT
Lessenpakket Take off	Te Gek!? - vzw Psyche	Het lessenpakket Take off is gratis, stevig wetenschappelijk onderbouwd en zit boordevol info, tips en bruikbare methodieken voor alle leerkrachten van het secundair onderwijs. Het biedt een globaal kader om geestelijke gezondheid bij jongeren bespreekbaar te maken en legt de nadruk op positieve en beschermende waarden. Verschillende modules diepen bepaalde onderwerpen verder uit; er zijn PowerPoints, ideeën voor groepsgesprekken, spelletjes, links naar andere websites... Die modulaire structuur maakt het pakket erg flexibel.	Eenmalig (tot: jaar niet doorgegeven)	x	x	X
Leve de Ouderen!	Vereniging voor Solidariteit vzw	Leve de Ouderen! (LdO!) is een outreachend, proactief, inclusief en participatief ondersteuningsprogramma voor thuiswonende 80-plussers. De LdO!-wijkwerkers contacteren alle thuiswonende 80-plussers in een vooraf bepaalde regio. Hiervoor worden de nodige gegevens verstrekt door de lokale overheid (verwerkingsovereenkomst met de stad Antwerpen). Door alle ouderen te contacteren, worden ook de zwakste en de meest kwetsbare ouderen bereikt (outreachend en inclusief). De ouderen worden uitgenodigd om deel te nemen aan het programma. Deze uitnodiging is altijd dubbel: ze kunnen hulp vragen aan LdO! (informatie, praktische ondersteuning allerhande, hulp bij het inschakelen van thuiszorg), en worden tegelijk uitgenodigd om zelf mee te werken volgens hun eigen mogelijkheden (bv. een brood meebrengen voor een buurvrouw die niet mee naar de bakker kan, af en toe iemand bellen die zich alleen voelt, ...) (participatief). De deelnemers worden opgevolgd via telefoongesprekken en huisbezoeken. Een kwetsbaarheidsanalyse geeft een indicatie voor de frequentie van de contacten. De ouderen worden ook uitgenodigd voor buurtontmoetingen en feesten. Doorheen al deze acties groeit een vertrouwensband, wat de kans op vroegdetectie vergroot, en op doeltreffend ingrijpen wanneer zich een crisissituatie aandient (proactief en preventief) De methode van LdO! overstijgt het niveau van de praktische	Periodiek (tot: 31/12/2025)	x		x

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
		de klas en expeditie geluk) en verschillende workshops waarmee ze nadien in de klas aan de slag kunnen. Het doel van dit ondersteuningstraject is bewustzijn, attitude, eigen-effectiviteit, kennis en vaardigheden van het personeel van de scholen vergroten, zodat zij rond mentaal welbevinden werken in en buiten de klas.				
Mind-Spring	CAW Oost-Vlaanderen	Mind-Spring is een psycho-educatief programma voor vluchtelingen, asielzoekers en migranten met het doel de veerkracht te verhogen en zo te helpen de toekomst aan te pakken. Een aanbod Mind-Spring bestaat uit een infosessie, 6 sessies van 2 uur en eventueel een terugkomsessie, gegeven in de eigen taal van de groep. De reeks wordt begeleid door een ervaringsdeskundige trainer samen met een co-begeleider die meestal als hulpverlener werkzaam is in de brede welzijns- of onderwijssector. Beiden hebben de Mind-Spring opleiding tot trainer of co-begeleider gevolgd. Een tolk vertaalt tussen groep, trainer en co-begeleider.	Permanent	x	x	X
MOEV	Vrij CLB Trikant	Groepsgerichte acties veerkracht en sociale vaardigheden	Niet doorgegeven	x		
MoodSpace	Steunpunt Inclusief Hoger Onderwijs	MoodSpace is een platform voor jongeren rond geestelijke gezondheid. Het is een plek voor studenten vol betrouwbare info, tips en zelfhulp om emotionele problemen het hoofd te bieden en (veer)krachtig te studeren. Met ruimte voor verhalen van studenten, peptalk en wegwijzers naar een luisterend oor. Dé check en het duwtje in de rug voor je mentale gezondheid dus.	Permanent	x		x
m-Path	m-Path	m-Path is Blended Care platform voor GGZ om therapie en diagnostiek verder te zetten buiten de therapiekamer o.b.v. herhaalde vragenlijsten en interventies. Het is een gebruiksvriendelijk, flexibel en veelomvattend software platform dat op-maat-gemaakte momentane bevragingen en interventies via iemands smartphone in het dagelijks leven mogelijk maakt. In ons online dashboard kan een behandelaar in enkele klikken een studie of gepersonaliseerd protocol opzetten en inplannen, om relevante emoties, gedachten, gedragingen of klachten van patiënten herhaaldelijk te monitoren en/of te beïnvloeden, real-time en in real life. m-Path koppelt alle data automatisch visueel terug aan de hand van intuïtieve grafieken, om analyses en interpretaties te faciliteren.	Eenmalig (tot: jaar niet doorgegeven)	x		x
Natuur op Voorschrift	Leerstoel Zorg en de Natuurlijke Omgeving, Universiteit Antwerpen	Deze interventie wil de veerkracht van ouderen versterken door hen te stimuleren om deel te nemen aan een activiteit die focust op fysieke activiteit en het aangaan van sociale relaties in een groene omgeving, dit op verwijzing van zorgverleners. Groene ruimtes dragen met hun ecosysteemdiensten bij aan de veerkracht van mens en maatschappij. Een groep die extra baat zou kunnen hebben zijn ouderen. Door het ontwerpen, implementeren en evalueren van een 'natuur op voorschrift voor de veerkracht van ouderen', met een specifieke focus op fysieke activiteit en de ontwikkeling van sociale relaties in UGBS, wil dit onderzoek bijdragen aan de	Periodiek (tot: 2025)	x		x

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
Te Gek!? jaarcampagnes	Te Gek!? - vzw Psyche	Jaarlijks zoomt Te Gek!? via een campagne in op een specifiek thema om zo rond het thema het bewustzijn en de kennis bij het brede publiek te vergroten, het meer bespreekbaar maken, vaardigheden bij de mensen die met dit thema te maken hebben en hun omgeving te vergroten en de stigma's die hierrond in de samenleving aanwezig zijn, aan te pakken. Jaarlijks wordt een nieuw thema gelanceerd. In de ontwikkelingsfase brengen we partners samen die rond het betreffende thema werkzaam zijn. Op deze manier bepalen we de specifieke doelstellingen en focuspunten. Samen wordt hierrond een concept uitgewerkt met bijpassende acties (o.a. theatervoorstellingen, zichtbaarheid in media, lezingen, podcasts, getuigenissen, ...) om het thema onder de aandacht te brengen bij het brede publiek.	Periodiek (tot: jaar niet doorgegeven)	x	x	X
Team Veerkracht	Vrij CLB Limburg	groepsgerichte acties rond veerkracht, emotieregulatie en sociale vaardigheden voor leerlingen van het basis en secundair onderwijs, inclusief leerlingen in de onthaalklas voor anderstalige nieuwkomers.	Niet doorgegeven	x		
Thuisbegeleiding dementie	Expertisecentrum en thuisbegeleiding dementie Foton	Psycho-sociale ondersteuning voor personen met dementie en hun naasten, mantelzorgers en verbinden van lotgenoten, mantelzorgers en mensen met dementie. In de thuisbegeleiding dementie bieden we informatie aan, geven we adviezen (psycho-educatie), ondersteunen en begeleiden we de context. Soms zetten we onze expertise in via crisisinterventie en conflictbemiddeling via dementieconsulenten. Daardoor kan een verhuis naar een WZC uitgesteld worden of op het juiste moment en de juiste wijze verlopen. Door de ondersteuning kan ook bereikt worden dat de mantelzorger minder opgenomen wordt in het ziekenhuis omwille van overbelasting of minder medicatie dient te nemen. Op verschillende momenten bieden we de mogelijkheid dat mensen samenkomen en op die wijze een informeel netwerk vormen en elkaar ook steunen en inspireren.	Permanent	x		x
Toolbox media	vzw Eetexpert	De actie helpt mediamakers/communicatiewerkers bij doordachte, niet-stigmatiserende communicatie (verbaal en beeld) rond eten, gewicht en uiterlijk, ter preventie van negatieve lichaamsbeleving, negatieve zelfwaardering en eetstoornissen. Dit project doet dit op verschillende wijzen: * Er is een online toolbox voor mediamakers in de ruime zin, met tips voor correct beeldgebruik (positieve beelden hanteren) en niet-stigmatiserende taal (wat zeg je rond de thema's eten, gewicht en uiterlijk). * Er zijn infofiches voor het publiek ter ondersteuning van communicatie in specifieke settingen die ingaan op de meest voorkomende mythes en vormen van stigmatisering * In elke vormingsaanbod (t.a.v. zorgverleners, welzijnswerkers, beleidsmedewerkers, gezondheidsprofessionals, ouders, sportcoaches, jeugdwerkers, ...) is er een blokje over doordacht en niet stigmatiserend communiceren. * Er is een advieslijn voor mediamakers om hun boodschappen goed uit te werken. * Elk jaar wordt er op sociale media 2/6 (de	Permanent	x	x	X

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
		principe van Group-Care, die veerkrachtondersteunend zijn. Om de 2 maand starten we een nieuwe reeks voor vrouwen die in dezelfde periode moeten bevallen.				
Vormingsaanbod voor naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid	Similes vzw	Similes organiseert verschillende vormen voor naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid.	Permanent	x		
Warm bedrijf	The Human Link	We bieden een kader om te werken aan mentale gezondheid op het niveau van de organisatie: de tafel van het 'warm bedrijf', waarbij er wordt gewerkt rond verschillende pijlers en axioma's. We geven organisaties een taal en heel praktische bouwblokken (opdrachten en monitoringinstrumenten) waarmee ze zelf aan de slag kunnen. Aan de hand van verschillende flowcharts worden ze door het materiaal gegidst. Voor elke pijler wordt ook verwijzing gemaakt naar bruikbaar materiaal dat door andere partners reeds ontwikkeld is.	Periodiek (tot: 2025)		NVT	NVT
Warme Babbel	Similes vzw	1-op-1 gesprek door en voor familieleden van mensen met psychische problemen	Periodiek (tot: 30/09/2024)	x		
Warme scholen	Fonds GavorGeluk	Onderwijs anders organiseren voor sterke motivatie en veerkracht bij alle leerlingen en leraren met leerwinst en gekwalificeerd schoolverlaten van alle leerlingen als gevolg. Het klassen/leerjaren systeem stamt nog uit de eerste industriële revolutie voor de vorming van 'standaard' mensen nuttig voor het arbeidsproces. Daarbij wordt les gegeven voor de mediaan van de klas. Echter gelijke leerlingen bestaan niet, elke leerling is uniek. Warme Scholen stappen af van het klassen/leerjaren systeem. Zij vormen leef- en leergemeenschappen (tot 120 leerlingen) over de jaren heen, met teams van leraren die samen verantwoordelijk zijn voor de kwalificatie van alle leerlingen, elke leerling heeft een mentor die wekelijks vraagt 'hoe gaat het met jou' en samen met de leerling een gepersonaliseerd leertraject uitzet, met de lat hoog maar op maat (deels autonoom leren, deels instructieleren, deels projectmatig en in groep leren). Zo wordt de leerling mede-eigenaar van zijn leertraject. De teams van leerkrachten werken autonoom en gedeeld leiderschap met concrete rolverdeling is key. Veel aandacht wordt besteed aan socio-emotionele en gedragsvaardigheden. Elke dag begint en wordt afgerond met een 'nest' gesprek (in groepen van 30) waar emoties en ervaringen gedeeld worden.	Periodiek (tot: 2026)	x		x
Warme Stad Gent - preventie mentaal welzijn en toeleiding naar zorg voor kinderen en jongeren en hun context	Stad Gent (versch diensten) en vele partners GGZ en jeugdwelzijnswerk	Onder de koepelnaam Warme Stad vallen verschillende acties. We geven hier enkele voorbeelden die vallen onder geestelijke gezondheidsbevordering en universele of selectieve preventie. Warme Stad-acties worden steeds ondernomen vanuit een breed Warme Stad-netwerk bestaande uit: GGZ-partners, de stad (en cel gezin, de ambtelijke samenwerking tussen verschillende diensten zoals gezondheid en zorg,	Permanent	x		

////////////////////////////////////

Naam van bestaande actie	Organisatie	Omschrijving	Financiering	S	H	O
		brengen. We beperken ons niet enkel tot (zichtbare) effecten, zoals bevoegenheid, betrokkenheid, tevredenheid, stress, ondermaats presteren, absentisme, etc., maar hebben eveneens oog voor de motivationele processen die daaraan voorafgaan. Daarnaast worden ook diverse factoren uit de context in rekening gebracht om een goed beeld te schetsen van de dynamieken die zich binnen je organisatie afspelen.				
Wijkgerichte geestelijke gezondheid	Stad Gent	Via wijkwerkers met een expertise in de GGZ organiseren we in wijken met verhoogde kwetsbaarheid ondersteunende acties, zowel voor het middenveld als bewoners, gericht op betere preventie, verhogen van de veerkracht, korte lijnen naar zorg en betere inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Wijkwerkers werken zowel naar buurtbewoners als naar het middenveld actief in die wijken: GGZ expertise binnen brengen in generalistische setting mentaal welzijn bespreekbaar maken (bv. door het organiseren van een foto-tentoonstelling, organiseren van open geest dagen op de wijk, initiatief de langste wachtrij, ...), verhogen veerkracht bewoners (bv. door het organiseren van psycho-educatie), betere en snellere toeleiding naar gepaste zorg organiseren van activiteiten die zorgen voor betere inclusie en herstel van bewoners met een psychische kwetsbaarheid (kwartiermaken, bv. organiseren van inloopwerking voor deze doelgroep).	Periodiek (tot: 2025)	x		x
www.conflicthelden.be	Hogeschool UCLL R&E Expertisecentrum Resilient People	Conflicthelden is een online platform om de offline begeleiding van jongeren te ondersteunen op vlak van conflictantering. Conflicthelden helpt jongeren en hun begeleiders in het omgaan met conflicten, door een bundeling van materialen in een interactieve leeromgeving en een steunruimte met adviezen, getuigenissen, toeleiding naar hulpbronnen. We geloven erin dat het online potentieel van conflicthelden.be de volgende meerwaarde kan bieden: * Drempels van afstand en tijd overbruggen * Info/input van jongeren bewaren * Aangename oefenkansen bieden die aansluiten bij de leefwereld van jongeren * Methodieken in een organisatie systematiseren * Kwaliteit van hulp vergroten * Aanvullend ondersteunend of ter voorbereiding van andere vormen van (offline of online) hulp. Op deze manier willen we met Conflicthelden een extra ondersteuning aanbieden aan jongeren en hun begeleiders in het omgaan met conflict.	Permanent	x		x
Zaadjes van Geluk	Vlaams Instituut Gezond Leven vzw	Zaadjes van Geluk' is een educatief traject voor jonge landbouwers in spe. Het onderwijs kan een belangrijke ingangspoort zijn om de kennis en gezondheidsvaardigheden bij jonge boeren te vergroten. Om het mentaal welbevinden bespreekbaar te maken werd een educatief pakket ontwikkeld waarmee land- en tuinbouwopleidingen uit het hoger onderwijs, maar ook opleidingen zoals de starterscursussen voor beginnende land- en tuinbouwers mee aan de slag kunnen. Het pakket bestaat uit 2 x 4 groepssessies met kant-en-klare inhoud en opdrachten die deelnemers motiveren om na te denken over hun eigen mentaal welbevinden,	Eenmalig (tot: 2023)	x		x

////////////////////////////////////

8.4 LANCEREN VAN EEN OPROEP VOOR HET INDIENEN VAN ACTIEFICHES VOOR NIEUWE ACTIES OM HIATEN AF TE DEKKEN EN VOOR DE OPSCHALING VAN BESTAANDE STERKE ACTIES

8.4.1 Methode

De oproep die werd gelanceerd voor het indienen van actiefiches, betrof twee soorten samenwerkings-/actiefiches:

- ✓ **Ontwikkelen van nieuwe acties voor het afdekken van hiaten**

Voor de doelstellingen waarvoor er hiaten zijn, kan samenwerking een belangrijke hefboom zijn. Daarom werd gevraagd om de actiefiches uit te werken samen met andere partijen. De rol van een partner kan hierin variëren van ontwikkeling tot (en met) implementatie; dit kan een grote of louter faciliterende rol zijn. Dit is gestoeld op de overtuiging dat betere acties ontstaan wanneer organisaties de krachten bundelen. Er werd ook facilitatie voorzien om partners toe te laten om hierover op een gestructureerde manier na te denken. Het was vooral de bedoeling om via het traject een aanzet te geven en dit vervolgens organisch verder te laten groeien.

- ✓ **Opschalen van acties voor meer impact**

Voor de inhoudelijk sterke acties waarvoor er nood is aan het vergroten van het bereik om meer impact te genereren, werd nagegaan welke organisaties willen helpen/bijdragen om het bereik te verhogen. Implementatie is cruciaal; er bestaat al veel, maar er zijn vooral middelen (inclusief tijd) nodig om deze acties breder uit te rollen. Zo werd vervolgens aan de organisaties die eigenaar zijn van acties vrijblijvend de kans geboden om samen meer impact te genereren. Deze samenwerkingsverbanden werden gefaciliteerd via contactkansen in de derde stakeholdersessie (september) en de mogelijkheid om een of meerdere coaching sessies te volgen bij Over de Muur. De beslissing over hoever hierin te gaan, lag bij de organisaties zelf.

Organisaties konden tot eind oktober 2024 samen actiefiches uitwerken.

Er werden door Möbius verschillende stappen doorlopen om via de stakeholdergroep bottom-up ideeën te verzamelen om het beleid te versterken, die hierna meer in detail worden toegelicht.

Op 22 juli 2024 werd een **oproep** gelanceerd naar alle bij het traject betrokken stakeholders en alle eigenaars van de reeds geïnventariseerde acties, om hun **interesse aangeven** om (samen) nieuwe acties uit te werken en/of het bereik en zo de impact van bestaande acties te vergroten. Er was ook een mogelijkheid om de oproep (gericht) verder te verspreiden naar andere organisaties. Alle geïnteresseerde organisaties konden tot uiterlijk maandag 26 augustus 2024 hun interesse aangeven om (samen) nieuwe acties uit te werken en/of het bereik en zo de impact van bestaande acties te vergroten.

Begin september 2024 werd teruggekoppeld naar de organisaties die interesse hadden getoond om rond bepaalde doelstellingen (acties uit) te werken. Vervolgens konden **samenwerkingsverbanden** worden gevormd en kon worden gewerkt aan een eerste pitch van actiefiches voor nieuwe acties tegen de stakeholdersessie van 25 september 2024. Er werden ook twee **digitale infosessies** georganiseerd, waarbij werd ingegaan op de noden en hiaten in geestelijke gezondheidsbevordering, de verwachtingen rond samenwerking, en de opmaak en de finaliteit van actiefiches. Er werd ook ruimte voorzien voor het stellen van vragen. De sessie werd opgenomen voor de geïnteresseerden die geen van de twee sessies konden bijwonen. Tot slot konden organisaties intekenen voor **vrijblijvende**

coaching sessies rond samenwerken. Deze sessies, onder begeleiding van Over de Muur, konden organisaties of groepen ondersteunen bij samenwerkingsvraagstukken.

In deze **derde en laatste stakeholdersessie** werd vervolgens ruimte voorzien aan nieuwe samenwerkingsverbanden om (bepaalde elementen van) hun eerste versie van actiefiche kort voor te stellen. Deelnemers kon op voorhand aangeven of zij een **pitch** wensten te doen en kregen een richtinggevend sjabloon om nieuwe acties te pitchen aangereikt. Er werd in de sessie ook nog wat tijd voorzien om de pitch(es) verder af te werken.

Na deze stakeholdersessie werd er een **nieuwe reeks coaching sessies** aangeboden door Over De Muur in de loop van de maand oktober.

Er werd tot slot ook een **verkorte actiefiche** voor nieuwe acties gedeeld zodat deze toegankelijker werd om voorstellen in te dienen. Alle actiefiches (zowel voor nieuwe acties als op te schalen acties) dienden te worden ingediend tegen uiterlijk 31 oktober 2024.

Aansluitend bij de resultaten van de hefboomanalyse, werd in de oproep naar nieuwe acties en het opschalen van bestaande acties extra aangemoedigd om de randvoorwaarden mee te nemen. Er werd gepeild of bij het uitwerken van de acties wordt ingezet op:

- het versterken van de kennis en positieve attitude bij intermediairs ten aanzien van geestelijke gezondheid en hulpverlening;
- het aanmoedigen van intermediairs om actief bij te dragen aan het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de doelgroep;
- het versterken van vaardigheden van intermediairs die kunnen worden ingezet om de geestelijke gezondheid van de doelgroep te versterken;
- een verandering in beleid of organisatiebrede visie.

Eveneens werd geverifieerd of er bij het uitvoeren van een actie rekening wordt gehouden met bestaande kaders en structuren om een vlotte en efficiënte integratie in de sector of bij de sleutelfiguren de waarborgen. Met andere woorden, of de acties afgestemd zijn op de geldende regelgeving, procedures en organisatiestructuren.

Het **overzicht van de ontvangen actiefiches** is terug te vinden in Tabel 23 (nieuwe acties) en Tabel 24 (op te schalen acties). Onderstaande tabel geeft weer op welke strategische en operationele doelstellingen de nieuwe acties inzetten (de op te schalen acties werden hierin niet weergegeven.)

Tabel 22. Mapping van nieuwe acties op strategische en operationele doelstellingen

Populatiebrede doelstellingen			
Strategische doelstellingen		Operationele doelstellingen	
1. De bevolking ervaart verbondenheid met elkaar, over generaties heen.	9	1. De bevolking gaat (pro)actief aan de slag met hun geestelijke gezondheid.	2, 16
2. De bevolking wordt actief betrokken en gehoord in het gezondheids- en welzijnsbeleid.	2, 9	2. Lokale besturen hebben een geïntegreerd en buurtgericht beleid voor geestelijke gezondheid, waarbij aandacht is voor de bevordering van de gezondheid en het sociaal weefsel.	
3. De bevolking ervaart een verhoogd gevoel van welzijn en mentale gezondheid dankzij aanpassingen in de openbare ruimte.	9	3. Beleidsactoren binnen verschillende settings en levensdomeinen (steden en gemeenten, scholen, werk, binnenlands bestuur...) zetten in op burgerparticipatie bij de uitwerking van hun gezondheids- en welzijnsbeleid.	2
4. De bevolking heeft een actieve en gezonde levensstijl.	9	4. De actoren die instaan voor de inrichting en het beheer van de openbare ruimte hebben aandacht voor inclusie, een gezonde natuurlijke omgeving, sociaal contact, ontspanning, spel, beweging en ontspanning. Zij creëren toegankelijke omgevingen die inspelen op de diverse behoeften van alle burgers en die bijdragen aan het bevorderen van het algemeen welzijn.	
		* Binnen alle levensdomeinen en plaatsen waar de burger zich bevindt, werken actoren samen aan een gezonde en actieve levensstijl (o.a. slaap, beweging, voeding, middelengebruik, roken...) voor elke burger.	

Opmerking: Strategische doelstellingen in het rood gemarkeerd werden geïdentificeerd als hiaten.

* Nieuwe doelstelling na uitvoeren van de mapping; nieuwe doelstellingen werden niet genummerd.

Eerste 1000 dagen			
Geestelijk gezond Starten: een kansrijke basis voor (ongeboren) kind			
Strategische doelstellingen		Operationele doelstellingen	
5. Ouders en gezinnen in de perinatale periode ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend en begripvol informeel en formeel netwerk.	1, 2, 8, 11, 16	6. Het eigen informeel netwerk en de thuisomgeving , waaronder de (eventuele) partner, vrienden en familie, nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en ondersteunen aanstaande/nieuwe ouders.	16
6. Aanstaande en nieuwe ouders hebben een goede geestelijke gezondheid en zijn mentaal voorbereid op de uitdagingen van het ouderschap.	1, 2, 8, 16	7. Actoren en diensten in de (perinatale) zorg en welzijn bevorderen de geestelijke gezondheid van ouders en kind tijdens de perinatale periode.	1, 2, 8, 10, 16
6.1. Aanstaande en nieuwe ouders hebben inzicht in hoe veranderingen (psychisch, relationeel, organisatorisch...) tijdens de perinatale periode hun psychosociaal welzijn kunnen beïnvloeden.	2, 8	* Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren.	
6.2. Aanstaande en nieuwe ouders beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan.	2, 8	7.1. Zorg- en welzijnsactoren geven aanstaande/nieuwe ouders/opvoedingsfiguren voldoende en genuanceerde informatie over het psychosociale welzijn, veranderingen (psychisch, relationeel, praktisch...) en mogelijke psychosociale zorg en ondersteuning tijdens de perinatale periode.	2, 5, 8, 16
6.3. Aanstaande en nieuwe ouders hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.	2, 8	7.2. Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning bieden ouders en opvoedingsfiguren mogelijkheden tot uitwisseling en peer-support tussen andere aanstaande/nieuwe ouders of verwijzen warm door naar dit aanbod.	2, 8, 16
6.4. Aanstaande en nieuwe ouders hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma.	2, 8	7.3. Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning bieden ouders en opvoedingsfiguren ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	2, 5, 8, 16
6.5. Aanstaande en nieuwe ouders beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste coping, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraten.	2, 8, 16	7.4. Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning ondersteunen ouders en opvoedingsfiguren om een warme relatie met het kind te ontwikkelen om zo de sociaal-emotionele ontwikkeling te bevorderen, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	2, 8, 13, 16
6.6. Aanstaande en nieuwe ouders ontwikkelen een heldere ouderlijke identiteit en zijn in staat om een gezonde balans te vinden tussen de behoeften van hun kind en die van zichzelf.	2, 8, 16	8. De werkomgeving van de ouders is begripvol en ondersteunt de werkhervatting en werk-gezin combinatie van ouders.	
7. Jonge kinderen ontwikkelen een veilige hechting en hebben een gunstige sociaal-emotionele ontwikkeling.	2, 8	9. De kinderopvang bevordert de geestelijke gezondheid van kinderen en ouders in de perinatale periode.	
7.1. Ouders en andere opvoedingsfiguren voeden hun kind zorgzaam op en ontwikkelen een warme responsieve relatie met hun kind.	8, 16, 13	9.1. Kinderopvangvoorzieningen hebben een geïntegreerd beleid voor geestelijke gezondheid met aandacht voor sociaal-emotionele ontwikkeling en co-regulatie (i.e., helpen hun emoties te begrijpen en te reguleren) van kinderen.	13
7.2. Jonge kinderen groeien op in een omgeving die een adequate sociaal-emotionele ontwikkeling bevordert.	8, 13	9.2. Kinderopvangvoorzieningen stimuleren de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	13

8. Er is extra aandacht en ondersteuning voor gezinnen (zowel ouders als kinderen) in een kwetsbare positie, situatie of periode.	2, 8, 13	9.3. Kinderopvangvoorzieningen ondersteunen ouders in het ouderschap en de opvoeding, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	13
8.1. Gezinnen in armoede of met sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit)	2	9.4. Kinderopvangvoorzieningen bevorderen de geestelijke gezondheid van ouders, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	
8.2. Gezinnen met een migratieachtergrond (zowel ouders als kinderen)	2, 5	9.5. Kinderopvangvoorzieningen zetten in op een groene en stimulerende fysieke omgeving.	13
8.3. Gezinnen met een ouder met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP)	2, 10	10. Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van (aanstaande) ouders bevorderd.	2
8.4. Gezinnen na een ingrijpende gebeurtenis (inclusief bij een gecompliceerde zwangerschap en/of bevalling), waaronder verlieservaringen (inclusief miskraam)	2, 5	10.1. De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.	2
8.5. Eénoudergezinnen	2	10.2. De (digitale) media bevorderen kennis, realistische verwachtingen en vaardigheden inzake ouderschap en opvoeding.	2
* Jonge gezinnen (ouders jonger dan 23 jaar)		10.3. Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor versterking van geestelijke gezondheidsvaardigheden, gericht op ouders en opvoedingsfiguren in de perinatale periode.	2
		11. Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van gezinnen in een kwetsbare positie, situatie of periode.	2, 5, 8, 16

Opmerking: Strategische doelstellingen in het rood gemarkeerd werden geïdentificeerd als hiaten.

* Nieuwe doelstelling na uitvoeren van de mapping; nieuwe doelstellingen werden niet genummerd.

Kinderen en jongeren			
Geestelijk gezond Opgroeien: kansen creëren voor heden en toekomst			
Strategische doelstellingen		Operationele doelstellingen	
9. Kinderen en jongeren ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend formeel en informeel netwerk.	11	12. Het eigen informeel netwerk en de thuisomgeving, waaronder de (eventuele) partner, vrienden en familie, nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en ondersteunen kinderen en jongeren.	6
10. Kinderen en jongeren ontwikkelen sociaal-emotionele vaardigheden, kennis en positieve attitudes inzake geestelijke gezondheid.	6, 12, 15	12.1. Ouders en opvoedingsfiguren geven kinderen en jongeren de kans om zichzelf te ontplooien, eigen interesses te ontwikkelen en zichzelf te zijn.	6, 12
10.1. Kinderen en jongeren beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan.		12.2. Ouders en opvoedingsfiguren bevorderen actief de sociaal-emotionele vaardigheden en geestelijke gezondheid van hun kind(eren).	6, 12
10.2. Kinderen en jongeren hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.		13. Actoren in zorg en welzijn bevorderen de geestelijke gezondheid van kinderen jongeren.	6
10.3. Kinderen en jongeren hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma.		* Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid middelengebruik en leefstijlfactoren	
10.4. Kinderen en jongeren hebben sociale en emotionele vaardigheden (SEV). Dit omvat de competenties om succesvol met anderen te communiceren, eigen emoties en gedrag te reguleren, empathisch te denken, om te gaan met externe druk (o.a. groepsdruk, schooldruk...) en problemen op te lossen. Kinderen en jongeren worden zo weerbaar en leren om te gaan met stress en lastige situaties.		13.1. Zorg- en welzijnsactoren bieden informatie over geestelijke gezondheid aan kinderen, jongeren en hun ouders en opvoedingsfiguren.	6
10.5. Kinderen en jongeren ontwikkelen een eigen identiteit. Ze kunnen zichzelf ontplooien, zijn zich bewust van de eigen psychologische noden en leren hoe ze hier op een gezonde manier mee kunnen omgaan.	6	13.2. Zorg- en welzijnsactoren en diensten voor opvoedings- en gezinsondersteuning ondersteunen ouders en opvoedingsfiguren om een warme relatie met het kind te ontwikkelen om zo de sociaal-emotionele ontwikkeling te bevorderen, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	6
10.6. Kinderen en jongeren ontwikkelen een positief zelfbeeld en lichaamsbeeld.	6	13.3. Zorg- en welzijnsactoren bieden ondersteuning aan kinderen en jongeren bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	3, 6
11. Kinderen en jongeren hebben respect voor anderen en ontwikkelen positieve relaties met leeftijdsgenoten.	15	14. Het onderwijs bevordert de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren.	6, 15
11.1. Kinderen en jongeren dragen - binnen de groepen waarvan ze deel uitmaken – bij tot een positieve groepsdynamiek waarbij niet gepest wordt.		14.1. Scholen hebben een geïntegreerd en participatief beleid voor geestelijke gezondheid en bevorderen een positief schoolklimaat door een brede-school aanpak. Scholen en leerkrachten hebben aandacht voor talenten van leerlingen en bevorderen verbondenheid.	

11.2. Kinderen en jongeren hebben een positieve houding ten aanzien van diversiteit.		* Onderwijsactoren geven ouders de kans om opvoedingsvragen te bespreken en kunnen hierbij de nood aan ondersteuning inschatten.	
11.3. Kinderen en jongeren krijgen de ruimte om veilige relaties en vriendschappen te ontwikkelen.		14.2. Onderwijsactoren zetten in op geestelijke gezondheidsgeletterdheid en een positieve attitude ten aanzien van geestelijke gezondheid en werken preventief aan de geestelijke gezondheid, op maat van de leerlingen.	6
12. Kinderen en jongeren zijn mediawijs en kunnen omgaan met complexe thema's.	15	14.3. Onderwijsactoren bevorderen sociaal-emotionele vaardigheden.	6
12.1. Kinderen en jongeren zijn mediawijs en kunnen op een gezonde manier omgaan met schermtijd en sociale media. Ze zijn zich bewust van risico's zoals sociale druk en onrealistische idealen, en kunnen voldoende disconnecteren.		14.4. Onderwijsactoren pakken pest- en uitsluitgedrag preventief aan, waarbij een inclusief schoolklimaat en een positieve attitude ten aanzien van diversiteit wordt gestimuleerd.	6
12.2. Kinderen en jongeren kunnen omgaan met complexe maatschappelijke kwesties (bv. oorlog en klimaatverandering). Ze leren hun eigen rol hierin te begrijpen en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving.		14.5. Onderwijsactoren zetten in op identiteitsontwikkeling en de bevordering van een positief zelfbeeld en lichaamsbeeld.	6
12.3. Kinderen en jongeren ontwikkelen burgerzin (i.e., open staan voor het politieke, economische, sociale en culturele leven van de maatschappij en bereid zijn om eraan deel te nemen).		14.6. Onderwijsactoren zetten in op mediawijsheid en leren op een gezonde manier omgaan met de digitale wereld en (sociale) media.	
13. Er is extra aandacht en ondersteuning voor kinderen en jongeren in een kwetsbare positie, situatie of periode:	6, 15	14.7. Onderwijsactoren zetten in op burgerzin en het begrip van maatschappelijk complexe thema's (bv. oorlog en klimaatverandering).	
13.1. Kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg	4	* Onderwijsactoren hebben aandacht voor ongepast gedrag, gedragsveranderingen, verminderde motivatie en verminderde schoolresultaten en bieden zo nodig verhoogde ondersteuning aan.	
13.2. Kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen (KOPP/KOAP), en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn	6	14.8. Scholen zetten in op een groene en stimulerende fysieke schoolomgeving met mogelijkheden tot ontspanning.	
13.3. Kinderen en jongeren met een ouder of ander gezinslid met een ernstige ziekte of fysieke zorgnood, en die hiervoor al dan niet mantelzorger zijn	3, 6	15. De gemeenschap en actoren in de vrije tijd en het jeugdwerk bevorderen de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren.	6
13.4. Kinderen en jongeren in armoede of sociaaleconomische kwetsbaarheid (bv. gezin met lage werkintensiteit)	6	15.1. Alle kinderen en jongeren hebben toegang tot ontspannende en betekenisvolle activiteiten zoals hobby's, sport, kunst, cultuur, verenigingen en jeugdwerk.	
13.5. Kinderen en jongeren uit éénoudergezinnen	6	15.2. Actoren in het jeugdwerk en de vrije tijd zetten in op de sociale en emotionele vaardigheden van kinderen en jongeren, met speciale aandacht voor positieve geestelijke gezondheid. Ze bieden waar nodig ondersteuning en leiden hen toe naar een gepast aanbod.	6
13.6. Kinderen en jongeren na een ingrijpende gebeurtenis, waaronder verlieservaringen	5, 6	15.3. Actoren in het jeugdwerk en de vrije tijd pakken pest- en uitsluitgedrag preventief aan, waarbij een inclusief klimaat en een positieve attitude ten aanzien van diversiteit wordt gestimuleerd.	

13.7. Kinderen en jongeren met een langdurige ziekte of aandoening.		15.4. Er is een toegankelijk aanbod van ontmoetingsplekken en inloophuizen voor kinderen en jongeren.	
13.8. Kinderen en jongeren met een fysieke of mentale beperking of handicap		16. Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren bevorderd.	
13.9. Kinderen en jongeren in de LGBTQI+ gemeenschap		16.1. De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.	
13.10. Kinderen en jongeren met een migratie-achtergrond	5	16.2. De (digitale) media bevorderen mediawijsheid en begrip van complexe thema's.	
13.11. Vroegtijdige schoolverlaters, jongeren die risico lopen op schooluitval en NEET-jongeren (not in education, employment or training)	7	16.3. Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor kinderen en jongeren, gericht op het versterken van geestelijke gezondheidsvaardigheden.	
		17. Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van kinderen en jongeren in een kwetsbare positie, situatie of periode.	4, 5, 7

Opmerking: Strategische doelstellingen in het rood gemarkeerd werden geïdentificeerd als hiaten.

* Nieuwe doelstelling na uitvoeren van de mapping; nieuwe doelstellingen werden niet genummerd.

(Jong)volwassenen tot pensioenleeftijd			
Geestelijk gezond balanceren: rollen combineren met ruimte voor verdere ontplooiing			
Strategische doelstellingen		Operationele doelstellingen	
14. Volwassenen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk.	3, 9, 11, 16	18. Het eigen netwerk en de thuisomgeving nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en ondersteunen (jong)volwassenen.	3, 16
15. Volwassenen hebben kennis, een positieve attitude en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.		18.1. Volwassenen voelen zich gesteund in hun rollen (als partner, ouder, vriend(in), ...) en kunnen omgaan met eventuele stress die hierbij komt kijken.	16
15.1. Volwassenen beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan.	3	19. Actoren in zorg en welzijn voor volwassenen bevorderen de geestelijke gezondheid van volwassenen.	
15.2. Volwassenen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.	3	* Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren.	
15.3. Volwassenen hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma.	3	19.1. Zorg- en welzijnsactoren bieden volwassenen informatie over geestelijke gezondheid, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	3
15.4. Volwassenen beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste copingstrategieën, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraken.	3	19.2. Zorg- en welzijnsactoren bieden volwassenen ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	3
15.5. Volwassenen hebben de mogelijkheid om hun volwassen identiteit vorm te geven, verantwoordelijkheden te combineren en zich in te zetten voor de maatschappij.	3	20. Het hoger onderwijs en volwassenenonderwijs bevorderen de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen.	
16. Volwassenen zijn mediawijs en kunnen omgaan met complexe thema's		20.1. Onderwijssettings voor (jong)volwassenen hebben een geïntegreerd en participatief beleid voor geestelijke gezondheid en hebben daarbij aandacht voor talenten en autonomie van studenten en het bevorderen van verbondenheid.	
16.1. Volwassenen zijn mediawijs en kunnen op een gezonde manier omgaan met schermtijd en sociale media. Ze zijn zich bewust van risico's zoals sociale druk en onrealistische idealen, en kunnen voldoende deconnecteren.		20.2. Onderwijssettings voor (jong)volwassenen voorzien een aanbod voor de bevordering van geestelijke gezondheidsvaardigheden en stressmanagement.	
16.2. Volwassenen kunnen omgaan met complexe maatschappelijke kwesties (bv. oorlog en klimaatverandering). Ze leren hun eigen rol hierin te begrijpen en dragen op een constructieve manier bij aan de samenleving.		20.3. Onderwijssettings voor (jong)volwassenen zetten in op een groene en stimulerende fysieke schoolomgeving met mogelijkheden tot ontspanning.	
16.3. Volwassenen ontwikkelen burgerzin (i.e., open staan voor het politieke, economische, sociale en culturele leven van de maatschappij en bereid zijn om eraan deel te nemen).		21. De werkomgeving bevordert de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen	16

17. Er is extra aandacht en ondersteuning voor volwassenen in een kwetsbare positie, situatie of periode:		21.1. De werkomgeving heeft een geïntegreerd en participatief geestelijk gezondheidsbeleid dat oog heeft voor psychologische veiligheid op de werkvloer, voldoende deconnectie van het werk, een goede balans tussen werk en privé/gezin. De werkomgeving bevordert daarbij gevoelens van autonomie, verbondenheid en competentie.	16
17.1. Jongvolwassenen in de jeugdzorg of die jeugdzorg verlaten		21.2. De werkomgeving voorziet een aanbod voor de bevordering van geestelijke gezondheidsvaardigheden en stressmanagement, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	16
17.2. Volwassenen in armoede		21.3. De werkomgeving voorziet extra ondersteuning bij belangrijke transities in de loopbaan (bv. start van job, verandering van functie, pensioen), of verwijzen warm door naar dit aanbod.	16
17.3. Volwassenen die werkloos (en niet in opleiding) zijn	9	* De werkomgeving heeft aandacht voor gedragsverandering, verminderde motivatie en verminderde werkprestaties en biedt zo nodig verhoogde ondersteuning aan.	
17.4. Volwassenen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring.	3	21.4. De werkomgeving zet in op een groene en stimulerende fysieke omgeving met mogelijkheden tot ontspanning.	
17.5. Volwassenen met een langdurige ziekte of aandoening	3	22. De gemeenschap en actoren in de vrije tijd bevorderen de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen.	
17.6. Volwassenen met een fysieke of mentale beperking of handicap		22.1. Actoren in de gemeenschap en vrije tijd zetten in op de toegankelijkheid van ontspannende en betekenisvolle activiteiten zoals hobby's, sport, kunst, cultuur, verenigingen en vrijwilligerswerk.	
17.7. Mantelzorgers en gezinsleden van personen met een fysieke of psychische zorgnood	3	22.2. Actoren in de vrije tijd van volwassenen hebben aandacht voor geestelijke gezondheid en kunnen hen waar nodig ondersteunen en toeleiden naar een gepast aanbod.	
17.8. Volwassenen in de LGBTQI+ gemeenschap		22.3. Lokale besturen bieden activiteiten aan voor volwassenen die gericht zijn op sociale ontmoeting en/of zingeving.	
17.9. Volwassenen met een migratieachtergrond		23. Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van (jong)volwassenen bevorderd.	
* Volwassenen met een risicoprofiel met een hoge emotionele belasting, werkdruk of onzekerheid (o.a. zorg- en hulpverleners, landbouwers, leerkrachten...)		23.1. De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.	
		23.2. De (digitale) media bevorderen mediawijsheid en begrip van complexe thema's.	
		23.3. Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor (jong)volwassenen, gericht op de versterking van geestelijke gezondheidsvaardigheden.	
		24. Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van (jong)volwassenen in een kwetsbare positie, situatie of periode.	

Opmerking: Strategische doelstellingen in het rood gemarkeerd werden geïdentificeerd als hiaten.

* Nieuwe doelstelling na uitvoeren van de mapping; nieuwe doelstellingen werden niet genummerd.

Ouderen (65 +)			
Geestelijke gezond participeren: een betekenisvol en kwaliteitsvol verder leven			
Strategische doelstellingen		Operationele doelstellingen	
18. Ouderen ervaren sociale verbondenheid en hebben een ondersteunend informeel en formeel netwerk.	3, 11	25. Het eigen netwerk en de thuisomgeving nemen een open houding aan ten aanzien van geestelijke gezondheid en bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.	3
19. Ouderen hebben kennis, een positieve attitude en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.		26. Actoren in zorg en welzijn voor ouderen bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen	
19.1. Ouderen beschouwen moeilijke gevoelens en tegenslagen als onderdeel van het leven en kunnen hier veerkrachtig mee om gaan.	3	* Zorg- en welzijnsactoren communiceren sensitief en niet-stigmatiserend over geestelijke gezondheid, middelengebruik en leefstijlfactoren.	
19.2. Ouderen hebben begrip van geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidsproblemen en weten wanneer, waar en hoe ze hulp kunnen zoeken.	3, 14	26.1. Zorg- en welzijnsactoren bieden ouderen informatie over geestelijke gezondheid en ondersteuning, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	3, 14
19.3. Ouderen hechten belang aan geestelijke gezondheid, hebben positieve attitudes ten aanzien van het bevorderen van geestelijke gezondheid, en ervaren geen stigma.	3, 14	26.2. Zorg- en welzijnsactoren voor ouderen bieden ouderen ondersteuning bij de versterking van hun geestelijke gezondheidsvaardigheden, of verwijzen warm door naar dit aanbod.	3, 14
19.4. Ouderen beschikken over geestelijke gezondheidsvaardigheden. Ze hanteren gepaste copingstrategieën, emotie- en stressregulatie, flexibiliteit, benutten sociale steun, bewaken persoonlijke grenzen en grijpen tijdig in wanneer ze uit balans dreigen te geraten.	3, 14	27. Residentiële voorzieningen voor ouderenzorg bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.	
20. Ouderen hebben een betekenisvol leven, kunnen met een positief gevoel terugkijken naar het verleden, en voelen zich gewaardeerd en betrokken, met bijzondere aandacht voor het behoud van autonomie.	3	27.1. Residentiële voorzieningen voor ouderenzorg hebben geïntegreerd en participatief beleid voor geestelijke gezondheid waarin ze de geestelijke gezondheid actief bevorderen, met aandacht voor respectvolle communicatie en behoud van autonomie.	
21. Er is extra aandacht en ondersteuning voor ouderen in een kwetsbare positie, situatie of periode:		27.2. Residentiële voorzieningen voor ouderenzorg voorzien een aanbod aan betekenisvolle en verbindende activiteiten.	
21.1. Ouderen in armoede		27.3. Residentiële voorzieningen zetten in op een groene en stimulerende fysieke omgeving met ruimte voor ontspanning.	
21.2. Ouderen na een ingrijpende gebeurtenis zoals een verlieservaring	3	28. De gemeenschap en actoren in de vrije tijd en ouderenwerking bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen.	
21.3. Ouderen met een langdurige ziekte of aandoening	3	28.1. Actoren in de gemeenschap en vrije tijd zetten in op de inclusie van ouderen en de toegankelijkheid van ontspannende en betekenisvolle activiteiten zoals hobby's, sport, kunst, cultuur, verenigingen en vrijwilligerswerk.	
21.4. Ouderen met een fysieke of mentale beperking of handicap		28.2. Actoren in de ouderenwerking, gemeenschap en vrije tijd (o.a. de lokale dienstencentra) bevorderen de geestelijke gezondheid van ouderen en bieden waar nodig ondersteuning en leiden toe naar een gepast aanbod.	14

21.5. Oudere mantelzorgers	3	28.3. Lokale besturen bieden activiteiten aan voor ouderen die gericht zijn op sociale ontmoeting en/of zingeving.	3
21.6. Ouderen met een migratieachtergrond		29. Via digitale tools en de media wordt de geestelijke gezondheid van ouderen bevorderd	
21.7. Ouderen in de LGBTQI+ gemeenschap		29.1. De (digitale) media bevorderen kennis, attitudes en vaardigheden inzake geestelijke gezondheid.	
		29.2. Er is een toegankelijk (digitaal) aanbod voor ouderen, voor de versterking van geestelijke gezondheidsvaardigheden	
		30. Alle actoren zetten in op de tijdige detectie van risicofactoren en hebben extra aandacht voor de inclusie en ondersteuning van ouderen in een kwetsbare positie, situatie of periode.	3, 14

Opmerking: Strategische doelstellingen in het rood gemarkeerd werden geïdentificeerd als hiaten.

* Nieuwe doelstelling na uitvoeren van de mapping; nieuwe doelstellingen werden niet genummerd.

8.4.2 Resultaat

Op basis van het resultaat van de oproep naar **actiefiches**, werd een **portfolio** opgesteld van mogelijke nieuwe acties om de hiaten zoveel mogelijk in te vullen en van initiatieven om bestaande sterke acties verder op te schalen via samenwerkingsverbanden. Het portfolio omvat:

- ✓ 17 nieuwe acties voor het afdekken van hiaten (Tabel 23);
- ✓ 26 actiefiches voor het opschalen van bestaande acties (Tabel 24).

Dit portfolio van actiefiches is een hulpmiddel voor de Vlaamse regering, die zo sneller en eenvoudiger kan beslissen om in bepaalde acties te investeren met het oog op meer geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen.

Tabel 23. Overzicht van nieuwe acties

Nr.	Relevant(e) beleidsdomein(en)	Organisatie (trekker)	Partners	Naam actie
1	Preventie, Opgroeien	Perinet – Expertisenetwerk PIMH	Opgroeien, Stad Gent, Vlaams Instituut Gezond Leven, WINGG	Centraal platform ter ondersteuning van zorg- en welzijnsactoren inzake perinatale mentale gezondheid/Parent Infant Mental Health
2	Preventie, Opgroeien	Hogeschool UCLL, Research & Expertise, Expertisecentrum Resilient People	Vlaams Instituut Gezond Leven, Agentschap Opgroeien	Effectiviteitsonderzoek: evaluatie en optimalisatie van preventieve programma's voor bevordering van geestelijke gezondheid tijdens de eerste 1000 dagen
3	Preventie	Expertisecentrum thuisbegeleidingsdienst dementie Foton	Familiezorg WVL vzw, Lokaal bestuur Zorg Tielt, Lokaal bestuur Ruiselede	Gespecialiseerde thuisbegeleiding dementie
4	Preventie	Vlaams Instituut Gezond Leven	Verkenkende gesprekken	Gezonde Gasten (Jeugdhulp)
5	Preventie	Solentra	Thomas More, Ligant	IMPACCT
6	Preventie, Onderwijs	Kenniscentrum Eetexpert	UGent, VWVJ, Gezinsbond, Neutrale Ziekenfonds, Vico Preventieplatform	Lichaamstevredenheid
7	Onderwijs	VWVJ	Bednet, Dienst jeugdgezondheidszorg KULeuven	Meer aandacht voor zieke leerlingen
8	Preventie, Opgroeien	Agentschap Opgroeien	VWVJ	Onderzoeken van de mogelijkheden tot bijkomende ondersteuning van de socio-emotionele ontwikkeling van jonge kinderen binnen de dienstverlening van Opgroeien
9	Preventie	vzw Health		Positief Holistisch Gezondheidsplan
10	Preventie (adviserende rol), Opgroeien, Federaal	Perinet – Expertisenetwerk PIMH	Opgroeien, Familieplatform, UGent, Eetexpert, VAD, Born in Belgium, Vlaams Instituut Gezond Leven (team tabak en andere nicotineproducten),	Sensibilisering van professionals betreffende ouders die middelen gebruiken/met afhankelijkheidsproblemen
11	Preventie, Eerstelijns en gespecialiseerde zorg	Centrum Algemeen Welzijnswerk	11 CAW's	Sociaal netwerk
12	Preventie, Jeugd	Vlaams Instituut Gezond Leven	Mediawijs, Eetexpert, Childfocus, VAD, VLESP, Kies Kleur Tegen Pesten (actiefiche	Sociale media gebruik en mentaal welbevinden bij kinderen

			moet nog goedgekeurd worden door de partners)	
13	Preventie, Opgroeien	Opgroeien – Kind en Gezin	Opgroeien, Perinet, Vlaams Instituut Gezond Leven, Eetexpert, Stad Gent	Speaking for the baby
14	Gespecialiseerde Zorg	Te Gek!?	Zorgnet Icuro, Psyche vzw, Vlaamse Ouderenraad, PKOKC (Psychische Kwetsbaarheid bij ouderen kenniscentrum)	Te Gek!? Ouderencampagne
15	Preventie, Onderwijs	Vlaams Instituut Gezond Leven (PO GGB)		Uitbreiding Geluk in de klas
16	Preventie (adviserende rol), Opgroeien	Hogeschool UCLL, Research & Expertise, Expertisecentrum Resilient People	Vlaams Instituut Gezond Leven, De Kraamvogel vzw Expertisecentrum Kraamzorg Antwerpen, De Wieg vzw Expertisecentrum Kraamzorg West-Vlaanderen, Kenniscentrum Gezinswetenschappen, De Sloep i-Mens, Opgroeien	Vaderwerking - Versterken van ondersteuning voor vaders en mee-ouders tijdens de transitie naar ouderschap

Tabel 24. Overzicht van op te schalen acties

Nr.	Relevant(e) beleidsdomein(en)	Organisatie (trekker)	Partners	Naam actie
17	Preventie	VAN	CAW, IPSA	#CAVAsa
18	Preventie	Vlaams Instituut Gezond Leven	Te Gek!?, Logo Vlaanderen	10-daagse van de Geestelijke Gezondheid
19	Jeugd	Kies Kleur tegen Pesten	Sportieq, Awel, Bednet, Cavaria, CM, Evo, Gezinsbond, Go! Ouders, Joetz, KOOGO, Mediaraven, Mediwijs, Netwerk tegen armoede, NOM, Pimento, Preventiedienst Stad Leuven, Provincie Limburg, Pulso, Rebelle, Solidaris, Scholierenkoepel, Sensoa, Tumult, VCOV, Vlaams Instituut Gezond Leven, School zonder pesten	Alles over pesten
20	Preventie	Centrum Algemeen Welzijnswerk	* 11 CAW's in Vlaanderen en Brussel * politie * parket * slachtofferonthaal (AJH) * lokale besturen * andere hulpverlenings- en samenwerkingspartners (zie verder)	Als ingangspoort om de doelgroep te bereiken
21	Preventie	Vlaams Instituut Gezond Leven	Eetexpert, VIVEL, Howest, Agentschap Opgroeien (Overkop huizen) - Nog onder voorbehoud van akkoord OverKop (actiefiche moet nog goedgekeurd worden door de partners)	Blended werken met NokNok
22	Preventie, Onderwijs	VWVJ	Vlaams Instituut Gezond Leven, CLB-sectro	Datagedreven gezondheidsbeleid op school dankzij de signaalfunctie van CLB - exploratiefase
23	Preventie	CGG Adentro (team Machtig)	vzw Apart	De Bril in de Bijzondere Jeugdzorg als onderdeel van CCG-preventiestrategie Veerkrachtversterking ter preventie van externaliserend gedrag
24	Preventie	CGG Adentro	Conventie psychologische zorg in de eerstelijns	Deskundigheidsbevordering en open groepsaanbod KO(A)PP als onderdeel van de CCG-preventiestrategie Veerkrachtversterkend aanbod gericht naar (jonge) mantelzorgers vanuit CGG

25	Preventie, Onderwijs	CGG Adentro (team Machtig)	Stad Gent	Expeditie Machtig als onderdeel van CCG-preventiestrategie Veerkrachtversterking ter preventie van externaliserend gedrag
26	Preventie	Vlaams Instituut Gezond Leven	Vlaams Instituut Gezond Leven (partnerorganisatie VBSO) Vlaams Instituut Gezond Leven (partnerorganisatie Tabak)	Holistische buurtwerking voor gezondheid
27	Preventie	Vlaams Instituut Gezond Leven	Vlaamse Logo's , Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn	Implementatie van (blended) werken met de geluksdriehoek en geluksdriehoek.be via zorgprofessionals.
28	Preventie	Familiezorg West-Vlaanderen vzw	Nog uit te klaren. Suggesties: andere diensten voor gezinszorg, Zorggezind, netwerken GGZ	Inbedding van een eerstelijnspsychologische functie binnen dienst voor gezinszorg
29	Preventie, Gespecialiseerde Zorg	Centrum Geestelijke Gezondheid NWVL	CGG Noord-West-Vlaanderen, CIG Ten Anker, ELZ Middenkust, Lokaal sociaal beleid stad Oostende, Kind & Gezin, Huis van het Kind Edith Cavellstraat Oostende, 1G1P NWVL, Netwerk WINGG, Netwerk NOWE, Crosslink, Overkop, Perinataal Netwerk NWVL, CAW NWVL, Brugfiguren onderwijs, Lokaal drugbeleid Brugge, Lokaal drugbeleid Oostende, Groepspraktijk Punt, OCMW Brugge, Fedasil Jabbeke	Kansrijke gezinnen: intergenerationele dynamieken op duurzame manier doorbreken als onderdeel van de CCG-preventiestrategie Veerkrachtversterkend aanbod gericht naar kwetsbare ouders en gezinnen vanuit de CCG.
30	Preventie	CGG Adentro	Lokale dienstencentra regio Gent/Deinze/Eeklo	Mantelzorg als onderdeel van de CCG-preventiestrategie Veerkrachtversterkend aanbod gericht naar (jonge) mantelzorgers vanuit CCG
31	Preventie, Opgroeien	Opgroeien-Kind en Gezin	Opgroeien, UGent, Perinet, Vlaams Instituut Gezond Leven, Familieplatform, Eetexpert	Naar een digitaal kompas voor mentale veerkracht van ouder én kind: Ouderschaps- en opvoedingsondersteuning vanuit psychologische basisbehoeften.
32	Preventie	Leerstoel Zorg en de Natuurlijke leefomgeving Uantwerpen	Provinciale domeinen (Antwerpen), Mee op Stap Wandelcollectief, Wandelsport Vlaanderen, VIVEL, Te Gek!, Vlaams Instituut Gezond Leven, Bewegen op verwijzing	Natuur op Voorschrift om de veerkracht van ouderen te bevorderen.

33	Preventie (adviserende rol), Opgroeien	Koning Boudewijnstichting	Departement Zorg, VAPH, Agentschap Opgroeien, Koning Boudewijnstichting	OverHoop
34	Preventie	Vlaams Apothekers Netwerk (VAN)	Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers, Lokale beroepsverenigingen voor apothekers	Suïcidepreventie in de apotheek: Aantal suïcides en suïcidepogingen verminderen door het inzetten op deskundigheidsbevordering van apothekers en apotheekassistenten in het geven van psycho-educatie m.b.t. medicatiebeheer.
35	Eerstelijns en gespecialiseerde zorg	Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling/ CAW Groep	/	Train-de-trainer Kindreflex voor CAW medewerkers
36	Preventie, Gespecialiseerde Zorg	Centra Geestelijke Gezondheidszorg ism Zorgnet-Icuro	CGG Schelde Dender Waas, Overkophuizen	Veerkracht in verbinding - groepsaanbod voor jongvolwassen KOPP kinderen, als onderdeel van de CGG-preventiestrategie Veerkrachtversterkend aanbod gericht naar (jonge) mantelzorgers vanuit CGG
37	Preventie, Opgroeien	CGG Adentro		Veerkrachtige Ouderschap CGG Adentro als onderdeel van de CGG-preventiestrategie Veerkrachtversterkend aanbod gericht naar kwetsbare ouders en gezinnen vanuit de CGG.
38	Opgroeien	Agentschap Opgroeien	Expertisecentrum Kraamzorg De Kraamvogel, Vlaams Instituut Gezond Leven, UC Leuven-Limburg Expertisecentrum Resilient People	Veerkrachtondersteunend perinataal groepsaanbod in basisaanbod Huizen van het Kind
39	Preventie	CGG VAGGA	/	Veerkrachtversterking ter preventie van externaliserend gedrag: lokale focus op 'jonge aanwas' als onderdeel van CCG-preventiestrategie Veerkrachtversterking ter preventie van externaliserend gedrag
40	Onderwijs	FONDS GAVOORGELUK Stichting van Openbaar Nut	ZES CONSORTIUM SCHOLEN: LAB School Puurs De TANDEM Brugge, KOSMOS Antwerpen , Campus Het SPOOR Mol , ADITE Groep Diest UCLL lerarenopleiding Hasselt, 00 SCHOLEN IN TRANSITIE	Warme Scholen

			'De PBD van de ONDERWIJSNETTEN , GO! , BvL, TABOR , POV, OVSG, KO	
41	Preventie	FONDS GAVOORGELUK Stichting van Openbaar Nut	Vlaams Instituut Gezond Leven, Vlaamse LOGO's, Bataljong, VVSG, KEKI	Warme Steden & Gemeenten
42	Preventie	FONDS GAVOORGELUK Stichting van Openbaar Nut		Warme William
43	Jeugd	Kies Kleur tegen Pesten	Sportieq, Awel, Bednet, Cavaria, CM, Evo, Gezinsbond, Go! Ouders, Joetz, KOOGO, Mediaraven, Mediwijs, Netwerk tegen armoede, NOM, Pimento, Preventiedienst Stad Leuven, Provincie Limburg, Pulso, Rebelle, Solidaris, Scholierenkoepel, Sensoa, Tumult, VCOV, Vlaams Instituut Gezond Leven, School zonder pesten	Wegwijzers voor kinderen en jongeren

9 INDICATOREN VOOR OPVOLGING EN EVALUATIE

Bij het uitwerken en het implementeren van een beleidsplan is het cruciaal om de voortgang, effectiviteit en impact systematisch te evalueren. Dit gebeurt aan de hand van zorgvuldig geselecteerde indicatoren. Dit zijn meetbare en observeerbare variabelen die inzicht geven in het succes en de impact van het beleid en die helpen om te bepalen in hoeverre de vastgelegde beleidsdoelstellingen zijn bereikt.

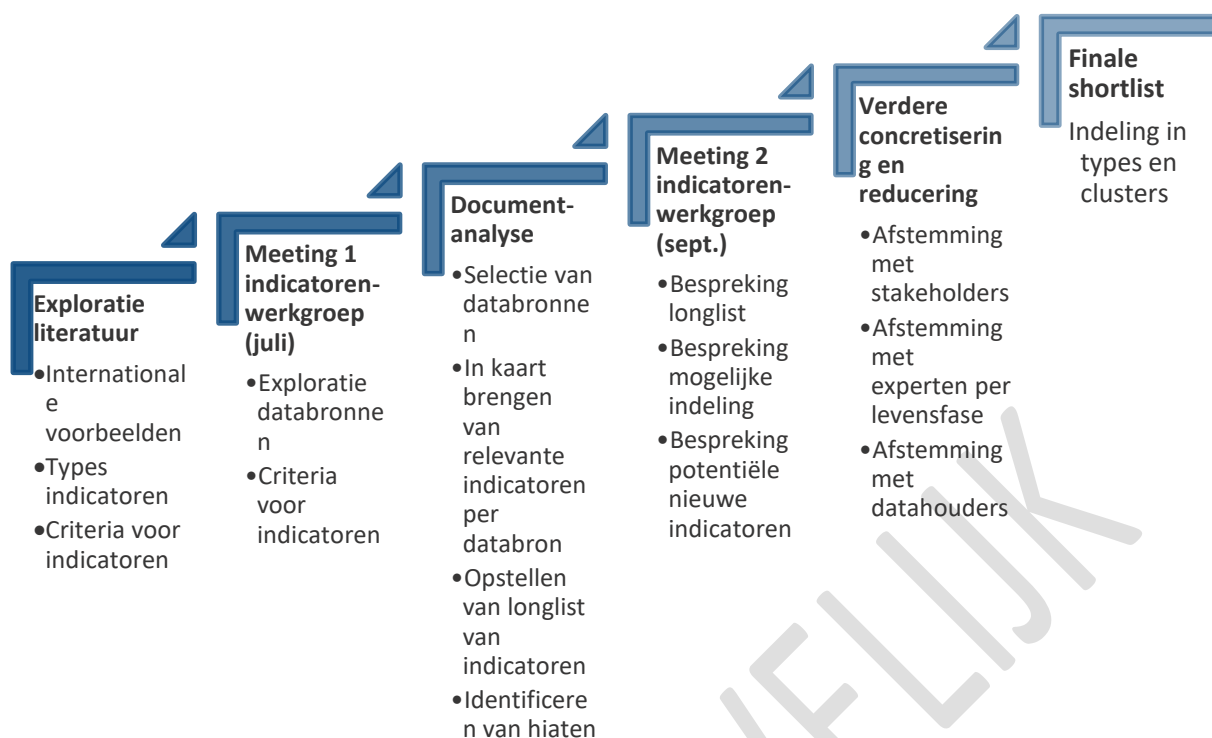
9.1 METHODE

Er werden verschillende methoden gebruikt en stappen gezet om te komen tot een set aan indicatoren voor de evaluatie van het beleidsplan GGB. Na een verkennende literatuurstudie werd een indicatorenwerkgroep samengesteld, bestaande uit relevante partners en bronhouders, om zicht te krijgen op bestaande bronnen over indicatoren over geestelijke gezondheid en determinanten in Vlaanderen. Aan de hand van documentanalyse werden vervolgens de relevante indicatoren per databron in kaart gebracht. Tot slot werd de lange lijst aan indicatoren gereduceerd en verder ingedeeld in samenspraak met de indicatorenwerkgroep, stakeholders en experts.

Om tot een indicatorenkader te komen voor de evaluatie van het beleidsplan GGB, werden de volgende methoden toegepast (zie Figuur 14):

- **Exploratie van relevante achtergrondliteratuur en inspirerende internationale beleidskaders:** De relevante literatuur en inspirerende beleidskaders uit andere landen werden onderzocht.
- **Een eerste afstemming met een indicatorenwerkgroep:** Deze werkgroep, bestaande uit relevante partners en databronhouders, had als doel een overzicht te creëren van beschikbare databronnen en het bespreken van selectiecriteria voor de indicatoren.
- **Documentanalyse:** In de eerste fase werd een inventarisatie en selectie gemaakt van beschikbare databronnen voor de evaluatie van het beleidsplan GGB. In een tweede fase werd een longlist opgesteld van potentiële indicatoren uit de geselecteerde databronnen voor het meten van geestelijke gezondheid en belangrijke determinanten. Belangrijke hiaten werden geïdentificeerd, dat zijn doelstellingen waarvoor geen indicatoren beschikbaar waren. Voor deze hiaten werden voorstellen uitgewerkt voor nieuwe indicatoren om in de toekomst toe te voegen aan bestaande databronnen.
- **Een tweede afstemming met een indicatorenwerkgroep:** Tijdens deze meeting werden de mogelijke indeling van de indicatoren, de longlist en potentiële nieuwe indicatoren om de hiaten op te vullen besproken.
- **Verdere concretisering en reductie:** De onderzoekers beoordeelden de indicatoren in de longlist om tot een werkbare shortlist van indicatoren te komen. Ook het Vlaams Instituut Gezond Leven en experts gaven aanbevelingen.
- **De finale shortlist** werd ingedeeld in types en thematische clusters indicatoren.

Figuur 14. Flowdiagram over de totstandkoming van de shortlist populatie-indicatoren



9.1.1 Relevante achtergrondliteratuur

De eerste stap om te komen tot een set aan indicatoren om de impact van het beleidsplan GGB te evalueren, is het exploreren van de literatuur naar veelgebruikte indelingen en indicatorenkaders in de internationale literatuur en beleidsplannen.

9.1.1.1. Types indicatoren

In de literatuur zijn meerdere types van indicatoren terug te vinden om een beleid te evalueren^{375,376}. Tabel 25 geeft een samenvattend overzicht van veelgebruikte soorten van indicatoren.

Tabel 25. Veelgebruikte types van indicatoren om een beleidsplan te evalueren.

Type indicator	Beschrijving
Inputindicatoren	Geven informatie over de middelen die zijn ingezet om het beleid te realiseren (bv. financiële investeringen, personeelsinzet, materiaal)
Procesindicatoren	Geven informatie over de uitvoering en de implementatie van het beleid (bv. kwaliteit van uitvoering, efficiëntie, mate van naleving en participatie)
Outputindicatoren	Geven informatie over de directe resultaten van het beleid (bv. aantal geïmplementeerde programma's, aantal bereikte doelgroepen)
Omgevings- of contextindicatoren	Geven informatie over evoluties van factoren die deel uitmaken van de brede maatschappelijke omgeving en de uitkomsten beïnvloeden, maar zijn gewoonlijk geen resultaat van het beleid (bv. sociaaleconomische factoren, gezinssamenstelling)
Uitkomstindicatoren	Geven informatie over de beoogde effecten van het beleid op de doelgroep of de samenleving als geheel (bv. verbeterd mentaal welbevinden, verbeterde vaardigheden)

Impactindicatoren	Geven informatie over de bredere effecten van het beleid op de samenleving en de omgeving die zich op langere termijn manifesteren (bv. zorggebruik, verzuim)
-------------------	---

Het Steunpunt WVG was verantwoordelijk voor het opstellen van een shortlist van indicatoren die op termijn moet toelaten om te evalueren of het beleidsplan GGB op populatieniveau de verwachte effecten genereert. In de eerste plaats werd een voorstel van uitkomst- en impactindicatoren uitgewerkt. Daarnaast werd een voorstel uitgewerkt van omgevings- of contextindicatoren die inspelen op enkele belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid, die de overheid ook structureel kan opvolgen.

9.1.1.2. *Inspirerende internationale voorbeelden*

Bestaande indicatorenkaders van andere organisaties of overheden kunnen inspiratie bieden bij de uitwerking van een Vlaamse indicatorenset om geestelijke gezondheid te meten. Twee inspirerende internationale kaders worden kort besproken: (1) *Monitoren Mentale Gezondheid van Nederland* en (2) *the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework* van Canada.

9.1.1.2.1. *Monitor Mentale Gezondheid (Nederland)*

De Monitor Mentale Gezondheid is een initiatief van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Trimbos-instituut, uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van Nederland³⁷⁷. Aanleiding voor de monitor is de landelijke aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' (2023 – 2025) van het ministerie van VWS om de mentale gezondheid te verbeteren. De monitor maakt gebruik van gegevens uit bestaande bronnen die over meerdere jaren informatie bieden. Naast de hele bevolking is er aandacht voor specifieke groepen, zoals kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen, ouderen, studenten, werkenden en mensen in een lage sociaaleconomische positie.

Bij de selectie van indicatoren wordt een onderscheid gemaakt tussen een kernset en een aanvullende set van indicatoren. De kernset is gedefinieerd als een minimale set van essentiële indicatoren, en de aanvullende set bestaat uit indicatoren die afhankelijk van de informatiebehoefte en de benodigde inspanningen kunnen worden toegevoegd.

Er wordt een advies gegeven voor de selectie van indicatoren op de volgende gebieden:

- Mentale gezondheid;
- Determinanten van mentale gezondheid;
- Gevolgen van mentale ongezondheid.

Mentale gezondheid

De onderzoekers vertrokken van een groslijst met 31 indicatoren uit 14 geselecteerde databronnen. Deze indicatoren werden vervolgens beoordeeld op drie criteria:

- **Relevantie:** de indicator meet een belangrijk aspect van mentale gezondheid;
- **Validiteit:** het gebruikte meetinstrument is betrouwbaar;
- **Beïnvloedbaarheid:** wat de indicator meet is beïnvloedbaar door beleid.

Het resultaat was een **selectie van 18 indicatoren over geestelijke gezondheid**. Men maakte daarbij een onderscheid tussen een kernset mentaal welbevinden (onder andere levenstevredenheid, veerkracht), een kernset mentale problemen (onder andere psychische klachten, eenzaamheid), en een aanvullende set psychische aandoeningen op basis van diagnoses.

Determinanten van geestelijke gezondheid

Een groep deskundigen prioriteerde een lijst van determinanten gekend uit de literatuur, wat resulteerde in een lijst van 14 weerhouden determinanten in de kernset (onder andere bestaanszekerheid, sociale omgeving). Vervolgens werd gekeken naar beschikbare gegevens over de determinanten in de geselecteerde databronnen. Voor sommige determinanten waren verschillende indicatoren beschikbaar, wat leidde tot 41 mogelijke indicatoren om weerhouden determinanten mee te meten.

Daarnaast worden drie aanvullende sets indicatoren voorgesteld voor de volgende determinanten:

- Determinanten voor uitsplitsingen: deze set omvat vijf determinanten die deelpopulaties definiëren op basis van sociaaleconomische positie (opleidingsniveau en arbeidspositie), geslacht, leeftijd en etniciteit. Deze determinanten maken het mogelijk om de gegevens over mentale gezondheid verder uit te splitsen, en helpen bij het monitoren van verschillen tussen bevolkingsgroepen.
- Determinanten voor landelijke aanpak: deze set bevat determinanten die niet in de kernset zijn opgenomen, omdat ze niet als prioritair worden beschouwd. Desondanks zijn ze sterk gerelateerd aan de ambities beschreven in het beleidsplan. Ze bieden aanvullende informatie om de landelijke aanpak te ondersteunen.
- Facultatieve determinanten over leefstijl: hoewel deze determinanten niet als meest prioritair worden gezien, zijn ze eenvoudig te extraheren uit de bestaande databronnen en kunnen ze, indien gewenst, gebruikt worden voor aanvullende monitoring.

Een overzicht van de determinanten wordt weergegeven in Figuur 15.

Figuur 15. Overzicht aan determinanten in de Nederlandse Monitor Mentale Gezondheid.

Kernset	Aanvullende sets
Bestaanszekerheid	Set voor uitsplitsingen
Belasting door arbeid	Opleidingsniveau
Belasting door school of studie	Arbeidspositie
Ervaren gezondheid	Etniciteit
Kwaliteit van leven	Geslacht
Meedoen in de samenleving	Leeftijd
Opvoedklimaat in gezin	Set voor landelijke aanpak
Slapen	Normen en waarden in de samenleving ^a
Sociale leefomgeving	Sociale mediagebruik
Sociale omgeving op het werk	Facultatieve set
Sociale omgeving op school	Lichamelijke activiteit
Thuisituatie	Alcoholgebruik
Traumatische ervaringen	Cannabisgebruik
Veiligheid woonomgeving	Roken

a. Normen en waarden in de samenleving ten aanzien van mentale gezondheid.

Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Monitor mentale gezondheid: Advies voor het monitoren van mentale gezondheid als ondersteuning van landelijk en lokaal gezondheidsbeleid. 2023

Gevolgen van mentale ongezondheid

Via een beperkte literatuurstudie en na raadpleging van enkele deskundigen werd op basis van beschikbare databronnen een selectie gemaakt voor een kernset van 22 indicatoren over gevolgen van mentale gezondheid (o.a. wachttijden in de ggz, ziekteverzuim door psychische problemen). Deze zijn veelal gebaseerd op registratiebronnen.

9.1.1.2.2. Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework (Canada)

De Canadese overheid monitort zowel mentale gezondheid als relevante determinanten via het *Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework*. Dit indicatorenkader werd ontwikkeld om positieve mentale gezondheid en de determinanten daarvan op bevolkingsniveau te monitoren³⁷⁸.

Het proces om tot de indicatorenset te komen bestond uit enkele belangrijke stappen:

1. *Ontwikkeling van het conceptuele kader:*

Als basis voor de selectie van indicatoren, werd een conceptueel kader ontwikkeld dat de risicofactoren en beschermende factoren van positieve mentale gezondheid definieert. Dit raamwerk bestaat een socio-ecologisch model dat de invloed van het individu, het gezin, de gemeenschap en de samenleving integreert.

2. *Selectie van uitkomstindicatoren:*

Er werd een lijst van uitkomstindicatoren opgesteld over positieve mentale gezondheid. Vijf uitkomstindicatoren werden geselecteerd die zowel psychologisch, emotioneel als sociaal welzijn omvatten.

3. *Selectiecriteria voor determinant indicatoren:*

Indicatoren om determinanten te meten werden geselecteerd op basis van vijf criteria die belangrijk zijn voor beleidsvorming in de gezondheidszorg³⁷⁹:

- **Relevant:** de indicatoren leveren zinvolle en relevante informatie op voor de beoogde gebruiker.
- **Bruikbaar:** de indicatoren leiden tot bruikbare informatie om de praktijk of het beleid inzake volksgezondheid te informeren, beïnvloeden of wijzigen.
- **Accuraat:** de indicatoren kunnen op een wetenschappelijk verantwoorde, valide en betrouwbare wijze veranderingen meten en zijn makkelijk te interpreteren.
- **Haalbaar:** er zijn kwaliteitsvolle gegevens beschikbaar om over te rapporteren, of het is mogelijk om tegen een beperkte kostprijs gegevensverzameling op te zetten.
- **Herhaald:** de gegevensverzameling gebeurt op regelmatige basis, waardoor het mogelijk is om evoluties doorheen de tijd te bekijken.

4. *Consultatie van stakeholders en deskundigen voor determinant indicatoren:*

Er vond een Delphi-studie met experts en stakeholders in de geestelijke gezondheidszorg plaats om de initiële lijst van 77 determinant indicatoren te evalueren en te verfijnen. De finale set bevat 25 determinant indicatoren die zich situeren op het niveau van het individu, de familie, de gemeenschap en de ruimere samenleving.

Figuur 16. Het Canadees 'Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework'.



Bron: Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2016;36(1):1-10. doi:10.24095/hpcdp.36.1.01

9.1.2 Eerste indicatorenwerkgroep: exploratie van databronnen en criteria van indicatoren

Een eerste bespreking met de indicatorenwerkgroep vond plaats op 3 juli 2024 en telde negen vertegenwoordigers van relevante partners (Departement Zorg, Sciensano, I-CHER, HBSC studie, VIKZ, VIGZ, Belgian Ageing Studies, Agentschap Opgroeien, Jeugdonderzoekspatform). Het doel van de eerste bespreking was zicht krijgen op relevante bevragingen, registraties en andere indicatoren die in Vlaanderen voorhanden zijn, en van gedachten wisselen over potentiële gezondheidsindicatoren en de criteria waaraan deze zouden moeten voldoen.

Voorafgaand aan de discussie presenteerden de onderzoekers het verloop van het onderzoeksproject, relevante tussentijdse resultaten en enkele eerste benaderingen om te komen tot potentiële indicatoren, waaronder internationale voorbeelden en een beschrijving van de verschillende soorten indicatoren om een beleid te evalueren. Onderstaand worden per vraag de voornaamste aanvullingen en bemerkingen van de werkgroepleden samengevat.

9.1.2.1. Potentiële databronnen

De eerste vraag behandelde de databronnen die het meest geschikt zijn om het beleidsplan mee te evalueren. De onderzoekers stelden een eerste lijst van potentiële databronnen voor, waaronder:

- De Gezondheidsenquête van Sciensano (Belgian Health Interview Survey; HIS);
- De Preventiebarometer van Sciensano;
- De HBSC-studie;
- De JOP-monitor;

- De Vlaamse werkbaarheidsmonitor;
- De Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid;
- De IMA Atlas;
- Kind & Gezin / Opgroeien;
- StatBel.

De deelnemers voegden volgende databronnen toe aan deze lijst:

- BELHEALTH surveys;
- Ouderenbehoefteonderzoeken;
- Gezinsenquête;
- VIKZ bevraging over kwaliteit van leven in WZC;
- Public Mental Health Monitor;
- Survey of Health Ageing and Retirement (SHARE);
- European Social Survey (ESS);
- COVID-19 Health Surveys (CHSs);
- European Quality of Life Survey (EQLS);
- Living, Working COVID-19 Online Surveys (LWCs);
- Preventiepeiling.

De werkgroep merkte op dat het merendeel van de voorgestelde databronnen indicatoren bevatten die gebaseerd zijn op **zelfrapportering** welke onderhevig zijn aan informatiebias en selectiebias. Het is nodig om bij de selectie van indicatoren rekening te houden met de methode van dataverzameling en de representativiteit van de steekproef. Het gebruik van **registratiegegevens** kan daarom zinvol zijn.

9.1.2.2. Relevante indicatoren voor een beleidsplan GGB

De werkgroepleden hadden volgende suggesties over indicatoren die al dan niet wenselijk zijn om op te nemen in het beleidsplan GGB:

- **Omgevingsdeterminanten zijn belangrijk** om een health in all policies benadering expliciet te maken, waarbij omgevingsactoren verantwoordelijkheid dragen. Een helder onderscheid tussen de situatie (nulmeting) en opvolging en evolutie (procesmeting) is cruciaal.
- Het is wenselijk om de **toegankelijkheid, tijdigheid en gepastheid van zorg (bijvoorbeeld wachttijden)** op te volgen.
- Indicatoren die (aspecten van) **eenzaamheid en hoop** meten, zijn belangrijk om te includeren.
- Ook **geestelijke gezondheidsgeletterdheid** ('mental health literacy'), waaronder kennis van hulpverleningsinstanties en (uitstel tot) hulpzoekgedrag, is een belangrijke indicator die ontbreekt.
- **Psychofarmacagebruik** lijkt een minder geschikte indicator om te includeren, omdat deze niet eenduidig te interpreteren is. Het kan immers een indicator zijn van zowel goede als minder goede zorg. Dit kan bijvoorbeeld wijzen op ongepast voorschrijfgedrag van psychofarmaca als gevolg van de beperkte toegankelijkheid van psychotherapie.

9.1.2.3. Criteria voor de selectie van indicatoren

Volgende criteria waren volgens de werkgroepleden belangrijk voor de selectie van indicatoren:

- **Verbeterpotentieel:** De acties van het beleidsplan moeten een **impact hebben** op de indicatoren.
- **Tijdshorizon:** Een goede indicator moet **binnen een korte tot middellange tijdshorizon de verwachte veranderingen** door de acties uit het beleidsplan kunnen **meten**. Soms zijn er vertraagde effecten of meerdere, tegengestelde krachten in de samenleving die een indicator kunnen beïnvloeden.

- **Universele indicatoren:** Het is belangrijk om indicatoren te selecteren die gemeten kunnen worden bij **verschillende leeftijdsgroepen**. Deze indicatoren dienen echter voorzichtig geïnterpreteerd te worden, aangezien meetinstrumenten ontwikkeld voor volwassenen een vertekend resultaat kunnen opleveren bij jongeren en ouderen (bijvoorbeeld Quality of Life). Over verschillende levensfasen heen kunnen sommige determinanten ook een grotere of juist kleinere impact hebben. Bijvoorbeeld voor ouderen valt er veel winst te boeken met ingrepen in de ruimere omgeving (bijvoorbeeld ruimtelijke ordening en huisvesting), waardoor indicatoren die omgevingsdeterminanten meten voor hen belangrijk zijn.

9.1.3 Documentenanalyse

De onderzoekers van LUCAS maakten een inventarisatie en selectie van potentiële databronnen over geestelijke gezondheid of relevante determinanten. De databronnen werden gescreend op basis van volgende criteria:

- Bevat relevante, bruikbare en valide indicatoren over geestelijke gezondheid en belangrijke determinanten
- Data is beschikbaar en representatief voor het Vlaamse gewest
- Er zijn structureel herhaalde metingen voorhanden

Voor iedere weerhouden databron werden relevante indicatoren in kaart gebracht die aansluiten bij de strategische en operationele doelstellingen van het beleidsplan. Deze indicatoren werden samengevoegd tot een longlist. Vervolgens werden hiaten geïdentificeerd: dit zijn doelstellingen van het beleidsplan waarvoor (bijna) geen (geschikte) indicatoren beschikbaar zijn. Deze bieden inzicht voor het ontwikkelen of opnemen van potentiële nieuwe indicatoren in de toekomst (zie Geïdentificeerde hiaten voor potentiële nieuwe indicatoren).

Er werd een onderscheid gemaakt tussen surveydata verkregen via zelfrapportage, registratiedata, en indicatoren verzameld met de Preventiepeiling.

9.1.3.1. Surveydata

Voor iedere databron met surveydata werd volgende informatie geëxtraheerd: bronhouder, studiepopulatie (leeftijd, setting), eerste data-afname, meetfrequentie, methodologie steekproeftrekking, steekproefgrootte voor het Vlaams gewest. Tabel 26 en Tabel 27 tonen respectievelijk **de weerhouden en niet-weerhouden databronnen met surveydata**. De redenen voor het niet weerhouden van de databronnen worden eveneens weergegeven in de tabel.

Tabel 26. Weerhouden databronnen met surveydata.

Naam	Bronhouder	Studiepopulatie	Meetfrequentie	Laatste meting	Methodologie	Steekproefgrootte Vlaams gewest
Health Interview Survey (HIS) / Gezondheidsenquête	Sciensano	Algemene bevolking 0+	Om de 4 à 5 jaar sinds 1997	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 3.176 voor 2018
Preventiebarometer	Sciensano	Algemene bevolking 18+	Om de 3 jaar sinds 2022	2022	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 3.775
SV-bevraging	Statistiek Vlaanderen	Algemene bevolking 18+	Verschillende keren per jaar sinds 2021	2024	Aselecte steekproef via Rijksregister	variabel, n = ca. 2.200
HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)	UGent	Jongeren (11-18 jaar)	Om de 4 jaar sinds 1982	2022	Aselecte (cluster) steekproef van scholen	n = 9.991
JOP-monitor	Jeugdonderzoeks-platform	Jongeren (ca. 12-25 jaar, grenzen variëren door jaren heen)	Om de 5 jaar sinds 2008 (voor het eerst in 2005)	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 4.264 via scholen in grootsteden; n = 1.396 via scholen in Vlaanderen; n = 1650 via post
Vlaamse werkbaarheidsmonitor	Stichting Innovatie en Arbeid	Werknemers (loontrekkenden)	Om de 4 jaar sinds 2004	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 8.901
Gemeente-stadsmonitor	Agentschap Binnenlands bestuur	Algemene bevolking (17 - 85 jaar)	Om de 3 jaar sinds 2004	2023	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 135.766
Gezinsenquête	Departement Zorg	Gezinnen met een kind tot en met 25 jaar	Om de 5 jaar sinds 2016	2021	Aselecte steekproef via Rijksregister	n = 3.323

Tabel 27. Niet weerhouden databronnen met surveydata.

Naam	Bronhouder	Studiepopulatie	Meetfrequentie	Methodologie	Steekproefgrootte Vlaams gewest	Reden van exclusie
Belhealth / Belgisch Cohort Gezondheid en Welzijn	Sciensano	Algemene bevolking 18+	Om de 3 à 4 maanden sinds 2022	Cohorte studie, deel zelfselectie, deel via rijksregister	variabel, n = ca. 4.500	- Representativiteit van methode is niet gegarandeerd door deels zelfselectie. - Voordeel is wel dat data op korte termijn kan worden opgevolgd, maar niet realistisch binnen beleidsplan (effecten zullen pas zichtbaar zijn op langere termijn)
European Social Survey	KULeuven en UCLouvain	Algemene bevolking 15+	Regelmatig sinds 2002	Aselecte steekproef via Rijksregister	Ca. 1800 Belgen (data Vlaanderen moeten opgevraagd worden)	Vooraf bevestiging van attitudes. Welzijn wordt niet structureel bevestigd. Weinig meerwaarde bovenop andere vragenlijsten.
SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement)	UAntwerpen en Universiteit van Luik	Volwassenen en ouderen 50+ en hun partner	Om de 2 jaar sinds 2004	Aselecte steekproef via Rijksregister	ca. 2000 Belgen (data Vlaanderen moeten opgevraagd worden)	Weinig toegevoegde waarde (relevante determinanten over mentaal welzijn zitten ook in HIS)
Kwaliteit van leven, wonen en zorg meten in Vlaamse woonzorgcentra	Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg	Bewoners woonzorgcentra en hun naasten	Voor het eerst in 2024, herhaling driejaarlijks	Steekproef in 408 WZC	ca. 10.000 bewoners WZC	Loopt momenteel voor het eerst, zit voorlopig enkel Quality of Life (BelRAI) in.
Belgian Ageing Studies / ouderenbehoefteonderzoeken	VUB	Ouderen 60+	Sinds 2002	Aselecte steekproef per gemeente	Ca. 420 per gemeente	Representatief voor gemeente, onduidelijk voor Vlaams gewest op zich. Wel aanbevolen voor gemeentelijk beleid.

9.1.3.2. Registratiedata

Het aantal potentiële indicatoren afkomstig van registratiedata is beperkt. Er zijn immers geen registratiebronnen die specifiek betrekking hebben op positieve geestelijke gezondheid. Registratiedata over het gebruik van hulpverlening zijn wel beschikbaar (bv. CLB, Opgroeien/Kind en Gezin, CAW en de eerstelijnspsychologische zorg door de RIZIV-overeenkomst), maar zijn vooral bedoeld voor administratieve doeleinden en de evaluatie op organisatieniveau. Ze zijn minder geschikt voor het monitoren van geestelijke gezondheid in de algemene populatie. Daarom is het van belang om deze data met de nodige voorzichtigheid te interpreteren, vooral wanneer ze worden gebruikt om specifieke beleidsdoelstellingen te evalueren. Tabel 28 toont een overzicht van potentiële indicatoren uit deze registratiebronnen.

Tabel 28. Overzicht van potentiële indicatoren uit registratiebronnen.

Registratiebron	Potentiële indicatoren
RIZIV	Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door psychische stoornis
RIZIV	Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door depressie
RIZIV	Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door burn-out
CLB	Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor emotionele ontwikkeling (angst, depressie, persoonlijkheid)
CLB	Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor sociale ontwikkeling (regelovertredend gedrag, gedragsproblemen, pesten of gepest worden)
CLB	Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor verontrusting en problemen thuis
Opgroeien (Kind en Gezin)	Aandeel pasgeborenen (tot 3 maanden) dat minstens één consult kreeg van Kind en Gezin
Opgroeien (Kind en Gezin)	Aandeel pasgeborenen (tot 3 maanden) dat minstens één gezinsbezoek kreeg van Kind en Gezin
CAW	Aantal CAW cliënten per jaar
ELP / RIZIV	Aantal Vlaamse gebruikers eerstelijnspsychologische zorg RIZIV-conventie

9.1.3.3. Preventiepeiling (procesindicatoren)

Tot slot, worden indicatoren uit het thematische luik '**mentaal welbevinden**' van de **Preventiepeiling**⁶. (vroeger: indicatorenbevraging) door Gezond Leven opgenomen als **procesindicatoren**. Deze databron bevat geen populatie-indicatoren noch registratiedata, maar wel indicatoren die informatie bieden over de aanwezigheid van een preventief gezondheidsbeleid in scholen, ondernemingen, steden en gemeenten, kinderopvanginitiatieven en zorg- en welzijnsinstellingen in Vlaanderen en Brussel. Met een driejaarlijkse vragenlijst wordt in deze settings gemonitord hoe(veel) organisaties, instellingen en voorzieningen inzetten op verschillende preventieve gezondheidsthema's (bv. voeding, beweging, mentaal welbevinden,...) en hoe ze ervoor zorgen dat hun beleid succesvol is. De set vragen is opgebouwd rond een aantal kwaliteitscriteria die samenvatten welke initiatieven, maatregelen en

⁶ <https://www.gezondleven.be/projecten/preventiepeiling>

faciliteiten deel uitmaken van een kwaliteitsvol preventief beleid voor het betreffende thema. De indicatoren zijn ingedeeld op basis van de Geluksdriehoek en de vier preventiestrategieën: educatie, omgevingsinterventies, afspraken en regels, en zorg en begeleiding. Merk op dat deze procesindicatoren niet zijn opgenomen in de shortlist gezien dit geen populatie-indicatoren betreffen.

9.1.4 Tweede indicatorenwerkgroep

Een tweede bijeenkomst met de indicatorenwerkgroep vond plaats op 4 september 2024 en telde zeven vertegenwoordigers van relevante partners (Departement Zorg, Sciensano, I-CHER, HBSC studie, VIKZ, VIGZ, Belgian Ageing Studies, Agentschap Opgroeien, Jeugdonderzoekplatform). Het doel van de bespreking was om tot een selectie van indicatoren te komen en om potentiële nieuwe indicatoren verder te verkennen. Hierbij kon de indicatorenwerkgroep voortbouwen op de inventarisatie en classificatie van bestaande databronnen, die tussen bijeenkomsten 1 en 2 werd vervolledigd. Aanvullend bereidden de onderzoekers van LUCAS ook een reeks potentiële nieuwe indicatoren voor. Volgende vragen werden besproken:

1. Is er akkoord over de weerhouden databronnen?
2. Is er akkoord over de indeling van de indicatoren?
3. Welke indicatoren of thema's kunnen eventueel geschrapt worden?
4. Ideeën over potentiële nieuwe indicatoren en hoe deze te meten?

Een suggestie was om de Public Mental Health Monitor mee te nemen als weerhouden databron. Dit is een recente bevraging met een eerste meetmoment in 2023. De onderzoekers verduidelijkten dat de Public Mental Health Monitor niet geschikt is om te weerhouden, omwille van volgende redenen:

- De dataverzameling verloopt momenteel op projectmatige basis, waardoor continuïteit van de dataverzameling niet gegarandeerd is.
- De monitor meet vooral psychopathologie door middel van DSM-IV-diagnoses. Positieve geestelijke gezondheid en determinanten ervan zijn minder opgenomen.
- De steekroef is niet aselekt gerekruteerd via het Rijksregister, maar via een commercieel online panel, waardoor deze niet representatief is

Indicatoren die gedragsveranderingen meten ontbreken; momenteel ligt de focus vooral op omgeving en determinanten, waardoor het aandeel van het individu ontbreekt. De onderzoekers wezen op de beperkte beschikbaarheid van indicatoren die gedragsverandering meten bij geestelijke gezondheid.

Het is een aandachtspunt om de benaming van de types indicatoren af te stemmen op de benamingen die in andere beleidsdomeinen terugkomen, zoals bij de evaluatie van de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'. De onderzoekers wijzen op het unieke karakter van geestelijke gezondheidsbevordering, met minder gedragssuitkomsten en meer subjectieve indicatoren en determinerende factoren. Er werd besloten om de unieke 'intermediaire uitkomstindicatoren' te behouden.

De mening verschilt over het al dan niet opnemen van indicatoren die zorggebruik meten. Sommige leden betwijfelen of het mogelijk zal zijn om veranderingen in deze indicatoren toe te wijzen aan acties binnen het beleidsplan. Andere leden benadrukken dat het de enige indicatoren zijn die gedrag meten. Daarom is de werkgroep geneigd om deze indicatoren toch te includeren, maar om deze met voorzichtigheid te interpreteren.

Verder kwamen volgende opmerkingen aan bod:

- Bepaalde indicatoren komen in verschillende databronnen voor. Overlap dient te worden vermeden, maar voor sommige indicatoren kan het interessant zijn om deze meerdere keren op te nemen indien deze op een andere manier gemeten zijn.
- De beslissing om indicatoren al dan niet te weerhouden, moet in lijn zijn met de doelstellingen die het beleidsplan GGB wil realiseren.
- Bij de toelichting van potentiële nieuwe indicatoren hebben gevalideerde vragenlijsten die idealiter reeds gebruikt zijn in eerder Europees onderzoek de voorkeur boven zelf geconstrueerde items.

9.1.5 Reductie van longlist tot finale set (shortlist)

Het doel was om de longlist te reduceren tot een shortlist, ofwel de finale set aan weerhouden indicatoren. De onderzoekers hanteerden daarvoor een stapsgewijs proces om te komen tot een zorgvuldige selectie van relevante en bruikbare indicatoren die aansluiten bij de doelstellingen van het beleidsplan GGB.

In een eerste fase beoordeelden twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar de relevantie van elke indicator uit de longlist, gebruikmakend van de volgende inclusiecriteria:

1. De indicator sluit aan bij de strategische en operationele doelstellingen
2. Het beleid GGB kan invloed uitoefenen op de indicator, waardoor veranderingen te verwachten zijn
3. Voor de indicator is bij voorkeur een voldoende lange baseline periode beschikbaar
4. De indicatorenwerkgroep beoordeelt de indicator als relevant
5. De indicator is bij voorkeur beschikbaar voor meerdere levensfasen

De onderzoekers wezen elke indicator toe aan één van de drie categorieën: 'weerhouden in shortlist', 'niet weerhouden in shortlist' of 'twijfel'. Bij onenigheden over de toegewezen categorie overlegden de twee onderzoekers totdat consensus werd bereikt.

In een tweede fase werden indicatoren uit de 'twijfel' categorie voorgelegd aan twee medewerkers van de partnerorganisatie Gezond Leven en aan diverse expertpanels.

In een derde en laatste fase bepaalden de twee onderzoekers van LUCAS in onderling overleg welke indicatoren uit de 'twijfel' categorie alsnog in de shortlist werden opgenomen. Om te komen tot een werkbaar aantal indicatoren, werd in deze stap een extra criterium gebruikt: de indicator heeft een toegevoegde waarde bovenop de reeds weerhouden indicatoren, om dubbele of gelijkaardige indicatoren te beperken. Bij deze afweging hielden de onderzoekers rekening met het oordeel van de experts en de partnerorganisatie Gezond Leven.

9.1.6 Aanbevelingen van experts

In oktober 2024 organiseerde LUCAS KU Leuven online expertmeetings met 17 experts, elk gericht op een specifieke levensfase. Tijdens deze meetings werd de longlist van indicatoren per levensfase besproken, met de focus op twee kernvragen:

- Welke indicatoren m.b.t. de perinatale periode zijn geschikt om het beleidsplan te evalueren?

- Hoe kunnen deze gegevens structureel op een efficiënte en representatieve manier verzameld worden?

De discussies leidden tot waardevolle inzichten over de geschiktheid en beperkingen van indicatoren uit de longlist, potentiële nieuwe indicatoren om toe te voegen en mogelijkheden om verschillende dataverzamelingen te integreren. Het is belangrijk om op te merken dat de suggesties voor nieuwe indicatoren en de integratie van andere bestaande dataverzamelingen niet zijn meegenomen in de voorgestelde shortlist van indicatoren. Relevante suggesties en opmerkingen worden wel in dit hoofdstuk beschreven, met als doel toekomstige evaluatoren te ondersteunen bij het verder optimaliseren van het indicatorenkader.

9.1.6.1. Eerste duizend dagen

De experts merkten op dat het aantal indicatoren binnen de perinatale periode zeer beperkt is. Ze onderstreepten de noodzaak om te investeren in betere indicatoren voor de evaluatie van geestelijke gezondheid in deze levensfase te evalueren. Daarnaast haalden zij aan dat de huidige indicatoren vooral individueel gericht zijn, terwijl de perinatale periode bij uitstek een gedeelde ervaring is waarbij de context een cruciale rol speelt.

Op basis van deze bedenkingen deden de experts enkele concrete suggesties voor nieuwe indicatoren om de evaluatie van de beleidsdoelstellingen binnen de perinatale periode te versterken:

- Veranderingen tijdens de zwangerschapsperiode
- Parentale burn-out of depressie bij de ouders
- Kwaliteit van de ouderlijke opvoeding
- Coping gedrag van de ouders
- Regulatieproblemen van kind (i.e., moeite met zichzelf te kalmeren en ontspannen)
- Fysieke gezondheid van het kind, zoals gewicht en eetgedrag

Het screenen van depressie en angst gebeurt door Kind en Gezin aan de hand van twee gevalideerde korte screeningstools, met name de 'Whooley-questions' voor depressie en de GAD-2 voor angst, conform de richtlijn 'Screening en detectie van perinatale mentale stoornissen (2018)'⁷. De experts stellen voor om deze items te gebruiken voor de evaluatie van het beleidsplan.

Daarnaast stelden de experts voor om indicatoren uit lopende projecten en bestaande datasets te integreren voor een structurele, efficiënte en representatieve dataverzameling. Zij verwezen daarbij naar volgende databronnen, lopende projecten en recente wetenschappelijke initiatieven:

- De dataverzamelingen van het Agentschap Opgroeien, het Departement Zorg, en Intermutualistische Agentschap.

⁷ De richtlijn door Van Damme ea (2018) is ontwikkeld in opdracht van en met de steun van de Vlaamse Overheid, met als doel een zorgpad uit te schrijven dat kan helpen bij de vroegtijdige detectie en behandeling van perinatale mentale problemen. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Richtlijn-perinatale-gezondheid.pdf>

- “Born in Belgium Professionals”⁸, een RIZIV-project dat een digitale tool aanbiedt. Het is een online, gedeeld platform dat informatie over de psychosociale situatie van de zwangere vrouw centraliseert en ter beschikking stelt van haar hulp- en zorgverleners uit de (para)medische en sociale sector.
- Het Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie⁹ (SPE): een wetenschappelijke vereniging van gynaecologen, pediaters en vroedvrouwen. Het SPE wordt door Zorg en Gezondheid gesubsidieerd om de medische gegevens rond geboorte en bevalling in de Vlaamse materniteiten te registreren.
- Veelbelovende onderzoeksprojecten, zoals de PRIL-studie en Co-PRIME, bevatten goede metingen van relevante indicatoren (bv. perinatale mentale problemen, regulatieproblemen van kinderen) die structureel zouden kunnen ingebed worden in bestaande databronnen.

9.1.6.2. Kinderen en jongeren

Experten uit de levensfase kinderen en jongeren plaatsten volgende kanttekeningen bij de longlist.

- De experts stipten aan dat het onderscheid tussen positief (zoals geluksgevoel, tevredenheid over mentale gezondheid,...) en negatief mentaal welzijn (zoals waarschijnlijke psychische aandoening, stress,...) zeer belangrijk is in het licht van dit beleidsplan. Het is bijgevolg positief dat beide aspecten aan bod komen in de longlist.
- De experts wezen op enkele beperkingen van de weerhouden databronnen en benadrukten het belang van een zorgvuldige interpretatie van volgende indicatoren:
 - Indicatoren afkomstig uit de HBSC-studie: hoewel deze studie wordt uitgevoerd bij een representatieve steekproef, zijn sommige indicatoren gebaseerd op slechts één item in plaats van een gevalideerde schaal, wat implicaties heeft voor de validiteit.
 - Indicatoren afkomstig uit de JOP-monitor: hoewel deze bevraging goede meetinstrumenten gebruikt, is de responsgraad laag.
 - Indicatoren afkomstig uit de Gezondheidsenquête: deze survey is gericht op een brede leeftijdsgroep, waardoor de gebruikte schalen niet altijd geschikt zijn voor jongeren.
 - De indicator zelfbeschadigend gedrag afkomstig uit de JOP-monitor en de HBSC-studie: de items die hiervoor gebruikt worden zijn niet optimaal.
- Indicatoren over subjectief welbevinden worden als meer waardevol gezien dan registratiedata over zorggebruik.
- Registratiedata zijn minder efficiënt om te gebruiken dan data verzameld in het kader van een studie: het duurt vaak lang vooraleer de data beschikbaar zijn en het is omwille van vele praktische drempels niet evident om correcte informatie uit deze data te extraheren.
- De experts roepen op om een meer geïntegreerde aanpak te gebruiken om data te verzamelen bij kinderen en jongeren. Dit draagt bij aan een structurele, efficiënte en representatieve evaluatie.

⁸ <https://borninbelgiumpro.be/>

⁹ [Verwijzing op website Departement Zorg](#)

- De experts stelden voor om veerkracht bij kinderen en jongeren te meten aan de hand van het recent ontwikkelde Vlaamse instrument van Soyez (2023)¹⁰.
- De experts raden aan om een indicator over schooluitval op te nemen.
- De experts raden aan om een nieuwe indicator over sociale media te ontwikkelen of op te nemen, met daarbij een opsplitsing tussen harmonisch gebruik en obsessief gebruik.

9.1.6.3. (Jong)volwassenen

Experten uit de levensfase (jong)volwassenen formuleerden volgende kanttekeningen en suggesties om te komen tot een finale shortlist:

- De databronnen zijn vaak niet representatief voor kwetsbare groepen, omdat ze onvoldoende aandacht besteden aan het includeren van personen in een kwetsbare positie.
- De volgende indicatoren werden door de experts als relevant beschouwd voor de uiteindelijke shortlist:
 - Suïcidale ideatie: ondanks de overlap met het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie is deze indicator ook voor dit beleidsplan essentieel.
 - Gebruik van psychofarmaca: hoewel dit een indicator van zorggebruik is, toch is het ook een relevante indicator voor de evaluatie van het beleidsplan GGB.
 - Jobmotivatie
 - Werkdruk
 - Tevredenheid over het werk
 - Slaapproblemen

De experts deden enkele concrete suggesties voor aanvullende indicatoren om de evaluatie van de beleidsdoelstellingen binnen deze leeftijdsfase te versterken:

- Armoede of financiële toestand van een individu, of het risico op sociale uitsluiting
- 'Mattering' of 'sense of belonging': het gevoel dat iemand ertoe doet en zich verbonden voelt
- Geestelijke gezondheidsgeletterdheid: hoewel dit een complex concept is, kan dit gemeten worden via diverse vragenlijsten die variëren in inhoud en focus.
- Risico's in de werkomgeving: bijvoorbeeld extra indicatoren uit de werkbaarheidsmonitor (autonomie, leermogelijkheden, emotionele belasting, taakvariatie, ondersteuning,...).

De experts stelden voor om volgende gevalideerde meetinstrumenten op te nemen:

- De 'Flourishing scale' voor het meten van verschillende aspecten van positieve geestelijke gezondheid¹¹
- De FEEL-E voor het meten van emotieregulatie¹²

¹⁰ Soyez, Veerle; Baetens, Imke; Theuns, Peter; Van Droogenbroeck, Filip; Devarwaere, Sofie (2023) – [Eindrapport](#) en [bijlagen](#)

¹¹ Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2009). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266. https://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/FS_Dutch.pdf

¹² <https://www.hogrefe.com/nl/shop/feel-e-vragenlijst-over-emotieregulatie-bij-volwassenen.html>

- De ‘Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10)’ voor het meten van veerkracht¹³

Tenslotte werd aanbevolen om indicatoren uit lopende projecten en bestaande dataverzamelingen te integreren in de evaluatie van het beleidsplan GGB. Daarbij werd verwezen naar de psychosociale risicoanalyse van IDEWE¹⁴, de European Working Conditions Survey¹⁵ en The Social Study¹⁶.

9.1.6.4. Ouderen

Experten uit de levensfase ouderen formuleerden volgende kanttekeningen en suggesties om te komen tot een finale shortlist:

- Het opnemen van indicatoren over actieve participatie in verenigingen en vrijwilligerswerk kan de indruk wekken dat ouderen actief moeten deelnemen aan het verenigingsleven om zich verbonden te voelen met de samenleving, terwijl andere waardevolle activiteiten even goed tot verbondenheid en zingeving kunnen leiden. De experts vinden deze indicatoren dus minder geschikt voor evaluatie van het beleidsplan.
- De indicator ‘kwaliteit van leven’ levert weinig inzichten op, omdat deze te veel complexe dimensies probeert te meten via één maat.
- Indicatoren die hulpgebruik (incl. gebruik van psychofarmaca) meten leveren dubbelzinnige informatie op en worden daarom afgeraden om te includeren in de shortlist. Het zou meer informatief zijn om onvervulde hulpnoden te meten, zoals mensen die hulp nodig hebben maar deze niet krijgen.

De experts deden een aantal suggesties om nieuwe indicatoren toe te voegen die beter aansluiten bij de behoeften en leefwereld van ouderen:

- Onvervulde hulpnoden: indicator die meet of iemand hulp nodig heeft, maar dit niet ontvangt.
- Zingeving en betekenis: indicator die meet of iemand zijn leven als betekenisvol ervaart
- Normaliseren van uitdagingen: indicator die het vermogen meet om normale moeilijkheden en uitdagingen te herkennen en te aanvaarden
- Vaardigheden van hulpverleners: indicatoren die meten hoe goed hulpverleners in staat zijn om veerkracht bij (oudere) cliënten/patiënten te stimuleren.

9.1.7 Longlist met niet weerhouden populatie-indicatoren

Tabel 29 geeft de indicatoren weer die deel uitmaakten van de longlist, maar niet opgenomen zijn in de finale selectie (‘shortlist’). Deze indicatoren worden niet ingedeeld in types en clusters.

Tabel 29. Populatie-indicatoren buiten finale selectie

¹³ <https://www.connordavidson-resiliencescale.com/>

¹⁴ <https://www.idewe.be/-/risicoanalyse-psychosociale-aspecten>

¹⁵ <https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs>

¹⁶ <https://thesocialstudy.be/>

Indicator	Bron
Aandeel pasgeborenen dat minstens één consult kreeg van Kind en Gezin	Opgroeien
Aandeel pasgeborenen dat minstens één gezinsbezoek kreeg van Kind en Gezin	Opgroeien
Aantal CAW cliënten per jaar (+ JAC)	CAW
Actieve betrokkenheid van de burger (bv. meewerken aan wijkfeest of opruimactie)	Gemeente-stadsmonitor
Deelname aan buurtactiviteiten	Gemeente-stadsmonitor
Externaliserend probleemgedrag kinderen	Gezinsenquête
Gebruik antidepressiva afgelopen 2 weken	HIS
Gebruik psychotrope medicatie afgelopen 2 weken	HIS
Gebruik slaap- en kalmeermiddelen afgelopen 2 weken	HIS
Geestelijke gezondheid	Preventiebarometer
Gepest worden op school (ja/nee)	JOP-monitor
Gezinsfunctioneren	Gezinsenquête
Houding tegenover diversiteit	Gemeente-stadsmonitor
Internaliserend probleemgedrag kinderen	Gezinsenquête
Klimaatbezorgdheid	HIS
Klimaatbezorgdheid	JOP-monitor
Levenstevredenheid	JOP-monitor
Levenstevredenheid	Preventiebarometer
Mantelzorg geven	HIS
Mantelzorg geven	Gemeente-stadsmonitor
Mantelzorg krijgen	Gemeente-stadsmonitor
Niveau van gezondheidsvaardigheden	Preventiebarometer
Onveiligheidsgevoel in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Participatie in verenigingsleven	Gemeente-stadsmonitor
Problemen met prosociaal gedrag kinderen	Gezinsenquête
Schooltevredenheid	HBSC
Subjectieve moeilijkheden van het kind (ouderbeleving)	Gezinsenquête
Tevredenheid over buurt	SV-bevraging
Tevredenheid over combinatie werk-gezin	Gezinsenquête
Tevredenheid over contact in de buurt	Gemeente-stadsmonitor

Tevredenheid over contact met huisgenoten	SV-bevraging
Tevredenheid over gezondheid	SV-bevraging
Tevredenheid over hoeveel je kan beslissen over je leven	JOP-monitor
Tevredenheid over lichamelijke gezondheid	JOP-monitor
Tevredenheid over opvoeding van kinderen	Gezinsenquête
Tevredenheid over sociale contacten met leeftijdsgenoten	JOP-monitor
Tevredenheid over sociale leven van ouders	Gezinsenquête
Tevredenheid over toekomstmogelijkheden	JOP-monitor
Tevredenheid over vrije tijd	SV-bevraging
Tevredenheid over vrijetijdsbesteding	JOP-monitor
Tevredenheid over werk	SV-bevraging
Tevredenheid over woonplaats	JOP-monitor
Veerkracht	JOP-monitor
Vertrouwen in medemens	Gemeente-stadsmonitor
Voldoende groen in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Vrijwilligerswerk	Gemeente-stadsmonitor
Zelf gerapporteerde depressie	HIS
Zich eenzaam voelen	SV-bevraging
Zich gelukkig voelen	SV-bevraging
Zich thuis voelen in de buurt	Gemeente-stadsmonitor
Zichzelf te dik vinden	HBSC

9.1.8 Geïdentificeerde hiaten voor potentiële nieuwe indicatoren

De onderzoekers van LUCAS gingen na of er strategische en operationele doelstellingen zijn waarvoor momenteel geen indicatoren beschikbaar zijn om deze te evalueren. Dit zijn de zogenaamde hiaten. Voor deze hiaten is een eerste voorstel uitgewerkt voor potentiële nieuwe indicatoren. De databronhouders kunnen vervolgens in afstemming met het Departement Zorg deze nieuwe indicatoren verder ontwikkelen en opnemen. In wat volgt, worden de voorstellen voor potentieel nieuwe indicatoren kort toegelicht.

9.1.8.1. Veerkracht gemeten met een gevalideerde schaal

Veerkracht is een complex concept, dat wordt gedefinieerd als: 'het proces waarbij iemand zich op een positieve manier aanpast aan stress of tegenslagen, waardoor het functioneren en het mentale welbevinden behouden blijft of herwonnen wordt' ³⁷⁹. Momenteel wordt veerkracht enkel bevraagd

aan de hand van losse items of niet gevalideerde somscores. Zo wordt in de HBSC-studie eigeneffectiviteit gemeten met twee stellingen ('Hoe vaak vind je een oplossing voor een probleem, als je hard genoeg je best doet?' en 'Hoe vaak lukt het je om de dingen te doen, die je beslist te doen?') en vraagt de SV-bevraging naar het ervaren gevoel van controle over zaken in het leven. Veerkracht wordt echter nergens door een gevalideerde schaal gemeten. We bevelen daarom aan om een gevalideerde schaal voor veerkracht toe te voegen aan bestaande bevragingen. Volgende schalen komen daarvoor in aanmerking:

- Voor volwassenen zijn de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, versie met 10 of 2 items) en de Brief Resilience Scale (BRS, 6 items) geschikte opties.
- Voor kinderen en jongeren werd in 2023 een meetinstrument ontwikkeld door Veerle Soyez e.a. in opdracht van de Vlaamse Overheid^{379 17}.
- Indien het niet haalbaar is om een volledige schaal te integreren in reeds bestaande vragenlijsten, stellen de onderzoekers voor om twee items uit de BRS te gebruiken:
 - *"Na een tegenslag of een moeilijke periode herstel ik meestal weer snel"*
 - *"Ik vind het moeilijk om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan"*

9.1.8.2. Eudaimonisch subjectief welzijn en 'flourishing'

De OECD raadt aan om indicatoren op te nemen die de verschillende componenten van subjectief welzijn meten. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de evaluatieve component (bv. levenstevredenheid), de affectieve component (bv. het ervaren van positieve gevoelens) en de eudaimonische component³⁸⁰. Deze laatste component is gericht op het realiseren van persoonlijke groei, zelfverwezenlijking, en een betekenisvol leven. Voor de eudaimonische component zijn momenteel geen geschikte indicatoren beschikbaar in Vlaanderen.

Hoewel er in de literatuur onenigheid bestaat over de relatie tussen de concepten, wordt eudaimonisch welzijn soms gelijkgesteld aan 'flourishing' of 'floreren'. Flourishing wordt beschouwd als de hoogste staat van positieve geestelijke gezondheid, waarbij de nadruk ligt op optimale persoonlijke en sociale ontwikkeling, zingeving, en emotioneel welzijn. The Flourishing Scale is een gevalideerde schaal die toelaat om flourishing te meten. Ze bestaat uit 7 items beoordeeld op een 7-puntsschaal³⁸¹:

- *"Ik leid een doelgericht en zinvol leven"*
- *"Mijn sociale relaties zijn ondersteunend en belonend."*
- *"Ik ben geëngageerd met en geïnteresseerd in mijn dagelijkse activiteiten."*
- *"Ik draag actief bij aan het geluk en welzijn van anderen."*
- *"Ik ben capabel en in staat om de activiteiten uit te voeren die belangrijk voor mij zijn."*
- *"Ik ben een goed persoon en leid een goed leven."*
- *"Ik ben optimistisch over mijn toekomst."*
- *"Mensen respecteren mij."*

¹⁷Soyez, Veerle; Baetens, Imke; Theuns, Peter; Van Droogenbroeck, Filip; Devarwaere, Sofie (2023) – [Eindrapport](#) en [bijlagen](#)

9.1.8.3. Mental health literacy en stigma

Geletterdheid op het gebied van geestelijke gezondheid ('mental health literacy') verwijst naar de kennis en opvattingen die nodig zijn om psychische problemen te herkennen, behandelen en voorkomen³⁸². Het gaat onder meer om: het herkennen van signalen van psychische problemen, het weten waar en hoe hulp te zoeken, het ondersteunen van anderen met mentale moeilijkheden en het ervaren van stigma rond geestelijke gezondheid.

Momenteel wordt mental health literacy niet specifiek gemeten in Vlaanderen. Wel worden algemene gezondheidsvaardigheden bevraagd in de Preventiebarometer en de Gezondheidsenquête van Sciensano, via de gevalideerde vragenlijst *Health Literacy Survey Questionnaire-12* (HLS-Q12). Deze vragenlijst meet vaardigheden zoals het vinden, begrijpen, evalueren en toepassen van gezondheidsinformatie, maar focus niet specifiek op geestelijke gezondheid. Het is dus aangewezen om in het kader van dit beleidsplan meer gerichte vragen te gebruiken die inzicht geven in kennis en attitudes ten aanzien van geestelijke gezondheid. Aangezien veel beschikbare vragenlijsten te uitgebreid zijn voor opname in bestaande surveys, valt het te overwegen om een kortere set van vragen samen te stellen.

Stigma, een onderdeel van mental health literacy, wordt momenteel slechts beperkt bevraagd. Zo wordt in de HBSC-studie, dus enkel bij jongeren, stigma ten aanzien van depressie gemeten via de Depression Stigma Scale. Hoewel deze gevalideerde schaal waardevol is, richt ze zich uitsluitend op depressie. Het is aangewezen om stigma ruimer te bevragen bij alle leeftijdsgroepen, om een vollediger beeld te krijgen van mental health literacy in Vlaanderen.

9.1.8.4. Mattering

'Mattering' verwijst naar het gevoel dat iemand gehoord, gewaardeerd en van betekenis is in de samenleving en de directe omgeving. Dit concept wordt door stakeholders beschouwd als een belangrijke determinant van geestelijke gezondheid. Het is met name relevant voor jongeren, die vaak zoeken naar hun plaats in de maatschappij, en voor ouderen, die geconfronteerd kunnen worden met agisme (leeftijdscriminatie). Momenteel wordt het gevoel van sociale verbondenheid slechts beperkt bevraagd. De indicator 'gevoel bij de maatschappij te horen' wordt enkel gemeten in de grootstedelijke JOP-monitor (i.e., een onderdeel van de JOP-monitor die enkel wordt afgenomen in grootsteden) via de items 'Ik voel me buitengesloten door de samenleving' en 'Ik voel dat de dingen die ik doe gewaardeerd worden door andere mensen'. Hoewel deze items waardevol zijn, zijn ze beperkt tot grootstedelijke gebieden en dus niet representatief voor Vlaanderen als geheel. Het is aanbevolen om het concept 'mattering' breder en op Vlaams niveau te meten, zodat het inzicht biedt in hoe dit gevoel bijdraagt aan geestelijke gezondheid in verschillende bevolkingsgroepen.

9.1.8.5. Kunnen omgaan met maatschappelijke druk en prestatiedruk

Maatschappelijke verwachtingen en prestatiedruk werden geïdentificeerd als belangrijke determinanten van geestelijke gezondheid. Hoewel specifieke indicatoren zoals schooldruk (in HBSC-studie) en werkdruk (in Werkbaarheidsmonitor) beschikbaar zijn, ontbreekt een brede indicator die maatschappelijke druk in het algemeen meet. Het zou bijzonder waardevol zijn om niet alleen de ervaren druk te meten, maar ook het vermogen om hiermee om te gaan en de impact hiervan op

geestelijke gezondheid in kaart te brengen. Verder onderzoek is echter nodig om het concept maatschappelijke druk duidelijk te definiëren en operationaliseren.

9.1.8.6. Kunnen omgaan met (sociale) media en bewust smartphonegebruik

Sociale media en de constante digitale connectie via smartphones zijn niet meer weg te denken, vooral bij jongere generaties. Dit kan echter negatieve gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid en leiden tot stress, smartphoneafhankelijkheid, onzekerheid (bv., door onrealistische ideaalbeelden in de media), de druk om altijd bereikbaar te moeten zijn en het gevoel te moeten 'presteren' op sociale media. Deze fenomenen worden vaak in verband gebracht met maatschappelijke druk en prestatiedruk. Het is dus belangrijk om bewust te kunnen omgaan met de smartphone en digitaal te kunnen deconnecteren.

Sommige bevragingen meten enkel de frequentie van (sociale) mediagebruik, maar ook hier is het vooral belangrijk om te begrijpen hoe mensen hiermee omgaan en wat de impact ervan is op hun geestelijke gezondheid. Hierover zijn reeds enkele indicatoren voor handen, maar deze zijn niet voor alle leeftijdsfasen beschikbaar en bieden slechts gedeeltelijk inzicht in de impact op geestelijke gezondheid. Zo bevat de JOP-monitor een zelfgeconstrueerde indicator bestaande uit enkele items die sociale media- en gameverslaving bevragen. De validiteit van deze indicator is echter onduidelijk. Daarnaast wordt smartphone afhankelijkheid gemeten met de 'digimeter' van imec, die het gebruik van media en ICT in Vlaanderen jaarlijks monitort¹⁸. Deze databron is niet opgenomen in het beleidsplan, maar kan indien nodig en gewenst toegevoegd worden.

9.1.8.7. Positieve geestelijke gezondheid van kinderen

Hoewel er redelijk wat gegevens beschikbaar zijn over de geestelijke gezondheid van jongeren, is er relatief weinig informatie voorhanden over kinderen jonger dan 12 jaar. Dit komt deels doordat het uitdagend is om jonge kinderen rechtstreeks te bevragen. Daarom wordt vaak gebruik gemaakt van proxy-bevragingen via ouders of leerkrachten.

De Strengths and Difficulties (SDQ) vragenlijst is een van de weinige gevalideerde instrumenten die in Vlaanderen wordt ingezet om de geestelijke gezondheid van kinderen te meten. Deze vragenlijst wordt gebruikt in zowel de Gezondheidsenquête van Sciensano als de Gezinsenquête van het Departement Zorg en is geschikt voor kinderen van 2 tot 18 jaar. Voor jongere kinderen vullen ouders de vragenlijst in, terwijl voor jongeren vanaf 15 jaar zelfrapportage mogelijk is. De SDQ beoordeelt vijf aspecten van geestelijke gezondheid: emotionele problemen, gedragsproblemen, ADHD, relationele problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. Dankzij deze brede scope wordt de SDQ ook vaak ingezet om sociaal-emotionele vaardigheden bij kinderen en jongeren te meten.

Er blijft echter een belangrijk tekort aan indicatoren die het mentaal welbevinden van kinderen meten, zoals geluksgevoelens of algemene tevredenheid. Deze aspecten zijn cruciaal om een volledig beeld te krijgen van de geestelijke gezondheid van kinderen. Toekomstig onderzoek zou kunnen focussen op het invullen van deze leemte, bijvoorbeeld door samen te werken met basisscholen om relevante

¹⁸ Meer informatie over de imec.digimeter is hier te vinden: <https://www.imec.be/nl/vlaamse-innovatiemotor/kennisuitwisseling/techmeters/digimeter>

gegevens te verzamelen. Dergelijke gegevens zijn niet alleen waardevol voor beleidsmakers en onderzoekers, maar ook voor het vroegtijdig signaleren van kinderen met een verhoogd risico op psychische problemen. Dit biedt kansen om gerichte interventies in te zetten om de geestelijke gezondheid van kinderen te bevorderen.

9.1.8.8. Geestelijke gezondheid in de eerste duizend dagen

De eerste duizend dagen zijn een cruciale periode voor de geestelijke gezondheid van zowel de ouder(s) als het kind. Daarom krijgt deze periode bijzondere aandacht in het beleidsplan GGB. Opvallend is dat er in Vlaanderen nauwelijks representatieve data voorhanden zijn die specifiek de geestelijke gezondheid tijdens de perinatale periode monitoren.

De verzameling van dit soort gegevens kan niet zomaar geïntegreerd worden in reguliere populatiebevragingen, maar vereist een specifieke aanpak die zich richt op zwangere vrouwen en/of ouders die recent een kind hebben kregen. Hoewel de Gezinsenquête van het Departement Zorg items bevat die peilen naar de geestelijke gezondheid van ouders en de invloed van gezins- en opvoedingsgerelateerde kwesties, bestaat de steekproef uit gezinnen met kinderen tot en met 25 jaar. Hierdoor zijn de indicatoren dus niet specifiek afgestemd op de eerste duizend dagen.

Er is daarom een dringende behoefte aan een structurele populatiebevraging die de geestelijke gezondheid van ouders tijdens deze cruciale periode in kaart brengt. Tijdens de expertmeeting over de eerste duizend dagen, werden eerste ideeën uitgewisseld over welke indicatoren op een representatieve manier verzameld zouden kunnen worden. De synthese van deze meeting is te vinden in dit hoofdstuk ('feedback van stakeholders en experts').

9.1.9 Verdere stappen en aandachtspunten

Het doel van de opvolging van indicatoren is om evoluties doorheen de tijd te onderzoeken. Dit vereist minimaal een **meetmoment vóór de implementatie van het beleid**. Idealiter worden trends op populatieniveau geanalyseerd over een periode van circa 2 tot 4 jaar. Hierbij moet rekening worden gehouden met verschillen in meetfrequentie tussen databronnen, waardoor er inconsistenties zijn in de beschikbaarheid van indicatoren per jaartal.

Het beleidsplan beoogt om gelijkwaardigheid te versterken door, volgens het principe van proportioneel universalisme, kwetsbare groepen prioritair te ondersteunen. Aangezien gezondheidsuitkomsten vaak ongelijk verdeeld zijn tussen demografische groepen, is het aanbevolen om deze **ongelijkheden te monitoren**, door te kijken naar verschillen op basis van geslacht, leeftijd, opleidingsniveau of inkomen. De beschikbaarheid van data op subgroepniveau is echter sterk afhankelijk van de databron. Het was niet mogelijk om hiervan een gedetailleerde analyse te maken binnen de looptijd van dit onderzoeksproject, maar het is aan te bevelen om dit in overeenstemming te brengen met het nieuwe strategisch plan De Vlaming Leeft Gezonder.

De evaluatie van het beleidsplan GGB vereist een **holistische benadering**. Dit betekent dat de impact van het beleidsplan als geheel wordt beoordeeld, zonder uitspraken te doen over de effecten van afzonderlijke acties. Wanneer meerdere acties tegelijk worden uitgerold, is het moeilijk om de individuele effecten van afzonderlijke acties te beoordelen doordat interacties tussen acties de individuele effecten kunnen versterken of afzwakken.

Het is nuttig om **acties óók afzonderlijk te evalueren**, maar dit vereist een gerichte aanpak waarbij veranderingen in geestelijke gezondheid gemeten worden bij specifieke interventiegroepen (bv. de personen die deelnamen aan een actie, klassen die een lessenspakket ontvingen, ...), idealiter in vergelijking met een controlegroep.

Preventie en gezondheidsbevordering vragen een langdurige inzet voordat mogelijke effecten in de bevolking zichtbaar worden. Het is moeilijk om hier een bepaalde tijdseenheid aan te koppelen, maar het is onrealistisch om op korte termijn significante verbeteringen in de geestelijke gezondheid van de populatie te verwachten. In de eerste fase van de evaluatie dient de focus daarom te liggen op procesdoelen en directe uitkomsten, zoals het aantal geïmplementeerde programma's en het bereik van de doelgroepen¹⁹. Pas in latere fasen kan de focus verschuiven naar de populatie-indicatoren.

Deze indicatoren geven een trend weer in de samenleving, maar dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Het is namelijk moeilijk om te concluderen dat evoluties in de indicatoren een rechtstreeks gevolg zijn van het beleid. Bovendien is het zelfs mogelijk dat bepaalde indicatoren onverwachte trends tonen. Daarom is **aanvullende interpretatie van de data essentieel**, bijvoorbeeld door overleg met stakeholders, experts én burgers. Dit kan bijkomende inzichten bieden in socio-economische evoluties of veranderingen in andere omgevingsfactoren die de cijfers beïnvloeden. Verdiepend kwalitatief onderzoek bij diverse doelgroepen kan eveneens bijdragen aan een beter begrip van de trends en het beleid helpen bijsturen waar nodig. De voorgestelde set indicatoren hoeft **niet statisch** te zijn. Nieuwe trends in de maatschappij, aanpassingen in het beleid, wijzingen of toevoegingen in bestaande bevestigingen of de lancering van nieuwe bevestigingen kunnen aanleiding zijn om de set indicatoren te herzien. Expert- en stakeholderconsultatie is aangewezen om beslissingen over de inhoud van de indicatorenset bij te sturen.

Indicatoren met betrekking tot **het gebruik van zorg, diensten en hulp voor geestelijke gezondheid** vereisen een **genuanceerde interpretatie**. Een toename in zorggebruik kan enerzijds duiden op verbeter bereik van hulpverlening voor mensen met een psychische nood, maar anderzijds ook wijzen op een groeiende zorgnood in de bevolking. Bovendien bieden deze indicatoren geen inzichten in andere essentiële zaken zoals de gepastheid (bv. match tussen de zorgintensiteit en zorgnood), toegankelijkheid (bv. wachttijden en kostprijs) of kwaliteit van zorg,. Hoewel enkele indicatoren over zorggebruik worden meegenomen in de evaluatie van dit beleidsplan, is voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies.

Tot slot was het niet haalbaar om binnen de looptijd van dit onderzoeksproject, een gedetailleerde **verandertheorie ('theory of change')** uit te werken. Een Theory of Change maakt inzichtelijk hoe en waarom het beleidsplan de gewenste veranderingen bij de doelgroep zal bereiken door de randvoorwaarden en logische verbanden tussen interventies te expliciteren. Het ontwikkelen van een ToC, in samenspraak met experts en stakeholders, kan een volgende stap zijn. Dit proces kan richtinggevend zijn voor de verdere planning en implementatie van het beleidsplan GGB, het versterken van de evaluatiemethoden en -instrumenten en het verhogen van de effectiviteit en transparantie van het beleid.

¹⁹ De selectie van input-, output- en procesindicatoren valt buiten het bestek van deze onderzoeksopdracht.

9.2 RESULTAAT: FINALE SET VAN POPULATIE-INDICATOREN OPGEDEELD PER TYPE EN CLUSTER

In totaal omvat de finale set van indicatoren, voorgesteld door de onderzoekers van LUCAS, 76 indicatoren. Deze set, oftewel de shortlist, werd gestructureerd door deze in te delen in vier types van indicatoren: primaire uitkomstindicatoren, intermediaire uitkomstindicatoren, impactindicatoren en determinanten. Vervolgens werden de indicatoren binnen ieder type thematisch gegroepeerd in 18 clusters (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** voor meer uitleg over de indeling van indicatoren).

Tabel 30. Beschrijving van de types indicatoren en clustering per thema.

Type indicator	Beschrijving	Clusters
Primaire uitkomstindicatoren	Metten rechtstreeks de geestelijke gezondheid en weerspiegelen de effecten die door het beleid beoogd worden.	• Mentaal welbevinden • Mentale problemen
Intermediaire uitkomstindicatoren	Metten de effecten van het beleid op korte tot middellange termijn. Zijn vaak het target van acties voor GGB, en ondersteunen zo het bereiken van de uiteindelijke primaire doelstellingen.	• Veerkracht • Optimisme en hoop • Kennis, attitude en gezondheidsvaardigheden • Intenties en pogingen om de geestelijke gezondheid te bevorderen • Lichaamsbeeld
Impactindicatoren	Geven informatie over de bredere effecten van het beleid op de samenleving en de omgeving die zich op langere termijn manifesteren	• Kwaliteit van leven • Gebruik van diensten, hulp en zorg voor geestelijke gezondheid • Invaliditeit door psychische problemen
Determinanten	Hebben betrekking op factoren die indirect of direct invloed uitoefenen op geestelijke gezondheid.	• Sociale omgeving • Leefstijl • Gezin • Werk • School • Buurt • Vrije tijd en participatie • Pesten

Voor elke indicator is bovendien de beschikbaarheid per levensfase aangeduid:

K = kinderen (0 tot 10 jaar)

J = jongeren (11 tot 18 jaar)

V = volwassenen (18 tot 65 jaar)

O = ouderen vanaf 65 jaar

De aanduiding van een levensfase betekent niet automatisch dat de indicator beschikbaar is voor de volledige leeftijdscategorie. Bijvoorbeeld, de meeste indicatoren in de Gezondheidsenquête (HIS) zijn pas beschikbaar vanaf 15 jaar, en de JOP-monitor includeert jongeren en jongvolwassenen in de transitieleeftijd tot 25 jaar. In de volgende secties worden de geselecteerde indicatoren per type en cluster gepresenteerd, met vermelding van de beschikbaarheid per levensfase.

9.2.1 Primaire uitkomstindicatoren

Tabel 31. Overzicht van primaire uitkomstindicatoren

Indicator	Bron	K	J	V	O
Cluster: Mentaal welbevinden					
Levenstevredenheid	HIS		x	x	x
Levenstevredenheid	HBSC		x		
Positieve geestelijke gezondheid (hoog, matig, laag)	HBSC		x		
Tevredenheid over mentale gezondheid	JOP-monitor		x	x	
Zich gelukkig voelen ²⁰	Gemeente-stadsmonitor			x	x
Zich gelukkig voelen	HBSC		x		
Vitaliteit	HIS		x	x	x
Vitaliteit ouders	Gezinsenquête			x	
Psychische gezondheid ouders	Gezinsenquête			x	
Cluster: Mentale problemen					
Psychologische ontreddeering ('distress')	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke psychische aandoening	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke depressieve stoornis	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke gegeneraliseerde angststoornis	HIS		x	x	x
Waarschijnlijke eetstoornis	HIS		x	x	x

²⁰ Geluksgevoel van volwassenen en ouderen is ook opgenomen in de SV-bevraging. De vraagstelling is anders in de SV-bevraging (frequentie o.b.v. "Hoe vaak voelde u zich tijdens de afgelopen 4 weken gelukkig?") dan in de Gemeente-stadsmonitor (percentage Vlamingen dat gelukkig is op basis van score van minstens 7/10 o.b.v. "Alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig zou je zeggen dat je bent? Je kan een score geven van 0 (heel ongelukkig) tot 10 (heel gelukkig)").

Suïcidale ideatie	HIS	x	x	x
Eenzaamheid	HIS	x	x	x
Kinderen en jongeren met vermoedelijke psychische stoornis	HIS	x	x	
Subjectieve moeilijkheden van kind (ouderbeleving)	HIS	x	x	
Mentaal welzijn (hoog, laag, risico op depressie)	HBSC	x		
Stress	HBSC	x		
Subjectieve psychologische klachten	HBSC	x		
Zelfbeschadigend gedrag	HBSC	x		
Zelfmoordgedachten	HBSC	x		
Eenzaamheid	HBSC	x		

9.2.2 Intermediaire uitkomstindicatoren

Tabel 32. Overzicht van intermediaire uitkomstindicatoren

Indicator	Bron	K	J	V	O
Cluster: Veerkracht					
Gevoel van controle ervaren	SV-bevraging		x	x	
Zich hulpeloos voelen in het aanpakken van problemen in het leven	SV-bevraging		x	x	
Eigeneffectiviteit	HBSC		x		
Cluster: Optimisme en hoop					
Hoopvol zijn over toekomst wereld	SV-bevraging		x	x	
Optimisme over eigen toekomst	SV-bevraging		x	x	
Hoopvolle toekomstverwachting	HBSC		x		
Cluster: Kennis, attitude en gezondheidsvaardigheden					
Niveau van gezondheidsvaardigheden	HIS		x	x	x
Hulporganisaties kennen	JOP-monitor		x	x	
Depressie stigma	HBSC		x		
Cluster: Intenties en pogingen om geestelijke gezondheid te versterken					
In de voorbije 12 maanden geprobeerd om de geestelijke gezondheid te versterken	Preventiebarometer		x	x	
Intentie om de geestelijke gezondheid te versterken	Preventiebarometer		x	x	
Cluster: Lichaamsbeeld					
Tevredenheid over uiterlijk	JOP-monitor		x	x	

9.2.3 Impactindicatoren

Tabel 33. Overzicht van impactindicatoren

Indicator	Bron	K	J	V	O
Cluster: Kwaliteit van leven					
Kwaliteit van leven	HIS		x	x	x
Kwaliteit van leven	HBSC		x		
Cluster: Gebruik van diensten, hulp en zorg voor geestelijke gezondheid					
Percentage personen dat reeds hulp heeft gezocht bij bepaalde organisaties, diensten of personen om over hun geestelijke gezondheid te praten of om informatie te vragen	survey	Preventie-barometer		x	x
Hulp gezocht voor geestelijke, psychische, emotionele problemen + type	survey	HIS		x	x
Psychische zorg nodig maar het niet kon betalen	survey	HIS		x	x
Kinderen en jongeren met vermoedelijke psychopathologische stoornis die professionele hulp kregen	survey	HIS		x	x
Contact gehad hebben met hulporganisaties	survey	JOP-monitor		x	x
Aantal Vlaamse gebruikers eerstelijnspsychologische zorg (ELP-conventie)	registratie	ELP / RIZIV	x	x	x
Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor emotionele ontwikkeling (angst, depressie, persoonlijkheid)	registratie	CLB	x	x	
Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor sociale ontwikkeling (regelovertredend gedrag, gedragsproblemen, pesten of gepest worden)	registratie	CLB	x	x	
Aandeel leerlingen dat in contact kwam met CLB voor verontrusting en problemen thuis	registratie	CLB	x	x	
Cluster: Invaliditeit door psychische problemen					
Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door psychische stoornis	RIZIV registratie			x	
Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door depressie	RIZIV registratie			x	
Aantal Vlamingen in invaliditeit (>1j arbeidsongeschiktheid) door burn-out	RIZIV registratie			x	

9.2.4 Determinanten

Tabel 34. Overzicht van determinanten

Indicator	Bron	K	J	V	O
-----------	------	---	---	---	---

Cluster: Sociale omgeving			
Tevredenheid over sociale contacten	HIS	x	x x
Sociale ondersteuning	HIS	x	x x
Ervaren steun per levensdomein van ouders (opvoeding, huishouden,...)	Gezinsenquête	x	
Steun van vrienden	HBSC	x	
Belasting door mantelzorg	HIS	x	x x
Cluster: Leefstijl			
Slaapkwaliteit	HIS	x	x x
Slaapkwaliteit	HBSC	x	
Sociale media en game verslaving	JOP-monitor	x	x
Cluster: Gezin			
% ouders dat gebruik maakte van hulp, steun en advies van een professional voor opvoeding	Gezinsenquête	x	
Mate waarin ouders vragen of zorgen hebben over opvoeding (niet, een beetje, tamelijk veel, heel veel)	Gezinsenquête	x	
Opvoedingsbelasting	Gezinsenquête	x	
Steun van het gezin (ervaren door jongere)	HBSC	x	
Cluster: Werk			
Motivatiewelbevinden op het werk (gemotiveerd, motivatieproblemen, demotivatiewelbevinden)	Werkbaarheidsmonitor	x	
Werk-privébalans (haalbaar, problemen, conflict)	Werkbaarheidsmonitor	x	
Werkstress (acceptabel, werkstressklachten, symptomen burn-out)	Werkbaarheidsmonitor	x	
Cluster: School			
Schooldruk	HBSC	x	
Steun van klasgenoten	HBSC	x	
Steun van leerkrachten	HBSC	x	
Cluster: Buurt			
Sociaal weefsel in de buurt	Gemeente-stadsmonitor	x	x
Tevredenheid over natuur en groenvoorzieningen	Gemeente-stadsmonitor	x	x
Voldoende ontmoetingsplaatsen	Gemeente-stadsmonitor	x	x
Cluster: Vrije tijd en participatie			
% lid van minstens één vereniging	SV-bevraging	x	x

Cluster: Pesten		
Cyberpesten	HBSC	x
Pesten op school	HBSC	x
Slachtoffer van cyberpesten	HBSC	x
Slachtoffer van pesten op school	HBSC	x

VERTROUWELIJK

10 GEZONDHEIDSECONOMISCH RAAMWERK

10.1 INLEIDING

Het belichte onderzoek naar geestelijke gezondheidsbevorderings- (GGB), en universele en selectieve preventieve interventies in Hoofdstuk 6 toonde een groot aantal gepubliceerde literatuuroverzichten over de effectiviteit, maar slechts een handvol gepubliceerde gezondheidseconomische overzichtsstudies. Nadere analyse toonde bovendien aan dat niet alle in deze overzichtsstudies opgenomen individuele studies tot de strikte definitie van GGB en universele en selectieve preventie behoorden. Niet zelden konden de studies eerder geclassificeerd worden als geïndiceerde preventieve maatregelen, wat wil zeggen dat bij bepaling van de interventiegroep reeds individuele risicofactoren in rekening werden genomen, in plaats van louter risicofactoren op populatieniveau.

Analyse van de geïnccludeerde studies toonde een sterke methodologische heterogeniteit aan, wat het voor beleidsmakers uitdagend kan maken om door de bomen het bos te blijven zien. Bovendien was één derde van de geïnccludeerde studies van een hoogstens matige rapporteringskwaliteit, wat nog geen oordeel velt over de inhoudelijke kwaliteit. Ook kunnen er vragen gesteld worden bij de transfereerbaarheid van economische evaluaties van buitenlandse initiatieven naar Vlaanderen gezien verschillen in bijvoorbeeld de organisatie en financiering van gezondheidszorgsystemen. Dergelijke structurele verschillen en verschillen in reeds beschikbare gezondheidsbevorderende initiatieven, kunnen een impact hebben op de kostprijs van het uitrollen van zo'n initiatief, op de kosten die gepaard gaan met (geestelijke) gezondheidsaandoeningen en op de mogelijke gezondheidseffecten, en dus ook op de uitkomst van gezondheidseconomische evaluatiestudies.

Dit hoofdstuk gaat daarom dieper in op de soorten gezondheidseconomische studies en kadert voor welke onderzoeksvragen deze ingezet kunnen worden. Daarna wordt een internationaal gewaardeerd raamwerk voorgesteld dat bedoeld is om de rapportering van gezondheidseconomische studies te structureren, maar dat als basis kan dienen om een kwaliteitskader te definiëren voor het opzetten en evalueren van interventies. Het kwaliteitskader wordt opgebroken in verschillende onderdelen en toegepast op de specifieke situatie van GGB en universele/selectieve preventie. Tot slot wordt een voorbeeld gegeven van hoe de transfereerbaarheid van buitenlandse studieresultaten te evalueren.

10.2 SOORTEN GEZONDHEIDSECONOMISCHE EVALUATIES

Gezondheidseconomische evaluaties kunnen onderscheiden worden op basis van twee vragen: (i) worden twee of meerdere alternatieven vergeleken met elkaar?; en (ii) worden zowel de kosten als de gevolgen (op gezondheidsvlak) van het alternatief of de alternatieven beoordeeld? De antwoorden op deze twee vragen zorgen ervoor dat onderzoek binnen de gezondheidszorg in een matrix met zes cellen kan worden gecategoriseerd (Tabel 35).

Enkel wanneer beide vragen kunnen beantwoord worden met 'ja', kan worden gesproken over een **volledige gezondheidseconomische evaluatie**, die beleidsmakers ten volle kan informeren over de doelmatigheid van behandelingen, strategieën of interventies in de gezondheidszorg. De informatie uit volledige gezondheidseconomische evaluaties verschaft beleidsmakers een antwoord op de vraag "Is het geld dat aan een bepaalde interventie of strategie wordt besteed goed besteed geld?" (met andere woorden verschaft het waar voor zijn geld [*value for money*]). Doch valt het te benadrukken dat het verkregen resultaat vaak gepaard gaat met een mate van onzekerheid en dat het niet het enige criterium mag zijn waarop een beleidsbeslissing kan worden gebaseerd. In alle andere situaties uit Tabel 35 waarbij enkel kosten in rekening worden genomen of wanneer de kosten en gevolgen van slechts één alternatief worden belicht, wordt gesproken over partiële gezondheidseconomische evaluaties, die nog steeds het beleidsproces informeren met de beperkingen vanden^{384,385}.

Een gezondheidseconomische evaluatie kan plaatsvinden op basis van een singuliere klinische studie of op basis van meerdere databronnen om de (theoretische) impact van een GGB of universele/selectieve strategie te evalueren.

Tabel 35. Onderscheidende karakteristieken van gezondheidszorgevaluaties

Worden zowel de kosten als de gevolgen van de alternatieven beoordeeld?				
Worden er twee of meerdere alternatieven vergeleken?	Neen		Ja	
	Neen	Uitkomstbeschrijving Bv. klinisch onderzoek zonder controlegroep	Kostenbeschrijving Bv. meeste ziektekoststudies	Kosten-uitkomstbeschrijving Bv. beschrijving van een singulier programma of interventie
		Evaluatie van de doeltreffendheid of werkzaamheid Bv. meeste klinische studies zoals RCT's	Kostenanalyse Bv. ziektekoststudie met vergelijkende groep, kostenminimalisatie-studie	Volledige economische evaluatie Bv. kosteneffectiviteitsanalyse, kostenutiliteitsanalyse, kosten-batenanalyse

Bron: Vertaald en aangepast uit Drummond et al. (2015)³⁸⁵

10.3 FRAMEWORK VOOR RAPPORTERING VAN GEZONDHEIDSECONOMISCHE EVALUATIES

Om tegemoet te komen aan de stijgende nood aan transparantie en duidelijkheid inzake het rapporteren van gezondheidseconomische evaluatiestudies werd in 2013 de **Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)** gepubliceerd³⁸⁶, in origine ontworpen en bedoeld als rapportagerichtlijn: het definieert de minimaal te rapporteren gezondheidseconomische zaken om te kunnen spreken van transparantie. In 2022 werd een geüpdatete versie gepubliceerd³⁸⁷ die de behoefte aan een bredere toepassing op alle soorten gezondheidseconomische evaluaties en gezondheidsinterventies, nieuwe methoden en ontwikkelingen op dit gebied, evenals de toegenomen

rol van deelname van patiënten, dienstontvangers en andere belangrijke belanghebbenden reflecteerde.

Recent is een in het Nederlands vertaalde versie gepubliceerd door Werbrouck en collega's (Tabel 36)³⁸⁸. In de wetenschappelijke literatuur is het niet moeilijk om literatuuroverzichten tegen te komen die de CHEERS gebruiken om de kwaliteit van gepubliceerde gezondheidseconomische evaluaties te evalueren. Dit is een foutief gebruik van het instrument aangezien het de kwaliteit van rapportage nagaat. Iets kan niet gerapporteerd zijn in een wetenschappelijke publicatie, maar kan bijvoorbeeld wel vervat zitten in het analyseproces. Omgekeerd is het goed mogelijk dat onderzoekers melding maken van bijvoorbeeld een gehanteerde tijdshorizon maar dat deze tijdshorizon onvoldoende lang is om alle lange termijn effecten en kosten te capteren.

Deze misvatting toont aan dat de CHEERS wel potentieel heeft om gebruikt te worden als kwaliteitsstandaard, op voorwaarde dat er verder gedefinieerd wordt waaraan de gezondheidseconomische evaluatie idealiter dient te voldoen. Deze definitie kan afhankelijk zijn van het studiegebied en in dit geval zal deze definitie worden toegepast op GGB en universele/selectieve preventie. De bedoeling is om de CHEERS een meer praktisch-toepassend functie te geven met verwijzingen naar te gebruiken bronnen en databanken. Hoewel hier dus initieel niet voor bedoeld, kan de CHEERS ook als een raamwerk/leidraad worden gebruikt bij het ontwerpen van een gezondheidseconomische evaluatie. Het zorgt ervoor dat alle relevante elementen tijdens het ontwikkelingsproces van een gezondheidseconomische evaluatie in overweging worden genomen (bijvoorbeeld bepalen van de studiepopulatie, bepalen van welke kosten en gezondheidsuitkomsten er worden meegenomen in de analyse).

Tabel 36. CHEERS-II, vertaalde Nederlandse versie door Werbrouck en collega's (2024)

Sectie/onderwerp	item	Richtlijn voor rapportage
<u>Titel</u>		
Titel	1	Benoem de studie als een economische evaluatie en specificeer welke interventies worden vergeleken.
Abstract	2	Geef een gestructureerde samenvatting waarin de context, de voornaamste methoden, de resultaten en alternatieve analyses worden belicht.
<u>Inleiding</u>		
Achtergrond en doelstellingen	3	Beschrijf de context van het onderzoek, de onderzoeksvraag en de praktische relevantie ervan voor besluitvorming in beleid of in de praktijk.
<u>Methoden</u>		

Gezondheidseconomisch analyseplan	4	Geef aan of er een gezondheidseconomisch analyseplan werd ontwikkeld en waar het beschikbaar is.
Onderzoekspopulatie	5	Beschrijf karakteristieken van de onderzoekspopulatie (zoals leeftijdsverdeling, demografische, socio-economische of klinische karakteristieken).
Context en locatie	6	Geef relevante contextuele informatie die de bevindingen zouden kunnen beïnvloeden.
Te vergelijken interventies of strategieën	7	Beschrijf de interventies of strategieën die met elkaar worden vergeleken en waarom deze werden gekozen.
Perspectief	8	Geef het perspectief (de perspectieven) van het onderzoek aan en waarom hiervoor gekozen werd.
Tijdshorizon	9	Vermeld de tijdshorizon van het onderzoek en waarom deze geschikt is.
Disconteringsvoet	10	Vermeld de disconteringsvoet(en) en waarom hiervoor gekozen werd.
Selectie van uitkomstmaten	11	Beschrijf welke uitkomstmaat(/maten) werden gebruikt voor het meten van de baten en schadelijke effecten.
Meting van uitkomstmaten	12	Beschrijf hoe de uitkomstmaten, die gebruikt werden voor het vastleggen van de baten en schadelijke effecten, werden gemeten.
Waardering van uitkomstmaten	13	Beschrijf de populatie en methoden die gebruikt werden om de uitkomstmaten te meten en te waarderen.
Meting en waardering van middelen en kosten	14	Beschrijf hoe de kosten werden gemeten en berekend.
Munteenheid, prijsdatum en omrekening	15	Rapporteer de datums waarop de hoeveelheden van middelen en eenheidskosten werden ingeschat, alsook de munteenheid en het jaar van omrekening.
Onderbouwing en beschrijving van het model	16	Als modellering werd gebruikt, beschrijf dan de details van het model en waarom dit werd gebruikt. Rapporteer of het model openbaar toegankelijk is en waar het beschikbaar is.
Analyses en aannames	17	Beschrijf alle methoden voor het analyseren of statistisch transformeren van gegevens, alle extrapolatiemethoden en de aanpak voor het valideren van elk gebruikt model.
Karakteriseren van heterogeniteit	18	Beschrijf alle methoden die zijn gebruikt om in te schatten hoe de resultaten van het onderzoek variëren tussen subgroepen.
Karakteriseren van verdelingseffecten	19	Beschrijf hoe de effecten verdeeld zijn over verschillende individuen, of welke aanpassingen er zijn gemaakt om rekening te houden met prioritaire populaties.
Karakteriseren van onzekerheden	20	Beschrijf de methoden om alle mogelijke bronnen van onzekerheid in de analyse te onderzoeken.

Aanpak voor het betrekken van patiënten en anderen die door het onderzoek worden beïnvloed.	21	Beschrijf elke aanpak om patiënten of ontvangers van diensten, de algemene bevolking, gemeenschappen of belanghebbenden (zoals klinici of betalers) te betrekken bij het ontwerp van het onderzoek.
---	----	---

Resultaten

Studieparameters	22	Rapporteer alle analytische input (zoals waarden, spreidingen en referenties) inclusief onzekerheid of aannames omtrent de verdeling(en).
Samenvatting van de voornaamste resultaten	23	Rapporteer de gemiddelde waarden voor de voornaamste categorieën van kosten en uitkomstmaten en vat ze samen in de meest geschikte algemene uitkomstmaat.
Effect van onzekerheid	24	Beschrijf hoe onzekerheid over analytische beslissingen, inputparameters of projecties de bevindingen beïnvloeden. Rapporteer, indien van toepassing, het effect van de gekozen disconteringsvoet en tijdshorizon.
Effect van het betrekken van patiënten en anderen die door het onderzoek worden beïnvloed	25	Rapporteer elk verschil dat de betrokkenheid van patiënten/ontvangers van diensten, de algemene bevolking, de gemeenschap of belanghebbenden hebben gemaakt op de aanpak of bevindingen van de studie.

Discussie

Onderzoeksbevindingen, beperkingen, veralgemeenbaarheid en huidige kennis	26	Rapporteer de voornaamste bevindingen, beperkingen, ethische of billijkheidsoverwegingen die niet zijn vastgelegd en op welke manier deze een invloed kunnen hebben op de patiënten, het beleid of de praktijk.
Andere relevante informatie		
Financieringsbron	27	Beschrijf hoe het onderzoek werd gefinancierd en elke rol van de financierder bij de identificatie, het ontwerp, de uitvoering en de rapportage van de analyse.
Belangenvermengingen	28	Rapporteer belangenvermengingen van de auteurs volgens de vereisten van het tijdschrift of van het International Committee of Medical Journal Editors.

10.4 TOEPASSING VAN DE CHEERS II OP GGB EN UNIVERSELE/SELECTIEVE PREVENTIE

In het kader van deze studie werd gefocust op de items die onder het onderdeel “Methoden” vallen. De reden hiervoor is dat dit de items zijn die tijdens het ontwikkelingsproces van een gezondheidseconomische evaluatiestudie dienen te worden bepaald.

10.4.1 Item 4 Gezondheidseconomisch analyseplan.

Omschrijving

Geef aan of er een gezondheidseconomisch analyseplan werd ontwikkeld en waar het beschikbaar is.

Om vertekende onderzoeksresultaten (bias) door selectieve rapportage van onderzoeksresultaten en ongecontroleerde zo niet-benoemde post-hoc analyses te vermijden, is een a priori ontwikkeld gezondheidseconomisch analyseplan sterk aangeraden. Bij voorkeur wordt een eerste versie van het gezondheidseconomisch analyseplan gepubliceerd voor afronding van de finale datacollectie. Wijzigingen kunnen doorgevoerd worden maar dienen telkens met een tijdsstempel en verantwoording aangeduid te worden. Wijzigingen dienen ook expliciet vermeld te worden bij de rapportage van de gezondheidseconomische resultaten.

Wat dient zo'n gezondheidseconomisch analyseplan allemaal te omvatten? Thorn en collega's (2021)³⁸⁹ bevroegen via de Delphi-methodiek een internationaal panel van gezondheidseconomische experts, resulterend in 58 essentiële items onderverdeeld in acht secties:

- Administratieve informatie
 - Titel
 - Registratienummer van het wetenschappelijk onderzoek
 - Financiering
 - Doelstelling van de gezondheidseconomische analyse
 - Verwijzing naar protocolnummer en -versie van het wetenschappelijke onderzoek
 - Verwijzing naar statistisch analyse plan van het wetenschappelijk onderzoek
 - Versienummer van het gezondheidseconomisch analyseplan
 - Wijzigingen van het gezondheidseconomisch analyseplan
 - Rollen en verantwoordelijkheden van individuen
 - Handtekeningen van de persoon die het gezondheidseconomisch analyseplan schrijft, de verwerkingsverantwoordelijke voor de gezondheidseconomische evaluatie en de hoofdonderzoeker van het wetenschappelijk onderzoek
- Introductie en achtergrond van de studie
 - Achtergrond en rationale van het wetenschappelijk onderzoek
 - Hoofddoelstelling van het wetenschappelijk onderzoek
 - Specifieke doelstellingen/hypotheses
 - Populatie: inclusie- en exclusiecriteria
 - Interventie- en controlegroep
 - Studiedesign
 - Start en einde studie
- Economische benadering/overzicht
 - Hoofddoelstelling(en) van de economische evaluatie
 - Specifieke doelstellingen van de economische evaluatie
 - Overzicht van de economische evaluatie

- Omschrijving omgeving inclusief land/regio en gezondheidssysteem
- Perspectief
- Tijdshorizon
- Economische datacollectie en -management
 - Statistische software
 - Beschrijf de te meten (gezondheidszorg)middelen
 - Beschrijf de instrumenten en tijdslijn voor de meting
 - Beschrijf en waardeer eenheidskosten
 - Selectie van de uitkomstmaat
 - Meting van de uitkomstmaat
 - Waardering van de uitkomstmaat
- Economische data-analyse
 - Base case populatie
 - Timing van analyses
 - Discontering
 - Kosteneffectiviteitsgrens
 - Statistische beslissingen
 - Analyse van de (gezondheidszorg)middelen
 - Analyse van de kosten
 - Analyse van de uitkomstmaten
 - Datacleaning
 - Missing data
 - Analyse van kosteneffectiviteit
 - Analyse onzekerheid
 - Subgroep of heterogeniteitsanalyses
 - Sensitiviteitsanalyses
- Modelling
 - Extrapolatie of beslistkundig analytisch model
 - Type model
 - Model structuur
 - Behandeleffect na einde studie
 - Andere hoofdassumpties
 - Beschrijf alle parameters
 - Analyse onzekerheid model
 - Analyse validatie model
 - Subgroep of heterogeniteitsanalyses
- Rapportering
 - Welke rapporteringsstandaard zal worden gehanteerd
 - Hoe afwijkingen van het gezondheidseconomisch analyseplan rapporteren
- Bijlagen
 - Alle mogelijke tools die de datacollectie mogelijk heeft gemaakt (bv. vragenlijsten)

De rubrieken zoals beschreven door Thorn et al³⁸⁹ zijn geconstrueerd voor studiegebaseerde gezondheidseconomische evaluaties. Gezondheidseconomische evaluaties kunnen ook niet gebaseerd zijn op een singuliere studie. De rubrieken van het gezondheidseconomische analyseplan dienen in dat geval aangepast te worden. Thorn et al³⁸⁹ voorzien in het supplement van hun artikel Engelstalige suggesties voor standaardrapportering per rubriek. Dit kan helpend zijn voor zeker de beginnende maar ook meer ervaren gezondheidseconoom of onderzoeker.

Een gezondheidseconomisch analyseplan dient vrij toegankelijk te zijn en kan als originele paper gepubliceerd worden in een peer-reviewed tijdschrift. Vaker wordt zo'n analyseplan echter openbaar beschikbaar gesteld op een archief (*een repository*) zoals Zenodo of Open Science Framework.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Er dient benadrukt te worden dat het gezondheidseconomisch analyseplan wat betreft de modellering doorheen het onderzoeksproces vaak kan wijzigen door externe redenen zoals nieuwe wetenschappelijke informatie met een directe impact op de parameters of bijkomende vragen van beleidsmakers³⁸⁹. Dit is met name van belang voor GGB en universele/selectieve preventie wegens de impact op de lange termijn en dus de noodzakelijk langere tijdshorizon, wat modellering noodzakelijk maakt.

10.4.2 Item 5 Onderzoekspopulatie.

Omschrijving

Beschrijf karakteristieken van de onderzoekspopulatie
(zoals leeftijdsverdeling, demografische, socio-economische of klinische karakteristieken).

De beschrijving van de onderzoekspopulatie is noodzakelijk voor de gevolgtrekking, om de externe validiteit in te schatten en dus of de onderzoeksresultaten te generaliseren of transfereren zijn. Generalisatie is de mate waarin de onderzoeksresultaten van de studiepopulatie toepasbaar zijn op de hele doelpopulatie (bijvoorbeeld: is de uitgeteste suïcidepreventiemaatregel bij een onderzoekspopulatie van adolescenten uit een grootstad zoals Antwerpen toepasbaar op alle Vlaamse adolescenten). Transfereerbaarheid is de mate waarin de onderzoeksresultaten van de studiepopulatie toepasbaar zijn op andere doelpopulaties (bijvoorbeeld is een suïcidepreventiemaatregel gericht op Vlaamse adolescenten ook toepasbaar op een andere leeftijdscategorie).

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Bij geestelijke gezondheidsbevordering kan de studiepopulatie bestaan uit de algemene populatie of een populatie met verhoogd risico op psychische problemen. De kenmerken van de studiepopulatie kunnen variëren op basis van factoren zoals leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, culturele achtergrond, en de specifieke geestelijke gezondheidsproblemen die worden aangepakt. Het is essentieel om te zorgen dat de populatie representatief is voor de groep die in de praktijk baat zou hebben bij de interventie.

Minimaal te rapporteren en evalueren zijn: leeftijdsverdeling, demografische, socio-economische en klinische karakteristieken. Deze dienen vergeleken te worden met de meest recente periodiek verzamelde data uit referentiepopulaties.

10.4.3 Item 6 Context en locatie.

Omschrijving

Geef relevante contextuele informatie die de bevindingen zouden kunnen beïnvloeden.

Net als de beschrijving van de onderzoekspopulatie (item 5) is de beschrijving van de context en locatie noodzakelijk voor de gevolgtrekking, om de externe validiteit in te schatten en dus of de onderzoeksresultaten te generaliseren en/of transfereren zijn.

Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van de omgevingsanalyses op niveau van gemeente, eerstelijnszone (ELZ) of groter, volgens het door het Vlaams Instituut voor de Eerstelijns (VIVEL) naar voor geschoven DESTEP-model, waarna deze kunnen afgezet worden tegenover cijfers van het Vlaams Gewest:

- Demografische gegevens: bijvoorbeeld leeftijdsverdeling, diversiteit, huishoudtypes en gezondheid;
- (Sociaal-)Economisch: bijvoorbeeld inkomen, welvaart, verhoogde tegemoetkoming, inkomensgarantie, leefloon, werkloosheid, betalingsmoeilijkheden, schoolgaande jeugd;
- Sociaal-cultureel: bijvoorbeeld informele zorg, vrijwilligerswerk en socio-culturele initiatieven, sport en vrije tijds mogelijkheden, sociale kaart;
- Technologische ontwikkeling: bijvoorbeeld uitrol globaal medisch dossier, eHealth index, digitale geletterdheid;
- Ecologische ontwikkeling: (sociaal) wonen, basisuitrusting van de buurt/wijk, eerstelijns en gespecialiseerd zorgaanbod, welzijnsaanbod zoals woonzorgcentra, dienstencentra en kinderopvang;
- Politieke ontwikkeling: uitbouw en positie zorgraad.

De rapporten van individuele ELZ's kunnen gevonden worden via <https://www.eerstelijnszone.be/> en specifiek onderzoek kan verlopen via <https://provincies.incijfers.be/>.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Bij een gezondheidseconomische evaluatie van een interventie gericht op geestelijke gezondheidsbevordering speelt de bepaling van de context en locatie een cruciale rol. De sociaaleconomische status van de regio of bevolking kan van invloed zijn op de toegang tot GGB/preventie en de behoefte aan GGB en preventieve maatregelen. De acceptatie en effectiviteit van een interventie kan sterk worden beïnvloed door de culturele context, zoals de opvattingen over geestelijke gezondheid, stigma, en steun vanuit de gemeenschap. De setting waarin de interventie wordt aangeboden is ook van belang, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg (huisarts), scholen, werkplekken, of gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorginstellingen.

10.4.4 Item 7 Te vergelijken interventies en strategieën.

Omschrijving

Beschrijf de interventies of strategieën die met elkaar worden vergeleken en waarom deze werden gekozen.

Een vaak voorkomende limitatie bij de evaluatie van een gezondheidseconomische studie is de gebrekkige transparantie van wat nu vergeleken wordt met elkaar. Met name de controlegroep wordt niet zelden beschreven als *de huidige situatie* of *care as usual*. De huidige situatie kan echter verschillen van context tot context en is daarom per definitie onvoldoende.

De nieuwe strategie waarvan men de kosteneffectiviteit wenst te beoordelen dient gedetailleerd beschreven te worden, rekening houdende met de mogelijk complexe uitvoering ervan waarbij adaptaties aan specifieke contexten of omstandigheden kunnen voorkomen³⁸⁷. De *Template for Intervention Description and Replication* (TIDieR) Checklist³⁹⁰ kan hierbij leidend zijn:

- Korte omschrijving van de interventie;
- Waarom: beschrijf de rationale, de achterliggende theorie of het doel van de cruciale interventie-elementen;
- Wat: beschrijf alle tijdens de interventie gebruikte materiële of immateriële hulpmiddelen en de gehanteerde procedures, activiteiten en processen;
- Wie: beschrijf de expertise, achtergrond en rol van elke rol;
- Waar: beschrijf de gebruikte locaties en noodzakelijke infrastructuur;
- Wanneer en hoe veel: beschrijf de frequentie en over welke periode de interventie werd geïmplementeerd (de zogenaamde *dose intensity*);
- Individualisering: beschrijf hoe en onder welke omstandigheden de interventie werd aangepast aan de individuele karakteristieken van een participant;
- Aanpassingen: beschrijf de aanpassingen aan de interventie gedurende de interventieperiode;
- Getrouwheid: beschrijf strategieën en diens implementatiefrequentie om de interventietrouw van participanten te optimaliseren en in welke mate de interventie werd uitgevoerd zoals oorspronkelijk gepland.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Specifiek bij GGB en universele/selectieve preventie dient uitvoerig te worden beschreven welke strategieën op vandaag en in de afgelopen tijd (wegens mogelijk doorlopende effecten) reeds geïmplementeerd zijn geweest.

10.4.5 Item 8 Perspectief.

Omschrijving

Geef het perspectief (de perspectieven) van het onderzoek aan en waarom hiervoor gekozen werd.

Een gezondheidseconomische evaluatie neemt steeds een bepaalde positie in, waarbij een beslissing dient gemaakt te worden over de te includeren kosten en gezondheidseffecten. Typische perspectieven die in aanmerking komen zijn het maatschappelijke perspectief, de gezondheidszorgbetaler, het gezondheidszorgsysteem, het ziekenhuis en de patiënt³⁹¹. De door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uitgevaardigde Belgische gezondheidseconomische richtlijn schrijft voor om het perspectief van de gezondheidszorgbetaler te hanteren³⁹². Dit perspectief houdt rekening met directe medische kosten waarbij zowel het aandeel van de patiënt als het door de overheid terugbetaalde bedrag in rekening wordt genomen (Tabel 37).

Er valt over te discussiëren of het gezondheidszorgbetalerperspectief de juiste benadering is bij de beoordeling van interventies gericht op de geestelijke gezondheid. Slechts een kwart van de kosten gerelateerd aan geestelijke gezondheid vallen te situeren binnen de gezondheidszorg, terwijl driekwart toe te schrijven valt aan sociale zekerheidskosten en productiviteitskosten⁴. Ook de kosten en gezondheidseffecten van bijvoorbeeld mantelzorgers vallen buiten het perspectief van de gezondheidszorgbetaler, hoewel deze substantieel kunnen zijn bij geestelijke gezondheidsproblemen³⁹³. Op de specifieke kostenrubrieken en gezondheidseffecten wordt nog teruggekomen onder volgende items.

Tabel 37. Overzicht types kosten

KOSTEN		
	DIRECTE	NIET-DIRECTE
MEDISCHE	Terugbetaalde en niet-terugbetaalde kosten die rechtstreeks samenhangen met de aandoening en geassocieerde aandoeningen (bv. depressie – diabetes)	Toekomstige kosten gerelateerd aan aandoeningen die het gevolg zijn van bijvoorbeeld langer leven
NIET-MEDISCHE	Kosten buiten de gezondheidssector, maar die rechtstreeks toe te schrijven zijn aan een aandoening (vervoerskosten, mantelzorg)	Productiviteitsverlies ten gevolge van absenteïsme en/of presenteïsme

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

De bepaling van het perspectief is steeds essentieel, dus ook bij een gezondheidseconomische evaluatie van een interventie gericht op geestelijke gezondheidsbevordering. Een maatschappelijk perspectief lijkt dus meer opportuun om alle relevante kosten en gezondheidseffecten te capteren. Echter is het aangeraden om sowieso ook een analyse uit te voeren vanuit het gezondheidszorgbetalersperspectief.

Voorbeelden van relevante kosten zijn kosten gerelateerd aan het gebruik van geestelijke gezondheidszorgdiensten (directe kosten), de kosten van verloren werkuren door psychische klachten of de economische impact van verbeterde geestelijke gezondheid op lange termijn

(indirecte kosten), maar ook mogelijke besparingen door verbeterde geestelijke gezondheid zoals bijvoorbeeld omwille van verminderd zorggebruik, verminderd ziekteverzuim en verhoogde productiviteit.

10.4.6 Item 9 Tijdshorizon.

Omschrijving

Vermeld de tijdshorizon van het onderzoek en waarom deze geschikt is.

De algemene Belgische KCE-richtlijn schrijft voor dat *de tijdshorizon afhangt van de tijd van de impact van de interventie in vergelijking met de controle op relevante uitkomsten*³⁹². Het is aannemelijk dat GGB en universele/selectieve preventieve interventies op eerder korte termijn reeds effecten kunnen hebben (bv. toename van welzijn). Anderzijds hebben GGB en universele/selectieve preventieve interventies de doelstelling om de geestelijke gezondheid van de doelpopulatie te bevorderen door in te spelen op een waaier aan maatschappelijke, gemeenschapsgerichte, interpersoonlijke en individuele beschermende en risicofactoren, wat een directe impact kan hebben op zogenaamde harde uitkomsten zoals het suïciderisico en het aantal (kwalitatieve) levensjaren³⁹⁴. Bovendien is geestelijke gezondheid (indirect) geassocieerd aan somatische aandoeningen zoals infectieuze aandoeningen, hartproblemen, en diabetes³⁹⁵⁻³⁹⁸. Vanuit deze optiek is voor een singulier cohort een (quasi) levenslange tijdshorizon aangeraden om alle gezondheidseffecten en -kosten te capteren. Een (quasi) levenslange tijdshorizon kan gemodelleerd worden tot iedereen in het cohort overleden is of door te modelleren tot een bepaald jaar. Afwijkingen dienen geargumenteed te worden. Dit impliceert dat empirische resultaten geëxtrapoleerd zullen moeten worden tot een stuk na het einde van de empirische studie of beschikbare data, wat een modelmatige gezondheidseconomische evaluatie noodzakelijk maakt. Bij modellering van meerdere cohorten over meerdere jaren zal duidelijk gemaakt moeten worden tot welk punt in de tijd er gemodelleerd wordt³⁹⁹. Het is mogelijk dat de tijdshorizon voor de verschillende cohorten niet helemaal gelijk is. Een voorbeeld: stel dat men een specifieke preventiestrategie gericht op eerstejaarsstudenten voor vijf opeenvolgende jaren wenst te implementeren: een eerste keer in 2025 en een laatste keer in 2029. Men beslist te modelleren tot 2090. Dan zal de tijdshorizon respectievelijk 65, 64, 63, 62 en 61 jaar bedragen.

Een nadeel van een langere tijdshorizon is de toenemende onzekerheid met tijd en de mismatch met beleidsmatige doelstellingen die vaak een kortere termijnperspectief hebben. Daarom wordt aangeraden om ook alternatieve lengtes van de tijdshorizon te exploreren, minstens (i) de duur van de klinische studie en (ii) de beleidsmatig relevante tijdshorizon⁴⁰⁰. Het meest praktische naar beleidsmakers toe is om de impact van de tijdshorizon te visualiseren met op de x-as de tijdshorizon en op de y-as de Incrementele KostenEffectiviteitsRatio (IKER). Zodoende wordt duidelijk of en na hoeveel tijd een nieuwe interventiestrategie kosteneffectief of zelfs -besparend wordt.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Sommige interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering kunnen relatief snel positieve effecten hebben, zoals een verbetering van welzijn, vermindering van stress of angstklachten, of een afname van het aantal consultaties bij de huisarts. Een korte tijdshorizon van bijvoorbeeld één of twee jaar kan dan geschikt zijn om de onmiddellijke impact te meten. Veel interventies op het

gebied van geestelijke gezondheid hebben echter langdurige effecten die pas na meerdere jaren een zichtbare impact hebben. Denk aan preventie van ernstigere psychische aandoeningen, langdurige vermindering van depressie of angststoornissen, en de verbetering van levenskwaliteit op lange termijn. In dit geval is een langere tijdshorizon noodzakelijk om alle kosten en baten mee te nemen.

Voor GGB en universele/selectie preventie is als basisscenario een (quasi) levenslange tijdshorizon aangeraden om alle gezondheidseffecten en -kosten te capteren. Er wordt aangeraden om ook alternatieve lengtes van de tijdshorizon te exploreren: (i) de duur van de klinische studie en (ii) de beleidsmatig relevante tijdshorizon. Visualiseer de impact van de tijdshorizon.

10.4.7 Item 10 Discontering.

Omschrijving

Vermeld de disconteringsvoet(en) en waarom hiervoor gekozen werd.

Kosten en gezondheidsuitkomsten waarvan verwacht wordt dat die in de toekomst zullen voorkomen, worden in vergelijking met huidige kosten en gezondheidsuitkomsten als minder waardevol aanzien⁴⁰¹. Enkele argumenten voor discontering zijn de pure tijdsvoorkeur van de mens (liever geld nu dan in de toekomst), risicoaversie (stel dat je komt te overlijden vooraleer de winsten te hebben ontvangen), mogelijke opportuniteitskosten (geld kan ook geïnvesteerd worden in een alternatieve strategie met bepaalde gezondheidswinsten), en de wet van verminderde marginale utiliteit (de subjectieve marginale marge wordt steeds kleiner: 1 extra levensjaar voelt minder groot aan wanneer je nog 20 jaar te leven hebt in vergelijking met nog 1 jaar)⁴⁰². Met name bij GGB en universele/ selectieve preventie is de hoogte van discontering van groot belang omdat de voorspelde gezondheidswinsten en vermeden gezondheidskosten vaak verder in de toekomst liggen. Een hogere discontovoet zal resulteren in een relatief lagere waardering van toekomstige effecten en een lagere discontovoet in een relatief hogere waardering.

In België wordt een verschillende discontovoet toegepast voor kosten en gezondheidsuitkomsten: 3% voor kosten en 1.5% voor gezondheidsuitkomsten³⁹². Zo'n verschillende discontovoet met een lagere discontering van gezondheidsuitkomsten vermijdt een te sterke afstraffing van interventies waarvan de gezondheidseffecten grotendeels in de verdere toekomst liggen, een cruciaal gegeven binnen GGB en universele en selectieve preventie⁴⁰².

Wegens het toepassen van een verschillende discontovoet dienen er drie zaken in rekening gebracht worden. Ten eerste stelt de *Keeler & Cretin uitstelparadox* dat hoe meer jaren er zitten tussen het jaar naar waar teruggerekend wordt en het later in de tijd liggende jaar waarin de interventiestrategie daadwerkelijk geïmplementeerd wordt, de Incrementele KostenEffectiviteitsRatio (IKER) zal verlagen en dus gunstiger zal worden. Dit zou kunnen leiden tot het onnodig en verkeerdelijk uitstellen van gezondheidsbevorderende en preventieve acties: een gezondheidseconomische evaluatie heeft als doel te informeren welke strategie te implementeren, niet wanneer. Om de Keeler & Cretin paradox te vermijden, dienen toekomstige kosten en gezondheidsuitkomsten gediscoteerd te worden naar

het jaar waarin de interventiestrategie geïmplementeerd wordt⁴⁰². Ten tweede zal de IKER ook dalen wanneer verschillende populatiecohorten op verschillende momenten doorheen de tijd in een model worden geïntroduceerd⁴⁰². Dit is zeker ook van belang in het kader van GGB en universele/selectieve preventie wanneer men periodiek interventies wenst te herhalen met telkens een nieuwe cohort (bv. een jaarlijks terugkerende strategie om het mentaal welzijn van eerstejaarsstudenten te verhogen). Daarom dienen er sensitiviteitsanalyses (zie ook verder) te gebeuren met discontovoeten van zowel 0%, 3% en 5% voor zowel kosten als gezondheidsuitkomsten³⁹². Ten derde kunnen evaluaties met een langere tijdshorizon en langere interventietijd lagere en gunstigere IKER's vertonen⁴⁰².

De formule voor discontering:

$$x_{n=0} = \frac{x_n}{(1+d)^n}$$

Waarbij $x_{n=0}$ = de naar de huidige tijd verrekende waarde

x_n = de toekomstige waarde in jaar n

d = de discontovoet

n = jaar in de toekomst

Concreet: de nieuwe gezondheidsbevorderende strategie zorgt voor 100 QALY's (voor kwaliteit aangepaste levensjaren, zie verder) gezondheidswinst in jaar 10. Stel een discontovoet van 3%. Dit resulteert in een gediscoteerde waarde van 74.41 QALY's:

$$74.41 = \frac{100}{(1+0.03)^{10}}$$

De totale kost en het totale gezondheidseffect is de respectievelijke som van de kost en gezondheidsuitkomst over alle jaren binnen de tijdshorizon heen.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

In het bijzonder voor GGB en universele/selectieve preventie waarvoor in veel gevallen langere tijdshorizons (richting 30+ jaren) worden beargumenteerd, kan het een optie zijn om een negatieve hyperbolische in plaats van continue discontovoet te hanteren om de zeer lange termijneffecten niet te klein te laten worden. Zo'n benadering zou investeringen in toekomstige generaties en dus billijkheid bevorderen. Dit is een richtlijn dat bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk van toepassing is, waar weliswaar de discontovoet voor kosten en gezondheidsuitkomsten gelijk zijn⁴⁰². Gezien de verschillende discontovoeten in België, wat impliciet een billijkheid naar toekomstige generaties inhoudt, en de continuerende discussie binnen de wetenschappelijke wereld hieromtrent, lijkt deze benadering momenteel eerder een optionele sensitiviteitsanalyse.

10.4.8 Item 11 12 13 Selectie, meting en waardering van uitkomstmaten.

Omschrijving

Beschrijf welke uitkomstmaat(/maten) werden gebruikt voor het meten van de baten en schadelijke effecten.

Beschrijf hoe de uitkomstmaten, die gebruikt werden voor het vastleggen van de baten en schadelijke effecten, werden gemeten.

Beschrijf de populatie en methoden die gebruikt werden om de uitkomstmaten te meten en te waarderen.

Tabel 38 toont dat kosten, onafhankelijk van type gezondheidseconomische evaluatie, steeds in monetaire eenheden worden weergegeven. De verschillen zitten in de valuatie van de gevolgen. Een kosteneffectiviteitsanalyse vergelijkt dezelfde uitkomsten over de verschillende studies en drukt dit uit in natuurlijke eenheden zoals een angstscore of aantal dagen zonder depressie. Een kostenutiliteitsanalyse gaat een stap verder door los te komen van het ziekte-specifieke om meer op een algemeen niveau te opereren. Een kostenbatenanalyse gaat dan weer de gevolgen in monetaire waarden omzetten³⁸⁵.

Tabel 38. Verschillende types gezondheidseconomische evaluaties

Type	Waardering kosten	Gevolgen	Waardering gevolgen
Kostenminimalisatie	Monetaire eenheden	-	-
Kosteneffectiviteitsanalyse	Monetaire eenheden	Eén of meerdere, dezelfde tussen alternatieven	Natuurlijke eenheden (bv. aantal gewonnen levensjaren)
Kostenutiliteitsanalyse	Monetaire eenheden	Enkel of meerdere, niet noodzakelijk dezelfde tussen alternatieven	Utiliteiten
Kosten-baten analyse	Monetaire eenheden	Enkel of meerdere, niet noodzakelijk dezelfde tussen alternatieven	Monetaire eenheden

Vertaald en aangepast uit Drummond et al. (2015)³⁸⁵

De uitkomstmaat uitdrukken in natuurlijke eenheden zoals in kosteneffectiviteitsstudies heeft het voordeel van relevantie binnen een bepaald onderzoeksveld. Het is herkenbaar om twee interventies af te wegen tegen elkaar op het aantal vermeden suïcidepogingen. Het is daarom een handige uitkomstmaat om te communiceren wanneer er een budget gealloceerd wordt met een specifiek omschreven doelstelling zoals het reduceren van suïcidepogingen bij adolescenten. Een natuurlijke eenheid als uitkomstmaat wordt moeilijker te hanteren wanneer een budget wordt gealloceerd met minder specifiek omschreven doelstellingen. Twee voorbeelden. In het eerste voorbeeld is de doelpopulatie minder goed omschreven. Twee interventies zijn volkomen gelijkaardig aan elkaar maar de ene interventie vermijdt suïcides bij adolescenten en de andere bij bejaarde personen. Is het vermijden van één suïcide van een adolescent met een heel leven voor zich meer waard, gelijkwaardig of minder waard dan het vermijden van één suïcide van een bejaard iemand met reeds een heel leven achter zich? Wat als de verhouding tussen de twee interventies niet 1:1 is maar 1:3, verandert dit het antwoord? Ieder van ons zal op basis van eigen ervaringen een ander oordeel vellen. In het tweede

voorbeeld is de uitkomstmaat in natuurlijke eenheden verschillend. De ene interventie beoogt een reductie in depressiescore en de andere interventie een reductie in angstscore. Dit maakt de vergelijking en afweging uitdagend. Het is wetenschappelijk mogelijk om via een voor de hele populatie representatieve onderzoekspopulatie te onderzoeken hoe een reductie in angstscore zich verhoudt tot een reductie in depressiescore (net als het mogelijk is om de verhouding in het eerste voorbeeld te onderzoeken), maar zo'n onderzoek dient dan herhaald te worden voor elke mogelijke vergelijking. Niet zo efficiënt. Enter het gebruik van utiliteiten.

Utiliteiten zoals gebruikt in kostenutiliteitsanalyses drukken de voorkeur voor een bepaalde gezondheidstoestand uit door het gemiddelde te nemen van de nutswaarde die elk individu aan zo'n gezondheidstoestand toekent. Het voordeel is dat er los wordt gekomen van het ziekte-specifieke en dat op een hoger, algemeen niveau de vergelijking kan gemaakt worden tussen verschillende interventies met verschillende finaliteiten. Een gezondheidstoestand wordt kwalitatief gewaardeerd met een score van 0 (dood) tot 1 (perfecte gezondheid). Een negatieve waardering – slechter dan dood – is ook mogelijk. In combinatie met een tijdseenheid waarin men zich in die bepaalde gezondheidstoestand bevindt, is het mogelijk om utiliteiten om te zetten naar *quality adjusted life years* (QALY's).

De utiliteit van een gezondheidstoestand kan gemeten worden met de EQ-5D-5L, dat 5 dimensies (mobiliteit, dagdagelijks leven, zelfzorg, pijn/ongemak, en angst/depressie) meet met 5 mogelijke antwoordniveaus (*levels*). Hierdoor drukt de utiliteit de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (*health-related quality of life*) uit. Het is een patient-reported outcome measurement (PROM). Voor onderzoek bij jongeren is de EQ-5D-Y-3L beschikbaar. Gebruik van de EQ-5D-5L is gratis voor niet-commerciële instellingen of organisaties na registratie op de site van EuroQol en wanneer de onderzoekspopulatie niet groter is dan 5000 personen⁴⁰³. Het grote voordeel aan de EQ-5D-5L is dat algoritmes zijn ontwikkeld voor de Belgische populatie en dat deze vrij beschikbaar zijn⁴⁰⁴.

Concreet: voor item 11 dient de gekozen (natuurlijke of generieke) uitkomstmaat gedefinieerd te worden. Voor item 12 dient beschreven te worden welke vragenlijst hiervoor werd afgenomen en alle relevante modaliteiten (wanneer, bij wie). Om te voldoen aan item 13 dient men de waardering van de uitkomstmaat verder te definiëren. De Belgische waardenset van de EQ-D-5L werd bijvoorbeeld bekomen door face-to-face interviews waarbij 892 respondenten 10 hypothetische gezondheidstoestanden via een 'samengestelde Time Trade Off' oefening (cTTO) en 7 keuzeparen in een 'Discrete Choice Experiment' (DCE). Via een regressiemodel werden zo 3125 (5x5x5x5x5) mogelijke gezondheidstoestanden gewaardeerd⁴⁰⁴.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Kwaliteit van leven is een vaak gebruikte uitkomstmaat bij geestelijke gezondheidsinterventies, omdat psychische gezondheid een sterke invloed heeft op het algehele welzijn. Veel gebruikte instrumenten zijn bijvoorbeeld de EQ-5D of SF-36 vragenlijsten. Het is belangrijk om te differentiëren tussen utiliteiten bekomen door de EQ-5D-5L vragenlijst en andere vragenlijsten zoals de SF-36 of Health Utilities Index vragenlijst. Hoewel gerelateerd aan elkaar, meten ze niet exact hetzelfde en het door elkaar gebruiken is afgeraden⁴⁰⁵. Dit is met name van belang in de evaluatie van GGB en universele/selectieve preventiestrategieën waar gebruik wordt gemaakt van

modellering. Wanneer de EQ-5D-5L wordt gebruikt om de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven te meten tijdens de studie, is het van belang dat de in de literatuur gevonden utiliteit die dient geattribueerd te worden aan een modelmatige gezondheidstoestand ook via de EQ-5D-5L bekomen is.

Daarnaast zijn specifieke psychologische uitkomsten zoals verminderde symptomen van depressie, angst, stress, en verbetering van het algehele mentaal welzijn cruciaal voor interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering. Deze kunnen worden gemeten met gestandaardiseerde instrumenten zoals de Beck Depression Inventory (BDI) of de Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7).

10.4.9 Item 14 15 Kosten.

Omschrijving

Beschrijf hoe de kosten werden gemeten en berekend.

Rapporteer de datums waarop de hoeveelheden van middelen en eenheidskosten werden ingeschat, alsook de munteenheid en het jaar van omrekening.

Onder item 8 'perspectief' werd geargumenteed dat bij de gezondheidseconomische evaluatie van GGB en universele/selectieve preventie het maatschappelijke perspectief aangewezen kan zijn. Zowel directe medische, directe niet-medische als indirecte niet-medische kosten, gedragen door zowel de overheid als de participant/patiënt zijn dan van toepassing (zie Tabel 37).

Hier dient een verder onderscheid gemaakt te worden tussen de interventiekosten, kosten gerelateerd aan gezondheidszorggebruik door de participant, en de kosten gerelateerd aan een gezondheidstoestand in het model.

- Mogelijke interventiekosten: interventiemateriaal en productiekosten, tijdsbesteding van (zorg)professionals, tijdsbesteding van participanten*, kosten gemaakt door participanten om levensstijl te wijzigen*, overhead
- Gezondheidszorggebruik van de participant en gerelateerde kosten: het gezondheidszorggebruik kan bevraagd worden aan de hand van vragenlijsten zoals bv. de psychiatrische Nederlandse TIC-P (Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness)^{406,407} of de meer generieke iMTA Medical Technology Questionnaire⁴⁰⁸ die naar de Belgische setting kunnen aangepast worden. Gezondheidszorggebruikdata dient gelinkt te worden met terugbetalingsgegevens van nomensoft: <https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/nl/search>. Niet-terugbetaalde zorg dient gelinkt te worden met andere databronnen.
 - Merk op dat binnen GGB en universele/selectieve preventie de impact op gezondheidszorggebruik van de participant op de korte termijn (studieperiode) verwaarloosbaar kan zijn. Het is belangrijk om op voorhand in te schatten wat de korte termijn effecten kunnen zijn en op basis hiervan te beslissen om dit al dan niet te bevragen.

- Modelmatige kosten gerelateerd aan een gezondheidstoestand: aan elke gezondheidstoestand binnen een Markov-model dient een gemiddelde kost te worden geattribueerd. Dit gebeurt op basis van voorgaand gepubliceerd onderzoek. Bij voorkeur Belgische data aangezien er sterke limitaties gepaard gaan met het transfereren van buitenlandse kostdata naar de Belgische context.
 - Voor het maatschappelijk perspectief dient hier nog een indirecte niet-medische kost aan gekoppeld te worden om het productiviteitsverlies in rekening te nemen.

*Specifiek voor maatschappelijk perspectief

Daarnaast kan er ook geopteerd worden om kosten gerelateerd aan mantelzorg mee te nemen binnen het maatschappelijk perspectief.

Alle kosten dienen naar eenzelfde referentiejaar en naar euro's te worden omgerekend, dit kan uniform gedaan worden via de online tool⁴⁰⁹ <https://epi.ioe.ac.uk/costconversion/default.aspx>. Alle originele kosten met basisjaar en omrekening naar het referentiejaar dienen gerapporteerd te worden.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Voorbeelden van kosten die relevant zijn bij gezondheidseconomische evaluaties van GGB en universele/selectieve preventie strategieën: (1) direct medische kosten zoals kosten voor zorgverleners (bv. psycholoog, psychiater), kosten van interventies (bv. stressmanagement); (2) direct niet-medische kosten: bv. transportkosten om een sessie over GGB/preventie bij te wonen, huur ruimte voor (groeps)sessies over geestelijke gezondheid; (3) indirecte kosten: productiviteitsverlies (bv. wekelijks middag vrijaf moeten nemen om sessie bij te wonen), ziekteverzuim (bv. daling ten gevolge van GGB of preventieve strategie).

Interventies gericht op geestelijke gezondheidsbevordering kunnen vereisen dat zorgverleners of andere betrokkenen extra training of opleiding ontvangen. De kosten van deze trainingen moeten worden meegerekend.

10.4.10 Item 16 Model.

Omschrijving

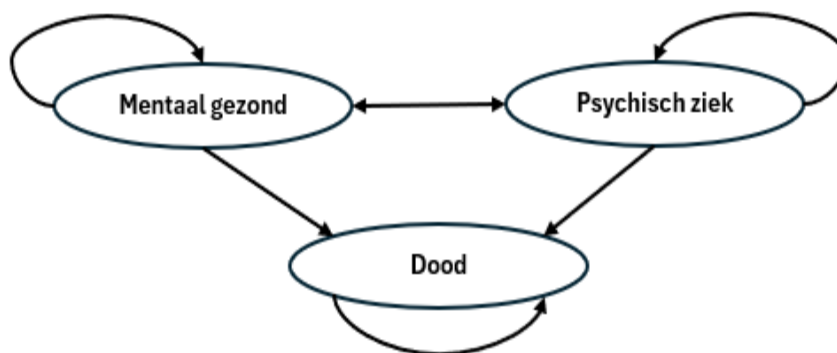
Als modellering werd gebruikt, beschrijf dan de details van het model en waarom dit werd gebruikt. Rapporteer of het model openbaar toegankelijk is en waar het beschikbaar is.

Zoals in de inleiding reeds aangehaald kan een gezondheidseconomische evaluatie plaatsvinden op basis van een singuliere klinische studie of onafhankelijk om de (theoretische) impact van een GGB of universele/selectieve strategie te evalueren.

Een klinische studie, bij voorkeur een gerandomiseerde studie met controlegroep en minstens één interventiegroep, onderzoekt de impact van een interventie waarbij er gecontroleerd wordt voor zoveel mogelijk andere factoren om het effect van de interventie te bepalen. Dat effect wordt uitgedrukt in één of meerdere uitkomstmaten (zie hierboven). Een studie is vaak gelimiteerd in tijd (3, 6, 12 of 24 maanden). Wanneer ook kostendata verzameld worden over de interventie en van de participanten, is het mogelijk om een zogenaamde *trial-based* gezondheidseconomische evaluatie uit te voeren waarbij de uitkomstmaten en kosten van de interventiegroep afgezet worden tegenover de uitkomstmaten en kosten van de controlegroep.

Een vaak gebruikt model is het besliskundig Markov model. Zo'n model omvat verschillende gezondheidsstaten waarin personen zich kunnen bevinden. Het is een gesimplificeerde weerspiegeling van de realiteit. Een wel zeer gesimplificeerde vorm is bijvoorbeeld te vinden in Figuur 17.

Figuur 17. Visuele voorstelling besliskundig Markov model



Vaak is zo'n Markov model een stuk complexer dan het voorbeeld hierboven maar altijd zal het een simplificatie van de realiteit zijn om het werkbaar te houden. Want hoe complexer, hoe meer data er nodig is. Data die er niet altijd zijn.

Aan elke gezondheidsstaat wordt een utiliteit en een kost gekoppeld (die afhankelijk gemaakt kan worden van bijvoorbeeld geslacht en leeftijd, maar bijvoorbeeld ook subgroep). Een persoon kan zich slechts in één gezondheidsstaat bevinden en per bepaald tijdsperiode (bv. een jaar) wordt de overgang (een transitie) gemaakt naar een andere gezondheidsstaat of blijft men in dezelfde gezondheidsstaat. De transitiekans kan afhankelijk gemaakt worden van bijvoorbeeld leeftijd. De transitiekans wordt vaak gebaseerd op bestaande wetenschappelijke data. Om de transitiekans van enerzijds mentaal gezond naar dood en van psychisch ziek naar dood te berekenen kan bijvoorbeeld gewerkt worden met de gedetailleerde mortaliteitsdata van Statbel en onderzoek dat het verhoogde risico om te sterven heeft berekend indien men psychisch ziek is. Er is ook een transitiekans tussen mentaal gezond en psychisch ziek. Herinner u onze verbeterde welzijnsscore op het einde van onze studie: deze verbeterde score kan een impact hebben op de transitie van mentaal gezond naar psychisch ziek. De

wijziging in welzijnsscore (een zogenaamde zachte uitkomst) wordt zodoende vertaald in een klinisch harde uitkomst. Zowel de controlegroep als de interventiegroep laten we dan apart doorheen het model gaan maar het verschil zit hem dan in de transitiekans tussen mentaal gezond en psychisch ziek. De interventiegroep met de betere welzijnsscore zal minder snel psychisch ziek worden en uiteindelijk ook minder snel overlijden.

Een gezondheidseconomische evaluatie kan echter ook onafhankelijk gebeuren van een klinische studie. Dan komen we meer op het domein van de wat-als analyse. Wat als het mentaal welzijn in de adolescentie met zoveel punten verbeterd, wat is dan het effect op het aantal personen met een psychische problematiek, op het aantal hospitalisaties, op het sterftecijfer etc. Wanneer het beleid een GGB of universele/selectie preventiestrategie implementeert, is het dan mogelijk om in real-time de lange termijn gezondheidseconomische consequenties te evalueren. Het valt aan te raden om het effect te blijven monitoren en aanpassingen aan het model te maken waar nodig.

Volgende zaken zijn noodzakelijk en in volledige transparantie te rapporteren:

- Een visualisatie van het gezondheidseconomische model met de verschillende gezondheidsstaten en de relaties tussen deze gezondheidsstaten;
- De transitiekansen en hoe deze berekend zijn met rapportering van;
- De utiliteiten van elke gezondheidsstaat en hoe deze berekend zijn;
- De kosten van elke gezondheidsstaat en hoe deze berekend zijn.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Bij GGB en universele/selectieve preventie is het goed mogelijk dat op zo'n gelimiteerde tijdsstudie de uitkomstmaat in termen van QALY's vrij beperkt of statistisch niet-significant verschillend is. Eerder zal er, hopelijk, een effect in natuurlijke eenheden op te merken zijn, zoals een effect op een welzijnsscore.

Laten we voortgaan op een verbeterde welzijnsscore op het einde van de studie. Het is niet dat met het afgelopen van de studie, de verbetering in welzijnsscore plots stopt. Neen, er zijn doorlopende effecten. De tijdshorizon van de studie capteert met andere woorden niet het volledige effect (en kosten). In het geval van GGB en universele/selectieve preventie is het daarom van belang om de studieresultaten te extrapoleren op de langere termijn. Dit wordt gedaan op basis van een gezondheidseconomisch model, zoals een beslisboom, een Markovmodel of een Discrete Event Simulation model. Een uitstekende en laagdrempelige uitleg is te vinden in Gezondheidseconomie voor niet-economen van Annemans³⁸⁴.

Het meest courante en praktische om GGB en universele/selectieve preventie te evalueren is een Markovmodel wegens de mogelijkheid om te simuleren via populatiecohorten en op de lange termijn.

10.4.11 Item 17 Analyses en aannames.

Omschrijving

Beschrijf alle methoden voor het analyseren of statistisch transformeren van gegevens, alle extrapolatiemethoden en de aanpak voor het valideren van elk gebruikt model.

Een kritiek item bij de gezondheidseconomische evaluatie van GGB en universele/selectieve preventie is de transparante rapportering van statistische analyses en aannames. Het is niet onlogisch dat het gezondheidseconomische model dat de lange termijn impact wenst te onderzoeken, gestut is op enkele aannames. De toekomst wordt voorspelt op basis van beperkt beschikbare informatie, niet in het min door de beperkte tijdshorizon van een klinische studie.

Verantwoording voor aannames dienen uitvoerig beschreven te worden. Voorbeelden zijn: expertopinie, aangetoonde associatie met mogelijke causaliteit, richtlijn, standaardpraktijk, vergelijkbaarheid van gezondheidszorgorganisatie tussen landen etc.

Data uit de literatuur dienen soms getransformeerd te worden naar de specifieke vereisten van het gezondheidseconomische model. Het is ook mogelijk dat de gezondheidseconoom verschillende databronnen samenvoegt tot één inputparameter. Dit kan de transparantie vaak ondermijnen. Expliciete rapportage hiervan is noodzakelijk, desnoods toegevoegd in een bijlage.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Aannames die courant kunnen voorkomen bij een gezondheidseconomische evaluatie van GGB en universele/selectieve preventie zijn vaak gerelateerd aan:

- > De inclusie en exclusie van de gezondheidsstaten
- > De relatie tussen de gezondheidsstaten
- > Duurzaamheid van het interventie-effect op de lange termijn
- > Transfereerbaarheid van buitenlandse data
- > Generaliseerbaarheid van data uit gelijken doch verschillende populaties
- > Generaliseerbaarheid van resultaten binnen verschillende populaties
- > Bereik en opname van de interventie door de doelpopulatie
- > ...

De externe validiteit van een gezondheidseconomisch model gericht op GGB en universele/selectieve preventie kan nagegaan worden door het natuurlijke verloop in de huidige situatie (vaak de controlegroep) te vergelijken met beschikbare incidentie- of prevalentiedata zoals suïcidecijfers, sterftcijfers, angstcijfers, of depressiecijfers.

10.4.12 Item 18 Heterogeniteit.

Omschrijving

Beschrijf alle methoden die zijn gebruikt om in te schatten hoe de resultaten van het onderzoek variëren tussen subgroepen.

Dit item verwijst naar hoe de resultaten van een gezondheidseconomische evaluatie variëren tussen subgroepen. Dit is belangrijk omdat aanbevelingen en (beleids-)beslissingen op basis van gemiddelde kosteneffectiviteitsmetingen onjuist kunnen zijn voor specifieke subgroepen⁴¹⁰. Een bepaalde interventie kan kosteneffectief zijn voor een bepaalde (patiënten)populatie, maar niet voor een andere.

Het is dus belangrijk om in de 'Methode' sectie duidelijk aan te geven hoe heterogeniteit in de kosteneffectiviteitsanalyse wordt onderzocht. Indien er wordt uitgegaan van homogeniteit over de volledige studiepopulatie moet deze assumptie worden gerechtvaardigd.

Een voorbeeld om dit te illustreren. Uit een kosteneffectiviteitsanalyse inzake de preventie van depressie (cognitief-gedragmatig depressiepreventie programma) bij jongeren 'at risk' bleek dat het programma meer kosteneffectief was bij jongeren wiens ouders zelf geen depressie hadden in vergelijking met de jongeren met ouders met een depressie⁴¹¹.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Toegepast op GGB kunnen we bijvoorbeeld verwijzen naar het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid - Strategisch plan 2017 – 2019⁴¹² waarin onder "Wetenschappelijk onderzoek en monitoring staat dat de risicofactoren die de toename van het aantal suïcides bij de leeftijdsgroep 45-60 jaar kunnen verklaren, wordt onderzocht. Op basis van deze bevindingen kunnen specifieke strategieën worden ontwikkeld die dan op hun effectiviteit en kosteneffectiviteit worden onderzocht. Stel dat een strategie kosteneffectief blijkt voor de leeftijdsgroep 45-60 jaar kan de vraag worden gesteld in welke mate deze strategie ook (kosten)effectief is bij bijvoorbeeld adolescenten.

10.4.13 Item 19 Verdelingseffecten.

Omschrijving

Beschrijf hoe de effecten verdeeld zijn over verschillende individuen, of welke aanpassingen er zijn gemaakt om rekening te houden met prioritaire populaties.

Het in rekening brengen van verdelingseffecten kan belangrijk zijn wanneer beleidsmakers geïnteresseerd zijn in "gelijkheidseffecten" (*equity*) van de interventie op basis van variabelen zoals socio-economische status, etniciteit, geografische locatie of ziektecategorieën zoals invaliditeit en ernst van de aandoening.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

In het domein van GGB zijn er verschillende argumenten om bij kosteneffectiviteitsanalyses van GGB interventies rekening te houden met het aspect “verdelingseffecten”. Zo blijkt uit de Gezondheidsenquête 2018 uitgevoerd door Sciensano dat bijvoorbeeld levenstevredenheid, psychisch welbevinden en levensenergie sociaal bepaald zijn, met name vrouwen en personen met de laagste opleiding scoren minder op deze indicatoren. De resultaten verschillen ook volgens leeftijd: levenstevredenheid, psychisch welbevinden en levensenergie zijn het gunstigst tussen de leeftijd van 65 en 74 jaar, terwijl bij de actieve bevolking (25-54 jaar) deze scores lager zijn. Nog uit de Gezondheidsenquête blijken er regionale verschillen. Subjectief welbevinden of positieve geestelijke gezondheid scoren het best in het Vlaams gewest in vergelijking met de andere gewesten in België⁴¹³.

10.4.14 Item 20. Onzekerheid.

Omschrijving

Beschrijf de methoden om alle mogelijke bronnen van onzekerheid in de analyse te onderzoeken.

Bij gezondheidseconomische evaluaties kunnen drie types onzekerheid worden onderscheiden⁴¹⁴:

1. **Parameteronzekerheid**: dit omvat onzekerheid die gelinkt is aan de waarden van de input parameters die in de gezondheidseconomische evaluatie worden gebruikt,
2. **Structurele onzekerheid**: deze vorm van onzekerheid verwijst naar onzekerheid met betrekking tot het model (bv. Markovmodel, beslisboom) dat is gebruikt (in welke mate reflecteert het model op adequate wijze de aandoening/conditie en de interventie die worden geëvalueerd),
3. **Methodologische onzekerheid**: deze vorm van onzekerheid verwijst naar onzekerheid met betrekking tot de gekozen methodologie (bv. is het gekozen perspectief het meest relevant perspectief, is de tijdshorizon voldoende lang)

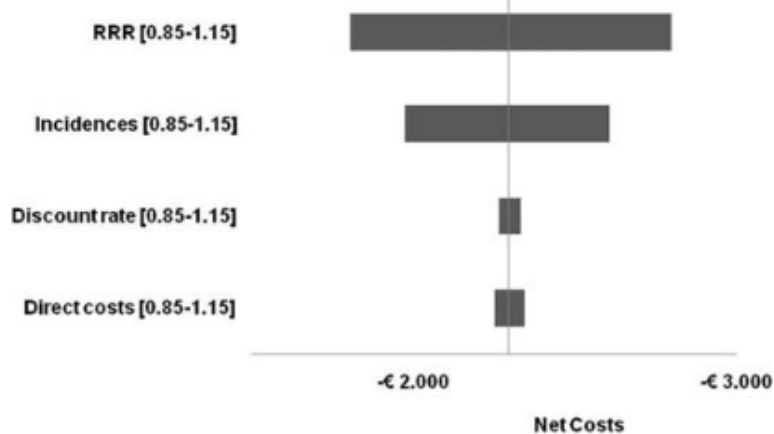
In de CHEERS II wordt het meeste aandacht besteed aan parameteronzekerheid. Inzake de structurele en methodologische onzekerheid wordt enkel aangegeven dat het belangrijk is deze aspecten duidelijk te beschrijven. In wat volgt focussen we dus op de parameteronzekerheid. Er bestaan verschillende analysetechnieken om de onzekerheid die gelinkt is aan de waarde van de inputparameters te capteren. Onafhankelijk van het type analyse dat wordt uitgevoerd, wordt aanbevolen om het resultaat van dergelijke analyses visueel voor te stellen (bv. door middel van een figuur).

Een eerste techniek is de éénwegssensitiviteitsanalyse. In dit type analyse worden de waarden van belangrijke input parameters (bijvoorbeeld probabiliteiten, utiliteiten, kosten, relatieve risico's) telkens afzonderlijk met een bepaald percentage gewijzigd waarbij de waarden van de andere inputparameters constant worden gehouden. Een voorbeeld uit de literatuur betreffende een indicatieve preventiestrategie tegen depressie bij adolescenten⁴¹⁵ om te illustreren hoe dit dient te worden aangegeven:

Through a series of univariate (one-way) sensitivity analyses, the effect of changes in key parameters of interest on the cost-effectiveness results was examined: increasing the intervention cost by 50% to accommodate screening costs; using an annual discount rate of 0% for health benefits and 6% for costs; varying the proportion of intervention uptake⁴¹⁵.

Het resultaat van een éénwegssensitiviteitsanalyse kan visueel worden voorgesteld door middel van een Tornadodiagram. Dergelijk diagram visualiseert welke inputparameters het meest impact hebben op de uitkomst van de kosteneffectiviteitsanalyse (de IKER) wanneer de waarde van die inputparameter wordt gewijzigd. Figuur 18 bevat een voorbeeld van een Tornadodiagram uit een Vlaamse studie inzake de kosteneffectiviteit van een telefonische hulplijn en chatlijn ter preventie van suïcide⁴¹⁶. Dit voorbeeld weerspiegelt de impact van verschillende variabelen op de kostprijs van een chatlijn voor de mannelijke populatie, waarbij de verticale lijn de basiscalculatie is (in dit voorbeeld dus kostenbesparend). Zo'n Tornadodiagram kan ook gemaakt worden voor de gezondheidsuitkomsten alsook voor de IKER-uitkomstmaat.

Figuur 18. Voorbeeld van een Tornadodiagram, uit Pil et al. (2013)⁴¹⁶.

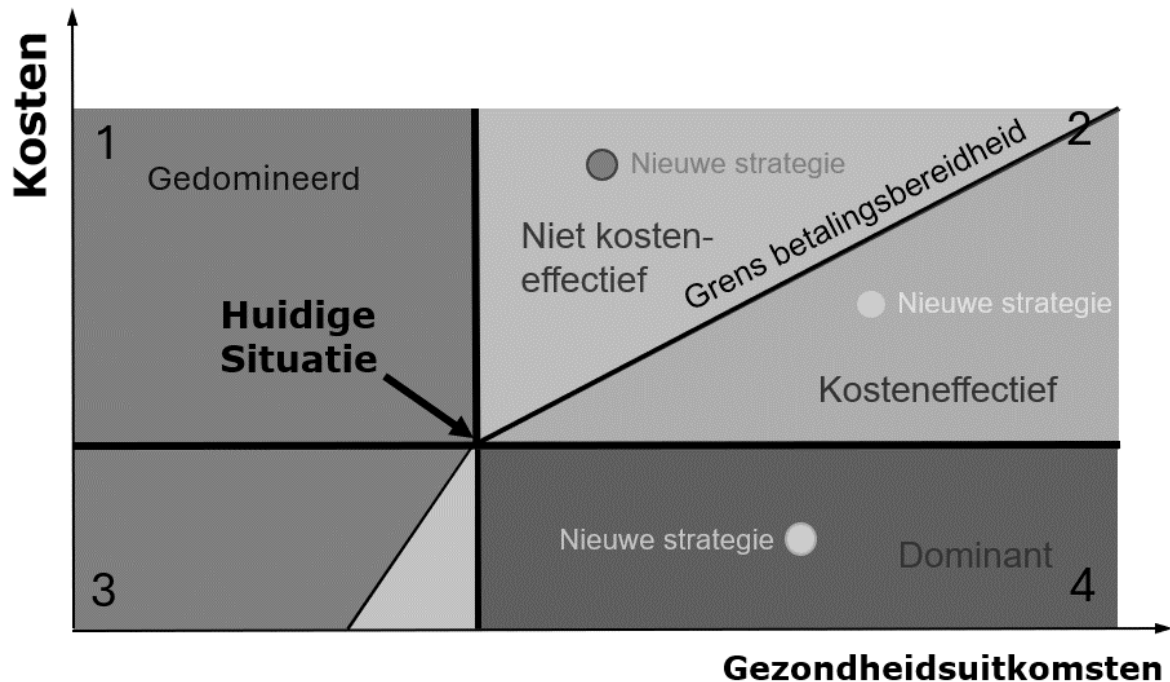


In de resultatensectie kunnen de bevindingen dan worden beschreven als: “uit de éénwegssensitiviteitsanalyse OF uit de Tornado-diagram blijkt dat de resultaten het meest sensitief zijn voor de relatieve risicoreductie (het effect toegeschreven aan de interventie)” (i.e. de variabelen bovenaan in de Tornadodiagram). Eventueel kan ook worden aangegeven welke inputparameters het minst effect op de uitkomst hebben wanneer hun waarden worden gevarieerd (i.e. variabelen onderaan de Tornadodiagram).

Een tweede techniek is het uitvoeren van een probabilistische sensitiviteitsanalyse. In deze analyse worden de waarden van de inputparameters voorgesteld als verdelingen (distributies) rond de puntschatting, die kunnen worden samengevat met behulp van enkele parameters (zoals gemiddelde en standaardafwijking voor een normale verdeling). Verschillende verdelingen zijn over het algemeen geschikt voor verschillende typen variabelen, waar mogelijk ondersteund door ondersteunend bewijs uit bronstudies⁴¹⁷.

Concreet wordt de basisanalyse een aantal keer herhaald (in bv. Microsoft Excel kan dit worden ingevoegd aan de hand van een macro). Het aantal simulaties varieert, maar is doorgaans tussen de 1000 en 10000. Het resultaat van een probabilistische sensitiviteitsanalyse kan visueel worden voorgesteld door middel van het “incrementele kosteneffectiviteitsvlak” (Figuur 19)³⁸⁴.

Figuur 19. Visuele voorstelling incrementeel kosteneffectiviteitsvlak



1. De kosten van de nieuwe strategie zijn hoger en de effecten kleiner dan die van de bestaande interventie. De nieuwe interventie is niet kosteneffectief en wordt gedomineerd door de huidige situatie
2. De kosten van de nieuwe interventie zijn hoger, maar de effecten zijn ook groter. Dit is een twijfelgeval. Er is een nadere berekening nodig om te bepalen welke strategie het meest kosteneffectief is.
3. De kosten van de nieuwe strategie zijn lager en de effecten zijn kleiner. Ook dit is een twijfelgeval. Er is een nadere berekening nodig om te bepalen welke strategie het meest kosteneffectief is.
4. De kosten van de nieuwe strategie zijn lager en de effecten groter dan die van de bestaande interventie. De nieuwe strategie is kosteneffectief.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

Een aantal sensitiviteits- en scenario-analyses die relevant zijn te overwegen bij gezondheidseconomische evaluaties van GGB en universele/selectieve preventie strategieën zijn: variatie in kostprijzen van interventies (bv. counseling, training, vroegtijdige detectie), kosten van geestelijke gezondheidszorg, verschillen in participatiegraad aan GGB/preventie, wijzigingen in de

evaluatieperiode. Voorbeelden van scenarioanalyses: focus op specifieke doelgroep(en) (bv. de algemene populatie vs. personen met verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen), verschillende interventiemodellen (bv. preventieve voorlichting via verschillende kanalen zoals face-to-face, digitaal), scenario's die rekening houden met demografische veranderingen, zoals vergrijzing of veranderingen in de bevolkingssamenstelling, die kunnen leiden tot andere behoeften aan geestelijke gezondheidszorg.

In België is er geen officiële grens van betalingsbereidheid, hoewel vaak het bruto binnenlandsproduct (bbp) per capita genomen wordt als uitgangspunt, welke in 2022 €47430 bedroeg, conform richtlijnen van de WereldGezondheidsOrganisatie die zelfs tot driemaal het bbp per capita voorschrijven als grens van betalingsbereidheid^{418,419}. Hier kan echter sterke kritiek op gegeven worden. Een meer conservatieve grens van betalingsbereidheid van bijvoorbeeld 50% het bbp per capita zou bijvoorbeeld beter de opportuniteitskosten capteren^{418,420}. Voor GGB en universele/selectieve preventie onderschrijven we zo'n conservatie grens van betalingsbereidheid gezien ook de beperkt voorhanden zijnde middelen en een waarschijnlijk minder grote preferentie wegens de op individueel niveau gemiddeld beperkte gezondheidswinsten.

10.4.15 Item 21 Co-Creatie.

Omschrijving

Beschrijf elke aanpak om patiënten of ontvangers van diensten, de algemene bevolking, gemeenschappen of belanghebbenden (zoals klinici of betalers) te betrekken bij het ontwerp van het onderzoek.

Het betrekken van patiënten en het publiek bij onderzoek in de gezondheids- en welzijnszorg wint aan belang en draagt bij tot onderzoek dat zich richt op zaken die relevant zijn voor patiënten en publiek⁴²¹.

De betrokkenheid van patiënten en het publiek bij onderzoek in de gezondheidszorg en sociale zorg wordt steeds belangrijker en helpt ervoor te zorgen dat het onderzoek zich richt op zaken die relevant zijn voor patiënten en het publiek. In gezondheidseconomische evaluatiestudies met modellering is het betrekken van patiënten en het publiek een recente ontwikkeling⁴²². Het betreft een nieuw item in de CHEERS 2022 en verwijst naar het verschil of de impact die de betrokkenheid van patiënten, andere belanghebbenden (bv. betalers, zorgverleners, beleidsactoren) en het brede publiek op gezondheidseconomisch onderzoek hebben. Het betrekken van deze stakeholders is belangrijk omdat dit bijdraagt tot het vergroten van de relevantie en de aanvaardbaarheid van het onderzoek en aldus vormt deze informatie de basis voor de evidentie voor de "praktijk". Bijvoorbeeld, in het domein van geestelijke gezondheidsbevordering, bleek uit een studie inzake de betrokkenheid van "individuele uit de algemene bevolking" bij studies inzake "mindfulness" dat zowel de onderzoekers als de "individuele" positieve ervaringen met de betrokkenheid van "leken" bij het onderzoek hadden⁴²³.

Toepassing op GGB en universele/selectieve preventie

De impact van de betrokkenheid van diverse belanghebbenden bij gezondheidseconomische studies kan zich manifesteren in de scope van het onderzoek, aspecten die betrekking hebben op

de gebruikte methode, het onderzoeksproces en de (interpretatie van) resultaten. Er is nog niet geweten of de inclusie van patiënten/participanten/het publiek, en op welk aspect van het onderzoeksproces, een positieve impact heeft op de kosteneffectiviteit van nieuwe zorgstrategieën in het algemeen en GGB en universele/selectieve preventie in het bijzonder.

10.5 TRANSFEREERBAARHEID VAN RESULTATEN VAN BUITENLANDSE ORIGINE

10.5.1 Kwalitatieve benadering

Het inschatten van de mate waarin de resultaten van gezondheidseconomische studies over in het buitenland uitgevoerde studies van toepassing zijn op de Belgische of nog specifiekere Vlaamse context kan een uitdaging vormen. Redenen hiervoor zijn verschillen tussen landen/regio's in contextuele factoren zoals betalings- en vergoedingssystemen, economisch klimaat, overheids- en regelgevende factoren, en geografische factoren die beleidsbeslissingsprocessen beïnvloeden⁴²⁴. De (kosten-)effectiviteit van twee identieke programma's voor GGB of preventie kan aanzienlijk variëren afhankelijk van de context en de setting waar de interventie wordt uitgevoerd. Dit heeft te maken met de culturele, sociale en economische context van de studiebevolking, die een aanzienlijke invloed kan hebben op het interventieproces en de effecten daarvan⁴²⁵.

Er bestaan een aantal instrumenten om de transferbaarheid van resultaten uit gezondheidseconomisch onderzoek naar andere landen/regio's te evalueren. Goeree en collega's⁴²⁶ identificeerden zeven potentiële instrumenten om de transferbaarheid van resultaten te evalueren. Wijnen en collega's⁴²⁷ prioriteerden het instrument ontwikkeld door Welte en collega's⁴²⁸ omwille van de gebruikersvriendelijkheid met duidelijke cut-off referentiewaarden en de mogelijkheid om zowel trial- als modelgebaseerde studies te evalueren.

Het is sterk aanbevolen om minstens epidemiologische, gezondheidspromotie/preventie, klinische en economische experts te betrekken bij zo'n evaluatie. Het betrekken van deze expertisedomeinen zorgt voor een breder en meer genuanceerd inzicht in de generaliseerbaarheid van de resultaten. Dit leidt tot een meer holistische beoordeling van de impact van GGB/preventie interventies op verschillende populaties en zorgsystemen. Bovendien helpt het om eventuele biases te identificeren en te corrigeren, wat de betrouwbaarheid en toepasbaarheid van de bevindingen in verschillende contexten versterkt. Hierdoor wordt de kans vergroot dat de resultaten niet alleen geldig zijn binnen de onderzochte setting, maar ook relevant zijn voor bredere doelgroep. Afhankelijk van de specifieke context van een studie kan het zinvol zijn om additioneel nog 1 of meerdere andere expertisedomeinen te betrekken.

De vergelijking tussen verschillende landen kan gefaciliteerd worden door een vergelijking te maken tussen de gezondheidseconomische richtlijnen van de verschillende landen. Een overzicht van een resem landen kan gevonden worden op de ISPOR site: <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/pharmacoeconomic-guidelines/pe-guideline-detail>.

Er zijn drie algemene knock-out criteria waaraan voldaan moet worden en 14 specifieke criteria om te evalueren (Tabel 39).

Tabel 39. Knock-out en specifieke criteria kwalitatieve benadering

Algemene criteria	Antwoordmogelijkheden
1. De geëvalueerde strategie is vergelijkbaar met de strategie die geïmplementeerd zal worden in Vlaanderen	Ja - Neen
2. De vergelijkende basis is vergelijkbaar met wat reeds voorhanden is in Vlaanderen	
3. De studie is van acceptabele kwaliteit	
Specifieke criteria	
<u>Methodologie</u>	
4. Perspectief	
5. Discontering	
6. Benadering van medische kosten	Niet van toepassing
7. Benadering van productiviteitskosten	Geen IKER bias
<u>Gezondheidszorgsysteem</u>	
8. Absolute en relatieve prijszetting in de gezondheidszorg	Bias: IKER te hoog
9. Variatie in praktijkvoering	Bias: IKER te laag
10. Beschikbaarheid van technologie/mogelijkheid tot implementeren van strategie	Bias: IKER te hoog of laag
<u>Populatie</u>	
11. Ziekte-incidentie en -prevalentie	Bij bias: geef aan waarom een herberekening van de IKER aanbevolen is
12. Case-mix	
13. Levensverwachting	Bij bias: geef aan hoe moeilijk zo'n herberekening zal zijn o.b.v. beschikbare data
14. Voorkeuren voor gezondheidsstatus	
15. Acceptatie, naleving en incentives voor de populatie	
16. Productiviteit en verlies van werktijd	
17. Ziekteverspreiding	

Concreet voorbeeld

Puur willekeurig is de studie van Beckman en Svensson uit 2015⁴²⁹ genomen als illustratief voorbeeld. In het overzichtshoofdstuk rond kosteneffectieve interventies, werd deze studie gedetecteerd onder de overzichtsstudie van Le et al.³⁰⁴ De aanbeveling naar beleidsmakers toe was 'niet eenduidig', wat wilt zeggen dat de interventie een positieve uitkomst had op de gezondheidseffecten maar ook met een hogere kost kwam op een tijdshorizon van drie jaar.

Deze Zweedse studie analyseert de kosteneffectiviteit van een primaire universele preventiestrategie tegen pesten. Een schoolbreed antipestprogramma op vier niveau's (school, klas, individu, gemeenschap) bleek in vergelijking met geen antipestprogramma het aantal slachtoffers van pestgedrag te reduceren tegen een kostprijs van €14470 (in toenmalige euro's voor het jaar 2013) per vermeden pestslachtoffer.

De algemene, knock-out criteria dienen geëvalueerd te worden in samenspraak met experts op het gebied van preventie en gezondheidseconomie.

Op vlak van specifieke criteria is er een mogelijke bias op vlak van discontering wanneer de aanbeveling wordt gevolgd om een langdurige tijdshorizon te hanteren en de langdurige effecten op gezondheidsuitkomsten te capteren. Maar er is geen bias op een tijdshorizon van drie jaar waarbij de primaire uitkomstmaat het aantal vermeden slachtoffers is.

Een belangrijkere vorm van bias is dat enkel interventiekosten in de Zweedse studie zijn geïncludeerd, waardoor de IKER-inschatting waarschijnlijk te hoog uitvalt. Maar aan de andere kant zijn loonkosten in België hoger dan in Zweden, wat de IKER zal verhogen.

Behoudens de evaluatie van de knock-out criteria, lijkt deze studie gewikt en gewogen mogelijks transfereerbaar. Idealiter worden de inputparameters waar mogelijks bias bestaat, geüpdatet naar de Vlaamse context. Belangrijker is (i) de toetsing van het eindresultaat (kost per vermeden slachtoffer van pesten) aan de betalingsbereidheid voor het vermijden van slachtoffers van pesten in Vlaanderen, en (ii) om te kijken of de resultaten niet geëxtrapoleerd kunnen worden op de lange termijn met impact op zogenaamde harde klinische uitkomsten welke gewaardeerd kunnen worden met een utiliteit.

Tabel 40. Concreet voorbeeld Beckman & Svensson (2015)

Algemene criteria	Beckman & Svensson (2015)	Vlaanderen
1. De geëvalueerde strategie is vergelijkbaar met de strategie die geïmplementeerd zal worden in Vlaanderen	1. (i) Schoolniveau: creëer een pestpreventie coördinatieteam, train dat team en alle medewerkers, neem de Olweus Bullying vragenlijst af, organiseer discussiegroepen met medewerkers, introduceer antipestregels op school, evalueer en verfijn het supervisiesysteem van de school, organiseer een antipest kick-off event, en betrek ouders. (ii) Klasniveau: versterk de schoolbrede antipestregels, houd regelmatige klasgesprekken rond pesten en gerelateerde onderwerpen, en organiseer overleg met ouders. (iii) Individuniveau: superviseer activiteiten van adolescenten, verzeker dat medewerkers optreden bij pesten, ga in direct contact met de studenten die gepest worden en pesten, ga in contact met de ouders van deze protagonisten, en ontwikkel individuele actieplannen indien nodig. (iv) Gemeenschapsniveau: betrek personen uit de gemeenschap in het coördinatieteam, ontwikkel samenwerkingsverbanden tussen school en gemeenschap, verspreid antipestboodschap en beste praktijken in de gemeenschap.	1. ?; Een soortgelijke interventie is begin jaren 2000 geïmplementeerd in Vlaanderen (Stevens, Van Oost, De Bourdeaudhuij) ⁴³⁰ . Analyseer met experten of verschillen substantieel en/of noodzakelijk waren.
2. De vergelijkende basis is vergelijkbaar met wat reeds voorhanden is in Vlaanderen	2. Er zijn veel verschillende antipestprogramma's maar de meeste scholen hanteren geen formeel programma.	2. ?; Analyseer met experten de huidige situatie in België.
3. De studie is van acceptabele kwaliteit	3. Ja, volgens QHES checklist (Le et al., 2021) ³⁰⁴	3. Ok.

Specifieke criteria	Beckman & Svensson (2015)	Vlaanderen
<u>Methodologie</u>		
4. Perspectief	4. Gezondheidszorgbetaler	4. Geen bias. Komt overeen met primaire perspectief in Vlaanderen. Aangeraden om ook maatschappelijk perspectief te onderzoeken.
5. Discontering	5. 3% (uitkomsten en kosten) op 3 jaar	5. Geen bias bij tijdshorizon van 3 jaar. Effecten dienen tegen 1.5% gediscoteerd te worden. IKER iets te hoog, maar verwaarloosbaar wegens beperkte tijdshorizon Bias bij langdurige tijdshorizon: IKER te hoog door lagere discontovoet voor uitkomsten en waarschijnlijke lange termijn effecten
6. Benadering van medische kosten	6. Interventiekosten: (i) programmakosten zoals vragenlijsten en educatiemateriaal, (ii) loonkosten voor educatie en training medewerkers, (iii) loonkosten voor implementatie programma	6. Bias: IKER te hoog door niet in rekening brengen van vermeden gezondheidszorggebruik
7. Benadering van productiviteitskosten	7. Niet van toepassing (zie punt 4)	7. Geen bias.
<u>Gezondheidszorgsysteem</u>		

8. Absolute en relatieve prijszetting in de gezondheidszorg	8. Kosten hoofdzakelijk door loonkosten	8. Bias: IKER te laag doordat uurloonkost in België gemiddeld 21% hoger ligt.
9. Variatie in praktijkvoering	9. Zie ook punt 2.	9. Geen bias, indien geen formeel beleid in alle scholen in Vlaanderen.
10. Beschikbaarheid van technologie/mogelijkheid tot implementeren van strategie	10. Geen hoogtechnologische instrumenten nodig.	10. Geen bias. Vragenlijsten kunnen zo nodig vertaald worden. Kan georganiseerd worden vanuit Vlaams Instituut Gezond Leven.
<u>Populatie</u>		
11. Ziekte-incidentie en -prevalentie	11. Prevalentie pesten: 4% (zoals gerapporteerd in studie). Is een verschillende definiëring met HBSC-studie ⁴³¹ .	11. Mogelijke beperkte bias met IKER te hoog of te laag, afhankelijk van specifieke doelleeftijd. Internationale HBSC-studie ⁴³¹ over pesten, Vlaanderen i.v.m. Zweden: iets hoger pestgedrag bij 11-jarigen, iets lager bij 13-jarigen, gelijk bij 15-jarigen.
12. Case-mix	12. Adolescenten van 12-16 jaar	12. Geen bias.
13. Levensverwachting	13. Wegens gebruikte tijdshorizon niet van toepassing.	13. Geen bias.

14. Voorkeuren voor gezondheidsstatus	14. Specifieke gezondheidsuitkomst: aantal vermeden slachtoffers. Geen algemene gezondheidsuitkomst.	14. Geen bias.
15. Acceptatie, naleving en incentives voor de populatie	15. Pestpreventie is een prioriteit in Zweden (bv Education Act)	15. Geen bias.
16. Productiviteit en verlies van werktijd	16. Niet van toepassing	16. Geen bias.
17. Ziekteverspreiding	17. Niet van toepassing	17. Geen bias.

10.5.2 Kwantitatieve benadering

Wijnen en collega's⁴²⁷ gaan niet in op de twee geïdentificeerde kwantitatieve instrumenten. De EURONHEED van Boulenger en collega's⁴³² focust op de mate van rapportage van gezondheidseconomisch-technische aspecten van modellering maar omvat geen items betreffende de intrinsieke vergelijking tussen het land waar de evaluatie is doorgegaan (het origineland) en het land waarnaar de resultaten al dan niet transfereerbaar zijn (het doelland).

Antonanzas en collega's⁴³³ hebben daarom een instrument opgesteld om de transfereerbaarheid van gepubliceerde gezondheidseconomische studies over verschillende gezondheidszorgsystemen te beoordelen. Het omvat twee delen: de algemene index en de specifieke index. De algemene transfereerbaarheidsindex is gebaseerd op het instrument van Boulenger en collega's en omvat 2 knock-out criteria en 16 niet-kritische criteria, het meet de algemene transfereerbaarheid gebaseerd op meer technische gezondheidseconomische aspecten. De specifieke transfereerbaarheidsindex omvat 4 knock-out criteria en 8 niet-kritische criteria om de moeilijkheid in te schatten in het toepassen of aanpassen van de informatie uit de originele studie binnen een andere context. De 16+8 niet-kritische criteria worden gescoord en een weging kan des gewenst toegepast worden.

Fase 1: Algemene transfereerbaarheidsindex (ATI)

$$ATI = \beta \sum_{j=1}^m \alpha(j)k(j)$$

Met $\beta = 0$ indien voldaan wordt aan één of meerdere knock-out criteria, en 1 indien voldaan wordt aan geen enkele.

m = aantal niet-kritische criteria

j = niet-kritisch criterium

α_j = het factorgewicht van de niet-kritische criteria j

$k_j = 1$ indien de niet-kritische criteria j volledig beschreven en aan voldaan is in de studie, 0.5 indien partieel en 0 indien niet.

Zo'n weging is ontwikkeld voor Spanje maar zou idealiter voor België opgemaakt worden. Antwoordmogelijkheden zijn Ja/Neen/Deels/NVT. Niet van toepassing-antwoorden dienen verrekend te worden in de weging (Tabel 41).

Tabel 41. Algemene transfereerbaarheidsindex.

Algemene index: knock-out criteria

1. De relevante parameters die nodig zijn voor het berekenen voor de kosteneffectiviteitsratio zijn niet gerapporteerd in de studie
2. De studiekwaliteit is laag (modelleringsfouten, rekenfouten, bv. •
dubbeltelling kosten). Er kan rekening gehouden worden met:
 - Duidelijkheid omschrijving onderzoeksdoelstellingen
 - De inputparameters komen van de best beschikbare evidentie

-
- Kosten zijn juist gemeten en de methodologie voor het schatten van de kwantiteit en de unitkosten is duidelijk omschreven
 - De uitkomstmaten zijn gebaseerd op gevalideerde en betrouwbare schalen of duidelijk beargumenteerd
 - Het economische model en diens structuur, studiemethodologie en componenten van kosten en uitkomstmaten zijn op een transparante wijze omschreven
 - De conclusies en aanbevelingen van de studie zijn een logisch gevolg van de studieresultaten

Algemene index: niet-kritische criteria	Gewicht (Spanje)
1. Is de interventie in voldoende detail beschreven?	6.15%
2. Is de vergelijkende basis (controlegroep) in voldoende detail beschreven?	5.88%
3. Is het land waarin de economische studie heeft plaatsgevonden duidelijk omschreven?	6.15%
4. Hebben de auteurs het perspectief van de economische analyse correct omschreven?	8.02%
5. Is de targetpopulatie van de GGB of universele/selectieve preventie duidelijk omschreven of kan het afgeleid worden door het artikel te lezen?	6.95%
6. Geeft het artikel een voldoende gedetailleerde omschrijving van de studie sample?	5.88%
7. Zijn de belangrijkste schattingen van de uitkomstmaten gerapporteerd?	7.22%
8. Zijn de resultaten van een statische analyse van de uitkomstmaten gerapporteerd?	6.15%
9. Is het niveau van rapportage van uitkomstmaten adequaat (incrementele analyse, statistische analyse)?	6.42%
10. Zijn de kostencomponenten gerapporteerd?	4.28%
11. Zijn eenheidsprijzen van verschillende componenten gerapporteerd?	5.88%
12. Zijn kosten en hoeveelheden afzonderlijk gerapporteerd?	6.95%
13. Wordt het originele prijsjaar vermeld?	5.88%
14. Wordt de munteenheid vermeld?	6.42%
15. Worden er kwantitatieve en/of beschrijvende analyses gerapporteerd om de variabiliteit van plaats tot plaats te onderzoeken?	6.42%
16. Hebben de auteurs de generaliseerbaarheid van de resultaten besproken?	5.35%

Fase 2: Specifieke transfereerbaarheidsindex (STI)

$$STI = \delta \sum_{i=1}^r \gamma(i)/4r$$

of

met

weging:

$$STI = \delta \sum_{i=1}^r \gamma(i) \alpha(i)/4r$$

Met $\delta = 0$ indien voldaan wordt aan één of meerdere knock-out criteria, en 1 indien voldaan wordt aan geen enkele.

r = aantal niet-kritische criteria

i = niet-kritisch criterium

γ = waardering op Likert-schaal met 5 niveaus (0-4). Er is de mogelijkheid om NVT te scoren, maar in tegenstelling tot Antonanzas en collega's, argumenteren we dat dit dient verrekend te worden in de finale scoring.

$4r$ = maximale score

α_i = het factorgewicht van de niet-kritische criteria i . Antonanzas en collega's⁴³³ argumenteren dat een weging niet per se nodig is voor de STI, maar dat het wel een optie is om dit berekenen. In hun paper is er geen weging te vinden.

Niet-kritische criteria van de specifieke index kunnen des gewenst toegevoegd worden (Tabel 42).

Tabel 42. Specifieke transfereerbaarheidsindex

Specifieke index: knock-out criteria

1. De geëvalueerde GGB of universele/selectie preventiemaatregel wordt al toegepast in Vlaanderen
2. De vergelijkende basis is niet beschikbaar of niet in gebruik in Vlaanderen
3. Data van de interventie en controlegroep, en relevante epidemiologische parameters voor de GGB of universele/selectieve preventiemaatregel zijn niet van toepassing in Vlaanderen
4. Het onderzoeksperspectief valt niet samen met het perspectief dat in Vlaanderen van belang is

Specifieke index: niet-kritische criteria

1. De geïnccludeerde kostenposten in de originele studie zijn van toepassing in de Vlaamse context of het is praktisch mogelijk om bepaalde kostenposten weg te laten of toe te voegen (bv. beschikbaarheid data).
2. Het gezondheidseconomische model met alle inputparameters kan aangepast worden aan de Vlaamse context
3. Levensverwachting is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context

-
4. Waardering van gezondheidsstatus is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context (enkel van toepassing bij kostenutiliteitsanalyses)
 5. Productiviteitsmetingen zijn gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context
 6. Het verloop van de aandoening is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context
 7. De toegepaste discontovoet is gelijk in de context van de originele studie en de Vlaamse context
 8. Kosten en uitkomstmaten worden gepresenteerd in niet-gedisconteerde en gediscoteerde units.
-

Fase 3: Totale transfereerbaarheidsindex (TTI)

De totale transfereerbaarheidsindex-score kan best berekend worden aan de hand van het rekenkundig gemiddelde:

$$TTI = \frac{aATI+bSTI}{a+b}$$

Waarbij via een expertenpanel een gewicht (a en b, gecummuleerd 1) kan gegeven worden aan de algemene en specifieke transfereerbaarheidsindexen.

Er is momenteel geen gevalideerde cut-off score van transfereerbaarheid gedefinieerd, maar indicatief is in de literatuur reeds volgende opdeling gemaakt: <50% laag, 50 tot 60% medium; 60% tot 80% hoog; ≥80% zeer hoog.

10.6 AANBEVELINGEN TOT GEZONDHEIDSECONOMISCH ONDERZOEK

Dit hoofdstuk is opgedeeld in twee delen. Een eerste deel gaat over de noodzakelijke kwaliteitsstandaard van gezondheidseconomische analyses, zowel voor het opzetten van een studie, als voor het evalueren van een studie. Vanuit een rapportagechecklist werden onmisbare zaken geconcretiseerd en geargumenteed waarom iets specifiek van toepassing is binnen GGB en universele/selectieve preventie. Hieruit blijkt dat een kwaliteitsvolle gezondheidseconomische evaluatie meer is dan het simpelweg afzetten van kosten en uitkomstmaten. Zeker in het domein van GGB en universele/selectieve preventie komt dit met een grotere complexiteit wegens de beoogde effecten op harde gezondheidsuitkomsten zoals suïcide op de middellange tot lange termijn. Een gezondheidseconomische evaluatie is niet iets dat je zomaar post-hoc doet. Een goede gezondheidseconomische evaluatie start vanuit een klinisch-gezondheidseconomische samenwerking rond beleidsmatig bepaalde thema's.

Het tweede deel van het rapport betreft de transfereerbaarheid van resultaten van buitenlandse studies naar de Vlaamse context. Om de kloof tussen wetenschap en praktijk in bepaalde mate te dichten, kan er geopteerd worden om de testfase van een interventie over te slaan op basis van buitenlands onderzoek. De mate dat buitenlandse resultaten toepasbaar zijn op de Vlaamse context kan nagegaan worden op basis van een kwalitatief instrument en een kwantitatief instrument.

Dit rapport toont aan dat er nog stevige hiaten zijn als het aankomt op gezondheidseconomisch onderzoek binnen GGB en universele/selectieve preventie in Vlaanderen. We bevelen daarom de overheid aan om onderzoek te stimuleren:

- Naar de weging van de ATI, STI en TTI om het kwantitatieve transfereerbaarheidsinstrument volledig operationeel te maken voor de Vlaamse context;
- Om een gevalideerde cut-off waarde te definiëren voor het kwantitatieve transfereerbaarheidsinstrument;
- Naar een basisgezondheidseconomisch model om de kosteneffectiviteit van GGB en universele/selectieve preventie te beoordelen;
- Naar de kosteneffectiviteit van concrete GGB/preventie programma's in Vlaanderen uitgaande van het basisgezondheidseconomisch model;
- Naar beleidsmatige implementatiekeuzes. Implementeer, valueer, schaal op;
- Naar de betalingsbereidheid voor GGB en universele/selectieve preventie in Vlaanderen rekening houdend met de betrokkenheid/verantwoordelijkheid van verschillende beleidsniveaus;
- Naar het ontwikkelen van een kostenhandleiding voor economische evaluaties in de gezondheidszorg met aandacht voor methodologie en referentieprijzen, naar Nederlands voorbeeld;
- Naar de ontwikkeling van een instrument om de grens van betalingsbereidheid in kaart te brengen. Zo'n instrument is best algemeen dat van toepassing kan zijn op GGB en universele/selectieve preventie.

11 AANDACHTSPUNTEN EN AANBEVELINGEN DOOR EXPERTEN

Vanaf de start van het traject is gestreefd naar een gedragen en onderbouwd beleidsplan om de geestelijke gezondheid van de burgers in Vlaanderen te versterken. Dit plan richt zich op de meest prioritaire noden in de samenleving, maar pretendeert niet allesomvattend te zijn. Vanzelfsprekend moeten er keuzes worden gemaakt, en ook bij de toekomstige implementatie van het beleidsplan zullen verdere afwegingen nodig zijn.

In dit onderdeel worden kritische bedenkingen, aandachtspunten en aanbevelingen gebundeld die tijdens het project naar voor kwamen. Deze punten zijn bedoeld als bijkomende input om richting te geven aan het beled. Sommige punten betreffen concrete aanbevelingen en prioritaire acties die bij de implementatie van het beleidsplan GGB verdere aandacht en inzet vragen. Andere punten liggen minder dicht bij de kern van geestelijke gezondheidsbevordering, maar vereisen afstemming met andere beleidsdomeinen, omdat ze mogelijk een aanzienlijke impact kunnen hebben op de geestelijke gezondheid van de bevolking.

In oktober 2024 organiseerde LUCAS online expertmeetings, elk gericht op een specifieke levensfase. Voorafgaand aan deze sessies ontvingen de experts een bundel met een beknopt overzicht van de belangrijkste bevindingen voor de betreffende levensfase: determinanten, doelstellingen, conclusies uit literatuuronderzoek over effectieve interventies, geïnventariseerde acties en de longlist aan indicatoren. De sessies duurden twee uur en begonnen telkens met een korte update van het traject, waarbij de voorlopige resultaten en beleidskeuzes voor de betreffende levensfase werden toegelicht. Vervolgens werd er van gedachten gewisseld over drie onderwerpen:

- **Recente maatschappelijke evoluties** die mogelijk (nog) geen weerklank kregen in de wetenschappelijke literatuur, maar die relevant kunnen zijn voor het beleidsplan.
- **Geïnventariseerde bestaande acties** (i.e. een inventaris van bestaande acties voor geestelijke gezondheidsbevordering, opgesteld door Möbius): Welke acties zijn sterk en verdienen prioriteit, en welke acties en interventies ontbreken nog in Vlaanderen?
- **Geschikte uitkomstindicatoren:**
 - Voor kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen zijn al vrij veel indicatoren beschikbaar. Er werd besproken welke indicatoren geschikt lijken, en welke nieuwe interessante (gedrags)indicatoren eventueel aan bestaande bevragingen kunnen worden toegevoegd;
 - Voor de eerste duizend dagen werd vastgesteld dat er geen systematische dataverzameling op populatieniveau gebeurt. Daarom werd gevraagd aan experts inzake de eerste 1.000 dagen welke nieuwe indicatoren voor deze levensfase geschikt zijn om het beleidsplan te evalueren, en hoe deze gegevens structureel en efficiënt kunnen worden verzameld.

De syntheses van recente maatschappelijke evoluties en sterke en ontbrekende acties zijn opgenomen in dit hoofdstuk. De feedback op de indicatoren is gebundeld in het hoofdstuk over indicatoren.

11.1 EERSTE DUIZEND DAGEN

11.1.1 Algemene aandachtspunten

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid (V.E.N.P.M.G) publiceerde in 2021 een rapport met aanbevelingen voor een Vlaamse visie en prioriteiten ter ondersteuning van de perinatale mentale gezondheid. Dit rapport vormt de basis voor de verdere uitwerking van een duurzaam Vlaams beleid ter ondersteuning van de mentale gezondheid van jonge gezinnen²¹. Hoewel het positief is dat er aandacht is voor de perinatale periode in het kader van de uitwerking van een algemeen beleid voor geestelijke gezondheidsbevordering, wijzen de experts op het reeds verrichte werk door het V.E.N.P.M.G. in de afgelopen jaren.

De experts waarderen de focus op ouderschap en opvoeding in de perinatale periode, maar merken op dat deze aandacht ontbreekt in de levensfasen 'kinderen en jongeren' en 'volwassenen'. Dit kan leiden tot beleidsfragmentatie. Ouders hebben ondersteuning nodig gedurende de gehele opvoedingsperiode, niet alleen tijdens de postpartum periode. Daarnaast ontbreekt in het beleidsplan aandacht voor de periodes tussen zwangerschappen (interpregnancy trajecten).

11.1.2 Recente maatschappelijke evoluties

Een brede kijk op ouderschap, die verder gaat dan alleen de opvoedingsrol, is positief en volgt de laatste evoluties in onderzoek. Het is goed dat er naast opvoedingskwaliteit ook aandacht is voor het welzijn van ouders. Dit verbetert niet alleen de kwaliteit van de opvoeding, maar is een waardevol doel op zich.

Mogelijke verbeterpunten tijdens de zwangerschapsperiode ontbreken:

- Er is nood aan een geïntegreerde aanpak om het sociaal weefsel tijdens de eerste duizend dagen te versterken op macro-, meso- en microniveau. Hierbij is ook nood aan maatschappelijke bewustwording over het belang van sociale ondersteuning in de eerste duizend dagen.
- De organisatie van de kinderopvang, de overgang naar het kleuteronderwijs en de regeling van het ouderschapsverlof (zowel moeder- als vaderschapsverlof) verdienen extra aandacht. Het is noodzakelijk dat de maatschappij doordachte beslissingen durft te nemen om structurele problemen binnen relevante organisaties (kraamzorg, vroedvrouwen, kinderopvang, Huizen van Het Kind) aan te pakken. Internationale goede voorbeelden zijn te vinden in Nederland, Duitsland, Scandinavië en Polen.
- Het huidige systeem rond zwangerschaps- en bevallingsverlof is bestraffend en lijkt soms gebaseerd te zijn op willekeur. Het gaat voorbij aan de grote individuele verschillen die er kunnen zijn in de fysieke en mentale gezondheid van moeders en baby's.
- Vroedvrouwen in de eerste lijn staan onder druk door wijzigingen in de nomenclatuur. Nochtans spelen zij een cruciale rol in de zorg voor kwetsbare ouders en zijn ze een belangrijke schakel tussen de gespecialiseerde derdelijnszorg en de gemeenschap.

Volgende groepen verdienen extra aandacht in de perinatale periode:

- Partners (zoals vaders, meemoeders, niet-biologische ouders, plusouders...).

²¹ https://zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-11/Rapport%20PMG_1.pdf

- Jonge ouders (< 23 jaar), via afgeleide zorgprogramma's die afgestemd zijn op hun behoeften en context, zodat zij ondersteuning krijgen die past bij hun levensfase en omstandigheden.
- Mensen met een cultureel diverse achtergrond, door taalbarrières aan te pakken en in te zetten op culturele sensitiviteit en inclusieve zorgpraktijken.
- Moeders met een risicozwangerschap: hoewel er veel interventies zijn voor gezonde zwangerschappen, ontbreekt een holistische aanpak voor zwangerschappen met verhoogde medische risico's of complicaties. De focus bij deze zwangerschappen ligt vaak op het medische aspect.

Realistische verwachtingen over het ouderschap worden vaak te eenzijdig en negatief ingevuld.

- De huidige communicatie over het ouderschap legt vaak de nadruk op de uitdagingen en negatieve aspecten van het ouderschap, zonder voldoende aandacht te besteden aan de positieve kanten van het ouderschap, zoals de persoonlijke verrijking die ermee gepaard kan gaan.
- Er mag echter niet worden weggekeken van de reële uitdagingen van het ouderschap binnen onze samenleving. Statistieken tonen aan dat er veel mentaal onwelbevinden is onder jonge kinderen en ouders, en de meeste ouders geven aan dat ze het ouderschap als uitdagend ervaren.

Er is onvoldoende aandacht voor leefstijl en gezondheidsgedrag in de perinatale fase:

- Leefstijl en gezondheidsgedrag hebben een sterke invloed op zowel de fysieke als de geestelijke gezondheid, niet alleen van de ouders, maar ook van het kind. Deze invloed kan zich uitstrekken over meerdere generaties.
- Er is nood aan multilevel interventies die inzetten op zowel de fysieke als psychische gezondheid. Programma's die ontwikkeld worden moeten beide aspecten integreren om een holistische benadering van gezondheid te waarborgen.
- Momenteel ontbreken geschikte tools die zorg- en welzijnswerkers kunnen inzetten om op een sensitieve en niet-stigmatiserende manier te communiceren over leefstijl en gezondheidsgedrag. Het Europees doctoraal netwerkproject 'Healthy Adaptation to Pregnancy, Postpartum and Parenthood' is een initiatief dat (perinatale) zorgverleners zal trainen om koppels te ondersteunen in de transitie naar het ouderschap en om mentale gezondheidsproblemen en obesitas doorheen verschillende generaties te voorkomen.

Er is een toenemende impact van (sociale) media, online gemeenschappen en digitale gezondheidstechnologieën tijdens de perinatale periode.

- Steeds meer ouders richten zich tot online communities en sociale media voor informatie, sociaal contact met andere ouders en ondersteuning. Hoewel dit positieve effecten kan hebben, kan het ook leiden tot druk en onrealistische verwachtingen, wat schadelijk kan zijn voor de mentale gezondheid.
- Het beleid dient in te zetten op bewustmaking omtrent het gebruik van deze platformen. Het is belangrijk dat sociale platformen en sociale media "echte" sociale contacten niet vervangen.
- Er is een toenemend gebruik van digitale hulpmiddelen, zoals mobiele apps en online platformen, om mentale gezondheid tijdens de eerste duizend dagen te ondersteunen. Deze technologieën bieden op een laagdrempelige manier toegang tot psychologische ondersteuning. Er moet echter meer aandacht worden besteed aan het integreren van deze digitale gezondheidstools binnen perinatale zorgtrajecten, inclusief het opstellen van richtlijnen om de kwaliteit en veiligheid van deze technologieën te garanderen.

11.1.3 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

- en een vindplaatsgericht veerkrachtversterkend aanbod binnen de Huizen van Het Kind. Beide acties bouwen voort op een bestaand aanbod en werken drempelverlagend om prioritaire doelgroepen te bereiken.
- De Kindreflex (i.e., een instrument dat professionals stimuleert om met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap en verontrustende gezinssituaties te detecteren). Deze interventie is belangrijk en zou opgeschaald en promoot mogen worden in verschillende settings. Het helpt hulpverleners om ouderschap en mogelijke zorgen vroegtijdig bespreekbaar te maken en biedt een proactieve aanpak voor het identificeren van risico's bij ouders.
- Inloophuizen en Opvoedingshuizen bij Huizen van het Kind, waar ouders andere ouders kunnen ontmoeten en speelgoed kunnen lenen.
- Het vernieuwd materiaal van Kind en Gezin over de eerste duizend dagen. Dit materiaal belicht niet alleen opvoeding, maar ook de positieve en negatieve kanten van ouderschap in de brede zin.

De experts wijzen erop dat de meest prioritaire acties zich situeren op het macro- en mesoniveau, en vaak een verandering vereisen in andere relevante beleidsdomeinen:

- Het zou gunstig zijn als ouders na de geboorte van een kind minstens een half jaar thuis kunnen blijven, gevolgd door een periode van progressieve tewerkstelling.
- Vroedvrouwen moeten beter ondersteund en gefinancierd worden, en hun diensten zouden voor alle gezinnen toegankelijk moeten zijn.

Het belang van de zelfdeterminatietheorie wordt uitgebreid besproken. Deze theorie stelt dat mensen drie basisbehoeften hebben: autonomie, verbondenheid en competentie.

- De campagne over opvoedstress zou volgens een expert inhoudelijk nog versterkt kunnen worden. Men is daarom in gesprek met Kind & Gezin om deze drie basisbehoeften meer te integreren en centraal te stellen in de campagne.
- Een veelbelovende interventie gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie is de Parent Check-In. Deze interventie reikt ouders tools aan om de autonomie van hun kind te ondersteunen, structuur aan te brengen in het leven van hun kind, betrokkenheid te tonen bij hun kind, het gevoel van competentie bij ouders te versterken, en de autonome zelfregulatie bij hun kind te bevorderen.
- Initiatieven die gericht zijn op het versterken van verbondenheid kunnen de geestelijke gezondheid in de perinatale periode versterken. Warm Vlaanderen is hier een goed voorbeeld van. Een mogelijk idee is om de maatschappij te sensibiliseren om meer empathie en begrip te tonen voor gezinnen met jonge kinderen.

De experts wijzen tot slot op lopende veelbelovende onderzoeksprojecten:

- Het FWO-project Co-PRIME (Co-regulation as the foundation of PReventive Infant MEntal health care) betreft een samenwerking tussen KU Leuven, UGent, UA Antwerpen, University of East London en diverse maatschappelijke partners. Het project onderzoekt de rol van co-regulatie als cruciale factor in de ontwikkeling van zelfregulatie bij baby's en de preventie van mentale gezondheidsproblemen bij jonge kinderen.
- Het Inter-Act programma, uitgevoerd door de onderzoeksgroep REALIFE ('Reproduction and Lifestyle for Healthier Families') aan de KU Leuven, is een vernieuwend leefstijlprogramma om vrouwen tussen en tijdens zwangerschappen te begeleiden naar een gezonde leefstijl. Het

programma bestaat uit begeleiding door een coach en een mobiele appen heeft tot doel om het risico op zwangerschaps- en geboorte complicaties in de volgende zwangerschap te voorkomen en om gezondheidsgedrag en mentaal welzijn te bevorderen.

- De PRIL-studie (Perinatale mentale gezondheid Risico inschatting en Interventie in Leuven) maakt deel uit van het WHO World Mental Health onderzoek en kwam tot stand door een samenwerking tussen de onderzoeksgroep Mind Body Research van KU Leuven en de diensten Volwassenenpsychiatrie en Gynaecologie-verloskunde van UZ Leuven. Het doel van de studie is om emotionele problemen bij (aanstaande) moeders sneller op te sporen, aan te pakken en te voorkomen.

11.2 KINDEREN EN JONGEREN

11.2.1 Maatschappelijke evoluties

Schooldruk en academische stress worden volgens de experts onvoldoende erkend door de maatschappij.

- Door de huidige vormgeving van het onderwijs, moeten jongeren Smartschool ook in het weekend in het oog houden en zijn er soms hoge pieken in opdrachten, wat kan leiden tot een constante druk om te presteren.
- De lat wordt erg hoog gelegd voor jongeren, en volwassenen erkennen dit niet altijd. Ze willen de lat niet verlagen omdat ze vinden dat de kwaliteit van het onderwijs reeds onder druk staat.
- De experts benadrukken dat er meer aandacht nodig is voor schooluitval²².
 - Er is een enorme stijging van het aantal leerlingen die uitvallen op school in Vlaanderen (vooral sinds de COVID-pandemie). De beleidsdomeinen Onderwijs en Welzijn zetten zich hier wel steeds meer voor in.
 - Het gaat niet alleen om jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen, maar ook om jongeren die gedemotiveerd zijn en afhaken in het reguliere onderwijssysteem.
 - Het is belangrijk om in te zetten op autonomie en motivatie ter preventie van schooluitval.

Er is een hoge mate van maladaptieve coping (bijvoorbeeld eetgedrag, gamen, zelfbeschadiging...) al vanaf zeer jonge leeftijd. Maladaptieve coping is niet noodzakelijk gekoppeld aan psychopathologie, maar kan een manier zijn om met verhoogde stress om te gaan.

- Het gebruik van maladaptieve copingstrategieën is toegenomen sinds de COVID-pandemie, en deze stijging is nog niet gestabiliseerd.
- Het aanleren van positieve copingvaardigheden is moeilijk wanneer er reeds sprake is van maladaptieve coping. Vaak biedt maladaptieve coping een snelle ontsnapping aan problemen, daarom is het belangrijk om ook negatieve coping aan te pakken.
- Coping is slechts één aspect van een breder spectrum van sociaal-emotionele vaardigheden die kinderen nodig hebben om effectief met stress en emoties om te gaan. Er is ook aandacht nodig voor het aanleren van emotieregulatie. Dit laatste wordt beschouwd als een transdiagnostische factor, wat betekent dat het een rol speelt bij de preventie van verschillende psychische problemen.

²² Informatie over schooluitval is gebundeld op de website <https://www.onderwijs.vlaanderen.be/nl/directies-administraties-en-besturen/onderwijsinhoud-en-leerlingenbegeleiding/secundair-onderwijs/samen-tegen-schooluitval>

- Gameverslaving en gamegevoeligheid zijn belangrijke thema's, maar komen niet aan bod in het beleidsplan GGB:
 - Door langdurig te gamen, kunnen jongeren hun problemen ontlopen en niet onder ogen zien.
 - Met de toenemende toegankelijkheid van VR-brillen, bijvoorbeeld door Meta, is er een grotere kans op afhankelijkheid door het verhoogde engagement en de extra prikkels die deze technologie biedt. Het is belangrijk om dit in de toekomst in het oog te houden.

Identiteitsontwikkeling is een cruciaal aspect van de groei en ontwikkeling van kinderen en jongeren:

- Tijdens de adolescentie zijn jongeren vaak op zoek naar hun identiteit. Het maken van keuzes, zoals een studiekeuze, kan vooral voor kwetsbare jongeren een uitdaging zijn.
- Een trend die hierop inspeelt is het aanbieden van een breed eerste jaar in het hoger onderwijs waarin jongeren nog niet onmiddellijk een specifieke richting hoeven te kiezen. Dit wordt gezien als een positieve evolutie, omdat het jongeren de tijd geeft om hun interesses en sterke punten te ontdekken.
- Het is belangrijk dat jongeren de ruimte krijgen om te experimenteren en te praten over hun ervaringen. Het kaderen van deze zoektocht als een normaal onderdeel van de levensfase, met empathie vanuit de omgeving, kan hen helpen om zich gesteund te voelen.

De rol van leerkrachten, scholen en ouders in de ondersteuning van de geestelijke gezondheid van jongeren is van groot belang en moet versterkt worden.

- Ouders willen dat hun kinderen goed presteren en gelukkig zijn, maar het is belangrijk dat ze begrijpen dat het normaal is dat jongeren soms worstelen met gevoelens. Het accepteren en ondersteunen van hun kinderen tijdens deze periodes is cruciaal voor hun emotionele ontwikkeling.
- Hoewel leerkrachten en scholen zich vaak richten op academische prestaties, is het bevorderen van geestelijke gezondheid ook een belangrijk aspect van hun rol. Het integreren van GGB-pakketten zoals die van het Vlaams Instituut Gezond Leven in de leerplannen is zinvol, maar lukt niet altijd doordat de leerplannen zo veeleisend zijn. In veel scholen worden dergelijke GGB-pakketten ingepland tijdens de sport- of godsdienstles in plaats van deze een volwaardige plaats te geven in de leerplannen. Er is nood aan afstemming met het Departement Onderwijs om meer ruimte te maken voor geestelijke gezondheid in de leerplannen.
- Uit een review uitgevoerd aan de VUB, blijkt dat interventies in scholen effectiever zijn wanneer deze worden verstrekt door GGZ-professionals of 'school counselors'. Leerkrachten missen vaak de sociale vaardigheden, zelfeffectiviteit en/of tijd om deze rol volledig op zich te nemen.

11.2.2 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Volgende acties worden als sterk beschouwd:

- De pakketten van het Vlaams Instituut Gezond Leven zijn evidence-based, vrij beschikbaar en leveren goede resultaten op. Met name de *Geluksdriehoek* heeft geleid tot een daling in psychologische stress en zelfbeschadigend gedrag van deelnemende jongeren²³.

²³ Baetens I, Van Hove L, Azadfar Z, Van Heel M, Soye V. The Effectivity of a School-Based Early Intervention Targeting Psychological Complaints and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents. *Journal of Clinical Medicine*. 2024; 13(7):1852. <https://doi.org/10.3390/jcm13071852>

- *Moodspace* is een laagdrempelig kanaal dat jongeren in staat stelt om zelfstandig met hun geestelijke gezondheid aan de slag te gaan. Het versterkt de autonomie, competenties en verbondenheid, en kan zo preventief werken tegen schooluitval. Het is een sterkte dat *Moodspace* ook leefstijlfactoren erkent, zoals het slechter slapen tijdens de puberteit, en waarschuwt voor de gevaren van het niet-medisch gebruik van medicatie, waaronder Rilatine, wat een toenemend probleem is bij jongeren.

Er is nood aan een gestructureerd kader om te triëren tussen de verschillende lagen van GGB en preventie van psychische problemen.

- Dit omvat universele interventies zoals psycho-educatie die gericht zijn op alle jongeren, groepsinterventies voor risicogroepen, en individuele interventies voor jongeren met psychische klachten.
- Er wordt in deze context verwezen naar de Psychological Referral Optimization (PRO) screeningsvragenlijst van Prof. Dr. Martijn Van Heel. Dit is een methodiek voor gerichte doorverwijzing voor adolescenten met mentale problemen. Op basis van een korte online vragenlijst worden leerlingen getrieerd in vier groepen: groen (geen mentale klachten en goed welbevinden); oranje (risicoprofiel voor onset van psychopathologie); rood (indicatie voor psychopathologisch profiel); zwart (indicatie voor acuut gevaar). Op basis van deze risicotaxatie krijgen leerlingen gericht advies en worden ze indien nodig doorverwezen naar gepaste hulp. Deze feedback, gebaseerd op een geautomatiseerd scoringsalgoritme, wordt in een persoonlijk adviesgesprek met de leerling op een gestandaardiseerde wijze besproken. Leerlingen met een risicoprofiel worden doorverwezen naar een evidence-based groepstraining op school. Voor leerlingen met een verhoogd psychopathologisch profiel wordt nagegaan of zij al worden opgevolgd door het CLB en/of de GGZ-sector, en indien dit niet het geval is, worden zij gericht doorverwezen. Leerlingen met een verhoogd risicoprofiel worden binnen deze methodiek binnen de week opgevolgd.

Er kunnen waardevolle bottom-up initiatieven ontstaan vanuit de brede basis (bijvoorbeeld het jeudgwerk) die niet meteen evidence-based hoeven te zijn, maar het is belangrijk om rekening te houden met enkele overwegingen:

- Het is cruciaal dat zulke initiatieven theoretisch ondersteund worden. Dit betekent dat er aandacht moet zijn voor werkzame ingrediënten van interventies, zoals autonomie, competenties en verbondenheid. Ook is het belangrijk om te weten hoe men welke competenties van jongeren kan versterken.
- Mensen in het werkveld hebben nood aan richtlijnen en handvatten voor het uitwerken van initiatieven, want die vraag komt vaak bij experts terecht.
- Het is niet altijd nodig om iets nieuws te ontwikkelen. Er bestaan al veel evidence-based pakketten die gebruikt kunnen worden, zoals deze van het Vlaams Instituut Gezond Leven. De ontwikkeling van nieuwe acties is vooral interessant voor specifieke doelgroepen of binnen een specifieke context.

11.3 (JONG)VOLWASSENEN

11.3.1 Maatschappelijke evoluties

Er is een stijgende trend in stressklachten op het werk, ondanks de toename van positieve factoren zoals autonomie en leermogelijkheden. Enkele belangrijke punten om mee in rekening te brengen:

- De sociale componenten van werk zoals de mate van sociale steun van collega's en leidinggevendenden, verbondenheid op het werk, rechtvaardigheid binnen de organisatie worden steeds belangrijker voor werknemers.
- Stressklachten en burn-out hebben evenzeer te maken met een maatschappelijke trend van hoge verwachtingen.
- Het is ook belangrijk om geen al te negatief beeld te schetsen van werk: werk is voor veel mensen een positieve factor. De voordelen van werk wegen meestal op tegen de uitdagingen, en deze boodschap mag niet verloren gaan.

De jongvolwassenheid is een aparte levensfase met een unieke identiteit.

- Volgens internationaal expert Arnett (bedenker van het concept 'emerging adulthood') is de jongvolwassenheid een aparte levensfase met een unieke identiteit. Er is inmiddels goede evidentie dat deze levensfase een aparte categorie is in de hele levensloop.
- Een algemene vaststelling is dat jongvolwassenen steeds meer definitieve keuzes uitstellen in het leven.
- Uit een OESO-rapport bleek dat de negatieve impact van COVID-19 het grootst was voor jongvolwassenen tussen 18 en 30 jaar.

Chronische stress en schaarste bij personen in een sociaal kwetsbare positie worden onvoldoende erkend in de doelstellingen en vereisen systemische oplossingen.

- Armoedebestrijding moet hand in hand gaan met een beleid voor geestelijke gezondheid. Zonder deze integratie zullen de positieve effecten minimaal zijn voor mensen in een sociaal kwetsbare positie.
- Beleidsmakers moeten rekening houden met bestaande ongelijkheden en de impact van beleid in dit kader. Als alleen de gemakkelijk bereikbare personen worden geholpen, kunnen ongelijkheden zelfs toenemen.
- Zolang de leefomstandigheden van mensen in armoede niet verbeteren, is er weinig ruimte om individueel te werken aan de eigen geestelijke gezondheid. Dit kan net extra belastend zijn voor deze groep.
- Vaak ontbreekt een ondersteunend netwerk, of bevinden de personen in het netwerk zich in dezelfde situatie, waardoor ze elkaar niet kunnen ondersteunen.

De rol van digitale tools en (sociale) media blijft toenemen, wat zowel kansen als uitdagingen met zich meebrengt.

- Digitale evoluties hebben een sterke invloed op verschillende levensdomeinen, zoals de werkcontext. Dit kan leiden tot een gebrek aan focus en het gevoel dat men continu bereikbaar moet zijn.
- Het is belangrijk om kritisch te kijken naar hoe (sociale) media worden ingezet. Bijvoorbeeld, een zelftest voor mentale gezondheid in de populaire media kan leiden tot de medicalisering van normale psychische klachten.
- Er wordt verwezen naar het rapport van de Hoge Gezondheidsraad over digitale tools in de geestelijke gezondheid: er is nood aan een kader om de wildgroei aan digitale tools en apps over geestelijke gezondheid te beperken. Momenteel is er nog onduidelijkheid over de doeltreffendheid van het gebruik van digitale technologie en *wearables* om de mentale gezondheid te verbeteren.
- Het is belangrijk om in te zetten op de mogelijkheden tot 'digitale deconnectie' en om bewustwording te creëren over de invloeden van (sociale) mediagebruik op de geestelijke gezondheid.

- Virtual Reality (VR) heeft potentieel als een toekomstige strategie voor geestelijke gezondheidsbevordering (GGB), maar er zijn nog enkele stappen te zetten alvorens het breed toegepast kan worden. Het is nog te vroeg om VR toe te passen als GGB-strategie in de algemene populatie. Er moet eerst ingezet worden op het ontwikkelen en toegankelijk maken van de technologie. VR kan mogelijk specifieke doelen ondersteunen, zoals emotieregulatie. Kortdurende VR-interventies kunnen in de toekomst misschien ook thuis toegepast worden, waardoor ze meer toegankelijk zijn.

11.3.2 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

Het is een positieve evolutie dat terugbetaalde ondersteuning door psychologen steeds meer gebruikt wordt voor preventie. Er schuilt nog veel potentieel in gemeenschapsgerichte groepsinterventies binnen de RIZIV-conventie en de outreachende functie van psychologen. Voor kwetsbare groepen is het sterk om dit in te bedden in toegankelijke diensten voor zorg en welzijn.

GGB en preventie op het werk lijken te ontbreken in de lijst van geïnventariseerde bestaande acties, terwijl er redelijk wat rond bestaat, ook qua wetgeving (onder andere de welzijnswet, wettelijk verplichte risicoanalyses psychosociaal welzijn):

- Structurele interventies op organisatieniveau en gericht op arbeidsomstandigheden zijn erg belangrijk, maar deze situeren zich vooral op federaal niveau. Het is onduidelijk of het GGB-beleid hierop zal inzetten. Bijvoorbeeld, ervoor zorgen dat er op organisatieniveau minder werkdruk is, dat werknemers meer autonomie hebben...
- De werksetting biedt ook de kans om individuele interventies op grote schaal uit te rollen, en is zo een toegankelijke manier om veel mensen te bereiken. Bijvoorbeeld de FitBonus bevordert mentaal, sociaal en fysiek welzijn. Dit is een initiatief van de Vlaamse overheid om zelfstandigen en KMO-medewerkers te ondersteunen naar een gezonder en veerkrachtiger leven, dankzij professionele coaches en webinars.
- Er is een brug nodig tussen wetenschappelijke evidentie en organisaties en bedrijven. Organisaties dienen te worden ondersteunen om, naast de wettelijke verplichting, op een effectieve manier aan geestelijke gezondheidsbevordering te doen. Een mogelijke actie is het creëren van een platform dat organisaties kunnen consulteren om acties te implementeren.

Wat betreft digitale interventies toont Moodspace goede resultaten, maar het aanbieden van stand-alone modules zonder enige opvolging leidt tot hogere uitval van deelnemers.

11.4 OUDEREN

11.4.1 Maatschappelijke evoluties

De inrichting van de fysieke omgeving is bijzonder belangrijk voor de oudere populatie, die relatief gezien vaker minder mobiel is. De experts merken op dat ouderen andere noden hebben op het gebied van de inrichting van de openbare ruimte dan volwassenen en jongeren, gezien zij vaak minder goed te been zijn. Zaken zoals toegankelijkheid van openbaar vervoer zijn van groter belang voor deze groep.

Contacten tussen levensfasen en intergenerationele verbondenheid zijn eveneens belangrijk. Er is daarom ook aandacht nodig voor de inclusie van ouderen in reguliere vrijetijdsverenigingen en sport- en hobbyclubs die niet specifiek gericht zijn op ouderen. Scholen kunnen mogelijk ook een rol spelen in het bevorderen van deze verbondenheid.

Er mag ouderen geen engagement worden opgedrongen. De experts wijzen erop dat de invulling van betekenisvolle activiteit iets persoonlijks is. Betekenisvolle activiteiten kunnen ook een individuele of familiale activiteit zijn zoals tuinieren, lezen of op (klein)kinderen passen. Dit hoeft dus niet te maken te hebben met actieve participatie in een verenging of als vrijwilliger.

11.4.2 Acties voor geestelijke gezondheidsbevordering in Vlaanderen

De experten merken op dat het aantal acties specifiek gericht op ouderen beperkt is. Er bestaan wel organisaties en initiatieven die de geestelijke gezondheid van ouderen kunnen versterken of sociale isolatie en eenzaamheid tegengaan, maar dit niet expliciet tot doel hebben. Voorbeelden hiervan zijn OKRA, de Universiteit Voor de Derde Leeftijd, buurttuinen en buurtactiviteiten, familiehulp en de minder mobielencentrale.

Er is nood aan acties die inzetten op contacten tussen leeftijdsgroepen en intergenerationele verbondenheid.

12 SAMENVATTENDE CONCLUSIES

Het belang van geestelijke gezondheid wordt steeds meer erkend als een **essentieel onderdeel van gezondheid**. Dankzij maatschappelijke, wetenschappelijke en beleidsmatige evoluties krijgt geestelijke gezondheid nu meer aandacht dan voorheen, hoewel deze inhaalbeweging nog niet volledig voltooid is. Daarnaast groeit het besef dat (geestelijke) gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. De focus verschuift **van een reactieve naar een proactieve aanpak**, waarbij het versterken van mentaal welzijn een belangrijke rol speelt in het bouwen aan een gezondere en gelukkigere samenleving.

Dit beleidsplan Geestelijke Gezondheidsbevordering sluit naadloos aan bij deze ontwikkelingen en zal bijdragen aan een meer gedragen en onderbouwde aanpak op het gebied van geestelijke gezondheidsbevordering en preventie. Hierbij wordt **aandacht besteed aan sociaal-maatschappelijke veranderingen en stressfactoren** zoals school- en werkdruk, eenzaamheid en de toenemende invloed van sociale media. Om gelijke kansen te realiseren, is het noodzakelijk om **bestaande ongelijkheden in geestelijke gezondheid en determinanten te verminderen**, wat de extra ondersteuning van personen in een kwetsbare positie rechtvaardigt.

Het traject om tot dit beleidsplan te komen kent **zowel sterktes als tekortkomingen**. Het **intensieve participatieve traject** dat tussen februari en november 2024 gelopen werd is ongetwijfeld een sterkte. Tientallen organisaties, beroepsvertegenwoordigers, belangenverenigingen, beleidsactoren en academische professionals leverden een bijdrage aan het traject. Het beleidsplan houdt zo goed mogelijk rekening met deze inbreng en speelt zo in op de actuele noden **van de samenleving**, met aandacht voor diverse (kwetsbare) groepen. Deze participatieve aanpak zorgde ook **voor verbinding** tussen actoren, wat een eerste belangrijke stap is naar een goede samenwerking op langere termijn. Het beleidsplan GGB streeft ernaar om de krachten van diverse actoren te bundelen en zo een meerwaarde te creëren voor zowel de actoren als de burger. Ook de **wetenschappelijke onderbouwing van interventies** is een sterkte, omdat dit beleidsmakers in staat stelt om weloverwogen keuzes te maken met een maximaal maatschappelijk én economisch rendement.

Het **kortlopende karakter** van het project bracht ook enkele uitdagingen met zich mee, waardoor een pragmatische werkwijze soms noodzakelijk was. De inventarisatie van bestaande acties was gebaseerd op input van stakeholders en biedt daardoor geen volledig beeld van het veld. Dit onderstreept de aanbeveling om het portfolio te zien als een startpunt voor een cyclische aanpak, waarin continu ruimte is voor verfijning en uitbreiding. Bij de indicatoren was een diepgaande analyse van de vraagstelling en operationalisering niet mogelijk. De resultaten moeten dan ook in dat licht worden beschouwd: waardevol als basis, maar deels exploratief van aard.

Zo was er bij de uitwerking van de indicatoren geen ruimte voor een diepgaande analyse van de operationalisering van de indicatoren, en kon de literatuurtoets van de prioritaire en belangrijke determinanten niet systematisch gebeuren. Deze resultaten moeten dan ook in dit licht worden gezien: waardevol, maar deels exploratief.

Daarnaast is het nodig om het beleidsplan in de toekomst **verder te concretiseren en om prioriteiten te stellen**. De doelstellingen, die zijn opgesteld na meerdere feedbackronden, zijn ambitieus en omvangrijk. Niet alles kan tegelijk worden aangepakt. De inventarisatie van bestaande

acties en de hiatenanalyse geven een eerste overzicht van doelstellingen waarvoor momenteel weinig of geen inspanningen worden geleverd in Vlaanderen, en geven daarmee richting aan de prioriteiten. De operationele doelstellingen kunnen verder worden vertaald naar concrete actiepunten, uitgedrukt in SMART-doelen, met targets of KPI's, termijnen en verantwoordelijkheden voor specifieke actoren.

Tot slot zijn er enkele uitdagingen verbonden aan de verdere realisatie van dit beleidsplan. De experts benadrukken de noodzaak van een aanpak die meerdere beleidsdomeinen overstijgt. Daarbij moet echter rekening worden gehouden met het feit dat sommige sectoren, zoals onderwijs en kinderopvang, momenteel onder grote druk staan waardoor het niet evident zal zijn om bijkomende verantwoordelijkheden op te nemen inzake GGB. Andere uitdagingen zijn het garanderen van voldoende continuïteit en samenhang doorheen de verschillende levensfasen, en de integratie van acties in toegankelijke diensten en bestaande structuren zodat burgers (inclusief personen in een kwetsbare positie) maximaal bereikt worden.

13 REFERENTIES

1. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. *Geestelijke gezondheid - Gezondheidsenquête 2018*. 2018.
 2. Schrijvers K, Dierckens M, B D. *HBSC Studie Jongeren en Gezondheid, Mentaal, sociaal en fysiek welzijn [Factsheet]*. 2023. https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2023/08/3_Factsheet_MentaalSociaalFysiekWelzijn.pdf
 3. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* Sep 1 2015;154:1-13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031
 4. OECD/EU. *Health at a glance: Europe 2018. State of the health in the EU cycle*. 2018. https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf
 5. Trimbos-Instituut. *Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie. Een overzicht van kansen en mogelijkheden per levensfase & economische baten*. 2022. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/04/AF1995-Effectieve-interventies-en-beleid-mentale-gezondheid-en-preventie-1.pdf>
 6. Organization WH. *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2022.
 7. Keyes CL. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol.* Jun 2005;73(3):539-48. doi:10.1037/0022-006x.73.3.539
 8. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry.* Jul 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/s2215-0366(18)30057-9
 9. Barry MM, Kuosmanen T, Keppler T, Dowling K, Harte P. Priority actions for promoting population mental health and wellbeing. *Mental Health & Prevention.* 2024;33:200312. doi:10.1016/j.mhp.2023.200312
 10. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. 1964;
 11. Institute of Medicine Committee on Prevention of Mental D. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press (US)
- Copyright 1994 by the National Academy of Sciences . All rights reserved.; 1994.
12. Dykxhoorn J, Fischer L, Bayliss B, et al. Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. *BMC Public Health.* Jul 23 2022;22(1):1407. doi:10.1186/s12889-022-13775-9
 13. McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The Economic Case for the Prevention of Mental Illness. *Annu Rev Public Health.* Apr 1 2019;40:373-389. doi:10.1146/annurev-publhealth-040617-013629
 14. Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Health.* Aug 2022;7(8):e718-e720. doi:10.1016/s2468-2667(22)00155-4
 15. Green L, Ashton K, Bellis MA, Clemens T, Douglas M. 'Health in All Policies'-A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World. *Int J Environ Res Public Health.* Sep 8 2021;18(18)doi:10.3390/ijerph18189468

124. Pezley L, Cares K, Duffecy J, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. Review. *International Breastfeeding Journal*. 2022;17(1):67. doi:10.1186/s13006-022-00501-9
125. Luo Y, Ebina Y, Kagamiyama H, Sato Y. Interventions to improve immigrant women's mental health: A systematic review. Review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(11-12):2481-2493. doi:10.1111/jocn.16378
126. Dahlberg M, Nordmyr J, Gunnarsdottir H, Forsman AK. The Evidenced Effects of Early Childhood Interventions to Promote Mental Health and Parenting in the Nordic Countries: A Systematic Review. Review. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2023;25(4):505-537. doi:10.32604/ijmhp.2023.020833
127. Opie JE, Esler TB, Clancy EM, et al. Universal Digital Programs for Promoting Mental and Relational Health for Parents of Young Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. Mar 2024;27(1):23-52. doi:10.1007/s10567-023-00457-0
128. MacKinnon AL, Silang K, Penner K, Zalewski M, Tomfohr-Madsen L, Roos LE. Promoting Mental Health in Parents of Young Children Using eHealth Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2022;25(3):413-434. doi:10.1007/s10567-022-00385-5
129. Sakamoto JL, Carandang RR, Kharel M, et al. Effects of mHealth on the psychosocial health of pregnant women and mothers: A systematic review. Review. *BMJ Open*. 2022;12(2):e056807. doi:10.1136/bmjopen-2021-056807
130. Hare MM, Landis TD, Hernandez ML, Graziano PA. A Systematic Review of Infant Mental Health Prevention and Treatment Programs. Review. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2024;9(1):138-161. doi:10.1080/23794925.2022.2140458
131. England-Mason G, Andrews K, Atkinson L, Gonzalez A. Emotion socialization parenting interventions targeting emotional competence in young children: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Review. *Clinical Psychology Review*. 2023;100:102252. doi:10.1016/j.cpr.2023.102252
132. Featherston R, Barlow J, Song Y, et al. Mindfulness-enhanced parenting programmes for improving the psychosocial outcomes of children (0 to 18 years) and their parents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2024;(1)doi:10.1002/14651858.CD012445.pub2
133. Li N, Peng J, Li Y. Effects and Moderators of Triple P on the Social, Emotional, and Behavioral Problems of Children: Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:709851. doi:10.3389/fpsyg.2021.709851
134. Lyu R, Lu S, Ma X. Group interventions for mental health and parenting in parents with adverse childhood experiences: A systematic review and meta-analysis. Article. *Family Relations*. 2023;72(4):1806-1826. doi:10.1111/fare.12768
135. Harrison L, Sharma N, Irfan O, Zaman M, Vaivada T, Bhutta ZA. Mental Health and Positive Development Prevention Interventions: Overview of Systematic Reviews. Article. *Pediatrics*. 2022;149:e2021053852G. doi:10.1542/peds.2021-053852G
136. Lam LT, Lam MK. Child and adolescent mental well-being intervention programme: A systematic review of randomised controlled trials. Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;14:1106816. doi:10.3389/fpsyg.2023.1106816
137. Lou X, Ng TK, Siu OL. Investigating the effects of Psycho-Behavioral interventions on healthy adolescents' subjective well-being: a three-level meta-analysis. Article. *Journal of Positive Psychology*. 2024;19(2):342-355. doi:10.1080/17439760.2023.2179934
138. Noh D, Kim H. Effectiveness of Online Interventions for the Universal and Selective Prevention of Mental Health Problems Among Adolescents: a Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Prevention Science*. 2023;24(2):353-364. doi:10.1007/s11121-022-01443-8

153. Hale GE, Colquhoun L, Lancaster D, Lewis N, Tyson PJ. Review: Physical activity interventions for the mental health and well-being of adolescents – a systematic review. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2021;26(4):357-368. doi:10.1111/camh.12485
154. Moon J, Webster CA, Mulvey KL, et al. Physical activity interventions to increase children's social and emotional learning: A systematic review and meta-analysis based on the comprehensive school physical activity programme framework. Article. *Review of Education*. 2024;12(1)e3455. doi:10.1002/rev3.3455
155. Zhang Y, Li G, Liu C, Guan J, Zhang Y, Shi Z. Comparing the efficacy of different types of exercise for the treatment and prevention of depression in youths: a systematic review and network meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2023;141199510. doi:10.3389/fpsyt.2023.1199510
156. Peng Z, Lau PWC. Effectiveness of Adventure Education on Health Outcomes Related to Physical, Psychological, and Social Development in Children: A Systematic Review. Article. *Journal of Teaching in Physical Education*. 2023;42(3):511-524. doi:10.1123/jtpe.2022-0106
157. Williams E, Glew S, Newman H, et al. Practitioner Review: Effectiveness and mechanisms of change in participatory arts-based programmes for promoting youth mental health and well-being – a systematic review. Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2023;64(12):1735-1764. doi:10.1111/jcpp.13900
158. Ramamurthy C, Zuo P, Armstrong G, Andriessen K. The impact of storytelling on building resilience in children: A systematic review. Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023;doi:10.1111/jpm.13008
159. Petersen JM, Drummond M, Rasheed K, et al. Promoting mental health among young males in sporting contexts: A systematic review. Review. *Psychology of Sport and Exercise*. 2024;70102551. doi:10.1016/j.psychsport.2023.102551
160. Sherif Y, Azman AZF, Awang H, Mokhtar SA, Mohammadzadeh M, Alimuddin AS. Effectiveness of Life Skills Intervention on Depression, Anxiety and Stress among Children and Adolescents: A Systematic Review. Review. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2023;30(3):42-59. doi:10.21315/mjms2023.30.3.4
161. Bıdık G, Sisman FN. School-based mental health programs for improving psychosocial well-being in children and adolescents: Systematic review. Review. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2021;12(4):350-361. doi:10.14744/phd.2021.14471
162. Gunawardena H, Voukelatos A, Nair S, Cross S, Hickie IB. Efficacy and Effectiveness of Universal School-Based Wellbeing Interventions in Australia: A Systematic Review. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(15)6508. doi:10.3390/ijerph20156508
163. Martínez-García A. Contributions of universal school-based mental health promotion to the wellbeing of adolescents and preadolescents: a systematic review of educational interventions. Review. *Health Education*. 2022;122(5):564-583. doi:10.1108/HE-07-2021-0106
164. Zbukvic I, McKay S, Cooke S, et al. Evidence for Targeted and Universal Secondary School-Based Programs for Anxiety and Depression: An Overview of Systematic Reviews. Review. *Adolescent Research Review*. 2024;9(1):53-73. doi:10.1007/s40894-023-00211-1
165. Scholz D, Taylor A, Strelan P. Factors Contributing to the Efficacy of Universal Mental Health and Wellbeing Programs in Secondary Schools: A Systematic Review. Review. *Adolescent Research Review*. 2023;8(2):117-136. doi:10.1007/s40894-022-00193-6
166. Pedrini L, Meloni S, Lanfredi M, Rossi R. School-based interventions to improve emotional regulation skills in adolescent students: A systematic review. Review. *Journal of Adolescence*. 2022;94(8):1051-1067. doi:10.1002/jad.12090

167. Francis J, Vella-Brodrick D, Chyuan-Chin T. Effectiveness of online, school-based positive psychology interventions to improve mental health and wellbeing: A systematic review. Article. *International Journal of Wellbeing*. 2021;11(4):44-67. doi:10.5502/ijw.v11i4.1465
168. Durlak JA, Mahoney JL, Boyle AE. What We Know, and What We Need to Find Out About Universal, School-Based Social and Emotional Learning Programs for Children and Adolescents: A Review of Meta-Analyses and Directions for Future Research. Article. *Psychological Bulletin*. 2022;148(11-12):765-782. doi:10.1037/bul0000383
169. Cipriano C, Strambler MJ, Naples LH, et al. The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. Article. *Child Development*. 2023;94(5):1181-1204. doi:10.1111/cdev.13968
170. Takizawa Y, Bambling M, Matsumoto Y, Ishimoto Y, Edirippulige S. Effectiveness of universal school-based social-emotional learning programs in promoting social-emotional skills, attitudes towards self and others, positive social behaviors, and improving emotional and conduct problems among Japanese children: a meta-analytic review. Review. *Frontiers in Education*. 2023;8:1228269. doi:10.3389/feduc.2023.1228269
171. Djamnezhad D, Koltcheva N, Dizdarevic A, et al. Social and Emotional Learning in Preschool Settings: A Systematic Map of Systematic Reviews. Review. *Frontiers in Education*. 2021;6:691670. doi:10.3389/feduc.2021.691670
172. Luo L, Reichow B, Snyder P, Harrington J, Polignano J. Systematic Review and Meta-Analysis of Classroom-Wide Social-Emotional Interventions for Preschool Children. Review. *Topics in Early Childhood Special Education*. 2022;42(1):4-19. doi:10.1177/0271121420935579
173. Ștefan CA, Dănilă I, Cristescu D. Classroom-Wide School Interventions for Preschoolers' Social-Emotional Learning: A Systematic Review of Evidence-Based Programs. Review. *Educational Psychology Review*. 2022;34(4):2971-3010. doi:10.1007/s10648-022-09680-7
174. Wintermantel L, Grove C, Henderson L, Laletas S. Social and emotional therapy dog-assisted interventions in mainstream school settings: a systematic review. Article. *Educational and Developmental Psychologist*. 2024;41(1):74-90. doi:10.1080/20590776.2023.2256444
175. Fulambarkar N, Seo B, Testerman A, Rees M, Bausback K, Bunge E. Review: Meta-analysis on mindfulness-based interventions for adolescents' stress, depression, and anxiety in school settings: a cautionary tale. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2023;28(2):307-317. doi:10.1111/camh.12572
176. Llistosella M, Goni-Fuste B, Martín-Delgado L, et al. Effectiveness of resilience-based interventions in schools for adolescents: a systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1211113. doi:10.3389/fpsyg.2023.1211113
177. Pickerell LE, Pennington K, Cartledge C, Miller KA, Curtis F. The Effectiveness of School-Based Mindfulness and Cognitive Behavioural Programmes to Improve Emotional Regulation in 7–12-Year-Olds: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Mindfulness*. 2023;14(5):1068-1087. doi:10.1007/s12671-023-02131-6
178. Amado-Rodríguez ID, Casañas R, Mas-Expósito L, et al. Effectiveness of Mental Health Literacy Programs in Primary and Secondary Schools: A Systematic Review with Meta-Analysis. Review. *Children*. 2022;9(4):480. doi:10.3390/children9040480
179. Liao Y, Ameyaw MA, Liang C, Li W. Research on the Effect of Evidence-Based Intervention on Improving Students' Mental Health Literacy Led by Ordinary Teachers: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Jan 4 2023;20(2):doi:10.3390/ijerph20020949

180. Ma KKY, Burn AM, Anderson JK. Review: School-based mental health literacy interventions to promote help-seeking – a systematic review. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2023;28(3):408-424. doi:10.1111/camh.12609
181. Olyani S, Gholian Aval M, Tehrani H, Mahdizadeh-Taraghdari M. School-based mental health literacy educational interventions in adolescents: A systematic review. Article. *Journal of Health Literacy*. 2021;6(2):69-77. doi:10.22038/jhl.2021.58551.1166
182. Khunti K, Boniface S, Norris E, De Oliveira CM. The effects of yoga on mental health in school-aged children: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Randomised Control Trials. Article. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2023;28(3):1217-1238. doi:10.1177/13591045221136016
183. Dias Rodrigues A, Cruz-Ferreira A, Marmeleira J, Veiga G. Effects of Body-Oriented Interventions on Preschoolers' Social-Emotional Competence: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021;12:752930. doi:10.3389/fpsyg.2021.752930
184. Dias Rodrigues A, Cruz-Ferreira A, Marmeleira J, Laranjo L, Veiga G. Which Types of Body-Oriented Interventions Promote Preschoolers' Social-Emotional Competence? A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. Nov 30 2022;10(12)doi:10.3390/healthcare10122413
185. Papadopoulos N, Mantilla A, Bussey K, et al. Understanding the Benefits of Brief Classroom-Based Physical Activity Interventions on Primary School-Aged Children's Enjoyment and Subjective Wellbeing: A Systematic Review. Article. *Journal of School Health*. 2022;92(9):916-932. doi:10.1111/josh.13196
186. Beatson R, Quach J, Canterford L, et al. Improving primary to secondary school transitions: A systematic review of school-based interventions to prepare and support student social-emotional and educational outcomes. Review. *Educational Research Review*. 2023;40100553. doi:10.1016/j.edurev.2023.100553
187. Troy D, Anderson J, Jessiman PE, et al. What is the impact of structural and cultural factors and interventions within educational settings on promoting positive mental health and preventing poor mental health: a systematic review. Article. *BMC Public Health*. 2022;22(1)524. doi:10.1186/s12889-022-12894-7
188. Tamblyn A, Skouteris H, North A, et al. Physical and sensory environment interventions to support children's social and emotional development in early childhood education and care settings: a systematic review. Review. *Early Child Development and Care*. 2023;193(5):708-724. doi:10.1080/03004430.2022.2152017
189. Itzal PM, Óscar Vallina F, Miguel ASG. Preventive interventions for children and adolescents of parents with mental illness: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Sep/Oct Sep/Oct 2023 2024-03-20 2023;30(5):979-997. doi:<https://doi.org/10.1002/cpp.2850>
190. Trubey R, Evans R, McDonald S, et al. Effectiveness of Mental Health and Wellbeing Interventions for Children and Young People in Foster, Kinship, and Residential Care: Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Trauma, Violence, and Abuse*. 2024;doi:10.1177/15248380241227987
191. Heyeres M, Perera N, Udah H, Attakey A, Whiteside M, Tsey K. Interventions Targeting the Wellbeing of Migrant Youths: A Systematic Review of the Literature. Article. *SAGE Open*. 2021;11(3)doi:10.1177/21582440211046942
192. Soltan F, Cristofalo D, Marshall D, et al. Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022;(5)doi:10.1002/14651858.CD013657.pub2
193. Galante J, Friedrich C, Dalgleish T, Jones PB, White IR. Individual participant data systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials assessing adult mindfulness-based programmes for mental

health promotion in non-clinical settings. *Nat Ment Health*. Jul 10 2023;1(7):462-476. doi:10.1038/s44220-023-00081-5

194. Sosa-Cordobés E, Ramos-Pichardo JD, Sánchez-Ramos JL, García-Padilla FM, Fernández-Martínez E, Garrido-Fernández A. How Effective Are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress and Weight? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Dec 27 2022;20(1)doi:10.3390/ijerph20010446
195. Schäfer SK, von Boros L, Schaubrich LM, et al. Digital interventions to promote psychological resilience: a systematic review and meta-analysis. Review. *npj Digital Medicine*. 2024;7(1)30. doi:10.1038/s41746-024-01017-8
196. Eisenstadt M, Liverpool S, Infanti E, Ciuvat RM, Carlsson C. Mobile apps that promote emotion regulation, positive mental health, and well-being in the general population: Systematic review and meta-analysis. Review. *JMIR Mental Health*. 2021;8(11)e31170. doi:10.2196/31170
197. Groot J, MacLellan A, Butler M, et al. The Effectiveness of Fully Automated Digital Interventions in Promoting Mental Well-Being in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *JMIR Mental Health*. 2023;10(1)e44658. doi:10.2196/44658
198. Zheng S, Edney SM, Goh CH, et al. Effectiveness of holistic mobile health interventions on diet, and physical, and mental health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Article. *eClinicalMedicine*. 2023;66102309. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102309
199. Singh B, Olds T, Curtis R, et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med*. Sep 2023;57(18):1203-1209. doi:10.1136/bjsports-2022-106195
200. Gaia JWP, Schuch FB, Ferreira RW, Souza EL, Ferreira VMS, Pires DA. Effects of high-intensity interval training on depressive and anxiety symptoms in healthy individuals: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Scand J Med Sci Sports*. Apr 2024;34(4):e14618. doi:10.1111/sms.14618
201. Moreno-Peral P, Pino-Postigo A, Conejo-Cerón S, et al. Effectiveness of Physical Activity in Primary Prevention of Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(3)1813. doi:10.3390/ijerph19031813
202. Remskar M, Western MJ, Osborne EL, Maynard OM, Ainsworth B. Effects of combining physical activity with mindfulness on mental health and wellbeing: Systematic review of complex interventions. Review. *Mental Health and Physical Activity*. 2024;26100575. doi:10.1016/j.mhpa.2023.100575
203. Gómez-Gómez I, Barquero-Jiménez C, Johnson E, et al. Effectiveness of multiple health behavior change interventions in reducing symptoms of anxiety in the adult population: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Review. *Preventive Medicine*. 2024;180107847. doi:10.1016/j.ypmed.2024.107847
204. Uphoff EP, Zamperoni V, Yap J, et al. Mental health promotion and protection relating to key life events and transitions in adulthood: a rapid systematic review of systematic reviews. Review. *Journal of Mental Health*. 2022;doi:10.1080/09638237.2022.2069724
205. Ma J, Lin P, Williams J. Effectiveness of nature-based walking interventions in improving mental health in adults: a systematic review. Article. *Current Psychology*. 2024;43(11):9521-9539. doi:10.1007/s12144-023-05112-z
206. Kang MJ, Kim HS, Kim JY. Effects of Forest-Based Interventions on Mental Health: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Article. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(8)4884. doi:10.3390/ijerph19084884

207. Sparacio A, Ropovik I, Jiga-Boy G, Lağap AC, Ijzerman H. Stress Regulation via Being in Nature and Social Support in Adults, a Meta-analysis. Article. *Collabra: Psychology*. 2023;9(1)77343. doi:10.1525/collabra.77343
208. Fincham GW, Strauss C, Montero-Marin J, Cavanagh K. Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. Article. *Scientific Reports*. 2023;13(1)432. doi:10.1038/s41598-022-27247-y
209. Muhammad Khir S, Wan Mohd Yunus WMA, Mahmud N, et al. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. Review. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024;17:345-365. doi:10.2147/PRBM.S437277
210. Plackett R, Blyth A, Schartau P. The Impact of Social Media Use Interventions on Mental Well-Being: Systematic Review. Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25e44922. doi:10.2196/44922
211. Worsley JD, Pennington A, Corcoran R. Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. Review. *PLoS ONE*. 2022;17(7 July)e0266725. doi:10.1371/journal.pone.0266725
212. Amanvermez Y, Rahmadiana M, Karyotaki E, et al. Stress management interventions for college students: A systematic review and meta-analysis: Science and Practice. *Clinical psychology*. Dec 2023 2023-12-21 2023;30(4):423-444. doi:<https://doi.org/10.1111/cpsp.12342>
213. Ang WHD, Lau ST, Cheng LJ, et al. Effectiveness of Resilience Interventions for Higher Education Students: A Meta-Analysis and Metaregression. Article. *Journal of Educational Psychology*. 2022;114(7):1670-1694. doi:10.1037/edu0000719
214. Upsher R, Nobili A, Hughes G, Byrom N. A systematic review of interventions embedded in curriculum to improve university student wellbeing. Article. *Educational Research Review*. 2022;37100464. doi:10.1016/j.edurev.2022.100464
215. Hobbs C, Armitage J, Hood B, Jelbert S. A systematic review of the effect of university positive psychology courses on student psychological wellbeing. Review. *Frontiers in Psychology*. 2022;131023140. doi:10.3389/fpsyg.2022.1023140
216. González-Martín AM, Aibar-Almazán A, Rivas-Campo Y, Castellote-Caballero Y, Carcelén-Fraile MDC. Mindfulness to improve the mental health of university students. A systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Public Health*. 2023;111284632. doi:10.3389/fpubh.2023.1284632
217. Johnson BT, Acabchuk RL, George EA, et al. Mental and Physical Health Impacts of Mindfulness Training for College Undergraduates: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Review. *Mindfulness*. 2023;14(9):2077-2096. doi:10.1007/s12671-023-02212-6
218. Pan Y, Li F, Liang H, et al. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mental Health and Psychological Quality of Life among University Students: A GRADE-Assessed Systematic Review. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2024;2024:8872685. doi:10.1155/2024/8872685
219. Gong XG, Wang LP, Rong G, Zhang DN, Zhang AY, Liu C. Effects of online mindfulness-based interventions on the mental health of university students: A systematic review and meta-analysis. Review. *Frontiers in Psychology*. 2023;141073647. doi:10.3389/fpsyg.2023.1073647
220. Xu J, Jo H, Noorbhai L, Patel A, Li A. Virtual mindfulness interventions to promote well-being in adults: A mixed-methods systematic review April 18, 2021. Review. *Journal of Affective Disorders*. 2022;300:571-585. doi:10.1016/j.jad.2022.01.027
221. Hathaishaard C, Wannarit K, Pattanasari K. Mindfulness-based interventions reducing and preventing stress and burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. Article. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022;69102997. doi:10.1016/j.ajp.2021.102997

236. Ryan JC, Williams G, Wiggins BW, et al. Exploring the active ingredients of workplace physical and psychological wellbeing programs: a systematic review. Review. *Translational Behavioral Medicine*. 2021;11(5):1127-1141. doi:10.1093/tbm/ibab003
237. Carmona-Rincón I, Palacios AG, Vázquez SS. Eudaimonic Well-Being and Mindfulness Meditation in the Work-place: A Systematic Review. Article. *Anales de Psicología*. 2023;39(2):273-286. doi:10.6018/analesps.493671
238. Karo M, Simorangkir L, Daryanti Saragih I, Suarilah I, Tzeng HM. Effects of mindfulness-based interventions on reducing psychological distress among nurses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nurs Scholarsh*. Mar 2024;56(2):319-330. doi:10.1111/jnu.12941
239. Stratton E, Lampit A, Choi I, et al. Trends in Effectiveness of Organizational eHealth Interventions in Addressing Employee Mental Health: Systematic Review and Meta-analysis. Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(9)e37776. doi:10.2196/37776
240. Armaou M, Araviaki E, Dutta S, Konstantinidis S, Blake H. Effectiveness of Digital Interventions for Deficit-Oriented and Asset-Oriented Psychological Outcomes in the Workplace: A Systematic Review and Narrative Synthesis. Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2022;12(10):1471-1497. doi:10.3390/ejihpe12100102
241. Henshall C, Ostinelli E, Harvey J, et al. Examining the Effectiveness of Web-Based Interventions to Enhance Resilience in Health Care Professionals: Systematic Review. Review. *JMIR Medical Education*. 2022;8(3)e34230. doi:10.2196/34230
242. López-Del-Hoyo Y, Fernández-Martínez S, Pérez-Aranda A, et al. Effects of eHealth interventions on stress reduction and mental health promotion in healthcare professionals: A systematic review. Review. *Journal of Clinical Nursing*. 2023;32(17-18):5514-5533. doi:10.1111/jocn.16634
243. Aust B, Møller JL, Nordentoft M, et al. How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. Review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2023;49(5):315-329. doi:10.5271/sjweh.4097
244. Fox KE, Johnson ST, Berkman LF, et al. Organisational- and group-level workplace interventions and their effect on multiple domains of worker well-being: A systematic review. Review. *Work and Stress*. 2022;36(1):30-59. doi:10.1080/02678373.2021.1969476
245. Martland RN, Ma R, Paleri V, et al. The efficacy of physical activity to improve the mental wellbeing of healthcare workers: A systematic review. Review. *Mental Health and Physical Activity*. 2024;26100577. doi:10.1016/j.mhpa.2024.100577
246. Komase Y, Watanabe K, Hori D, et al. Effects of gratitude intervention on mental health and well-being among workers: A systematic review. Review. *Journal of Occupational Health*. 2021;63(1)e12290. doi:10.1002/1348-9585.12290
247. Mónica Ditta T, Ihionvien S, Leduc C, et al. Evidence for the effectiveness of interventions to reduce mental health related stigma in the workplace: a systematic review. *BMJ Open*. 2023
2024-03-20 2023;13(2)doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067126>
248. Arena AF, Mobbs S, Sanatkar S, et al. Mental health and unemployment: A systematic review and meta-analysis of interventions to improve depression and anxiety outcomes. Review. *Journal of Affective Disorders*. 2023;335:450-472. doi:10.1016/j.jad.2023.05.027
249. McGrath M, Duncan F, Dotsikas K, et al. Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: A systematic review. Review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2021;75(7):665-673. doi:10.1136/jech-2020-215574

292. Zhu M, Lai M, Chen R, Zhang Q. Web-Based Compassion Interventions for Family Caregivers' Mental Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2024;doi:10.1016/j.jamda.2023.12.002
293. Chi NC, Han S, Lin SY, et al. Resilience-enhancing interventions for family caregivers: A systematic review. Review. *Chronic Illness*. 2023;doi:10.1177/17423953231174928
294. Wu J, Wang M, Yan H. Web-based interventions on the resilience of informal caregivers: a systematic review and meta-analysis. Article. *Psychology, Health and Medicine*. 2024;29(1):1-14. doi:10.1080/13548506.2023.2253510
295. Phillips CS, Hebden M, Cleary C, et al. Expressive Arts Interventions to Improve Psychosocial Well-Being in Caregivers: A Systematic Review. Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2024;67(3):e229-e249. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.11.026
296. Moltrecht B, Lange AMC, Merrick H, Radley J. Whole-family programmes for families living with parental mental illness: a systematic review and meta-analysis. Article. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2024;doi:10.1007/s00787-024-02380-3
297. Rushton C, Kelly PJ, Raftery D, Beck A, Larance B. The effectiveness of psychosocial interventions for family members impacted by another's substance use: A systematic review and meta-analysis. Review. *Drug and Alcohol Review*. 2023;42(4):960-977. doi:10.1111/dar.13607
298. Mehjabeen D, Blignault I, Taha PH, Reavley N, Slewa-Younan S. A mixed methods systematic review of mental health self-care strategies for Arabic-speaking refugees and migrants. Article. *BMC Public Health*. 2023;23(1)2544. doi:10.1186/s12889-023-17395-9
299. Nascimento P, Roberto MS, Poole-da-Costa MC, Lemos M, Santos AS. Digital Methods in the Promotion of Well-Being in Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*. Aug 2023 2024-03-27 2023;25(4):906-915. doi:<https://doi.org/10.1007/s10903-023-01450-z>
300. Hermosilla S, Forthal S, Sadowska K, Magill EB, Watson P, Pike KM. We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. Review. *Journal of Traumatic Stress*. 2023;36(1):5-16. doi:10.1002/jts.22888
301. Abou Jaoude GJ, Leiva-Granados R, McGranahan R, et al. Universal Primary School Interventions to Improve Child Social–Emotional and Mental Health Outcomes: A Systematic Review of Economic Evaluations. Review. *School Mental Health*. 2024;doi:10.1007/s12310-024-09642-0
302. Anna-Kaisa V, Virpi KK, Mervi R, et al. Review: Economic evidence of preventive interventions for anxiety disorders in children and adolescents – a systematic review. Review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2022;27(4):378-388. doi:10.1111/camh.12505
303. Conejo-Cerón S, Lokkerbol J, Moreno-Peral P, et al. Health-economic evaluation of psychological interventions for depression prevention: Systematic review. Review. *Clinical Psychology Review*. 2021;88:102064. doi:10.1016/j.cpr.2021.102064
304. Le LK, Esturas AC, Mihalopoulos C, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Med*. May 2021;18(5):e1003606. doi:10.1371/journal.pmed.1003606
305. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Wijnen B, et al. Health-Economic Evaluation of Psychological Interventions for Anxiety Prevention: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. Feb 27 2024:appips20230101. doi:10.1176/appi.ps.20230101
306. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604. doi:10.1016/s2215-0366(18)30057-9

338. Ford T, Hayes R, Byford S, et al. Training teachers in classroom management to improve mental health in primary school children: the STARS cluster RCT. *Public Health Res.* 2019/03// 2019;7(6):1-150. doi:10.3310/phr07060
339. Foster EM, Jones D, Conduct Problems Prevention Research G. Can a costly intervention be cost-effective?: An analysis of violence prevention. *Arch Gen Psychiatry.* 2006/11// 2006;63(11):1284-1291. doi:10.1001/archpsyc.63.11.1284
340. Humphrey N, Hennessey A, Lendrum A, et al. The PATHS curriculum for promoting social and emotional well-being among children aged 7–9 years: a cluster RCT. *Public Health Res.* 2018/08// 2018;6(10):1-116. doi:10.3310/phr06100
341. Hunter LJ, DiPerna JC, Hart SC, Crowley M. At what cost? Examining the cost effectiveness of a universal social–emotional learning program. *School Psychology Quarterly.* 2018 2018;33(1):147-154. doi:10.1037/spq0000232
342. Jadambaa A, Graves N, Cross D, et al. Economic Evaluation of an Intervention Designed to Reduce Bullying in Australian Schools. *Applied Health Economics and Health Policy.* 2022/01// 2022;20(1):79-89. doi:10.1007/s40258-021-00676-y
343. Kinchin I, Russell AMT, Petrie D, Mifsud A, Manning L, Doran CM. Program Evaluation and Decision Analytic Modelling of Universal Suicide Prevention Training (safeTALK) in Secondary Schools. *Applied Health Economics and Health Policy.* 2020;18(2):311-324. doi:10.1007/s40258-019-00505-3
344. Lee Y, Barendregt J, Stockings E, et al. The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;26(5):545-564.
345. Mihalopoulos C, Vos T, Rapee RM, et al. The population cost-effectiveness of a parenting intervention designed to prevent anxiety disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry.* Sep 2015;56(9):1026-33. doi:10.1111/jcpp.12438
346. Ocasio K, Van Alst D, Koivunen J, Huang C-C, Allegra C. Promoting preschool mental health: Results of a 3 year primary prevention strategy. *J Child Fam Stud.* 2015-1-1 2015;24(6):1800-1808.
347. Persson M, Wennberg L, Beckman L, Salmivalli C, Svensson M. The Cost-Effectiveness of the Kiva Antibullying Program: Results from a Decision-Analytic Model. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research.* 2018/08// 2018;19(6):728-737. doi:10.1007/s11121-018-0893-6
348. Turner AJ, Sutton M, Harrison M, Hennessey A, Humphrey N. Cost-Effectiveness of a School-Based Social and Emotional Learning Intervention: Evidence from a Cluster-Randomised Controlled Trial of the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum. *Applied Health Economics and Health Policy.* 2020/04// 2020;18(2):271-285. doi:10.1007/s40258-019-00498-z
349. Wang LY, Nichols LP, Austin SB. The economic effect of Planet Health on preventing bulimia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011-1-1 2011;165(8):756-762.
350. Akers L, Rohde P, Stice E, Butryn ML, Shaw H. Cost-effectiveness of achieving clinical improvement with a dissonance-based eating disorder prevention program. *Eat Disord.* 2017-1-1 2017;25(3):263-272.
351. Atkins Whitmer D, Woods DL. Analysis of the cost effectiveness of a suicide barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis.* 2013-1-1 2013;34(2):98-106.
352. Fernández A, Mendive JM, Conejo-Cerón S, et al. A personalized intervention to prevent depression in primary care: cost-effectiveness study nested into a clustered randomized trial. *BMC Med.* 2018-1-1 2018;16(1):28-28.

353. Lebenbaum M, Cheng J, de Oliveira C, Kurdyak P, Zaheer J, Hancock-Howard R. Evaluating the Cost Effectiveness of a Suicide Prevention Campaign Implemented in Ontario, Canada. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2020;18(2):189-201.
354. Müller G, Pfinder M, Schmahl C, Bohus M, Lyssenko L. Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC public health*. 2019;19(1):1309. doi:10.1186/s12889-019-7585-4
355. Murphy SM, Edwards RT, Williams N, et al. An evaluation of the effectiveness and cost effectiveness of the National Exercise Referral Scheme in Wales, UK: a randomised controlled trial of a public health policy initiative. *J Epidemiol Community Health*. 2012-1-1 2012;66(8):745-753.
356. Schotanus-Dijkstra M, Drossaert CHC, Pieterse ME, Walburg JA, Bohlmeijer ET, Smit F. Towards sustainable mental health promotion: Trial-based health-economic evaluation of a positive psychology intervention versus usual care. *BMC Psychiatry*. 2018-1-1 2018;18
357. Vasiliadis H-M, Lesage A, Latimer E, Seguin M. Implementing Suicide Prevention Programs: Costs and Potential Life Years Saved in Canada. *J Ment Health Policy Econ*. 2015-1-1 2015;18(3):147-155.
358. Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HWJ, et al. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for the older people: a randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014-1-1 2014;29(2):182-190.
359. Clark F, Jackson J, Carlson M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*. 2012-1-1 2012;66(9):782-790.
360. Joling KJ, Bosmans JE, van Marwijk HWJ, et al. The cost-effectiveness of a family meetings intervention to prevent depression and anxiety in family caregivers of patients with dementia: a randomized trial. *Trials*. 2013-1-1 2013;14:305-305.
361. Knapp M, King D, Romeo R, et al. 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. *BMJ*. 2013-1-1 2013;347:f6342-f6342.
362. Romeo R, Knapp M, Banerjee S, et al. Treatment and prevention of depression after surgery for hip fracture in older people: cost-effectiveness analysis. *J Affect Disord*. 2011-1-1 2011;128(3):211-219.
363. McCabe C, Claxton K, Culyer AJ. The NICE Cost-Effectiveness Threshold. *PharmacoEconomics*. 2008;26(9):733-744. doi:10.2165/00019053-200826090-00004
364. Griffiths M, Maruszczak M, Kusel J. The who-choice cost-effectiveness Threshold: a Country-level analysis of changes over time. *Value in Health*. 2015;18(3):A88. doi:10.1016/j.jval.2015.03.517
365. Cleemput I. NM, Thiry N., De Laet C., Leys M. *Drempelwaarden voor kosteneffectiviteit in de gezondheidszorg. Health Technology Assessment (HTA)*. Vol. KCE Reports 100A. 2008.
366. Lo K, Stephenson M, Lockwood C. Extending the hierarchical decision matrix to incorporate a dominance ranking score for economic systematic reviews. *MethodsX*. 2020;7:101047. doi:10.1016/j.mex.2020.101047
367. Provan KG, Milward HB. Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*. 2001;61(4):414-423.
368. De Corte J. Netwerkvorming als instrument voor een sterk lokaal sociaal beleid. *Bouwen aan een breed sociaal beleid*. Politeia; 2018.

387. Husereau D, Drummond M, Augustovski F, et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: updated reporting guidance for health economic evaluations. *Eur J Health Econ*. Nov 2022;23(8):1309-1317. doi:10.1007/s10198-021-01426-6
388. Werbrouck A, de Bekker-Grob E, Al M, Putman K, Willems R. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS II) statement: a validated Dutch translation. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Apr 2024;24(4):551-557. doi:10.1080/14737167.2024.2324048
389. Thorn JC, Davies CF, Brookes ST, et al. Content of Health Economics Analysis Plans (HEAPs) for Trial-Based Economic Evaluations: Expert Delphi Consensus Survey. *Value Health*. Apr 2021;24(4):539-547. doi:10.1016/j.jval.2020.10.002
390. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Bmj*. Mar 7 2014;348:g1687. doi:10.1136/bmj.g1687
391. YHEC. Perspective. York Health Economics Consortium. <https://yhec.co.uk/glossary/perspective/>
392. Cleemput I, Neyt M, Van de Sande S, Thiry N. *Belgian guidelines for economic evaluations and budget impact analyses: second edition. Health Technology Assessment (HTA). KCE Report 183C. D/2012/10.273/54* 2012.
393. McDaid D, Park AL. Understanding the Economic Value and Impacts on Informal Carers of People Living with Mental Health Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 1 2022;19(5)doi:10.3390/ijerph19052858
394. Cramer RJ, Kapusta ND. A Social-Ecological Framework of Theory, Assessment, and Prevention of Suicide. *Front Psychol*. 2017;8:1756. doi:10.3389/fpsyg.2017.01756
395. Chaddha A, Robinson EA, Kline-Rogers E, Alexandris-Souphis T, Rubenfire M. Mental Health and Cardiovascular Disease. *Am J Med*. Nov 2016;129(11):1145-1148. doi:10.1016/j.amjmed.2016.05.018
396. Kwapong YA, Boakye E, Khan SS, et al. Association of Depression and Poor Mental Health With Cardiovascular Disease and Suboptimal Cardiovascular Health Among Young Adults in the United States. *J Am Heart Assoc*. Feb 7 2023;12(3):e028332. doi:10.1161/jaha.122.028332
397. Lindekilde N, Rutters F, Erik Henriksen J, et al. Psychiatric disorders as risk factors for type 2 diabetes: An umbrella review of systematic reviews with and without meta-analyses. *Diabetes Res Clin Pract*. Jun 2021;176:108855. doi:10.1016/j.diabres.2021.108855
398. Vai B, Mazza MG, Delli Colli C, et al. Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. Sep 2021;8(9):797-812. doi:10.1016/s2215-0366(21)00232-7
399. O'Mahony JF, Newall AT, van Rosmalen J. Dealing with Time in Health Economic Evaluation: Methodological Issues and Recommendations for Practice. *Pharmacoeconomics*. Dec 2015;33(12):1255-68. doi:10.1007/s40273-015-0309-4
400. Haacker M, Hallett TB, Atun R. On time horizons in health economic evaluations. *Health Policy Plan*. Nov 20 2020;35(9):1237-1243. doi:10.1093/heapol/czaa073
401. YHEC. Discount Rate. York Health Economics Consortium. <https://yhec.co.uk/glossary/discount-rate>
402. Attema AE, Brouwer WBF, Claxton K. Discounting in Economic Evaluations. *Pharmacoeconomics*. Jul 2018;36(7):745-758. doi:10.1007/s40273-018-0672-z
403. EuroQol. EQ-5D-5L. EuroQol. <https://euroqol.org>
404. Bouckaert N, Gerkens S, Devriese S, Cleemput I. *An EQ-5D-5L value set for Belgium – How to value health-related quality of life?* 2021. *Health Services Research (HSR)*.

423. Friedrich C, Fairbairn T, Denton G, et al. Public involvement in an aggregate and individual participant data meta-analysis of mindfulness-based programmes for mental health promotion. *Syst Rev.* Aug 6 2024;13(1):212. doi:10.1186/s13643-024-02601-5
424. Williams I, Brown H, Healy P. Contextual Factors Influencing Cost and Quality Decisions in Health and Care: A Structured Evidence Review and Narrative Synthesis. *Int J Health Policy Manag.* Aug 1 2018;7(8):683-695. doi:10.15171/ijhpm.2018.09
425. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health.* Jan 22 2008;8:20. doi:10.1186/1471-2458-8-20
426. Goeree R, He J, O'Reilly D, et al. Transferability of health technology assessments and economic evaluations: a systematic review of approaches for assessment and application. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2011;3:89-104. doi:10.2147/ceor.S14404
427. Wijnen B, Van Mastrigt G, Redekop W, Majoie H, De Kinderen R, Evers S. How to prepare a systematic review of economic evaluations for informing evidence-based healthcare decisions: data extraction, risk of bias, and transferability (part 3/3). *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research.* 2016;16(6):723-732. doi:10.1080/14737167.2016.1246961
428. Welte R, Feenstra T, Jager H, Leidl R. A Decision Chart for Assessing and Improving the Transferability of Economic Evaluation Results Between Countries. *Pharmacoeconomics.* 2004;22(13):857-876. doi:10.2165/00019053-200422130-00004
429. Beckman L, Svensson M. The cost-effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program: Results from a modelling study. *J Adolesc.* Dec 2015;45:127-37. doi:10.1016/j.adolescence.2015.07.020
430. Stevens V, Van Oost P, De Bourdeaudhuij I. Interventions against bullying in Flemish schools: programme development and evaluation. *Bullying in schools How successful can interventions be?* Cambridge University Press; 2004:141-165.
431. Cosma A, Molcho M, Pickett W. *A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada.* Vol. 2. 2024. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.*
432. Boulenger S, Nixon J, Drummond M, Ulmann P, Rice S, de Pouvourville G. Can economic evaluations be made more transferable? *Eur J Health Econ.* Dec 2005;6(4):334-46. doi:10.1007/s10198-005-0322-1
433. Antonanzas F, Rodríguez-Ibeas R, Juárez C, Hutter F, Lorente R, Pinillos M. Transferability indices for health economic evaluations: methods and applications. *Health Econ.* Jun 2009;18(6):629-43. doi:10.1002/hec.1397